

# Kartlegging av helse- og omsorgsbehov blant innsatte i fengsel

Et kunnskapsgrunnlag for å vurdere et tydeligere grensesnitt mellom helse- og omsorgstjenesten og kriminalomsorgens ansvar for oppfølging av innsatte og domfelte med behov for omsorgstjenester og praktisk bistand

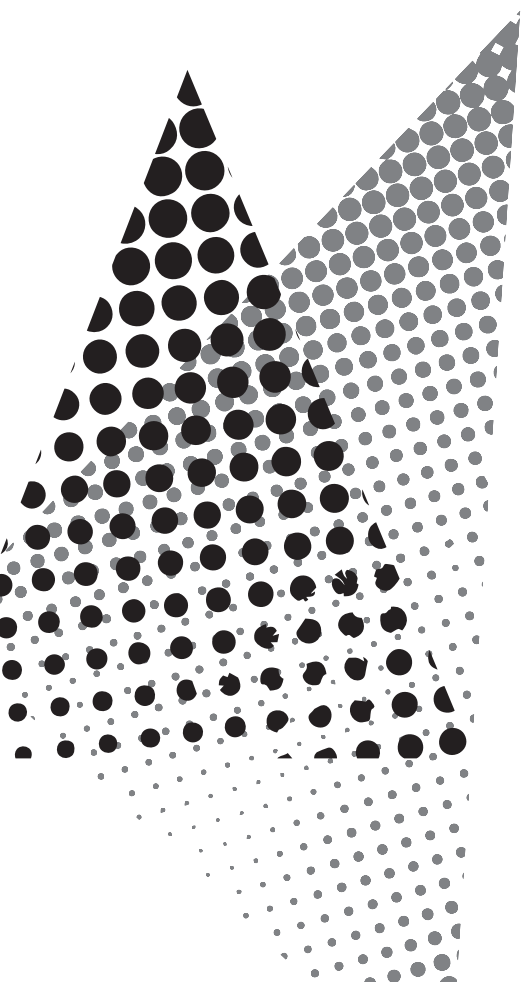


Siv Fladsrud Magnussen og Laila Tingvold



# Kartlegging av helse- og omsorgsbehov blant innsatte i fengsel

Et kunnskapsgrunnlag for å vurdere et tydeligere grensesnitt mellom helse- og omsorgstjenesten og kriminalomsorgens ansvar for oppfølging av innsatte og domfelte med behov for omsorgstjenester og praktisk bistand





Siv Fladsrud Magnussen og Laila Tingvold

# **Kartlegging av helse- og omsorgsbehov blant innsatte i fengsel**

Et kunnskapsgrunnlag for å vurdere et tydeligere grensesnitt mellom helse- og omsorgstjenesten og kriminalomsorgens ansvar for oppfølging av innsatte og domfelte med behov for omsorgstjenester og praktisk bistand

Senter for omsorgsforskning, øst

2022



© Forfatterne/Senter for omsorgsforskning  
Omslagsbilde: Gary Kramer  
Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 01/2022

Tittel: Kartlegging av helse- og omsorgsbehov blant innsatte i fengsel –  
Et kunnskapsgrunnlag for å vurdere et tydeligere grensesnitt mellom helse- og  
omsorgstjenesten og kriminalomsorgens ansvar for oppfølging av innsatte og domfelte  
med behov for omsorgstjenester og praktisk bistand

Forfattere: Siv Fladsrud Magnussen og Laila Tingvold

Satt med Adobe Caslon 10,5/12,5 (Helvetica)

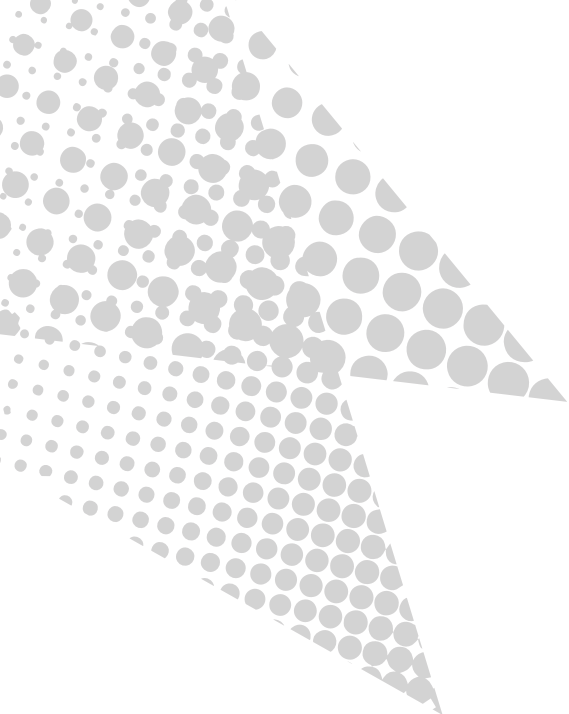
ISBN (trykt utgave): 978-82-8340-124-0

ISBN (digital utgave): 978-82-8340-123-3

ISSN (trykt utgave): 1894-4213

ISSN (digital utgave): 1892-705X

Se hele rapportserien til Senter for omsorgsforskning her:  
[www.omsorgsforskning.no/rapportserie](http://www.omsorgsforskning.no/rapportserie)



## FORORD

På oppdrag fra Kriminalomsorgsdirektoratet har Senter for omsorgsforskning øst fremskaffet kunnskap om helse- og omsorgstjenester som vurderes som nødvendig for å dekke helse- og omsorgsbehovet til innsatte i fengsel. Herunder er det blitt belyst hvorvidt det kan være behov for:

- presiseringer av fengselskommunens ansvar for omsorgstjenester til innsatte som følger av oppholdsprinsippet, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 (1982).
- ny gjennomgang av prinsipielle spørsmål om soningsdyktighet.

Utredningen består av en kartlegging av behovet for helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsler, og undersøkelser om samarbeidet mellom kriminalomsorgen og fengselshelsetjenesten<sup>1</sup> med tanke på organisering og tilrettelegging av tjenestene.

Utredningen skal utgjøre kunnskapsgrunnlaget for å vurdere et tydeligere grensesnitt mellom helse- og omsorgstjenesten og kriminalomsorgens ansvar for oppfølging av innsatte og domfelte med behov for omsorgstjenester og praktisk bistand.

Vi takker Kriminalomsorgsdirektoratet og Helsedirektoratet for oppdraget og for verdifulle kommentarer underveis i arbeidet. Vi håper studien vil gi et nyttig kunnskapsgrunnlag i det videre arbeidet med temaet.

Vi ønsker å rette en spesielt **STOR TAKK** til innsatte, ansatte og ledere i vårt utvalg. Dere har alle møtt oss med åpenhet, velvilje og hjelpsomhet når det gjelder å frembringe de dataene som denne rapporten bygger på. En stor takk også til Terje Emil Fredwall ved Senter for omsorgsforskning sør for gode kommentarer og innspill på rapporten i sluttfasen av dette arbeidet. Takk også til Ann Mari Gransjøen ved Senter for omsorgsforskning øst for gjennomlesing av rapporten med tanke på rapportens struktur og leservennlighet.

Siv Fladsrud Magnussen og Laila Tingvold  
Senter for omsorgsforskning, Gjøvik, 13. september 2021

---

<sup>1</sup> Vi vil presise at vi gjennomgående i denne rapporten bruker betegnelsen «fengselshelsetjenesten» og de kommunale helse- og omsorgstjenestene om hverandre, herav skal de forstås som synonyme betegnelser, jf. Kommunchelsetjenesteloven § 3-1 og veilederen for helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel (Helsedirektoratet, 2016).





## SAMMENDRAG

I tidsrommet februar til august 2021 arbeidet to forskere med kartlegging av behovet for helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsler og undersøkelser om samarbeidet mellom kriminalomsorgen og fengselshelsetjenesten med tanke på organisering og tilrettelegging av tjenestene. Det ble gjennomført kvalitative dybdeintervjuer med ledere og ansatte i kriminalomsorgen og i fengselshelsetjenesten i to casefengsler (delstudie I), innsatte i de to casefengslene (delstudie II) og spørreskjemaundersøkelser til ansatte og ledere i kriminalomsorgen og den kommunale fengselshelsetjenesten (delstudie III). Sentrale funn i studien er:

- Det er en økning i innsatte med omfattende helse- og omsorgsbehov. Psykiske helseutfordringer benevnes som særlig utbredt av alle som deltok i undersøkelsen, og flere opplever at innsatte har mer alvorlige psykiske lidelser enn tidligere. Samtidig viser studien at det også er flere innsatte med somatiske sykdommer samt aldersrelaterte lidelser og funksjonsnedsettelse.
- Både ansatte og ledere i fengselshelsetjenesten og kriminalomsorgen opplever at det er innsatte som har *for* store psykiske og somatiske problemer til å sone i fengsel. Ingen av de innsatte vi intervjuet for dette oppdraget, oppgav at de selv var for syke til å sone i fengsel, men flere gav uttrykk for at de kjente til innsatte som ikke burde være i fengsel.
- Lappesystemet innsatte må bruke for å kommunisere med fengselshelsetjenesten, har en del svakheter. Betjenter fra kriminalomsorgen er mellommenn og overbringer beskjeder. Lapper kan komme på avveie, bli lest av andre, innsatte kan oppleve å ikke få svar, eller det kan oppstå misforståelser om håndteringen av helseproblemet som den innsatte har henvendt seg på bakgrunn av. Det nevnes også at en del innsatte har vansker med å meddele seg skriftlig, og at det kan ta mye tid å oppklare enkle ting.
- Manglende kapasitet og ressurser i kriminalomsorgen gjør at «ikke helt akutte» helsebehov kan bli satt på vent i uker eller måneder. For å fremstille innsatte til spesialisthelsetjenesten eller andre helsetjenester (for eksempel undersøkelse av syn, hørsel, hjelpemidler etc.) må den innsatte følges av to betjenter. Dersom det er mangel på betjenter, stort sykefravær eller andre oppståtte ting som krever oppmerksomhet i avdelingene, vil det være problematisk å frigjøre betjenter til å følge innsatte til slike helseundersøkelser.



- Manglende kapasitet i kriminalomsorgen medfører at innsatte opplever avvísninger og avlysninger når det gjelder å delta på aktivitetstilbud, noe som igjen medfører økt innlåsningstid.
- Manglende ressurser i kriminalomsorgen gjør at innsatte ikke har tilgang til utstyr (god madrass, treningsutstyr) som de mener er nødvendig for å ivareta sin egen helse.
- Det er behov for å tydeliggjøre grensesnittet mellom helse- og omsorgsoppgaver tilhørende de kommunale helse- og omsorgstjenestene og kriminalomsorgen. Studien viser at det råder ulike oppfatninger blant ansatte og ledere om hvorvidt eksempelvis sengetøyskift, av- og påkledning, smøring av mat og medisindeling er oppgaver for helsepersonell eller kriminalomsorgen. Som følge av at fengselshelsetjenesten ikke er bemannet hele døgnet, tvinger det seg frem situasjoner der ansatte i kriminalomsorgen hjelper innsatte med for eksempel skift av bleie, skift av stomiposer og urinposer samt stellesituasjoner som innbefatter hudkontakt. Sistnevnte er oppgaver de fleste i kriminalomsorgen anser som helse- og omsorgsoppgaver de hverken har kompetanse eller kapasitet til å utføre. På bakgrunn av denne utviklingen kom det frem to ulike holdninger til løsninger blant betjenter i kriminalomsorgen. Den ene ønsket å holde fast på de «tradisjonelle» oppgavene knyttet til sikkerhet, som har ligget til betjentrollen, mens den andre ønsket å utvide betjentrollen til å bygge på med mer kurs, veiledning og utdanning for å bedre kunne håndtere innsattes økende helseproblemer og aldersrelaterte lidelser.
- Bygningsmassen i fengsler beskrives som lite tilrettelagt for innsatte med helse- og omsorgsbehov. Det er særlige utfordringer med å la innsatte med alvorlige psykiske helseproblemer og innsatte med funksjonsnedsettelse få mulighet til å delta i aktivitetstilbud på lik linje med andre innsatte. Mens utfordringer for å tilrettelegge for innsatte med psykisk helseproblemer ofte handler om å ha nok betjenter til å passe på sikkerheten, handler utfordringene for innsatte med funksjonsnedsettelse ofte om tilkomst til rom som blir hindret av trapper, dørstokker og annen innretning.
- Det burde vært et eget og tilpasset soningsalternativ til innsatte med store helse- og omsorgsbehov. Det gjelder behov knyttet til både ruslidelser, psykiske, somatiske og aldersrelaterte lidelser.







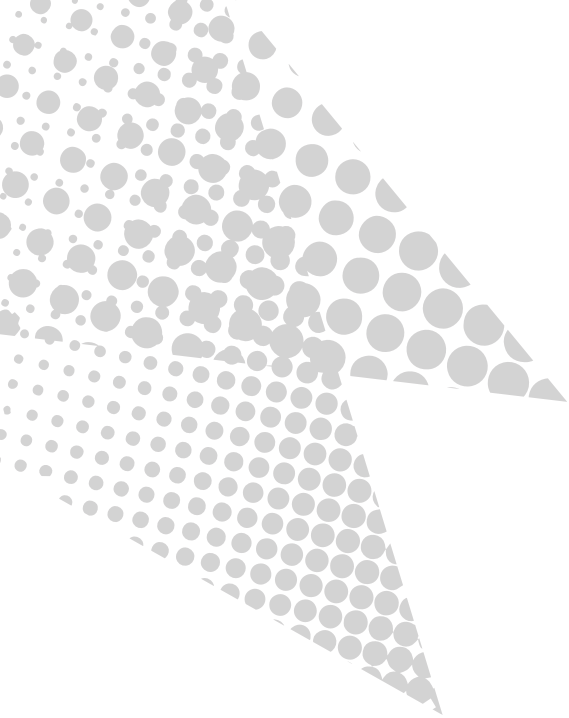
## INNHOOLD

FORORD	V
SAMMENDRAG	VII
INNLEDNING	1
Helse- og omsorgstjenesten og kriminalomsorgen – ansvarsforhold og samarbeid om innsatte i fengsel	2
Normalitets- og rettighetsprinsippet i straffegjennomføring	2
Kommunale helse- og omsorgstjenester og praktisk bistand	3
Samarbeid mellom fengselshelsetjenesten og kriminalomsorgen	3
Mål og problemstillinger	5
METODISK TILNÆRMING OG DATAGRUNNLAG	7
Kvalitativt eksplorerende design	7
Intervjudeltakerne	8
Datainnsamlingen	9
Dataanalyse	9
Kvantitativ beskrivende design	10
Utvalg	10
Forskningsetiske overveielser	11
Metodiske svakheter	11
RESULTATER	13

Delstudie I	13
Den kommunale helsetjenesten og kriminal-omsorgens betraktninger om innsattes behov for helse- og omsorgstjenester	13
Økning i omfattende helse- og omsorgsutfordringer	15
Casefengsel I (kvinnecasefengslet)	16
Casefengsel II (mannscasefengslet)	17
Innsatte som er for syke til å sone	17
Manglende ressurser til å ivareta de sykestes helse- og omsorgsbehov	18
Ansvars- og arbeidsfordelingen mellom kriminal-omsorgen og fengselshelsetjenesten	19
Fengselshelsetjenestens syn på egne arbeidsoppgaver, kompetanse og kapasitet	20
Kriminalomsorgens oppfatning av «sine» arbeidsoppgaver, sin kompetanse og kapasitet	21
Samarbeidet mellom fengselshelsetjenesten og kriminalomsorgen	24
Lappesystem som kommunikasjonsform mellom innsatte og fengselshelsetjenesten	25
Taushetsplikten	26
Behov for nytenkning om organisasjonsstruktur og -kultur i kriminalomsorgen	27
Delstudie II	28
Innsattes beskrivelser av helse- og omsorgsbehov og utfordringer i fengslet	28
Variasjon i innsattgruppen	29
Innsattes beskrivelse av sin egen helsesituasjon	29
Psykisk helse og tidligere rusmisbruk	29
Selve fengsels situasjonen – en ekstra helsemessig belastning	30
Innelåsing på cella	31
Søvnproblemer som følge av å bo i fengsel	31
Innsattes oppfatninger om hvorvidt de selv eller andre innsatte er for syke til å sone i fengsel	32
Innsattes beskrivelser av helse- og omsorgs-tilbudet i fengsel	33
Behovet for medisiner	34
Kjønnsrelaterte helse- og omsorgsbehov	35
Manglende muligheter til å ivareta sin egen helse	35
Noen har fått bedre helse som følge av fengselsoppholdet	36

Strukturelle og organisatoriske forhold som hinder for et godt helse- og omsorgstilbud	37
Lappesystemet slik innsatte vurderer det	37
Innskrenket bemanning i kriminalomsorgen	38
Delstudie III	39
Spørreskjemaundersøkelsene	39
Spørreskjemaundersøkelsen til kriminalomsorgen	39
Bygningsmasse og funksjonalitet	41
Ressurser	42
Dekning av behov for helse- og omsorgstjenester hos innsatte	45
Kommunikasjonsformer	48
Ansvarsfordeling	50
Uklare grenseflater	51
Hyppigere kontakt	52
Taushetsplikt	53
Spørreundersøkelsen til fengselshelsetjenesten	53
Respondentene	54
Sykdommer og lidelser i fengsel	54
Soningsdyktighet og soningstilbud	55
Funksjonalitet	56
Kompetansebehovet i og samarbeidet med kriminalomsorgen	58
Kapasitet hos fengselshelsetjenesten	60
Ansvarsfordelingen mellom fengselshelse-tjenesten og kriminalomsorgen	61
<b>OPPSUMMERING AV DELSTUDIENE OG AVSLUTTENDE KOMMENTARER</b>	<b>65</b>
Sentrale funn	65
Økning av innsatte med store helse- og omsorgsbehov	66
Innsatte etterlyser mer helsetjenester	66
Noen innsatte er for syke til å sone i fengsel	66
Utfordringer knyttet til lappesystem som kommunikasjonsform	67
Uklare grensesnitt	67
Egen helseavdeling for innsatte med store helse- og omsorgsbehov	69

Mange fengsler er lite tilrettelagt for innsatte med helse- og omsorgsbehov	69
Barrierer for ivaretagelse av rettighets og normalitetsprinsippet	70
Manglende kapasitet og ressurser i kriminalomsorgen	70
Manglende tilstedeværelse av helse- og omsorgstjenester	70
Bygningsmasse som er lite tilrettelagt	70
Lappesystem er lite funksjonelt som kommunikasjonsform	71
Tiltak som kan bidra til å løse helse- og omsorgsrelaterte utfordringer	71
REFERANSER	73
VEDLEGG:	75
VEDLEGG I: Informasjonsskriv og samtykkeskjema ansatte	76
VEDLEGG II: Informasjonsskriv og samtykkeskjema innsatte	79
VEDLEGG III: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring ledere	82
VEDLEGG IV: Intervjuguide ansatte	85
VEDLEGG V: Intervjuguide innsatte	87
VEDLEGG VI: Intervjuguide ledere	89



## INNLEDNING

Kriminalomsorgens årsstatistikk (Kriminalomsorgen, 2020) viser at gjennomsnittlig antall innsatte i 2020 var 2932 personer. Det er dokumentert at mange innsatte sliter med dårlig helse. Halvparten oppgir at de har en eller flere kroniske sykdommer, og de er i langt høyere grad enn befolkningen ellers plaget med psykiske problemer (Cramer, 2014). Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse fra 2014 viser at et flertall har en varig sykdom eller lidelse (Revol, 2015). Forekomsten av psykiske lidelser blant domfelte i norske fengsler er betydelig høyere enn i befolkningen ellers. I Cramers (2014) undersøkelse om forekomst av psykiske lidelser hos domfelte i norske fengsler hadde hele 92% av utvalget på undersøkelsestidspunktet tegn på personlighetsforstyrrelse eller en annen psykisk lidelse. Undersøkelsen tyder på at livstidsforekomsten av psykiske lidelser blant innsatte også er langt høyere enn i befolkningen ellers (Cramer, 2014). Videre viser utredningen «Eldre innsatte i norske fengsler», som ble gjennomført i 2020, at andelen og antallet innsatte over 50 år har økt fra 6% i 2000 til 19% i 2019 (Kriminalomsorgsdirektoratet, 2020). I den samme utredningen rapporteres det at flere innsatte ikke får dekket sine helse- og omsorgsbehov. Dette knyttes i stor grad til bygningsmessige forhold, men det rapporteres også om at innsatte ikke får de helse- og omsorgstjenestene de har behov for på generelt grunnlag. I en spørreundersøkelse blant innsatte i fengsler i Sør-Norge var hovedkonklusjonen at innsatte i norske fengsler er mindre fornøyde med helsetjenestene de mottar, enn andre pasientgrupper her til lands. Særlig gjaldt dette innsatte med søvnproblemer eller psykiske plager (Bjørngaard et al., 2009).

Foruten studien om eldre innsatte i norske fengsler (Kriminalomsorgsdirektoratet, 2020) er det meste av tilgjengelig dokumentasjon om innsattes helse- og omsorgsbehov datert noen år tilbake i tid (Cramer, 2014; Bjørngaard et al., 2009; Revold, 2015). Det finnes derimot flere kvantitative studier om innsattes utfordringer knyttet til rusmidler og psykisk helse (se f.eks. Bukten & Stavseth, 2021; Bukten et al., 2020; Havnes et al., 2020).

Målet med denne studien har vært å fremskaffe ny og utdypende kunnskap om helse- og omsorgsbehovet blant innsatte i fengsel og vurdere behovet for et tydeligere grensesnitt mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten på den ene siden og kriminalomsorgens ansvar for innsatte med helse- og omsorgsbehov på den andre.



Før vi går nærmere inn på de konkrete problemstillingene som rapporten belyser, vil vi beskrive ansvarsforholdene og samarbeidsforpliktelsene mellom de kommunale helse- og omsorgstjenestene og kriminalomsorgen.

## HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN OG KRIMINALOMSORGEN – ANSVARSFORHOLD OG SAMARBEID OM INNSATTE I FENGSEL

I henhold til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 (1982) *skal* kommuner med fengsel sørge for at innsatte tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Dette innebærer at den kommunale helse- og omsorgstjenesten har det faglige og administrative ansvaret for primærhelsetilbudet til innsatte i fengsler. Kommunene er ansvarlige for at det er tilstrekkelig bemanning, og at helsepersonell har nødvendig faglig kompetanse. Det er den enkelte kommune som avgjør hvor mye helsepersonell det er behov for, og hvor ofte legen skal være til stede (Fredwall & Larsen, 2020).

Kriminalomsorgen er på sin side, jf. straffegjennomføringsloven § 4 (2001), forpliktet til å samarbeide med andre offentlige etater, herunder helse- og omsorgstjenestene, for å legge til rette for at domfelte og innsatte i varetekt mottar de tjenestene som lovgivningen gir dem rett til.

## NORMALITETS- OG RETTIGHETSPRINSIPPET I STRAFFEGJENNOMFØRING

Hovedmålene for straff og for kriminalomsorgen er på den ene siden sikkerhet og samfunnsbeskyttelse og på den andre siden rehabilitering og tilbakeføring. Midler og metoder for hvordan man skal nå disse to målene, har variert opp gjennom historien og varierer fortsatt mye mellom ulike land (Meld. St. 39 (2020–2021), s. 14). I Norge står normalitets- og rettighetsprinsippet sterkt når det gjelder straffegjennomføring. Rettighetsprinsippet innebærer at fengselsstraff medfører frihetsberøvelse, ikke tap av andre borgerrettigheter (Meld. St. 39 (2020–2021), s. 14). Det betyr at domfelte og innsatte har den samme retten til offentlige velferdstjenester som resten av landets innbyggere. Innholdet i straffegjennomføringen skal videre bygge på normalitetsprinsippet. Normalitetsprinsippet innebærer at tilværelsen under straffegjennomføringen så langt som mulig skal være lik tilværelsen ellers i samfunnet. Straffegjennomføringen skal ikke være mer tyngende enn nødvendig (Meld. St. 39 (2020–2021), s. 14–15). Både rettighetsprinsippet og normalitetsprinsippet underbygger dermed at de innsatte og domfelte skal få det samme helse- og omsorgstilbudet som andre innbyggere i Norge.

## KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER OG PRAKTISK BISTAND

I veilederen Helse- og omsorgstjeneste til innsatte i fengsel (Helsedirektoratet, 2016) står det: «Helse- og omsorgstjenesten i fengselet skal være en likeverdig og integrert del av den kommunale helse- og omsorgstjenesten og sikre at innsatte får nødvendig hjelp. Kommunene skal tilby:

- helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder helsestasjon
- svangerskaps- og barselomsorg
- hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder legevakt
- utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning
- sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering
- andre helse- og omsorgstjenester som helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse, inkl. praktisk bistand og opplæring og støttekontakt, plass i sykehjem eller annen institusjon og avlastningstiltak» (Helsedirektoratet, 2016).

Kommuner med fengsel har derfor et særlig ansvar for å yte både nødvendig helsehjelp og praktisk bistand til innsatte i fengsel. Kriminalomsorgen har på sin side ansvar for å stille med nødvendig utstyr og egnede lokaler. I tillegg vil fengselsbetjenter i noen tilfeller måtte inntre som helsepersonells medhjelpere og administrere legemidler til innsatte, noe som innebærer at de utfører helsehjelp. Helsepersonellet er da ansvarlig for at fengselsbetjentene har fått nødvendig opplæring, slik at legemiddeladministreringen utføres på en forsvarlig måte (Helsedirektoratet, 2016). Dersom kriminalomsorgen av sikkerhetsmessige grunner fratar innsatte legemidler som de normalt sett ville administrert selv, vil utlevering av disse legemidlene fra fengselsbetjentene anses som praktisk bistand og ikke utøvelse av helsehjelp (Helsedirektoratet, 2016, s. 24).

## SAMARBEID MELLOM FENGSELSHELSETJENESTEN OG KRIMINALOMSORGEN

Veilederen (Helsedirektoratet, 2016) påpeker at det er viktig at fengselshelsetjenesten og kriminalomsorgen samarbeider godt, slik at innsatte får innfridd sine rettmessige krav på nødvendig helsehjelp, og at dette gjennomføres på en sikkerhetsmessig forsvarlig måte. Fengselshelsetjenesten og kriminalomsorgen har dermed en gjensidig forpliktelse til å sørge for at innsattes rett til nødvendig helsehjelp ikke kommer i konflikt med sikkerheten. I tillegg er det viktig at hensynet til den innsattes integritet, privatliv og personvern tas med i vurderingen av hvilke oppgaver som bør utføres av henholdsvis strafferettsetaten eller fengselshelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2016, s. 38). Kommunene skal tilrettelegge tjenestene slik at den enkelte innsatte får et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud, og at det er tilstrekkelig fagkompetanse i tjenestene (helse- og omsorgstjenesteloven, 1982, § 3-2, s. 5).

I Helsedirektoratets veileder for helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel (2016) påpekes også viktigheten av at innsatte som har begrensede muligheter for å bevege seg fritt, får delta i tilrettelagt fysisk aktivitet. Fengselshelsetjenesten må derfor i samarbeid med kriminalomsorgen vurdere de innsattes behov for sosial og psykososial habilitering og rehabilitering og eventuelt sørge for at nødvendige tiltak iverksettes.

Fengselshelsepersonell har som alle andre som jobber i fengsel, ansvar for sikkerheten, men det er kriminalomsorgen som har som særskilt oppgave å sørge for sikkerheten til ansatte, fengslede og pårørende i fengslet. Det er bare fengselsbetjentene som har et lovfestet mandat til om nødvendig å bruke fysisk makt for å ivareta sikkerheten og forhindre rømning (Fredwall, 2015), og det er kriminalomsorgen som: «har avgjørelsesmyndighet og vedtaksrett i fengslet etter straffegjennomføringslovens bestemmelser» (Helsedirektoratet, 2016, s. 17).

Samarbeid mellom parter som har ulike målsettinger, roller og arbeidsoppgaver, kan føre til spenninger (Fredwall & Larsen, 2020). Kriminalomsorgens sikkerhetsansvar kan komme i konflikt med helsepersonells plikt til å gi nødvendig helsehjelp. Eksempelvis kan helsepersonell mene at en innsatt bør fremstilles for legevakt, mens fengselslederen sier nei fordi det ikke er nok folk på jobb til at dette kan gjennomføres på en sikkerhetsmessig forsvarlig måte (Fredwall & Larsen, 2020). Videre omtaler Fredwall og Larsen (2020, s. 97) forholdet mellom fengselsbetjenter og sykepleiere «som et konstruktivt uenighetsfelleskap som kan bli utfordret hvis det er for stor avstand mellom helsepersonells profesjonsetikk og de profesjonsmorske idealer som er dominerende i det enkelte fengsel». I tråd med dette står det i Helsedirektoratets veileder at det er viktig at helsepersonellet forsøker å «etablere et godt og konstruktivt samarbeid med fengslets ledelse og andre ansatte i kriminalomsorgen, slik at gode tiltak til beste for den innsatte, kan drøftes og samordnes» (Helsedirektoratet, 2016, s. 17).

I Helsedirektoratets årsrapport for 2018 om helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel er kommuner bedt om å vurdere om samarbeid med kriminalomsorgen under soning fungerer godt på en skala fra 4 (helt uenig) til 1 (helt enig). Her svarer 24 av 46 kommuner at de er helt uenig i at dette samarbeidet fungerer godt, 20 svarer delvis enig/uenig, og 2 svarer helt enig. I den samme rapporten blir universelt tilrettelagte tjenester i fengsel beskrevet som et gjennomgående problem når det gjelder innsatte med funksjonsnedsettelse. Det er få tilrettelagte celler, og selv i nye fengsler er ikke cellene godt nok tilpasset. I tillegg oppgis det i rapporten at en økning av eldre innsatte og deres helseproblematikk er et tema som blir stadig mer fremtredende (Helsedirektoratet, 2019).

Utredningen «Eldres helse i fengsel» (Kriminalomsorgsdirektoratet, 2020) viser at det er mange aspekter ved dagens straffegjennomføring som er eller kan bli problematiske for eldre innsatte. Det gjelder både fysisk og mental helse, sosialt velvære, logistikk og ergonomi og forholdet til den overordnede målsettingen om reintegrering. En del innsatte (29 av totalt 159) rapporterer at de opplever bygningsmessige hindringer, som at cella ikke har vask, toalett og dusj, at det er for mange trapper og kaldt og skittent i fengslet, og at det ikke er tilrettelagt for rullestolbrukere eller bruk av rullator (Kriminalomsorgsdirektoratet, 2020). På spørsmål om de får den helsehjelpen eller medisineringen de trenger, er flertallet fornøyd. Totalt 103 (65%) svarer ja, mens 55 (35%) sier nei. En fjerdedel – 39 – svarer også nei på spørsmålet om de har tilgang til hjelpemidler de trenger i forbindelse med sin helsesituasjon (Kriminalomsorgsdirektoratet, 2020, s. 25). I rapporten påpekes det også at flere eldre innsatte dømmes for seksuallovbrudd. Det medfører at de i økende grad kan bli utsatt for trusler, sosial utfrysing eller andre negative reaksjoner fra andre innsatte, noe som kan forsterke problemet med opplevd ensomhet og isolering blant disse innsatte (Kriminalomsorgsdirektoratet, 2020).

## MÅL OG PROBLEMSTILLINGER

Målet med denne studien er å kartlegge behovet for kommunale helse- og omsorgstjenester til innsatte i norske fengsler og på denne bakgrunn vurdere behovet for et tydeligere grensesnitt mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og kriminalomsorgens ansvar for innsatte med helse- og omsorgsbehov.

Mer konkret ble følgende spørsmål belyst:

1. Hvordan beskriver kommunene og kriminalomsorgen helse- og omsorgsbehovet til innsatte i fengsel? Hva slags typer sykdom, lidelser og funksjonsnedsettelse er det snakk om? Erfarer de at noen av de innsatte har for omfattende helse- og omsorgsbehov til å kunne gjennomføre straffen i fengsel? (delstudie I og III)
2. Hvordan beskriver innsatte behovet for helse- og omsorgstjenester og praktisk bistand når de er i fengsel? Opplever de selv at de har for omfattende helse- og omsorgsbehov til å kunne gjennomføre straffen i fengsel? Opplever de at andre innsatte har for omfattende helse- og omsorgsbehov til å kunne gjennomføre straffen i fengsel? (delstudie II)
3. Erfarer innsatte i fengsel at deres behov for helse- og omsorgstjenester og praktisk bistand blir ivaretatt på en tilfredsstillende måte? Hvilke forhold mener de hemmer og fremmer en tilfredsstillende ivaretagelse? (delstudie II)
4. Hvordan beskriver kommunene sin egen kompetanse og kapasitet når det gjelder å gi helse- og omsorgstjenester / praktisk bistand til innsatte i fengsel? Hvilke oppgaver anser de som «sine», og hvilke oppgaver betrakter de som kriminalomsorgens ansvarsområde? (delstudie I og III)
5. Hvordan beskriver kriminalomsorgen sin egen kompetanse og kapasitet når det gjelder å gi praktisk bistand / dekke omsorgsbehov til innsatte i fengsel? Hvilke oppgaver anser de som «sine», og hvilke oppgaver betrakter de som de kommunale helse- og omsorgstjenestenes ansvarsområde? (delstudie I og III)
6. Hvordan beskriver kommunene kriminalomsorgens ansvarsområde, kompetanse og kapasitet når det gjelder å tilrettelegge for helse- og omsorgstjenester til innsatte med slike behov? (delstudie I og III)
7. Hvordan beskriver kriminalomsorgen kommunenes ansvarsområde, kompetanse og kapasitet når det gjelder å gi nødvendige helse- og omsorgstjenester til innsatte med slike behov? (delstudie I og III)

En helhetlig analyse av disse problemstillingene har gitt en mer utdypende beskrivelse av helse- og omsorgsbehovet til innsatte i fengsel samt gitt en pekepinn på forhold som har innvirkning på samarbeidet mellom kriminalomsorgen og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dermed utgjør analysen et kunnskapsgrunnlag for å vurdere behovet for en ytterligere tydeliggjøring av grensesnittet mellom helse- og omsorgstjenesten og kriminalomsorgens ansvar for innsatte i fengsel.





## METODISK TILNÆRMING OG DATAGRUNNLAG

For å belyse studiens problemstillinger har vi valgt et kvalitativt eksplorerende design med personlige intervjuer samt kvantitativt beskrivende design (spørreskjema). Hensikten med en slik tilnærming er å oppnå en mest mulig helhetlig forståelse av innsattes helse- og omsorgsbehov i fengsel og samarbeidet mellom kriminalomsorgen og de kommunale helse- og omsorgstjenestene når det gjelder å håndtere innsattes helseutfordringer. I det følgende vil vi gjøre nærmere rede for de to metodiske tilnærmingene studien bygger på.

### KVALITATIVT EKSPLORERENDE DESIGN

Formålet med å bruke et kvalitativt eksplorerende design har vært å skaffe en mest mulig rik og grundig beskrivelse av hvordan intervjudeltakerne opplever behovet for helse- og omsorgstjenester og praktisk bistand innenfor murene i to norske fengsler.

Det empiriske datamaterialet i den kvalitative studien består av semistrukturerte intervjuer med 16 personer tilknyttet to casefengsler, samt åtte innsatte i de samme casefengslene.

