

Innholdsfortegnelse

1 INNLEDNING.....	4
1.1 Problemstilling.....	4
1.2 Aktualitet.....	4
1.3 Avgrensning.....	6
1.4 Videre disposisjon.....	7
2 METODE.....	8
2.1 Metodebruk og kilder.....	8
2.2 Det rettslige landskapet.....	9
2.3 Forholdet mellom forskrift og retningslinjer til straffegjennomføringsloven.....	10
2.4 Forarbeider.....	12
2.5 Reelle hensyn.....	12
2.6 Politiske signaler.....	13
2.7 De europeiske fengselsreglene.....	13
2.8 Andre myndigheters lovtolkning.....	14
2.9 Synspunkter fra praktiserende fengselsleger.....	15
3 HISTORISK UTVIKLING.....	15
3.1 Innledning.....	15
3.1.1 Gjengjeldelse og hevn.....	16
3.1.2 Isolasjon og bot.....	16
3.1.3 Behandlingsbehov.....	17
3.1.4 Straff med nytteverdi for samfunnet.....	19
3.1.4.1 Normalitetsprinsippet.....	21
3.1.4.2 Importmodellen.....	21
3.1.5 Helselovgivning med pasienten i fokus.....	23

4	GJELDENE RETT	25
4.1	Innledning	25
4.2	Den videre fremstillingen	26
4.3	Ansvar og avgjørelsesmyndighet.....	27
4.3.1	Ansvarlig myndighet for helsetilbudet i fengselet.....	27
4.3.2	Kommunens ansvar	27
4.3.3	Helsetjenestens samarbeid med fengselet.....	28
4.3.4	Myndighet til å treffe avgjørelser i den innsattes sak	31
4.3.4.1	Avgjørelsesmyndighet.....	32
4.3.4.2	Innsatte på avdeling med særlig høyt sikkerhetsnivå.....	34
4.4	Innsattes behov for helse- og omsorgstjenester	35
4.5	Pasientrettighetene	36
4.6	Innsattes rett på nødvendig helsehjelp, helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten og rett på øyeblikkelig helsehjelp	37
4.6.1	Rett på nødvendig helsehjelp.....	37
4.6.1.1	Regulering av helsetjenestetilbudet i fengselet.....	38
4.6.1.2	Innsatte med behov for medisinerings	40
4.6.2	Rett på helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten	41
4.6.2.1	Permisjon og fremstilling	42
4.6.2.2	Reaksjoner ved brudd på regler.....	44
4.6.2.3	Gjennomføring av straff i sykehus	45
4.6.2.4	Gjennomføring av straff i institusjon	47
4.6.2.5	Avbrudd i straffegjennomføringen.....	49
4.6.3	Rett på øyeblikkelig helsehjelp.....	53
5	HÅNTERING AV KONFLIKTSITUASJONER OG KLAGE	54
5.1	Innledning	54
5.2	Generelt om rettssikkerhetsgarantier	55
5.3	Konflikthåndteringsmodellen	57
5.3.1	Generelt	57

5.3.2	Er konflikthåndteringen i tråd med de europeiske fengselsreglene.....	60
5.3.3	Mine vurderinger av den norske konflikthåndteringen	64
5.4	Klageadgang- rettssikkerhetsgaranti i den enkelte sak	65
5.4.1	Klage på fengselslegens vurdering	65
5.4.2	Klage på kriminalomsorgens vedtak	66
5.4.3	Konflikthåndterings side til klagebehandling	67
6	AVSLUTTENDE BEMERKNINGER.....	69
7	LITTERATURLISTE	72
7.1	Lovregister	72
7.2	Lovforarbeider og offentlige utredninger	73
7.3	Forskrifter, retningslinjer og praksis fra forvaltningsorgan.....	73
7.4	Internasjonale kilder.....	74
7.5	Rapporter.....	74
7.6	Juridisk litteratur	74
7.7	Andre kilder	75

1 Innledning

1.1 Problemstilling

Avhandlingens formål er å drøfte hvorvidt borgernes rett på helsetjenester er ivaretatt under opphold i fengsel. Problemstillingen aktualiseres fordi det under soning av fengselsstraff kan oppstå en spenning mellom fengselsfaglige hensyn og hensynet til individets helserettigheter.

Avhandlingen belyser innsattes helserettigheter i møte med kriminalomsorgens regelverk, med et særlig fokus på håndtering av konflikter mellom fengselslegens anbefaling om behandling av den innsatte og fengselsledelsens sikkerhetsvurderinger. Herunder tematiseres hvorvidt og hvordan innsattes klageadgang er ivaretatt.

Helsedirektoratet har utgitt en veileder for fengselshelsetjenesten, som blant annet har til formål å regulere hvordan man skal håndtere interessekonflikter som kan oppstå mellom fengselsrettslige hensyn og helsemessige hensyn, herunder konflikt mellom fengselsledelsen og fengselshelsetjenesten. Det er oppgitt at veilederen er i samsvar med gjeldende forskrift og regelverk.¹ Et tema i avhandlingen er om veilederens angivelse av håndtering av konflikt, er i tråd med de europeiske fengselsreglene, det vil drøftes særskilt i avhandlingen.

1.2 Aktualitet

Fangers helserettigheter er et tema som er viet lite oppmerksomhet i fagmiljøer og i samfunnet for øvrig. Dette til tross for at det på innsiden av fengselets murer er utstrakt sykелighet, i tillegg til at fengselsoppholdet ofte kan påvirke helsen i negativ retning.² Det fremkommer av en FAFO rapport fra 2004, at halvparten av fangebefolkningen har en eller

¹ Veileder fra helsedirektoratet IS-1971 (2013), side 2.

² Fafo-rapport, 429/2004, side 44.

flere kroniske sykdommer.³ Når det gjelder psykiske problemer, har tre av ti fanger behov for behandling under fengsling.⁴ Resultatene viser at innsatte som gruppe har særegne og komplekse helseproblemer innenfor områder der de kan sammenliknes med resten av befolkningen.⁵ Rapporten gir tydelige indikasjoner på at helseproblemer er en stor del av fangers fengselshverdag.

Når sykkeligheten er høy og behandlingsbehovet et faktum, er det grunn til å se nærmere på hvordan fangebefolkningens helseproblemer håndteres i en periode av livet de er underlagt fengselsvesenets myndighet og strenge sikkerhetsregler.

I 2008 fikk offentligheten et solid innblikk i hvor vanskelig det kan være å yte tilstrekkelige helsetjenester i et fengsel.⁶ Tromsø fengsels håndtering av konflikt mellom ledelsen i fengselet og fengselslegen ble gjenstand for medias søkelys.⁷ Bakgrunnen for konflikten går tilbake til 2005 hvor en kvinnelig innsatt begikk selvmord under isolasjon i fengsel.⁸ Fengselslegen hadde kontaktet fengselets ledelse og frarådet isolasjon av den kvinnelige innsatte, legens råd ble ikke tatt til følge.⁹ I 2006 opplevde legen ved Tromsø fengsel på ny ikke å bli hørt av fengselets ledelse.¹⁰ Legen hadde gjort fengselet oppmerksom på overhengende selvmordsfare hva gjaldt enda en innsatt, uten at rådet ble tatt til følge.¹¹ Et selvmordsforsøk ble avverget, men fengselet tok ikke legens anbefaling på alvor i forkant

³ Ibid. side 56.

⁴ Ibid. side 56.

⁵ Ibid. side 57.

⁶ Strandmo (2008)

⁷ I.c.

⁸ Rua (2012) side 124.

⁹ I.c.

¹⁰ I.c.

¹¹ I.c.

av at den innsatte forsøkte å ta sitt eget liv.¹² Konflikten ble en tankevekker for mange, og innsattes helserettigheter ble tema for den offentlige debatt.

Et viktig innspill i debatten om innsattes helserettigheter ble Marte Ruas avhandling ”Hva gjør fengselsleger”. Gjennom sin institusjonelle etnografi om isolasjon og helse, fremhever Rua legens rolle i konflikten mellom helse og straffegjennomføring.¹³ Rua påpeker at utstrakt bruk av isolasjon kan ha skadevirkende konsekvenser som det er vanskelig for fengselslegene å påvirke da sikkerhetshensyn er avgjørende i fengselet.¹⁴ I et system hvor institusjonens praksis kan være skadelig for den innsatte, er det nødvendig at håndtering av behandlingssituasjoner er tilstrekkelig klart definert.

Tromsø-konflikten tegnet et tydelig bilde på behovet for trygge rammer og tilfredsstillende praksis i fengselshelsesaker for både innsatte og ansatte, i helsetjenesten og kriminalomsorgen. Helsedirektoratet ferdigstilte i januar 2013 en veileder for helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel som skal være retningsgivende for helsetjenestens praksis. I veilederens innledning, understrekes viktigheten av kvalifisert helsepersonell med kompetanse på forhold som knytter seg til fangenes spesielle livssituasjon i fengsel.¹⁵ Videre påpekes det at helsepersonell og fengselsbetjentens rolle og funksjon overfor de innsatte er vesensforskjellig, det understrekes at helsepersonells rolle inne i fengselet vil møte juridiske, helsefaglige og etiske utfordringer. I avhandlingen ses det altså nærmere på noen slike utfordringer.

1.3 Avgrensning

Straffegjennomføringsloven § 4 forutsetter forvaltningssamarbeid mellom kriminalomsorgen og andre offentlige etater. Samarbeidet skal gjøre det mulig for domfelte

¹² I.c.

¹³ Rua, (2012), side 13.

¹⁴ Rua, (2012), side 101.

¹⁵ Veileder fra helsedirektoratet, IS-1971 (2013), side 8.

og innsatte i varetekt å hevde rettigheter som øvrig lovgivning hjemler krav på.¹⁶ Under gjennomføring av straff i fengsel, har innsatte fortsatt mange rettigheter hva gjelder skoletilbud, kulturtilbud og helse i behold.¹⁷ Denne avhandlingen avgrenses til å gjelde den delen av samarbeidet som omhandler innsattes helserettigheter, og tilfeller hvor fengselshelsetjenesten innehar det som kan betegnes som en behandlerrolle.

Avhandlingens tema er innsattes helserettigheter i tilfeller hvor det er kriminalomsorgen som har avgjørelsesmyndigheten i helserettslige saker. Ved innsettelse i fengsel av hensyn til etterforskning av straffbare forhold, såkalt varetektsfengsling, er den innsatte underlagt domstolens myndighet, og det er naturlig å avgrense avhandlingen mot dette temaet.¹⁸ Når endelig dom er avsagt, beror ansvarlig myndighet på hvilken sanksjonsform den domfelte dømmes til. I tilfeller hvor den tiltalte dømmes til tvungent psykisk helsevern¹⁹ eller tvungen omsorg,²⁰ er ikke kriminalomsorgen ansvarlig instans for gjennomføringen, og disse reaksjonsformene vil falle utenfor avhandlingens tema.

1.4 Videre disposisjon

Avhandlingen vil innledningsvis klargjøre rettskildebildet og enkelte metodiske spørsmål problemstillingen aktualiserer. Deretter følger et historisk tilbakeblikk på fremveksten av dagens syn på fengselsstraff og fengselshelsetjeneste, som kjennetegnes av at den innsatte er pasient og rettighetssubjekt. Formålet med fremstillingen er å gi en innsikt og en dypere forståelse av de hensyn som begrunner dagens rådende oppfatning av innsatte som pasienter.

¹⁶ Straffegjennomføringsloven § 4.

¹⁷ Kriminalomsorgens retningslinjene 16. mai 2002, punkt 1.6, side 8.

¹⁸ Straffeprosessloven § 184.

¹⁹ Straffeloven § 39.

²⁰ Straffeloven § 39 a.

Videre vil gjeldende rett skisseres. Hvordan helserettighetene tilpasses en fengselshverdag, er avhandlingens hovedfokus. Situasjoner hvor helserettigheter vanskelig kan tilpasses sikkerhetsmessige forhold i fengsel trekkes frem som illustrerende eksempler på utfordringer samspillet mellom de to regelsettene kan stå overfor. I tilfeller hvor den innsattes helserettigheter begrenses, kan det oppstå konflikt mellom kriminalomsorgen og helsetjenesten. Konflikthåndtering mellom fengselslegen og kriminalomsorgen og hvorvidt veiledende løsningen på uoverensstemmelser er i tråd med de europeiske fengselsreglene, vies særskilt drøftelse. Videre vil det redegjøres for konflikthåndteringsmodellens side til klagebehandling i helsesaker og øvrige vedtak besluttet av kriminalomsorgen.

