



UTREDNING – AVVIKLING AV SIKKERHETSSENG I KRIMINALOMSORGEN

Avgitt Kriminalomsorgsdirektoratet 15. oktober 2021,
revidert for feil i datagrunnlaget og avgitt på ny 07.02.22

Innhold

1. Innledning.....	2
a. Oppdrag, bakgrunn og prosess.....	2
b. Arbeidsgruppens mandat og sammensetning	3
c. Arbeidsmetode	4
d. Usikkerhet i datamaterialet og revidering av datagrunnlaget	4
e. Sammendrag	4
f. Dagens rettstilstand og praksis i Norge.....	5
a. Nasjonalt lovverk og menneskerettslige standarder	5
b. Statistikk over bruken av sikkerhetsseng i perioden 2013-2021	7
g. Andre lands praksis	14
a. Rettstilstand og praksis i øvrige nordiske land	14
b. Rettstilstand og praksis i andre europeiske land	16
h. Utfordringer og psykiske lidelser hos innsatte hvor sikkerhetsseng benyttes.....	16
i. Helsetjenestens rolle	18
j. Anbefalinger fra helsetjenesten	19
a. Anbefalinger fra Helsedirektoratet og referansegruppen	19
b. Særlig om NOU 2019: 14 Tvangsbegrensningsloven.....	21
k. Risikovurdering av bruken av sikkerhetsseng i ulike scenarier	22
a. Metode, gjennomføring og oppbygging.....	22
b. Anbefaling.....	23
l. Oppsummering og anbefaling	25
a. Oppsummering.....	25
b. Arbeidsgruppens anbefaling	27
m. Økonomiske og administrative konsekvenser.....	28

1. Innledning

a. Oppdrag, bakgrunn og prosess

Bruk av sikkerhetsseng er det mest inngripende tvangsmiddelet norske fengsler har til rådighet. Å bli lagt i sikkerhetsseng betyr at innsatte er beltelagt i en seng som står fastmontert på en sikkerhetscelle. Det er utvilsomt at sikkerhetsseng er lite brukt i norske fengsler i dag. Inngrepets art og alvorlighet tilsier imidlertid at det er nødvendig å utrede bruken av sikkerhetsseng nærmere.

Sivilombudet publiserte i 2020 en temarapport om bruk av sikkerhetsseng i norske fengsler, der det ble anbefalt at bruken avskaffes.¹ Undersøkelsen til ombudet er basert på funn gjort i besøk til norske fengsler under forebyggingsmandatet siden år 2014. De fant i sin undersøkelse at sikkerhetsseng ofte ble benyttet etter opphold i sikkerhetscelle og at årsakene i stor grad var selvskading og risiko for selvmord. Funnene i rapporten viste blant annet også at tilsynet ved bruk av sikkerhetsseng var mangelfullt, både hva gjelder tilsyn fra kriminalomsorgen og tilsyn fra helsetjenesten.

Ombudet har vært kritisk til bruken av sikkerhetsseng i fengsler etter flere av sine besøk. Våren 2019 leverte Sivilombudet en særskilt melding til Stortinget om bruken av isolasjon og mangel på menneskelig kontakt i norske fengsler.² Hensikten med denne særskilte meldingen var «å gjøre Stortinget oppmerksom på risikoen for brudd på forbudet mot tortur og umenneskelig behandling som isolasjon i fengsler representerer». I meldingen påpekes det også at bruk av sikkerhetsseng i fengsel innebærer risiko for helseskader, og at innsatte som legges i sikkerhetsseng risikerer å bli påført traumer under en livskrise.

På bakgrunn av funnene i sine besøk til norske fengsler og den særskilte meldingen, igangsatte ombudet en undersøkelse av bruk av sikkerhetsseng i norske høysikkerhetsfengsler i perioden 2013-2018. Undersøkelsen resulterte i nevnte temarapport fra ombudet av 2020.

Under sitt besøk til Norge i 2011 kommenterte Den europeiske torturforebyggingskomiteen (CPT) at et langtidsmål bør være å fjerne sikkerhetsseng fra fengslene, og at sikkerhetsseng kun bør benyttes i helsetjenesten. Etter sitt besøk til Norge i 2018 konstaterte CPT at sikkerhetssengene bør fjernes fra norske fengsler for godt.³

I juni 2020 kom NOU 2019: 14 Tvangsbegrensingsloven, hvor det blir foreslått å fase ut bruk av mekaniske tvangsmidler, herunder bruk av belter, i psykisk helsevern i sin helhet.⁴

På bakgrunn av det ovennevnte besluttet Kriminalomsorgsdirektoratet (KDI) å nedsette en arbeidsgruppe med det mandat å utrede hvorvidt bruken av sikkerhetsseng i kriminalomsorgen kan avvikes, samt se nærmere på og komme med forslag til hvilke alternative tiltak som eventuelt kan iverksettes.

¹ Bruk av sikkerhetsseng i norske fengsler. Temarapport 2020.

² Særskilt melding til Stortinget om isolasjon og mangel på menneskelig kontakt i norske fengsler. Dokument 4:3 (2018/2019).

³ CPTs besøk til Norge 2018, (CPT/Inf (2019) 1).

⁴ NOU 2019: 14 (2019). Tvangsbegrensingsloven.

b. Arbeidsgruppens mandat og sammensetning

Mandat

KDI har gitt arbeidsgruppen følgende mandat:

«KDI har på bakgrunn av anbefalinger fra Sivilombudsmannens og andre overvåkingsorganer etablert en arbeidsgruppe med mandat om å utrede hvorvidt, og eventuelt hvordan, kriminalomsorgen kan avvikle bruk av sikkerhetsseng i norske fengsler. Arbeidsgruppen skal i denne sammenheng vurdere om de aktuelle personene kan håndteres på en mer human måte. Videre skal arbeidsgruppen utrede alternativer til bruk av sikkerhetsseng, herunder mulighet for å utforme sikkerhetsceller på en måte som kan gjøre sikkerhetsseng overflødig som tvangsmiddel for å forhindre alvorlig selvskading/suicid. Arbeidsgruppen skal foreta en risikovurdering av en mulig avvikling og foreslå alternativer som ivaretar de behovene som foreligger for en trygg straffegjennomføring og for ivaretagelse av den innsatte.

Arbeidsgruppen ledes av KDI og består av følgende medlemmer:

- Anne Dahl, KDI
- Kari-Anne Aasen Aasterud, KDI
- Kathrine Granheim, KDI
- Guri Løkken Holte, KDI (inntil juli 2021)
- Terje Granheim, Ila fengsel og forvaringsanstalt
- Kenneth Bjerkan, Stavanger fengsel
- Siri Gaarder Brock-Utne, Bredtveit fengsel og forvaringsanstalt

Arbeidet skal utføres i dialog med Helsedirektoratet og helsetjenestene.

Arbeidsgruppens oppgaver

Arbeidsgruppen skal:

- Redegjøre for dagens rettstilstand og praksis, herunder kort beskrive andre nordiske lands praksis og tiltak

Foreslå tiltak som kan:

- avvikle eller redusere behovet for bruk av sikkerhetsseng, herunder tiltak for å forebygge selvmord og selvskading.
- iverksettes som alternativ til sikkerhetsseng i de tilfeller hvor sikkerhetsseng benyttes i dag (reaktivt tiltak/ konsekvensreducerende tiltak)
- legge bedre til rette for at innsatte ved åpenbar selvmordsrisiko eller gjentatt selvskading blir overført til døgninstitusjon i psykisk helsevern.
- vurdere behov for endringer i regelverket (retningslinjer, forskrift og lov) som kan redusere eller oppheve bruk av sikkerhetsseng.

Det skal innhentes anbefalinger fra Helsedirektoratet og annen relevant helsetjeneste om alternative tiltak til sikkerhetsseng i fengsel og alternative forslag til sikkerhetsseng i psykiatrien.

Arbeidsgruppen skal foreta en drøfting av eksisterende og alternative tiltak til sikkerhetsseng som er realistiske på kortere og lengre sikt. De foreslåtte tiltak skal risikovurderes.

Administrative og økonomiske konsekvenser av de ulike forslagene skal så langt som mulig omtales.

Arbeidsgruppen rapporterer til avdelingsdirektør Heidi Bottolfs og leverer rapport til ledelsen i KDI innen 15. oktober 2021.»

c. Arbeidsmetode

I forbindelse med utarbeidelse av sin temarapport innhentet Sivilombudet omfattende informasjon fra kriminalomsorgen. Alle landets fengsel med høyt sikkerhetsnivå ble spurt om hvor mange sikkerhetssenger fengselet hadde, og de ble bedt om å sende inn deres skriftlige rutiner for bruken av dem. Videre ble fengslene bedt om å oppgi antall vedtak pr. år for bruk av sikkerhetsseng i perioden 2013-2018, varigheten på hvert enkelt vedtak og antall vedtak som gjaldt bruk av sikkerhetsseng overfor samme person. Ombudet ba også om kopi av alle vedtak og tilhørende tilsynsprotokoll. I tillegg til det ovennevnte ble også fengselshelsetjenestene bedt om å oversende deres skriftlige rutiner for bruk av sikkerhetsseng. Videre ba Sivilombudet om beskrivelse av hvordan helsetjenesten blir varslet, deres oppgaver når sikkerhetsseng blir brukt, samt deres rolle ved opphør av slik bruk, og om de følger opp innsatte i etterkant av oppholdet på sikkerhetsseng.

Arbeidsgruppen har innhentet tilsvarende dokumentasjon som Sivilombudet i forbindelse med arbeidet. I tillegg har arbeidsgruppen innhentet dokumentasjon fra år 2019 til og med 2021. Mottatt dokumentasjon er gjennomgått i sin helhet av arbeidsgruppen. Resultatene fra gjennomgangen omtales flere steder i rapporten.

Videre har arbeidsgruppen gjennomført møter med Helsedirektoratet og møte med en referansegruppe for helsetjenesten.

Arbeidsgruppen har enn videre gjennomført en grundig risikovurdering. Endelig har arbeidsgruppen innhentet informasjon fra andre land om bruk av sikkerhetsseng i fengsel, både fra land i Norden og Europa.

d. Usikkerhet i datamaterialet og revidering av datagrunnlaget

Ved gjennomgangen av datamaterialet ble det avdekket avvik mellom antallet vedtak om bruk av sikkerhetsseng rapportert i den tertialvise resultatrapporteringen, og antallet vedtak innsendt i forbindelse med utredningen. Dette ble oppdaget i etterkant av at arbeidsgruppen leverte sin rapport. For at beslutninger ikke skal tas på et feil grunnlag ble rapporten sendt tilbake for korrigerings. Denne versjonen av rapporten benytter datagrunnlag sist oppdatert 06.02.22. Datagrunnlaget inkluderer bruk av sikkerhetsseng også for hele 2021.

Det kan fortsatt være enkelte mangler med datagrunnlaget, da vi ikke har klart å avklare alle avvik mellom innrapportert bruk av sikkerhetsseng i tertial rapporteringen og innsendte vedtak.

De vesentlige endringene er presentert for KDI ledergruppe og etatslederne i møte desember 2021.

e. Sammendrag

Det er kriminalomsorgens utgangspunkt og arbeidsgruppens oppfatning at selvmord og selvskading best forebygges ved menneskelig kontakt og gode rutiner for lokal håndtering. Ved åpenbar selvmordsfare eller fare for selvskading vil helsepersonell kunne bistå og eventuell overføring til psykiatrisk institusjon, dersom vilkårene er tilstede for dette. En slik håndtering vil alltid være et foretrukket alternativ om det er medisinsk og sikkerhetsmessig grunnlag for slik innleggelse.

Imidlertid står kriminalomsorgen ofte overfor situasjoner hvor man er henvist til gjennomføring av straffen enten i felleskapsavdeling, utelukkelse fra fellesskap eller i sikkerhetscelle. I enkelte tilfeller vil det også være nødvendig å benytte sikkerhetsseng.

Det er utvilsomt at sikkerhetsseng er et inngripende tvangstiltak overfor innsatte. Norske myndigheter bør derfor ha en ambisjon om å avvikle bruken i fremtiden, og fortrinnsvis fokusere på forebyggende og mindre inngripende tiltak overfor innsatte i målgruppen. Arbeidsgruppen er imidlertid av den klare formening at sikkerhetsseng som tiltak i kriminalomsorgen ikke bør avvikles på nåværende tidspunkt. Selv om sikkerhetsseng relativt sett benyttes sjelden i norsk kriminalomsorg, anses det som et nødvendig tiltak for å hindre innsatte i alvorlig selvskading, eller i verste fall ta sitt eget liv. I tillegg er dette det tiltaket som kan benyttes for å hindre innsatte i å skade seg selv, som i minst grad utsetter ansatte for risiko for vold eller skade. Å gripe inn med fysiske midler er ofte nødvendig og i den grad det minst inngripende tiltaket er et mekanisk tiltak, vil det ikke være i strid med integritetsvernet eller menneskerettighetene.