**Casefengsel 1** er et mellomstort kvinnefengsel på høyt sikkerhetsnivå som i tillegg har en forvaringsanstalt. Fengslets kommunale helseavdeling har til sammen 3,6 årsverk sykepleiere som jobber hver dag på dagtid i ukedagene (inkludert helligdager). I tillegg er det lege til stede to ganger i uka. Fengslet hadde tidligere også ansatt en fysioterapeut, og ledelsen gav uttrykk for at de ønsket at dette tilbudet skulle bli igangsatt igjen. Lederen og de ansatte vi snakket med, mente at fysioterapitilbudet forsvant som følge av økonomiske nedskjæringer i kriminalomsorgen.

**Casefengsel 2** er et stort mannsfengsel i Norge på høyt sikkerhetsnivå. Fengslets kommunale helseavdeling har i tillegg til en avdelingsleder i full stilling 6,6 årsverk med sykepleiere, de fleste spesialsykepleiere innenfor psykiatri og rus. Sykepleierne jobber hver dag på dagtid (inkludert helger og helligdager). Helseavdelingen er også bemannet med ett årsverk fagsykepleier og ett årsverk fysioterapeut. Disse jobber mandag til fredag på dagtid. Når det gjelder legedekning, utgjør det 0,75 årsverk fordelt på tre leger som er der på dagtid tre dager i uka.

## INTERVJUEDTAKERNE

Intervjudeltakerne i de kvalitative intervjuene bestod av to ledere for fengselsavdelinger med høyt sikkerhetsnivå og to ledere for helseavdelingen i disse fengslene, fem helsepersonell og syv ansatte i kriminalomsorgen (de fleste var fengselsbetjenter) samt åtte innsatte – fire i casefengsel I og fire i casefengsel II.

For å ivareta anonymiteten til intervjudeltakerne har vi i denne rapporten ikke oppgitt personopplysninger som alder, rolle, soningstid eller ansiennitet i fengselshelsetjenesten/kriminalomsorgen. I resultatdelen er sitatene merket som angitt i tabellen nedenfor for å synliggjøre hvor ofte og når de enkelte intervjudeltakernes uttalelser har blitt brukt.

**Tabell 1:** Oversikt over intervjudeltakere (innsatte, ansatte og ledere) i casefengsel I og II.

<i>Casefengsel I (kvinnefengslet)</i>	<i>Casefengsel II (mannsfengslet)</i>
Innsatte	Innsatte
Kvinne 1 (K1)	Mann 5 (M5)
Kvinne 2 (K2)	Mann 6 (M6)
Kvinne 3 (K3)	Mann 7 (M7)
Kvinne 4 (K4)	Mann 8 (M8)
Ledere og ansatte, kriminalomsorgen	Ledere og ansatte, kriminalomsorgen
Intervjudeltaker kriminalomsorgen (IK1)	Intervjudeltaker kriminalomsorgen (IK5)
Intervjudeltaker kriminalomsorgen (IK2)	Intervjudeltaker kriminalomsorgen (IK6)
Intervjudeltaker kriminalomsorgen (IK3)	Intervjudeltaker kriminalomsorgen (IK7)
Intervjudeltaker kriminalomsorgen (IK4)	Intervjudeltaker kriminalomsorgen (IK8)
	Intervjudeltaker kriminalomsorgen (IK9)
Ledere og ansatte, fengselshelsetjenesten	Ledere og ansatte, fengselshelsetjenesten
Intervjudeltaker helse (IH1)	Intervjudeltaker helse (IH5)
Intervjudeltaker helse (IH2)	Intervjudeltaker helse (IH6)
Intervjudeltaker helse (IH3)	Intervjudeltaker helse (IH7)
Intervjudeltaker helse (IH4)	Intervjudeltaker helse (IH8)

Ledere i fengselsavdelingene og helseavdelingene i casefengslene bisto med utvelgelsen av intervjudeltakere etter følgende inklusjonskriterier:

- Ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester med ansvar for å gi helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel, jf. kommunehelsetjenesteloven § 3.2. (1982).
- Ansatte i fengsel med ansvar for å ivareta sikkerheten, jf. straffegjennomføringsloven § 4 (2001).
- Innsatte. Vi ba om variasjon med hensyn til bakgrunn og behov for helse og omsorgstjenester. Ut over det ønsket vi innsatte som

hadde relativt lange dommer, og at de var i stand til å kunne føre en samtale omkring sin egen helse og sine omsorgsbehov.

## DATAINNSAMLINGEN

For å gjennomføre de kvalitative intervjuene utviklet vi en semistrukturert intervjuguide i samråd med Kriminalomsorgsdirektoratet og Helsedirektoratet. Den semistrukturerte intervjuguiden inneholdt åpne spørsmål om innsattes helse- og omsorgsbehov/-utfordringer samt samarbeidet mellom kriminalomsorgen og de kommunale helse- og omsorgstjenestene om de innsattes helse- og omsorgsbehov (se vedlegg IV, V og VI). I tillegg til temaene og spørsmålene som intervjuguiden inneholdt, var vi ved gjennomføringen av intervjuene opptatt av at intervjudeltakerne fritt skulle få fortelle om det de anså som viktig relatert til helse- og omsorgsbehov og praktisk bistand. En slik intervjuform gjør det enklere å ta inn perspektiver som vi i forkant av intervjuet ikke hadde tenkt på. Det kvalitative, semistrukturerte intervjuet er dermed spesielt egnet som datainnsamlingsform for å få frem intervjudeltakernes subjektive erfaringer med og opplevelser av helseutfordringer eller helse- og omsorgsbehov og samarbeidet mellom kriminalomsorgen og de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

I planleggingen av studien var vi fast bestemt på å gjennomføre intervjuene i casefengslene. På grunn av covid-19-pandemien innså vi etter hvert at dette ikke lot seg gjennomføre, og alle intervjuene med ansatte og ledere ble isteden gjennomført via Teams. Dette bød på noen praktiske utfordringer, da det viste seg at mange av intervjudeltakerne ikke hadde egnede digitale verktøy for gjennomføring av intervju. Dette løste seg i 14 av 16 intervjuer ved at ansatte enten brukte sin private PC/iPad eller lånte lederens kontor og PC/iPad. I to intervjuer viste det seg vanskelig å få til en oppkobling på Teams på intervjutidspunktet, og disse intervjuene ble derfor gjennomført via telefon. Det ble lagt til rette for at de 16 intervjudeltakerne selv kunne velge tid for intervjuet. Alle intervjuene ble gjennomført av en av forskerne (SFM) og transkribert «ord for ord» av en ekstern databehandler.

Intervjuer med innsatte ble gjennomført i fengslene et halvt år senere enn planlagt på grunn av covid-19 og restriksjoner for å komme inn i fengslene. Syv av åtte intervjuer ble tatt opp, hvorav fire ble transkribert av en ekstern databehandler og to av forskerne selv. To av intervjudeltakerne snakket dårlig norsk og engelsk. Den ene ønsket ikke at vi tok opp intervjuet på lydfil, men forskeren tok notater underveis og laget et notat i etterkant. På grunn av språkbarrierer ble ett av intervjuene som ble tatt opp, ikke transkribert, men den ene av forskerne (LT) hørte gjennom lydfilen og laget et fyldig referat fra intervjuet.

## DATAANALYSE

Vi gjennomførte to separate analyseprosesser, en basert på intervjumaterialet med innsatte og en basert på intervjumaterialet med ansatte og ledere.

Analysemetoden vi brukte på det kvalitative datamaterialet, er inspirert av Elo og Kyngas' (2007) retningslinjer for induktiv innholdsanalyse.

Som et første steg i analyseprosessen leste begge forskerne gjennom to referater og 22 transkripsjoner for å danne oss et helhetsinntrykk av det innsamlede materialet. Parallelt med lesingen noterte vi ned våre egne refleksjoner og spørsmål som dukket opp underveis i gjennomlesingen. I neste trinn organiserte vi dataene vi hadde kommet frem til gjennom en



åpen koding, det vil si at notater og merket tekst i dokumentene som relaterte til samme mening, ble samlet i kategorier. Etter denne åpne kodingen grupperte vi listene med kategorier under overordnede overskrifter. Målet med gruppering av dataene var å redusere antall kategorier til mer overordnede kategorier. Meningen med denne formen for analyseprosess var å skaffe oversikt over det helhetlige materialet som kunne gi økt kunnskap om forhold som hadde betydning for innsatte helse- og omsorgsbehov, samtidig som at viktig meningsinnhold i hvert intervju ikke ble oversett.

## KVANTITATIV BESKRIVENDE DESIGN

Basert på tidligere studier og med utgangspunkt i data fra de kvalitative intervjuene utviklet vi en nettbasert spørreundersøkelse. Hensikten var å få mer breddekunnskap om innsattes helse- og omsorgsbehov i fengsel samt om samarbeidet mellom tjenestene – sett både fra kriminalomsorgens og de kommunale helse- og omsorgstjenestenes ståsted. Vi utviklet to skjema: ett til kriminalomsorgen og ett til den kommunale helse- og omsorgstjenesten med ansvar for fengselshelsetjeneste.

Spørreskjemaene ble utviklet av oss forskerne i samråd med Kriminalomsorgsdirektoratet og Helsedirektoratet. Informasjonen fra den kvalitative intervjustudien samt litteratur og tidligere forskning omkring temaet dannet også et viktig bakteppe for utformingen av spørsmål. Før utsendelse gjennomførte vi en pilot hvor hensikten var å teste ut om spørsmålene fungerte som forventet. Basert på tilbakemeldingene ble skjemaet ytterligere redigert før gjennomføringen av spørreskjemaundersøkelsen. I gjennomføringen benyttet vi Nettskjema, som er et verktøy utviklet av Universitetet i Oslo for å kunne utforme og administrere spørreskjemaundersøkelser via nett på en trygg måte. NTNU har databehandleravtale for bruk av skjemaet.

### UTVALG

Vi mottok lister fra Kriminalomsorgsdirektoratet og Helsedirektoratet med e-postadresser til kontaktpersoner for samtlige fengsler i Norge og kommunene de mottok kommunale helse- og omsorgstjenester av. Spørreskjemaundersøkelsen til kriminalomsorgen ble sendt ut til ledere i alle landets fengsler sammen med et brev som forklarte bakgrunnen for henvendelsen (se vedlegg VII). Forskerne oppfordret lederne til å dele lenken til spørreskjemaundersøkelsen med sine ansatte betjenter. Etter første utsendelse kom det inn nokså få svar. En av forskerne (LT) tok derfor kontakt med lederne over telefon, og noen av lederne gav uttrykk for at de ikke ønsket å formidle undersøkelsen til alle sine betjenter. Det skyldtes at de ansatte ikke hadde tilgang til PC og internett mens de var på jobb. Ledelsen måtte derfor be sine ansatte om å svare på spørreundersøkelsen etter at arbeidsdagen var avsluttet. Noen ledere ønsket derfor å velge ut et mindre antall betjenter til å svare på undersøkelsen mot at disse ble kompensert for tiden som medgikk til å svare. I andre fengsler ble imidlertid lenken til spørreundersøkelsen videresendt av lederen til alle ansatte betjenter. Noen fengsler har derfor mange ansatte som har svart, mens andre fengsler har færre. Undersøkelsen ble gjennomført i tidsrommet mai–juni 2021, og til sammen 258 personer besvarte spørreskjemaet.

Utsendelsen av spørreskjemaet til de kommunale helse- og omsorgstjenestene ble gjennomført i samme tidsrom som undersøkelsen i kriminalomsorgen. Den baserte seg på listen vi hadde mottatt fra Helsedirektoratet, det vil si 47 kommuner med kontaktpersoner for helse- og

omsorgstjenestene til innsatte i fengsel. Vi fikk inn til sammen 37 svar etter å ha sendt en vennlig påminnelse om at de hadde mottatt et spørreskjema vi gjerne ønsket at de besvarte og videresendte til ansatte i helseavdelingene i fengslene. Også disse kontaktpersonene mottok sammen med spørreskjemaet et brev som forklarte bakgrunnen for henvendelsen (se vedlegg VIII).

## FORSKNINGSETISKE OVERVEIELSER

Studien (delstudie I, II og III) ble meldt til Norsk senter for forskningsdata (NSD) og ble tilrådet gjennomført.

Alle intervjudeltakerne fikk skriftlig og muntlig informasjon om hva studien handlet om, og hva det innebar for dem å delta. Det ble presisert at det var frivillig å delta, og at intervjumaterialet ville bli anonymisert.

At intervjuene med ansatte og ledere på grunn av covid-19 måtte skje via Teams, innebar at det ble gjort videopptak istedenfor lydopptak. Alle som ble intervjuet via Teams, samtykket til at det ble gjort videopptak. De ble informert om at alle videopptak ville bli konvertert til lydfil rett etter at intervjuet var gjennomført, og at videopptak ville bli slettet. Det ble samtidig presisert at lydopptak ville bli slettet etter at studien var gjennomført.

Intervjuene med innsatte ble foretatt på besøksrom og andre egnede lokaler i de to casefengslene. Vi var i gjennomføringen av intervjuene opptatt av at de vi snakket med, ikke skulle føle seg presset til å utlevere opplysninger som kunne skade personene det gjaldt eller deres pårørende. Vi spurte derfor ikke om hvilken type kriminell handling de satt inne for, men holdt søkelys på deres behov for helse- og omsorgstjenester samt erfaringene de hadde med tjenestene de mottok i fengslet. Syv av de totalt åtte intervjudeltakerne samtykket til at vi gjorde lydopptak av samtalene. Disse ble slettet ved prosjektslutt.

Vår tommelfingerregel gjennom hele analyseprosessen har vært at samtlige intervjudeltakere ikke skal føle seg utlevert på en nedverdiggende måte, samtidig som de heller ikke kan forvente at vi som forskere skal opptre på deres vegne (Nilsen, 2012, s. 149).

## METODISKE SVAKHETER

Studiens begrensninger er for det første at den bygger på et forholdsvis lite datamateriale. For det andre er det flere personer i kriminalomsorgen enn i de kommunale helse- og omsorgstjenestene som har svart på spørreskjemaundersøkelsen. For det tredje er de innsatte vi snakket med, ikke de som har størst psykiske eller somatiske helseutfordringer. Studien bidrar likevel med kunnskap som danner grunnlag for videre forskning.





## RESULTATER

### DELSTUDIE I

Denne delen av rapporten omhandler ledere og ansatte i kriminalomsorgen og kommunalt ansatte i helseavdelingen og deres oppfatninger av og refleksjoner om helse- og omsorgssituasjonen til innsatte i de to utvalgte casefengslene (se forskningsspørsmål 1, 4, 5, 6 og 7, s. 13).

### DEN KOMMUNALE HELSETJENESTEN OG KRIMINAL-OMSORGENS BETRAKTNINGER OM INNSATTES BEHOV FOR HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

I likhet med tidligere undersøkelser (Cramer, 2014; Revold, 2014) erfarte intervjudeltakerne både i fengselshelsetjenesten og i kriminalomsorgen i de to casefengslene at de innsatte hadde flere helseutfordringer enn befolkningen ellers:

«Det er jo hele spekteret som på utsiden [samfunnet] i hovedsak. Men det er klart det er jo mye psykisk [uhelse] og flere som har rusproblematikk. Men det er veldig sammensatt. Det er alt fra diabetes, helt vanlige kroniske sykdommer, kreft, det er handicap, men også mye rus/psykiatri som er veldig sånn varierende i alvorlighetsgrad. Alt fra å kunne ha godt av støtte-samtaler med oss eller ha alvorlige psykiske lidelser hvor DPS må inn og behandle. Ja, så det er liksom veldig stort» (IH5).

Som sitatet viser, fortalte ansatte og ledere om et bredt spekter av både psykiske og somatiske sykdommer og lidelser. Psykiske helseutfordringer ble beskrevet som særlig utbredt av alle som deltok i undersøkelsen. I tillegg beskrev samtlige deltakere at de i sin arbeidshverdag møtte innsatte med alt fra kroniske lidelser som muskel- og skjelettplager til alvorlige somatiske

lidelser som kreftdiagnoser, lidelser knyttet opp mot kognitiv lavfungering og ulike typer fysiske funksjonshemninger.

Intervjudeltakerne både i kriminalomsorgen og fengselshelsetjenesten opplevde at behovet for helse- og omsorgstjenester var meget omfattende. De fortalte at de innsatte brukte mye medisiner, og at mange opplevde at de fikk mindre enn de selv mente de hadde behov for. En utfordring flere påpekte, var at innsatte svært ofte ønsket en tyngre medisinerings enn det helsepersonell mente var forsvarlig, nødvendig og innenfor deres grenser for akseptabel bruk av medisiner:

«Det som er utfordringen her, tenker jeg, det er at det er mye rus og psykiatri. Og de [innsatte med slike utfordringer] ønsker mer enn de får, selvfølgelig. Det er mange som ønsker mer beroligende medisiner» (IK5).

Alle intervjudeltakerne erfarte at mange innsatte hadde behov for mer hjelp enn det som det norske helsevesenet generelt kan tilby både innenfor og utenfor murene – utenfor murene i den forstand at mange som kommer i fengsel, har store helseutfordringer (psykiske lidelser, emosjonelle problemer som følge av omsorgssvikt, lav kognitiv funksjon o.l.) som de ikke har fått hjelp til å håndtere. Flere av intervjudeltakerne fortalte om innsatte som fra barnsben av hadde levd tøffe liv der de var eksponert for rus, overgrep og fysisk og psykisk vold. En del intervjudeltakere etterlyste kompetanse og ressurser til å fange opp sårbare barn og unge som slet med livene sine. De hevdet at dersom samfunnet la ned en større innsats for disse menneskene på et tidligere tidspunkt, kunne flere ha unngått å havne i fengsel. Intervjudeltakerne hevdet at en del innsatte i fengsel havnet mellom barken og veden ved at de verken innenfor eller utenfor murene fikk den hjelpen de trengte. Innenfor murene var en del innsatte enten for dårlige til å sone eller ble sykere av å være i fengsel. Utenfor murene kunne en del lovbrudd ha vært avverget ved tettere oppfølging i helsevesenet og andre velferdsordninger på et tidligere stadium.

En ansatt i kriminalomsorgen mente det tok for lang tid fra den innsatte kom inn i fengsel til vedkommende fikk de medisinerne og den behandlingen han eller hun hadde hatt før soning. Videre mente denne og flere andre intervjudeltakere at det å komme i fengsel var et stort sjokk, som svært ofte gjorde at psykiske lidelser eskalerte:

«Det er mange som kanskje kan gå på en veldig smell [når de blir satt inn]. Så vi har en del psykisk syke til tider, for på en måte så eskalerer det litt når de kommer hit. Når du kommer inn og har en psykisk dårlig helse i utgangspunktet, og så kommer du inn og blir låst inne i tillegg. Da går det rett i taket. Eller rett i kjelleren, heter det kanskje når det er psykiatri» (IK5).

Frihetsfrarøvelse og innlåsing kunne, som sitatet ovenfor illustrerer, enten utløse psykiske problemer eller at psykiske lidelser som innsatte allerede slet med, forverret seg.

Det var imidlertid ikke slik at ansatte og ledere mente at innsatte generelt sett fikk en dårligere helse av å sone i norske fengsler. Når det gjaldt psykiske plager, gav intervjudeltakerne uttrykk for at en del innsatte på sikt opplevde å få det bedre som en følge av at de under fengselsoppholdet fikk en riktigere medisinerings, samt at en del miljøterapeutiske tilbud gav økt mestringsfølelse og dermed også en bedre psykisk helse.

Et viktig funn er dessuten at alle intervjudeltakerne fortalte at økonomiske nedskjæringer hadde gjort at miljøterapeutiske tiltak i kriminalomsorgen hadde blitt kraftig redusert de senere årene. Flere av intervjudeltakerne viste til aktiviteter de tidligere hadde hatt, men som nå var lagt ned (eksempelvis yoga, samtalegrupper og ulike typer treningsaktiviteter). Det var ingen omforent oppfatning av verdien slike tiltak hadde. Noen fortalte at de var usikre på effekten av

slike tiltak i det lange løp, men de mente like fullt at slike tiltak bidro positivt på de innsattes helse mens de var i fengsel. Andre mente at slike tiltak var helt avgjørende i prosessen med å hjelpe folk tilbake til et vanlig liv uten kriminalitet etter soning.

Når det gjaldt fysisk helse, fortalte intervjudeltakerne i både kriminalomsorgen og fengselshelsetjenesten om innsatte som etter noen uker i fengsel fikk det bedre som følge av den behandlingen og omsorgen de fikk under soning. Ansatte og ledere opplevde at en del innsatte fikk avdekket og behandlet lidelser og sykdommer de ikke visste de hadde, eller ikke hadde oppsøkt helsevesenet for før de ble innsatt. Noen mente dette skyldtes at innsatte i fengslet fikk ro til å tenke over helsen sin, og dermed også begynte å kjenne på «vondter» de før ikke hadde orket å ta tak i. Flere av intervjudeltakerne både i helseavdelingen og i kriminalomsorgen fortalte at en negativ følge av at innsatte fikk ro til å tenke på helsen sin, var at noen hadde veldig lav terskel for å be om helsetjenester. En annen utfordring var at en del innsatte klagde på «vondter» de egentlig ikke hadde, i håp om at dette ville utløse en større dose beroligende medisiner. En ansatt fortalte at han var fullt klar over at noen innsatte prøvde å bruke medisiner som byttmiddel, for eksempel kunne sovemedisin byttes mot en pakke tobakk.

## ØKNING I OMFATTENDE HELSE- OG OMSORGSUTFORDRINGER

Et interessant funn er at ansatte og ledere både i kriminalomsorgen og fengselshelsetjenesten opplevde at de innsatte har mer omfattende helse- og omsorgsutfordringer nå enn tidligere:

«Det har skjedd en endring. Det må jeg si. Det har blitt flere kompliserte helseproblemer, synes jeg. Det er flere innsatte som har mer komplisert sykdomsbilde nå enn før» (IH7).

«Det er veldig belastende for oss med alle de psykisk syke som kommer inn. Vi sier litt på fleip at vi ønsker oss en sånn real, gammel kjeltring. De som faktisk hadde gjort et brekk i et hus og sånt noe. Fordi at nå er det så veldig mange psykisk syke med masse somatik i tillegg som kommer inn» (IK2).

Flere av intervjudeltakerne fortalte at de seg imellom hadde snakket mye om mulige årsaker til økningen i omfattende helseutfordringer blant innsatte. Økningen i kompliserte helseutfordringer mente de først og fremst skyldtes endringer i strukturer og rammebetingelser både i helsevesenet og kriminalomsorgen. For eksempel uttrykte flere frustrasjon over å oppleve at stadig flere innsatte hadde alvorlige psykiske lidelser, og de mente dette måtte ses i lys av det har skjedd endringer innenfor psykisk helsevern som gjør at flere innsatte havner i fengsel istedenfor å bli tatt hånd om i helsevesenet utenfor murene.

«Jeg synes nok å se en endring når det gjelder hjelpebehov, det er mye tyngre psykiske lidelser enn før. Det er en del folk som ikke burde være her, men det er dårlig med plasser til disse i helse-Norge – og derfor ender de her» (IK1).

En intervjudeltaker fortalte om en person som hadde blitt kjørt til fengslet etter å ha laget bråk som sjenerte naboene. Intervjudeltakeren mente vedkommende ikke hadde noe i et fengsel å gjøre, men havnet der som følge av å ha satt seg til motverge når politiet rykket ut. Intervjudeltakeren mente politiet anså det som en bedre løsning at vedkommende ble tatt hånd om i fengsel enn i psykiatrien. Grunnen til dette var at psykisk syke ofte ble utskrevet for tidlig fra psykiatriske

institusjoner, og var sårbare for tilbakefall og raskt måtte tas hånd om av politiet på nytt. Å sende psykisk syke i fengsel førte til at samfunnet i en litt lengre periode var «kvitt problemet», hevdet intervjudeltakeren (IK5).

Intervjumaterialet synliggjør mange utfordringer knyttet til et økende antall innsatte med omfattende helseutfordringer. Flere av fengselsbetjentene fortalte om situasjoner der diagnosene som ble fremlagt i domspapirene, tilsa lang psykiatrisk behandling, men at det i praksis, under soning, var fengselsbetjenter helt uten psykiatrisk kompetanse som måtte ivareta dem. Sitatet nedenfor illustrerer noe av frustrasjonen slike saker innebærer for ansatte i kriminalomsorgen:

«I domspapirene blir det fremlagt at den innsatte har en diagnose hvor man forventer 10–15 års psykiatrisk behandling – men så får de kanskje en fireårs dom og blir satt inn. Da er det fengselsbetjenter som skal ivareta dem. Og så får de [innsatte] kanskje en psykologtime eller to i uka. Det er helt håpløst sann, altså. Det tar vanvittig mye ressurser av oss. Og ikke minst belastningen på betjentene som skal gå oppi det dag etter dag. Det er litt det her at fengslet får det som ikke samfunnet vil ta seg av ellers. Det er jo ikke det vi er til for» (IK1).

Intervjudeltakerne i fengselshelsetjenesten delte fengselsbetjentenes bekymringer for alvorlig psykisk syke pasienter og uttrykte stor bekymring over at det bare var diagnosene psykose og suicidalitet som utløste rettigheter til institusjonsbehandling. De fortalte at noen innsatte var svært dårlige selv om de ikke hadde disse diagnosene.

Økte helse- og omsorgsutfordringer blant innsatte ble også knyttet an til endringer i kriminalitetsbildet. Flere påpekte at det i dag er lettere å utføre kriminelle handlinger hjemmefra. En sa det slik:

«Vi ser jo at med teknologiutviklingen så kan nye kategorier mennesker utføre alvorlig kriminalitet. Og derav også utviklingen med flere eldre i fengsel, flere med funksjonshemming i fengsel, fordi man nå kan sitte hjemme i senga si med en bærbar PC og begå grov kriminalitet over internett. Så jeg vil si sykkeligheten for det første er stor, og den har nok endret seg også i løpet av de senere ... ja, si 10 til 15 årene» (IK6).

Alt i alt viser datamaterialet at flere innsatte trenger en tettere helse- og omsorgsoppfølging enn det de gjorde tidligere. Et gjennomgående mønster i våre analyser er at Casefengsel I (kvinnecasefengslet) og Casefengsel II (mannscasefengslet) tegnet et noe ulikt utfordringsbilde. I neste avsnitt vil vi gi en nærmere beskrivelse av de to ulike utfordringsbildene.

## CASEFENGSEL I (KVINNECASEFENGSELET)

I Casefengsel I hevdet de ansatte at en økning av innsatte med psykiske lidelser var den største utfordringen på intervjudtidspunktet. I tillegg mente flere av intervjudeltakerne å se en økning i både somatiske og aldersrelaterte helseutfordringer hos innsatte. De påpekte samtidig at «mye kognitiv lav fungering», somatiske diffuse kroniske lidelser og typiske kvinnerelaterte tilstander (abort og fødsler) forsterket helse- og omsorgsbehovet blant deres innsatte.

Studien gir også klare indikasjoner på at selvskading var et mye mer utbredt problem i Casefengsel I enn i Casefengsel II:

«Jeg kan ikke huske at det var sann før at de satt og kuttet armene til blods og rev opp sting. Jeg kan aldri huske å ha sett det før. (...) de har armer som ser ut som bobleplast» (IK1).

Intervjudeltakerne ga uttrykk for at innsatte som skadet seg selv, ofte var vel så utsatt for fatale utfall enn de som de visste var suicidale, fordi de kuttet seg farlig nær pulsåren.

Mye selvskadning og mange innsatte med alvorlige psykiske lidelser gjorde at de ansatte både i kriminalomsorgen og helseavdelingen etterlyste andre tiltak enn det kriminalomsorgen og de kommunale helse- og omsorgstilbudene har å tilby.

## CASEFENGSEL II (MANNSCASEFENGSELET)

Også i Casefengsel II gav intervjudeltakerne uttrykk for at de stod overfor en svært ressurskrevende gruppe mennesker med mange og forskjellige kompliserte sykdommer og lidelser. I motsetning til kvinncasefengslet, hvor den største helseutfordringen gjaldt psykiske lidelser, mente ansatte i mannsfengslet at den største utfordringen var økningen i somatiske og aldersrelaterte lidelser:

«Jeg synes det er mer somatisk sykdom. Det er vel liksom det mest primære. Den andre psykiske og rusbiten er ganske lik, synes jeg. Men det er det somatiske bildet som er mer komplisert. Vi får mer fysiske utfordringer som gjør at vi må mer i stell, altså at vi må følge dem opp mye tettere, da» (IH8).

«På en viss tid i fjor så var det tre med rullator. (...) Og vi hadde noen rullestoler også». (...) Vi har innsatte som for eksempel har stomipose som skiftes av ansatte [betjenter]» (IK3).

Som situatene viser, opplevde ansatte i mannsfengslet et stadig økende behov for «tradisjonelle» hjemmesykepleietjenester. Økning av innsatte med somatiske og aldrerelaterte lidelser mente flere av de vi intervjuet, at måtte ses i sammenheng med at dette fengslet hadde en egen handicapcelle, noe de imidlertid ikke mente gjorde fengslet bedre rustet til å ta imot folk med funksjonshemminger. At rommene er fire kvadratmeter større og ikke har terskel inn på toalettet, mente ansatte og ledere ikke var nok for å ivareta funksjonshemmedes hjelpebehov.

«I de nyere fengslene så har de bygd såkalt handicapceller. Og da er det en del, eller noen, i hvert fall, da, oppover i systemet som tenker at: Å, har du handicapceller. Ja, da kan du ta imot hva som helst, på en måte. Men det handler ikke mest om fasiliteter. (...) I mitt hode så er det kompetanse og tilstedeværelsen av den som er det sentrale. Ikke hvorvidt det er bygd en handicapcelle. Det er litt for banalt tenkt» (IK6).

Flere av intervjudeltakerne i kriminalomsorgen fortalte at de i en lengre periode hadde brukt mye tid på en innsatt som satt i rullestol og trengte hjelp med på- og avkledding, dusjing og skifte av kateter o.l. Stor ressursbruk på denne personen mente de gikk ut over andre innsatte. Når betjentene måtte bruke mye tid på én innsatt, betydde det at andre innsatte, av sikkerhetsmessige grunner, ikke fikk delta på aktiviteter som i et helsefremmende perspektiv ville gjort dem godt. Sistnevnte skyldtes at når ansatte var opptatt inne på en celle, var det ikke nok folk til å følge andre på ønskede aktiviteter.

## INNSATTE SOM ER FOR SYKE TIL Å SONE

Intervjudeltakere både i kriminalomsorgen og fengselshelsetjenesten hadde erfart å ha innsatte som etter deres vurdering var for syke til å sone i fengsel. En intervjudeltaker i kriminalomsorgen fortalte at det hendte at innsatte var så psykisk syke at de ikke engang visste at de var i fengsel. Likevel mente intervjudeltakerne at det var ganske sjelden de erfarte at innsatte avbrøt eller fikk



innvilget utsatt soning. Når det først skjedde, gir det innsamlede datamaterialet indikasjoner på at det er lettere å få til soningsavbrudd eller soningsutsettelse ved somatisk sykdom. Flere av intervjudeltakerne, både i fengselshelsetjenesten og kriminalomsorgen, uttrykte frustrasjon over at de med alvorlige psykiske lidelser ofte var de som hadde størst problemer med å ytre sine behov, og dermed var det også de som fikk minst hjelp både i fengslet og i samfunnet generelt.

Én ansatt i kriminalomsorgen poengterte:

«Men altså, vi bruker veldig, veldig, veldig mye tid på psykisk syke personer som strengt tatt ikke burde være her. Og det er klart, de har jo gjort straffbare ting, men ikke i vinnings hensikt. De er så syke, og vi er bare en oppbevaring. Vi [de ansatte] sier jo litt ironisk at vi oppbevarer den menneskelige søpla som samfunnet ikke vil ha» (IK1).

Intervjudeltakeren forklarte sitt eget utsagn med at kommunene foretrekker å plassere «brysomme personer» i fengsel fremfor i psykiatriske institusjoner:

«Blir de satt i fengsel, så blir de værende der. Blir de lagt inn i på en psykiatrisk post, så er de der en dag eller to, også finner de [ansatte i psykiatrien] ut at de ikke er behandlingsberettiget, altså at de ikke har psykoser. Og så blir de sendt ut igjen. Hos oss må de faktisk være. Og vi er nødt til å forholde oss til dem» (IK1).

Flere av de som ble intervjuet, uttrykte frustrasjon over at det kun er psykoseproblematikk og suicidalitet som utløser rettigheter til behandling i institusjon. Selv om innsatte ikke hadde disse diagnosene, fortalte samtlige intervjudeltakere at de hadde opplevd tilfeller der de tenkte at fengsel ikke var rett plass.

## MANGLENDE RESSURSER TIL Å IVARETA DE SYKESTES HELSE- OG OMSORGSBEHOV

Delstudie I viser at både fengselshelsetjenesten og kriminalomsorgen, i noen tilfeller, opplever at de verken har kompetanse eller kapasitet til å ta seg av de sykeste på en tilfredsstillende måte. Én intervjudeltaker i kriminalomsorgen fortalte at noen av de med alvorlige psykiske lidelser utgjorde en så stor belastning for betjentene at de nærmest endte opp som kasterboller mellom fengsler:

«Det som er litt trist, er at noen av disse innsatte er en stor belastning på betjentgruppen. Så de blir litt sønn ... ikke kasterboller, men altså de blir på en måte sendt litt fra fengsler til fengsler fordi at det er så stor belastning på betjentgruppen, som da kanskje ikke har den kompetansen til å ivareta dem. De er i et fengsel en viss tid, og så blir de ansatte slitne. Og da blir de innsatte overført til et annet fengsel. Så det blir litt sønn at: Nå er det deres tur [andre fengsel]. Dette skjer i håp om at kanskje et miljøskifte vil gjøre noe, men også for ren avlastning for betjentgruppen» (IK9).

Denne gruppen innsatte påvirket hele fengselsmiljøet ved at deres adferd skapte uro i innsattgruppen. Stor ressursbruk på enkeltpersoner førte i tillegg til at det tok lengre tid å få nødvendig helsehjelp for andre innsatte. Dette kunne eksempelvis handle om at man i noen tilfeller måtte utsette helseavtaler fordi betjentene ikke hadde anledning til å følge innsatte, da de

var opptatt med å roe ned situasjonen for alvorlig psykisk syke som utgjorde en fare både for seg selv, andre innsatte og ansatte.

En annen intervjudeltaker i kriminalomsorgen sa:

«Vi bruker vanvittig mye ressurser på disse personene som ikke burde vært hos oss» (...) Men vi er nødt til å forholde oss til dem sammen med alle de andre som også er i fengslet. Vi snakker om innsatte som i psykiatrien ville vært på poster hvor du er to [ansatte] på en [innsatt] eller tre [ansatte] på en [innsatt], ikke sant. Mens vi er nødt til å takle dem i fengslet. Og det her, det påvirker hele samfunnet hos oss altså. Hele fengslet» (IK<sub>3</sub>).