Straffegjennomføringslovens terminologi legges til grunn for avhandlingen. Fanger vil i det følgende betegnes som innsatte og fengselsbetjenter som tilsatte.

2 Metode

2.1 Metodebruk og kilder

Tradisjonell juridisk metode legges til grunn for fremstillingen. Med juridisk metode forstås fremgangsmåter rettsanvendere bruker eller kan bruke for å fastsette rettsreglers innhold. I grove trekk går det ut på, ut fra relevante rettskildefaktorer å klargjøre informasjonsgrunnlaget, og derfra slutte seg frem til innholdet i rettsregler ut fra prinsipper om fortolkning.²¹

Vedtak som fattes av kriminalomsorgen blir sjeldent brakt inn for domstolene. Det finnes derfor i liten grad rettspraksis som kaster lys over avhandlingens problemstilling. Sett i sammenheng med lovgivningens mange skjønnspregede bestemmelser, er manglende domsstolspraksis en utfordring når de motstridende hensyn problemstillingen omhandler

²¹ Eckhoff (2001) side 32.

skal drøftes. Lovtekst, forarbeidene og reelle hensyn vil være de mest relevante og viktigste rettskildene.

Det rettslige området og det konkrete rettskildebildet tilsier en ytterligere klargjøring av hvilke typer rettskilder avhandlingens problemstilling aktualiserer, og forholdet mellom disse. Fremstillingen av dette i det følgende, er ment som et bakteppe for de påfølgende drøftelsene i kapittel fire og fem.

2.2 Det rettslige landskapet

Kriminalomsorgen fatter en rekke avgjørelser av inngripende karakter for den innsatte, og mindre inngripende avgjørelser egnet til å lette soningsforholdene. Grunnleggende prinsipp i norsk rett er legalitetsprinsippet, prinsippet kjerne er krav om at myndighetsutøvelse overfor borgerne har hjemmel i lov.²² Når det i avhandlingen drøftes hvorvidt innsattes helserettigheter blir ivaretatt, vil legalitetsprinsippet representere et sentralt tolkningsprinsipp og samtidig en skranke for kriminalomsorgens hjemmelsgrunnlag.²³ Ved inngripende vedtak skjerpes kravet til hjemmelsgrunnlaget beroende på inngrepets alvor og karakter.²⁴

Rettsanvendelsesprosessens naturlige utgangspunkt er altså lovens ordlyd. Gjennomføringen av straff i fengsel reguleres av straffegjennomføringsloven av 2001, med tilhørende forskrift og retningslinjer.²⁵ Straffegjennomføringsloven av 2001 avløste fengselsloven av 12. desember 1958 nr. 7. På de områder hvor straffegjennomføringsloven viderefører regler som tidligere var hjemlet i fengselsloven, vil tolkning av fengselsloven være relevant for forståelsen av straffegjennomføringslovens bestemmelser.

²² Bernt (2010) side 43.

²³ Bernt, op.cit, side 92-93.

²⁴ Eskeland (1989) side 124.

²⁵ Forskrift til lov om gjennomføring av straff av 22. februar 2001.
Kriminalomsorgens retningslinjene 16. mai 2002.

Innsattes helserettigheter finnes spredt i lovverket. De fremkommer dels av helse- og omsorgstjenesteloven av 2011 og dels i pasient- og brukerrettighetsloven av 1999. Straffegjennomføringsloven med tilhørende forskrift og retningslinjer oppstiller enkelte bestemmelser av betydning for praktiseringen av disse reglene. I de tilfellene hvor bestemmelser i straffegjennomføringsloven har en side til innsattes helserettigheter, beror det på en konkret tolkning av hjemmelsgrunnlaget sett i sammenheng med pasientens rettigheter, hvorvidt den innsattes helserettigheter er ivarettatt.

Med hjemmel i straffegjennomføringsloven § 5 fjerde ledd, oppstilles det fullmakt til å gi forskrift og retningslinjer, som på den bakgrunn kan utgjøre selvstendige hjemmelsgrunnlag for kriminalomsorgens avgjørelser. I tråd med legalitetsprinsippet må bestemmelsen forstås slik at den ikke gir adgang til å fravike de yttergrenser som allerede følger av straffegjennomføringslovens bestemmelser, og hjemmelsgrunnlag som fremgår av forskrift eller retningslinjer må derfor vurderes opp mot straffegjennomføringslovens rammer.²⁶ I denne sammenhengen vil avveiningen mellom hensynet til innsattes helserettigheter og fengselets fokus på sikkerhetsmessige hensyn, komme til uttrykk. Lovens yttergrenser beror på en konkret tolkning av lovbestemmelsene. Enkelte tolkningsspørsmål vil bero på grenser som følger av internasjonale menneskerettigheter, fortrinnsvis EMK og de europeiske fengselsreglene.²⁷

2.3 Forholdet mellom forskrift og retningslinjer til straffegjennomføringsloven

Retningslinjene til lov om gjennomføring av straff er fastsatt av Kriminalomsorgens sentrale forvaltning 16. mai 2002, nåværende Kriminalomsorgsdirektoratet, med hjemmel i forskrift til lov om gjennomføring av straff av 22. februar 2001 § 8-1.

²⁶ Eskeland (2013) side 523-524.

²⁷ Eskeland (2013), side 523.

Retningslinjene til straffegjennomføringen er utarbeidet i kraft av instruksjonsmyndigheten til overordnet myndighet i kriminalomsorgen, og er det generelle utgangspunktet for forvaltningens lovanvendelse i de mange skjønnsmessige avveiningene loven gir anvisning på.²⁸ Det må antas at retningslinjene hyppig blir brukt i kriminalomsorgens saksbehandling, og utgjør en rettskilde egnet til å sikre ensartet forvaltningspraksis.²⁹

Et særlig spørsmål er knyttet til forholdet mellom forskrift og retningslinjer i tilfeller hvor begge rettskildene har selvstendig innhold og er av betydning for løsningen av rettsspørsmålet. Forholdet mellom rettskildene vil komme på spissen hvis de tilsier ulik regelforståelse.

Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker av 1967 kapittel syv omhandler vedtakelse av forskrifter. Med hjemmel i forvaltningsloven § 37 annet ledd, skal de som kan bli berørt av forskriften få anledning til å uttale seg som ledd i utformingsprosessen gjennom høringsrunde. Forvaltningslovens § 38 oppstiller krav til kunngjøring, og utdyper de formkrav som stilles til forskrifter. En forskrift skal jamfør § 38 første ledd bokstav c kunngjøres i Norsk Lovtidend. Det er usikkert om retningslinjer utformet av Kriminalomsorgens sentrale forvaltning har vært gjenstand for en høringsrunde, retningslinjene er imidlertid ikke kunngjort i Norsk Lovtidend, og oppfyller dermed ikke de vilkår som stilles til forskrifter.

Det fremgår av retningslinjene til straffegjennomføringsloven at lovtekst, forskrift og retningslinjer skal anvendes sammen.³⁰ Til tross for at retningslinjene gir anvisning på nært samspill mellom lov, forskrift og retningslinjer, kan dette ikke forstås slik at retningslinjene gis tilsvarende betydning som lovtekst og forskrift når rettsregelen skal stadfestes, da de

²⁸ Eckhoff (2010) side 164-165.

²⁹ Eckhoff (2010) side 176.

³⁰ Kriminalomsorgens retningslinjene 16. mai 2002. Forsiden.

ikke oppfyller de krav loven oppstiller for kunngjøring av forskrifter. I tilfeller hvor retningslinjene vurderes i sammenheng med lov og forskrift vil denne ulikheten som et utgangspunkt begrense retningslinjenes betydning.

2.4 Forarbeider

En nærmere presisering av lovens bakgrunn og lovgivers vilje oppstilles i lovens forarbeider og legger føringer på tolkningen av lovbestemmelsen.³¹ En sentral kilde for forståelse av straffegjennomføringslovens mange skjønnspregede bestemmelser er forarbeidene, og da særlig Ot.prp. nr. 5 (2000-2001). Da pasient- og brukerombudsloven også er generelt utformet, må utfyllende beskrivelse av hvilke rettigheter pasienten har søkes i lovens forarbeider til helselovgivningen, sentral er Prop.91 L (2010-2011). Forarbeider er en rettskilde det gjennomgående trekkes veksler på ved tolkning av lovregulering som drøftes i avhandlingen.

2.5 Reelle hensyn

Det er faktum at det i straffegjennomføringen for mange spørsmål er et relativt tynt rettskildemateriale å basere tolkning på.³² I tilfeller hvor verken lov, forskrift, forarbeider eller retningslinjer gir tilstrekkelig grunnlag for forståelsen av regelverket vil reelle hensyn være av betydning som rettskildefaktor.³³

På bakgrunn av dette særegne rettskildebildet har jeg vurdert det hensiktsmessig å knytte generelle betraktninger til rettskildene adskilt fra de enkelte drøftelsene, for å tydeliggjøre hvorvidt reguleringen fremstår som hensiktsmessig og velbegrunnet. Dette gjøres blant annet i kapittel fem.

³¹ Andenæs (2009) side 42.

³² Eskeland (2013) side 515.

³³ Andenæs (2009) side 57.

2.6 Politiske signaler

Stortingsmelding 37 (2007-2008), ”Straff som virker – mindre kriminalitet – tryggere samfunn”, utarbeidet av Justis- og politidepartementet gir uttrykk for *regjeringens standpunkt til viktige kriminalpolitiske spørsmål*. Stortingsmeldinger utarbeidet i etterkant av lovens ikrafttredelse betegnes i juridisk litteratur som etterarbeid.³⁴ Synspunkter inntatt i meldingen kan ha en viss argumentasjonsverdi i tolkningsprosessen, men representerer ikke lovgivers vilje på linje med lovtekst og forarbeider.³⁵

2.7 De europeiske fengselsreglene

Europarådets Ministerkomite vedtok den 11. januar 2006 *de europeiske fengselsreglene*. Europarådets hovedoppgave er å sikre overholdelse av og respekt for menneskerettighetene.³⁶ Ministerkomiteen er vedtaksorgan og det organet i Europarådet hvor det politiske samarbeidet foregår.³⁷ Reglene gir uttrykker for en straffegjennomføring som tar hensyn til den europeiske menneskerettighetskonvensjonen og rettspraksis fra den europeiske menneskerettighetsdomstolen.³⁸

Norge har gitt sin tilslutning til de europeiske fengselsreglene, regelsettet har status som rekommandasjoner, såkalt ”soft-law” som på den bakgrunn ikke er rettslig bindende.³⁹ Til tross for denne statusen, er det av betydning at Norge ikke har reservert seg for å følge regelsettet. Reglene angis å være anbefalinger som legges til grunn for helse- og omsorgstjenesten i norsk fengsler, så langt de ikke er i strid med norsk lov og forskrift.⁴⁰

³⁴ Andenæs (2009) side 123.

³⁵ I.c.

³⁶ Høstmælingen (2012) side 385.

³⁷ I.c.

³⁸ Europarådet Ministerkomiteens rekommandasjoner, Rec(2006)2. Innledningen.

³⁹ Høstmælingen (2012) side 79.

⁴⁰ Veileder fra helsedirektoratet, IS-1971 (2013) side 9.

Som rettskildefaktor vil det faktum at Norge har tilsluttet seg regelsettet tilsi at de har en viss argumentasjonsverdi i rettsanvendelsesprosessen.

2.8 Andre myndigheters lovtolkning

Sivilombudsmannens uttalelser er ikke rettslig bindende og kan ikke isolert sett begrunne rettsregler.⁴¹ Slike uttalelser blir imidlertid normalt etterlevd av forvaltningen, og ombudsmannens vurdering av en sak vil ha autoritet i forståelsen av lovtolkningen.⁴² Uttalelser fra sivilombudsmannen vil i avhandlingen benyttes for å konkretisere utfordringene innsattes helserettigheter møter gjennom straffegjennomføringen.

Helsedirektoratet gir i sin ovennevnte veileder anvisning på hvordan innsatte i fengsel kan gis et helsetilbud i samsvar med gjeldende lov- og forskriftsverk i praksis.⁴³ Helsedirektoratets rettsoppfatning som kommer til uttrykk i veilederen er ikke i seg selv rettslig bindende, men vil ha en viss argumentasjonsverdi i tolkningsprosessen.⁴⁴

Helsetilsynets oppsummering av klagesaker fra fengselshelsetjenesten utgjør korte sammendrag fra enkelte klagesaker, det konstateres brudd på regelanvendelse, men rettsanvendelsesprosessen i sin helhet er fraværende.⁴⁵ På denne bakgrunn, er sakene som nevnes egnet til å illustrere tilfeller hvor helserettighetene kan komme konflikt med straffegjennomføringen og representerer ikke en rettskildefaktor av betydning for lovtolkningen.