Det anbefales at kriminalomsorgen i stedet for å avvikle sikkerhetsseng som tvangsmiddel iverksetter andre tiltak som;

- kan forebygge behovet for bruk av sikkerhetsseng,
- kan erstatte sikkerhetsseng, og som vurderes som mindre inngripende,
- regulerer bruk av sikkerhetsseng, slik at det kun kan benyttes når det er absolutt nødvendig og at tiltaket anses forholdsmessig,
- reduserer varighet av oppholdet dersom man benytter sikkerhetsseng,
- reduserer konsekvensene av bruk av sikkerhetsseng.

Det er arbeidsgruppens klare anbefaling at kriminalomsorgen fortrinnsvis bør ha et økt fokus på å redusere bruken av sikkerhetsseng og forebygge i forkant, slik at behovet for bruk av sikkerhetsseng reduseres fremfor å avvikle bruken av sikkerhetsseng.

Det er en uenighet i arbeidsgruppen hva gjelder konklusjonen og ett av medlemmene har valgt å ta dissens.

f. Dagens rettstilstand og praksis i Norge

a. Nasjonalt lovverk og menneskerettslige standarder

Nasjonalt lovverk med tilhørende regelverk

I norsk lov er bruk av sikkerhetsseng regulert i straffegjennomføringsloven § 38 med tilhørende forskrift og retningslinjer.

Lovteksten i § 38 første ledd legger til grunn at sikkerhetsseng, sikkerhetscelle og annet godkjent tvangsmiddel, kan brukes i alle situasjoner lovhjemmelen omfatter. Bestemmelsen i § 38 annet ledd fremholder at kriminalomsorgen bare kan bruke tvangsmidler dersom forholdene gjør det «*strengt nødvendig, og mindre inngripende tiltak forgjeves har vært forsøkt eller åpenbart vil være utilstrekkelig.*» Tvangsmiddelet skal benyttes med varsomhet slik at ingen blir påført unødig skade eller lidelse. Kriminalomsorgen skal fortløpende vurdere om det er grunnlag for å opprettholde tiltaket.

I tillegg har loven egne, strengere regler for bruk av sikkerhetsseng for innsatte under 18 år, regler om varsling av lege, samt regler om innrapportering av langvarig bruk til overordnet myndighet. Terskelen for bruk av sikkerhetsseng er høyere for mindreårige enn for voksne innsatte, da kravet er at det skal være «*tvingende nødvendig*», jf. lovens § 38 tredje ledd.

KDI har i retningslinjene presisert at sikkerhetsseng kun skal benyttes når det er «*strengt nødvendig for å hindre en innsatt i å skade seg selv.*»⁵ Det er altså ikke anledning til å benytte sikkerhetsseng som tvangsmiddel for å hindre innsatte i å skade andre eller for å hindre materielle skader.

Straffegjennomføringsloven eller forskriften definerer ikke en plikt til tilsyn av personer som er lagt i sikkerhetsseng. Etter endringer i retningslinjene i mars 2019, har KDI pålagt kontinuerlig tilsyn fra fengselsansatte, jf. retningslinjene punkt 38.7. Tidligere stilte kriminalomsorgens retningslinjer kun krav om tilsyn fra fengselsbetjenter minst én gang i timen når innsatte lå fastspent i sikkerhetsseng.

Helsetjenestens bistand til en innsatt som er beltelagt, er blant annet regulert av helsepersonellovens § 4 om krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Problemstillinger knyttet til helsetjenestens rolle og ansvar drøftes nærmere i rapportens punkt 5.

Rettspraksis fra Norge

Det foreligger ikke rettspraksis fra norske domstoler hva gjelder bruken av sikkerhetsseng i fengsel. Norge har ved ett tilfelle blitt saksøkt for bruken av sikkerhetsseng i kriminalomsorgen. I søksmålssaken inngikk Staten ved Justis- og beredskapsdepartementet rettsforlik med en tidligere innsatt ved Bredtveit fengsel og forvaringsanstalt. Forliket ble inngått i mai 2020.

Bakgrunnen for søksmålet var at innsatte ved flere anledninger hadde ligget lenge i sikkerhetsseng uten at det fremgikk at nødvendigheten av dette ble fortløpende konkret vurdert. I tillegg leverte innsatte to klager til fengselet som ikke ble fulgt opp.

De lengste oppholdene på sikkerhetsseng i den konkrete saken var 38,5 timer og 42 timer sammenhengende. Innsatte ble rutinemessig fratatt klær ved bruk av sikkerhetscelle og sikkerhetsseng. Staten erkjenner i forliket at Den europeiske menneskerettighetskonvensjon (EMK) artikkel 3 er krenket overfor innsatte under oppholdet ved enheten i perioden 2013-2015. Det fremgår av forliket at bruk av sikkerhetsseng skjedde på en måte som var mer ydmykende enn nødvendig, samt at innsatte i en lengre periode lå uten klær på sikkerhetssengen, selv om innsatte ga uttrykk for at hun frøs. Det følger av forliket at disse forholdene samlet sett utgjør «*nedverdiggende behandling*» i konvensjonens forstand.

Avgjørelsen er rettskraftig. Dette betyr at staten har en plikt til å arbeide for at dette ikke skjer igjen.

⁵ Retningslinjer til straffegjennomføringsloven avsnitt 38.7. Versjon revidert 15. mars 2019.

Menneskerettslige standarder og rettspraksis

Internasjonal rettsutvikling går i retning av en mer kritisk holdning til bruk av tvangsmidler, særlig overfor mennesker med psykiske lidelser. FNs spesialrapportør mot tortur har anbefalt at medlemsstatene helt avvikler bruk av tvangsmidler overfor mennesker i en slik situasjon. Tilsvarende gjelder FNs komité for rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne⁶. Som nevnt innledningsvis har også CPT tidligere anbefalt å unngå bruk av sikkerhetsseng utenfor helsevesenet («*non-medical settings*»)⁷.

Mandelareglene, CPT og praksis fra Den europeiske menneskerettighetsdomstolen (EMD) slår fast at tvangsmidler bare kan anvendes som en siste utvei, og for så kort tid som mulig, dersom tiltaket er den eneste måten å forhindre skade på personen selv eller andre⁸.

EMK artikkel 3 slår fast at ingen må bli utsatt for tortur eller umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff. EMD har i flere saker slått fast at beltelegging kan utgjøre en krenkelse av forbudet mot tortur og umenneskelig behandling, jf. EMK artikkel 3.

EMD krever at beltelegging må være nødvendig og proporsjonal for å hindre umiddelbar skade. I sin vurdering av om det foreligger krenkelse av artikkel 3 legger domstolen særlig vekt på krav til dokumentasjon av begrunnelse, varighet, hvilke tiltak som ble utprøvd før belteleggingen og hvilke typer tilsyn som ble utført⁹.

Vilkåret om «*strengt nødvendig*» i straffegjennomføringsloven § 38 gjelder for hele oppholdet på sikkerhetsseng. EMD har fastslått krenkelse av artikkel 3 på grunnlag av at en innsatt ble beskrevet som rolig uten at vedkommende ble løsnet fra beltene.¹⁰

b. Statistikk over bruken av sikkerhetsseng i perioden 2013-2021

Detaljert oversikt over antall tilfeller

Det finnes 31 høysikkerhetsfengsler i Norge. 18 av disse fengslene har sikkerhetsseng tilgjengelig. Ingen fengsler har flere enn én sikkerhetsseng. En gjennomgang av statistikken fra regionene viser at sikkerhetsseng totalt er brukt 125 ganger i perioden 2013–2021 .

Sikkerhetsseng er et tvangsmiddel som generelt sett benyttes svært sjelden, noe som synliggjøres av tallmaterialet som er innhentet fra regionene for nevnte periode.

Det er betydelige etiske dilemmaer knyttet til bruk av tvangsmidler og valg av hvilke tvangsmidler som skal kunne benyttes. De etiske dilemmaene er på en side knyttet til maktbruk og det å frata

⁶ FNs komité for rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD), Guidelines on article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, vedtatt i komiteens 15. sesjon september 2015, avsnitt 12 med videre henvisninger.

⁷ Se CPTs besøk til Tyskland 2015 (CPT/Inf (2017) 13) om bruk av «Fixierung» i fengsel.

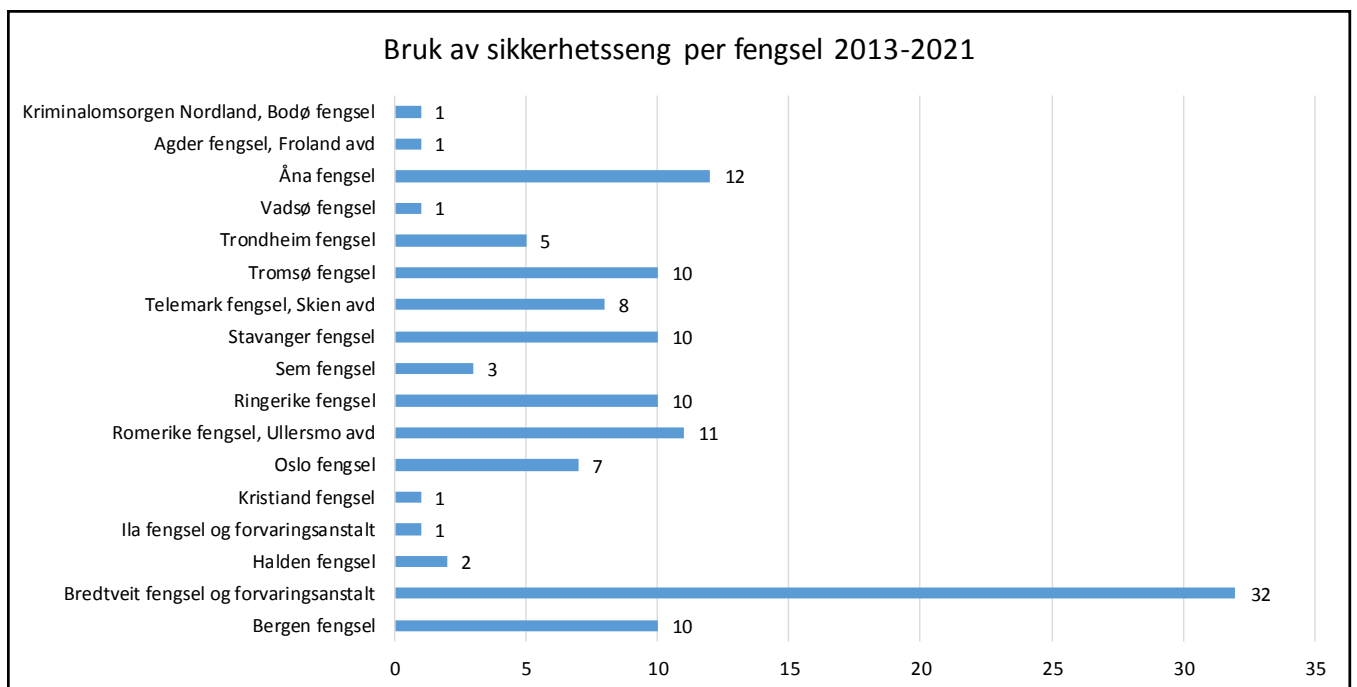
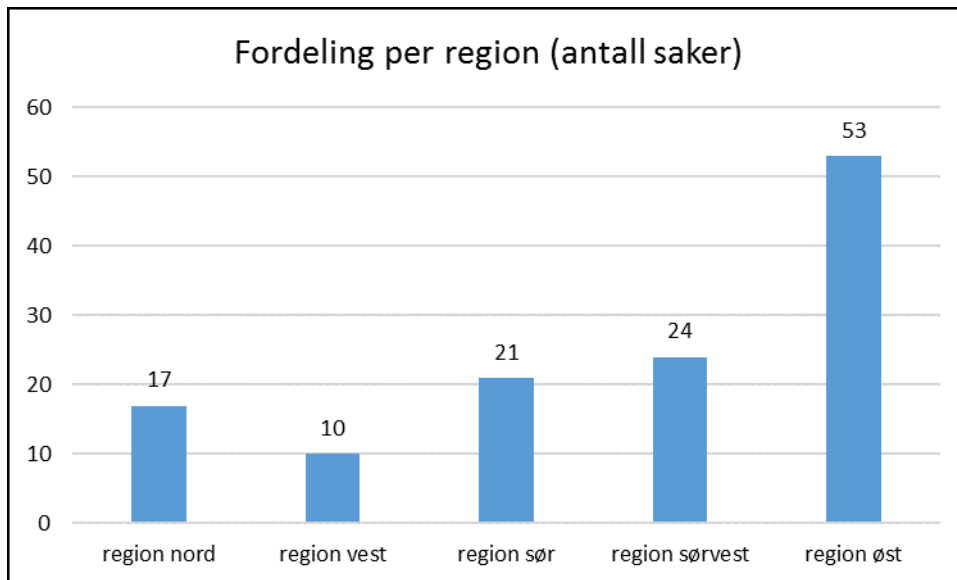
⁸ Mandelareglene, CPT, Bures mot Tsjekkia, nr. 37679/08, dom av 18.10.2012, avsnitt 86 og M.S. mot Kroatia (no. 2, nr. 75450/12), dom av 19.05.2015.

⁹ Se blant annet Henaf mot Frankrike, nr. 65436, dom av 27.11.2003, avsnitt 47 og Aggerholm mot Danmark, 2020, avsnitt 105 og 114).