Sitatene understreker at intervjudeltakerne opplevde å ikke strekke til fordi innsatte hadde helseutfordringer som krevde en spesialistkompetanse de ikke hadde. Én intervjudeltaker (IK<sub>1</sub>) mente at en del innsatte hadde behov for mye lengre behandling i psykiatrisk institusjon enn det de får. Vedkommende fortalte at det eneste fengslet hadde å tilby de med alvorlige psykiske lidelser, var en sikkerhetscelle (som er en glattcelle) eller en sikkerhetsseng hvis det var fare for at den innsatte skulle begå selvmord. En gang hadde de blitt dømt for å ha brukt sikkerhetsseng for lenge. Intervjudeltakeren opplevde dette som svært frustrerende og gav uttrykk for at innsatte i slike tilfeller ikke fikk nødvendig helsehjelp. Intervjudeltakeren hadde mange ganger opplevd at innsatte ble skrevet ut fra institusjon med den begrunnelse at de ikke var «behandlingsmottakelige», og dermed kom de tilbake til fengslet. De i fengslet sto tilbake med de samme virkemidlene (sikkerhetscelle og sikkerhetsseng) som intervjudeltakeren poengterte ikke var bra for hverken den det gjaldt, andre innsatte eller ansatte i fengslet.

Behovet for mer spesialkompetanse kom også til uttrykk i intervjuene med ansatte i fengselshelsetjenesten. Én sykepleier hadde mange ganger i møte med innsatte tenkt at fengslet ikke var riktig plass:

«Vi er bare primærhelsetjeneste, vi, men så tar det tid å få den hjelpen som trengs fra spesialisthelsetjenesten, og da strekker vi ikke til, og vi har ikke noen muligheter heller» (IH<sub>2</sub>).

Sitatet illustrerer for det første at fengselshelsetjenesten opplever at det tar for lang tid fra de henviser en innsatt til spesialisthelsetjeneste til hjelpen kommer. For det andre er det i en del tilfeller behov for andre type tjenester og tiltak enn det de kommunale helse- og omsorgstjenestene har å tilby.

## ANSVARS- OG ARBEIDSFORDELINGEN MELLOM KRIMINAL-OMSORGEN OG FENGSELHELSETJENESTEN

Intervjudeltakerne i både fengselshelsetjenesten og kriminalomsorgen fortalte at de i utgangspunktet opplever at det finnes klare regler for ansvarsfordeling dem imellom. De forteller at hovedskillet er beskrevet i lovverket og veilederen, der de mener det kommer tydelig frem at kriminalomsorgens rolle er å passe på sikkerheten, og helsetjenestens rolle er å sørge for at de innsatte får nødvendig helsehjelp når de trenger det. Likevel opplevde intervjudeltakerne i denne studien at dette skillet ikke er helt lett å forholde seg til i praksis. Dette gjaldt særlig skillet mellom praktisk bistand og helse- og omsorgstjenester, herunder arbeids- og ansvarsfordelingen mellom ansatte og ledere i henholdsvis kriminalomsorgen og fengselshelsetjenesten.

En intervjudeltaker i kriminalomsorgen reflekterte over forskjellene mellom praktisk bistand og helse- og omsorgstjenester på denne måten:

«Det er ikke lett å skille mellom. Men jeg tenker at helse- og omsorgstjenester er tjenester som er fattet i form av noen vedtak kanskje. I hvert fall noe som er rettet innenfor behandlingsforløpet ... eller ... ja ... Nei, jeg tror det er mer rettet mot bestilte tjenester. Kan jeg si det sånn? Jeg tror det blir sånn litt innafør. Den praktiske hverdagen etter helse har vært der og byttet på såret ditt, så er det betjentene som overtar. Og det er praktisk bistand, tenker jeg» (IK<sub>3</sub>).

En intervjudeltaker i helsetjenesten reflekterte over forholdet på denne måten:

«Altså, praktisk bistand tenker jeg handler mer om folk som har en funksjonsnedsettelse som gjør at man trenger praktisk bistand til stell, forflytning og sånne ting. Jeg tenker at praktisk bistand, det er når enten vi eller kriminalomsorgen hjelper med forflytning, stell, stell av sår. Noen [innsatte] ville jo kunne stelle såret sitt selv hjemme under vanlige omstendigheter, men at vi gjør det her. Det går jo derfor også innunder praktisk bistand. Mens helse- og omsorgstjenester, det tenker jeg er helsetjenester, det går litt utover det med praktisk bistand. Men praktisk bistand er jo også helsetjeneste. Men helsetjeneste behøver ikke alltid være praktisk bistand på den måten. Det kan være i form av samtaler. Det kan være i form av administrering av medisiner. Ja, det er klart det kommer også litt i grenseland i forhold til praktisk bistand, da» (IH<sub>6</sub>).

Sitatene gir et bilde av at det ofte er vanskelig å skille klart mellom hvilke oppgaver som gikk under «praktisk bistand», og hvilke som gikk under «helse- og omsorgstjenester». Som sitatet viser, kompliseres skillet mellom helsetjenesten og kriminalomsorgens ansvar ved at innsatte i fengsel av sikkerhetshensyn må ha hjelp til oppgaver de i sitt eget hjem ville mestret selv, og dermed ikke ville fått hjelp til i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Flere av de vi intervjuet, mente derfor at et typisk eksempel på praktisk bistand var der fengselsbetjentene delte ut medisiner av sikkerhetshensyn. De forklarte at veldig mange innsatte ville tatt seg av medisiner selv når de var hjemme. I fengslet ble utdeling av medisiner derimot i en del tilfeller betraktet som en del av sikkerheten og dermed en oppgave for betjentene. Vårt inntrykk er at medisinutdeling var den oppgaven som fremstod som mest avklart i de to casefengslene. Utfordringer knyttet til ansvars- og arbeidsfordeling kom først og fremst til syne og ble opplevd som problematiske der innsatte ikke klarte å ivareta egenomsorg.

## FENGSELSHELSETJENESTENS SYN PÅ EGNE ARBEIDSOPPGAVER, KOMPETANSE OG KAPASITET

I fengselshelsetjenesten i begge casefengslene gav intervjudeltakerne uttrykk for at de mente å levere gode tjenester innenfor de rammene de hadde. Mange ansatte opplevde likevel at det var et stort sprik mellom hva slags tjenester de kunne tilby, og hva slags tjenester de innsatte ønsket. Når det gjaldt arbeidsoppgaver og ansvarsområder, uttrykte de ansatte at dette ble oppfattet som uklart.

En sykepleier delte følgende refleksjoner:

«Hvis man sammenligner med hjemmesykepleien, så kan man jo tenke at vi skulle gjort mer, og de [fengselsbetjentene] kunne gjort mindre ut fra hvilken rolle de har. Samtidig så er det noe med hvilken kapasitet man har, og hvordan man jobber miljøterapeutisk. Nå har jeg selv jobbet i psykiatrien. Der var det som sykepleier miljøterapeutisk å smøre mat sammen med og spise sammen med pasienten. Og så er det noe med at her jobber betjentene miljøterapeutisk. Det gjør ikke vi. Så det er altså ikke noe tydelig skille» (IH5).

Datamaterialet fra delstudie I viser at det er litt personavhengig hva de forskjellige sykepleierne opplever som arbeidsoppgaver som tilhører de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Mens noen gav klart uttrykk for at for eksempel stell i seng og hjelp til toalettbesøk var praktisk bistand – og dermed kriminalomsorgens ansvar, mente andre at dette var en del av de kommunale helsetjenestene. I et av fengslene ble det fortalt om innsatte med behov for hjelp til å skifte på stomi- og urinpose. Selv om de fleste helsearbeiderne var klare på at dette var deres ansvar, var det likevel flere fengselsbetjenter som fortalte at de utførte slike oppgaver. Dette skjedde først og fremst fordi fengselshelsetjenesten ikke var bemannet på kveld og natt.

En av sykepleierne reflekser om arbeidsfordelingen mellom dem og kriminalomsorgen gir indikasjoner på at fengselshelsetjenesten opplever at deres hovedmandat er å gi nødvendig helsehjelp, mens de mener at omsorgsbiten i større grad skal ivaretas av kriminalomsorgen.

«Ja, de [fengselsbetjentene] tar jo den her omsorgsbiten. Vi er ikke på avdelingene på den måten og ser. De har mye mer av den omsorgsbiten. Vi er mer som et fastlegekontor. Men vi gjør enda mer enn et fastlegekontor. Vi kommer inn i kortere periode og har samtale eller hjelper til. Men det som er forskjellen, er at vi har taushetsplikt direkte mot kriminalomsorgen og de innsatte. Så de innsatte kan si mye mer til oss enn hva de kan si til betjentene. Så på den måten føler jeg at de opplever at det er godt å komme og snakke med oss. Men den daglige omsorgen, om det er noen ting, så snakker de med betjentene. Men om det er noe mer alvorlig og dypere, så tar de kontakt med oss» (IH2).

En annen sykepleier forklarte forskjellen mellom deres og fengselsbetjentenes oppgaver slik:

«Rollefordelingen, den er jo noen ganger litt uavklart. Betjentene er jo de nærmeste, de er der hele tiden. Så det er noen ganger en balansegang i hva vi skal gjøre, og hva de skal gjøre. Men stort sett er den ganske avklart: Alt som er kroppsnært, det skal vi [fengselshelsetjenesten] gjøre. Alt fra matsmøring eller på en måte helt sånn praktisk bistand, det går de mer inn og gjør da» (IH6).

*Kroppsnært* eller naken hud var et stikkord en del intervjudeltakere brukte for å definere skillet mellom kriminalomsorgens og fengselshelsetjenestens ansvar og arbeidsoppgaver.

## KRIMINALOMSORGENS OPPFATNING AV «SINE» ARBEIDSOPPGAVER, SIN KOMPETANSE OG KAPASITET

Fengselsbetjentene gav tydelig uttrykk for at deres primære arbeidsoppgave var å ivareta sikkerheten i fengslet. En fengselsbetjent fortalte at vergen til en innsatt mente «fengselsbetjenter er de beste miljøarbeiderne». Dette syntes han var hyggelig å høre, men han sa også:

«Vi får veldig mye på stell, så det er jo koselig å høre, selv om det er helt feil. For det er jo ikke det [miljøterapi] som skal være rollen vår. Vi skal gjennomføre straff» (IK<sub>3</sub>).

Ikke alle vi intervjuet gav like tydelig uttrykk for at gjennomføring av straff var deres primære arbeidsoppgave. Isteden mente flertallet at de hadde en dobbelt rolle. De skulle på den ene siden ivareta sikkerheten og på den andre siden sørge for at innsatte hadde det så bra som mulig i straffegjennomføringen.

«Vi er jo hovedsakelig fengselsbetjenter, men vi er jo innom egentlig absolutt alt. (...) Ikke minst den her omsorgsrollen med det å bare sitte og snakke når folk har det tøft. Så vi er ikke bare fengselsbetjenter» (IK<sub>1</sub>).

De fleste ansatte i kriminalomsorgen var opptatt av å kunne hjelpe de innsatte på best mulig vis, samtidig som de ivaretok sikkerheten for alle som oppholder seg i fengslet. De mente at skillet mellom deres og fengselshelsetjenestens rolle som omsorgsyter ofte fremstod som uavklart. Flere sa at de stadig opplevde situasjoner der de kunne ønsket at grensesnittet mellom fengselshelsetjenesten og kriminalomsorgen var klarere definert. Én fortalte om situasjoner med innsatte som satt i rullestol:

«Det ender jo opp med at vi gjør det [hjelper innsatte med å legge seg]. Fordi at vi lar dem jo ikke sitte i rullestolen på natta. Vi hjelper dem opp i senga. Så jeg synes det er vanskelig. Jeg skulle gjerne ønske at det var mer definert, og at regelverket var sånn at det var veldig klart da» (IK<sub>7</sub>).

En annen ansatt i kriminalomsorgen satte ord på uklarhetene på denne måten:

«Det skjæringspunktet mellom fengselsbetjentene og helseavdelingens oppgaver, det er ikke så enkelt å finne noe svar på. Altså, når innsatte er dårlige og trenger å få hjelp til å vaske cella eller skifte på sengen eller lignende, ikke sant. Her i dette fengslet tror jeg faktisk betjentene gjør det i større grad enn det jeg har opplevd andre steder» (IK<sub>9</sub>).

I likhet med ansatte i fengselshelsetjenesten opererte også ansatte i kriminalomsorgen med *kroppsnært* og naken hud som grensen for hva de skulle gjøre:

«Det å ta på kropp, der har kriminalomsorgen på en måte satt sin grense. Det å ta på naken hud, liksom. Men vi har jo eksempler hvor innsatte av medisinske grunner ikke klarer å holde på urin og avføring, og ikke kommer seg på do i tide. Og da er det våre ansatte som på kveld og natt og i helger i stor grad må foreta kroppsvask og rengjøring osv.» (IK<sub>6</sub>).

Fengselsbetjentene opplevde å måtte ta oppgaver de mente falt utenfor deres ansvarsområde, og dette kunne føre til uoverensstemmelser. Uoverensstemmelser om oppgave- og ansvarsfordeling ble særlig beskrevet av betjentene i kriminalomsorgen, som også er de som har mest kontakt med innsatte, ikke minst om kveldene, nettene og i helgene. I mangel av helsepersonell fortalte alle at de hadde vært oppe i situasjoner der de mener å ha gjort oppgaver de verken har faglig kompetanse og kapasitet til, eller anser som sitt ansvarsområde.

Én betjent sa det slik:

«Jeg tenker jo at sånn som det er lagt opp nå med at vi ikke har helsepersonell tilgjengelig på ettermiddagen, så får det bare gå helt til arbeidsgiver og helseavdelingen har en bedre ordning. Selv om det er uheldig, da, for jeg har jo ikke noen utdanning i hvordan legge eldre

funksjonshemmede mennesker. Og jeg vet jo hvor strengt det er når for eksempel hjemmesykepleien skal inn og gjøre det. De [helsepersonell] er jo forsikret, og de får kursing i hvordan legge store, tunge, voksne mennesker som er skjøre. De har for eksempel sklibrett og heisekraner som er tilrettelagt for å flytte på folk. Mens på fengselsbetjentsiden så føler jeg at det er bare bæring og løfting og legging» (IK8).

Følgende sitat gir en ytterligere pekepinn på at kriminalomsorgen opplever å måtte ta oppgaver de mener faller utenfor sitt mandat.

«Men vi har jo eksempler hvor innsatte av medisinske grunner ikke klarer å holde på urin og avføring, og ikke kommer seg på do i tide. Og da er det våre ansatte som på kveld og natt og i helger i stor grad må foreta kroppsvask og rengjøring osv. (...) Det ligger uansett langt utenfor hva vi mener våre ansatte skal jobbe med, da» (IK6).

Denne intervjudeltakeren viste også til en liste over oppgaver de mente var den kommunale helse- og omsorgstjenestens arbeids- og ansvarsområde:

- tilretteleggelse av mat og drikke,
- smøre pålegg på brødklave og dele maten i passende biter,
- bistand til inntak av mat og drikke, altså mating,
- rydde etter måltidet og sørge for oppvask,
- ta skittentøy ut av cella og bringe til vaskeri,
- vask og tørk av klær, sengetøy, håndklær, brette og legge klær inn i skap, sengetøyskift,
- søppelhåndtering,
- rengjøring av inventar og celle,
- rengjøring av bad og toalett,
- ulike innkjøp,
- hjelp til forflytning når dette ikke inngår i helsehjelpen,
- bistand til kroppspleie,
- flytte kroppsdelene som ligger i klem,
- bistand ved trening og tøying av muskler og ledd,
- hjelp til legging og avkledding for natt,
- tømning av urinpose/stomipose,
- rette ut avklemt kateterslange,
- tilrettelegging av medisinsk utstyr, det vil si legge frem utstyr,
- bistand med snus, røyk,
- bistand til å åpne brev, plukke opp ting, bytte tv-kanaler, regulering av varmeovn, åpning av vinduer.

Intervjudeltakeren fortalte at kriminalomsorgen daglig måtte utføre slike oppgaver fordi fengselshelsetjenesten bare var bemannet på dagtid, men uttrykte også følgende:

«Hvis folk ikke klarer seg selv, så mener vi at det er ikke kriminalomsorgens ansvar. Vi skal sørge for at de har en trygg soning, og at de har samme rettigheter som alle andre innsatte. Men vi mener at disse oppgavene her, det er egentlig ikke vårt ansvar. Men kommunen har ikke ønsket å påta seg dem da» (IK6).

Flere av de vi intervjuet, sa at de hadde mulighet til å få inn folk fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene ved behov, men påpekte samtidig at dette var vanskelig å få til i praksis. Én grunn var at dette krevde en ganske omfattende administrering med hensyn til sikkerhetsavklaringer, en annen at det kunne være en tøff opplevelse for mange å skulle gi helse- og omsorgstjenester til innsatte. En del innsatte håndterte dårlig å forholde seg til mange forskjellige helsepersonell, noe som igjen fort førte til uro i fengslet.

Fengselsbetjentene fortalte at hovedgrunnen til at de ikke ønsket å utføre helse- og omsorgsoppgaver, var at de verken hadde kompetanse eller kapasitet til å gjøre det. En fengselsbetjent fortalte i denne sammenheng at helseavdelingen tidligere hadde vært bemannet fra morgen til kveld, men etter at dette ble endret på grunn av økonomiske kutt, slik at betjentene måtte gjøre flere helse- og omsorgsoppgaver:

«Og da [etter at helseavdelingen la om til dagdrift] var det vi som byttet eller satte sånn urinpose. Vi gjorde koblingene, og hvis han hadde et uhell med at han hadde bæsja på seg, så var det vi som tok han og hjalp han i dusjen og gjorde helsefaglige jobber, da, som jeg ikke synes vi skal gjøre, da. Vi har ikke noe kompetanse på det» (IK7).

Et tydelig funn i vårt datamateriale er at kriminalomsorgen opplevde stor frustrasjon over å måtte gjøre oppgaver de mente de verken hadde kapasitet eller kompetanse til å utføre. De uttrykte derfor helt tydelig at de ønsker seg tiltak som fører til en annen arbeidshverdag for dem og et bedre helse- og omsorgstjenestetilbud til innsatte med omfattende helseutfordringer. Flere av de vi intervjuet, ønsket seg derfor flere fast ansatte med helsefaglig kompetanse. Noen så det som en mulighet at fengselsbetjenter tok helsefag som en tilleggsutdanning, andre igjen mente at fengselshelsetjenesten måtte bli døgnkontinuerlig bemannet.

## SAMARBEIDET MELLOM FENGSELHELSETJENESTEN OG KRIMINALOMSORGEN

Til tross for utydelige grensesnitt mellom kriminalomsorgen og fengselshelsetjenestens ansvarsområde mente de fleste intervjudeltakerne at samarbeidet mellom kriminalomsorgen og fengselshelsetjenesten generelt sett var bra. De fleste opplevde at det fra begges side var stor vilje til å få til løsninger til beste for den innsatte.

Et fremtredende funn i vårt materiale er likevel at begge parter etterlyser mer ressurser og kompetanse ute i fengselsavdelingene. Ansatte og ledere i både kriminalomsorgen og fengselshelsetjenesten fortalte at de daglig møtte innsatte med psykiske, emosjonelle og kognitive utfordringer som de verken hadde kapasitet eller kompetanse til å ivareta på en tilfredsstillende

måte. Ansatte og ledere i fengselshelsetjenesten gav også uttrykk for at økt kompetanse blant fengselsbetjentene kunne bidra til å bedre situasjonen for de innsatte. En sykepleier nevnte spesielt behovet for mer kompetanse når det gjaldt personlighetsforstyrrelser:

«Jeg opplever at fengselsbetjentene i samarbeid med oss både ønsker å forstå og forstår mye av det faglige, men de skulle hatt mer basiskunnskap om personlighetsforstyrrelser. Innsatte er gode på å sette ansatte opp mot hverandre, og det er viktig at vi ikke lar oss manipulere av det. Men vi har fagseminarer sammen med betjentene – det hjelper veldig» (IH1).

Som sitatet viser, er det viktig at fengselshelsetjenesten og kriminalomsorgen samarbeider godt for å unngå at innsatte setter de to ulike instansene opp mot hverandre. En av de vi intervjuet i fengselshelsetjenesten, presiserte at fengslet er et sted der man fort kan bli i tvil om sine egne vurderinger fordi det er så mange som mener noe om helse- og omsorgsbehovet til de innsatte. Eksempelvis kan advokater, fengselsbetjenter, statsforvalteren, miljøterapeuter, den innsatte selv, deres pårørende og helsepersonell ha ulike oppfatninger av hvilke tiltak som bør settes i gang for å sørge for at den innsatte mottar nødvendig helsehjelp.

Et fremtredende funn er at intervjudeltakerne i kriminalomsorgen i større grad enn i fengselshelsetjenesten etterlyste en tettere dialog med helsepersonell. En fengselsbetjent reflekterte rundt dette slik:

«Jeg tror vi kunne ha tjent veldig godt på å ha flere møter på tvers. Jeg tror møtene er der over mitt nivå, da. Uten at jeg vet det helt. Det hadde vært veldig fint å ha møte med fengselsbetjenter, psykologer, sykepleiere og leger og hatt det som en møteplass der man kunne tatt opp problemer man sitter med på avdelingen» (IK7).

Denne intervjudeltakeren hadde tidligere jobbet i et fengsel der det alltid var sykepleiere med på de daglige morgenmøtene. Dette mente han bidro til tettere kommunikasjon og en mer omforent forståelse av de innsattes helseutfordringer. Videre ønsket fengselsbetjentene seg mer veiledning fra helseavdelingen på hvordan de skal forholde seg til innsatte med ulike helseutfordringer, både for å unngå konfliktsituasjoner og for å bedre kunne forstå innsattes adferd. En sa det slik:

«Så vi trenger egentlig mer muligheter til å få den type kompetanse og veiledning. Vi trenger bistand til å skjønne hvordan hodene på folk fungerer» (IK1).

## LAPPESYSTEM SOM KOMMUNIKASJONSFORM MELLOM INNSATTE OG FENGSELHSETJENESTEN

Informasjon mellom innsatte og fengselshelsetjenesten går i begge casefengslene via et lappesystem. Dette innebærer at innsatte skriver på en lapp hva som plager dem, eller hva de mener de trenger av helsehjelp. Lappene leverer de til betjentene, som skal sørge for at de blir sendt til helseavdelingen i fengslene. Mens ansatte og ledere i fengselshelsetjenesten mente dette fungerte bra, gav flere av fengselsbetjentene uttrykk for at det ikke var en særlig velfungerende kommunikasjonsform.

«Min profesjonelle mening er at det lappesystemet skaper mer frustrasjon enn hva det er godt for, for innsattes del og for vår del. (...)» (IK8).



«Ta for eksempel innsatte som ikke skriver så godt norsk – Jeg føler at mange ganger så får de ikke formidlet det de kanskje sliter med. Og ofte så synes jeg ikke helseavdelingen tar folk inn til en samtale. De prøver å bare svare på den i brevform. Jeg synes ikke kommunikasjonen er god nok. Og så føler jeg ofte det er frustrasjon blant sykepleiere og helseavdelingen, at det er mye mas. Så jeg føler ikke innsatte kommer igjennom, da. Nei. Og så har de [helsepersonell] ikke tid nok» (IK7).

Som sitatene viser, etterlyser fengselsbetjentene en nærere og tettere kommunikasjon både mellom dem og helseavdelingen og mellom helseavdelingen og innsatte. Noen av fengselsbetjentene mente også at de ofte fikk beskjed for sent om når innsatte skulle til helseavdelingen. Dette mente de førte til at innsatte ikke tok imot timen fordi det kom for brått på dem. En betjent fortalte om en episode der den innsatte ble vekket om morgenen med beskjed om at han måtte bli med til helseavdelingen med en gang fordi de akkurat hadde fått beskjed om at han hadde fått time. Den innsatte opplevde det som vanskelig å gå rett fra senga og til helsekonsultasjon og nektet derfor å bli med betjenten. Slike utfordringer ble også beskrevet av fengselhelsetjenesten. De på sin side opplevde at kriminalomsorgen var for sent ute med å lese informasjon de hadde sendt ut.

På bakgrunn av blant annet slike episoder mente ansatte i både fengselhelsetjenesten og i kriminalomsorgen at informasjonsflyten mellom tjenestene og mellom innsatte har et forbedringspotensial.

## TAUSHETSPLIKTEN

Helsepersonell har taushetsplikt når det gjelder innsattes helseutfordringer. Flere av de vi intervjuet i både fengselhelsetjenesten og kriminalomsorgen, erfarte at innsatte hadde lettere for å være ærlige om sine helseutfordringer når de følte seg trygge på at informasjonen de delte med helsepersonell, ikke ble spredd videre. Ansatte i fengselhelsetjenesten brukte mye tid på å forsikre innsatte om at de hadde taushetsplikt, og ansatte i kriminalomsorgen berømmet fengselhelsetjenesten for at de la vekt på å forklare dette for de innsatte. Samtidig mente samtlige av de vi snakket med, at det i en del situasjoner var like viktig å få de innsatte til å gi sitt samtykke til at også ansatte i kriminalomsorgen var godt informert om de innsattes helsesituasjon. En intervjudeltaker fortalte om en innsatt som hadde så dårlig helse at vedkommende kunne dø når som helst. Ifølge intervjudeltakeren kunne helsepersonells taushetsplikt her blitt et problem om ikke den innsatte hadde skrevet under på at det var greit å oppheve taushetsplikten. Personen det her var snakk om, var så syk at det var behov for overføring til sykehus, noe som ikke hadde vært mulig å få til uten at kriminalomsorgen fikk innsikt i at de her stod overfor en innsatt med helseutfordringer som ikke lot seg behandle i fengslet. Hvis denne personen ikke hadde samtykket til opphevelse av taushetsplikten, mente den vi intervjuet at det kunne endt opp med at den innsatte døde i fengslet (IK1). Intervjudeltakeren presiserte at det var veldig sjelden at de opplevde så alvorlige situasjoner (IK1).

Selv om flere både i fengselhelsetjenesten og kriminalomsorgen beskrev taushetsplikten som en del av utfordringsbildet når det gjelder samarbeidet dem imellom, påpekte de samtidig at de har funnet gode måter å holde hverandre oppdatert på uten å måtte bryte taushetsplikten. De ga uttrykk for at de innsatte som oftest gir samtykke til opphevelse av taushetsplikt i tilfeller der dette anses som nødvendig for at den innsatte skal få nødvendig helsehjelp.

# BEHOV FOR NYTENKNING OM ORGANISASJONSSTRUKTUR OG -KULTUR I KRIMINALOMSORGEN

Flere av intervjudeltakerne fortalte om kriminalomsorgen som et system bestående av mange sikkerhetsrutiner og regler som det måtte tas hensyn til. Dette førte til at innsatte hadde begrensede muligheter til å ivareta sin egen helse. Eksempelvis var alle madrasser, av brannhensyn, trukket med en spesiell plast og var tynne og harde. For innsatte med muskel- og skjelettplager ble dårlig tilpasset madrass en ekstra belastning. Manglende tilgang på utstyr for gjennomføring av enkle øvelser på cella ble også beskrevet som en begrensning. Det oppgis forskjellige grunner for at kriminalomsorgen er forsiktige med utdeling av slikt utstyr. En grunn er av hensyn til brannsikkerhet (noe utstyr brenner godt), en annen er at det blir flere ting å gå gjennom når cella skal undersøkes og en tredje grunn er økonomiske nedskjæringer i kriminalomsorgen.

En annen utfordring flere nevnte, var at kommunikasjonsformen av sikkerhetshensyn ikke fungerte optimalt. En intervjudeltaker i fengselshelsetjenesten fortalte at alt av kommunikasjon med fastleger og DPS gikk tregt og var tidkrevende fordi de ikke hadde noen elektroniske systemer.

«Vi må enten fakse eller ta det i vanlig post. Og så må vi vente på svaret tilbake per post. Det tar en uke. Jeg skulle selvfølgelig ønske at vi hadde et raskere system» (IH<sub>2</sub>).

Som sitatet illustrerer, kunne mange av intervjudeltakerne ønske seg et mer moderne og effektivt kommunikasjonssystem. En sa at det hadde vært snakk om at det skulle komme et nytt elektronisk system som kunne tas i bruk av både innsatte og ansatte, men at de enn så lenge måtte forholde seg til lappesystemet internt og faks, brev og telefonkontakt med eksterne.

En tredje utfordring som ble påpekt av flere, var fengselslokalitetene. En intervjudeltaker i kvinnefengslet sa det slik:

«Vi har gamle rom, og det er vanskelig å komme seg fra helseavdelingen og opp på cellene. Det er langt og mange korridorer og dører og trapper. Sånn at å få folk med dårlig gangfunksjon opp på helseavdelingen, det er en utfordring. Vi har ikke noen heis» (IK<sub>3</sub>).

Også i det mye nyere mannsfengslet ble det påpekt at alle madrassene som ble brukt i fengslene i Norge, var like tynne og harde, samt at det var lang avstand fra helseavdelingen til de innsattes celler. Sistnevnte førte i en del tilfeller til problemer for innsatte med funksjonshemninger. Dessuten betydde store avstander at det tok tid for fengselsbetjentene å følge de innsatte, og dermed at de av og til av bemanningshensyn måtte avlyse avtaler som var inngått mellom innsatte og helseavdelingen, mellom innsatte og pårørende eller mellom innsatte og miljøarbeidere.

På denne bakgrunn var det naturlig å spørre ansatte og ledere om de så for seg å kunne organisere fengslet på en annen måte enn i dag med tanke på å kunne gi et bedre helse- og omsorgstilbud til de innsatte med omfattende helse- og omsorgsbehov. Flere av de vi intervjuet, reflekterte rundt mulighetene for å opprette egne helseavdelinger for innsatte med omfattende helse- og omsorgsbehov:

«Det trengs nok kanskje et helt nytt fengselsbygg med en litt mer sånn tilrettelagt sykeavdeling. Rett og slett for å ta seg av sårne pasienter som har mye somatisk problematikk» (IK<sub>1</sub>).

En annen intervjudeltaker i kriminalomsorgen tenkte høyt om mulighetene for å ha et fengsel med en avdeling for psykisk syke og en avdeling for innsatte med behov for omfattende omsorgstjenester, som hjelp til av- og påkledning, dusj o.l. Intervjudeltakeren sa at en av grunnene til at dette ikke fantes, var at kriminalomsorgens policy fra nasjonalt hold var at innsatte skulle ha mulighet til å sone nærmest mulig hjemstedet sitt.

En tredje intervjudeltaker i fengselshelsetjenesten viste til at det kanskje var noe å lære av et fengsel vedkommende kjente til i Sverige:

«Der har de faktisk egne sykeavdelinger med ganske dårlige innsatte. Og der har du også faktisk noen betjenter som har helsebakgrunn, eller som særlig ønsker å jobbe med såpass krevende innsatte i forhold til funksjonsnivå. Og da kan man selvfølgelig tenke seg at man hadde hatt helsepersonell døgnet rundt, da. Men da måtte de jo vært på en egen avdeling i en egen anstalt et sted, for det er jo ikke så mange slike innsatte i Norge» (IH6).

Den samme intervjudeltakeren gav også tydelige uttrykk for et behov for nytenkning om kriminalomsorgens rolle som omsorgsyter:

«Altså det heter kriminalomsorg, og de må legge vekt på også på den omsorgsbiten. Når de bygger fengsler med handicapcelle, så bygger de faktisk fengsler for folk som ikke kan gå. Det betyr at de ikke kommer seg på toalettet på egen hånd. Og de kommer seg ikke i senga. Og det er sjelden at det er helsepersonell døgnet rundt. Så de [kriminalomsorgen] må ta det innover seg og skolere sine studenter i en omsorgstankegang, da. Det tenker jeg er veldig viktig» (IH6).

Intervjudeltakeren fortalte at en del ansatte i kriminalomsorgen benektet at de hadde et omsorgsyrke, og mente derfor at det måtte jobbes mer aktivt for å få de som skal jobbe i kriminalomsorgen, til å forstå at det også omfatter omsorgsoppgaver.

## DELSTUDIE II

Denne delen av rapporten omhandler de innsattes egne oppfatninger og refleksjoner av helse- og omsorgssituasjonen i to casefengslene.

## INNSATTES BESKRIVELSER AV HELSE- OG OMSORGSBEHOV OG UTFORDRINGER I FENGSELET

De åtte innsatte som deltok i studien, ble intervjuet om hvordan de opplevde sin egen helsesituasjon, og om deres behov for helse- og omsorgstjenester og praktisk hjelp ble ivaretatt i fengslet. Vi spurte også om hvorvidt de mente at de selv eller andre innsatte har for omfattende helse- og omsorgsbehov til å kunne gjennomføre straffen i fengsel (se forskningsspørsmål 2 og 3 s. 13).

## VARIASJON I INNSATTGRUPPEN

På intervjudetidspunktet hadde intervjudeltakerne sittet i casefengslene i over to år. Flere av dem hadde tidligere sonet i andre fengsler både i Norge og i utlandet. Gjennom intervjuene kom det frem at det er stor variasjon og mange ytterpunkter mellom innsatte i norske fengsler. De yngste innsatte i begge casefengslene var 19 år gamle og de eldste rundt 65 år i Casefengsel I og over 80 år i Casefengsel II. Variasjonene omfattet også utdanning, fra ingen fullført skolegang til høyeste utdannelse. Det er også mange nasjonaliteter (eksempelvis 34 nasjonaliteter representert i casefengsel 2). Andre variasjoner omfattet innsattes familiesituasjon samt bosituasjon utenfor murene (små barn / voksne barn / ikke barn, ektefelle/samboer/aleneboer, ingen pårørende / mange pårørende, egen bopel / ikke fast bopel), ulike personligheter og kommunikasjonsferdigheter samt god eller dårlig fysisk og psykisk helse forut for og under soning.

Ut over dette var det variasjon i innsattes utførte forseelser/lovbrudd (drap, drapsforsøk, vold, narkotikahandel, ran, svindel/forfalskning, overgrep, voldtekt og sedelighetsforbrytelser), lengde på soningstid (fra noen måneder til lengste straff på 21 år, forvaring) samt tidligere domfellelser (nye lovbrøyttere – gjengangere).

## INNSATTES BESKRIVELSE AV SIN EGEN HELSESITUASJON

På spørsmål om hvordan de innsatte betraktet sin egen helsesituasjon, fortalte samtlige at de i ulik grad slet med både psykiske og fysiske helseutfordringer. Særlig fortalte intervjudeltakerne om psykiske helseplager:

«Det som jeg sliter mest med, er det psykiske, eller det var mye i starten. Men det svinger litt, jeg går på antidepressiva, det har jeg gjort en god stund. I tillegg har jeg fysiske helseutfordringer» (K1).

Flere fortalte at de hadde eller hadde hatt søvnproblemer, noe som de relaterte til vonde hendelser tidligere i livet, eller det de omtalte som «konstant tankekjør». De fortalte eksemplvis om bekymringer for barn og familiemedlemmer de sjelden så, bekymringer rundt både fysisk og psykisk helse og bekymringer for hvordan livet skulle bli etter soning. Noen var spent på om de ville klare å skaffe seg en jobb, og om de ville klare å stå i jobb, og noen hadde tanker om hva de skulle gjøre for å få en ny start i et nytt miljø.

Når det gjaldt somatiske sykdommer og lidelser, fortalte flere av de vi intervjuet, at de på grunn av langvarig rusmisbruk, dårlig kosthold og lite fysisk aktivitet slet med eksemplvis høyt blodtrykk, hjerte- og kar sykdommer, diabetes, dårlig tannhelse samt muskel- og leddsmerter. Et par av intervjudeltakerne var over 60 år og mente derfor at en del av deres helseutfordringer var å anse som aldersrelaterte sykdommer.