⁴¹ Eckhoff (2010) side 212.

⁴² Eckhoff (2001) side 231.

⁴³ Veileder fra helsedirektoratet, IS-1971 (2013), side 2.

⁴⁴ Andenæs (2009) side 123.

⁴⁵ Helsetilsynets oppsummering av tilsynserfaringer og klagesaker fra fengselsinnsatte. Ref:2011/523.

2.9 Synspunkter fra praktiserende fengselsleger

For å få innblikk i praktiske situasjoner hvor innsattes helserettigheter vanskelig kan forenes med fengselets kontroll- og sikkerhets hensyn, tok jeg kontakt med praktiserende fengselsleger. Samtalene ble gjennomført over telefon. Siktemålet med samtalene var ikke å gjøre en kvalitativ studie av ordningen som sådan, men en klargjøring av situasjoner fengselsleger selv opplever som utfordrende for sitt arbeid i fengselet.

3 Historisk utvikling

3.1 Innledning

Fengsel slik institusjonen er organisert og tar siktemål på å fungere, har vært gjenstand for en lang historisk utvikling. Det kan spores en klar sammenheng mellom oppfatningen av hva som er årsaken til kriminalitet og behandling av innsatte i fengsel.⁴⁶

Straffens formål i et historisk perspektiv gjenspeiler hvordan kriminalomsorgens struktur gradvis har dreid seg over mot det som sies å være en human straffegjennomføring, med rehabilitering og behandlingssideologiske grunntanker.⁴⁷ Med fokus på rehabiliteringssideologien og den oppfatningen at innsatte har behov og rett på behandling, er helsetjenesten blitt en naturlig del av den moderne fengselshverdagen.⁴⁸

Fengsel som institusjon, hvor kontroll og sikkerhet prioriteres, utfordrer helsetjenestens ansvar for den innsattes rettigheter i kraft av å være pasient. Utviklingen som har funnet sted belyser bakgrunnen for utfordringene helsetjenesten i fengselet står overfor når kryssende hensyn skal balanseres, og er av betydning for forståelsen av dagens utfordringer.

⁴⁶ St. meld. nr.37 (2007-2008) side 30.

⁴⁷ Ibid. side 21.

⁴⁸ Ibid. side 112-113.

På den bakgrunn redegjøres det i det videre for fremveksten av en human straffegjennomføring med fokus på behandlingssideologien. For forståelse av pasientens rettsstilling i fengsel, vil opprinnelsen for gjeldende lovregulering av pasientenes rettigheter utdypes. Pasientens stilling har kommet til uttrykk i en rekke lover i et historisk perspektiv. Lovregulering av størst betydning som underbygger den rettslige status pasienter som gruppe har i dag vil trekkes frem, og den historiske fremstillingen vil altså ikke være fullstendig uttømmende.

3.1.1 Gjengjeldelse og hevn

Den første lovreguleringen av frihetsberøvelse som straff i form av opphold i fengsel uten arbeidsplikt, kan spores tilbake til Christian den femtes lov av 1687.⁴⁹ Formålet med fengselsstraffen var hevn overfor den kriminelle gjennom det onde frihetsberøvelsen representerte.⁵⁰ Datidens formål med straff gjenspeiler samfunnets forakt og oppfatning av den kriminelle som et individ uten verdi, verken fysisk eller psykisk.⁵¹

Først i 1842 ble strafferetten kodifisering gjennom Lov angaaende Forbrytelser.⁵² Botsfengselet åpnet i Christiania i 1851 og i 1857 ble fengselsloven vedtatt.⁵³

3.1.2 Isolasjon og bot

Botsfengselet var Norges første fengsel og ble bygget etter den såkalte Philadelphia-modellen, her var fengselets funksjon for den innsatte et sentralt hensyn ved utformingen

⁴⁹ Eskeland (1989) side 34.

⁵⁰ I.c.

⁵¹ Virker straff (2012) side 21.

⁵² Eskeland (1989) side 36.

⁵³ St. meld. 37 (2007-2008) side 31.

av bygningens struktur.⁵⁴ Etter Philadelphia-modellen skulle fengselets korridorer være sentraliserte rundt et midtpunkt, i korridorene skulle det ligge celler hvor de innsatte sonet sin dom isolert fra hverandre. Total isolering av den innsatte skulle hindre uheldig innflytelse fra øvrige innsatte og ha en positiv effekt på den innsattes moralske evner.⁵⁵

Hevn og gjengjeldelse var ikke lenger straffens enerådende funksjon overfor individet, og myndighetene ønsket ikke utelukkende å straffe for straffens skyld.⁵⁶ Rehabiliteringstanken ble etablert, og individet skulle gjennom isolasjon og bot endre sitt livsmønster under fengselsoppholdet.⁵⁷ Isolasjonens tiltenkte effekt var imidlertid et feilskjær, de innsatte ble tvert i mot nedbrutt og syke som følge av isolasjonen.⁵⁸

3.1.3 Behandlingsbehov

Rundt 1900 endres synet på den innsatte fundamentalt, fra tidligere å ha vært den skyldige, til nå å bli ansett som et sykt individ med et behov for behandling og med et potensiale for forbedring.⁵⁹ Bakgrunnen for den kriminelle handling ble begrunnet i en fysisk eller psykisk defekt ved individets egen rasjonalitet. Behandlingstanken og tro på et behandlingspotensiale hos den enkelte ble en fremtredende del av straffens innhold.⁶⁰

I fengselsloven av 1958 er en styrket rehabiliterings- og behandlingssideologi gjennomgående.⁶¹ Det ble fokusert på den enkeltes sosiale og personlige bakgrunn og individets fysiske og sjelelige helse i og utenfor fengsel.⁶²

⁵⁴ St. meld. 37 (2007-2008) side 31.

⁵⁵ I.c.

⁵⁶ Virker straff (2012) side 21.

⁵⁷ St. meld. nr 37 (2007-2008) side 31.

⁵⁸ Viker straff (2012) side 23.

⁵⁹ St. meld. nr 37 (2007-2008) side 31.

⁶⁰ I.c.

⁶¹ St. meld. nr 37 (2007-2008) side 32-33.

Hvordan kriminalomsorgen ved innsettelse skulle vurdere sikkerhetsnivå tilpasset den domfelte, gir et tydelig eksempel på hvordan behandlingssideologien uttrykkes i lovgivningen. I vurderingen skulle det etter fengselsloven § 11 "... særlig tas hensyn til vedkommendes alder, kriminelle fortid, anlegg og evner, mottagelighet for opplæring og påvirkning samt til lovbruddets art. Domfelte som lider av sjelelige eller legemlige mangler eller som av andre grunner trenger særlig pleie, bør søkes anbragt slik at de kan få den nødvendige behandling. ..."

Slik loven er formulert, kommer det klart frem at domfelte med et særlig behov for pleie bør "søkes anbragt", slik at den nødvendige behandling kan gis. Lovens formulering indikerer at behandlingstilbudets tilgjengelighet varierte mellom ulike anstalter, og ved valg av anstalt spilte hensynet til domfeltes behandlingsbehov en sentral rolle.

Hvordan anstalten håndterer situasjoner der domfelte hadde behov for behandling og eksempel på hvordan behandlingssideologien fungerte under straffegjennomføringen, fremgår av fengselsloven er § 32 første ledd; "En innsatt som er syk, kan legges inn i fengselsvesenets sykehus eller et annet sykehus, hvis han ikke i anstalten kan få en hensiktsmessig behandling for sin sykdom. ..."

Slik det fremgår av bestemmelsen, kan den innsatte ved tilfeller av sykdom ha behov som vanskelig tilfredsstilles i fengselet. Behandlingsbehovet ble etter lovens ordlyd avhjulpet gjennom samarbeid mellom helsetjenesten og fengselet. Samarbeidet skulle sikre den innsatte hensiktsmessig behandling for sin sykdom.

⁶² St. meld. nr 37 (2007-2008) side 32.

Det nye synet på fengselsvesenets betydning for den innsatte påvirket også økt fokus på fellesskap med andre innsatte, hyppigere bruk av åpne anstalter og sterkere fokus på et godt arbeids- og undervisningstilbud.⁶³

3.1.4 Straff med nytteverdi for samfunnet

Formålet med den någjeldende straffegjennomføringsloven er angitt i § 2 første ledd; ”Straffen skal gjennomføres på en måte som tar hensyn til formålet med straffen, som motvirker nye straffbare handlinger, som er betryggende for samfunnet og som innenfor disse rammene sikrer de innsatte tilfredsstillende forhold. ...”

Lovbestemmelsens formulering forutsetter innsikt i formålet med straff, og innblikk i hvilke forventninger som kan stilles til tilfredsstillende soningsforhold i institusjon hvor samfunnsvern og sikkerhetstenkning er dominerende. Hvilke krav som kan stilles til ”tilfredsstillende forhold”, må etter lovens forarbeider vurderes konkret på bakgrunn av hvor strengt sikkerhetsnivået er på institusjonen den innsatte soner sin dom.⁶⁴ Som illustrerende eksempel trekkes det frem i forarbeidene innsatte som soner på avdeling med særlig høyt sikkerhetsnivå. Tilfredsstillende forhold for den innsatte vil i denne sammenhengen innebære at kriminalomsorgen legger til rette for å minske risikoen for skadevirkninger av isolasjon gjennom blant annet god kontakt med tilsatte.⁶⁵

Inntatt i Ot.prp.nr.5 (2000-2001) utdypes det at samfunnets formål med ileggelse av straff representerer et overordnet hensyn som skranke for kriminalomsorgens behandling av den innsatte.⁶⁶ Hva samfunnets formål med straff er og begrunnelse for rådende oppfatning om hvorfor vi straffer, blir da av vesentlig betydning.

⁶³ St. meld. nr 37 (2007-2008) side 33

⁶⁴ Ot.prp.nr 5 (2000-2001) side 28.

⁶⁵ I.c.

⁶⁶ Ot.prp.nr.5 (2000-2001) side 29.

I forarbeidene til straffeloven av 2005, drøftes straffens formål og tiltenkte virkning inngående.⁶⁷ Til tross for at straffeloven av 2005 i sin helhet ikke er trådt i kraft fullt ut, vil lovens forarbeider danne bakgrunn for myndighetenes rådende oppfatning av straffens begrunnelse.

Etter forarbeidene, er formålet med straffelovgivningen å motvirke de handlinger som er kriminalisert.⁶⁸ Det understrekes at dagens straffegjennomføring er begrunnet i prevensjonshensyn som tar sikte på å være samfunnsnyttig, samtidig som at gjengjeldelsesteorien delvis består.⁶⁹ Prevensjonshensynet har to sider, uønsket adferd skal forebygges hos individet selv og allment i samfunnet.⁷⁰ Gjengjeldelsesteorien er i den tro på at straff for en kriminell handling har ringvirkninger for opprettholdelse av sosial ro i samfunnet, ikke helt forlatt.⁷¹ Borgerne har et behov for å se at den kriminelle handlingen faktisk får inngripende konsekvenser for lovovertrederen.⁷² Gjengjeldelsesteorien kan derimot ikke være enerådende da grunnleggende rettferdighetshensyn og hensyn til human behandling, taler mot å påføre individer sanksjoner uten noe nytteverdi for samfunnet.⁷³

Den gjeldende straffegjennomføringsloven av 2002 kodifiserte en oppfatning av straffegjennomføring etablert over tid.⁷⁴ Gjennomgående i loven er fokus rettet mot at soningsforholdene i fengsel skal muliggjøre en planmessig progresjon hos individet, med rehabilitering som intensjon.⁷⁵ Loven preges av skjønnsmessige bestemmelser og åpner på den måten for progresjon i soningen, på samme tid som den muliggjør en rekke

⁶⁷ Ot.prp.nr.90 (2003-2004) side 77-81.

⁶⁸ Ibid. side 78.

⁶⁹ Ibid. side 77.

⁷⁰ Ibid. side 77.

⁷¹ Ibid. side 78.

⁷² Ibid. side 81.

⁷³ Ibid. side 78.

⁷⁴ St.meld. nr 37 (2007-2008) side 36.