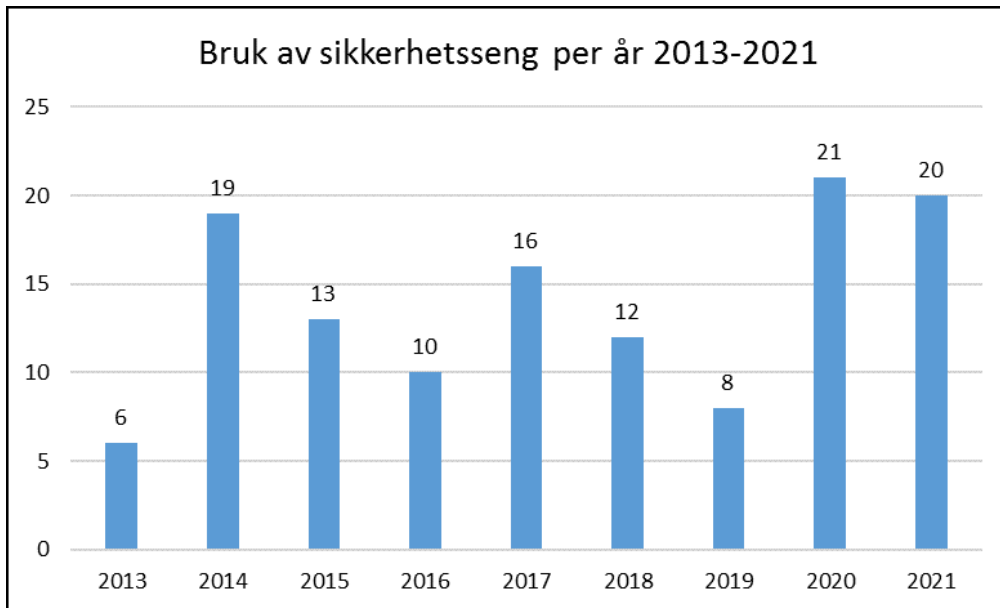
¹⁰ Julin mot Estland, nr. 16563/08, dom av 29.05.2012.

enkeltindividets autonomi og menneskerettigheter, sett opp mot kriminalomsorgens plikt til å ta vare på den innsatte ved å hindre vedkommende i å skade seg selv, og i ytterste konsekvens ta sitt eget liv.

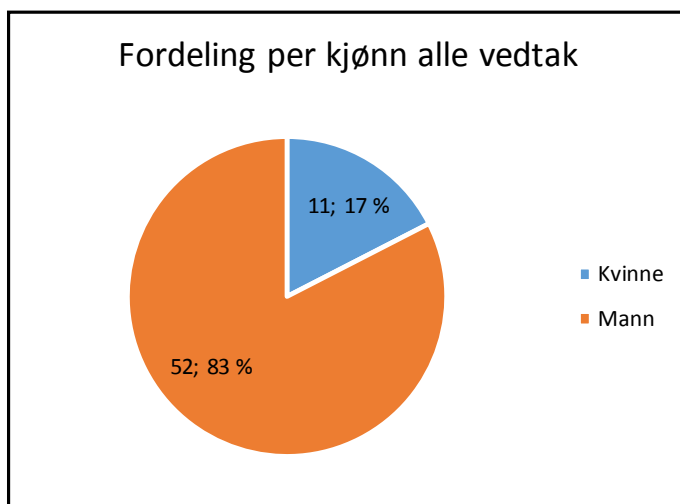
Nedenfor følger en oppstilling av bruken av sikkerhetsseng fordelt på de ulike regionene og enhetene.



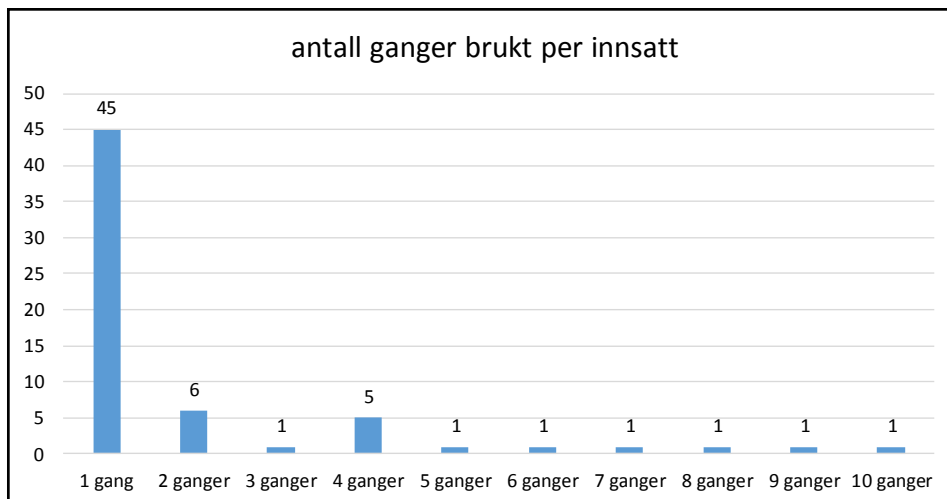
Figuren nedenfor viser bruken av sikkerhetsseng i kriminalomsorgen fordelt pr. år. Statistikken viser en relativt stabil bruk, men med en økning de to siste årene.



Ser vi mer på tallene og forholdet mellom antall vedtak vs antall innsatte, finner vi at de 125 vedtakene er fordelt på 63 innsatte. 52 av disse er menn, mens 11 er kvinner.

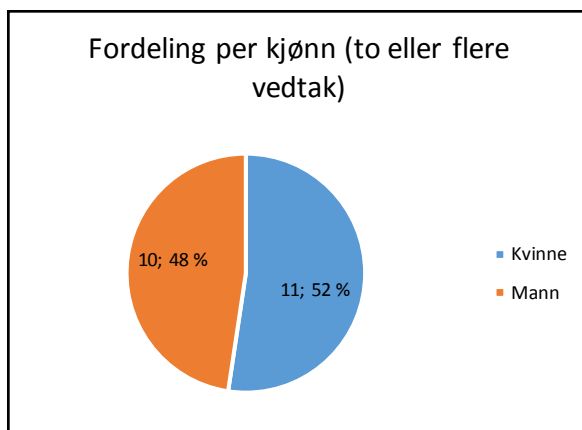


Det fremgår tydelig av statistikken at innsatte som legges i sikkerhetsseng som regel kun har ett opphold (71% av sakene). Men det er en betydelig andel som blir plassert på sikkerhetsseng flere ganger. I 2020 var for eksempel de 21 vedtakene fordelt på 6 innsatte, mens i 2021 er de 20 vedtakene fordelt på 5 innsatte.



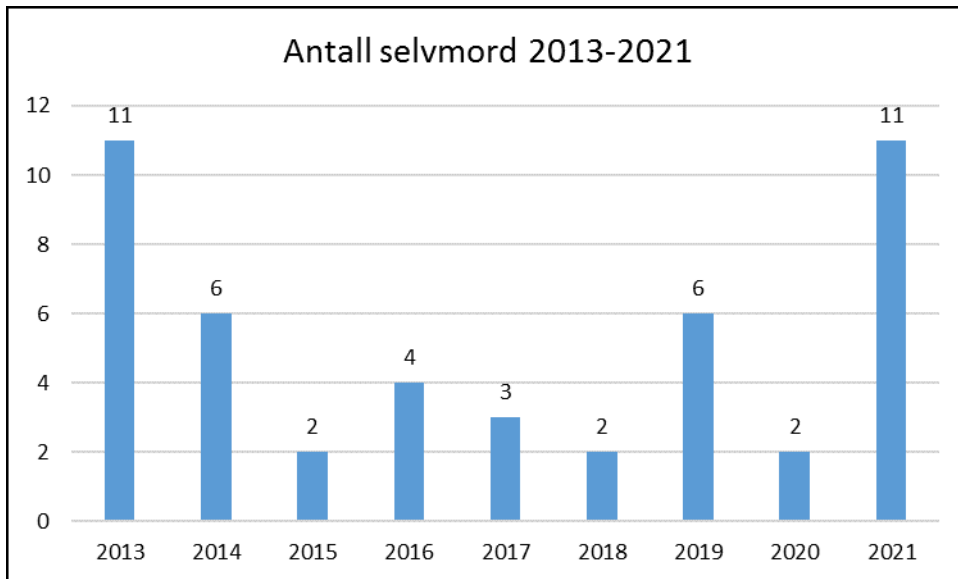
Av de innsatte som er lagt i sikkerhetsseng flere ganger utgjør kvinner 48%. Dette er en betydelig overrepresentasjon sammenlignet med generell representasjon i fengsel.

Det vises videre til at Bredtveit fengsel og forvaringsanstalt, som er en anstalt for kvinner, er den enheten i kriminalomsorgen som har benyttet sikkerhetsseng flest ganger. Kjønn er utvilsomt en sårbarhetsfaktor, og statistikken gir et bilde av at kvinnelige innsatte har et større lidelsestrykk og oftere forekomst av selvskading enn mannlige innsatte. Figuren nedenfor viser bruken fordelt på kjønn pr. innsatt.

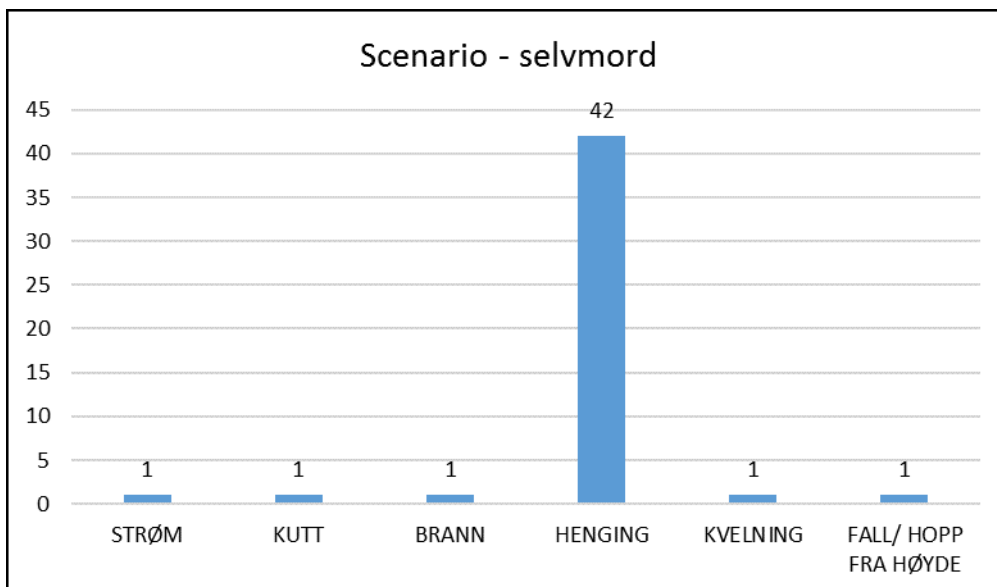


Forholdet mellom bruk av sikkerhetsseng og antall selvmord

Tabellen nedenfor viser en oversikt over antall selvmord i perioden 2013-2021.