## PSYKISK HELSE OG TIDLIGERE RUSMISBRUK

Flere av de som ble intervjuet, hevdet at problemer knyttet til psykisk helse og rusmisbruk ofte var utgangspunktet for at folk havnet i fengsel. En innsatt fortalte at hun til stadighet opplevde at unge jenter kom i fengsel fordi de hadde begått lovbrudd etter at de hadde ruset seg. Denne innsatte fortalte at hun selv har ADHD og bruker Ritalin, og når hun er ute av fengslet, bruker hun flere rusmidler. Hun fortalte om en typisk episode som kan tale for erfaringer flere innsatte gjør seg utenfor murene når de er sterkt ruspåvirket:

«En gang tok jeg for mye speed og hadde ingen ting å 'lande på'. Jeg blir psykotisk på speed og 'klikker' lett og kom i konflikt. Jeg ble kjørt av politi og måtte ta antipsykotiske midler på psykiatrisk institusjon. Vanligvis blir jeg skrevet ut etter noen dager og maks én uke» (K3).

Innsatte som hadde ruset seg over lang tid, hadde stor kjennskap til ulike sorter piller og hadde ofte klare preferanser på hva de ønsket ved medisiner. Gjennom intervjuene fikk vi innblikk i hvordan innsatte med rusproblemer kunne sette et hardt trykk på betjentene med etterspørsel etter spesifikke navngitte medisiner. Dersom den innsatte ble avvist og ikke fikk utdelt det han eller hun ønsket, kunne vedkommende reagere med aggresjon og trusler. Dette skapte også stress for andre innsatte som ble vitner til krangling og utagering.

## **SELVE FENGSELSSITUASJONEN – EN EKSTRA HELSEMESSIG BELASTNING**

Selve fengselssituasjonen ble opplevd som en ekstra helsemessig belastning for en del innsatte. En intervjudeltaker fortalte at hun ble veldig sliten og psykisk dårlig av stresset hun opplevde i fengslet:

«Man skulle jo tro at det ikke er stressende i fengslet. Selv om vi har lite å gjøre her, så er det dobbelt så stressende. Sønn som på morgenen så er man stresset for å rekke å gjøre ferdig frokost, rekke å komme til møte, rekke å bruke kjøkkenet før det stenges i nesten ni timer. Og det med den evige kampen inni seg og lure på hvordan jeg skal være» (K1).

Vedkommende fortalte at hun konstant var redd for hvordan andre oppfattet henne, at hun skulle få kjeft, eller at noen skulle synes hun var for flink:

«Jeg liker å gjøre rent, og jeg liker å gjøre pent. Men hva sier de om jeg er flink? Og hva sier de om jeg har glemt ting? Man skal ikke være for flink, og man skal ikke være for dårlig heller. Det som er så vanskelig, er at jeg er bare meg. Jeg prøver ikke å være meg, men jeg er bare meg. Det er ikke lett. (...) Det løper løpsk oppi hodet, så det hadde vært litt ok om jeg kunne hatt noen å snakke med» (K1).

På spørsmål om hun ikke kunne snakke med fengselsbetjentene eller helseavdelingen, meddelte hun at hun ikke stolte på betjentene, og hun savnet en tettere oppfølging av helsepersonell:

«Jeg kunne ønske jeg kunne få jevnlige samtaler med en psykolog eller terapeut eller noe lignende. Noen som kan geleide eller veilede meg. (...) Det er ikke så rart man blir sonings-skadet [ikke klarer å ta ivareta seg selv og sine behov etter løslatelse] fordi her er det ingen som geleider deg. Det forventes at du skal håndtere ting sønn og sønn – og det trenger man hjelp til» (K1).

I tråd med sitatet ovenfor nevnte flere av de innsatte at de under oppholdet i fengsel hadde blitt «sonings-skadet». De fortalte at de i fengslet til enhver tid ble fortalt hva de skulle gjøre, og at det å leve bak låste dører og med konstant overvåking gjorde at de opplevde «et vanlig liv som skremmende». En mannlig innsatt fortalte at han hadde blitt skremt over sin egen oppførsel da han hadde fått gå på butikken for å handle sammen med en betjent. Han sa at han ikke hadde funnet igjen tobakken han hadde kjøpt, og blitt helt hysterisk. Betjenten hadde sagt til ham at han hadde puttet den i handleposen. Intervjudeltakeren kunne imidlertid ikke se noen tobakk og hadde tømt alt innholdet i posen utover gulvet i butikken og oppført seg, slik han selv forklarte det, hysterisk:

«Jeg har helt klart blitt soningsskada, jeg kan bli hysterisk noen ganger. Det er mange sider hos meg som har sovnet, ligger i dvale – som jeg lurer på hvordan vil slå ut når jeg kommer ut. Jeg er litt paranoid. Det er mye indre demoner, mye nervøsitet, mye dritt som foregår inni deg som ingen ser, men som man sjøl må sloss med. Her inne er det ikke lett, vi går rundt som en saueflokk, som en zombie. Og alt er liksom satt på 'stand by'. Jeg lurer på hvordan det blir når jeg kommer ut og også skal forholde meg til mange andre ting enn det jeg må her» (M6).

Ifølge denne intervjudeltakeren innebærer soningsskader at man handler mindre rasjonelt som følge av konstant overvåking og det å bli bestemt over og til enhver tid bli fortalt hva man skal gjøre. Flere andre innsatte tok også opp at de opplevde å miste mye av evnen til å tenke og handle selvstendig mens de satt i fengsel. En del mente at lav bemanning i fengslet førte til at besøk fra familie hadde blitt avlyst, eller at aktiviteter og helsefremstillinger måtte utsettes. Slike avlysninger mente de førte til økt frustrasjon, sorg og ensomhetsfølelse.

## INNELÅSING PÅ CELLA

Flere av de vi intervjuet, opplevde innlåsing på cella over lengre tid som en stor belastning:

«Jeg har bråkt litt med han store sjefen her. Fordi at det er sårbart på grunn av at når aktiviteter blir avlyst, så blir vi sittende innlåst på cella isteden. Da kommer de [betjentene] klokka åtte på morgenen og sier at det blir ikke noe jobb på deg, så vi stenger deg inne fra åtte til tre på cella. Og det er oppå de elleve–tolv timene jeg allerede har sittet der da» (M6).

«I helgene blir vi låst inn klokka halv sju på ettermiddagen. Og så blir vi ikke låst ut før nesten halv tolv dagen etterpå. Altså, kvart over elleve. Så det er 17 timer» (K2).

Noen av intervjudeltakerene fortalte også at det var både psykisk og emosjonelt belastende å høre andre innsatte som gråt eller høylytt gav uttrykk for sine frustrasjoner både på sin egen celle og ute i gangene.

## SØVNPROBLEMER SOM FØLGE AV Å BO I FENGSEL

Flere av de innsatte fortalte om søvnproblemer som følge av det å bo i fengsel. En innsatt sa at det å ikke ha toalett på cella medførte dårligere nattesøvn:

«Jeg bor på en avdeling hvor vi ikke har toalett på cella. Da må jeg ringe på for å komme på do. Jeg er fryktelig lei av det» (K2).

Ifølge intervjudeltakeren måtte hun på do opptil fire ganger i løpet av en natt. Hvert toalettbesøk tok tid, for fengselsbetjentene som skulle følge henne, måtte komme fra en annen avdeling, låse henne ut av cella, låse henne inn på toalettet i gangen og så låse henne inn på cella igjen. Hun fortalte videre at det var lytt mellom cellene, og det kunne være vanskelig å få sove når det var mye vandring på nattetid. Denne intervjudeltakeren mente dessuten at mye av hennes somatiske helseplager skyldtes de tynne og harde madrassene fengslet var utstyrt med. Hun sa:

«Jeg har fryktelig mye vondt i ryggen og kroppen. Jeg er ikke så ung lenger! Jeg har sittet inne i mange år. Å sove 9 år på en smal hard plastmadrass gjør jo kroppen veldig ødelagt» (K2).

Også en del andre intervjudeltakere relaterte søvnproblemene sine til harde og tynne madrasser, tynne dyner og puter og trekkfulle celler.

## INNSATTES OPPFATNINGER OM HVORVIDT DE SELV ELLER ANDRE INNSATTE ER FOR SYKE TIL Å SONE I FENGSEL

Ingen av de innsatte vi intervjuet, gav klart uttrykk for at de selv var for syke til å sone i fengsel. I Casefengsel I sa imidlertid en av kvinnene at hun vurderte å kontakte lege og be om å få bli innlagt på en psykiatrisk institusjon. Hun fortalte at hun også tidligere hadde hatt et soningsavbrudd fordi hun var psykisk syk.

En annen kvinne gråt mye under intervjuet, hun var av utenlandsk opprinnelse og forstod lite engelsk og norsk språk. Under intervjuet kom det også frem at hun hadde svært lite innsikt i hvordan hun kunne be om helsehjelp.

En tredje kvinne vi intervjuet, beskrev seg selv som ressurssterk og absolutt soningsdyktig, men meddelte at hun var bekymret for mange av de andre innsatte i fengslet:

«Jeg er ganske ressurssterk, men det er det ikke alle her som er. Her er det fryktelig store omsorgsbehov som absolutt ikke blir ivarettatt. Altså det er mennesker her som ikke burde være i fengsel. De er så ødelagte at det eneste de klarer, er å skade seg selv konstant. De trenger oppmerksomhet og sønn hele tiden. De tilbringer månedvis på celler hvor de er fratatt absolutt alt. Jeg jobbet jo på kjøkkenet hvor vi kuttet opp maten for dem, fordi de ikke er betrodd med plastgaffel en gang. De må ete med fingrene. Dette fengslet er i utgangspunktet overbelastet. Det finnes ikke noe rom for omsorg. Det er oppbevaring på sitt beste» (K2).

Som det fremkommer av sitatet, gav denne intervjudeltakeren uttrykk for at det var en del innsatte som absolutt ikke burde sone i fengsel. Sitatet nedenfor taler for seg når det gjelder vedkommendes syn på hvordan de mest sårbare i samfunnet blir behandlet:

«Men ingen blir jo dømt til rettspsykiatrisk helsevern nesten lenger. Og det synes jeg er skammelig. Rett og slett. Det finnes ikke noe annet ord på det ... Norge flinkest i klassen i velferdsstaten, Erna Solberg som går rundt og tror hun er så bra på det. Og så de aller svakeste, mest sårbare og mest utsatte ... behandler vi absolutt dårligst! De som ikke har psykisk ryggrad eller evne til å kunne forsvare seg selv engang. Bare driter i dem. Det er ikke velferd» (K2).

I Casefengsel II gav heller ingen av de mannlige innsatte uttrykk for at de selv var for syke til å sone i fengsel. To av intervjudeltakerene hadde imidlertid et tydelig budskap om at en del innsatte hadde det svært vanskelig i fengslet. Én av dem sa det slik:

«Jeg ser og hører mye skuffelse over helse. Det er klart alle mennesker er forskjellige, også vi som sitter i fengsel, og det er klart at det er noen som klage og syter mer enn andre. Men jeg ser også helt klart en del innsatte som burde fått hjelp som ikke får det. Det skremmer meg litt. (...). Jeg kan nevne flere eksempler på folk som aldri skulle vært her. Jeg har møtt mange som ikke skulle vært i et fengsel, men heller skulle vært på psykiatrisk sykehus eller et behandlingsted. Fra jeg kom til nå [har sittet i casefengsel I i tre år] kan jeg i alle fall nevne ti som ikke skulle vært her» (M6).

Selv om de åtte innsatte vi intervjuet, anså seg selv som soningsdyktige, er det et interessant funn at halvparten mente at flere medfanger er for syke til å sone i fengsel.

## INNSATTES BESKRIVELSER AV HELSE- OG OMSORGS- TILBUDET I FENGSEL

Analysen av intervjuer med innsatte har gitt et differensiert bilde av hvorvidt innsatte opplever å få dekket sitt helse- og omsorgsbehov mens de sitter i fengsel. Et viktig funn er at de aller fleste innsatte savnet en tettere oppfølging av helsepersonell. Dette gjaldt ikke de kommunale helse-omsorgstjenestene spesielt, men helsevesenet generelt. Mange gav eksempler på hendelser der de mente at de som innsatte hadde et dårligere helse- og omsorgstilbud enn befolkningen ellers, så lenge det ikke gjaldt akutte situasjoner.

«Jeg ville gjerne ha en EU-sjekk – akkurat slik som jeg ville spurt legen utenfor om. Jeg ville ta noen blodprøver, sjekke om alt er i orden. Jeg har ikke akkurat levd det sunneste livet, røyker gjør jeg, og jeg er fortsatt overvektig. For et par år siden var de bekymret for hjertet mitt fordi beina mine hovnet opp. Det må jeg si, da var de kjappe, det skal de ha. Men, her en dag så sa jeg at jeg ville ta noen blodprøver, bare for å sjekke at alt var greit:

Hva feiler du sa legen?

Det er det jeg gjerne vil finne ut av, svarte jeg. Jeg vil sjekke at jeg ikke feiler noe.

Vi gjør ikke noe sånt noe her, sa legen.

Hva er det for noe tull sa jeg.

Vi gjør ingen slike ting her, det er bare hvis du er syk vi gjør noe.

Hva er det slags pisspreik sa jeg, jeg vil jo ta de blodprøvene, det er jo forebyggende.

Da så han [legen] på dataskjermen, også sa han at han kunne gjøre et unntak» (M6).

Denne intervjudeltakeren fortalte også om en episode der han måtte «mase» veldig lenge før han ble trodd på at han trengte medisinsk behandling. Ifølge vedkommende hadde han etter lang tid fått tatt et røntgenbilde, og helsepersonellet hadde sagt som følger:

«Når jeg så bildet, skjønte jeg at det ikke var rart du hadde veldig vondt, men det er så mange som later som bare for å få litt ekstra medisiner» (M6).

Intervjudeltakeren la ikke skjul på at han opplevde dette som krenkende. Han sa at han kunne forstå at helsepersonell gjorde slike antakelser, for også ifølge ham selv var det en del innsatte som var svært oppfinnsomme når det gjaldt å få utdelt medisiner. Samtidig gav han sterkt uttrykk for at han ikke kunne akseptere at helsepersonell behandlet alle under én kam. Han fortalte om en medfange som flere ganger hadde forsøkt å få undersøkt magen sin. Medfangen hadde gang på gang opplevd at smertestillende medisiner var det eneste han ble tilbudt. Etter en stund viste det seg at mageproblemene skyldtes kreft i tarmen, noe som ikke lar seg kurere med Ibux eller Paracet.

Midtveis i intervjuet utbrøt en innsatt spontant:

«Jeg skal si deg en ting, og det er at dette stedet [fengsel] er ikke et sted å bli syk! Jeg kan nevne et eksempel siden vi snakker om disse tingene, da. Det var en voksen mann her. Jeg tror ikke han var en sånn plagsom klage-syke-type. Han fikk vondt i magen. Jeg tror det var søndag kveld han fortalte meg det, eller kanskje det var mandag morgen. Men han sier at han trenger hjelp. Her er det et eller annet som er gærent, for det skjedde egentlig ikke noe før torsdag da han ble hastekjørt på sykehus og operert for blindtarm» (M7).



Denne intervjudeltakeren fortalte også om situasjoner hvor han selv hadde vært uenig i helseavdelingens vurderinger. Blant annet viste han til en episode der han hadde gått med sterke smerter i en tann over flere dager uten å få hverken tilstrekkelig medisiner eller tannbehandling:

«Jeg kan fortelle en ting: Jeg tror det var første jula jeg var her, så fikk jeg slags betennelse i en tann. Og den kom jo selvfølgelig siste dag før juleferien. Svaret jeg fikk da jeg meldte fra, var at 'det var uheldig for deg da, for nå er jo ikke tannlegen her før på nyåret'. Så om du får hjelp, det kommer helt an hva helsetjenesten vurderer som akutt eller ikke» (M7).

En tredje innsatt sa dette:

«Sånn som det er her nå, da, så er de [kriminalomsorgen] på minimumsbemanning. De har ikke folk, og hvis det for eksempel er planlagt en helsefremstilling som de ikke anser som akutt, eller, de anser ikke at du dør innen 24 timer – for det er tydeligvis det de nesten har lagt lista på her – så da gidder de ikke. For da vil de heller prioritere å ha folk her på huset så vi kan ha åpent» (M8).

Intervjudeltakerne forklarte at grunnen til at ikke akutte helsebehov ble nedprioritert, skyldtes at hvis en innsatt skulle på helsefremstilling, måtte to betjenter følge den innsatte. Dette betød i praksis at andre innsatte, med hensyn til sikkerheten, måtte avbryte sine aktiviteter og låses inn på cella.

## BEHOVET FOR MEDISINER

Et gjennomgående tema mange av de innsatte fortalte om, er vanskelige situasjoner knyttet til tilgang til medisiner og medisiner. De hadde søvnproblemer, abstinenser og mye vondt fordi de i fengslet ikke fikk medisiner som de vanligvis brukte.

De gav tydelig uttrykk for at det var tidkrevende å få tilgang til selv enkle smertestillende tabletter som Paracet og Ibox. Som beskrevet over måtte innsatte med smerter først påkalle en betjent og etterspørre tabletter. Betjenten måtte deretter komme i kontakt med helseavdelingen og få tak i medisinerne for så å levere dem til den innsatte. Det kunne gå lang tid, og mange personer måtte involveres for å fremskaffe medisiner. Når medisinen var brakt til den innsatte, ville betjentene se at medisinen ble tatt. Dersom innsatte forsøkte å samle opp medisiner, kunne det få negative konsekvenser. De innsatte fikk kun utdelt én tablett på 500 mg om gangen, slik at de måtte henvende seg flere ganger gjennom dagen og kvelden for å få smertestillende tabletter.

En av intervjudeltakerene hadde opplevd at det til stadighet var kluss i den faste medisinalisten. Tabletter hadde for eksempel blitt seponert uten at han hadde blitt orientert om det. Det intervjudeltakeren opplevde som mest krenkende i denne sammenhengen, var at seponeringen hadde blitt foretatt av en sykehuslege tre måneder tidligere, men uten at dette hadde blitt fanget opp på helseavdelingen i fengslet.

En annen intervjudeltaker var opprørt over at fengslet gav antipsykotiske medikamenter (c-preparater) til innsatte som hallusinerer på grunn av rusbruk. Hun hevdet at dette gjør innsatte til «zombier», og at disse pillene gav mer angst og dessuten en sterk vektøkning hos kvinner. Hun fortalte også at hun var i konflikt med legen i fengslet:

«Vi vil ha en ordentlig norsk lege som vet hva vi trenger. Heller dempe angst med Sobril enn å gi c-preparater, for da blir mennesker roligere» (K3).

De innsatte formidlet at det var et stort forbruk av smertestillende medisiner som Ibox og Paracet, men også sterkere tabletter.

«Alle [innsatte] har tabletter. Sovepiller, smertestillende, gud vet hva det ikke er. ADHD-medisin er det mye av, også er det jo alle disse folk med rusproblemer. Noen går på LAR og alt dette her, ikke sant» (M7).

Forbruk av sovetabletter til unge innsatte ble nevnt av en innsatt som merkverdig høyt. I denne sammenhengen sa flere at de istedenfor tilbud om smertestillende ønsket seg en tettere oppfølging i form av terapeutiske samtaler og en mer målrettet langtidsplan når det gjaldt medisiner. De fleste av de vi intervjuet, gav sterkt uttrykk for at de ønsket seg en fremtid uten rusavhengighet og en bedre helse. De håpet at de med riktig medisiner og både psykiatrisk og somatisk oppfølging/behandling skulle kunne leve et godt liv når de hadde sonet ferdig.

## KJØNNSRELATERTE HELSE- OG OMSORGSBEHOV

En del kvinnelige innsatte opplevde at de hadde typiske kvinnerrelaterede helse- og omsorgsbehov som de syntes det var vanskelig å ta opp med den mannlige fengselslegen. To av kvinnene vi intervjuet, sa at de opplevde det som belastende og krenkende at de eneste tilgjengelige legene og psykologene var menn.

«Veldig mange kvinner i fengsel, meg selv inkludert, har opplevd veldig mye vondt med menn (...). Jeg har ventet så lenge på å få komme til psykolog, og nå som jeg endelig har fått tilbud om det, så merker jeg at det vanskeligere å forholde seg til han enn det det kunne vært om det hadde vært en kvinne» (K2).

Denne intervjudeltakeren fortalte videre at hun nettopp hadde fått melding fra Helsenorger om at det var på tide med gynekologisk undersøkelse (celleprøve). I utgangspunktet var det den mannlige legen i fengslet som skulle utføre denne konsultasjonen, men det ville ikke intervjudeltakeren:

«At en mann som til daglig bare går rundt her og titter på skrubbsår og bare behandler de som sitter og klager over at de ikke får nok medisiner og sårne ting, plutselig skal begynne å rote inni mitt indre, det er bare ikke aktuelt. Det er så krenkende på så mange områder» (K2).

Intervjudeltakeren fortalte at hun ikke hadde sett noen annen løsning enn å dikte opp noen litt mer alvorlige gynekologiske problemer slik at hun kunne få en henvisning til gynekolog.

## MANGLENDE MULIGHETER TIL Å IVARETA SIN EGEN HELSE

Delstudie II viser at innsatte har ulike oppfatninger av mulighetene de har for å ivareta sin egen helse under fengselsoppholdet.

I Casefengsel I fortalte en av de kvinnelige intervjudeltaker at det har vært store økonomiske innskrenkninger de siste årene, og at det ikke var så lett å benytte treningsrom og andre fritids-tilbud fordi det ikke er nok betjenter til å følge dem.

En annen meddelte følgende:

«I forhold til den vanlige helsetjenesten, så synes jeg både lege og sykepleierne her har vært veldig flinke til å følge opp. Det er veldig godt samarbeid mellom meg og helse. Men jeg savner mer av den der fysiske hjelpen. Og også den psykiske hjelpen» (K1).

Selv om denne intervjudeltakeren savnet tettere oppfølging fra psykolog og mer fysisk behandling, fortalte hun samtidig at hun jevnlig hadde mulighet til å benytte et treningsrom i fengslet. Her trente hun både alene og sammen med andre innsatte. I samme fengsel, men på en

annen avdeling, gav en annen intervjudeltaker uttrykk for at hun veldig gjerne skulle trent litt mer, men at hun ikke fikk det til fordi hun jobbet til kl. 15:00 hver dag. Etter jobb trengte hun tid til å spise middag og slappe av. Hun skulle gjerne brukt litt av kvelden på trening, men det var kun muligheter for trening mellom 15:30 og til 17:00. Den samme intervjudeltakeren fortalte at hun svært gjerne kunne ønske seg et tilbud med gruppetrening i trimrommet, for eksempel yoga. Hun gav også tydelig uttrykk for at hun ikke opplevde å få benytte utstyr hun mente hjelp for å holde plagene sine i sjakk:

«Jeg hadde en massasjeball som jeg hadde fått av helse. Det var en sånn tyggeleke for bikkjer, tror jeg, med sånne pigger på. Den går det an å komme til i de punktene [i ryggmuskulaturen] for å få litt blod inn i området og stimulere litegrann. Også fikk jeg sånne bånd som jeg kunne ha og trene med på rommet. For det hjelper også. Men det har jeg ikke lenger, for det er ikke lov å ha på rommet, sier de [de= ansatte i kriminalomsorgen]» (K2).

I Casefengsel II fortalte en innsatt at han var svært fornøyd med at han hadde fått et eget treningsprogram av fysioterapeuten i fengslet. Han hadde også fått en treningsmatte han kunne bruke på cella si. Dette mente han fungerte veldig godt. Han sa også at det i hans alder og med den helsen han hadde, ikke hadde vært aktuelt å være med på for eksempel fotballtrening.

Alt i alt viser derfor datamaterialet at det er individuelle forskjeller når det gjelder innsattes opplevelser rundt muligheten til å ivareta sin egen helse.

## **NOEN HAR FÅTT BEDRE HELSE SOM FØLGE AV FENGSELSOPPHOLDET**

Selv om flertallet av intervjudeltakerene beskrev situasjoner der de hadde opplevd at de ikke hadde fått den helsehjelpen de hadde behov for, mente også en del at de i løpet av oppholdet i fengslet hadde fått bedre helse. Én fortalte at han hadde vært svært psykisk dårlig når han kom i fengslet, men at nye medisiner og terapitimer med psykolog hadde hjulpet godt.

En annen fortalte følgende:

«Det begynte med at jeg hadde høyt blodtrykk når jeg kom inn, og fikk hjelp til det, fikk medisiner for det. Og så er det jo fengsel, så jeg hadde problemer med å sove om natta, så jeg har fått medisiner for det. Og så har jeg vært ute på fremstillinger [fremstillinger betyr å få hjelp utenfor murene i spesialisthelsetjenesten] tre ganger og fått hjelp for det. Så gikk det ett år, og de målte blodtrykk på nytt, og det var fortsatt høyt, da fikk jeg en kur og det hjalp, så nå er jeg helt fint. Helsa mi var generelt dårlig før jeg kom hit. Angst og depresjon også, men det har jeg jo fått hjelp til» (M5).

Datamaterialet viste også individuelle forskjeller når det gjaldt innsattes forhold til betjenter og helsepersonell. Noen innsatte opplevde å ha en bedre relasjon til ansatte i helseavdelingen enn fengselsbetjentene i kriminalomsorgen. Sitatet nedenfor kan her tjene som illustrasjon:

«Altså, jeg har ikke noe negativt å si om de sykepleierne som arbeider her. For de er veldig hyggelige og flinke og prøver så godt de kan ut ifra det de kan. Og hvis det var opp til dem, så hadde jeg hatt tilgang til både elastiske strikkbånd og massasje og bedre madrass. Men det er ikke opp til dem. For det er det sikkerhetsansvarlig her på fengslet som bestemmer. Og han driter jo i helsa mi helt åpenbart» (K2).

Den samme intervjudeltakeren gav imidlertid tydelig uttrykk for at hun hadde et godt forhold til de fleste fengselsbetjentene. Hennes utsagn om at sikkerhetsansvarlig «driter i helsa hennes», tolker vi dit hen at det ikke går på relasjoner på det personlige planet, men må ses som et uttrykk for misnøye med gjeldende sikkerhetsregler i fengslet.

## STRUKTURELLE OG ORGANISATORISKE FORHOLD SOM HINDER FOR ET GODT HELSE- OG OMSORGSTILBUD

I intervjuene fremkom det to strukturelle forhold som gjorde at innsatte fikk mindre helsehjelp enn de hadde behov for. Det første var lappesystemet som ble brukt som kommunikasjonsform mellom de innsatte og helseavdelingen. Det andre var innskrenkninger i bemanningen i kriminalomsorgen og på helseavdelingen som gjorde at de innsatte ikke fikk den helsehjelpen de hevdet at de trengte.

### LAPPESYSTEMET SLIK INNSATTE VURDERER DET

De innsatte fortalte at lappesystemet innebærer at de skriver en lapp til helseavdelingen om sin plage eller symptom og gir denne til en betjent som skal overbringe lappen til fengselshelsetjenesten. De hevdet at responstiden på en lapp hang sammen med hvor akutt ansatte i fengselshelsetjenesten vurderte at henvendelsen var. En intervjudeltaker fortalte at han skrev mange lapper for andre innsatte som hadde problemer med å uttrykke seg skriftlig. Han fortalte at både han selv og mange andre opplevde lappesystemet som en lite tilfredsstillende og en sendrektig kommunikasjonsform:

«Det er en evighet å vente for å få time hos legen her (...) Jeg ser jo når jeg skriver lapp for guttene ned til helse [intervjudeltaker skriver lapper for innsatte som har problemer med å uttrykke seg skriftlig] at jeg må skrive 3–4 ganger, for jeg ser at gutta får lappen i retur. De skriver til vedkommende, uten å ha sett dem eller snakka med dem: Du skal bare gjøre sånn og sånn – ta en Ibux eller Paracet. Men jeg ser jo at det er noe med vedkommende, og da må jeg skrive flere ganger at vedkommende må få komme til en sjekk, en gang måtte jeg skrive fire ganger før det skjedde noe» (M6).

En annen fortalte følgende om lappesystemet:

«Sykepleieren kunne se at jeg hadde hjerteflimmer og skulle sende meg til legen her, og så antakeligvis ta noen prøver inne her. Og det har jo ikke skjedd, da. Nå har det gått fire dager eller noe sånn, og det skjer jo ikke ... det kommer ikke til å skje mens jeg er her. Fordi at det er sånn tregheit i systemet. Altså, systemet er slik at hvis jeg vil ha noe med helse å gjøre, nå snakker vi ikke om akutt, da, så skal jeg fylle ut en lapp med problemet mitt. Lappen skal gis til betjentene. Betjentene skal frakte den ned til helse. Helse svarer skriftlig opp. Og så får du gjerne beskjed på en lapp om du får en time, og så kommer det en lapp som sier at du har fått time da og da, ikke sant. Så da kan jo ting ta en uke, to uker, tre uker» (M7).

En tredje intervjudeltaker mente at lappesystemet fungerte greit for å be om påfyll på medisiner, men sa uopprettet at hun ofte savnet noen å snakke med om den psykiske helsen sin. Hun opplevde det blant annet som vanskelig å be om hjelp for sine psykiske helseplager via et lappesystem.

## INNSKRENKET BEMANNING I KRIMINALOMSORGEN

Som beskrevet ovenfor mente flere av de innsatte at avtaler i helseavdelingen i fengslet og avtaler hos spesialister eller på sykehus utenfor fengslet ofte ble avlyst fordi det ikke fantes nok betjenter til å følge innsatte som trengte helsehjelp. Noen fortalte også at de jevnlig hadde gått til psykolog, fysioterapi eller kiropraktor før de ble fengslet, men disse tilbudene opphørte når de kom i fengslet.

Flere fortalte at mange aktivitetstilbud hadde blitt lagt ned, og at avtaler om både besøk og fotballtreninger o.l. hadde blitt avlyst fordi det ikke var fengselsbetjenter som kunne følge dem. At besøk med familien har blitt avlyst, opplevde flere som svært tyngende. På våre spørsmål om det ikke var slik at en del avlysninger skyldes covid-19 snarere enn økonomiske innskrenkninger, svarte samtlige intervjudeltaker at de hadde full forståelse for at de, som alle andre i samfunnet, hadde blitt mer isolert i koronatiden. Samtidig stod de fast på at avlysningene de hadde i tankene når de snakket med oss, ikke skyldtes covid-19-situasjonen. Flere av de som hadde sittet lenge i fengslet, var helt klare på at de merket de økonomiske innskrenkningene før pandemien.

Innsatte representert ved både Casefengsel I og II etterlyste flere ressurser både i helseavdelingen og i kriminalomsorgen. I Casefengsel I etterlyste en intervjudeltaker mer kompetanse og ressurser i kriminalomsorgen og ga tydelig uttrykk for at det var mange av betjentene hun ikke hadde tillit til. Hun fortalte at hun kunne ønske betjentene kunne vært litt mer hyggelige:

«Det er også språkbruken. Mange er flinke. Mange ansatte er veldig flinke til å formulere sånn at vi ikke føler oss undertrykkede. Men ofte så får vi kommentarer som om vi er et barn i en barnehage» (K1).

En av de andre meddelte oss følgende:

«De [fengselsbetjentene] har knapt tid eller råd til å låse oss ut og inn. De betjentene som virkelig brenner for å gjøre en god jobb, de blir helt utbrent selv. Sånn at de beste betjentene blir sykmeldt, forsvinner, ikke sant. Og igjen så er det da folk som enten kanskje har søkt seg til betjentyrket av helt feil grunnlag, eller som egentlig ikke bryr seg om noe som helst, ikke sant. Disse betjentene ser på det som en enkel jobb. De sitter med beina på bordet og strikker hele dagen. For det er det de gjør, ikke sant. Og kommer med smarte kommentarer i ny og ne, som ofte kan være litt giftige også. Så å spørre noen av dem om noe som faktisk er noe viktig, gjør jeg ikke. Jeg er nok utsatt, så jeg rekker ikke hodet frem for at noen som har en dårlig dag, skal kunne hogge det av i tillegg, ikke sant. Sånn at min tillit til betjenter, den er ikke veldig stor alltid. For jeg har opplevd så mye dårlig gjennom alle disse årene. Men det finnes unntak, naturligvis. Og de unntakene, de verner jeg om» (K2).

I Casefengsel II fortalte samtlige intervjudeltakere at de i det store og hele hadde et godt forhold til fengselsbetjentene. De hadde tillit til at de fleste gjør så godt de kan for at de skal ha det bra. De opplevde at både betjenter og helsepersonell stort sett behandlet dem på en respektfull måte, er blide, hyggelig og imøtekommende. Når det gjaldt samarbeidet mellom helseavdelingen og kriminalomsorgen, mente de fleste at de ansatte gjør så godt de kan. Problemet er, som beskrevet ovenfor, manglende ressurser og et tungrodd byråkratisk system både i helsevesenet og kriminalomsorgen.

## DELSTUDIE III

### SPØRRESKJEMAUNDERSØKELSENE

Vi gjennomførte to spørreskjemaundersøkelser. Den første henvendte seg til kriminalomsorgen og ble sendt ut til ansatte og ledere i alle landets fengsler. Den andre ble sendt ut til ansatte og ledere i de kommunale helse- og omsorgstjenestene som har ansvar for fengselshelsetjenesten i sin kommune. Nedenfor presenterer vi resultater fra undersøkelsen til kriminalomsorgen før vi på side 71 presenterer resultater fra spørreundersøkelsen til den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Formålet med undersøkelsene var å fremskaffe et tallmateriale som kunne belyse grenseflater mellom de to tjenestene (jf. problemstillingene vi presenterte i innledningen).

### SPØRRESKJEMAUNDERSØKELSEN TIL KRIMINALOMSORGEN

#### *RESPONDENTER*

Det var 258 personer som besvarte skjemaet innen fristen. Av dem som svarte, var det 126 menn og 131 kvinner. Respondentene var fordelt på flere aldersgrupper mellom 20 og 69 år med flest respondenter i aldersgruppen 40–49 (29%) og 50–59 år (29%).

Av respondentene var 82% utdannet som fengselsbetjenter, mens de øvrige 18% hadde ulike utdanninger hovedsakelig fra helse- og sosialfag (sosionom, sosialt arbeid, ergoterapeut, miljøterapeut), økonomi eller forskjellige yrkesfag.

I inneværende stilling oppgav 55% at de var fengselsbetjenter, 11% at de var avdelingsledere, mens 33% krysset av for «annet». I spesifiseringen av «annet» ble det nevnt fengselsleder, assisterende fengselsleder, fengselsførstebetjent, fengselsinspektør, førstekonsulent, sosialfaglig rådgiver og miljøterapeut, for å nevne noen.

Av respondentene som var utdannet som fengselsbetjenter, hadde 23% tatt videreutdanning eller kompetansehevende kurs innen helse hos innsatte. Kurs innen straffegjennomføring, psykisk helsearbeid, rus og suicidalkartlegging ble særlig nevnt.