⁷⁵ I.c.

sikkerhetsmessige og restriktive tiltak.⁷⁶ I motsetning til fengselsloven av 1857 som bygde på total isolasjon av den enkelte innsatte, er det grunnleggende prinsipp fellesskap med andre innsatte i den någjeldende straffegjennomføringslov.⁷⁷

3.1.4.1 Normalitetsprinsippet.

Sentralt i dagens kriminalomsorg står normalitetsprinsippet som verdigrunnlag.⁷⁸ Normalitetsprinsippetets hovedtese er at domfelte skal ha de samme rettighetene som andre borgere, og at hverdagen i fengsel så langt det er mulig skal tilsvare tilværelsen ellers i samfunnet.⁷⁹ Frihetsberøvelsen utgjør straffen, og den skal ikke være mer tyngende eller innebære strengere kontrolltiltak enn hva som er nødvendig av hensyn til sikkerheten i et fengsel.⁸⁰ Innsatte skal verken fratras de rettigheter eller plikter som øvrige borgere har krav på, med unntak av de begrensinger som følger av frihetsberøvelsen.⁸¹

3.1.4.2 Importmodellen

På bakgrunn av normalitetsprinsippet som del av kriminalomsorgens verdigrunnlag, ble importmodellen utformet.⁸² Importmodellens hovedanliggende var at ansatte i kriminalomsorgen ikke lenger skulle ha ansvar for alle sider av straffegjennomføringen.⁸³ Fra selv å ha ansvar for at de innsatte hadde et tilgjengelig og tilstrekkelig tilbud inne i fengselet, skulle nå utvalgte tjenester tilbys fra andre offentlige etater som ellers er ansvarlig for de samme tjenestene ute i samfunnet.⁸⁴

⁷⁶ I.c.

⁷⁷ Eskeland (1989) side 46.

⁷⁸ St.meld. nr 37 (2007-2008) side 22.

⁷⁹ Ibid. side 22.

⁸⁰ Ibid. side 108.

⁸¹ Ibid. side 109.

⁸² St.meld. nr 37, side 22 (importmodellen betegnes der som "forvaltningssamarbeidsmodellen").

⁸³ Murer og mennesker (1993) side 117.

⁸⁴ I.c.

I stortingsmelding nummer 104 fra perioden 1977-78, fremkommer bakgrunnen for omlegging av tjenestetilbudet i fengselet.⁸⁵ Bakgrunnen for å flytte ansvaret for helse- og sosialtjenesten i fengselet fra Justisdepartementet til Sosialdepartementet, ble gjort av hensyn til organiseringen av det praktiske helsearbeidet og viktigheten av en helsetjeneste uavhengig av kriminalomsorgen. Det fremheves at helsetjenesten gjennom en omlegging av praksis, ikke lenger underordnes straffesystemet. Helsetjenesten skal, uavhengig av straffegjennomføringen, ha ansvar for de innsatte på lik linje som øvrige borgere.⁸⁶ Et tydelig skille mellom hjelpe- og kontrollfunksjon er av avgjørende betydning for å kunne hjelpe innsatte, og er en utfordring i fengselet, fremhever departementet.⁸⁷

Importmodellen ble innført gradvis fra 1970- og utover 1980-tallet, og medførte at selvforsyningsmodellen som hadde vært rådende innenfor fengselets murer ble historie.⁸⁸ Justisdepartementet overførte ansvaret for helsetilbudet i fengselet til Sosial- og Helsedepartementet i 1988.⁸⁹ Offentlige instansers tilstedeværelse i fengselet skulle gjøre hverdagen i fengsel synlig for det øvrige samfunn.⁹⁰ Innpass fra andre kompetente etater skulle sikre tjenestenes kvalitet.⁹¹

Helsedirektoratet utarbeidet i forbindelse med ansvarsoverføringen en faglig veileder med henblikk på å definere innhold og omfang av fengselshelsetjenesten.⁹² En av målsettingene for omorganisering av helsetjenesten var at helsepersonellet skulle fungere som innsattes

⁸⁵ St.meld. nr. 104, (1977-1978) side 155.

⁸⁶ Ibid. side 155.

⁸⁷ Ibid. side 145.

⁸⁸ Helsedirektoratets veileder IS-1971 (2013), side 12.

⁸⁹ I.c.

⁹⁰ Murer og mennesker (1993) side 117.

⁹¹ I.c.

⁹² Faglig veileder for Fengselshelsetjenesten, 3-87, 1987, side 1.

”advokat i helsespørsmål”.⁹³ Overføringen av ansvar for helsetjenestene til Sosialdepartementets administrasjon skulle gi helsetjenesten den frie og uavhengige stillingen denne rollen forutsatte.⁹⁴ Legen skulle foreta undersøkelser og yte behandling i fengselet etter vanlige medisinske kriterier.⁹⁵

Behovet for eksterne ressurser indikerer at kriminalomsorgen alene ikke i tilstrekkelig grad er egnet til å ivareta innsattes rettmessige krav på helsetjenester. Innsatte selv er prisgitt helsetilbudet i fengselet og har i de fleste tilfeller ikke mulighet til å benytte seg av et alternativt tilbud.⁹⁶ Behandling av helseproblemer vil igjen være egnet til å styrke evnen til å leve et selvstendig liv etter endt fengselsstraff, og har en side til rehabiliteringstankegangen.⁹⁷

3.1.5 Helselovgivning med pasienten i fokus

Gjeldende pasient- og brukerrettighetslov gir pasienten rett på helsetjenester og pålegger helsevesenet å yte forsvarlige helsetjenester.⁹⁸ Pasientrettighetsloven oppstiller i § 1-3 første ledd bokstav a, legaldefinisjon på en pasient, det legges til grunn at en person som henvender seg til helsetjenesten for å få hjelp eller får tilbud om helsehjelp er pasient. Gjennom importmodellen tilbys helsetjenester inne i fengselet, og de innsatte som henvender seg til helsetjenesten med behov for helsehjelp, eller på annen måte får tilbud om helsehjelp omfattes av legaldefinisjonen ”pasient” med et berettiget krav på lovregulerte pasientrettigheter.

⁹³ Ibid. side 12.

⁹⁴ Ibid. side 12.

⁹⁵ Ibid. side 18.

⁹⁶ Warberg (2011) side 125.

⁹⁷ St.meld. nr 37 (2007-2008), side 113.

⁹⁸ Pasient- og brukerrettighetsloven § 1-1 (heretter omtalt som pasientrettighetsloven).

Slik helseretten er organisert i dag, er den i stor grad individorientert, det har ikke alltid vært slik gjennom historien.⁹⁹ En gjennomgående tendens i helselovgivning vedtatt før 1982, var at rettsforholdene er beskrevet fra legens ståsted.¹⁰⁰ Fokuset rettes direkte mot pasienten med kommunehelsetjenesteloven, innført i 1982.¹⁰¹ Loven omhandler hovedsakelig planlegging, drift og finansiering av helsetjenesten, men hadde også betydning for pasienters rettsstilling.¹⁰² Alle individer som oppholdt seg i kommunen, uten unntak for innsatte i kommunenes fengsler, fikk med den nye loven en direkte rett på nødvendig helsehjelp som naturalytelse. Rettslig krav på nødvendig helsehjelp hadde tidligere fremkommet indirekte av sykeforsikringsloven av 1909 og legevesenloven av 1912.¹⁰³ Kommunehelsetjenesteloven gjorde pasientens stilling og kommunens ansvar for pasienten klart definert.

Inntil 1987, var fengselshelsetjenesten underlagt Justisdepartementet, og fengselsloven regulerte primært helsepersonellens arbeidsoppgaver.¹⁰⁴ Som konsekvens av kommunehelsetjenesteloven ble fengselslegen kommunalt ansatt, og var dermed ikke lenger instruksforpliktet til å arbeide som fengselslege.¹⁰⁵

Lovfesting av pasientrettigheter ble først virkelig et faktum på 1970- og 1980-tallet.¹⁰⁶ Gjennom pasient- og brukerrettighetsloven av 1999, ble tidligere praksis kodifisert og

⁹⁹ Kjønstad (2005) side 67.

¹⁰⁰ Ibid. side 75-81.

¹⁰¹ Ibid. side 82.

¹⁰² Ibid. side 82.

¹⁰³ Ibid. side 82.

¹⁰⁴ Faglig veileder for Fengselshelsetjenesten 3-87, 1987, side 5.

¹⁰⁵ I.c.

¹⁰⁶ Kjønstad (2005) side 67.

utdypet og nye rettsprinsipper vedtatt.¹⁰⁷ Pasientens rettsstilling ble styrket gjennom å samle og gjøre tilgjengelig alle regler og prinsipper med direkte betydning for pasienten.¹⁰⁸

Behovet for en lovfesting manifesterte seg som konsekvens av at samfunnet over tid hadde utviklet seg i takt med større mengder ressurser mot økt makt i offentlige organer og institusjoner.¹⁰⁹ En naturlig følge av utviklingen var en større andel helsearbeidere med makt over pasienten med et betydelig innblikk i sensitive opplysninger. Pasientrettighetene ble utformet av hensyn til å styrke pasientens rettsvern og rolle i et system preget av skjev maktbalanse.¹¹⁰

I fengsel som institusjon, vil det være en skjev maktbalanse mellom innsatte og tilsatte, og tilsvarende hensyn som gjorde seg gjeldende i utformingen av pasientrettighetene kan spores der. Viktigheten av at den innsatte som rettighetssubjekt skal få tilgang på lovhjemlede helsetjenester understrekes av importmodellen for offentlige tjenester.

4 Gjeldende rett

4.1 Innledning

I tråd med normalitetsprinsippet, som fastslår at fengselsstraffen skal innebære minst mulig inngrep utover frihetsberøvelsen, har innsatte pasientrettigheter på lik linje med øvrige borgere.¹¹¹ En kriminalomsorg med behandlingsutsikter, pasientrettigheter og rett på behandling, forutsetter samspill mellom kriminalomsorgen og helsemyndighetene. Det at

¹⁰⁷ Ibid. side 68.

¹⁰⁸ Ibid. side 68.

¹⁰⁹ Ibid. side 67.

¹¹⁰ Ibid. side 67.

¹¹¹ St.meld. nr 37 (2007-2008) side 109.

den innsatte er fratatt muligheten til fritt å sikre sine egne helserettigheter understreker viktigheten av helsetjenestetilbudet som finnes inne i fengselet.¹¹²

4.2 Den videre fremstillingen

I det følgende, vil det først redegjøres for straffegjennomføringslovens regulering av fengselshelsetjenesten som ansvarlig myndighet og forvaltningssamarbeid som grunnlag for fengselshelsetjenesten. Kriminalomsorgens hierarkiske struktur danner bakteppet for avgjørelsesmyndigheten i fengselshelsesaker, og det redegjøres derfor for hvem som har faktisk avgjørelsesmyndighet.

Temaet er deretter hvordan straffegjennomføringslovens regulering av formelle og materielle forhold under gjennomføring av fengselsstraff kan virke inn på innsattes helserettigheter. Innsattes rett til helsehjelp vil drøftes i tråd med pasientrettighetslovens system hvor retten til nødvendig helsehjelp, rett på helsehjelp fra spesialist og rett på øyeblikkelig helsehjelp er utgangspunkt for disposisjonen. Denne disposisjonen er valgt for å gi en oversiktlig fremstilling og fordi de ulike rettighetene i stor grad aktualiserer ulike bestemmelser i straffegjennomføringsloven. En tilsvarende systematikk ble brukt i veilederen fra helsedirektoratet etter at den ble oppdatert i november 2013.

Det vil gjennomgående vises til sammenhenger hvor pasientrettighetene utfordres i møte med straffegjennomføringsloven. Fremstillingen er ikke ment å være uttømmende, men å dekke og illustrere sentrale problemområder.

¹¹² Warberg (2005) side 125.