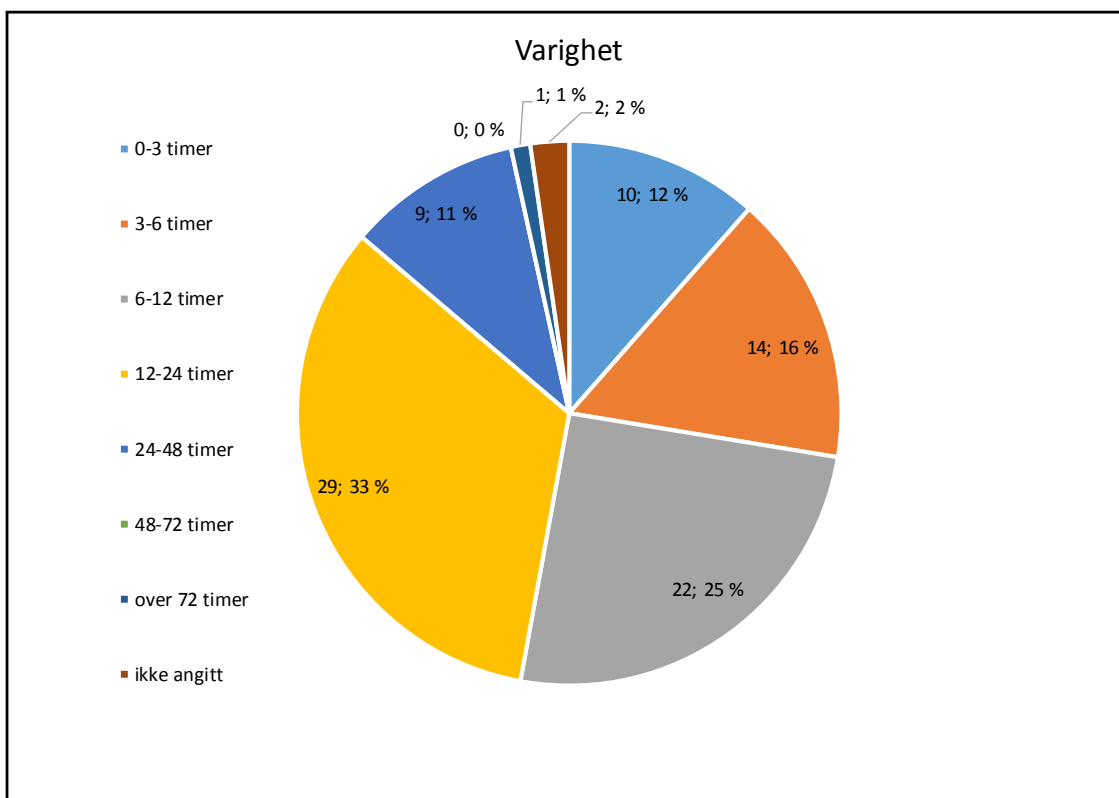
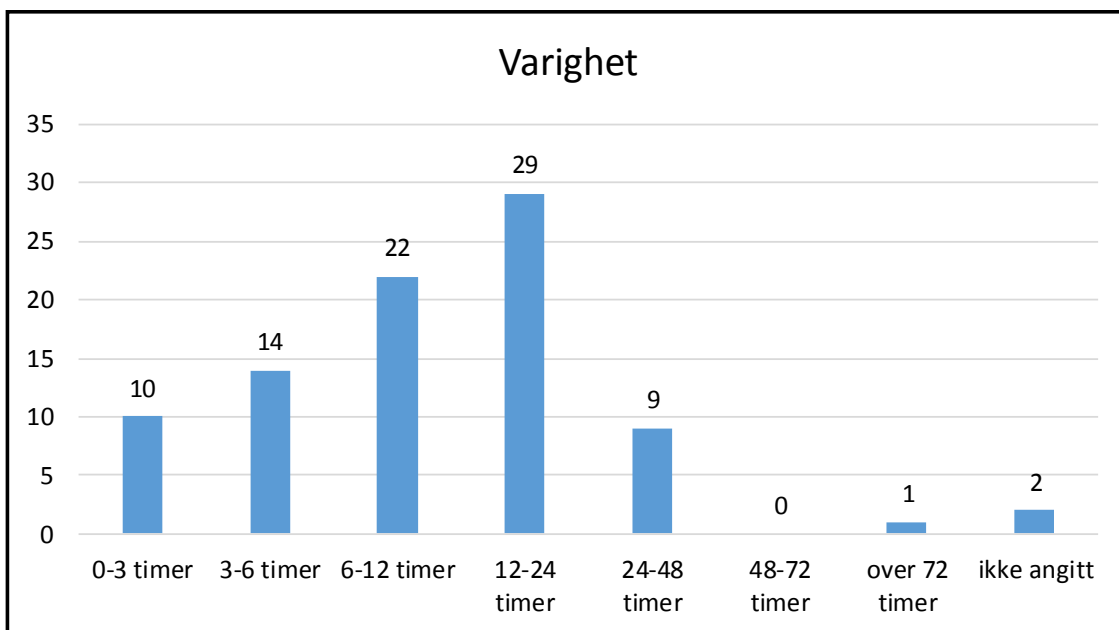
I 42 av 47 eller i 90% av selvmordene var årsaken henging. Sammenlignet med type selvskading i forbindelse med bruk av sikkerhetsseng utgjør forsøk på strangulering 16 av 125 saker eller 13%.



Varigheten¹¹ av oppholdet på sikkerhetsseng

Som en del av gjennomgangen har arbeidsgruppen også analysert varigheten av oppholdene på sikkerhetsseng for et utvalg av sakene. Som det fremkommer av tabellene nedenfor har 22 vedtak (25 %) en varighet på 6-12 timer, og 29 vedtak (33 %) har en varighet på 12-24 timer.

¹¹ I revideringen av datamaterialet har vi ikke prioritert å analysere alle sakene for varighet. De 87 sakene som utgjør analysegrunnlaget inngikk i datagrunnlaget arbeidsgruppen var kjent med da risikovurderingen ble utarbeidet.



EMD har i flere dommer slått fast at risikoen for krenkelse av EMK artikkel 3 øker jo lengre en person er lagt i belter. I en avgjørelse fra 2009 fant domstolen krenkelse av artikkel 3 i en sak som gjaldt beltelegging som varte i 10 timer. I en avgjørelse fra 2012 fant EMD krenkelse av artikkel 3 i en sak som gjaldt en beltelegging som hadde vart i 9 timer.¹²

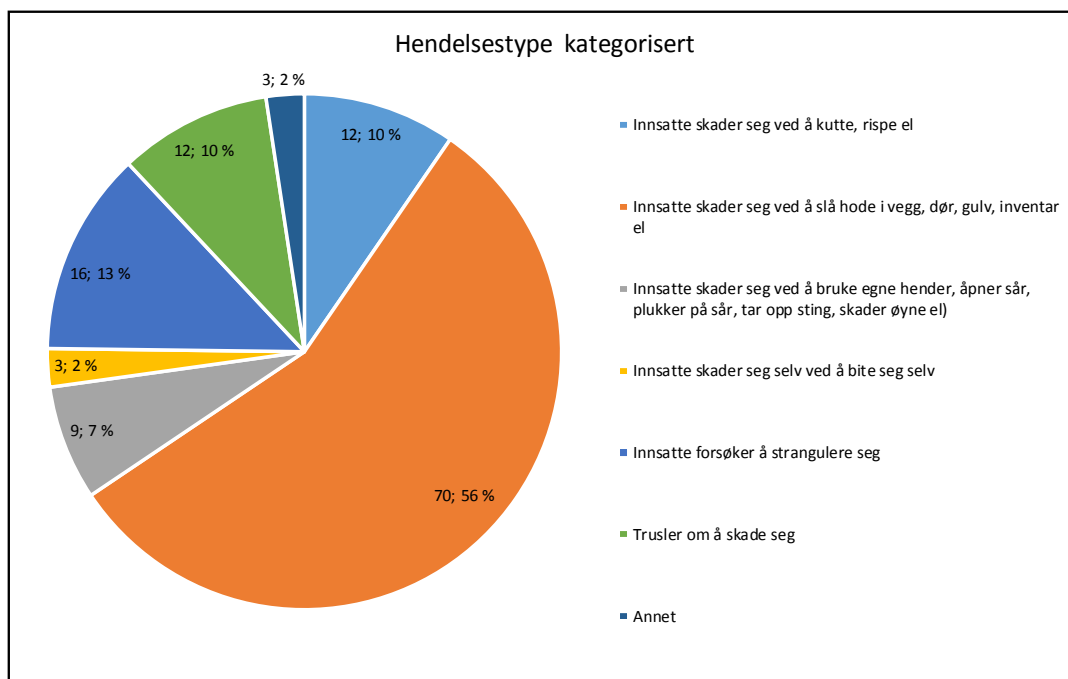
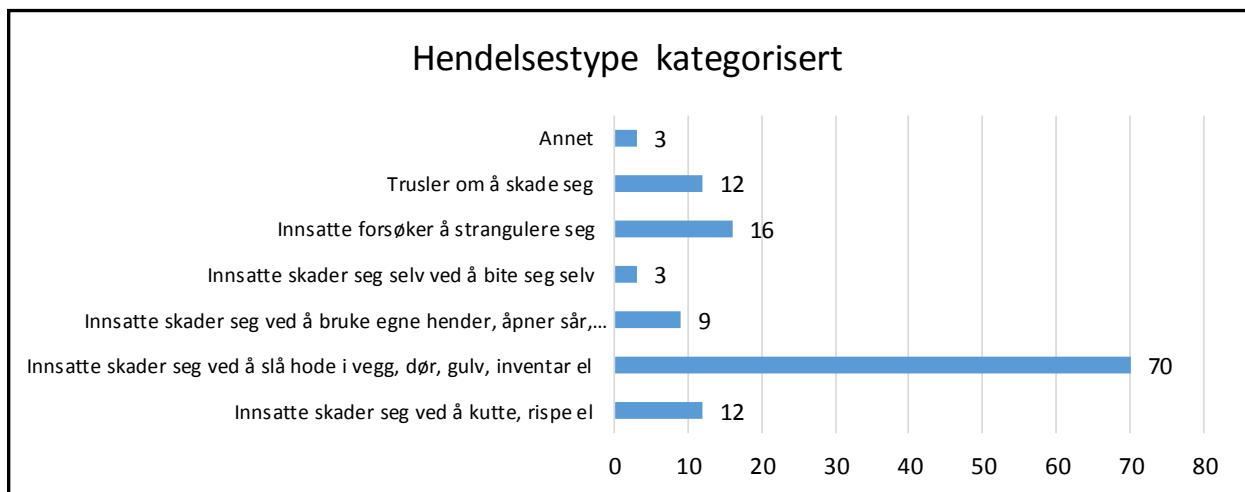
¹² Julin mot Estland, nr. 16563/08, dom av 29.05.2012, Bures mot Tsjekkia, nr. 37679/08, dom av 18.10.2012, M.S. mot Kroatia (no. 2, nr. 75450/12), dom av 19.05.2015, Wiktoriko mot Polen, nr. 14612/02, dom av 31.03.2009.

Hovedkategorier av begrunnelse for sikkerhetsseng

Basert på arbeidsgruppens gjennomgang av vedtak om bruk av sikkerhetsseng for perioden 2013-2021 kan bruken av sikkerhetsseng deles inn i følgende hovedkategorier:

- Innsatte skader seg ved å kutte, rispe eller lignende.
- Innsatte skader seg ved å slå hode i vegg, dør, gulv, inventar eller lignende.
- Innsatte skader seg ved å bruke egne hender, åpner sår, plukker på sår, tar opp sting, skader øyne eller lignende.
- Innsatte skader seg selv ved å bite seg selv.
- Innsatte forsøker å strangulere seg.
- Trusler om å skade seg.

I tillegg til kategoriene som nevnt over er det enkeltstående hendelser hvor det er en annen form for selvskadning, disse er i figuren nedenfor kategorisert som «Annet». Eksempel på tilfeller som er registrert i denne kategorien er blant annet forsøk på å svelge egen tannprotese, eget hår eller egen tunge. Figurene nedenfor viser en fordeling av hendelsestypene.



Manglende vedtak og begrunnelse

I likhet med Sivilombudet har arbeidsgruppen funnet at et stort antall vedtak om sikkerhetsseng hadde mangelfulle begrunnelser, samt at flere tilfeller av bruk av sikkerhetsseng manglet vedtak i sin helhet. I flere vedtak manglet det en individuell beskrivelse av den konkrete situasjonen som gjorde det inngripende tiltaket nødvendig.

Arbeidsgruppen har avdekket at det er avvik eller mangler i mange av sakene. I 7 av sakene mangler det vedtak om bruk av sikkerhetsseng. I svært mange av sakene hvor det foreligger vedtak er det mangler rundt dokumentasjon på at mindre inngripende tiltak er forsøkt eller vurdert åpenbart utilstrekkelig. Dette vurderes som alvorlig, særlig sett hen til at det etter gjeldende regelverk er en forutsetning for bruk av sikkerhetsseng at mindre inngripende tiltak forgjeves skal være forsøkt eller vurdert å være åpenbart utilstrekkelig.

Manglende og mangelfulle vedtak hindrer både klagemulighet, internkontroll og kontroll av eksterne tilsynsorganer, noe som er svært alvorlig. Arbeidsgruppen er av den klare oppfatning at manglende vedtak og mangelfulle begrunnelser av vedtak utgjør et rettssikkerhetsproblem.

Arbeidsgruppens gjennomgang viser videre at innsatte som blir besluttet lagt i sikkerhetsseng som oftest kommer direkte fra opphold på sikkerhetscelle. Dette er også naturlig, da sikkerhetscelle anses som et mindre inngripende tiltak og inngår som en del av virkemiddelopptrappingen i en ekstraordinær situasjon.

g. Andre lands praksis

a. Rettstilstand og praksis i øvrige nordiske land

Danmark

Danmark har hjemmel for å anbringe en innsatt «*i sikringscelle og herunder tvangsfikseres ved anvendelse av bælte, hånd og fotremmer samt hansker*» etter straffuldbyrdelsesloven § 66 hvis det anses «*nødvendig*».

Hjemmelen kan benyttes for å avverge truende vold eller overvinne voldsom motstand samt for å hindre selvmord eller annen selvbeskadigelse. Bruken må være forholdsmessig i forhold til inngrepets formål og krenkelse og ubehag som påføres, og skal gjennomføres så skånsomt som omstendighetene tillater.

En innsatt som er «*tvangsfikseret*» skal ha fast vakt, formodentlig tilsvarende «*kontinuerlig tilsyn*» i Norge. Legetilsyn skal anmodes «*straks*» ved tvangsfiksering av innsatt på sikkerhetscelle.

Danmark har særregler for mindreårige innsatte (15-17 år) hva gjelder krav til tilsyn av lege og regler om innberetning ved varighet ut over 24 timer.

Avgjørelse etter lovens § 66 om anbringelse i sikkerhetscelle, herunder om anvendelse av «*tvangsfiksering*» kan påklages til Direktoratet for Kriminalforsorgen. Det fremgår av regelverket av

klager på vedtak om bruk av sikkerhetsseng ikke har oppsettende virkning, med mindre annet er særskilt bestemt.