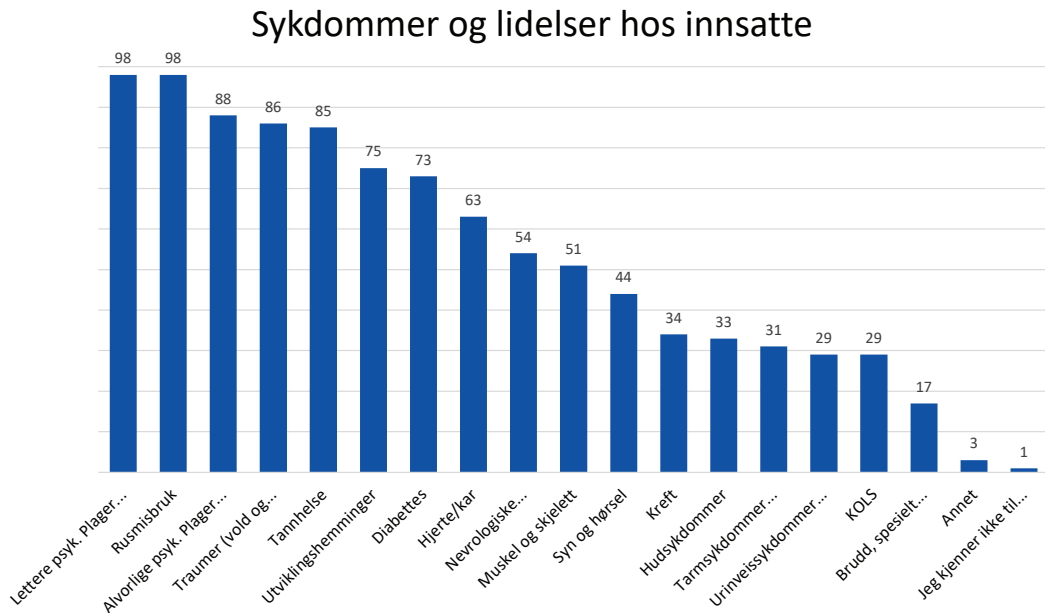
Med hensyn til ansiennitet i avdelingen som respondentene svarte for, hadde 37% jobbet 0–5 år, 37% 6–15 år, mens 26% hadde vært ansatt i mer enn 15 år.

Med hensyn til sikkerhetsnivå svarte 5% at de svarte fra særlig høyt sikkerhetsnivå, 71% fra høyt sikkerhetsnivå og 24% fra lavt sikkerhetsnivå.

## SYKDOMMER OG LIDELSER BLANT DE INNSATTE

Respondentene ble spurt om hva slags sykdommer og lidelser de kjente til hos innsatte, og som innsatte trengte hjelp og behandling for. Som vi ser av tabellen under, har respondentene krysset av for mange sykdommer og lidelser. Flest har krysset av for lettere psykiske helseplager (angst og depresjon), rusmisbruk, alvorlige psykiske helseplager (suicidalitet, psykose og selvskading), traumer som følge av vold og overgrep samt tannhelse. Diagrammet nedenfor viser oversikt over hvilke type sykdommer og lidelser som respondentene kjente til i fengslene der de arbeidet.

**Diagram 1:** Sykdommer og lidelser ansatte og ledere i kriminalomsorgen kjenner til hos innsatte. Oppgitt i prosent.



Disse resultatene samstemmer godt med informasjonen som ble gitt i den kvalitative intervjustudien, der bekymring for en økning av psykisk helseplager hos innsatte ble nevnt i flere intervjuer med ansatte.

Respondentene i spørreundersøkelsen svarte også at de kjente til flere somatiske sykdommer hos innsatte. Dette gjaldt diabetes, hjerte- og karsykdommer, muskel- og skjelettplager, kreft og KOLS. I tillegg svarte så mange som 221 respondenter (85%) at de kjente til tannhelseproblemer hos innsatte.

I lys av helse- og omsorgsbehov blant innsatte fikk respondentene spørsmål om de innsattes soningsdyktighet og soningstilbud i fengsel. De satte frem noen påstander som respondentene ble bedt om å vurdere. Den første påstanden gjaldt psykisk helse.

**Tabell 2:** Ansatte og ledere i kriminalomsorgens oppfatninger av innsattes psykiske problemer.

<i>Det er innsatte som har for omfattende somatiske lidelser til å sitte i fengsel</i>		
Svar	Antall	Prosent
Helt enig	181	70%
Litt enig	62	24%
Ikke enig	11	4%
Vet ikke	3	1%

Sammen med svarene fra den kvalitative intervjustudien fremstod det som tydelig at ansatte og ledere så en stor forekomst av psykiske problemer. Både i den kvalitative intervjustudien og på åpent spørsmål i spørreskjemaundersøkelsen oppgav dessuten ansatte å mangle kompetanse innen psykisk helsearbeid. Da respondentene kunne beskrive med egne ord i et åpent spørsmål hva de trengte mer kunnskap om, ble psykisk helsearbeid nevnt særlig. Respondentene spesifiserte at de manglet både generell kunnskap og mer eksplisitt kunnskap om psykoser, suicidalitet, sterk angst og selvskading.

Av respondentene svarte 85% at det burde være et eget soningstilbud i fengsel for innsatte med omfattende psykiske lidelser.

De samme påstandene ble fremsatt for somatiske lidelser. Her var det 30% av respondentene som krysset av for at de var «helt enig» i at det er innsatte som har for omfattende somatiske lidelser til å sitte i fengsel. Vi merker oss at dette er betydelig færre sammenlignet med svarene for innsatte med for omfattende psykiske lidelser.

**Tabell 3:** Ansatte og ledere i kriminalomsorgen sine oppfatninger av innsattes somatiske lidelser.

<i>Det er innsatte som har for omfattende somatiske lidelser til å sitte i fengsel</i>		
Svar	Antall	Prosent
Helt enig	75	30%
Litt enig	112	44%
Ikke enig	38	15%
Vet ikke	29	11%

Sammenlignet med svarene for psykiske lidelser var det færre respondenter (54%) som mente at det var behov for å ha et eget soningstilbud for innsatte med omfattende somatiske lidelser. For psykisk helse svarte 85% at det burde være et eget soningstilbud.

Samlet sett viser disse resultatene at ansatte og ledere opplever at det er en stor sykdomsbyrde hos innsatte. Særlig ser vi at psykiske helseproblemer og rus er fremtredende, men også somatiske sykdommer fremtrer, slik som som diabetes, nevrologiske sykdommer og funksjonsnedsettelse. Som vist over krysset 70% av respondentene av på at de var «helt enige i» at det var innsatte som hadde for store psykiske problemer til å sone i fengsel. På tilsvarende spørsmål om somatiske lidelser svarte altså 30% av respondentene at de var «helt enige i» at det er innsatte som har for

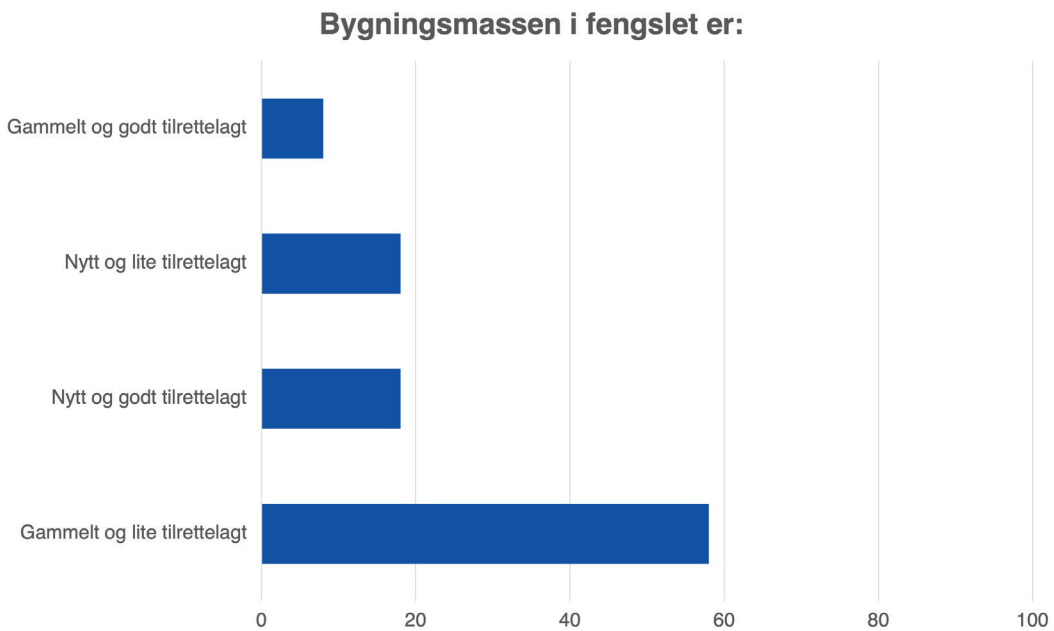


omfattende somatiske lidelser til å sone i fengsel. Dette viser at psykiske helseutfordringer hos innsatte er en særlig fremtredende utfordring.

## BYGNINGSMASSE OG FUNKSJONALITET

Neste del av spørreskjemaet omhandlet fengselsavdelingenes funksjonalitet med spørsmål om hvordan bygningsmassen er tilrettelagt for innsatte med ulike helseutfordringer. Som vi ser av diagrammet nedenfor, svarte 58% at fengslet er gammelt og lite tilrettelagt for innsatte med helse- og omsorgsbehov. Også i nye fengsler svarte 18% at bygningsmassen er lite tilrettelagt. Til sammen svarte altså 76% av respondentene at fengslene (uavhengig av om det er gammelt eller nytt) var lite tilrettelagt.

**Diagram 2:** Er bygningsmassen tilrettelagt for innsatte med ulike helseutfordringer?



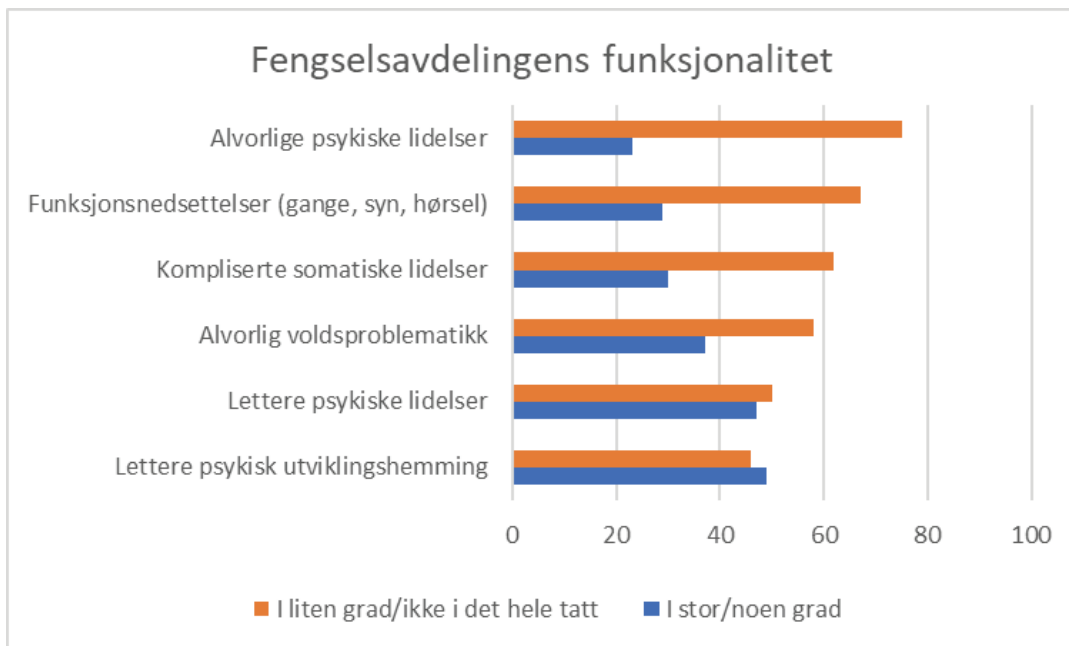
Respondentene svarte på åpent spørsmål at det er for mange trapper og fysiske hindringer i fengslene. Det ble nevnt at dørstokker var et hinder, og at tilgang til fellesrom, luftegård og baderom var vanskelig å få tilgang til for personer som trengte ganghjelpemidler. Det ble også nevnt at luken i døren til cella må plasseres lenger ned for å muliggjøre kommunikasjon med innsatte i rullestol.

## RESSURSER

Vi spurte om hvordan avdelingene var tilrettelagt for innsatte med ulike typer helseutfordringer. Spørsmålet handlet om hvorvidt det er tilstrekkelige ressurser og bemanning til at innsatte i ulike grupper kan delta på aktivitetstilbud på lik linje med andre innsatte. Svarene viste at tilretteleggingen er spesielt svak for innsatte med alvorlige psykiske lidelser samt innsatte med funksjonsnedsettelse (knyttet til forflytning, syn og hørsel). Diagrammet under viser avgitte

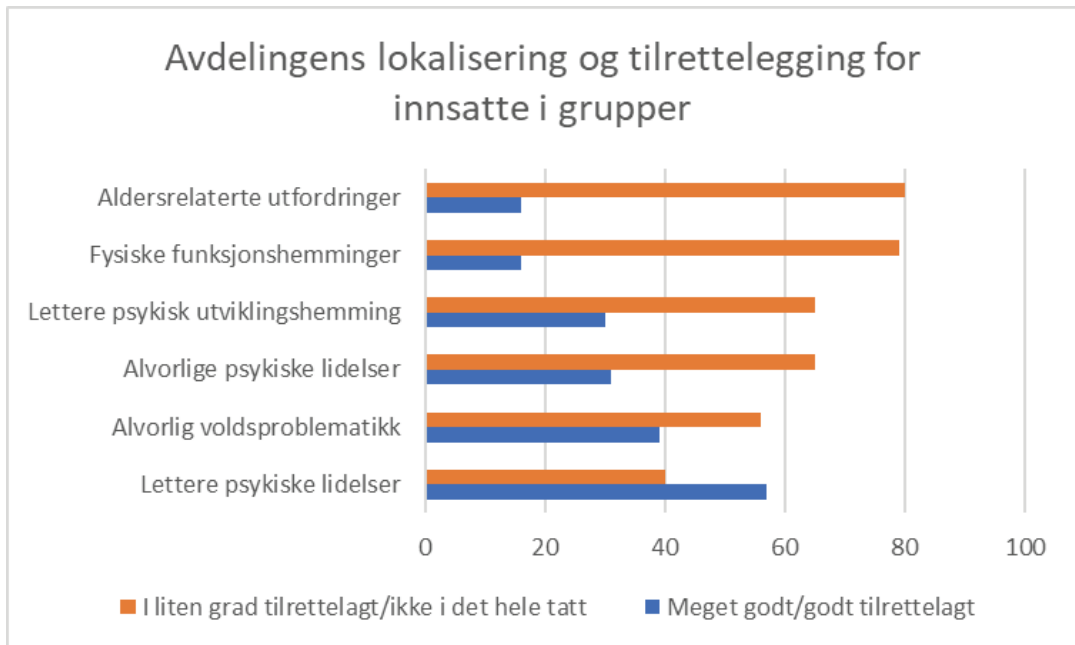
svar på at avdelingen «i stor grad» / «i noen grad» eller «i liten grad» / «ikke i det hele tatt» er tilrettelagt for innsatte med ulike typer helseutfordringer.

**Diagram 3:** Er det tilstrekkelige ressurser og bemanning for innsatte med ulike helseutfordringer kan delta i aktivitetstilbud?



Vi spurte også om hvordan avdelingens lokalisering og utforming er tilrettelagt for innsatte med ulike helseutfordringer. I svarene ser vi spesielt at 80% av respondentene mente at innsatte med aldersrelaterte utfordringer samt fysiske funksjonshemminger i liten eller ingen grad var tilrettelagt for deltakelse i aktivitets- og fritidstilbud. Disse svarene harmonerer med svarene over om at bygningsmassen i avdelinger i fengsler var lite tilrettelagt for innsatte med helse- og omsorgsbehov.

**Diagram 4:** Hvordan er avdelingens lokalisering og utforming tilrettelagt for innsatte med helseutfordringer?



Samlet sett ser vi at mangler på ressurser og bemanning kan være en utfordring for å gi innsatte med ulike helseutfordringer tilgang til å delta i aktiviteter på linje med andre innsatte. Innsatte med psykiske helseplager fremtrer som en gruppe det er vanskelig å tilrettelegge for, sammen med innsatte med funksjonsnedsettelse eller alvorlige somatiske utfordringer. Når det gjelder utforming og lokalisering, har vi sett at det oppgis som mest krevende for innsatte med funksjonshemninger og aldersrelaterte utfordringer.

På hovedspørsmålet om bygningsmasse så vi at 76% av respondentene krysset av for at avdelingene de svarte for (uansett om det var gammel eller ny bygningsmasse), var lite tilrettelagt for innsatte med helse- og omsorgsbehov. På åpent spørsmål om hva slags fasiliteter ansatte i kriminalomsorgen mente er nødvendig for å imøtekomme innsattes helse- og omsorgsbehov, var mange svært opptatt av tilgjengeliggjøring av lokalene med større plass som gir mulighet for å bevege seg med ganghjelpemidler. Gjentatte svar på det åpne spørsmålet var ønske om å få heis, ramper eller større soverom. Flere oppgav at de ønsket trappefri adkomst, og påpekte eksplisitt at det var mye trapper generelt, og særlig bratte trapper, som var en stor utfordring. Én respondent skrev:

«Vi har ikke mulighet til å ivareta innsatte i rullestol, da det ikke er tilrettelagt for dette med tanke på at vi må ha doer og dusjer. Alle rom har dessuten dører som ikke er i henhold til krav. Og alle rom har dørstokker».

En annen skrev at det er nødvendig å gå bort fra standardløsninger i celler og øke tilretteleggingen for innsatte med funksjonshemninger ved å:

«... få luka i døra lenger ned, få tilpasset toalett, dusjholdere lenger ned, strips for sklibegrensninger i dusj, senke-heve-pult som bord. Fjern dørstokker».

Egen luftegård for oftere lufting og luftegård tilpasset rullatorer/rullestoler ble også nevnt. Andre svar handlet om å tilrettelegge for personer med alvorlige psykiske problemer:

«Mindre, skjermede luftegårder med sanseopplevelser (gress, blomster). Psykiske lidelser / vold: mykt skjeringsrom med muligheter for observasjon/samtale via plexiglass.»

Andre åpne svar fra innsatte reflekterte et ønske om økt bemanning og mer tilgjengelig helsekompetanse. Én respondent nevnte eksplisitt sammenhengen mellom avdelingens lokaler og behovet for bemanning:

«Ønsker funksjonelle lokaler, med god størrelse og mulighet for at innsatte kan bevege seg fritt inne på området. Slik at ikke ansattressurser forsvinner i følgeing av innsatte som kunne gått selv. Da hadde det vært flere ressurser til de som trenger mye.»

En annen respondent nevnte sammenhengen mellom lokaler og organisering av aktivitetene inne i fengslet:

«Alle beboelsesrom er i andre etasje med bare trapper og ingen heis. Vi har ulike aktivitets-tilbud som de innsatte kan benytte seg av, men dette er for friske innsatte og lavere grad av psykisk og fysiske utfordringer, da det først og fremst er overlatt til innsatte selv å ta initiativ til aktivitetene. Jeg har jobbet her i mange år og har i like mange år savnet fritidsleder i fengslet. Bemanningen er ikke god nok vanligvis til å gjennomføre organisert aktivitet. Jeg opplever det som tungvint og vanskelig de gangene innsatte har spesielle behov.»

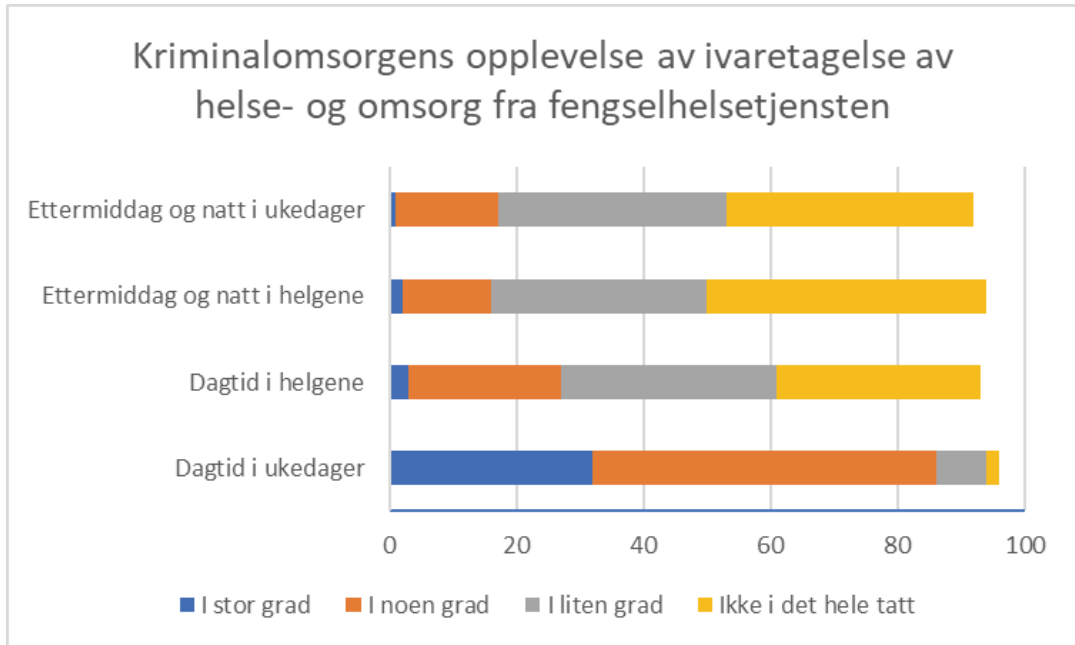
Samlet sett ser vi at fengslene har en utforming som byr på utfordringer for innsatte med funksjonsnedsettelse særskilt. Dette gjelder at bygningsmassen (se diagram 2 over) er lite egnet, men også at utformingen/lokaliseringen av avdelingene og ressursene/bemanningen er utilstrekkelig for at innsatte med helseutfordringer kan delta i aktivitetstilbud på lik linje med andre innsatte.

## DEKNING AV BEHOV FOR HELSE- OG OMSORGSTJENESTER HOS INNSATTE

Som beskrevet innledningsvis i denne rapporten viser flere studier og undersøkelser at innsatte i fengsler har flere helseplager og behov for helsehjelp enn befolkningen ellers. Antallet innsatte over 50 år har økt, og en voksende andel innsatte har funksjonsnedsettelse samt ulike psykiske og somatiske lidelser. Det er tidligere rapportert en bekymring om at innsatte ikke får dekket sine helse- og omsorgsbehov, og det er etterspurt et tydeligere grensesnitt mellom oppgaver mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten (fengselshelsetjenesten) og kriminalomsorgen med tanke på ansvar for innsatte med helse- og omsorgsbehov.

På denne bakgrunnen spurte vi om hvordan respondentene i kriminalomsorgen opplevde at innsattes behov for helse- og omsorgstjenester ble dekket av fengselshelsetjenesten i ulike tider av uken og døgnet. Som vi ser av tabellen under, peker ettermiddager og netter i helgene seg ut som særlig vanskelige tidspunkt der respondentene svarer at innsatte «ikke i det hele tatt» (44%) eller «i liten grad» (34%) mottar hjelp.

**Diagram 5:** I hvilken grad erfarer kriminalomsorgen at behov for hjelp fra den kommunale fengselhelsetjenesten blir ivaretatt?



På spørsmål om i hvilken grad kriminalomsorgen benytter andre tjenester slik som hjemmesykepleie og legevakt når fengselhelsetjenesten ikke er til stede, svarte 34% at de «i stor grad» benytter disse tjenestene, 41% svarte «i noen grad», mens 20% svarte «i liten grad» / «ikke i det hele tatt».

På bakgrunn av at ansatte i kriminalomsorgen ser ut til å få ansvar for en økende gruppe innsatte med mer krevende helsetilstander og omsorgsbehov, spurte vi om de ansatte i kriminalomsorgen opplevde å ha nok kompetanse til å håndtere de innsattes forskjellige helseutfordringer. Tabellen under viser at kun halvparten av respondentene i stor eller noen grad opplevde å ha nok kompetanse til å håndtere psykiske helseutfordringer blant innsatte. Når det gjaldt somatiske helseutfordringer, svarte kun 27% at de «i noen grad» har nok kompetanse til å håndtere de innsattes somatiske helseutfordringer, og så mange som 70% at de «i liten grad» / «ikke i det hele tatt» har kompetanse til dette.

**Tabell 4:** Kriminalomsorgens kompetanse til å håndtere innsattes psykiske helseutfordringer

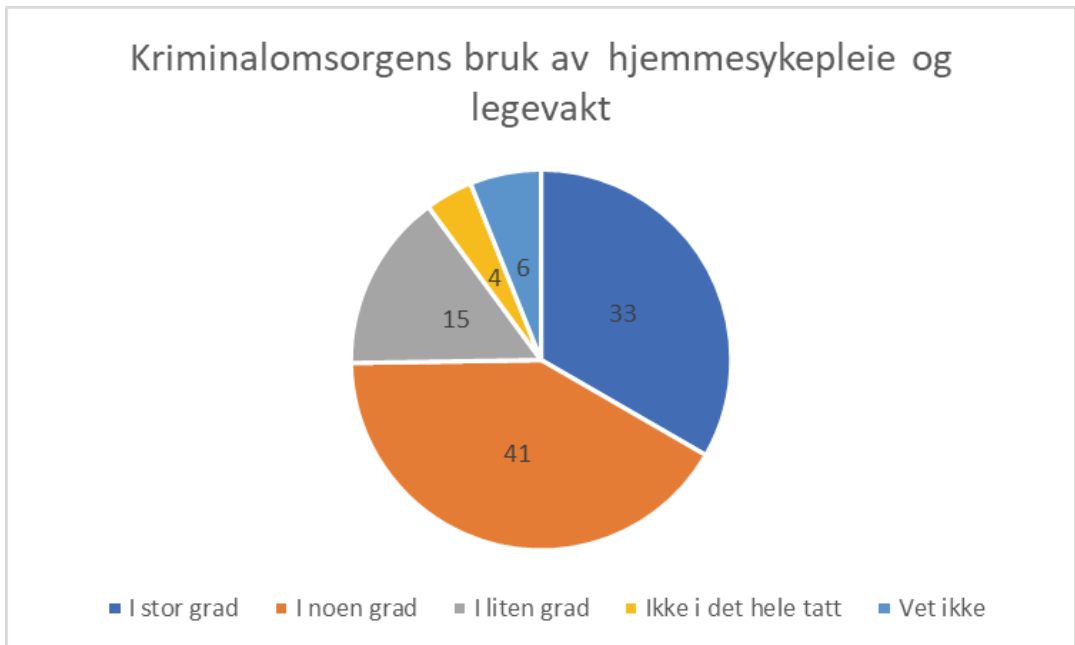
<i>I hvilken grad opplever du å ha nok kompetanse til å håndtere de innsattes psykiske helseutfordringer? (i%)</i>	
I stor grad	2
I noen grad	48
I liten grad	42
Ikke i det hele tatt	7
Vet ikke	0

**Tabell 5:** Kriminalomsorgens kompetanse til å håndtere de innsattes somatiske helseutfordringer

<i>I hvilken grad opplever du å ha nok kompetanse til å håndtere de innsattes somatiske helseutfordringer? (%)</i>	
I stor grad	0
I noen grad	27
I liten grad	55
Ikke i det hele tatt	15
Vet ikke	4

Dette viser at ansatte i kriminalomsorgen i praksis ofte kan oppleve å ha ansvar for innsattes helse- og omsorgsbehov særlig på ettermiddager og netter samt i helgene når fengselshelsetjenesten har mindre eller ikke noe tilbud. Vi spurte i hvilken grad kriminalomsorgen benyttet seg av andre kommunale helse- og omsorgstjenester, slik som hjemmesykepleie og legevakt, når fengselshelsetjenesten ikke var til stede. Svarene viser at til sammen 74% gjorde det «i stor grad» eller «i noen grad».

**Diagram 6:** I hvilken grad benytter kriminalomsorgen seg av andre kommunale helse- og omsorgstjenester, slik som hjemmesykepleie og legevakt, når fengselshelsetjenesten ikke er til stede?



Samlet sett ser vi at ansatte i kriminalomsorgen «får» ansvaret for innsattes helse- og omsorgsbehov om ettermiddager og kvelder, og spesielt i helger når fengselshelsetjenesten ikke er til stede. Tabellene over viser også at en stor andel ansatte i kriminalomsorgen opplever at de mangler kompetanse for å håndtere innsattes psykiske og somatiske helseutfordringer. Vi ser at kun 27% oppgav at de hadde nok kompetanse til å håndtere innsattes somatiske helseutfordringer,

mens halvparten av respondentene svarte tilsvarende for psykiske helseutfordringer. Ut ifra dette forstår vi at innsatte med døgnkontinuerlige behov for helse- og omsorgstjenester kan være særlig krevende å hjelpe for ansatte i kriminalomsorgen.

På et åpent spørsmål om hva de ansatte i kriminalomsorgen tenkte at de trengte mer kunnskap om, svarte svært mange at de trengte mer kunnskap innen rus og psykiatri. Flere nevnte eksplisitt psykoser, ADHD, selvskadning og selvmordsproblematikk, men også angst, depresjon og personlighetsforstyrrelser. Når det gjaldt somatisk kompetanse, svarte flere at de trengte mer kunnskap om medikamenter inkludert bivirkninger. De nevnte også ønske om mer kunnskap om diabetes, sårskader og generell førstehjelp. Samtidig merker vi oss at ansatte i kriminalomsorgen påpekte at de ikke skal stå ansvarlig for innsattes helse- og omsorgsutfordringer. En ansatt skrev:

«Kriminalomsorgen er spesialister på straffegjennomføring og oppgaver som er knyttet til det. Vi har hverken tilrettelagte bygg, resurser, kunnskap eller lovverk for å pleie innsatte.»

En annen ansatt skrev at fengselsbetjentens rolle ikke er knyttet til diverse helserelaterte saker. Han utdypet dette ved å si:

«(...) fengselsbetjenten er en endringsarbeider og 'fangevokter', og ikke en sykepleier. Kunnskap om helserelaterte ting er alltid godt å ha, men ikke nødvendigvis mitt ansvar.»

Ansatte i kriminalomsorgen skilte allikevel på akutte og mindre akutte helse- og omsorgsbehov. En skrev:

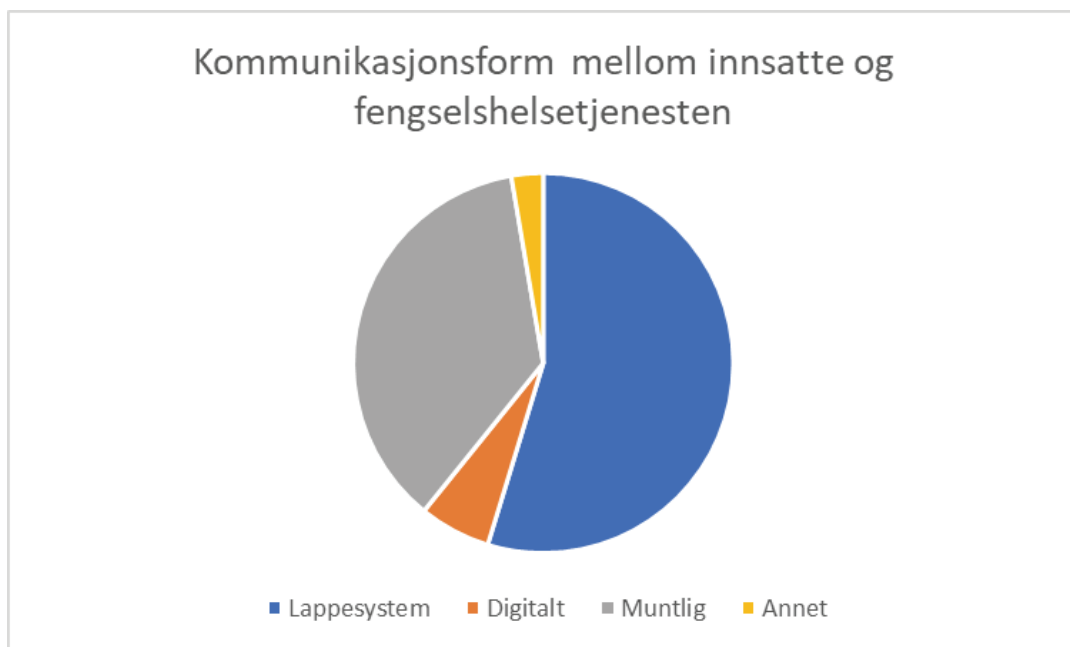
«Som betjent har jeg kompetanse til å gjøre de nødvendige grep i akutte situasjoner og ved å kontakte ansvarlige for helse spørsmål. Har lite eller ingen kompetanse til å drive med noen form for behandling, hverken psykisk eller somatisk. Noe vi heller ikke skal gjøre. Ønsket kompetanse for meg selv og mine betjenter går først og fremst på et veiledningsbehov.»

Ut ifra disse svarene ser vi en spenning mellom ansvarsoppgaver og fordeling som vi vil komme tilbake til i diskusjonen avslutningsvis i studien.

## KOMMUNIKASJONSFORMER

Innsatte måtte henvende seg via betjenter i kriminalomsorgen for å formidle beskjeder og ønske om hjelp fra fengselshelsetjenesten. Vi undersøkte hvilke systemer som fantes for denne kommunikasjonen. Diagrammet under viser at den vanligste kommunikasjonsmåten var et lappesystem.

**Diagram 7:** Hvordan foregår kommunikasjonen mellom innsatte og fengselshelsetjenesten?



Lappesystemet fungerte slik at innsatte skrev en beskjed på en lapp og ga denne til en betjent. Betjenten var forpliktet til å bringe lappen videre til fengselshelsetjenesten. På åpent spørsmål om hva som kunne vært gjort for å bedre kommunikasjonen mellom innsatte og fengselshelsetjenesten, henviste flere til å få kommunikasjonen over på digitale flater. Én skrev sitt synspunkt slik:

«Et 'åpnere' system som gjør at de innsatte opplever at de får hjelp når de trenger det. Kanskje en digital chattemulighet. Jeg opplever at det er monolog og ikke dialog. Et arrogant system som utelukker at innsatte får spørre og svare på en effektiv og funksjonell måte.»

Flere beskrev også at innsatte ikke nødvendigvis var i stand til å kommunisere om sine helse- og omsorgsbehov på en adekvat måte, og at dette kunne skape misforståelser, forsinkelser eller feiloppfatninger:

«Tror mange innsatte skriver 'dårlige' lapper på grunn av mangelfull skolering. De får dermed ikke presentert sine utfordringer korrekt og opplever i stor grad å måtte vente lenge. Ville vært bra med en digital løsning, der innsatte kan krysse av på kjente utfordringer, og kanskje 'bestille' time uavhengig av utfordring.»

Andre svar på hva som kunne bedre kommunikasjonen, gikk på strukturelle forhold som for eksempel at det er mangel på ressurser eller problemer knyttet til organiseringen av tjenestene. Noen eksempler på dette er at fengselshelsetjenesten har for lite tid per innsatt, eller at ansatte i fengselshelsetjenesten burde være mer til stede direkte i avdelingene:

«De [ansatte i fengselshelsetjenesten] burde være til stede i helgene for å gå litt på avdelingene og snakke med innsatte. Dette skaper gode relasjoner, og helse kan fange opp nyttig informasjon, og innsatte føler seg sett. Det kan sitte langt inn for innsatte å sende lapp og møte opp på venterommet. Litt mer uformell kontakt hadde vært verdifullt for både innsatte og ansatte.»