4.3 Ansvar og avgjørelsesmyndighet

4.3.1 Ansvarlig myndighet for helsetilbudet i fengselet

I henhold til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd, skal den kommunen fengselet befinner seg i ”sørge for” at personer som oppholder seg i kommunen tilbys ”nødvendige helse- og omsorgstjenester”. I bestemmelsens andre ledd, presiseres det at ansvaret omfatter alle ”pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatiske eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne”. Begrepet ”sørge for” gir ikke konkret angivelse av hvor langt kommunenes ansvar strekker seg i praksis. Ordlydens innhold er utdypet i lovens forarbeider, Prop.91 L (2010-2011), og er ment å pålegge kommunene ansvar for at tjenestene etter loven er tilgjengelige for de som har rett til å motta tjenesten.¹¹³

Kommunenes plikt til å yte helse- og omsorgstjenester til innsatte fremgår også av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-9. Bakgrunnen for at kommunenes ansvar understrekes gjennom særskilt hjemmelsgrunnlag avklares av departementet i forarbeidene.¹¹⁴ Behovet for særskilt regulering av helsetilbud i fengsel begrunnes med viktigheten av at rekkevidden til kommunenes ansvar for denne gruppen pasienter er tydelig. Videre understreker departementet viktigheten av dialog og samarbeid mellom kommunene og kriminalomsorgen for å sikre at lovens krav innfris for denne pasient- og brukergruppen.

4.3.2 Kommunens ansvar

For å oppfylle sitt ansvar etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1, må kommunens tjenestetilbud innfri de krav som oppstilles i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2. Aktuelt for helsetjenesten i fengsel er § 3-2 første ledd nummer tre, fire og fem, hvor det fremgår at kommunen skal tilby hjelp i akutte situasjoner, er ansvarlig for ”utredning, diagnostisering

¹¹³ Prop. 91 L (2010-2011) side 133.

¹¹⁴ Prop. 91 L (2010-2011) side 195.

og behandling, herunder fastlegeordning” og har ansvaret for ”sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering”. Hvordan det lovpålagte helsetjenestilbudet skal organiseres inne i fengselet, er i stor grad overlagt kommunens selvstyre.¹¹⁵

Etter forskrift om fastlegeordning i kommunene § 14, overføres fastlegens plikter for personer som inntas i institusjon med organisert legetjeneste, til institusjonen. Fengselshelsetjenesten overtar dermed fastlegens ansvar og plikter, og rett til å velge fastlege i tråd med gjeldende fastlegeordning bortfaller for innsatte under fengselsopphold.¹¹⁶ Fastlegeordningen har gjennom evaluering av Norges forskningsråd vist seg i hovedsak å være vellykket.¹¹⁷ Til tross for at ordningen er å anse som vellykket, gjøres det et generelt unntak for innsattes tilgang til fastlege.

4.3.3 Helsetjenestens samarbeid med fengselet

Straffegjennomføringsloven med tilhørende forskrift og retningslinjer regulerer formelle og materielle forhold ved gjennomføring av straff. Som angitt i lovens § 1, gjelder loven gjennomføring ”av fengselsstraff, strafferettslige særreaksjoner, forvaring, samfunnsstraff og varetektsfengsling”.

Etter straffegjennomføringsloven § 4, skal kriminalomsorgen gjennom samarbeid med andre offentlige etater tilrettelegge for at domfelte får de tjenester som øvrig lovgivningen hjemler krav på. Videre i bestemmelsens annet punktum, fremgår det at ”samarbeidet skal bidra til en samordnet innsats for å dekke domfelte og innsattes behov og fremme deres tilpasning til samfunnet”. Rekkevidden av forvaltningssamarbeidet og hva som omfattes av formuleringens krav om tilretteleggelse for å dekke innsattes behov, utdypes i lovens forarbeider. Det fremgår av Ot.prp. nr. 5 (2000-2001) at bestemmelsen ikke gir domfelte

¹¹⁵ Helsedirektoratets veileder IS-1971 (2013), side 14.

¹¹⁶ Forskrift om fastlegeordning i kommunene 2012-08-29 nr 842. § 14.

¹¹⁷ Prop. 91 L (2010-2011) side 247.

rettigheter utover det de allerede har.¹¹⁸ Bestemmelsen er derimot ment å pålegge kriminalomsorgen en plikt til å formidle den enkelte innsattes behov for tjenester overfor etater som sosialkontor, helsetjeneste og skoleverk.¹¹⁹

Tilsvarende beskrivelse av forvaltningssamarbeidet fremgår av retningslinjene, og innsatte har ”med de begrensninger som følger av frihetsberøvelsen samme rett til tjenester og tilbud og de samme forpliktelsene og ansvar som befolkningen for øvrig”.¹²⁰ Ansvaret for å tilrettelegge slik at samarbeidet med helsetjenesten er mulig ligger hos kriminalomsorgen.¹²¹ Det trekkes frem at samarbeid med andre etater kan gjøre seg gjeldende allerede ved kartlegging av den innsattes behov ved innsettelse, og ved planlegging av tiltak.¹²²

I stortingsmelding 37 (2007-2008), går det klart frem at de offentlige tjenestene som tilbys skal være av tilsvarende kvalitet som ellers i samfunnet.¹²³ Som utdypet i avhandlingens punkt 3.1.4.2, sikres tjenestenes kvalitet gjennom importmodellen og behovet for kompetanse utenfra tydeliggjøres. Retningslinjene oppstiller imidlertid muligheten for begrensninger i de innsattes rettigheter.¹²⁴ Unntaket i fastlegeordningen er et illustrerende eksempel på en begrensning i de innsattes helserettigheter, se punkt 4.3.2 ovenfor.¹²⁵

I tråd med lovens system, må innholdet i straffegjennomføringsloven § 4 tolkes i lys av straffegjennomføringslovens formålsbestemmelse § 2. Sentralt ved lovens formål er at

¹¹⁸ Ot.prp. nr 5 (2000-2001) side 34.

¹¹⁹ I.c.

¹²⁰ Kriminalomsorgens retningslinjer av 16. mai 2002, punkt 1.6, side 8.

¹²¹ I.c.

¹²² I.c.

¹²³ St. meld. nr 37 (2007-2008) side 109.

¹²⁴ Kriminalomsorgens retningslinjer av 16. mai 2002, punkt 1.6, side 8.

¹²⁵ Forskrift om fastlegeordning i kommunene 2012-08-29 nr 842. § 14.

straffen gjennomføres på en måte som er betryggende for samfunnet, forutsatt at den innsatte sikres tilfredsstillende soningsforhold.¹²⁶

Det går klart frem av ordlyden i straffegjennomføringsloven § 4, med støtte i lovens forarbeider, at kriminalomsorgen er forpliktet til å tilrettelegge for forvaltningssamarbeid. Slik lovens formålsbestemmelse § 2 og retningslinjene indikerer, vil det kunne oppstå situasjoner hvor innsattes lovbestemte rettigheter må tolkes innskrenkende som følge av frihetsberøvelsen.¹²⁷ Lovens formulering kan på den bakgrunn ikke forstås som en rett for den innsatte til ubetinget å hevde sine velferdsrettigheter under fengselsoppholdet.

Retningslinjene gir ikke henvisning på konkrete tilfeller hvor rettigheter begrenses som konsekvens av frihetsberøvelsen. En slik generell begrensning som oppstilles kan vanskelig forstås som et selvstendig hjemmelsgrunnlag for å innskrenke konkrete rettigheter den innsatte har. Hvordan innsattes rettigheter begrenses, vil derfor bero på tolkning av hjemmelsgrunnlag i det aktuelle tilfellet. Forutsatt at begrensningene som følger av frihetsberøvelsen er begrunnet i sikkerhetsmessige hensyn og samfunnsvern, og den innsattes soningsforhold er å anse som tilfredsstillende, er begrensningen som inntas i retningslinjene i tråd med lovens formål etter § 2 og innenfor straffegjennomføringslovens yttergrenser.

Oppsummert er samarbeidet mellom kriminalomsorg og andre offentlige instanser basert på importmodellen: Det skal tilrettelegges for at offentlige tjenester er tilgjengelig for de innsatte inne i fengselet.¹²⁸ Kriminalomsorgen er uten unntak ansvarlig for å formidle kontakt mellom helsepersonell og den innsatte: Behovet for tjenestetilbud skal vurderes av en fagkyndig person.¹²⁹ Innsattes pasientrettigheter er isolert sett ikke begrenset som følge

¹²⁶ Straffegjennomføringsloven § 2.

¹²⁷ Kriminalomsorgens retningslinjer av 16. mai 2002, punkt 1.6, side 8.

¹²⁸ St. meld. nr 37 (2007-2008) side 22, omtalt som "forvaltningssamarbeidsmodellen".

¹²⁹ Ot.prp. nr 5 (2000-2001) side 34.

av frihetsberøvelsen. Det er gjennomføringen av behandlingstilbudet den innsatte har behov for som kan komme i konflikt med de begrensninger som følger av frihetsberøvelsens kontroll- og sikkerhetshensyn.

4.3.4 Myndighet til å treffe avgjørelser i den innsattes sak

Kriminalomsorgen har avgjørelsesmyndighet i fengselet etter straffegjennomføringslovens bestemmelser.¹³⁰ Kriminalomsorgen er hierarkisk organisert i tre nivåer, og myndighet til å fatte avgjørelser er plassert på ulike nivå som skisseres i straffegjennomføringsloven § 6. Overordnet ansvar ligger nå hos Kriminalomsorgsdirektoratet, tidligere Kriminalomsorgens sentrale forvaltning, underlagt direktoratet er kriminalomsorgen delt inn i seks regionale kriminalomsorgskontor.¹³¹ Det regionale kriminalomsorgskontoret skal føre tilsyn med lokalt nivå innenfor sin region, lokalt nivå består av samtlige fengsler, overgangsboliger og friomsorgskontorer.¹³²

Hvilken instans som har avgjørelsesmyndighet, er av betydning for fengselshelsetjenestens samarbeid med fengselet. Helsetjenesten i fengselet er plassert på lokalt nivå i kriminalomsorgen, og praktiske grunner tilsier derfor at det er tilrettelagt for at helsetjenesten enkelt kan samarbeide med kriminalomsorgens tilsatte på lokalt nivå. Når avgjørelsen fattes på regionalt nivå, er det rimelig å anta at samarbeidet vanskeliggjøres da avgjørelsesmyndigheten er lokalisert utenfor fengselet og mangler direkte nærhet til saken. Av den grunn, er det av betydning for innsattes helserettigheter hvem som skal fatte avgjørelsen.

Dersom negative vedtak fra kriminalomsorgen får følger for innsattes helserettigheter, vil klage til overordnet organ være en mulighet for den innsatte til å få fornyet vurdering av sin

¹³⁰ Straffegjennomføringsloven § 6.

¹³¹ Kriminalomsorgens retningslinjer av 16. mai 2002, punkt 2.1, side 11.

¹³² Ibid. side 12.

sak. Det er av særlig betydning for klageadgangen og for håndteringen av konfliktsituasjoner mellom helsetjenesten og kriminalomsorgen hvilket nivå i kriminalomsorgen som først avgjorde saken.

Hvilket nivå i kriminalomsorgen som har avgjørelsesmyndighet, beror i utgangspunktet på dommens karakter og lengde.¹³³ Disse forholdene har ingen betydning for innsattes helserettigheter, videre gjøres det heller ingen unntak i straffegjennomføringsloven § 4 eller i importmodellen for visse grupper av fangebefolkningen. For den delen av fangebefolkningen som soner de lengste dommene, skjerpes imidlertid sikkerhetsvurderingene proporsjonalt med straffens lengde.¹³⁴ En strengere sikkerhetsvurdering kan medføre strengere kontrolltiltak, som igjen kan påvirke tilgang på helsehjelp og behandlingstilbud. For innsatte som soner dom i anstalt med særlig høyt sikkerhetsnivå, er hyppighet og sted for legetilsyn eksplisitt regulert.¹³⁵ Dette av hensyn til den belastning soningsforholdene innebærer for den innsatte og de skjerpede sikkerhetskrav som gjør seg gjeldende.¹³⁶

Avgjørelsesmyndighetens plassering er sentral gjennom avhandlingen og vil av den grunn bli redegjort inngående for her.

4.3.4.1 Avgjørelsesmyndighet

Straffegjennomføringslovens utgangspunkt er etter § 6 første ledd, at lokalt nivå har myndighet til å ta avgjørelser etter loven, med mindre annet følger av annet ledd som oppstiller unntak hvor avgjørelsesmyndigheten er plassert på regionalt nivå. Av betydning for fengselshelsetjenesten, har regionalt nivå avgjørelseskompetanse i saker om utelukkelse fra fellesskap som overstiger 14 dager, etter straffegjennomføringsloven § 37 fjerde ledd.

¹³³ Ibid. side 13.

¹³⁴ Ibid. side 10.

¹³⁵ Forskrift til straffegjennomføringsloven av 22. februar 2002, § 6-7.

¹³⁶ I.c.