Sverige

Kriminalvården i Sverige benytter sikkerhetsseng («*bältessäng*»). Bruken av dette er regulert i Fängelselagen (2010:610) Kapittel 8 § 10, samt i Häkteslagen (2010:611).

Det følger av det svenske regelverket at en innsatt kan legges i belter ved forflytning i anstalten eller ved forflytning utenfor anstalten, dersom det er nødvendig av sikkerhetsmessige grunner. Videre kan innsatte legges i belter dersom vedkommende opptrer voldsomt og det er nødvendig av hensyn til den innsatte eller andres liv eller helse. Regelverket slår fast at en lege så snart som mulig skal undersøke innsatte.

I Sverige skilles det mellom bruk av belteseng og bruk av en såkalt «*japansk bære*» i kombinasjon med belter. Ved bruk av belteseng blir innsattes armer og ben spent fast mens vedkommende ligger på ryggen. Dette tiltaket brukes i de tilfeller hvor innsatte yter voldsom motstand, samt for å hindre at innsatte skader seg selv eller andre. Hva gjelder «*japansk bære*» blir innsatte lagt på en bære hvor hele kroppen fastspennes. Formålet med dette tiltaket er først og fremst å forhindre voldsom motstand fra innsatte ved transport enten i eller utenfor enheten.

I de enheter som ikke har belteseng tilgjengelig opplyser svenske myndigheter at innsatte som skader seg selv plassert i en celle under kontinuerlig tilsyn av ansatte. De ansatte skal i disse tilfellene være utrustet med OC-gass. Lege skal kontaktes så raskt som mulig, og det er ønskelig med en rask overføring til psykiatrisk sykehus.

Finland

Finland har ikke mulighet til å benytte sikkerhetsseng. I tilfeller hvor den innsatte forsøker å skade seg selv plasseres vedkommende i et rom eller en celle der innsatte kan observeres døgnet rundt ved hjelp av teknisk utstyr eller på annen måte. Dette er regulert i finskenes Fängelselag 18 kapittel 3.

Under observasjonen skal innsatte bruke bekledning som fengselet stiller til disposisjon. I tillegg kan den innsatte få et rimelig antall gjenstander til disposisjon som ikke er til fare for den innsattes sikkerhet eller formålet med observasjonen. Innsatte skal gis mulighet til å røyke, så lenge ikke dette med tanke på grunnen til observasjonen ikke er til fare for orden eller sikkerhet i fengselet eller den innsatte eller noen annens sikkerhet.

Den innsatte skal få utlevert sengeklær til sin disposisjon, dersom det ikke setter vedkommendes sikkerhet i fare, jf. statsrådets forordning om fängelse § 63.

Dersom den innsatte forsøker å skade seg under observasjonen har man i Finland ingen andre muligheter enn å bruke makt og holde vedkommende, slik at vedkommende ikke kan skade seg selv. Myndighetene i Finland opplyser at dette er utfordrende for fengselspersonalet, særlig sett hen til at dette kan oppleves som traumatiserende overfor innsatte. Dette er også en særlig utsatt situasjon for de ansatte. Videre er det en opplevd utfordring i Finland at de ansatte også har mange andre arbeidsoppgaver som må utføres samtidig, noe som er problematisk dersom fastholdingen er nødvendig over tid og krever bruk av flere tjenestemenn.

Finlands Justitieombudsman (tilsvarende det norske Sivilombudet) har kommet med kritikk mot kriminalomsorgen i slike tilfeller som beskrevet over, samt i tilfeller hvor kriminalomsorgen har benyttet håndjern for å hindre den innsatte i å skade seg selv. I slike tilfeller har den innsatte blitt lenket fast til noe. Den finske kriminalomsorgen har også blitt kritisert for at de ikke har tillatt den innsatte å ha på seg klær der vedkommende har forsøkt å henge seg i klærne.

b. Rettstilstand og praksis i andre europeiske land

I forbindelse med nærværende utredning har arbeidsgruppen foretatt en spørreundersøkelse via EuroPris. Det ble sendt ut en forespørsel hvor landene ble spurt om hvorvidt de benytter sikkerhetsseng i fengsel. Videre ble det spurt om hvordan bruken eventuelt er regulert i regelverket. Endelig ble landene spurt hvilke alternativer som iverksettes dersom sikkerhetsseng ikke benyttes.

KDI har mottatt tilbakemelding fra 10 land, i tillegg til de nordiske landene. Gjennomgangen av tilbakemeldingene viser at de fleste europeiske landene har sikkerhetsseng tilgjengelig og bruker dette i ekstraordinære tilfeller. Kun to land opplyser at de ikke benytter sikkerhetsseng, dette gjelder Storbritannia og Latvia. Begge de to nevnte landene opplyser imidlertid at de kan ta i bruk belter/reimer for å hindre innsatte i å skade seg selv, men at disse ikke er fysisk festet til en seng.

Storbritannia opplyser at de har innført en ny metode, såkalt «*Supporting People at Risk Evolution*». Metoden går ut på å ha innsatte i fokus og støtte innsatte i en periode med opplevd krise og forsøke å finne årsaken til problemet. Myndighetene opplyser at de har sikkerhetsceller og rivesikre klær som hovedsakelig benyttes i de tilfeller hvor innsatte er i fare for å skade seg selv eller ta sitt eget liv. Britiske myndigheter er av den oppfatning at bruk av sikkerhetscelle og rivesikre klær er redusert etter innføring av den nye metoden.

En gjennomgående tilbakemelding fra landene er at håndjern og sikkerhetscelle benyttes i kombinasjon som alternativ til sikkerhetsseng. Flere av landene opplyser også at de benytter såkalte polstrede celler.

Gjennomgangen av tilbakemeldingene viser at flere av landene har reguleringer som innebærer at innsatte skal tilses av helsepersonell hver dag. Videre har de fleste landene regler om at innsatte skal være under kontinuerlig tilsyn av ansatte under opphold på sikkerhetsseng.

h. Utfordringer og psykiske lidelser hos innsatte hvor sikkerhetsseng benyttes

Norske undersøkelser viser at innsatte som gruppe har en svært høy forekomst av psykiske lidelser.¹³ Den landsdekkende undersøkelsen fra 2014 viser at forekomsten av psykiske lidelser blant domfelte i norske fengsler er betydelig høyere enn i normalbefolkningen. Hele 92 % av utvalget hadde tegn på minst én psykisk lidelse. Undersøkelsen tyder også på at livstidsforekomsten av psykiske lidelser

¹³ Cramer, V. (2014). Forekomst av psykiske lidelser hos domfelte i norske fengsler. Oslo universitetssykehus.

blant innsatte er langt høyere enn i befolkningen ellers. Undersøkelsen viste at 73 % hadde personlighetsforstyrrelse, 65 % var rusmiddelavhengige før innsettelse, 42 % hadde en angstlidelse, 23 % en depressiv lidelse, 18 % hadde ADHD og 3,3 % hadde symptomer forenlig med pågående psykose. 12 % av utvalget fikk påvist flere risikofaktorer for selvmord. Det var ingen vesentlige kjønnsforskjeller i funnene. En klar overvekt av de innsatte hadde høy forekomst av samsykelighet. Funnene er i samsvar med funn fra tilsvarende utenlandske undersøkelser. Funnene i studien ledet blant annet til en felles rapport fra KDI og Helsedirektoratet med tittelen «*Oppfølging av innsatte med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer*» (2016).

Sivilombudet har ved flere anledninger påpekt at innsatte med psykiske lidelser gjennomfører straff under uverdige forhold i norske fengsler. Norge har fått kritikk fra flere hold, inkludert Europarådets torturovervåkingskomite, for at tilbudet er for dårlig til psykisk syke innsatte.

KDI foretok i 2018 en kartlegging av omfanget av psykisk syke i fengslene, vurdert ut fra kriminalomsorgens forutsetninger (dvs. ikke en helsefaglig vurdering). Kartleggingen viser at om lag 25 % av de innsatte (på en gitt dato i september 2018) vurderes å ha behov for oppfølging og behandling av psykiske lidelser ut over det som fengselsansatte har kompetanse til å håndtere. I enkelte fengsler blir det vist til at de ansatte ikke har kapasitet til å håndtere mennesker i dyp krise på andre måter enn å bruke sikkerhetscelle og sikkerhetsseng.¹⁴

Det er mange innsatte som vurderes å ikke være syke nok for institusjonsplassering i det psykiske helsevernet, men som likevel har så store psykiske lidelser at normal straffegjennomføring vanskeligjøres. Personer med aktive psykoser eller som utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse, skal ikke være i fengsel, men overføres til behandling i sykehus etter straffegjennomføringsloven § 13. Lov om psykisk helsevern § 3-3 oppstiller vilkårene for vedtak om tvungen psykisk helsevern. Hvorvidt innsatte oppfyller kriteriene for innleggelse i psykiske helsevern, vil være en skjønsmessig vurdering av den enkelte lege.

Utviklingen de siste årene tilsier likevel at innsatte med alvorlige sinnslidelser og muligens også aktive psykoser som innlegges i sykehus, blir overført tilbake til fengselet kun etter få dager. Det er bare lokale og regionale sikkerhetsavdelinger i psykiatriske sykehus som kan ta imot psykisk syke innsatte, og antall plasser er svært begrenset.

Som kjent kan sikkerhetsseng kun brukes når en innsatt skader seg selv eller ønsker å ta sitt eget liv. I dette ligger det implisitt at det kun skal benyttes som tiltak overfor personer som er alvorlig psykisk syke, har alvorlige atferdsmessige problemer, eller har alvorlige personlighetsforstyrrelser, i tillegg til at de skader seg selv eller er suicidale.

Bruk av dette tvangsmiddelet vil i det fleste situasjoner også forutsette bruk av fysisk makt for å få tiltaket gjennomført. Samtidig er det lite som tyder på at manglende tilgang til sikkerhetsseng vil redusere maktbruk overfor de personene og hendelsene hvor sikkerhetsseng er nødvendig, noe den gjennomførte risikovurderingen tydelig viser, jf. rapportens punkt 7 nedenfor.

Det er et etisk dilemma at kriminalomsorgen benytter makt overfor de innsatte som har alvorlige psykiske lidelser, atferdsproblemer eller personlighetsforstyrrelser. På den annen side vil det også

¹⁴ Brev fra KDI 25.09.2018 (ref. 201717850-26).

være et dilemma dersom kriminalomsorgen velger å ikke benytte det, da det er det eneste tiltaket som faktisk hindrer innsatte i å skade seg selv eller ta sitt eget liv.

Arbeidsgruppen er av den klare oppfatning at innsatte med alvorlige psykiske lidelser best ivaretas av helsetjenesten, herunder innleggelse og behandling i psykiatrien. Slik innleggelse og behandling vil også kunne bidra til å redusere bruken av sikkerhetsseng i norske fengsler.

i. Helsetjenestens rolle

Det er helsetjenesten som er ansvarlig for å levere helsetjenester til innsatte i norske fengsler. Det er imidlertid en betydelig variasjon i hvor godt utbygget helsetilbudet til innsatte er. Helsetjenester til innsatte er i likhet med andre tjenester i fengsel, basert på importmodellen. Dette innebærer at det er vertskommunen til det enkelte fengsel som har ansvar for å tilby kommunale helse- og omsorgstjenester for innsatte. Disse kommunene får øremerkede tilskudd fra Helsedirektoratet for å ivareta dette ansvaret. Videre er det den enkelte helseregion og lokale helseforetak der fengselet geografisk er plassert som har ansvaret for å tilby innsatte spesialisthelsetjenester.

Det vil i løpet av 2021 være etablert egne stedlige polikliniske tilbud innen psykisk helsevern og rusbehandling i alle landets fengsler. En kartlegging utført av kriminalomsorgen i 2018 viste at bare halvparten av fengslene har etablert avtale med spesialisthelsetjenesten om psykisk helsehjelp, noe som medfører manglende vurderings- og behandlingskapasitet for innsatte med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer.¹⁵ Spesialisthelsetjenestene vurderes fortsatt til å være underdimensjonert i forhold til behovet for psykiatrisk behandling i fengslene, men tilbudet er bedret de siste årene.

EMD har slått fast at staten har et særskilt ansvar for å sikre forsvarlig helsehjelp til innsatte. Innsatte i fengsel er under myndighetenes kontroll, og derfor ikke selv i stand til å sikre seg psykisk helsehjelp. Fengselsbetjenter og annet personell i fengslene har ikke, og skal ikke ha, kompetanse på behandling av psykisk syke, men de innsatte er samtidig avhengig av at de ansatte i fengselet har den kompetansen som trengs for å bistå innsatte med å få den hjelpen de trenger.

Helsetjenesten skal ikke ta del i beslutningen om bruk av sikkerhetsseng som tvangsmiddel.¹⁶ Dette ligger i importmodellens natur og er et bevisst valg fra norske myndigheters side. Deres ansvar er utelukkende å ivareta innsattes helse og velferd. Mandelareglene gir detaljerte føringer om helsepersonells rolle overfor frihetsberøvede personer som utsettes for isolasjon, utelukkelse eller andre lignende inngrep. De skal sikre jevnlig medisinsk kontroll av den innsattes fysiske og psykiske helse, og rapportere om helseskadelige effekter.¹⁷ Helsepersonelloven § 4 slår fast at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Helsepersonell har en sentral rolle overfor innsatte som er lagt i sikkerhetsseng, særlig sett hen til at begrunnelsen for bruken er knyttet til selvskading og selvmordsrisiko, og at selve belteleggingen utgjør en risiko for helseskade.