I dag tilrettelegges stadig flere helsetjenester med mulighet for videokonsultasjon. Vi spurte derfor om kriminalomsorgen så for seg at noen av helsetjenestene til innsatte i fengsel kunne ivaretas ved å benytte videokonsultasjon, og dette var 63% av respondentene positive til. Svarene viser også at en god andel av respondentene (57%) tenkte at fengselsavdelingen de arbeidet i på intervjuetidspunktet, er greit tilrettelagt for å benytte videokonsultasjon.

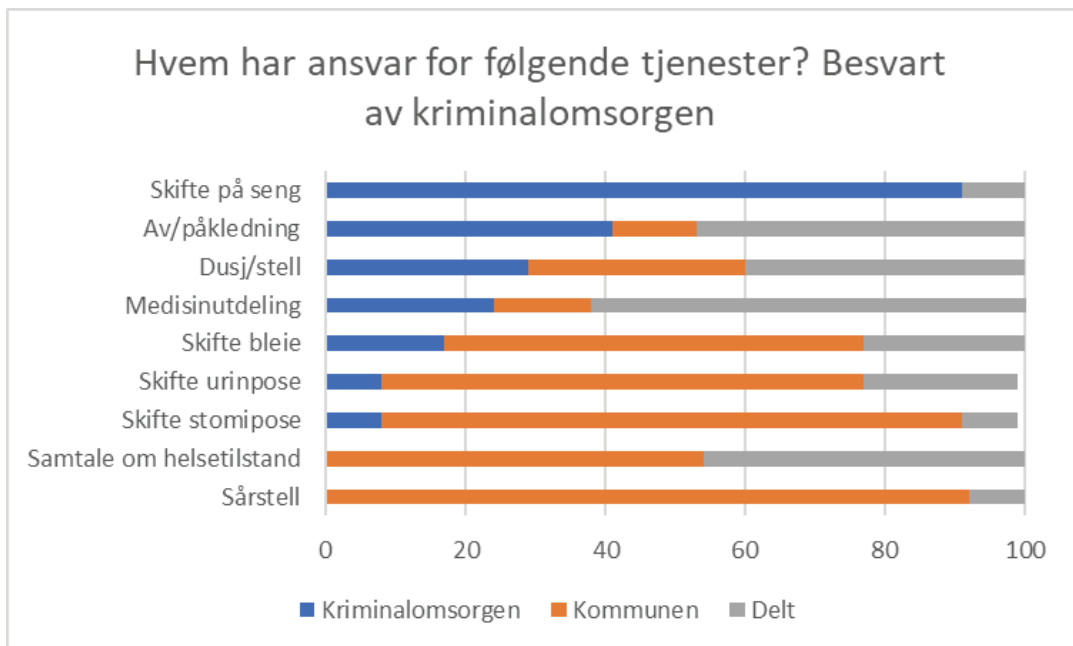
Med hensyn til kommunikasjon ser vi samlet sett at en hovedutfordring var at betjenter kommer som et mellomledd mellom innsatte og fengselshelsetjenesten. Lappesystemet har svakheter, og mange respondenter ønsket seg et digitalt opplegg der innsatte kunne kommunisere mer direkte. Taushetsplikten kunne også komplisere samarbeid med innsatte mellom kriminalomsorgen og fengselshelsetjenesten. Dette kommer vi tilbake til i diskusjonen nedenfor.

## ANSVARSFORDELING

Som beskrevet ovenfor kom det frem synspunkter hos ansatte og ledere i kriminalomsorgen om at de ikke hadde helse- og omsorgstjenester som sitt mandat eller ansvarsområde. Også i den kvalitative intervjuundersøkelsen kom det frem divergerende synspunkter mellom kriminalomsorgen og fengselshelsetjenesten omkring ansvar for oppgaver knyttet til omsorg, stell og pleie. Dette spørsmålet ble derfor inkludert i spørreskjemaundersøkelsene der vi spurte respondentene om hvem de mente har ansvaret for ulike oppgaver.

Som vi ser av svarene under, svarer ansatte og ledere i kriminalomsorgen at oppgaver knyttet til innsattes helse i hovedsak tilhører fengselshelsetjenesten. Unntakene, der betjentene svarer at de også har et medansvar, gjelder hovedsakelig praktiske oppgaver som skifte på seng, av- og påkledning, dusj/stell samt medisinutdeling. I tillegg fremkom samtale om helsetilstand som et delt ansvarsområde, der vi så at betjenter fungerte som mellommenn eller budbringere mellom innsatte og fengselshelsetjenesten blant annet med lappesystemet.

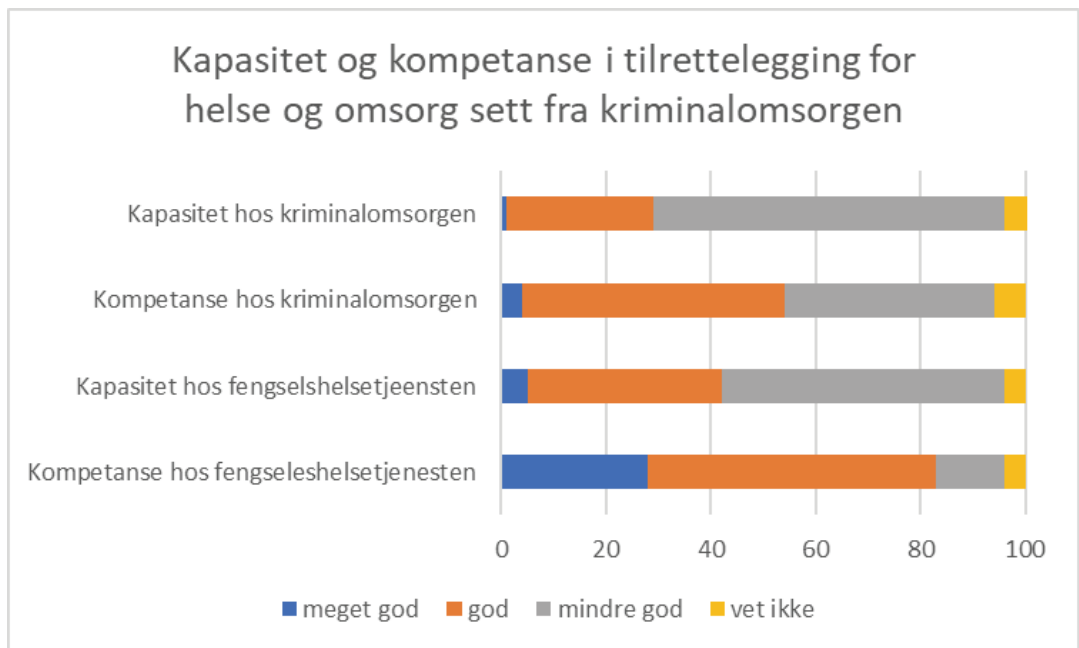
**Diagram 8:** Ansvarsfordelingen mellom kriminalomsorgen og fengselshelsetjenesten besvart av kriminalomsorgen



Denne ansvarsfordelingen reflekterer også svar og beskrivelser gitt i den kvalitative intervjuene der betjenter sier at oppgaver som innebærer hudkontakt med innsatte, faller utenfor deres ansvarsområde.

Respondentene fra kriminalomsorgen ble også bedt om å vurdere fengselshelsetjenesten og kriminalomsorgens kompetanse og kapasitet til å gi helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel. Vi merker oss i tabellen nedenfor at det er mange respondenter (54%) som har krysset av for at kapasiteten er «mindre god» i fengselshelsetjenesten, og 66% har krysset av for det samme i kriminalomsorgen. Kompetansen vurderes derimot som «meget god» og «god» i både i fengselshelsetjenesten og kriminalomsorgen:

**Diagram 9:** Kapasitet og kompetanse i fengselshelsetjenesten og kriminalomsorgen vurdert av ansatte og ledere i kriminalomsorgen



## UKLARE GRENSEFLATER

Respondentene fikk til slutt svare på et åpent spørsmål om hva de mente ville bidra til en bedre ivaretagelse av innsattes helse- og omsorgsbehov. Svarene reflekterte særlig spenninger i samarbeidsforholdet mellom fengselshelsetjenesten og kriminalomsorgen knyttet til kompetansebehov. I bakgrunnen for spenningene lå det store og delvis utfordrende behovet for helse- og omsorgstjenester hos innsatte til grunn.

Flere respondenter i kriminalomsorgen hevdet at samarbeidet ville ha blitt bedre dersom man fikk økte ressurser inn i fengslene. Stadige budsjettkutt gir færre betjenter på jobb, og dette gjorde det vanskelig å opprettholde ulike tilbud og aktiviteter i fengsel. Få betjenter på jobb medførte dessuten at det var færre personer til å følge innsatte til fremstillinger blant annet hos spesialisthelsetjenesten.

Samtidig skrev flere betjenter at fengselshelsetjenesten må styrkes med flere sykepleiere, fysioterapeuter, psykologer og leger. Helsepersonell burde være til mer til stede, og etablering av

nattbemanning og turnusbasert helsetjeneste ble fremsatt som et grep som kan bedre samarbeidet mellom helsetjenesten og fengslet om innsatte med helseutfordringer.

Respondentene i kriminalomsorgen var noe delt i synet på økt kompetanse. I det åpne spørsmålet svarte noen at kriminalomsorgen også burde kunne tilegne seg mer kompetanse og få en ny eller utvidet rolle og være bedre rustet til å håndtere helse- og omsorgsbehov. For eksempel skrev en betjent at det er nødvendig å:

«(...) øke kompetansen blant fengselsbetjentene og utarbeide veiledere for hvordan man kan ivareta de med ulike helse- og omsorgsbehov innenfor rammene av en fengselsavdeling».

En annen skrev at det er behov for å lage en utdanning for psykiatriske fengselsbetjenter: «... slik som helse gjør med psykiatriske sykepleiere». Den samme betjenten skrev videre at «slike videreutdanninger burde gi økt lønn som en kompensasjon for ansvaret».

Betjenten hevdet at dette kunne gi tverrfaglig kompetanse og føre til bedre hjelp til innsatte, men også økt forståelse for og samarbeid med helsetjenesten: «Kompetanse skaper motivasjon og et ønske om å bidra.»

Andre påpekte nytten av mer tverrfaglig kompetanse i kriminalomsorgen og at kriminalomsorgen burde ansette flere med helse- og sosialfaglig utdanning som «snakker det samme språket, og som bedre kan ivareta dialogen med kommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenester».

Samtidig uttalte andre fengselsbetjenter at helse- og omsorgsoppgaver overhodet ikke falt inn under deres mandat, og at de ikke skal trekkes inn i pleie og stell av innsatte.

## HYPPIGERE KONTAKT

Hyppigere kontakt og faste møter mellom helseavdelingen og avdelingsledelsen ble foreslått som et grep for å bedre samarbeidet. «Mer åpenhet» og «bedre kommunikasjon» ble nevnt, og et «klarere skille» på hvem gjør hva, slik at man avklarte forventninger til ulike arbeidsoppgaver. En betjent skrev at man må «tørre å stille høyere og strengere krav til fengselshelsetjenesten».

Ansatte og ledere i kriminalomsorgen opplevde det stressende at mange innsatte har store psykiske helseutfordringer. På det åpne spørsmålet svarte flere at det er behov for institusjoner som er tilpasset innsatte med psykiske og fysiske lidelser. I dag soner de fleste i vanlige fengsler uten ekstra tilpasninger. Dette er også en stor ekstra belastning for alle andre ved lokasjonen som opplevde uro og lidelse hos innsatte som de ikke kunne behandle.

Som vi så i spørsmålet om arbeidsoppgaver over, uttrykte noen betjenter at de ikke var i fengslet for å jobbe med helse- og omsorgsbehov. Noen hevdet at «problematikk rundt somatisk helse bør utføres av helsepersonell, mens psykiatriske lidelser kan, ved opplæring, avhjelpes i noen grad av kriminalomsorgens ansatte dersom de får veiledning og støtte hos fengselshelsetjenesten».

Flere betjenter i kriminalomsorgen skrev på det åpne spørsmålet at «akutte og nødvendige behandlingsbehov for somatiske lidelser blir stort sett ivaretatt».

Men det store gapet er innen det psykiske helsetilbudet, som er for kortvarig. Tilgangen til langvarig behandling er svært mangelfull for mange grupper. Betjentene skrev at innsatte representerte en gruppe med særlig stort behov for hjelp knyttet til rusbruk, opplevelser med vold og traumer i tillegg til mindre og større psykiske lidelser. Samtidig påpekte en betjent i det åpne spørsmålet:

«Fengselsbetjenter er ikke utdannet til å kunne ivareta helsen til innsatte med spesielle behov. (...) Innsatte får et dårligere tilbud enn hva de har rett på utenom hverdager mellom 08:00–15:30. Sånn at det er behov for personer med denne kompetansen på andre tider også. Med de ressursene Kriminalomsorgen har i dag, ser jeg heller ikke at opplæring av betjenter vil utgjøre noen forskjell, da de allerede har en for full timeplan til å kunne avhjelpe de som trenger hjelp. Jeg tenker at man har behov for en avdeling i Kriminalomsorgen som har en større helseoppfølgingsbit enn normale fengsler for de innsatte som har de største utfordringene. Bemanningen legger opp til at alt skal gå etter boka, men et minste avvik gjør at man sliter med å komme igjennom gjøremålene. Da blir fort de som har behov, prioritert vekk. Dagens situasjon er ikke verdig for innsatte med spesielle utfordringer av både psykisk og somatisk art.»

## TAUSHETSPLIKT

Når det gjaldt grenseflater mellom kriminalomsorgen og fengselshelsetjenesten opplevde enkelte betjener at taushetsplikten burde tas opp til debatt. Flere skrev at «taushetsplikten lager større utfordringer enn løsninger». Flere ansatte beskrev – i det åpne spørsmålet – at fremtidig samarbeid må skje på flere nivåer, og taushetsplikten må ikke komme i veien for samarbeid:

«Det nytter ikke med kun møter om samarbeid på ledelsesnivå. Utøvende pleiere, ansatt i den kommunale helsetjenesten som er tilknyttet ethvert fengsel (sykepleier, psykiatrisk sykepleier, fysioterapeut med flere) må alle kunne samarbeide med de betjentene, aktivtører, arbeidsdrift, skoleavdeling, sosialkonsulenter, prest som er i arbeid med den innsatte. Den kommunalt ansatte må kunne fortelle om fysiske/psykiske plager uten hinder for taushetsplikt (som er fullt mulig å få tillatelse av innsatte) og arbeide i samme retning som kriminalomsorgen.»

En annen ansatt skrev:

«Helsepersonell sin taushetsplikt burde vært opphevet til ansatte i anstalt som skal ha med den innsatte å gjøre. Dette for å tilrettelegge ivaretagelse av hver enkelt innsatt sine behov på en god måte. Vi vil kunne ha mulighet til å diskutere oss frem til gode løsninger sammen.»

Noen betjenter svarte at det bør lages nye retningslinjer for samarbeidet, og at myndighetene bør pålegge en klarere arbeidsdeling:

«Myndighetene må i større grad pålegge konkrete oppgaver. Det holder ikke å bare si at det er nødvendig med samarbeide mellom etatene for å finne løsninger.»

## SPØRREUNDERSØKELSEN TIL FENGSELHELSETJENESTEN

Spørreskjemaet ble sendt ut til alle kommuner som hadde et fengsel lokalisert i sin kommune, og dermed var ansvarlig for å yte helse- og omsorgstjenester til innsatte. Kommunene ble kontaktet via e-post basert på en oversikt over kommuner og kontaktpersoner som vi mottok fra Helsedirektoratet. Til sammen inneholdt listen 47 kommuner og kontaktpersoner. Innen fristens utløp fikk vi inn 37 svar.

## RESPONDENTENE

Av de 37 som svarte, var det 24 kvinner og 13 menn. Respondentene var sykepleiere (78%), leger (8%), fysioterapeuter (8%) og vernepleiere (3%). Totalt 29 respondenter oppgav at de hadde videreutdanning, og spesifiserte at dette var innenfor psykisk helsearbeid, rus- og avhengighetsbehandling eller ledelse.

På tidspunktet for spørreundersøkelsen var 56% ansatt i helseavdelingen i et fengsel, 25% var ledere for helsetjenesteavdelingen i et fengsel, mens 5% var avdelingsledere. Bare 6% oppgav «annet».

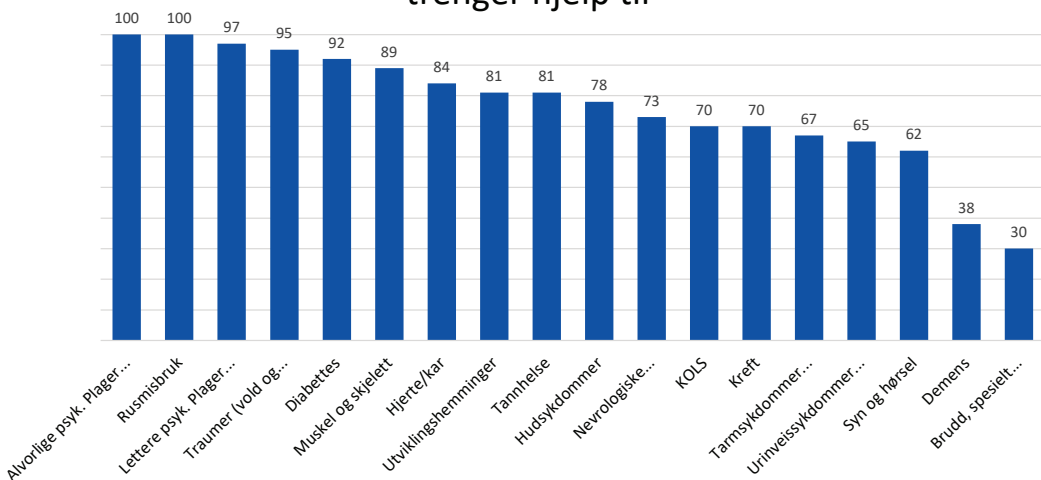
Mange av respondentene hadde lang erfaring i sektoren; 24 av respondentene (65%) hadde mer enn seks års ansiennitet.

## SYKDOMMER OG LIDELSER I FENGSEL

Respondentene kunne sette kryss for hvilke sykdommer og lidelser de kjente til hos innsatte i fengslet. Som vi ser av tabellen under, svarte samtlige respondenter at de kjente til alvorlige psykiske helseplager og rusmisbruk. Lettere psykiske helseplager og traumer som følge av vold og overgrep kom også markant frem. Diagrammet under viser sykdomsbyrden som ansatte i fengselshelsetjenesten observerte og behandlet hos innsatte.

**Diagram 10:** Hvilke sykdommer og lidelser trenger innsatte hjelp til? Svar fra ansatte og ledere i fengselshelsetjenesten

### Sykdommer og lidelser hos innsatte trenger hjelp til



## SONINGSDYKTIGHET OG SONINGSTILBUD

Tidligere studier (se innledningen i rapporten) har vist at en stadig større andel av innsatte har psykiske helseplager i varierende grad. Innsatte har også høyere alder og generelt større helse- og omsorgsbehov enn tidligere. Vi spurte ansatte og ledere i fengselshelsetjenesten om det er innsatte som har for store psykiske lidelser til å sone i fengsel. Til dette svarte 73% at de er «helt enig» / «litt enig» i dette.

**Tabell 6:** Ansatte og ledere i fengselshelsetjenestens oppfatninger av innsattes psykiske problemer

<i>Det er innsatte som har FOR STORE PSYKISKE LIDELSER til å sone i fengsel</i>		
Svar	Antall	Prosent
Helt enig	12	32%
Litt enig	20	51%
Ikke enig	4	11%
Vet ikke	1	3%

På videre spørsmål svarte 95% av respondentene at de var «helt enig» / «litt enig» i at det burde være et eget soningstilbud i fengsel for innsatte med psykiske lidelser.

På samme måte spurte vi om det var innsatte som hadde for omfattende somatiske lidelser til å sone i fengsel. Av respondentene svarte 55% at de var «helt enig» / «litt enig» i påstanden.

**Tabell 7.** Ansatte og ledere i fengselshelsetjenestens oppfatninger av innsattes somatiske lidelser

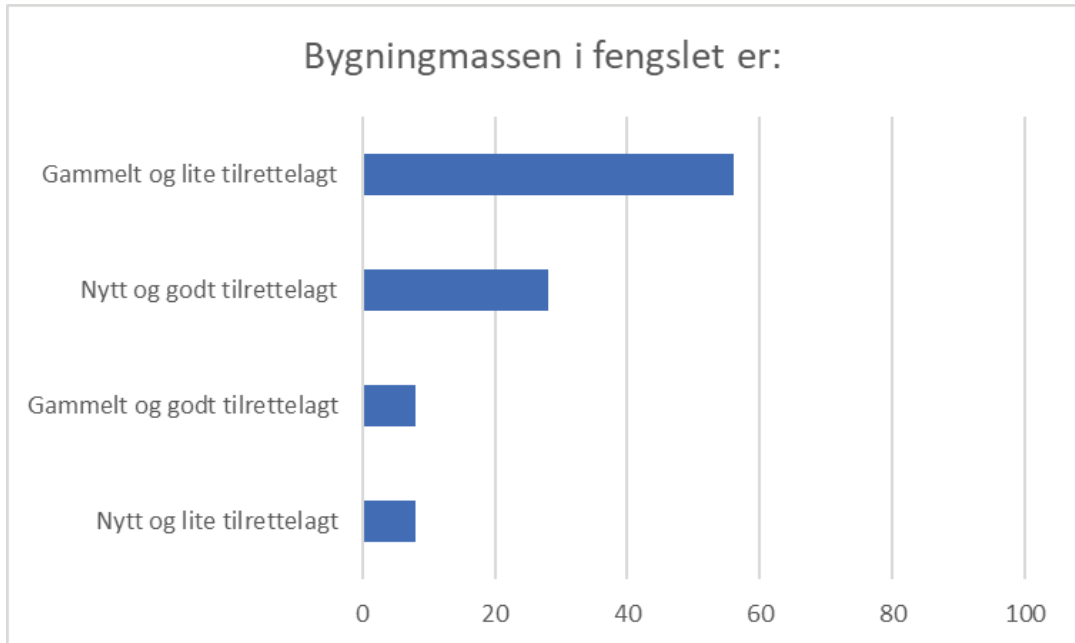
<i>Det er innsatte som har for store SOMATISKE LIDELSER til å sone i fengsel</i>		
Svar	Antall	Prosent
Helt enig	8	22%
Litt enig	12	33%
Ikke enig	14	39%
Vet ikke	2	5%

Sammenlignet med svarene for psykiske lidelser var det imidlertid færre respondenter som mente at det var behov for å ha et eget soningstilbud for innsatte med omfattende somatiske lidelser. Totalt 76% av respondentene krysset av for at de var «helt enig» / «litt enig» i at det burde være et eget soningstilbud for innsatte med somatiske lidelser.

## FUNKSJONALITET

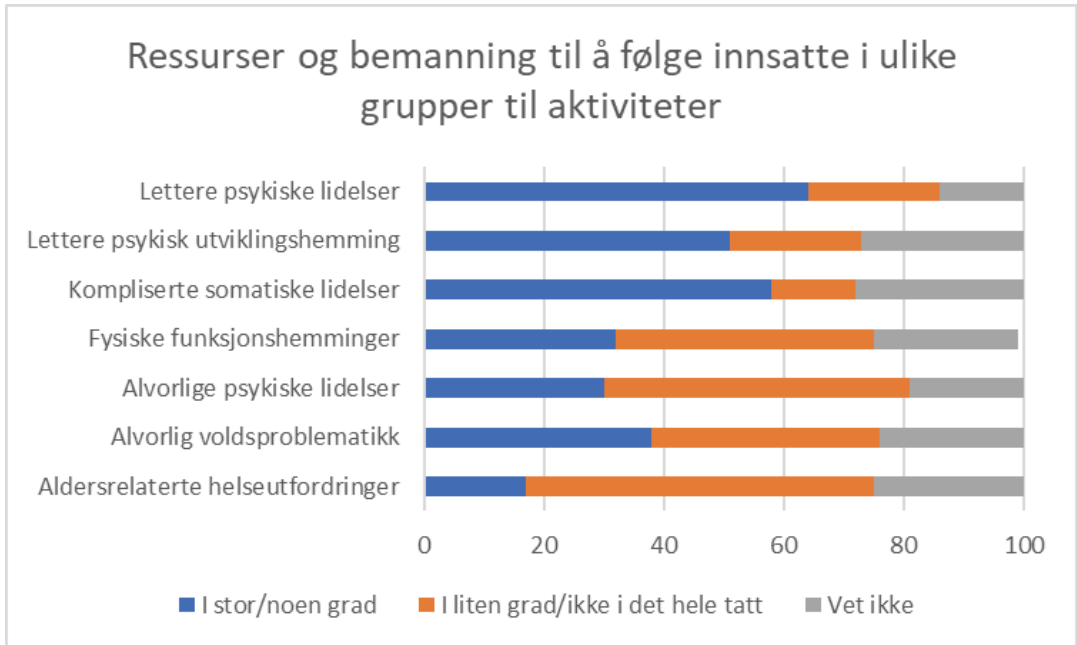
I likhet med ansatte og ledere i kriminalomsorgen krysset også mange av respondentene i fengselshelsetjenesten av for at bygningsmassen er lite tilrettelagt for innsatte med helse- og omsorgsbehov.

**Diagram 11:** Ansatte og ledere i fengselshelsetjenesten om bygningsmassen i fengslet



Ansatte og ledere i fengselshelsetjenesten besvarte spørsmål om det er tilstrekkelig kapasitet/bemanning til at innsatte med ulike sykdommer og lidelser kan delta i aktiviteter. Vi merker oss at 45% av respondentene mente at det «i liten grad» /« ikke i det hele tatt» er tilstrekkelige ressurser og nok bemanning til å støtte innsatte med aldersrelaterte utfordringer til deltakelse i aktiviteter. Diagrammet under viser svar gitt i forhold til kapasitet/bemanning for innsatte med ulike helseutfordringer.

**Diagram 12:** Er det tilstrekkelige ressurser / nok bemanning til at innsatte med ulike lidelser kan delta i aktiviteter på lik linje med andre ansatte?

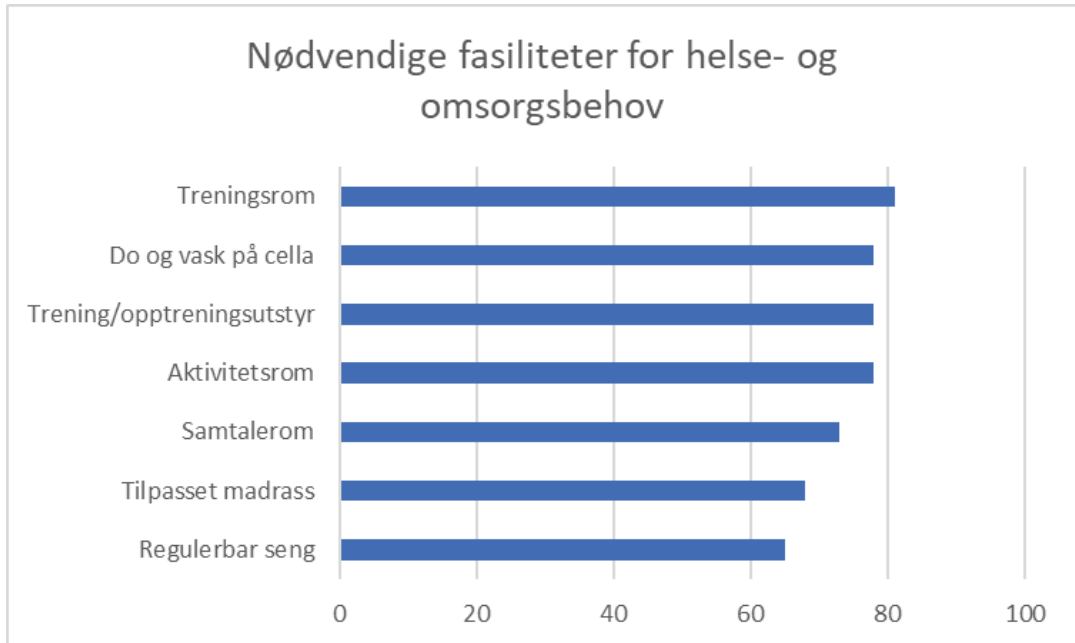


Som vi ser av diagrammet, er det mange som har svart «vet ikke» på disse spørsmålene. Dette reflekterer at ansatte i fengselshelsetjenesten ikke nødvendigvis har så mye innsyn og kontakt inn mot kriminalomsorgens tilrettelegging i praksis inne i fengslene.

Vi spurte videre om hvilke fasiliteter som ansatte og ledere i fengselshelsetjenesten mener er nødvendige for å imøtekomme innsattes helse- og omsorgsbehov. På listen gjengitt under kommer treningsrom øverst.



**Diagram 13:** Hvilke fasiliteter mener du er nødvendige for å imøtekomme innsattes helse- og omsorgsbehov?



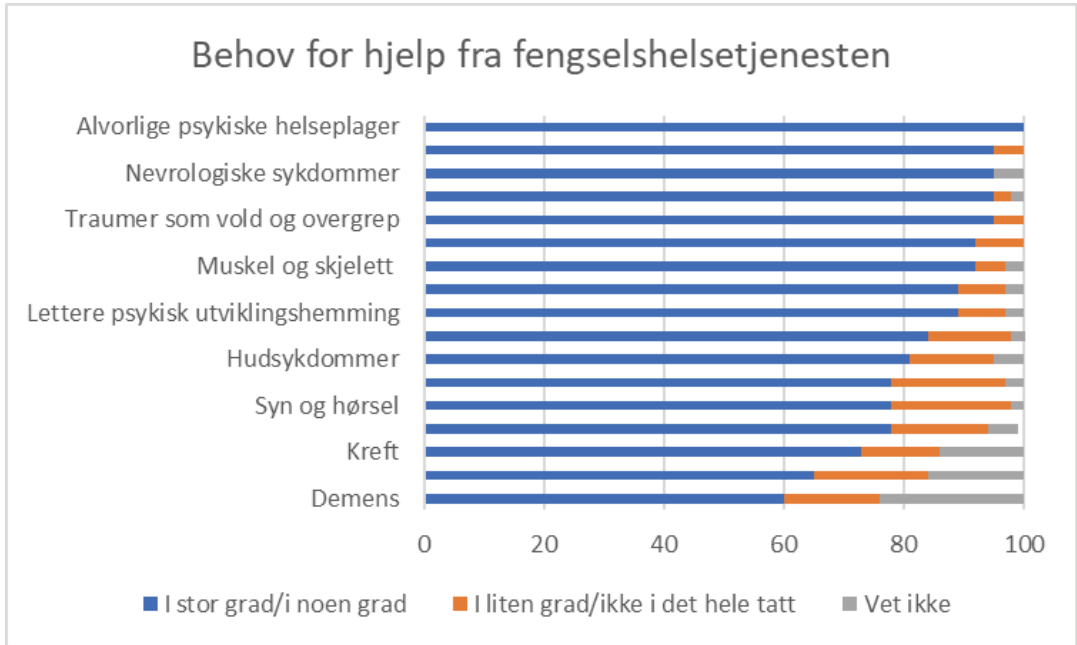
På oppfølgingsspørsmål om i hvilken grad slike fasiliteter er tilgjengelige, svarte 62% «i stor grad» / «i noen grad», mens 30% svarte «i liten grad» / «ikke i det hele tatt». Andelen som ikke svarte på spørsmålet, var 8%.

## KOMPETANSEBEHOVET I OG SAMARBEIDET MED KRIMINALOMSORGEN

I henhold til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 (1982) skal kommuner med fengsler sørge for at innsatte tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har det faglige og administrative ansvaret for primærhelsetilbudet i fengsel, og kriminalomsorgen er forpliktet til å legge til rette for at innsatte mottar de tjenestene som lovgivningen beskriver. I takt med at innsattes helseutfordringer er blitt mer omfattende (se innledningen), oppstår det også mange situasjoner med hensyn til samarbeid og ansvarsdeling mellom kriminalomsorgen og fengselshelsetjenesten. Vi spurte derfor i hvilken grad kriminalomsorgen påkalte hjelp fra fengselshelsetjenesten for å håndtere innsattes helseutfordringer.

Gjennomgående svarte alle respondentene fra fengselshelsetjenesten at kriminalomsorgen trenger hjelp til å håndtere alle typer sykdommer og lidelser som innsatte har. Dette gjaldt særlig hjelp til å håndtere alvorlige psykiske helseplager, men også en rekke somatiske lidelser.

**Diagram 14:** I hvor stor grad trenger kriminalomsorgen hjelp fra fengselshelsetjenesten til innsattes helseutfordringer?



På spørsmål om fengselshelsetjenesten opplever å ha nok kompetanse om psykiske helseutfordringer for innsatte i fengsel svarte 92% at de har det «i stor grad» / «i noen grad», mens 8% svarte «i liten grad». Tilsvarende spørsmål ble stilt for somatiske helseutfordringer, der alle respondentene (100%) i fengselshelsetjenesten svarte at det var tilstrekkelig kompetanse «i stor grad» / «i noen grad».

På åpent spørsmål om hva de ansatte i fengselshelsetjenesten ønsket mer kunnskap om, nevnte flere særlig innsattes psykiske helseutfordringer:

«Generelt mer og økt kunnskap om psykisk helse, diagnoser, utfordringer, medikamenter etc.»

En annen ansatt skrev om utfordringene og vurderingene som var knyttet til soningsdyktighet:

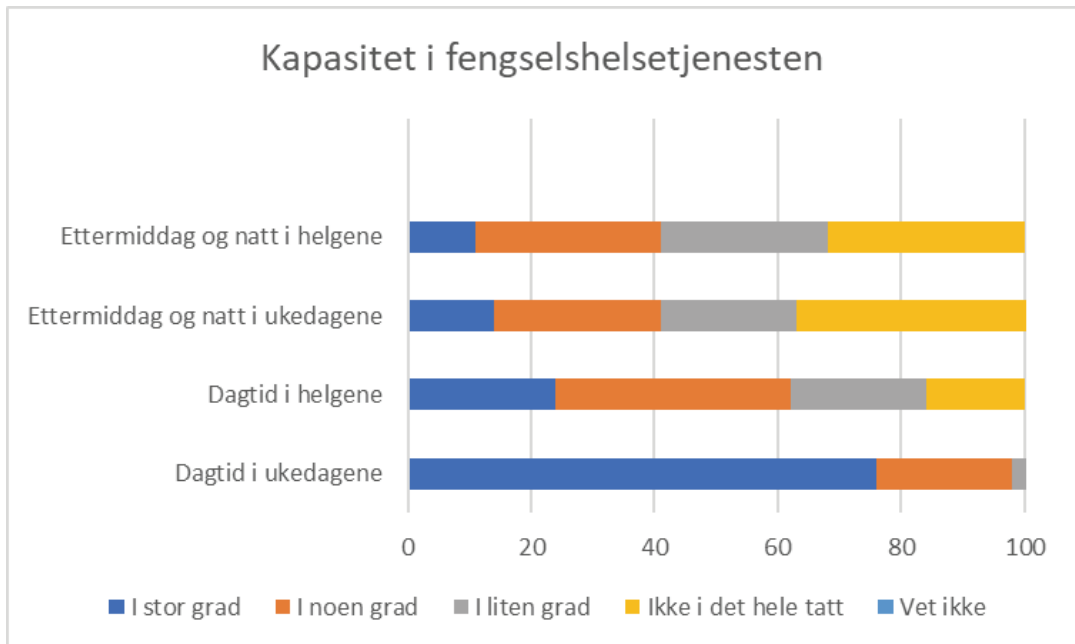
«Hvor går grensene når adferd er potensielt skadelig for pasienten selv og omgivelsene, men innleggelse i sykehus ikke er aktuelt? Farlige innsatte som er dømt til å sone i fengsel, men som åpenbart også er i behov av hjelp og behandling, men faller utenfor kriterier for innleggelse i sykehus.»