Bestemmelsen er ytterligere nyansert i annet ledd annet punktum, hvor kompetanse til å ta avgjørelser er lagt til regionalt nivå i saker, hvor ”... domfelte er idømt fengselsstraff i mer enn ti år, idømt en strafferettslig særreaksjon eller forvaring eller innsatt i avdeling med særlig høyt sikkerhetsnivå etter § 10 annet ledd”. Regionalt nivå har avgjørelsesmyndighet overfor denne gruppen innsatte i følgende saker av særlig betydning for innsattes helserettigheter; overføring til institusjon eller sykehus §§ 12 og 13, i saker vedrørende permisjon etter § 33 og § 36 og i saker om straffavbrudd etter §§ 35 og 36.¹³⁷ Med unntak av § 36 vil de nevnte bestemmelsene redegjøres for i punkt 4.6.2.

Avgjørelsesmyndigheten er i visse tilfeller delegert til lokalt nivå, jamfør forskrift til straffegjennomføringsloven § 2-1. I saker relevante for innsattes helserettigheter, har lokalt nivå myndighet til å avslå søknader etter straffegjennomføringsloven §§ 12, 13, 33 og 35, for innsatte som er dømt til fengselsstraff i mer en ti år, eller som er dømt til forvaring eller sikring.¹³⁸ For innsatte som soner en dom på over ti år, har lokalt nivå fått delegert myndighet til å innvilge søknader om permisjon etter § 33, forutsatt at den innsatte tidligere har gjennomført en vellykket permisjon innvilget av regionalt nivå eller Kriminalomsorgens sentrale forvaltning.¹³⁹

Videre har lokalt nivå fått delegert myndighet til å innvilge søknader fra domfelte som er dømt til fengselsstraff i mer enn ti år etter straffegjennomføringsloven §§ 12, 13, 33 og 35, forutsatt at domfelte ikke er idømt sikring eller forvaring, og Kriminalomsorgens sentrale forvaltning eller regionen har vedtatt overføring av domfelte til lavere sikkerhetsnivå for.¹⁴⁰

En antitetisk tolkning av forskriften tilsier at innvilgelse av søknader vedrørende §§ 12, 13, 33 og 35 er lagt til regionalt nivå i kriminalomsorgen i tilfeller hvor domfelte er dømt til

¹³⁷ Straffegjennomføringsloven, § 6.

¹³⁸ Forskrift til straffegjennomføringsloven av 22. februar 2002, § 2-1.

¹³⁹ I.c.

¹⁴⁰ I.c.

fengselsstraff i mer enn ti år, eller som er idømt sikring eller forvaring.¹⁴¹ Sett bort fra tilfellene hvor domfelte med fengselsstraff på over ti år som soner sin dom ved en institusjon med lavt sikkerhetsnivå, eller tidligere har gjennomført vellykkede permisjoner. Kriminalomsorgens retningslinjer er sammenfallende med forskriftene og utdypes derfor ikke.¹⁴²

Ved tilfeller av avslag fra lokalt nivå, er klageadgang til overordnet organ gjennom delegasjon av myndighet i forskriften ivaretatt, og vedtaket kan påklages til regionalt nivå. Forskriftens system må forstås slik at en sak oversendes fra lokalt nivå til regionalt nivå for avgjørelse, i tilfeller hvor lokalt nivå ikke avslår saken. I tilfeller hvor regionen har avgjørelsesmyndighet, oppstilles Kriminalomsorgens sentrale forvaltning, nå Kriminalomsorgsdirektoratet, som klageinstans etter lovens forarbeider.¹⁴³

Regionen har også avgjørelsesmyndighet ved bruk av tvangsmidler i særtilfeller.¹⁴⁴ Straffegjennomføringsloven § 38 regulerer bruk av tvangsmidler. Etter bestemmelsens tredje og fjerde ledd, er myndighet til å avgjøre bruk av sikkerhetsseng over 24 timer og bruk av sikkerhetscelle over tre døgn lagt til det regionale kriminalomsorgskontoret.

4.3.4.2 Innsatte på avdeling med særlig høyt sikkerhetsnivå

Rettslig grunnlag for bruk av avdeling med særlig høyt sikkerhetsnivå statueres i straffegjennomføringsloven § 10 jamfør § 11. Helsetjenesten for innsatte som soner i fengsel med særlig høyt sikkerhetsnivå er regulert i forskrift til lov om straffegjennomføring § 6-7. Det fremgår av forskriften at denne gruppen innsatte skal ha regelmessig legetilsyn.¹⁴⁵ Tilsyn av lege og helsetjenester skal som en hovedregel foregå

¹⁴¹ Forskrift til straffegjennomføringsloven av 22. februar 2002, § 2-1.

¹⁴² Kriminalomsorgens retningslinjer av 16. mai 2002, punkt 2.2, side 13-14.

¹⁴³ Ot.prp. nr .5 (2000-2001) side 151.

¹⁴⁴ Straffegjennomføringsloven § 38.

¹⁴⁵ Forskrift til straffegjennomføringsloven, av 22.februar 2002, § 6-7.

inne i avdelingen med høyt sikkerhetsnivå. Dersom innsatte har behov for fremstilling til sykehus, er det regionene som har avgjørelsesmyndighet i saken.¹⁴⁶ Ved søknad om gjennomføring av straff i sykehus, har regionen vedtaksmyndighet.¹⁴⁷

4.4 Innsattes behov for helse- og omsorgstjenester

Behovet for helsehjelp inne i fengselet er sammensatt, og vil være avhengig av helsetilstanden til de innsatte som til enhver tid soner dom i fengselet. I hvilke sammenhenger spenningsfeltet mellom sikkerhets- og kontrolltiltak og innsattes helserettigheter utspiller seg, vil på den bakgrunn variere.

Samtaler med praktiserende fengselsleger har gitt inntrykk av at helsearbeidet inn i fengselet kan by på utfordringer.¹⁴⁸ Pasientsammensetningen, komplekse helseproblemer og mindre kjennskap til den enkelte pasients helsetilstand var faktorer som ble sett på som egnet til å gjøre arbeidet vanskelig. Utfordringer fengselslegene sto overfor i sitt arbeid ble avhjulpet gjennom godt samarbeid med fengselets tilsatte. Fengselslegene var ikke av den oppfatning at innsattes helserettigheter ble plassert i annen rekke under opphold i fengsel, få eksempler på konkrete problemer som kunne oppstå i arbeidet ble nevnt. Dersom den innsatte hadde behov for behandling utenfor fengselet, kunne imidlertid fengselets bemanning og kapasitet skape vanskeligheter for gjennomføring av selve behandlingen. Disse tilbakemeldingene som knytter seg til behandlingstilbud som nødvendiggjør utgang fra fengselet, bekreftes også av studie gjort av Marte Rua.¹⁴⁹

Gjennom helsetilsynets oppsummering av tilsynserfaringer og erfaringer fra klagesaker som gjelder helsetjenesten fra fengselsinnsatte i 2012, nyanseres bildet fengselslegene gir. Grunnlaget for oppsummeringen er totalt 119 klage- og tilsynssaker fra fylkesmennene i

¹⁴⁶ I.c.

¹⁴⁷ I.c.

¹⁴⁸ Informasjon basert på samtale med fengselsleger, se avhandlingen punkt 2.9.

¹⁴⁹ Rua (2012) side 119.

perioden 1. januar 2009 til 1.juli 2011.¹⁵⁰ Antall saker synes ikke mange gitt tidsperioden. At få saker påklages kan ha ulike grunner. Èn er at helsetjenesten ellers fungerer i henhold til regelverket, en annen er at innsatte ikke er kjent med adgangen til å påklage helsetilbudet som gis. Videre kan det antas for helsetilbud som avhenger av utgang fra fengselet, hvor kriminalomsorgen har avgjørelsesmyndighet, vil det være naturlig å rette klagen til kriminalomsorgen. Samarbeidet mellom fengselet og fengselslegen kan medføre at pragmatiske løsninger velges, fremfor et tilstrekkelig behandlingstilbud. Dersom det er tilfellet at fengselslegen ikke har tilstrekkelig kunnskap om straffegjennomføringslovens sider til helserettighetene, vil en konsekvens kunne være at de innsatte ikke får informasjon om sine rettigheter. Rettigheter man ikke kjenner til påklages som regel ikke.

Helsetilsynet redegjør i oppsummeringen kort for utvalgte saker hvor pasienten fikk medhold.¹⁵¹ De sakene som trekkes frem gir innblikk i alvorlige utfordringer fengselshelsetjenesten møter i sitt arbeid. I det følgende vil sakene benyttes som illustrerende eksempler.

4.5 Pasientrettighetene

Hvilke krav pasienten kan stille til helsevesenets tjenester, reguleres av pasient- og brukerrettighetsloven av 1999. Lovens utgangspunkt er pasienten som rettighetshaver med henblikk på å sikre pasienter og brukere riktig og likeverdig tilgang på helse-og omsorgstjenester av god kvalitet.¹⁵²

Loven skal gjelde for ”alle som oppholder seg i riket”, jamfør § 1-2 første ledd første punktum, med mindre unntak eksplisitt er gjort i forskrift, jamfør første ledd annet punktum.

¹⁵⁰ Helsetilsynets oppsummering av tilsynserfaringer og klagesaker fra fengselsinnsatte. Ref:2011/523.

¹⁵¹ I.c.

¹⁵² Pasientrettighetsloven § 1-1.

Kriterier for å anses som «pasient» etter pasientrettighetsloven § 1-3 første ledd bokstav a, er at vedkommende faktisk får helsehjelp eller har tilbud om helsetjenester, legaldefinisjonen omfatter også personer som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp. Helsehjelp defineres i pasientrettighetsloven § 1-3 første ledd bokstav c, og omfatter "... handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell. ..."

Innsatte som henvender seg til fengselshelsetjenesten eller har tilbud om helsehjelp, kan som pasient stille krav til helsetjenestetilbudet etter pasientrettighetsloven.

4.6 Innsattes rett på nødvendig helsehjelp, helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten og rett på øyeblikkelig helsehjelp

4.6.1 Rett på nødvendig helsehjelp

Pasientens rett til helse- og omsorgstjenester oppstilles i pasientrettighetsloven § 2-1a. Bestemmelsen første ledd hjemler pasientens rett på "øyeblikkelig hjelp", andre ledd gir pasienten rettmessig krav på "nødvendig hjelp" fra kommunens helse- og omsorgstjeneste. Etter pasientrettighetsloven § 2-1a tredje ledd, har pasient og bruker krav på "... et verdig tjenestetilbud i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd, bokstav b."

Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 oppstiller krav til forsvarlighet, etter første ledd bokstav b, er kommunen ansvarlig for å tilrettelegge tjenestene slik at den enkelte gis et verdig tjenestetilbud. Henvisningen inntatt i pasientrettighetsloven § 2-1a viser at retten til et verdig tjenestetilbud er en del av det generelle forsvarlighetskravet.¹⁵³

¹⁵³ Prop. 91 L (2010-2011) side 516.

Departementet utdyper hvordan kravet til forsvarlig tjeneste som rettslig standard skal forstås i lovens forarbeider. Kort forklart defineres innholdet etter hva som til enhver tid er å anse som et forsvarlig tjenestetilbud av normer utenfor loven.¹⁵⁴ Lovens forsvarlighetskrav for helse- og omsorgstjenesten er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og samfunnsetiske normer.¹⁵⁵

Hvordan lovens nødvendighetskrav skal forstås, må søkes i forarbeidene. Slik det fremgår av Prop. 91 L (2010-2011), skal den nødvendige helsehjelp ha en forsvarlig standard.¹⁵⁶ Det trekkes frem at en konkret angivelse av nødvendighetskravets innhold på overordnet nivå vanskelig kan fastslås.¹⁵⁷ Behovet den hjelpetrengende har, basert på en individuell helsefaglig vurdering, er avgjørende når helsehjelpens omfang og kvalitet skal vurderes.¹⁵⁸ På denne bakgrunn forutsettes det at det finnes et minste innhold i helserettigheten, når jeg i den videre fremstillingen drøfter hvilke særlige forhold som gjør seg gjeldende for innsatte som vil hevde sine helserettigheter.

4.6.1.1 Regulering av helsetjenestetilbudet i fengselet

Forskrift til straffegjennomføringsloven § 3-16 regulerer helseundersøkelse og behandling av innsatte. Tilsatte i kriminalomsorgen pålegges å formidle kontakt med helsetjenesten dersom innsatte ber om det.¹⁵⁹ Videre skal tilsatte også på eget initiativ formidle kontakt med helsetjenesten, dersom noe tyder på at den innsatte er syk.¹⁶⁰ Helsetjenester skal ytes i samsvar med de sikkerhetsmessige hensyn som gjør seg gjeldende i et fengsel, hensyn til

¹⁵⁴ Ibid. side 265.