De helsemessige risikoene det innebærer å være lagt i sikkerhetsseng, er avhengig av en kvalifisert og tilgjengelig helsetjeneste med gode rutiner for oppfølging både før, under og etter bruken av

¹⁵ Brev fra KDI av 25.09.2018 (ref. 201717850-26)

¹⁶ Mandelareglene, Regel 46 nr. 1

¹⁷ Mandelareglene, Regel 46 nr. 2

tvangsmiddelet. Det er derfor avgjørende at helsepersonell har god kunnskap om skaderisikoen ved bruk av sikkerhetsseng. Sivilombudets temarapport fra 2020 avdekket at halvparten av helsetjenestene i fengsler som har sikkerhetsseng tilgjengelig, ikke har egne rutiner for deres rolle og oppgaver når innsatte legges i sikkerhetsseng. Det er i tillegg problematisk at de aller fleste fengslene er avhengig av bistand fra lokal legevakt deler av døgnet når helseavdelingen er stengt. De fleste enheter har ikke tilgjengelig helsepersonell på kveld, natt og helg, og er i stor grad avhengig av bistand fra lokal legevakt. Sivilombudet viser i sin rapport til at legevaktsleger ikke har noen spesialkompetanse i bruk av belter, og gjennomgangen av fengselshelsetjenestenes rutiner avdekket store mangler.

Praksis fra EMD peker på at mangelfullt tilsyn og medisinsk oppfølging av innsattes helsetilstand under opphold i belteseng kan være momenter i en samlet vurdering av om det foreligger en krenkelse av EMK artikkel 3.¹⁸

I sin temarapport påpeker Sivilombudet at de store svakhetene ved tilsyn fra helsepersonell som deres besøk og gjennomgang av dokumenter har avdekket, står i kontrast til reglene i psykisk helsevern om kontinuerlig tilsyn av pleiepersonale når pasienter legges i belter.¹⁹ Et vedtak om beltelegging i tvungen psykisk helsevern kan kun fattes av lege med spesialistgodkjenning, eller klinisk psykolog med relevant praksis og videreutdanning. Slikt vedtak om beltelegging kan påklages til en kommisjon som er uavhengig av sykehuset. Kontrollkommisjonen skal i tillegg av eget tiltak gjennomgå alle vedtak om bruk av belter.²⁰ I norsk kriminalomsorg finnes det ikke en slik ekstern kontrollfunksjon. En gjennomgang av vedtak fra overordnet nivå i kriminalomsorgen fordrer at innsatte påklager vedtak om bruk av sikkerhetsseng.

j. Anbefalinger fra helsetjenesten

a. Anbefalinger fra Helsedirektoratet og referansegruppen

I forbindelse med nærværende utredning har arbeidsgruppen innhentet råd og anbefalinger fra Helsedirektoratet (avdeling for primærhelsetjenester og avdeling for spesialisthelsetjenester) om hvorvidt bruk av sikkerhetsseng i kriminalomsorgen bør avvikles, samt hvordan kriminalomsorgen best kan forebygge bruk av sikkerhetsseng og andre tvangsmidler. Det er også innhentet anbefalinger fra kompetente fagpersoner som jobber på lokalt nivå i fengselshelsetjenesten og psykisk helsevern (omtales heretter som referansegruppen). I forbindelse med arbeidet med utredningen ble det arrangert et referansegruppemøte med samarbeidspartnere som har erfaring med vurdering av sikkerhetsseng i fengsel, og overføring fra fengsel til døgnopphold i psykisk helsevern.

I psykisk helsevern har det de siste årene vært en økende anerkjennelse av at selvskading og selvmordsatferd ikke bør møtes med bruk av tvang, som beltelegging, fordi dette øker risikoen for tvang, i stedet for å dempe den atferden man ønsker å unngå.

¹⁸ Henaf mot Frankrike, dom av 27.11.2003, avsnitt 47.

¹⁹ Lov om psykisk helsevern § 4-8 fjerde ledd.

²⁰ Kontrollkommisjonens saksbehandling, Rundskriv, Helsedirektoratet, 22. november 2016.

Gjennomgående er både Helsedirektoratet og medlemmene av referansegruppen av den oppfatning at kriminalomsorgen i større grad bør fokusere på å arbeide forebyggende overfor innsatte og på denne måten redusere behovet for bruk av sikkerhetsseng, fremfor å avvikle sikkerhetsseng som tvangsmiddel i kriminalomsorgen. Referansegruppen er tydelige i sin tilbakemelding på at dersom man avvikler et tvangsmiddel, vil man samtidig skape behov for å iverksette nye alternative tvangsmidler. Det kan tenkes at slike nye tvangsmidler umiddelbart fremstår som mindre inngripende. Risikoen er imidlertid at terskelen for å bruke slike nye tvangsmidler er lavere enn ved bruk av sikkerhetsseng, noe som igjen kan resultere i en økt bruk av tvangsmidler overfor innsatte.

Helsedirektoratet og referansegruppen er av den oppfatning at bruk av sikkerhetsseng i større grad kan forebygges, da de fleste innsatte vil ha symptomer på psykiske lidelser, suicid og atferdsproblemer i forkant. Dette er som regel situasjoner som bygger seg opp over tid. De er av den oppfatning at det vil være avgjørende å ha kvalifisert helsepersonell til stede i fengsel, både den kommunale helse- og omsorgstjenesten, samt stedlig spesialisthelsetjeneste psykiatri og rusbehandling (områdefunksjon) for å vurdere lidelsestrykket, behov for behandling i fengselet eller innleggelse i psykisk helsevern.

Partene i referansegruppen er enige om at det er sentralt at helse- og omsorgstjenesten og kriminalomsorgen har gode rutiner som sikrer samhandling om håndtering av innsatte for å forebygge psykiske lidelser og utagering hos innsatte i risikogruppen. Slike treparts-avtaler mellom kriminalomsorgen, helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten bør omfatte forebygging av selvmord og selvskading. Det vil på denne måten være et viktig virkemiddel for å redusere bruken av sikkerhetsseng i kriminalomsorgen.

Nedenfor følger en sammenstilling av ulike forebyggende tiltak som er foreslått fra Helsedirektoratet og referansegruppen for å redusere bruk av sikkerhetsseng i kriminalomsorgen. De ulike tiltakene er fordelt på henholdsvis kriminalomsorgen og helsetjenesten:

Kriminalomsorgen:

- Forsterket tilsyn fra kriminalomsorgen av innsatte under opphold på sikkerhetscelle og innsatte som er isolert. Det er sentralt med hyppig menneskelig kontakt ved bruk av inngripende tvangsmidler. Det er viktig å se etter forvarsler og foreta systematisk observasjon og nedtegning av tilstanden, som videreformidles til helsetjenesten.
- Tilby innsatte individuelle samtaler for å skape ro og trygghet under opphold på sikkerhetscelle. Relasjonelt arbeid, samspill og miljøarbeid kan hindre at situasjonen eskaleres.
- Forsterket tilsyn av innsatte som viser symptomer på suicidalitet, selvskading eller aggressiv atferd *før* de kommer i sikkerhetscelle. Trygge miljøer for straffegjennomføring og miljøarbeid er sentralt i denne sammenheng.
- Ressursteam og aktiviseringsteam kan tilby samtaler og aktiviteter individuelt eller i små grupper som forebyggende tiltak.
- Forsterket fellesskapsavdeling (NFFA) ved Ila fengsel og forvaringsanstalt er et viktig tiltak for å ivareta innsatte med alvorlige psykiske lidelser og atferdsproblemer som ikke kan være i ordinære avdelinger. Det bør vurderes å etablere flere slike avdelinger.
- Behov for økt kompetanse i kriminalomsorgen.
- Samtaleverktøy som «Vivat», «Førstehjelp ved selvmordsfare» og «Konfliktdepende kommunikasjon» gir KRUS opplæring i. Metoden «ERM – Early Recognition Method» er utarbeidet av SIFER og utprøvd ved Bredtveit fengsel og forvaringsanstalt, samt ved Hustad

fengsel. Nevnte metode innebærer at kriminalomsorgen bør ha økt fokus på tidlig intervensjon, noe som gjør det mulig å kartlegge individuell risiko og endre atferd før utageringen oppstår. Metoden benyttes overfor innsatte med og uten psykiske lidelser og med høy voldsrisiko og selvskading. Det bør vurderes å innføre ERM i opplæringen.

- Systematisk veiledning av ansatte knyttet til å vurdere innsatte med risikoatferd, og til å stå i situasjonen ved selvskading og risiko for selvmord.

Helsetjenesten:

- Forsterket tilsyn fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i fengsel av innsatte i den risikosituasjonen opphold i sikkerhetscelle og isolasjon representerer. Vurdere symptomer, behov for behandling og innleggelse i psykisk helsevern.
- Traumebasert tilnærming for innsatte. Helsetjenesten i fengsel bør jobbe med traumeproblematikk.
- Behov for økt kompetanse i helse- og omsorgstjenesten.

Videre ser Helsedirektoratet og referansegruppen behov for å øke bemanningen både i kriminalomsorgen og i helse- og omsorgstjenesten for å styrke tilsynet og forebyggende tiltak for isolerte innsatte og innsatte på sikkerhetscelle. I denne sammenheng anses det helt sentralt å ansette flere med riktig kompetanse.

b. Særlig om NOU 2019: 14 Tvangsbegrensningsloven

I psykisk helsevern er bruk av belteseng eller tvangsmedisinering ved injeksjon (benzodiazepin eller antipsykotika) de mest inngripende tiltakene for å håndtere nødsituasjoner. Den lovmessige terskelen for å benytte sikkerhetseng i kriminalomsorgen er høyere enn terskelen for å benytte belteseng i psykiatrien. I psykiatrien kan belteseng ikke kun benyttes i de tilfeller hvor det er fare for selvskading, men tiltaket kan også benyttes i de tilfeller hvor det er nødvendig for å hindre vedkommende i å skade andre eller for å avverge betydelig materiell skade. Det tilføyes at de pasienter som får døgnopphold i psykiatriske sykehus i hovedsak er personer med aktiv psykose, og at de helsemessige utfordringer som ligger til grunn for å benytte belteseng i psykiatrien anses å være mer omfattende enn i kriminalomsorgen.

Helse- og omsorgsdepartementet nedsatte i 2016 et utvalg med det oppdrag å foreta en samlet gjennomgang og utrede behov for revisjon og modernisering av reglene om bruk av tvang i helse- og omsorgssektoren. Utredningen viser at det er mulig å etablere en felles lov til erstatning for de fire ulike regelsettene som gjelder i dag, og inneholder forslag til ny lov om begrensning av bruk av tvang i helse- og omsorgstjenesten (tvangsbegrensningsloven). I utredningen blir det blant annet foreslått å fase ut bruken av mekaniske tvangsmidler, herunder belter, i psykisk helsevern i sin helhet.

Utvalget er tydelige på at kvalitetshevende tiltak som kan redusere tvangsmiddelbruken generelt, og spesielt for mekaniske innretninger (herunder belteseng), vil ta tid å gjennomføre. Et forbud mot bruk av mekaniske innretninger kan derfor ikke innføres på kort sikt. Utvalget er imidlertid ikke overbevist om behovet for på sikt å videreføre en alminnelig hjemmel for bruk av mekaniske innretninger. For å understreke det potensialet utvalget oppfatter ligger i forebyggende arbeid, foreslås det å gjøre hjemmelen for bruk av mekaniske innretninger midlertidig i tre år etter lovens ikrafttredelse.

Det kommer klart frem av utredningen at utvalget har tro på forebyggende arbeid for å redusere bruken av tvangsmidler, men at dette fordrer betydelige kvalitetshevende tiltak som ikke er utredet godt nok på dette tidspunkt. Pr. i dag finnes det ikke alternativer til mekaniske tvangsmidler som anses tilstrekkelige, slik at bruk av belteseng fremdeles anses som en nødvendig tiltak for å hindre selvskading og selvmord i psykiatrien. Denne holdningen understrekes også av flere høringsvar, hvor det fremgår at høringsinstansene er skeptisk til å avvikle tvangsmidler, da det ikke finnes alternativer som anses tilstrekkelige til å avverge selvskading og selvmord. Helsedirektoratet har i sin høringsuttalelse påpekt at det kan være mulig å avskaffe sikkerhetsseng i psykiatrien, men med flere forbehold, blant annet at det vil forandre betydelig økning i personell og ha store økonomiske konsekvenser.

Utredningen har vært på høring og er fremdeles under behandling i Helse- og omsorgsdepartementet. Utredningen ble tidligere i år sendt ut på en ny oppfølgende høring grunnet de tilbakemeldingene som ble mottatt i første høringsrunde. Helse- og omsorgsdepartementet viser til at det har registrert at mange høringsinstanser i sine høringsvar til utredning har pekt på at flere av lovforslagene vil kreve mer helsepersonell med rett kompetanse, forbedret bygningsmasse og økte ressurser til kommunene. Ny høringsfrist er satt til november 2021.