Samlet sett viser dette at fengselshelsetjenestens tilstedeværelse og kompetanse for både somatiske og psykiske sykdommer og lidelser er helt sentralt for innsatte. Når det gjaldt de åpne spørsmålene, nevnte respondentene særlig problemstillinger og kompetansebehov knyttet til psykisk helse og soning.

## KAPASITET HOS FENGSELHELSETJENESTEN

Respondentene ble bedt om å svare på i hvilken grad de har kapasitet til å sørge for at behovet for helse- og omsorgstjenester blir ivaretatt på forskjellige tider på døgnet. Som vi ser av diagrammet under, utpeker helgene seg som en særlig utfordring sammen med tilbud på kveldstid i ukedagene. Hele 97% av respondentene svarte at de «i stor grad» / «i noen grad» hadde kapasitet på dagtid i ukedagene, mens kapasiteten i helger, ettermiddager og på kveldstid var mindre.

**Diagram 15:** I hvilken grad har fengselshelsetjenesten kapasitet til å sørge for at behovet for helse- og omsorgstjenester blir ivaretatt på ulike tidspunkter?



Respondentene i fengselshelsetjenesten bekreftet at kommunikasjonen med innsatte foregikk via et «lappesystem». På spørsmål om i hvilken grad fengselshelsetjenesten var fornøyd med dette systemet, svarte 44% at de «i stor grad» var fornøyd, 47% at de «i noen grad» var fornøyd, mens 6% svarte «i liten grad». En respondent svarte «vet ikke». På åpent spørsmål om begrunnelse for svaret som respondentene gav, kom det frem noen synspunkter som er sammenfallende med synspunkter vi har fått hos ansatte i kriminalomsorgen og gjennom personlige intervjuer med innsatte, ansatte og ledere i de to casefengslene. Dette gjaldt for eksempel at lapper kunne komme på avveie, at det var mangel på konvolutter hos innsatte som gjorde at de sender lapper «åpent», samt at noen innsatte hadde utfordringer med å kommunisere skriftlig. En ansatt i fengselshelsetjenesten utdypet svaret sitt i det åpne spørsmålet og beskrev ulike dilemma som kunne oppstå når det gjaldt kommunikasjon:

«Muntlig kommunikasjon kan være problematisk. Vi opplever å bli stoppet av både innsatte og ansatte når vi er på runde rundt i fengslet. I slike situasjoner har vi ikke tilgang til journalsystem og kan ikke lese oss opp / sjekke hva som er gjort i samme sak fra tidligere – er

vedkommende satt opp til legetime, har vi sjekket problemstillingen/helseplagen før, er han henvist osv. Vi kommer også i dilemma mht. ivaretagelse av taushetsplikt dersom vi svarer innsatte når det er andre innsatte/ansatte i nærheten, og dersom vi svarer ansatte som ringer på vegne av innsatte dersom det ikke foreligger opphevelse av taushetsplikt – vi kan ikke som helsepersonell diskutere den enkeltes innsattes helseplager med betjenter, uten at taushetsplikten i den aktuelle saken er opphevet. Sist, men ikke minst, får vi problemer med å ivareta dokumentasjonsplikten – vi må dokumentere alle henvendelser, men dette kan by på utfordringer når vi blir stoppet 8–10 ganger vedrørende ulike problemstillinger i løpet av en liten runde rundt på avdelingene. Det blir vanskelig å huske alt, og det skjer at vi glemmer å dokumentere både hva henvendelsen gjaldt, og hva vi har svart. Det beste er skriftlig kommunikasjon direkte mellom innsatte selv og helseavdelingen.»

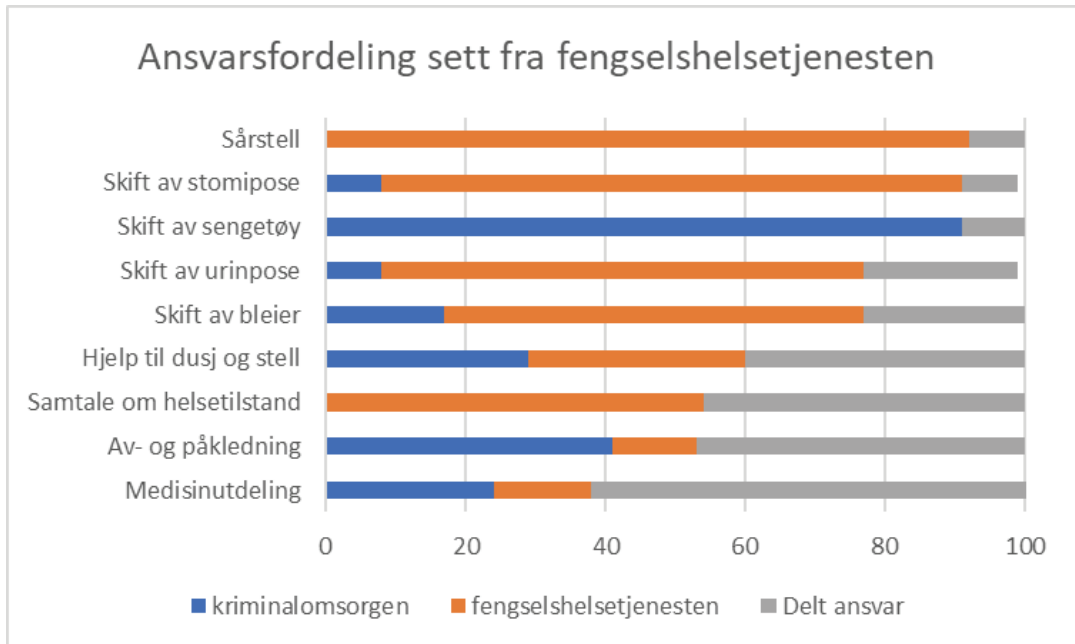
På spørsmål om respondentene var fornøyd med det gjeldende kommunikasjonssystemet mellom innsatte og fengselshelsetjenesten, svarte allikevel 44% at de var fornøyd «i stor grad», 47% «i noen grad», mens 9% svarte «i liten grad» eller «vet ikke».

I spørreskjemaet spurte vi videre om noen helse- og omsorgstjenester kunne bli ivaretatt ved å benytte videokonsultasjon. Her svarte 54% ja, 27% svarte nei, mens 19% ikke visste. Vi spurte også om fengselsavdelingen var tilrettelagt for å benytte videokonsultasjon, og 41% svarte ja til dette, mens så mange som 49% svarte nei, og 11% svarte «vet ikke».

## ANSVARSFORDELINGEN MELLOM FENGSELHELSE-TJENESTEN OG KRIMINALOMSORGEN

Vi spurte om hvilke oppgaver som respondenten mente tilhørte fengselshelsetjenesten, kriminalomsorgen samt hvilke oppgaver de eventuelt delte ansvar for. Av svarene i denne tabellen merker vi oss diskrepans i noen oppgaver mellom de to instansene. Flere av respondentene fra fengselshelsetjenesten krysser av for at ansatte i kriminalomsorgen kan ha et delt ansvar for skifte av urinpose, stomipose og bleie. Respondentene i fengselshelsetjenesten svarte også at kriminalomsorgen kan dele mer på oppgaver som medisindeling, dusj og stell, av- og påkledning og sengeskift.

**Diagram 16:** Hvem mener du har ansvar for følgende oppgaver?



Respondentene ble bedt om å fylle ut eventuelle kommentarer til ansvarsfordelingen, og flere beskrev at det kunne være utfordringer knyttet til tidspunkter da fengselshelsetjenesten ikke var til stede:

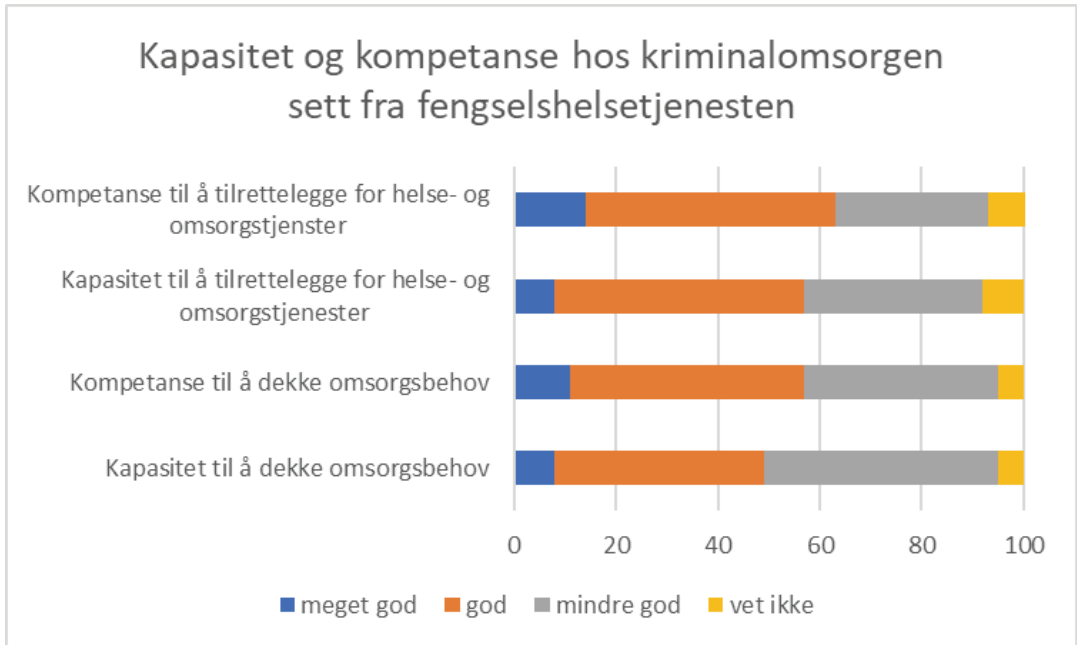
«Hovedsakelig er det den kommunale helse- og omsorgstjenesten sitt ansvar med alt som har med intimhygiene, stomi og kateter å gjøre, men vi er ikke bemannet på kveld og natt, og innsatte må få hjelp også når helseavdelingen ikke er til stede – derfor må det av og til bistand til fra kriminalomsorgen. Det burde vært betjenter med videreutdanning i pleie og omsorg, som kunne bistå innsatte med slike helseutfordringer når helseavdelingen ikke er til stede.»

En annen bemerket følgende omkring felles ansvarsoppgaver:

«Når det gjelder samtale ang. Helsetilstand, er helseavdelingen primært ansvarlig, samtidig kartlegger kriminalomsorgen helsetilstand ved inngangssamtale. Når det gjelder medisiner, er helseavdeling ansvarlig for istandgjøring og kontroll av ukedosetter samt opplæring av ansatte i kriminalomsorgen, som har en medvirkende rolle / praktisk bistand ved overlevering av ferdig istandgjort og kontrollert medisin. Kriminalomsorgen er pålagt å gjennomføre opplæring ift. utdeling av medisin.»

Vi spurte videre respondentene om hvordan de anså ansatte i kriminalomsorgens kompetanse og kapasitet til å svare på innsattes helse- og omsorgsbehov. Som vi ser av diagrammet under, svarte de fleste respondentene at kompetansen og kapasiteten til kriminalomsorgen var «god», men det var også mange som svarte «mindre god». Det gjaldt særlig kapasiteten til å dekke omsorgsbehov.

**Diagram 17:** Hvordan vil du beskrive kriminalomsorgens kapasitet og kompetanse til å tilrettelegge for innsatte med helse- og omsorgsutfordringer?



Respondentene i fengselshelsetjenesten svarte at samarbeidet med kriminalomsorgen for å ivareta behovet for praktisk bistand og helse- og omsorgstjenester for innsatte i fengsel var «meget god» (38%), «god» (54%) og «mindre god» (5%).

Avslutningsvis i spørreskjemaet spurte vi om respondentene ønsket å komme med en oppfordring til myndighetene om tiltak de mente ville bidra til en bedre ivaretagelse av innsattes helse- og omsorgsbehov. Svarene som kom inn her, varierte fra økt bemanning og mer kompetanse til nyere løsninger knyttet til soning:

«På nytt opprette et nasjonalt fengselssykehus med 24/7 med en god blanding av fengselspersonell og helsepersonell, både for somatiske og psykiatriske pasienter. Justissektoren bør i større grad kartlegge og informere helse om spesielle behov før innsettelse for en god ivaretagelse. Ser altfor mange innsatte som er i gråsonen for eller har en lettere grad av psykisk utviklingshemming. Mer fokus på KRUS rundt betydningen av god omsorg og hva god omsorg kan være uten å måtte være helseutdannet.»





## OPPSUMMERING AV DELSTUDIENE OG AVSLUTTENDE KOMMENTARER

Som beskrevet innledningsvis står normalitets- og rettighetsprinsippet sterkt når det gjelder straffegjennomføring i norske fengsler. Spissformulert innebærer dette at innsatte har den samme retten til offentlige velferdstjenester som andre innbyggere, herunder helse- og omsorgstjenester (rettighetsprinsippet), og at deres tilværelse i straffegjennomføring så langt som mulig skal være lik tilværelsen ellers i samfunnet (normalitetsprinsippet) (Meld. St. 39 (2020–2021), s. 14–15).

I denne delen av rapporten vil vi med utgangspunkt i studiens problemstillinger først oppsummere sentrale funn. Deretter vil vi peke på forhold som utfordrer mulighetene for straffegjennomføring basert på rettighets- og normalitetsprinsippet, slik deltakerne i denne studien ser det. Til slutt synliggjør vi tiltak som kan bidra til å løse noen av de utfordringene som studien belyser.

### SENTRALE FUNN

De tre delstudiene som utgjør analyse materialet i denne studien, viser at den største helseutfordringen for de fleste innsatte i norske fengsler gjelder psykiske lidelser og rusmisbruk. Dette innbefatter både lettere psykiske lidelser (som angst og depresjoner), alvorlige psykiske lidelser (personlighetsforstyrrelser, psykoser, suicidalitet og selvskading) samt traumer som et resultat av vold og overgrep. I spørreskjemaundersøkelsene oppgav samtlige respondenter (100%) i fengselshelsetjenesten at de kjente til innsatte med alvorlige psykiske lidelser og rusmisbruk. Tilsvarende tall i kriminalomsorgen var 86% på alvorlige psykiske lidelser og 98% på rusmisbruk. Når det gjaldt lettere psykiske lidelser, var prosentandelen 97% i fengselshelsetjenesten og 98% i kriminalomsorgen. Totalt 81% av respondentene i fengselshelsetjenesten oppgav at de kjente til innsatte med lettere psykisk utviklingshemming. Tilsvarende tall for respondentene i kriminalomsorgen var 75%. I tillegg oppga både ledere, ansatte og innsatte at mange av de som soner i norske fengsler, har én eller flere fysiske eller somatiske helseutfordringer. Noen innsatte har også typiske aldersrelaterte helseutfordringer.



I spørreskjemaundersøkelsen har respondentene i fengselshelsetjenesten gjennomgående krysset av for at de kjenner til mer somatiske sykdommer enn respondentene i kriminalomsorgen. Dette kan ses i sammenheng med at kriminalomsorgen ikke nødvendigvis har kunnskap om hvilke konkrete helseutfordringer innsatte har siden helsepersonell har taushetsplikt.

## ØKNING AV INNSATTE MED STORE HELSE- OG OMSORGSBEHOV

Basert på informasjon fra intervjuene med og spørreundersøkelsene blant de ansatte tyder det på at innsatte de siste 10–15 årene har flere og kompliserte helse- og omsorgsbehov enn tidligere. Dette gjelder både fysiske og psykiske lidelser samt rusproblematikk. I tråd med tidligere utredninger (Kriminalomsorgsdirektoratet, 2020) viser også denne studien at ansatte og ledere både i fengselshelsetjenesten og kriminalomsorgen har en forventning om at det i nær fremtid vil bli enda flere innsatte med behov for døgnskuttjenester.

## INNSATTE ETTERLYSER MER HELSETJENESTER

Et annet sentralt funn er at innsatte har behov for flere og ulike helsetilbud, og nesten alle vi snakket med, viste til situasjoner der de mente at de ikke hadde fått den helsehjelpen de trengte. Flere uttrykte særlig misnøye når det gjaldt tannhelsetilbud, og noen savnet tettere oppfølging av psykolog og lege. Noen opplevde å ikke få de medisinene de trengte, eller at de ikke ble hørt når de ba om å få henvisning til undersøkelser i spesialisthelsetjenesten utenfor fengslet. Noen savnet fysioterapi eller kiropraktorbehandling og opplevde at det var vanskelig å få ivaretatt sin egen helse i form av trening og andre sykdomsforebyggende tiltak innenfor murene. Noen av de innsatte fortalte også om episoder der de selv eller andre medfanger hadde opplevd å gå med sterke smerter over tid uten å få hjelp, og om episoder der planlagte helsefremstillinger ble avlyst fordi kriminalomsorgen ikke anså dem som akutte nok.

## NOEN INNSATTE ER FOR SYKE TIL Å SONE I FENGSEL

Et tredje sentralt funn i denne studien er at det er noen innsatte i norske fengsler som har et større helsebehov enn det både fengselshelsetjenesten og kriminalomsorgen har å tilby. Ingen av de innsatte vi intervjuet, oppgav at de selv var for syke til å sone i fengsel, men flere gav uttrykk av at de kjente til innsatte som ikke burde være i fengsel.

I spørreskjemaundersøkelsen svarte 70% av respondentene i kriminalomsorgen at de var «helt enig» i at det finnes innsatte som har for store psykiske problemer til å sone i fengsel. Tilsvarende tall på respondenter som var «helt enig» i fengselshelsetjenesten, var 32%. En kan anta at ansatte i kriminalomsorgen ser fangene gjennom hele døgnet, og at de observerer mer problemer og utfordringer enn det fengselshelsetjenesten gjør, som kommer innom på timebasis noen ganger i uka eller sjeldnere. Det samme bildet så vi for innsatte med somatiske sykdommer og lidelser, der 74% av respondentene i kriminalomsorgen svarte at de var «helt enig» eller «litt enige i at det finnes innsatte med for omfattende somatiske lidelser til å sone i fengsel. Tilsvarende tall for respondentene i fengselshelsetjenesten var 55%.

I den kvalitative studien kommer det særlig tydelig frem at det har skjedd en økning i selvskadning. Alvorlige psykiske lidelser krever en helt annen behandlingsform enn det som per nå tilbys i fengslene. Som tidligere beskrevet mener ansatte og ledere i både fengselshelsetjenesten og kriminalomsorgen at dette bør ses i sammenheng med et endret kriminalitetsbilde (flere – også de med funksjonshemninger har anledning til å begå alvorlige kriminelle handlinger

via nettbaserte løsninger hjemme i sin egen stue), samt at psykiatrireformen og rusreformen medførte at mange pasienter i spesialiserte institusjoner ble flyttet ut i kommunene. Det er en kjensgjerning at i de senere årene har det vært store diskusjoner om fengselshelsetjenestens kapasitet og kompetanse når det gjelder å ivareta mennesker med rus og psykiske lidelser (ROP-lidelser). Vårt datamateriale viser helt klare oppfatninger om at det er noen personer som ikke burde sone i fengsel, men i stedet burde ha fått hjelp og behandling i helsevesenet. Det vil derfor kunne være hensiktsmessig med videre utredningsarbeid når det gjelder prinsipielle spørsmål om soningsdyktighet for noen innsatte. I et slikt utredningsarbeid vil man, slik vi ser det, være tjent med å se nærmere på både juridiske, rettsfilosofiske, etiske og helsefaglige argumenter.

## **UTFORDRINGER KNYTTET TIL LAPPESYSTEM SOM KOMMUNIKASJONSFORM**

Et fjerde sentralt funn i denne studien er utfordringer knyttet til kommunikasjonsformen innsatte benytter når de skal kontakte fengselshelsetjenesten. De tre delstudiene synliggjør at kommunikasjonsformen for å etterspørre helsehjelp fra fengselshelsetjenesten i all hovedsak foregår via et lappesystem. Som vist (se både delstudie I, II og III) har dette systemet en del svakheter. For eksempel klaget innsatte over at det kunne ta lang tid å få svar på lapper. Innsatte hadde også opplevd å ikke få svar i det hele tatt, at lappene ble borte underveis, eller at de ble lest av andre enn helsepersonalet som lappene var ment for. Særskilte problemer meldte seg for innsatte som ikke kunne skrive selv, eller som hadde vansker med å uttrykke seg skriftlig. Et annet problem oppstod for innsatte som ikke hadde gode norskkunnskaper, og som måtte få andre innsatte eller betjenter til å skrive lapper for seg.

De tre delstudiene viser at mange av respondentene, både innsatte, ansatte og ledere, mente at lappesystemet burde erstattes med en digital plattform. Fordelen med dette ville være en raskere kommunikasjon og at innsatte kunne spørre de ansatte i fengselshelsetjenesten direkte og få avklart ulike ting nokså umiddelbart. Dette kunne også oppklare eventuelle misforståelser i kommunikasjonen raskere, og en kunne sikre at kommunikasjonen gikk direkte mellom helseavdelingen og den innsatte.

## **UKLARE GRENSESNIITT**

Selv om dagens organisasjonsstruktur tar utgangspunkt i en importmodell med et skille mellom kontroll og tjenester, består nåtidens betjenthverdag også av tjenester og relasjonsbyggende oppgaver, dokumentasjons- og rapporteringsoppgaver, kunnskapsbasert påvirkningsarbeid og tilretteleggingsoppgaver (Fredwall, 2015, s. 39). Man kan derfor hevde at grensene mellom kontroll og tjenester har blitt mer utydelige. Et femte sentralt funn i vår studie er hertil at ansatte og ledere både i fengselshelsetjenesten og kriminalomsorgen har noe ulike meninger om hvilke oppgaver som er henholdsvis fengselshelsetjenestens eller kriminalomsorgens ansvarsområde. Et eksempel er en sykepleier som definerer fengselshelsetjenesten mer som et fastlegekontor enn helse- og omsorgstjenester slik de utføres ute i kommunene. Hun hevder i denne sammenheng at fengselsbetjentene er de som først og fremst yter omsorg til de innsatte, herunder hjelp til daglig stell. Et annet eksempel er den lange listen én intervjudeltaker i kriminalomsorgen gir over oppgaver (vedkommende mener at ikke tilfaller deres ansvar, se s. 33). Disse to eksemplene representerer ytterpunkter i vårt datamateriale, men gir et bilde av ulike oppfatninger som kom til syne når det gjelder grensesnittet mellom oppgaver tilhørende kriminalomsorgen versus

fengselshelsetjenesten. En forklaring på at ansatte og ledere definerer sitt ansvarsområde ulikt, er at det ikke finnes klare skiller mellom helseoppgaver og miljøterapeutiske oppgaver. En sykepleier sa at da hun jobbet miljøterapeutisk i psykiatrien, var det å smøre mat og spise sammen med pasienten en sykepleieroppgave. I fengslet mener hun at det er fengselsbetjentene som har det miljøterapeutiske ansvaret, og dermed ansvar for å smøre mat. Samlet sett viser derfor datamaterialet at det kan være behov både for presiseringer av fengselskommunens ansvar for omsorgstjenester til innsatte som følger av oppholdsprinsippet, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 (1982), og for presiseringer av kriminalomsorgens ansvar knyttet til rehabilitering og tilbakeføring av domfelte til samfunnet (Meld. St. 39 (2020–2021)).

I spørreundersøkelsen krysset de fleste respondentene i kriminalomsorgen av på at sårstell, pleie og stell, skifte av urin og stomipose er en oppgave for fengselshelsetjenesten. Ansatte og ledere i fengselshelsetjenesten hadde tilsvarende oppfatninger. Oppgaven av- og påkledning mente 45% av respondentene i kriminalomsorgen at var deres ansvar, 15% mente det var fengselshelsetjenestens ansvar, og 40% mente det var et delt ansvar mellom dem og fengselshelsetjenesten. Også her hadde respondentene fra fengselshelsetjenesten tilsvarende oppfatninger. Når det gjaldt oppgaven å skifte på sengen, mente de fleste respondentene i både kriminalomsorgen og fengselshelsetjenesten at dette var kriminalomsorgens ansvarsområde. I den kvalitative studien kom det dessuten tydelig frem at fengselsbetjentene betraktet alle oppgaver som handlet om berøring av naken hud, som helsepersonellens ansvar.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene skal ifølge lovverket utføre både helsehjelp, helse- og omsorgstjenester og praktisk bistand. Det finnes ikke noe klart skille mellom praktisk bistand og helse- og omsorgstjenester. Gjeldende prinsipp er at en person som ikke klarer å ta vare på seg selv, har rett på de tjenestene som skal til for at han/hun skal få dekket grunnleggende behov, som eksempelvis hjelp til ivaretagelse av egen hygiene, skift av sengetøy, av- og påkledning, dusj, stell, medisindeling og riktig ernæring. Innsatte i fengsler har de samme rettighetene. Vår studie viser imidlertid at nåværende rammebetingelser både i fengselshelsetjenesten og kriminalomsorgen er til hinder for at innsatte får dekket sine helse- og omsorgsbehov via den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

I spørreskjemaundersøkelsen kom det tydelig frem at både kriminalomsorgen og fengselshelsetjenesten mente at det særlig i helger var liten kapasitet i fengselshelsetjenesten. Dette betød at ansatte i kriminalomsorgen kunne bli stående nokså alene med innsatte med helseutfordringer med mindre de benyttet legevakt eller hjemmesykepleie. Både den kvantitative og kvalitative studien viser at fengselsbetjenter, i fravær av helsepersonell på kveld, netter og i noen tilfeller helger, hjelper innsatte med av- og påkledning, forflytning, dusjing, skifte av bleier, skifte av stomiposer og urinposer. Dette er oppgaver mange ansatte og ledere i kriminalomsorgen mener ligger utenfor deres ansvars- og kompetanseområde. Ansatte i kriminalomsorgen savnet derfor en tettere dialog med helseavdelingen samt helsepersonell som kan ivareta innsatte som trenger hjelp til stell, av- og påkledning, dusjing, forflytning o.l. Ute i kommunene vil hjemmeboende med denne typen hjelpebehov få dette via kommunens helse- og omsorgstjenester / hjemmetjenester.

Så mange som 50% av ansatte og ledere i kriminalomsorgen svarte at de i liten grad eller ikke i det hele tatt hadde nok kompetanse til å håndtere de innsattes psykiske helseutfordringer, og 70% svarte det samme for innsattes somatiske helseutfordringer. Dette tegner et bekymringsfullt bilde av de tidene på døgnet hvor innsatte ikke har tilgang til personell som kan gi adekvate helsetjenester, ikke minst med tanke på at innsatte anses å ha større helseutfordringer enn tidligere. Dette gjelder både innenfor fengselskommunens ansvarsområde, jf. helse- og omsorgstjenesteloven

§ 3-1 (1982), og de regionale helseforetakenes ansvarsområde, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a. Med bakgrunn i materialet vårt kan vi stille spørsmålet om denne situasjonen bør imøtekommes ved at betjenter i større grad bygger helsefaglig kompetanse, eller om helsepersonell i fengselshelsetjenesten må komme mer inn og avhjelpe også på ettermiddager, kvelder og i helger. I tillegg viser studien at det kan være nyttig med videre utredning av behovet for økt tilstedeværelse av helsepersonell ute i de enkelte fengselsavdelingene. Studien viser med tydelighet at innsatte savner flere fysiske møter og samtaler med ansatte i helseavdelingen.

En refleksjon knyttet til kommunikasjon omkring innsattes helseplager generelt er at betjentene kommuniserer med og observerer de innsatte på daglig basis, men kjenner ikke til hvilke lidelser eller helseplager de innsatte har. Som følge av taushetsplikten helsepersonell har, vil fengselsbetjenter ikke ha kunnskap om innsattes helseutfordringer med mindre de selv forteller om sine helseplager eller ber om hjelp fra betjentene til å skrive lapp til helseavdelingen. Betjentene kan heller ikke vurdere observasjoner opp mot sykdomsbildet eller følge med på endringer hos innsatte med tanke på symptomutvikling eller forverring av en helsetilstand. Dette er interessant på bakgrunn av at betjenter har et visst ansvar for innsattes helse- og omsorgsbehov på ettermiddager, kvelder og i helger, da fengselshelsetjenesten som oftest ikke har tilbud. Det betyr at betjenter uten helsefaglig kompetanse og uten innsikt i innsattes helseproblemer får en viktig rolle når det gjelder innsattes helsebehov, og må kunne gjøre vurderinger av alvorlighetsgrad og kunne «vekke» innsattes forespørsler om hjelp.

## **EGEN HELSEAVDELING FOR INNSATTE MED STORE HELSE- OG OMSORGSBEHOV**

Den kvantitative studien viser at over halvparten av informantene både i kriminalomsorgen og fengselshelsetjenesten mener at det kan være behov med egne avdelinger for innsatte med store helse- og omsorgsbehov. Også ansatte og ledere som ble intervjuet, gav uttrykk at det kunne være hensiktsmessig å opprette egne avdelinger for de med moderate og alvorlige psykiske lidelser samt for innsatte med alvorlige somatiske lidelser eller funksjonshemminger. En forutsetning for at dette skal være en god løsning, er døgnkontinuerlig bemanning bestående av ansatte med helsefaglig kompetanse. Et forslag var å tilby helsepersonell tilleggsutdanning som fengselsbetjenter. Sistnevnte kan ses i lys av de senere årenes utviklingstrekk når det gjelder fengselsansattes arbeidsoppgaver i fengsel.

## **MANGE FENGLER ER LITE TILRETTELAGT FOR INNSATTE MED HELSE- OG OMSORGSBEHOV**

Sist, men ikke minst, viser denne studien at bygningsmassen i mange fengsler er gammel og lite tilrettelagt for innsatte med helse- og omsorgsbehov. Det innebærer at det er utfordrende å legge til rette for at innsatte med ulike sykdommer og lidelser kan delta i aktiviteter på lik linje med andre. Innsatte med alvorlige psykiske problemer eller funksjonsnedsettelse og aldersrelaterte utfordringer var to grupper som det ofte var vanskelig å legge til rette for. I tillegg viser datamaterialet at både økonomiske innskrenkninger og regler i henhold til sikkerhet er til hinder for innsattes muligheter til å gjøre helsefremmende aktiviteter på egen hånd eller sammen med andre i grupper. Et eksempel er en av de innsattes beretning om at hun ut fra sikkerhetshensyn ikke fikk ha treningsapparater (en massasjeball) på cellen.

## BARRIERER FOR IVARETAKELSE AV RETTIGHETS OG NORMALITETSPRINSIPPET

Studien tyder på at økningen av innsatte med store og kompliserte helse- og omsorgsbehov gir ringvirkninger for både innsatte, ansatte og ledere i kriminalomsorgen og i fengselshelsetjenesten. Det er særlig fire forhold som kan innebære utfordringer når det gjelder ivaretagelse av rettighets- og normalitetsprinsippet i norsk straffegjennomføring:

### MANGLENDE KAPASITET OG RESSURSER I KRIMINALOMSORGEN

Manglende kapasitet i kriminalomsorgen medfører at innsatte opplever at helsekonsultasjoner/ fritidstilbud blir avvist, avlyst eller utsatt. Ved akutte behov benytter fengsler legevakt i helger, og personellressurser må settes inn for å følge innsatte til fremstilling. Våre analyser viser at kriminalomsorgen, på grunn av kapasitetsutfordringer i fengslet, kunne være tilbakeholdne med å fremstille innsatte til lege eller spesialisthelsetjenesten hvis de ikke vurderte tilstanden som øyeblikkelig hjelp.

Fremstilling av fanger til spesialisthelsetjenesten eller andre helsetilbud utenfor murene krever ressurser, og når det er mangel på betjenter, er det sannsynlig at tersklene for å tillate en fremstilling er høyere enn dersom det hadde vært mer bemanning. Dersom to betjenter skal følge med en innsatt utenfor murene, betyr det at flere andre gjenværende fanger har færre til å sørge for sikkerheten, noe som fører til økt innlåsing av innsatte. Det er betimelig å spørre om rettighets- og normalitetsprinsippet svekkes når kapasiteten i kriminalomsorgen blir mindre og det stadig gjøres budsjettkutt. Det må presiseres at dette ikke gjelder de kommunale helse- og omsorgstjenestene spesielt, men velferdstjenester generelt.

Manglende kapasitet i kriminalomsorgen viser også at innsatte opplever innlåsing over lengre tid som følge av at fengselsbetjenter avlyser/utsetter planlagte aktiviteter. Videre viser datamaterialet at noen innsatte opplever at de ikke får ha treningsutstyr på cella. Både en del innsatte og ansatte gir uttrykk for at dette skyldes manglende ressurser for innkjøp, men også manglende kapasitet til å gjennomgå celler med mange «ting» i. En kan på denne bakgrunnen stille spørsmålsteget om nåværende kapasitet og ressurser er tilstrekkelig for at tilværelsen under straffegjennomføringen så langt som mulig skal være lik tilværelsen ellers i samfunnet (Meld. St. 39 (2020–2021), s. 14–15).

### MANGLENDE TILSTEDEVÆRELSE AV HELSE- OG OMSORGTJENESTER

Manglende tilstedeværelse av kommunale helse- og tjenester gjør at fengselsbetjenter må utføre oppgaver de i prinsippet mener faller utenfor deres ansvarsområde. Studien synliggjør at en del fengselsbetjenter opplever å ta oppgaver de ikke har kompetanse til. Det kan dermed reises spørsmål om hvor stor betydning manglende helse- og omsorgsfaglig kompetanse har når det gjelder innsattes rett til få samme helse- og omsorgstilbudet som andre innbyggere i Norge.

### BYGNINGSMASSE SOM ER LITE TILRETTELAGT

Lite tilrettelagt bygningsmasse med mange trapper og hindringer i fengslene tyder på at en del innsatte har innskrenkede muligheter til å delta i aktiviteter som følge av fysiske eller psykiske

helseutfordringer. Det kan derfor også stilles spørsmål om betydningen dette har i henhold til at fengselsstraff ikke skal være mer tyngende enn nødvendig.

## LAPPESTEM ER LITE FUNKSJONELT SOM KOMMUNIKASJONSFORM

Studien har vist at lappesystemet som brukes som kommunikasjonsform, blir opplevd som lite funksjonelt av både innsatte, ansatte og ledere i kriminalomsorgen. Forhold som at lapper kunne komme på avveie, og at noen innsatte hadde vanskeligheter med å uttrykke seg skriftlig, gir grunn til å vurdere hvordan denne kommunikasjonsformen imøtekommer så vel rettighets- som normalitetsprinsippet for en del innsatte.