¹⁵⁵ Prop. 91 L (2010-2011) side 264.

¹⁵⁶ Ibid. side 515.

¹⁵⁷ Ibid. side 515.

¹⁵⁸ Ibid. side 515.

¹⁵⁹ Forskrift til straffegjennomføringsloven, av 22. februar 2002, § 3-16.

Kriminalomsorgens retningslinjer av 16. mai 2002, punkt 3.25 side 70.

¹⁶⁰ Kriminalomsorgens retningslinjer av 16. mai 2002, punkt 3.25 side 70.

sikkerhet gjør seg særlig gjeldende i forbindelse med utdeling og oppbevaring av legemidler.¹⁶¹

Det understrekes i retningslinjene at kriminalomsorgens skal legge til rette for at innsatte får de tjenester de har krav på i tråd med straffegjennomføringsloven § 4.¹⁶² Ansvar for å tilrettelegge for et tilbud fra helsemyndighetene ligger hos leder av fengselet, og innhold i tjenesten som ytes reguleres av ansvarlig helsemyndigheter. Innholdet i helsetjenesten som tilbys må gjennomgående være i samsvar med de sikkerhetsmessige behov som gjør seg gjeldende i et fengsel.¹⁶³

I forskrift og i retningslinjene, er det gitt anvisning på et helsetjenestetilbud i samsvar med de sikkerhetsmessige behov som finnes i et fengsel. Slik ordlyden må forstås, vil den i realiteten kunne begrense innsattes helsetilbud. Formuleringene er sammenfallende med skranken for helsehjelp som drøftet i avhandlingens punkt 4.3.2. Til forskjell fra tidligere drøftelse er begrensningen også inntatt i forskrift. De samme hensyn vil her gjør seg gjeldende, og under henvisning til drøftelsen i punkt 4.3.2 er begrensningen som oppstilles i forskrift og retningslinjer å anse som innenfor de yttergrensene straffegjennomføringsloven oppstiller.

Kommunikasjon mellom fengselets tilsatte og de innsatte, samt videreformidling av innsattes behov til helseavdelingen, er avgjørende for at den innsatte skal få den nødvendige helsehjelpen. En av klagesakene helsetilsynet trekker frem i sin oppsummering av fengselsklagesaker belyser viktigheten av god kommunikasjon.¹⁶⁴ I den aktuelle saken, hadde innsatte tatt kontakt med fengselshelsetjenesten med krav om nødvendig helsehjelp i form av en legetime. Etter gjentatte henvendelser vedrørende samme forespørsel, fikk

¹⁶¹ I.c.

¹⁶² I.c.

¹⁶³ Kriminalomsorgens retningslinjer av 16. mai 2002, punkt 3.25 side 70-71.

¹⁶⁴ Helsetilsynets oppsummering av tilsynserfaringer og klagesaker fra fengselsinnsatte. Ref:2011/523.

vedkommende legetime 78 dager senere. Fengselshelsetjenesten innrømmet svikt som medførte at den innsatte ble avskåret retten til nødvendig helsehjelp, og at sakens tidsaspekt var uforsvarlig. Innsatte fikk medhold av fylkesmannen som konkluderte med at retten til nødvendig helsehjelp var brutt.

4.6.1.2 Innsatte med behov for medisiner

Forskrift § 3-16 som regulerer helseundersøkelse og behandling av innsatte har også en side til legemiddelhåndtering i fengsel.¹⁶⁵ Behandlingstilbud som ytes skal være i samsvar med de sikkerhetsmessige hensyn som gjør seg gjeldende i et fengsel, hensyn til sikkerhet gjør seg særlig gjeldende i forbindelse med utdeling og oppbevaring av legemidler.¹⁶⁶ Den som yter helsetjenesten er ansvarlig for håndteringen av legemidler i fengselet.¹⁶⁷

Forutsatt at rutiner vedrørende den praktiske håndteringen følges opp, utgjør reguleringen den praktiske delen av hvordan den innsatte skal få tilgang på nødvendig helsehjelp og ingen innskrenkning i rettigheten.

I tilfeller hvor den innsatte ikke får benyttet aktuelt legemiddel av hensyn til sikkerheten, og det ikke finnes forsvarlige alternativer, vil sikkerhetshensyn være en begrensning i retten til nødvendig helsehjelp.

Dette siste kan illustreres med en sak fra helsetilsynet hvor en pasient i fengsel ikke fikk forskrevet et spesifikt legemiddel.¹⁶⁸ I klagesaken hadde fengselshelsetjenesten en egen generell regel om at de innsatte ikke fikk benytte seg av legemiddelet pasienten ønsket. Reglen var begrunnet i at legemiddelet var dyrt og vanskelig å seponere, videre ble det

¹⁶⁵ Forskrift til straffegjennomføringsloven, av 22. februar 2002, § 3-16.

Kriminalomsorgens retningslinjer av 16. mai 2002, punkt 3.25 side 70.

¹⁶⁶ Kriminalomsorgens retningslinjer av 16. mai 2002, punkt 3.25, side 70.

¹⁶⁷ Ibid. side 71-72.

¹⁶⁸ Helsetilsynets oppsummering av tilsynserfaringer og klagesaker fra fengselsinnsatte. Ref:2011/523

henvist til at det ikke var et livsnødvendig medikament. Fylkesmannen avviste påstanden om at legemiddelet var vanedannende, videre var bare kostnadsspørsmålet aktuelt i valget mellom forsvarlige behandlingsalternativ. Pasienten fikk medhold i sin klage, og fylkeslegen la til grunn brudd på kravet til pasientmedvirkning i pasientrettighetsloven § 3-1 og nødvendig helsehjelp i samme lov § 2-1.

4.6.2 Rett på helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

Pasienten har etter pasientrettighetsloven § 2-1b rett på nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, jamfør bestemmelsens andre ledd tredje punktum, skal det fastsettes en frist for når pasienten senest skal få nødvendig helsehjelp. Etter forarbeidene, skal ”nødvendig helsehjelp” forstås som et krav på nødvendig helsehjelp med en forsvarlig standard etter en individuell helsefaglig vurdering av behovet.¹⁶⁹

Rett på nødvendig helsehjelp fra spesialist betegnes i kriminalomsorgens retningslinjer som ”absolutt og ufravikelig”.¹⁷⁰ Lovhenvvisningen inntatt i retningslinjene, pasientrettighetsloven § 2-1, har vært gjenstand for lovendring. Slik pasientrettighetsloven § 2-1 før endringen var formulert, regulerte den rett på øyeblikkelig hjelp, nødvendig helsehjelp overfor kommunehelsetjenesten og overfor spesialisthelsetjenesten.¹⁷¹ Lovendringen tok sikte på å tydeliggjøre den enkeltes rettigheter overfor kommunene og spesialisthelsetjenesten gjennom regulering i pasientrettighetsloven §§ 2-1a og 2-1b.¹⁷² Da lovendringen hadde til hensikt å tydeliggjøre rettighetene, legges pasientrettighetsloven § 2-1b til grunn i det følgende.

Situasjoner hvor helsetjenester fra spesialist ikke vil kunne tilbys inne i fengselet vil forekomme. Den primære begrensningen som følger av en fengselsstraff er

¹⁶⁹ Prop.118 L (2012-2013), side 103.

¹⁷⁰ Kriminalomsorgens retningslinjer av 16. mai 2002, punkt 3.25, side 71.

¹⁷¹ Pasientrettighetsloven § 2-1 (opphevet ved lov av 24.juni 2010).

¹⁷² Prop. 91 L (2012-2011), side 346.

bevegelsesfriheten. I de tilfeller hvor utgang fra fengselet nødvendiggjøres, vil kriminalomsorgens ha avgjørelsesmyndighet hva gjelder faktisk tilgang på tjenesten.

Helsedirektoratet gir i sin veileder anvisning på at innsatte skal bringes til lege, sykehus eller helsehjelp skal rekvireres ved behov.¹⁷³ Inntatt i de europeiske fengselsreglene punkt 46.1 skal syke innsatte med behov for spesialistbehandling overføres til institusjon eller sykehus ved behov.¹⁷⁴

Sivilombudsmannen har stilt seg kritisk til praksis i fengsel hva gjelder tilgang på helsehjelp fra psykolog og psykiater som er del av spesialisthelsetjenestene.¹⁷⁵ Sivilombudsmannen undersøkte i 2007 forholdene i Skien fengsel.¹⁷⁶ I den forbindelse kom, det frem at ventetiden for de innsatte for å få påbegynt behandling hos psykolog kunne være opp til tre og en halv måned. Sivilombudsmannen la til grunn at innsatte ikke har krav på helsehjelp ut over det øvrige borgere har. Soningssituasjonene stiller imidlertid særlige krav til årvåkenhet hva gjelder psykisk syke pasienter.¹⁷⁷ Uten å konkludere nærmer, reiste sivilombudsmannen spørsmål vedrørende terskelen for øyeblikkelig hjelp. Sivilombudsmannen indikerer at terskelen må anses lavere for innsatte i fengsel, særlig dersom behovet foreligger hos innsatte som kan være en fare for andre.

4.6.2.1 Permisjon og fremstilling

Utgang fra fengselet forutsetter at kriminalomsorgen innvilger permisjon eller fremstilling for den innsatte.

¹⁷³ Helsedirektoratets veileder IS-1971 (2013), side 19-20.

¹⁷⁴ De europeiske fengselsreglene punkt 46.1.

¹⁷⁵ Sivilombudsmannen 2007/894.

¹⁷⁶ I.c.

¹⁷⁷ I.c.

Straffegjennomføringsloven § 33 oppstiller vilkår for innvilgelse av permisjon fra fengselet. I særstilling ved utgang i forbindelse med helsesaker, er adgang til å få innvilget korttidspermisjon.¹⁷⁸ I retningslinjene oppstilles adgang til korttidspermisjon i tilfeller hvor hensyn til den innsatte utgjør behov for utgang av kort varighet, alternativt når det anses formålstjenlig, forutsatt at det foreligger et særlig grunnlag som ikke kan oppnås gjennom ordinær permisjon. Legebesøk oppfyller lovens krav om ”særlig grunnlag”.

Fremstilling reguleres av straffegjennomføringsloven § 34, under fremstilling må den innsatte ha følge av tilsatt i kriminalomsorgen.

Alle vilkårene for permisjon og fremstilling vil ikke utdypes her. Et felles vilkår for innvilgelse av permisjon og fremstilling er at utgang er sikkerhetsmessig forsvarlig.¹⁷⁹ Almennelige prinsipper for sikkerhetsvurderingen som gjør seg gjeldende oppstilles i retningslinjene.¹⁸⁰ Sikkerhetsvurderingen er avgjørende for utgang og på den bakgrunn vil vurderingen redegjøres for.

Det skal foretas en sammensatt sikkerhetsvurdering basert på den konkrete sakens opplysninger.¹⁸¹ Vurderingens grundighet skjerpes proporsjonalt med alvorlighetsgraden av den straffbare handling innsatte er dømt for. Sikkerhetsvurderingen vil derfor ramme innsatte ulikt beroende på dommens lengde og karakter.

Både forhold knyttet til innsattes dom og forhold før innsettelse, samt innsattes opptreden i fengselet vil være av betydning for vurderingen.¹⁸² Det understrekes at sikkerhetsvurderingen ikke er statisk, men over tid kan være gjenstand for utvikling. Av

¹⁷⁸ Kriminalomsorgens retningslinjer av 16. mai 2002, punkt 3.36, side 114.

¹⁷⁹ Ibid. side 113-116.

¹⁸⁰ Ibid. side 9-10.

¹⁸¹ Ibid. side 9.

¹⁸² Ibid. side 10.

avgjørende betydning er hvordan de nevnte forhold faktisk er på tidspunktet da utgang ønskes.

Det fremgår av retningslinjene, at ved vurdering av sikkerheten må det alltid tas i betraktning at de avgjørelser som fattes ikke skal stride mot andre regler.¹⁸³ Slik retningslinjene er formulert, skal rettigheter den innsatte har gjennom øvrig lovgivning være en del av vurderingen. Utover at øvrige regler skal tas i betraktningen, utdypes det ikke hvordan en slik eventuell motstrid skal løses.