I forlengelsen av det ovennevnte vises det til høringsbrevet til den oppfølgende høringen til tvangslovsutvalget, hvor det blant annet fremkommer at erfaringene fra Lovisenberg sykehus viser at selv om man har jobbet intensivt for å redusere bruken av tvang og mekaniske innretninger, har bruken av medikamenter med beroligende effekt økt i samme tidsrom. Det samme har kortvarig fastholding.

k. Risikovurdering av bruken av sikkerhetsseng i ulike scenarier

I det følgende gis et sammendrag av den risikovurdering arbeidsgruppen har gjennomført. Risikovurderingen i sin helhet følger som vedlegg til utredningen.

a. Metode, gjennomføring og oppbygging

Risikovurderingen er basert på en kombinert kvalitativ og kvantitativ metode. Det er tatt utgangspunkt i kartleggingen gjort av alle vedtak om bruk av sikkerhetsseng i perioden 2013-2021 (2. tertial), både for å kartlegge ulike scenarier, vurdere sannsynlighet og konsekvenspotensiale, samt for vurdering av alternative tiltak. Konsekvensvurderingene er også er vurdert opp mot kunnskapen arbeidsgruppen har om faktisk gjennomførte selvmord i fengsel.

Konkrete tiltak og anbefalinger er kategorisert ut fra tre perspektiver:

- Det er uavklart om innsatte fyller vilkårene for innleggelse.
- Det er avklart at innsatte fyller vilkårene for innleggelse i psykiatrisk sykehus.
- Det er avklart at innsatte ikke fyller vilkårene for innleggelse i psykiatrisk sykehus.

Denne kategoriseringen er gjort fordi avklaring om en eventuell innleggelse i psykiatrisk sykehus har avgjørende betydning for virkemiddelbruk og for plassering av ansvar.

Kategorisering av scenarier/former for selvskadende handlinger:

- Innsatte skader seg ved å kutte, rispe eller lignende.
- Innsatte skader seg ved å slå hode i vegg, dør, gulv, inventar el.
- Innsatte skader seg ved å bruke egne hender, åpner sår, plukker på sår, tar opp sting, skader øyne eller lignende.
- Innsatte skader seg selv ved å bite seg selv.
- Innsatte forsøker å strangulere seg.
- Trusler om å skade seg.

I Sivilombudets rapport fremkommer det at sikkerhetsseng er benyttet i andre tilfeller enn det retningslinjene angir. Uhjemlet bruk blir omtalt i rapporten, men er ikke inntatt som et scenario i vurderingen. Flere av de anbefalte tiltakene vil kunne ha effekt for å motvirke uhjemlet bruk, men slik arbeidsgruppen ser det er dette først og fremst et spørsmål om oppfølging og styring.

I tillegg til de tre perspektivene som omhandler forhold ved innsatte har hvilke virkemidler som benyttes stor påvirkning på ansatte og ansattes arbeidsmiljø. Dette omtales i eget avsnitt avslutningsvis.

Samtidig som arbeidsgruppen har vurdert en mulig avvikling av bruk av sikkerhetsseng, har gruppen sett på tiltak som kan bidra til redusere bruk av sikkerhetsseng.

b. Anbefaling

Arbeidsgruppen har som mandat å utrede om sikkerhetsseng skal avvikles i kriminalomsorgen. Basert på vurderingen av de alternative tiltakene mener gruppen som har jobbet med risikovurderingen at det ikke vil være forsvarlig pr. i dag.

Andre tiltak vil kunne ivareta hensynet til liv og helse for majoriteten av innsatte, men det vil være tilfeller hvor sikkerhetsseng er det eneste virkemiddelet som hindrer innsatte å skade seg selv og som gjennomføres på en måte som samtidig ivaretar et fullt ut forsvarlig arbeidsmiljø for ansatte.

For å kunne avvikle sikkerhetsseng forutsettes det at enhetene har en styrket bemanningssituasjon hvor man kan iverksette forebyggende tiltak før det er aktuelt med bruk av tvangsmidler slik som sikkerhetscelle og sikkerhetsseng.

Selv om gruppen ikke anbefaler avvikling av sikkerhetsseng, mener vi at det bør iverksettes en rekke tiltak som kan bidra til å redusere behovet for bruk av sikkerhetsseng og sikre at sikkerhetsseng kun benyttes i de tilfellene det er strengt nødvendig. Disse tiltakene er:

Tidlig identifisering av risikoatferd og individuelt tilrettelagt oppfølging er helt avgjørende for å stoppe selvskadende handlinger. Tidlig intervensjon er også avgjørende for etablering av relasjoner eller samarbeidsklima med den innsatte som danner utgangspunktet for den individuelle oppfølgingen. Fokus på de-escalering, kommunikasjon, etablering av kultur for fleksibilitet og kreativitet i håndteringen av innsatte (liten grad av rigiditet, prestisje eller maktkamp). Tett

oppfølging av helsepersonell og ansatte i kriminalomsorgen og tilrettelagt aktivitetstilbud vil være sentralt. Dedikerte ansatte slik som aktiviserings-/ ressursteam er viktige bidrag.

Innsatte med identifisert risikoatferd bør plasseres i egnede avdelinger hvor både de bygningsmessige og bemanningsmessige forholdene er tilpasset håndteringen. Det bør utarbeides en sentral standard for utforming av celler som kan benyttes overfor innsatte som skader seg selv og det bør vurderes å ha sentrale innkjøpsavtaler for spesialutstyr som interiør, utstyr til bruk i disse avdelingene eller overfor disse innsatte.

Forebyggende arbeid handler også om å endre kultur knyttet til tvangsmiddelbruk. Hvilke normer, verdier og holdninger som finnes i organisasjonen vil være påvirket av hva ledelsen på alle tre nivåer signaliserer og vektlegger. Fokus på bruk av tvangsmidler generelt og etablering av system for kvalitetssikring og oppfølging i den enkelte enhet mener gruppen er sentralt.

Kultur kan også være påvirket av kunnskap og kompetanse. Beslutningstakere og ansatte som jobber med innsatte i risikogruppen må ha tilstrekkelig kunnskap, kompetanse og ferdigheter for å forstå;

- etiske og rettslige rammer,
- krav til vurderinger av nødvendighet og forholdsmessighet,
- skadevirkningene av tvangsmiddelbruk, samt
- alternativer til tvangsmiddelbruk.

Det bør iverksettes tiltak som sikrer at denne kunnskapen ikke bare gis aspirantene under opplæring, men implementeres bredt i organisasjonen.

Gruppen som har arbeidet med risikovurderingen anbefaler videre at det i opplæringen av ansatte og i utdanningen av fengselsbetjenter blir økt fokus på de-eskalerende/konfliktdempende kommunikasjon, at ansatte får økt kunnskap om skadevirkningene av bruk av isolasjon og tvang, og at opplæringen og utdanningen stimulerer til at ansatte øker evnen til fleksibilitet og kreativitet i tilnærmingen til innsatte.

Et annet virkemiddel er systematisk bruk av tutorbegjæring²¹. Dette er et tiltak for å sikre at innsatte blir vurdert for innleggelse i psykiatrisk sykehus, for å kunne få innsyn i grunnlaget for beslutning om at innsatte ikke innlegges og gi klageadgang. Tiltaket vil også dokumentere at kriminalomsorgen ivaretar sin aktivitetsplikt med tanke på innsattes rettigheter til helsehjelp.

I tillegg anbefaler gruppen at det vurderes endringer i regelverket som stiller strengere krav til vurdering av nødvendighet og forholdsmessighet, herunder en tydeliggjøring av kravet til å ha forsøkt mindre inngripende tiltak. Regelverket bør også inneholde strengere krav til oppfølging av tvangsmiddelbruk. Det bør vurderes å innføre krav til at innsatte skal forsøkes tatt av sikkerhetseng etter et visst tidsrom og det bør vurderes om dagens tidsbegrensning knyttet til beslutningsmyndighet skal begrenses.

Maler for vedtak og protokoller må endres, og det bør vurderes om kopi av vedtak skal sendes overordnet nivå umiddelbart ved beslutning.

²¹ ²¹ Tutorbegjæring eller tutorerklæring er begrep benyttet i tidligere lovverk om psykisk helsevern. Etter en endring i lovverket i 2007 gikk man bort fra begrepet, men offentlig myndighets plikt til å varsle og evt begjære tvungen undersøkelse eller innleggelse er videreført i psykisk helsevernloven § 3-6. For enkelthets skyld har vi benyttet begrepet i både risikovurderingen og i rapporten.

Etablering av samarbeid med helsetjenestene er avgjørende. Tilstedeværelse av helsepersonell i enheten er ikke nok, det må være etablert reelt samarbeid. Herunder etablering av samarbeidsform ved saker knyttet til tvangsmiddelbruk, rutiner for informasjonsutveksling, bruk av bekymringsmeldinger, oppfølging og tilsyn av innsatte ved bruk av tvangsmidler, vurdering av risiko for selvskadende handlinger, veiledning/rådgivning av ansatte knyttet til håndtering av innsatte med alvorlige psykiske lidelser.

Gruppen som har arbeidet med risikovurderingen anbefaler at det innføres to nye tvangsmidler som skal benyttes som mindre inngripende tiltak og forutsettes brukt i en virkemiddelopptrapping. Disse tvangsmidlene er beskyttelseshjelm og løse belter/remmer til bruk for å immobilisere eller begrense bevegelse i hender og eventuelt ben. En forutsetning for innføring av disse tvangsmidlene er at det før innføring gjennomføres kompetansehevingstiltak som sikrer at alle ansatte som skal benytte disse tvangsmidlene og beslutte bruk av slike tvangsmidler, har tilstrekkelig kunnskap, kompetanse og ferdigheter både om bruk og skadevirkninger av bruk.

Innføring av beskyttelseshjelm og løse belter/remmer for immobilisering av hender som alternativ til sikkerhetsseng, forutsetter regelverksendringer samt opplæring av alle ansatte som skal benytte dette før innføring.

Krav til systematisk risikovurdering av ansattes arbeidsmiljø i situasjoner hvor det foreligger risiko for vold eller trusler om vold er lovpålagt. Sikkerhetsseng skal ikke benyttes som tiltak for å beskytte ansatte, men ved en eventuell endring i håndteringen av denne innsatt-gruppen må tiltakene som vurderes tatt i bruk også vurderes. Dersom ansatte i større grad enn i dag skal utøve manuell fysisk makt eller at intervensjonene øker risikoen for vold og trusler, må det iverksettes tiltak som også ivaretar de ansattes krav på et forsvarlig arbeidsmiljø.

I. Oppsummering og anbefaling

a. Oppsummering

Tabellen nedenfor gir en oppsummering over vurderingen av de ulike tiltak som er drøftet av arbeidsgruppen i forbindelse med utredningen.

Scenario/ Tiltak	Fjerne/ redusere gjenstander	Tilrettelegging av celle	Sikkerhets-celle	Polstret celle	Immobilisering av hender (remmer/ belter)	Beskyttelse av hode (beskyttelses-hjelm)	Pust og bevegelses-sensor *	Kommentar
Innsatte skader seg ved å kutte, rispe eller lignende	aktuelt tiltak, men vil for enkelte ikke være tilstrekkelig*	vil ikke hindre selvskadningen	aktuelt tiltak	vil ikke hindre selvskadningen	aktuelt tiltak	vil ikke hindre selvskadningen	aktuelt tiltak for varsling	*Fjerning av gjenstander kan gjøres inntil et visst punkt (for eksempel bekledning), samtidig er det vanskelig å kontrollere at innsatte ikke skjuler gjenstander til bruk for selvskadningen.
Innsatte skader seg ved å slå hode i vegg, dør, gulv, inventar el	vil ikke hindre selvskadningen	vil ikke hindre selvskadningen	vil ikke hindre selvskadningen	aktuelt tiltak*	vil ikke hindre selvskadningen	aktuelt tiltak, men vil ikke være tilstrekkelig **	aktuelt tiltak for varsling	*Polstret celle vil være et aktuelt tiltak, men tiltaket må vurderes opp mot forhold knyttet til hygiene, mulighet for innsatte å ødelegge polstringen og legge til rette for annen form for selvskadning **Beskytter hode, men ikke ansikt eller andre kroppside
Innsatte skader seg ved å bruke egne hender, åpner sår, plukker på sår, tar opp sting, skader øyne eller lignende	vil ikke hindre selvskadningen	vil ikke hindre selvskadningen	vil ikke hindre selvskadningen	vil ikke hindre selvskadningen	aktuelt tiltak	vil ikke hindre selvskadningen	aktuelt tiltak for varsling	
Innsatte skader seg selv ved å bite seg selv	vil ikke hindre selvskadningen	vil ikke hindre selvskadningen	vil ikke hindre selvskadningen	vil ikke hindre selvskadningen	aktuelt tiltak, men vil for enkelte ikke være tilstrekkelig *	vil ikke hindre selvskadningen	aktuelt tiltak for varsling	*Tiltaket reduserer innsatte mulighet for å bite seg i hender, men med mindre både hender og ben immobiliseres vil innsatte kunne skade andre deler av kroppen
Innsatte forsøker å strangulere seg	aktuelt tiltak, men vil for enkelte ikke være tilstrekkelig *	aktuelt tiltak, men vil for enkelte ikke være tilstrekkelig **	aktuelt tiltak, men vil for enkelte ikke være tilstrekkelig	vil ikke hindre selvskadningen	aktuelt tiltak	vil ikke hindre selvskadningen	aktuelt tiltak for varsling	*Fjerning av gjenstander kan gjøres inntil et visst punkt, samtidig er det vanskelig å kontrollere at innsatte ikke skjuler gjenstander til bruk for selvskadningen **Strangulering kan gjennomføres uten at det benyttes installasjoner i celle

* Pust og bevegessensor er et konsekvensreducerende tiltak som først og fremst vil egne seg i tilfeller hvor selvskadningen går utover respirasjon eller at innsatte ikke beveger seg. Det vil i praksis si i de tilfeller hvor selvskadningen har gått så langt at det er fare for liv. Kutting, strangulering og kvelning vil være de mest aktuelle tilfellene hvor det er behov for denne type varsling. Tiltaket vil ikke ha forebyggende effekt og må sees i sammenheng med andre tiltak.