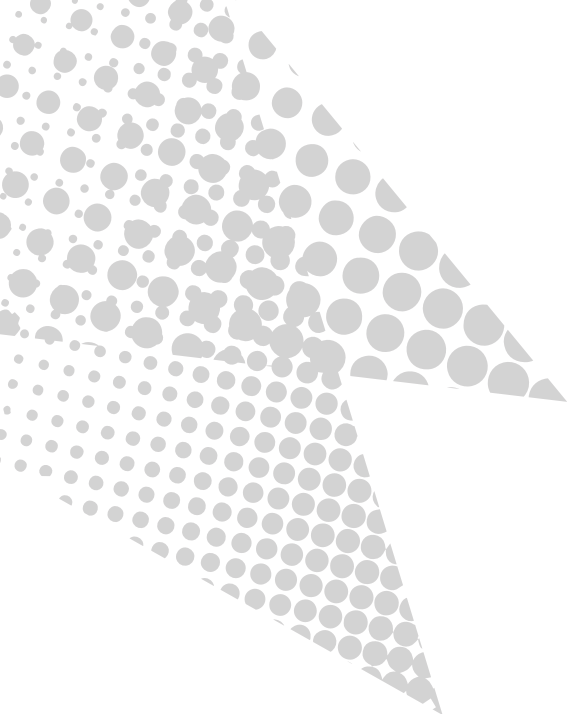
De tre delstudiene har gitt et rikt og nyansert bilde av erfaringene og refleksjonene til innsatte, fengselspersonell og kommunalt ansatt helsepersonell om behovet for helse- og omsorgstjenester i fengsel samt grensesnittet i ansvar og oppgaver mellom kriminalomsorgen og fengselshelsetjenesten. Studien gir ingen uttømmende svar, men slik vi ser det, er det et bidrag til videre forskning på problemstillingene som er reist.

## TILTAK SOM KAN BIDRA TIL Å LØSE HELSE- OG OMSORGSRELATERTE UTFORDRINGER

Noen tiltak som kan bidra til å løse noen av de utfordringene som studien belyser, er følgende:

- Utføre bygningsmessige endringer (tilrettelegge for heis, bedre senger, fjerne dørterskler, lavere luke i celledøren osv.)
- Opprette møtearenaer som bidrar til tettere dialog mellom kriminalomsorgens ansatte og kommunale tjenesteytere (for eksempel korte daglige morgenmøter mellom fengselsbetjenter og helsearbeidere)
- Utarbeide en begrepsavklaring i henhold til hvordan forskjellen mellom praktisk bistand og helse- og omsorgstjenester skal forstås i fengsel
- Utvikle tydeligere beskrivelser av oppgaver og ansvarsfordeling mellom betjenter og helsearbeidere
- Utvikle strategier for nytenkning og nødvendige tiltak knyttet til ulike straffegjennomføringsformer for innsatte med omfattende behov for helse- og omsorgstjenester (egne avdelinger for de som trenger døgkontinuerlig helse- og omsorgstjenester)
- Utvikle et bedre kommunikasjonssystem (digitale løsninger) mellom innsatte og helseavdelingen





## REFERANSER

- Bukten, A. & Stavseth, M.R. (2021). Suicide in prison and after release: a 17-year national cohort study. *European Journal of Epidemiology*, 1–9. doi: <https://doi.org/10.1007/s10654-021-00782-0>
- Bukten, A., Lund, I.O., Kinner, S.A., Rognli, E.B., Havnes, I.A., Muller, A.E. & Stavseth, M.R. (2020). Factors associated with drug use in prison – results from the Norwegian offender mental health and addiction (NorMA) study. *Health & Justice*, 8. doi: <https://doi.org/10.1186/s40352-020-00112-8>
- Bjørngaard, J.H, Å.B. Rustad & E. Kjelsberg (2009) The prisoner as patient - a health services satisfaction survey. *BMC Health Services Research* 9, 176. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-176>
- Christie, N. (1970). Modeller for fengselsorganisasjonen. I R. Østensen (Red.), *Istedet for fengsel: Ideer og forsøk* (s. 70–78). Pax forlag.
- Cramer, V. (2014). *Forekomst av psykiske lidelser hos domfelte i norske fengsler Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, Helseregion Sør-Øst-Kompetansesenterets Prosjektrapport 2014-1*. <http://kriminalomsorgen.custompublish.com/getfile.php/2777715.823.fcpagebqqs/Endelig+rapport+psykiske+lidelser.pdf>
- Elo, S. & Kyngas, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
- Fredwall, T.E. (2015). *Murer og moral: En bok om straff, verdier og fengselsbetjenter*. Cappelen Damm Akademisk.
- Fredwall, T.E. & Larsen, I.B. (2020). Plikt til samarbeid, invitasjon til konflikt? Sykepleierrollen i norske høysikkerhetsfengsel. I O. Lysaker & T.E. Fredwall (Red.), *Verdier i konflikt: Etikk i et mangfoldig samfunn* (s. 73–100). Cappelen Damm Akademisk.



Havnes, I.A., Bukten, A., Rognli, E.B. & Muller, A.E. (2020). Use of anabolic-androgenic steroids and other substances prior to and during imprisonment - Results from the Norwegian Offender Mental Health and Addiction (NorMA) study. *Drug and Alcohol Dependence*, 229(B). doi: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108255>

Helse- og omsorgstjenesteloven (1982). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helsedirektoratet. (2016). *Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel: Veileder.*

[https://www.google.com/search?q=Helsedirektoratet.\(2016\).+Helse-+og+omsorgstjenester+til+innsatte+i+fengsel%3A+Veileder.&rlz=1C1GCEA\\_enNO88oNO881&oq=Helsedirektoratet.\(2016\).+Helse-+og+omsorgstjenester+til+innsatte+i+fengsel%3A+Veileder.&aqs=chrome..69j57.1776j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com/search?q=Helsedirektoratet.(2016).+Helse-+og+omsorgstjenester+til+innsatte+i+fengsel%3A+Veileder.&rlz=1C1GCEA_enNO88oNO881&oq=Helsedirektoratet.(2016).+Helse-+og+omsorgstjenester+til+innsatte+i+fengsel%3A+Veileder.&aqs=chrome..69j57.1776j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8)

Helsedirektoratet. (2019). *Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel – årsrapport 2018.* <https://www.Helsedirektoratet.no/rapporter/helse-og-omsorgstjenester-til-innsatte-i-fengsel-arsrapporter>

Kriminalomsorgen (2020). *Kriminalomsorgens årsstatistikk.* <https://www.kriminalomsorgen.no/statistikk-og-publikasjoner.518716.no.html>

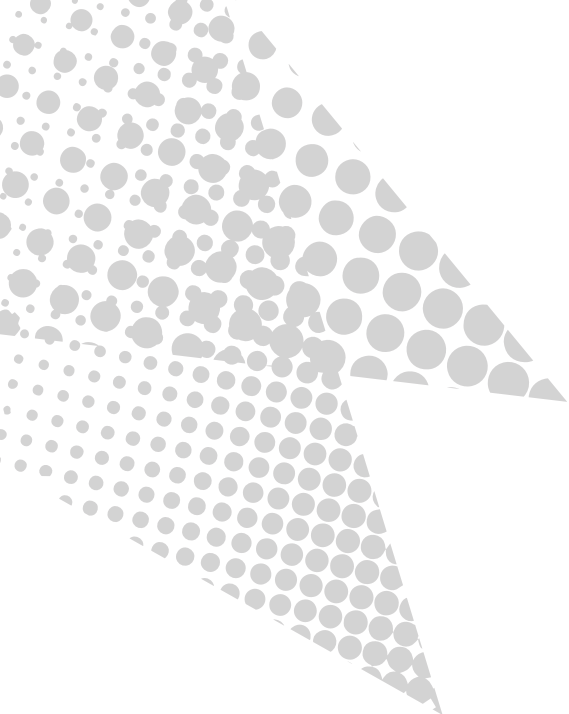
Kriminalomsorgsdirektoratet (2020). Eldre innsatte i norske fengsler. Situasjon, analyse, utfordringer og løsninger. <https://krus.brage.unit.no/krus-xmlui/handle/11250/2722298>

Meld. St. 39 (2020–2021). *Kriminalomsorgsmeldingen – fremtidens kriminalomsorg og straffegjennomføring.* Justis- og beredskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/86e5b47b2b1a4c91a4f68be3153177b6/no/pdfs/stm20202021003900oddpdfs.pdf>

Nilsen, V. (2012). *Analyse i kvalitative studier. Den skrivende forskeren.* Universitetsforlaget.

Revoll, K.M. (2015) Innsattes levekår 2014 Før, under og etter soning. Rapport 2015/47. Statistisk sentralbyrå.

Straffegjennomføringsloven (2001). *Lov om gjennomføring av straff m.m.* <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-05-18-21>



## VEDLEGG:

*VEDLEGG I: INFORMASJONSKSRIV OG SAMTYKKESKJEMA ANSATTE*

*VEDLEGG II: INFORMASJONSSKRIV OG SAMTYKKESKJEMA INNSATTE*

*VEDLEGG III: INFORMASJONSKRIV OG SAMTYKKEERKÆRING LEDERE*

*VEDLEGG IV: INTERVJUGUIDE ANSATTE*

*VEDLEGG V INTERVJUGUIDE INNSATTE*

*VEDLEGG VI INTERVJUGUIDE LEDERE*

# VEDLEGG I: INFORMASJONSKSRIV OG SAMTYKKESKJEMA ANSATTE

## Vil du delta i forskningsprosjektet

### «Kartlegging av helse- og omsorgsbehov blant innsatte i fengsel»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å *få økt kunnskap om behovet for helse- og omsorgstjenester blant innsatte i fengsel*. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målet for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### Formål

Formålet med forskningsprosjektet er å kartlegge omfanget av omsorgsbehov blant innsatte i fengsel, og på denne bakgrunn vurdere behovet for et tydeligere grensesnitt mellom helse- og omsorgstjenesten og kriminalomsorgens ansvar for innsatte med helse- og omsorgsbehov. Vi ønsker derfor å snakke med deg om dine erfaringer med helse- og omsorgstjenester og praktisk bistand i fengslet.

Bakgrunnen for studien er at Kriminalomsorgsdirektoratet (KDI) på oppdrag fra Justis- og beredskapsdepartementet er bedt om å foreta en utredning av innsattes helse- og omsorgsbehov.

Totalt ønsker vi å intervju 4 ledere, 6 fengselsbetjenter, 6 fengselshelsepersonell og 8 innsatte i to fengsler, ett med mannlige innsatte og ett med kvinnelige innsatte. I tillegg vil vi gjennomføre en spørreundersøkelse der vi spør alle ledere i alle fengsler i Norge om behovet for helse- og omsorgstjenester blant innsatte. En helhetlig analyse av intervjuer og spørreskjema mener vi vil kunne gi en mer utdypende beskrivelse av helse- og omsorgsbehovet til innsatte i fengsel

#### Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Senter for omsorgsforskning ved NTNU, Gjøvik er ansvarlig for prosjektet.

#### Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får en forespørsel om å delta i prosjektet fordi du som ansatt i fengselshelsetjenesten/kriminalomsorgen har kunnskap om behovet for helse- og omsorgstjenester og praktisk bistand til innsatte i fengsel. Dette er de eneste utvalgskriteriene vi benytter i utvelgelsen av prosjektdeltakere. I rekrutteringsprosessen har vi lagt vekt at aktuelle deltakere skulle få informasjon om prosjektet via sin leder og evt. gi sitt samtykke til deltakelse før vi fikk tilgang til kontaktopplysninger. I samtale med leder i fengslet har det blitt foreslått at du, basert på disse kriteriene, kan være aktuell for å delta.

#### Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du takker ja til å delta innebærer det at du møter en forsker som vil snakke med deg om:

1. Hvordan du erfarer behovet for helse- og omsorgstjenester og praktisk bistand til innsatte i fengselet?
2. Hvorvidt du tenker at noen innsatte har for omfattende helse- og omsorgsbehov til å kunne gjennomføre straffen i fengsel?
3. Hvordan du vil beskrive din egen kompetanse og kapasitet når det gjelder å gi helse- og omsorgstjenester/praktisk bistand til innsatte i fengsel?

4. Hvilke oppgaver du anser som «dine» og hvilke oppgaver du betrakter som kriminalomsorgens/fengselshelsetjenesten sitt ansvarsområde?
5. Hvordan vil du beskrive ditt ansvarsområde, kompetanse og kapasitet når det gjelder å gi/tilrettelegge for helse- og omsorgstjenester/praktisk bistand til innsatte med slike behov?

Intervjuet vil ta ca. en time og det vil bli tatt lydopptak av samtalen. Vi er klar over at du har taushetsplikt, og minner om at det er dine generelle erfaringer vil ønske at du forteller om, slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes på bakgrunn av situasjonsbeskrivelser eller kombinasjoner av bakgrunnsopplysninger.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Det er *kun* to forskere ved Senter for omsorgsforskning og en databehandler (transkriptør) som vil ha tilgang til dine opplysninger. Databehandler får lydfiler med opptak av intervjuet. Lydopptaket av intervjuet inneholder ikke personalia på deg. Databehandler skriver under på taushetserklæring, jf. personopplysningslovens § 13, jf. § 15 og personopplysningsforskriftens kapittel 2.
- Lydopptakene som tas under intervjuet vil bli ordrett skrevet ned av databehandler før lydopptakene slettes. Når opptakene skrives ned, vil alle opplysninger som kan spores tilbake til deg bli *anonymisert*.
- Lydopptakene vil bli lagret på forskningsserver som er kryptert, som kun de to forskerne og databehandler får tilgang til.
- Funn fra forskningsprosjektet vil bli publisert i en rapport og i artikler, samt formidlet på andre arenaer. Her vil ingen deltakere kunne gjenkjennes.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes 24. juni 2021. Ved prosjektslutt vil alle personopplysninger være anonymisert og lydopptak slettet.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Senter for omsorgsforskning ved NTNU, Gjøvik har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Senter for omsorgsforskning ved NTNU, Gjøvik ved *Siv Magnussen*. Tlf. 416 50 687. E-mail: [siv.magnussen@ntnu.no](mailto:siv.magnussen@ntnu.no)
- Vårt personvernombud: *Thomas Helgesen*. [thomas.helgesen@ntnu.no](mailto:thomas.helgesen@ntnu.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

*Prosjektansvarlig*

---

## **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet [*sett inn tittel*], og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

# VEDLEGG II: INFORMASJONSSKRIV OG SAMTYKKESKJEMA INNSATTE

## Vil du delta i forskningsprosjektet

### «Kartlegging av helse- og omsorgsbehov blant innsatte i fengsel»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å *få økt kunnskap om behovet for helse- og omsorgstjenester blant innsatte i fengsel*. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målet for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### Formål

Formålet med dette forskningsprosjektet er å få ny kunnskap om helse- og omsorgstjenester og praktisk bistand som vurderes som nødvendig for å dekke helse- og omsorgsbehovet til innsatte i fengsel. Vi ønsker derfor å snakke med deg om dine erfaringer med helse- og omsorgstjenester og praktisk bistand i fengslet.

Bakgrunnen for studien er at Kriminalomsorgsdirektoratet (KDI) på oppdrag fra Justis- og beredskapsdepartementet er bedt om å foreta en utredning av innsattes helse- og omsorgsbehov. Forskningsprosjektet vil i tillegg til intervjuer med innsatte omfatte intervjuer med ledere og ansatte i både fengselshelsetjenesten og kriminalomsorgen i to fengsler, ett med mannlige og ett med kvinnelige innsatte. Totalt ønsker vi å intervju 4 ledere, 6 fengselsbetjenter, 6 fengselspersonell og 8 innsatte. I tillegg vil vi gjennomføre en spørreundersøkelse der vi spør alle ledere i alle fengsler i Norge om behovet for helse- og omsorgstjenester blant innsatte. En helhetlig analyse av intervjuer og spørreskjema mener vi vil kunne gi en mer utdypende beskrivelse av helse- og omsorgsbehovet til innsatte i fengsel.

#### Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Senter for omsorgsforskning ved NTNU, Gjøvik er ansvarlig for prosjektet.

#### Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får en forespørsel om å delta i prosjektet fordi du mottar helse- og omsorgstjenester mens du er innsatt i fengsel. Til sammen ønsker vi å snakke med fire kvinner og fire menn. Dette er de eneste utvalgsriteriene vi benytter i utvelgelsen av prosjektdeltakere. I rekrutteringsprosessen har vi lagt vekt på at du først skulle få informasjon om prosjektet via kriminalomsorgen og gi ditt samtykke til deltakelse før vi fikk tilgang til dine kontaktopplysninger. I samtale med leder i fengslet har det blitt foreslått at du, basert på disse kriteriene, kan være aktuell for å delta.

#### Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du takker ja til å delta innebærer det at du møter en forsker som vil snakke med deg om:

1. Hvordan du opplever at dine behov for helse- og omsorgstjenester og praktisk hjelp blir ivarettatt når du er i fengsel.
2. Hvilke forhold du mener hemmer og fremmer en tilfredsstillende ivaretagelse av dine behov.

Intervjuet vil ta ca. en time og det vil bli tatt lydopptak av samtalen.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Det er *kun* to forskere ved Senter for omsorgsforskning og en databehandler (transkriptør) som vil ha tilgang til dine opplysninger. Databehandler får lydfiler med opptak av intervjuet. Lydopptaket av intervjuet inneholder ikke personalia på deg. Databehandler har taushetsplikt i henhold til personopplysningslovens § 13, jf. § 15 og personopplysningsforskriftens kapittel 2.
- Lydopptakene som tas under intervjuet vil bli ordrett skrevet ned av databehandler før lydopptakene slettes. Når opptakene skrives ned, vil alle opplysninger som kan spores tilbake til deg bli *anonymisert*.
- Lydopptakene vil bli lagret på forskningsserver som er kryptert, som kun de to forskerne får tilgang til.
- Funn fra forskningsprosjektet vil bli publisert i en rapport og i artikler, samt formidlet på andre arenaer. Her vil ingen deltakere kunne gjenkjennes.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes 24. juni 2021. Ved prosjektslutt vil alle personopplysninger være anonymisert og lydopptak slettet.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Senter for omsorgsforskning ved NTNU, Gjøvik har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Senter for omsorgsforskning ved NTNU, Gjøvik ved *Siv Magnussen*. Tlf. 416 50 687. E-mail: [siv.magnussen@ntnu.no](mailto:siv.magnussen@ntnu.no)

- Vårt personvernombud: *Thomas Helgesen*. [thomas.helgesen@ntnu.no](mailto:thomas.helgesen@ntnu.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

*Prosjektansvarlig*

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet [*sett inn tittel*], og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)



# VEDLEGG III: INFORMASJONSKRIV OG SAMTYKKEERKÆRING LEDERE

## Vil du delta i forskningsprosjektet

### «Kartlegging av helse- og omsorgsbehov blant innsatte i fengsel»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å *få økt kunnskap om behovet for helse- og omsorgstjenester blant innsatte i fengsel*. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målet for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### Formål

Formålet med forskningsprosjektet er å kartlegge omfanget av omsorgsbehov blant innsatte i fengsel, og på denne bakgrunn vurdere behovet for et tydeligere grensesnitt mellom helse- og omsorgstjenesten og kriminalomsorgens ansvar for innsatte med helse- og omsorgsbehov. Vi ønsker derfor å snakke med deg om dine erfaringer med helse- og omsorgstjenester og praktisk bistand i fengslet.

Bakgrunnen for studien er at Kriminalomsorgsdirektoratet (KDI) på oppdrag fra Justis- og beredskapsdepartementet er bedt om å foreta en utredning av innsattes helse- og omsorgsbehov.

Totalt ønsker vi å intervju 4 ledere, 6 fengselsbetjenter, 6 fengselspersonell og 8 innsatte i to fengsler, ett med mannlige innsatte og ett med kvinnelige innsatte. I tillegg vil vi gjennomføre en spørreundersøkelse der vi spør alle ledere i alle fengsler i Norge om behovet for helse- og omsorgstjenester blant innsatte. En helhetlig analyse av intervjuer og spørreskjema mener vi vil kunne gi en mer utdypende beskrivelse av helse- og omsorgsbehovet til innsatte i fengsel

#### Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Senter for omsorgsforskning ved NTNU, Gjøvik er ansvarlig for prosjektet.

#### Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får en forespørsel om å delta i prosjektet fordi Halden og Bredtveit fengsel i samarbeid mellom oss og Kriminalomsorgsdirektoratet er valgt ut som casefengsler i dette forskningsprosjektet. Utvalgskriteriene har vært at vi ønsker fengsler som har både kvinnelige og mannlige innsatte med behov for helse- og omsorgstjenester og praktisk bistand. Dette er de eneste utvalgskriteriene vi benytter i utvelgelsen av prosjektdeltakere i lederstillinger. I samtale med Kriminalomsorgsdirektoratet har det blitt foreslått at du, basert på disse kriteriene, kan være aktuell for å delta.

#### Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du takker ja til å delta innebærer det at du møter en forsker som vil snakke med deg om:

1. Hvordan du erfarer behovet for helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengselet?
2. Hvordan du vil beskrive kommunen/fengselet sin kompetanse og kapasitet når det gjelder å gi helse- og omsorgstjenester/praktisk bistand til innsatte i fengsel?
3. hvorvidt du tenker at noen innsatte har for omfattende helse- og omsorgsbehov til å kunne gjennomføre straffen i fengsel?

4. Hvilke oppgaver anser du som kommunens og hvilke oppgaver betrakter du som kriminalomsorgens ansvarsområde?

Intervjuet vil ta ca. en time og det vil bli tatt lydopptak av samtalen. Vi er klar over at du har taushetsplikt, og minner om at det er dine generelle erfaringer vi ønsker at du forteller om, slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes på bakgrunn av situasjonsbeskrivelser eller kombinasjoner av bakgrunnsopplysninger.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Det er *kun* to forskere ved Senter for omsorgsforskning og en databehandler (transkriptør) som vil ha tilgang til dine opplysninger. Databehandler får lydfiler med opptak av intervjuet. Lydopptaket av intervjuet inneholder ikke personalia på deg. Databehandler skriver under på taushetserklæring, jf. personopplysningslovens § 13, jf. § 15 og personopplysningsforskriftens kapittel 2.
- Lydopptakene som tas under intervjuet vil bli ordrett skrevet ned av databehandler før lydopptakene slettes. Når opptakene skrives ned, vil alle opplysninger som kan spores tilbake til deg bli *anonymisert*.
- Lydopptakene vil bli lagret på forskningsserver som er kryptert, som kun de to forskerne får tilgang til.
- Funn fra forskningsprosjektet vil bli publisert i en rapport og artikler, samt formidlet på andre arenaer. Her vil ingen deltakere kunne gjenkjennes.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes 24. juni 2021. Ved prosjektslutt vil alle personopplysninger være anonymisert og lydopptak slettet.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Senter for omsorgsforskning ved NTNU, Gjøvik har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Senter for omsorgsforskning ved NTNU, Gjøvik ved *Siv Magnussen*. Tlf. 416 50 687. E-mail: [siv.magnussen@ntnu.no](mailto:siv.magnussen@ntnu.no)
- Vårt personvernombud: *Thomas Helgesen*. [thomas.helgesen@ntnu.no](mailto:thomas.helgesen@ntnu.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

*Prosjektansvarlig*

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet [*sett inn tittel*], og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## VEDLEGG IV: INTERVJUGUIDE ANSATTE

### INTERVJUGUIDE ANNSATTE

Samtalen begynner med en sekvens der forskeren forteller litt om seg selv / Senter for omsorgsforskning og undersøkelsen. Samtykkeskjema gjennomgås, og informanten får anledning til å stille spørsmål om undersøkelsen eller andre ting han/hun er opptatt av.

#### INNLEDNINGSSPØRSMÅL

Dersom det er greit for deg kunne jeg tenke meg å starte med å spørre om du vil begynne å **fortelle om deg selv og arbeidet ditt i fengslet**

- Hvor lenge har du jobbet her?
- Hvordan trives du i jobben?
- Beskrive en vanlig arbeidsdag
- Hvem du har kontakt med?
- Hva gjør du?
- Hvor ofte er du i kontakt med innsatte med behov for helse- og omsorgstjenester?

#### DEN ANNSATTES VURDERING AV INNSATTES HELSETILSTAND

- Hvordan vil du beskrive de innsatte sin helsetilstand?
- Hva slags helse- og omsorgstjenester har de behov for?
- Opplever du at de innsatte får de tjenestene de har behov for?
- Får de hjelp når de trenger det?
- Er fengslene godt nok tilrettelagt for alle innsatte?
- Hvilke tjenester utøver du?
- Hvordan vil du definere tjenestene du gir – praktisk bistand eller helse- og omsorgstjenester?
- Opplever du at du har tilstrekkelig kompetanse til å utføre de tjenestene du utfører/blir bedt om å utføre?
- Opplever du at du har tilstrekkelig tid og ressurser til å dekke de innsattes helse- og omsorgsbehov/praktisk bistand?
- Opplever du at de innsatte selv i tilstrekkelig grad har mulighet til å medvirke i planlegging/tilrettelegging og utøvelse av helse- og omsorgstjenester/praktisk bistand?
- Hva definerer du som helse- og omsorgstjenester og hva definerer du som praktisk bistand?
- Tenker du at noen har for omfattende helse- og omsorgsbehov til å kunne gjennomføre straffen i fengsel?
- Når mener du at soningsavbrudd, soningsutsettelse og overføring til straffegjennomføring i samfunnet eventuelt bør anbefales for innsatte med omfattende omsorgsbehov? Har du noen eksempler?

## **SAMARBEIDET MELLOM FENGSELSHELSETJENESTEN OG KRIMINALOMSORGEN**

### **Hvordan opplever du samarbeidet mellom fengselshelsetjenesten og kriminalomsorgen?**

- Om ansvarsfordeling dere imellom
- Om arbeidsfordelingen dere imellom?
- Hvem gjør hva, er det ok for deg?
- Kompetanse/kompetansebehov?
- Ressursfordeling?
- I hvilken grad mener du det kan det forventes at kriminalomsorgen som strafferettsetat bistår med omsorgsoppgaver og praktisk bistand?
- Hvilke oppgaver innen praktisk bistand overfor innsatte vil en fengselsbetjent med sin kompetanse kunne utføre og samtidig kunne ivareta den innsattes integritet?
- Har kriminalomsorgen mulighet og ressurser til å ivareta en slik oppgave?
- Hvem har ansvar for omsorgstjenester kveld og helg når fengselshelsetjenesten ikke er til stede?
- Bør fengselshelsetjenesten som nå primært består av sykepleiere og leger utvide sin bistand?
- Er det behov for eksempelvis vernepleiere i oppfølgingen av lettere psykisk utviklingshemmede og helsefagarbeidere som kan yte omsorgstjenester og praktisk bistand til innsatte med fysiske funksjonsnedsettelse?
- Er Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) aktuelt?
- Vil denne type kompetanse være en del av fengselskommunens ansvar for å yte helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel?
- Har fengselskommunene mulighet og ressurser til å ivareta slike utvidede oppgaver?
  
- **Har du noen råd du vil gi når det gjelder tilrettelegging/ utøvelse av helse- og omsorgsoppgaver og praktisk bistand til innsatte?**
- Hva tenker du er det viktigste som bør gjøres/ blir gjort for at du skal få utført jobben din på en best mulig måte? (jf. oppnå tydeligere grensesnitt mellom helse- og omsorgstjenesten og kriminalomsorgens ansvar for oppfølging av innsatte og domfelte med behov for omsorgstjenester og praktisk bistand)
- Har du tanker om hva som kunne vært gjort annerledes for at innsatte skal få nødvendig helse- og omsorgstjenester?

### **AVRUNDING**

Nå har vi snakket om mange ting som gjelder omfang og behov for helse- og omsorgstjenester og praktisk bistand til innsatte fengsel.

**Er det noe mer du vil si som jeg ikke har spurt deg om?**

Tusen takk for at du tok deg tid til å snakke med meg. Lykke til videre.

## VEDLEGG V: INTERVJUGUIDE INNSATTE

### INTERVJUGUIDE INNSATTE

Samtalen begynner med en sekvens der forskeren forteller litt om seg selv / Senter for omsorgsforskning og undersøkelsen. Samtykkeskjema gjennomgås, og informanten får anledning til å stille spørsmål om undersøkelsen eller andre ting han/hun er opptatt av.

#### INNLEDNINGSSPØRSMÅL

Dersom det er greit for deg kunne jeg tenke meg å starte med å spørre om du vil begynne å **fortelle om deg selv og dagene dine i fengslet**

- Beskrive en vanlig hverdag
- Hvem du har kontakt med
- Hva trenger du hjelp til og hva klarer du selv

#### DEN INNSATTES VURDERING AV EGEN HELSETILSTAND

##### **Hvordan vil du beskrive din egen helsetilstand?**

- Hvordan opplever du å være innsatt i fengsel med dine nåværende helse- og omsorgsbehov?
- Hvordan opplever du med-innsattes helse- og omsorgsbehov når de er i fengsel?
- Har du tanker om hva som kunne vært gjort annerledes?

#### BEHOVET FOR HELSE- OG OMSORGSTJENESTER OG PRAKTISK BISTAND

- Hvilke tjenester mottar du nå?
- Hvor ofte er du i kontakt med fengselshelsetjenesten?
- Hvor ofte er du i kontakt med lege, sykepleier etc.?
- Hva er **dine erfaringer med tjenestene du får?**
- Opplever du at du får tilstrekkelig hjelp? (eksempler/spesielle episoder du kommer på)
- Opplever du at du får hjelp akkurat når du trenger det? (eksempler/spesielle episoder du kommer på)
- Opplever du at du selv får være med å diskutere hvilke typer tjenester du bør ha?
- Opplever du at dine behov blir tatt på alvor?
- I hvilken grad opplever du at de ansatte har tilstrekkelig kompetanse til å dekke dine behov? (Har du noen eksempler/spesielle episoder du kommer på)

## **SAMARBEIDET MELLOM FENGSELHELSETJENESTEN OG KRIMINALOMSORGEN**

### **Hvordan opplever du samarbeidet mellom fengselshelsetjenesten og kriminalomsorgen?**

- Om ansvarsfordeling dem imellom (fungerer det slik du ser det?)
- Kvaliteten på samarbeidet (fungerer det slik du ser det?)
- Oppgavefordeling (fungerer det slik du ser det?)

### **Har du noen råd du vil gi når det gjelder tilrettelegging/ utøvelse av helse- og omsorgsoppgaver og praktisk bistand til innsatte?**

- Hva tenker du er det viktigste som gjøres/ blir gjort for at du skal få dekket dine helse- og omsorgsbehov?

## **AVRUNDING**

Nå har vi snakket om mange ting som gjelder dine behov for hjelp når du er i fengsel.

**Er det noe mer du vil si som jeg ikke har spurt deg om?**

Tusen takk for at du tok deg tid til å snakke med meg. Lykke til videre.

## VEDLEGG VI: INTERVJUGUIDE LEDERE

### INTERVJUGUIDE LEDERE

Samtalen begynner med en sekvens der forskeren forteller litt om seg selv / Senter for omsorgsforskning og undersøkelsen. Samtykkeskjema gjennomgås, og informanten får anledning til å stille spørsmål om undersøkelsen eller andre ting han/hun er opptatt av.

#### INNLEDNINGSSPØRSMÅL

Dersom det er greit for deg kunne jeg tenke meg å starte med å spørre om du vil begynne å **fortelle om deg selv og din lederrolle**

- Hvor lenge har du hatt jobben
- Kan du beskrive ditt ansvarsområde

#### LEDERS VURDERING AV INNSATTES HELSETILSTAND

- Hvordan vil du beskrive de innsatte sin helsetilstand?
- Hva slags helse- og omsorgstjenester har de behov for
- Opplever du at de innsatte får de tjenestene de har behov for?
- Får de hjelp når de trenger det?
- Er fengslet godt nok tilrettelagt for alle innsatte?
- Hvilke tjenester er det behov for
- Opplever du at du at dine ansatte har tilstrekkelig kompetanse til å utføre de tjenestene de utfører/blir bedt om å utføre?
- Opplever du at de har tilstrekkelig tid og ressurser til å dekke de innsattes helse- og omsorgsbehov/praktisk bistand?
- Opplever du at de innsatte selv i tilstrekkelig grad har mulighet til å medvirke i planlegging/tilrettelegging og utøvelse av helse- og omsorgstjenester/praktisk bistand?
- Hva definerer du som helse- og omsorgstjenester og hva definerer du som praktisk bistand?
- Tenker du at noen har omfattende helse- og omsorgsbehov til å kunne gjennomføre straffen i fengsel?
- Når mener du at soningsavbrudd, soningsutsettelse og overføring til straffegjennomføring i samfunnet eventuelt bør anbefales for innsatte med omfattende omsorgsbehov? Har du noen eksempler?

#### SAMARBEIDET MELLOM FENGSELSHELSETJENESTEN OG KRIMINALOMSORGEN

**Hvordan opplever du samarbeidet mellom fengselshelsetjenesten og kriminalomsorgen?**

- Om ansvarsfordeling tjenestene imellom?
- Om arbeidsfordelingen tjenestene imellom?
- Hvem gjør hva, er det en tilfredsstillende/hensiktsmessig ordning?
- Kompetanse/kompetansebehov?
- Ressursfordeling?



- I hvilken grad mener du det kan forventes at kriminalomsorgen som strafferettsetat bistår med omsorgsoppgaver og praktisk bistand?
- Hvilke oppgaver innen praktisk bistand overfor innsatte vil en fengselsbetjent med sin kompetanse kunne utføre og samtidig kunne ivareta den innsattes integritet?
- Har kriminalomsorgen mulighet og ressurser til å ivareta en slik oppgave?
- Hvem har ansvar for omsorgstjenester kveld og helg når fengselshelsetjenesten ikke er til stede?
- Bør fengselshelsetjenesten som nå primært består av sykepleiere og leger utvide sin bistand?
- Er det behov for eksempelvis vernepleiere i oppfølgingen av lettere psykisk utviklingshemmede og helsefagarbeidere som kan yte omsorgstjenester og praktisk bistand til innsatte med fysiske funksjonsnedsettelse?
- Er Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) aktuelt?
- Vil denne type kompetanse være en del av fengselskommunens ansvar for å yte helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel?
- Har fengselskommunene mulighet og ressurser til å ivareta slike utvidede oppgaver?

**Har du noen råd du vil gi når det gjelder tilrettelegging/ utøvelse av helse- og omsorgsoppgaver og praktisk bistand til innsatte?**

- Hva tenker du er det viktigste som bør gjøres/ blir gjort for at dine ansatte skal få utført jobben sin på en best mulig måte? (jf. oppnå tydeligere grensesnitt mellom helse- og omsorgstjenesten og kriminalomsorgens ansvar for oppfølging av innsatte og domfelte med behov for omsorgstjenester og praktisk bistand)
- Har du tanker om hva som kunne vært gjort annerledes for at innsatte skal få nødvendig helse- og omsorgstjenester?

**AVRUNDING**

Nå har vi snakket om mange ting som gjelder omfang og behov for helse- og omsorgstjenester og praktisk bistand til innsatte fengsel.

**Er det noe mer du vil si som jeg ikke har spurt deg om?**

Tusen takk for at du tok deg tid til å snakke med meg. Lykke til videre.



[www.omsorgsforskning.no](http://www.omsorgsforskning.no)