I tillegg til det ovennevnte har arbeidsgruppen som kjent særlig vurdert tilsyn av ansatte og fysisk inngripen i form av fastholding av innsatte. I dette ligger at gruppen har vurdert om tilsyn kan være et aktuelt og tilstrekkelig tiltak. I alle de overnevnte tilfellene vil kontinuerlig tilsyn kunne være et forebyggende tiltak og menneskelig kontakt vil kunne bidra til å roe ned en situasjon og fungere de- eskalerende. Samtidig vil tilsyn i seg selv ikke kunne stoppe handlinger fra innsatte. Fysiske utageringer mv. fra innsatte vil fremdeles fordre at ansatte må fysisk gripe inn for å håndtere situasjonen.

Fysisk inngripen fra ansatte forutsetter opplæring i en annen form for fysisk maktanvendelse enn det fengselsbetjentene har i dag, da dagens teknikker kun er ment for bruk i kort intervall og er hovedsakelig basert på smertepåføring. Bruk av fysisk makt representerer en betydelig risiko for at innsatte blir påført skade som følge av den fysiske inngripen og tilsvarende øker risikoen for skade hos ansatte. Fysisk makt i form av holding vil også kunne øke konfliktnivået mellom ansatte og innsatte og påvirke relasjonene negativt. Holding som medfører full immobilisering vil kunne ha samme effekt som sikkerhetsseng. Samtidig er det et spørsmål om denne formen for inngripen kan ha større skadevirkning enn bruk av mekaniske tvangsmidler i form av traumatisering/re-traumatisering og økt skaderisiko for innsatte.

b. Arbeidsgruppens anbefaling

Det er en uenighet i arbeidsgruppen hva gjelder konklusjonen og ett av medlemmene har valgt å ta dissens. I det følgende vil det først redegjøres for flertallets anbefaling, før dissensen behandles.

Flertallets anbefaling

Det er utvilsomt at sikkerhetsseng er et inngripende tvangstiltak overfor innsatte. Norske myndigheter bør derfor ha en ambisjon om å avvikle bruken i fremtiden, og fortrinnsvis fokusere på forebyggende og mindre inngripende tiltak overfor innsatte i målgruppen. Flertallet i arbeidsgruppen er imidlertid av den klare formening at sikkerhetsseng som tiltak i kriminalomsorgen ikke bør avvikles på nåværende tidspunkt. Det anses som et absolutt nødvendig tiltak for å hindre innsatte i å skade seg selv, eller i verste fall ta sitt eget liv. I tillegg er dette det tiltak som samtidig best ivaretar hensynet til de ansatte. Å gripe inn med fysiske midler er ofte nødvendig og i den grad det minst inngripende tiltaket er et mekanisk tiltak, vil det ikke være i strid med integritetsvernet eller menneskerettighetene.

Arbeidsgruppen støtter fullt ut den vurdering, konklusjon og forslag til aktuelle tiltak som fremgår av risikovurderingen. Det vises følgelig til punkt 7 og risikovurderingen i sin helhet for forslag til aktuelle alternative tiltak.

Det er kriminalomsorgens utgangspunkt og arbeidsgruppens oppfatning at selvmord og selvskading best forebygges ved menneskelig kontakt og gode rutiner for lokal håndtering. Ved åpenbar selvmordsfare eller fare for selvskading vil helsepersonell kunne bistå og eventuell overføring til psykiatrisk institusjon, dersom vilkårene er tilstede for dette. En slik håndtering vil alltid være et foretrukket alternativ om det er medisinsk og sikkerhetsmessig grunnlag for slik innleggelse.

Imidlertid står kriminalomsorgen ofte overfor situasjoner hvor man er henvist til gjennomføring av straffen enten i felleskapsavdeling, utelukkelse fra fellesskap eller i sikkerhetscelle. Dersom det er forsvarlig, er naturligvis en felleskapsavdeling det foretrukne alternativet. Slike avdelinger vil imidlertid innebære betydelig økning i muligheten for å gjennomføre selvskading eller selvmord i tilfeller hvor ønsket om suicid er høyt og vedvarende. Utelukkelse fra det ordinære fellesskapet og plassering på rom med begrenset tilgang til gjenstander som kan benyttes for å gjennomføre selvskade og selvmord vil i slike tilfeller åpenbart kunne redusere evne til å gjennomføre.

Sikkerhetscelle og sikkerhetsseng benyttes likeledes for å begrense skade der evne og vilje til fysisk skade er særlig høy, eksempelvis der plassering i et rom med begrensede muligheter heller ikke viser seg å være tilstrekkelig for å avverge risikoen eller avverge forsettet. Dette er tiltak som kan bidra til at innsatte ved hjelp av tid får bearbeidet opplevelse av en eventuell krise, men som også kan forsterke følelse av eksempelvis håpløshet.

Uavhengig av regimevalg, er helsetjenesten viktige samarbeidspartnere ved vurdering av risiko og tiltak. Kriminalomsorgen velger det tiltak som er minst inngripende og mest hensiktsmessig med tanke på innsattes situasjon. Det presiseres at grad av bemanning ikke en faktor ved en slik vurdering. Isolasjon av innsatte med selvmordsrisiko og bruk av sikkerhetsseng skal være siste utvei.

Det må imidlertid understrekes at suicidrisikoen kan være betydelig for enkelte innsatte. Sårbarheten en slik situasjon representerer for mange innsatte innebærer en betydelig risiko for suicid som kriminalomsorgen er forpliktet til å håndtere. I noen tilfeller er det brutalt nok påkrevet å iverksette ekstraordinære sikkerhetstiltak for å forhindre at personer som befinner seg i en slik situasjon overstyres av fortvilelse og overilt griper til selvmord som løsning. Kriminalomsorgen har gjennom årenes løp avverget hundrevis av selvmordsforsøk initiert av umiddelbar fortvilelse over den situasjon vedkommende befinner seg i, en fortvilelse som i mange tilfeller avtar med tid. Kriminalomsorgen har også erfaring for at mange uttrykker takknemmelighet overfor kriminalomsorgen fordi ens muligheter til å ta sitt eget liv ble avverget.

Kriminalomsorgen bør fortrinnsvis ha et økt fokus på å redusere bruken av sikkerhetsseng og forebygge i forkant, slik at behovet for bruk av sikkerhetsseng reduseres.

Arbeidsgruppen vil nok en gang understreke at man ved å fjerne et tvangsmiddel, samtidig skaper behov for å utvikle og innføre nye tvangsmidler. Anbefalingene fra helsemyndighetene er tydelig på dette punkt. Tilsvarende gjelder forslaget til ny tvangsbegrensningslov. Etablering av nye tvangsmidler krever utvilsomt grundig utredning, kompetansehevingstiltak og tilstrekkelig opplæring før de eventuelt iverksettes.

Dissens

Det er som nevnt en uenighet i arbeidsgruppen hva gjelder konklusjonen og ett av medlemmene har valgt å ta dissens. Dissensen gjengis i det følgende.

Alle tiltakene i rapporten støttes, men ikke konklusjonen om å beholde sikkerhetsseng som tvangsmiddel. Dersom sikkerhetsseng avvikles i kriminalomsorgen, vil det gi et større ansvar til helsetjenesten i deres vurdering av innleggelse i psykiatrien og kriteriet i psykisk helsevernloven om at innsatte «utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse». Jeg støtter vurderingene av at sikkerhetsseng ikke kan avvikles nå, men mener vi skal beslutte nå at sikkerhetsseng skal fases ut i løpet av en 3 års periode, når aktuelle forebyggende tiltak er innført og det er gitt opplæring i og utprøvd nye mindre inngripende tvangsmidler som beskyttelseshjelm, løse belter for immobilisering av hender etc. Hensikten med å sette en sluttdato er å ansvarliggjøre og forplikte både kriminalomsorgen og helsetjenesten til å implementere mindre inngripende tiltak.

m. Økonomiske og administrative konsekvenser

Arbeidsgruppens anbefaling, herunder de foreslåtte tiltak, innebærer både økonomiske og administrative konsekvenser. Arbeidsgruppen har ikke foretatt konkrete kostnadsberegninger knyttet til de enkelte tiltak.

I drøftingen av de ulike tiltakene er det pekt på noen økonomiske og administrative konsekvenser:

- Økte kostnader i form av økte ressurser til bemanning i kriminalomsorgen. Arbeidsgruppen presiserer at det er en forutsetning at det skjer en kvalitetsmessig økt bemanning. Den økte bemanningen må gjelde kompetanse knyttet til isolasjon og tvangsmiddelbruk. Det vises til særskilt omtale av aktiviseringsteam nedenfor.
- Økte kostnader til bemanning i helsetjenesten for å sikre tilsyn av helsepersonell og tilstrekkelig helsetilbud til innsatte.

- Kostnader for å sikre økt kompetanse i kriminalomsorgen i form av utdanning, opplæring, kurs, erfaringsinnhenting, erfaringsutveksling med andre land mv.
- Administrative konsekvenser for kriminalomsorgen i forbindelse med etablering av aktuelle tiltak:
 - Endring i utdanningen og opplæringen av ansatte, herunder kurs.
 - Sikre velfungerende samarbeid med helsetjenesten.
 - Endringer i beslutningsmyndighet.
 - Sikre økt fokus på vedtak om bruk av sikkerhetsseng, herunder begrunnelse av vedtak.
 - Endring av gjeldende retningslinjer på området.
 - Utrede eventuell innføring av nye tvangsmidler (beskyttelseshjelm og løse belter). Dette tiltaket fordrer både regelverksendringer og tilstrekkelig opplæring før eventuell iverksettelse.

Avslutningsvis ønsker arbeidsgruppen å omtale aktiviseringsteam særskilt. Formålet med aktiviseringsteam er å forebygge isolasjon ved å aktivisere innsatte som ikke har fellesskapsmuligheter, er utelukket, isolerer seg selv, eller ikke kan fungere i arbeidsdrift og skole og ellers ville vært uten tilbud. Aktiviseringsteamene skal planlegge, tilrettelegge og gjennomføre aktiviteter med innsatte på tvers av fengselets avdelinger på en trygg måte, enten i små grupper eller individuelt tilpasset den enkeltes muligheter og funksjonsnivå. Teamene skal gi tilbud til hjelpetrengende innsatte med psykiske lidelser, risiko for suicid- og/eller selvsykdom og lettgradig psykisk utviklingshemmede. Tiltakene kan være fritidsaktiviteter, mer målrettet livsmestring og botrening, eller aktivitet rettet mot bedre helse som fysisk aktivitet, stressmestring, kostholdsopplæring mv. Bemanningen i teamene er ikke knyttet til bestemte avdelinger i fengslet, men skal drive aktivisering av isolerte innsatte, uavhengig av hvor i fengslet de er plassert. Helsetjenesten er her en viktig samarbeidspartner.

Aktiviseringsteam og ressursteam er relativt like. Ressursteamene skiller seg fra aktiviseringsteamene ved at de har en nærmere tilknytning til helsetjenesten. Begge teamene er viktige for å forebygge selvsykdom og selvmord i fengslene. Oslo Economics utarbeidet i 2020 rapporten «Økonomisk analyse av isolasjonsreduserende tiltak i kriminalomsorgen», basert på en bestilling fra KDI. I rapporten konkluderte Oslo Economics blant annet med at etablering av aktiviseringsteam trolig er det mest målrettede tiltaket for å redusere isolasjon og gi innsatte økt felleskap.

Både aktiviseringsteam og ressursteam bør ha spisskompetanse på å forebygge selvsykdom og selvmord, herunder få opplæring i de-eskalerende/konfliktdepende kommunikasjon, skadevirkninger av isolasjon og tvang, og fleksibilitet og kreativitet i tilnærmingen til innsatte.

Alle fengsler med høyt sikkerhetsnivå bør ha aktiviseringsteam eller ressursteam. I 2021 er det 8 fengsler som har et slikt tilbud. Det bør opprettes 10 nye aktiviseringsteam i kriminalomsorgen, slik at alle fengsler med høyt sikkerhetsnivå får et slikt tilbud til de innsatte.