Kriminalomsorgen har som det fremgår ovenfor, vid adgang til å begrense utgang fra fengselet, noe som kan få konsekvenser for innsattes helsetjenestetilbud. Forsvarlighetskravet som etter lovens forarbeider gjør seg gjeldende ved helsetjenestetilbud fra spesialist, stiller krav til tjenestens kvalitet og at tjenesten skal ytes i tide.¹⁸⁴ I tilfeller som forutsetter utgang fra fengselet, vil avgjørelsesmyndigheten for når tjenesten skal tilbys i realiteten avhenge av kriminalomsorgens sikkerhetsvurdering. Dersom innsatte skal få oppfylt krav om behandlingstilbud fra spesialisthelsetjenesten etter pasientrettighetsloven § 2-1b, forutsetter det at kriminalomsorgen forholder seg til angitt frist for når behandling skal gis. Problemstillingen er ikke problematisert i lovverket. Tidsaspektet og innvilgelse av utgang er imidlertid avgjørende for at innsatte får de helserettigheter loven gir krav på.

4.6.2.2 Reaksjoner ved brudd på regler

Straffegjennomføringsloven § 40 hjemler rett for kriminalomsorgen til å ilegge reaksjoner ved brudd på reglene om ro, orden og disiplin i fengselet. Reaksjoner i form av tap av

¹⁸³ Ibid. side 10.

¹⁸⁴ Prop. 118 L (2012-2013) side 102.

begunstigelser, utelukkelse fra fellesskap i inntil 20 dager og tap av adgang til permisjon utgjør begrensninger som kan få ringvirkninger for helsetjenestetilbudet.¹⁸⁵

Reaksjoner kan isolert sett være av betydning for innsattes behandlingstilbud i tilfeller der behandling forutsetter permisjon. Videre kan reaksjoner få utslag som moment i vurderingen av sikkerheten i tilknytning til iverksettelse av tiltak, som ledd i behandlingstilbud. Da det ikke foreligger praksis, og vurdering av sikkerheten beror på en skjønnsmessig helhetsvurdering, blir det imidlertid vanskelig å angi konkret hvilken rolle restriksjoner vil kunne få.

4.6.2.3 Gjennomføring av straff i sykehus

Fengselet som institusjon kan naturlig nok ikke tilby alle typer helsehjelp. Dersom innsatte har behov for opphold på sykehus eller institusjon, har innsatte i tråd med normalitetsprinsippet krav på slikt opphold.¹⁸⁶

Kriminalomsorgen ”kan” beslutte med hjemmel i straffegjennomføringsloven § 13 at straffen kan gjennomføres ved heldøgnsopphold på sykehus. Forutsatt at opphold på sykehus er en nødvendig konsekvens av sykdommens art, og tilsvarende behandling ikke er mulig i fengselet.¹⁸⁷ Forskriften utdyper at den domfelte kan søkes innlagt på sykehus eller institusjon dersom den innsatte blir syk i løpet av fengselsoppholdet, og en lege anser innleggelse for å være nødvendig.¹⁸⁸ Avslag på innleggelse kan fattes dersom det etter legens vurdering er forsvarlig å utsette sykehusoppholdet til etter endt soning.¹⁸⁹ Dersom sikkerhetsgrunner tilsier det, oppstilles det i retningslinjene krav om tilsyn og vakthold på

¹⁸⁵ Straffegjennomføringsloven § 40.

¹⁸⁶ St. meld. nr 37 (2007-2008) side 109.

¹⁸⁷ Straffegjennomføringsloven § 13.

¹⁸⁸ Forskrift til straffegjennomføringsloven, av 22. februar 2002, § 3-6.

¹⁸⁹ Kriminalomsorgens retningslinjer av 16. mai 2002, punkt 3.9, Side 37.

sykehuset.¹⁹⁰ Kriminalomsorgen er ansvarlig for sikkerhetstiltak, men kan anmode politiet om bistand ved behov.¹⁹¹

Bestemmelsens ordlyd oppstiller ingen tvingende plikt for kriminalomsorgen til å beslutte at straffen skal gjennomføres på sykehus, men en mulighet til å overføre vedkommende dersom en lege anser det som nødvendig. Forarbeidene understreker at opphold på sykehus bare kan nektes dersom det er medisinsk forsvarlig å utsette behandlingen.¹⁹²

Etter straffegjennomføringsloven § 2, skal straffen under gitte rammer, gjennomføres under ”tilfredsstillende forhold” for den innsatte. Det er rimelig å anta at dersom legens mening er at den innsatte bør innlegges på sykehus, vil det tilsi at tilfredsstillende forhold for den syke innsatte ikke foreligger i fengselet. Videre er det faktum, at retningslinjene beskriver tiltak for å ivareta sikkerheten, og gir anvisning på at kriminalomsorgen skal strekke seg langt for å følge opp legens anbefaling. I helsedirektoratets veileder, fremgår det at kriminalomsorgen skal fremstille den innsatte for innleggelse på sykehus i tilfeller hvor det etter legens mening er nødvendig, unntak kan tenkes dersom legen mener at utsettelse av innleggelse er forsvarlig.¹⁹³ De europeiske fengselsreglenes regulerer tilsvarende tilfeller, og gir anvisning på at syke innsatte med behov for behandling som ikke er tilgjengelig inne i fengselet overføres til sykehus eller spesialisert institusjoner.¹⁹⁴

Lovens formulering med bruk av en ”kan”-regel tar sikte på unntakstilfeller hvor legen mener det er forsvarlig å utsette behandlingen. I de tilfeller hvor legen vurderer det som nødvendig må lovens ordlyd, tolket i lys av de nevnte rettskildefaktorer, forstås som en plikt for kriminalomsorgen til å overføre den syke innsatte til sykehus.

¹⁹⁰ Ibid. side 37-38.

¹⁹¹ Ibid. side 38.

¹⁹² Ot. Prp. nr 5 (2000-2001) side 154.

¹⁹³ Helsedirektoratets veileder IS-1971 (2013), side 37.

¹⁹⁴ De europeiske fengselsreglene punkt 46.1.

Lovverket er tydelig på hvilke tilfeller som aktualiserer overføring til sykehus, spørsmålet er om det skjer i praksis. Ombudsmannen besøkte i desember 2010 Ila fengsel og forvaringsanstalt, hvor forholdene for psykisk syke eller svakt fungerende innsatte var tema.¹⁹⁵ Ombudsmannen uttrykker bekymring omkring den foreliggende praksis ved overføring av alvorlige psykisk syke innsatte til psykiatrisk døgninstitusjon, da gjennomføringen av slike tiltak har vist seg å være vanskelig på Ila og ved andre fengsler. Ombudsmannen påpeker at Den europeiske torturkomité gjentatte ganger har anbefalt norske myndigheter å ta tak i problemet, senest i rapport av 21. desember 2011.

4.6.2.4 Gjennomføring av straff i institusjon

Straffegjennomføringsloven § 12 regulerer gjennomføring av straff i institusjon. Etter bestemmelsen kan straffen helt eller delvis gjennomføres ved heldøgnsopphold på institusjon i ”særlige tilfeller”. Det stilles krav til at oppholdet må være nødvendig for å bedre den domfeltes evne til å fungere sosialt og lovlydig, alternativt må andre tungtveiende grunner tale for et slikt opphold. Oppholdet må i alle tilfeller være å anse som sikkerhetsmessig forsvarlig.¹⁹⁶

Lovens retningslinjer angir flere forhold som må foreligge dersom innsatte skal få mulighet til å sone deler av straffen på institusjon. I det følgende, betones forhold som knytter seg til innsattes helsetilstand og sviktfarevurderingen.

Utgangspunktet er at oppholdet i institusjon bare skal vedtas dersom kriminalomsorgen etter en konkret vurdering anser det som sikkerhetsmessig forsvarlig.¹⁹⁷ I vurderingen, skal

¹⁹⁵ Sivilombudsmannen. Sak 2010/2930.

¹⁹⁶ Straffegjennomføringsloven § 12.

¹⁹⁷ Kriminalomsorgens retningslinjer av 16. mai 2002, punkt 3.8, side 31.

det ut fra kjennskap til den innsatte tas i betraktning om vedkommende vil tilpasse seg institusjonens kontrollregime.

Det må være et faktum at kriminalomsorgen selv ikke har et tilfredsstillende tilbud for den innsattes særlige behov.¹⁹⁸ Domfelte kan overføres til behandlingsinstitusjon når det er nødvendig for å få behandling for forhold som var medvirkende til lovovertrædelsen, alternativt vil hjelpe innsattes tilpasning til et liv uten kriminalitet.¹⁹⁹ I særlige tilfeller, kan domfelte overføres til en annen type institusjon, dersom innsattes fysiske eller psykiske helsetilstand er av en slik karakter at gjennomføring av straff i fengsel vil representere en urimelig belastning for domfelte selv eller de ansatte.²⁰⁰

I lovens forarbeider, understrekes det at ved tilfeller hvor fengslene kan tilby tilfredsstillende tilbud bør fengselets tilbud velges.²⁰¹ Begrepet ”andre tungtveiende grunner” kan etter forarbeidende omfatte innleggelse på institusjon med et annet behandlingstilbud enn ordinært sykehusopphold etter § 13.²⁰² Tilfeller hvor sterke grunner som ved foreldre/barn soning kan også tilfredsstille kravet til ”andre tungtveiende grunner”.²⁰³

På bakgrunn av forarbeider og utdypningen i retningslinjene, må lovens ordlyd forstås som at adgang til å sone ved institusjon er forbeholdt særtilfeller. Lovbestemmelsen fanger opp behandlingstilbud som ikke faller inn under straffegjennomføringsloven § 13, og skal avhjelpe situasjoner hvor fengselsoppholdet vil være en urimelig belastning for den innsatte.

¹⁹⁸ I.c.

¹⁹⁹ I.c.

²⁰⁰ Kriminalomsorgens retningslinjer av 16. mai 2002, punkt 3.8, side 32.

²⁰¹ Ot.prp.nr.5 (2000-2001) side 155.

²⁰² I.c.

²⁰³ I.c.

Dersom det oppstår tilfeller hvor den innsattes fysiske eller psykiske helsetilstand begrunner behovet for soning på institusjon etter § 12, er det naturlig å anta at fengselslegen har synspunkter vedrørende saken. Da avgjørelsesmyndigheten ligger hos kriminalomsorgen og sikkerhetsvurderingen av tiltaket vil være avgjørende, vil det kunne oppstå uenighet mellom kriminalomsorgen og fengselshelsetjenesten vedrørende innsattes behov. Håndtering av slike situasjoner er tema i kapittel fem.

4.6.2.5 Avbrudd i straffegjennomføringen

Det kan oppstå tilfeller hvor den innsatte har behov for avbrudd i straffen, eksempelvis dersom den innsatte har behov omfattende helsehjelp. Inntatt i kriminalomsorgens retningslinjer påpekes det at fengselshelsetjenestens rolle i søknader om avbrudd i straffen kan være tvetydig.²⁰⁴ Fengselshelsetjenesten vil ved søknader om avbrudd i straffen kunne få en tosidig rolle som sakkyndig og behandler.²⁰⁵

Straffavbrudd reguleres av straffegjennomføringsloven § 35. Etter bestemmelsen ”kan ” kriminalomsorgen beslutte avbrudd i straffen, dersom det foreligger ”særlig tungtveiende grunner som ikke kan avhjelpes på annen måte”, eller ”domfeltes helsetilstand tilsier det”.

Etter forskriftene § 3-33, innvilges bare avbrudd i straffen i tilfeller hvor det etter en konkret helhetsvurdering av sikkerheten anses som forsvarlig.²⁰⁶ Retningslinjene fremhever at dersom avbrudd aktualiseres på bakgrunn av helsemessige årsaker, må hensyn til innsattes helse veies opp mot samfunnsvern og hvilke straffbare handlinger det er fare for ved avbrudd fra fengselsopphold.²⁰⁷ Retningslinjene henviser til punkt 1.8 som oppstiller alminnelige prinsipper for sikkerhetsvurderingen.²⁰⁸ Det henvises til avhandlingens punkt

²⁰⁴ Helsedirektoratets veileder IS-1971 (2013), side 57.

²⁰⁵ Helsedirektoratets veileder IS-1971 (2013), side 54.

²⁰⁶ Forskrift til straffegjennomføringsloven, av 22. februar 2002, § 3-33.

²⁰⁷ Kriminalomsorgens retningslinjer av 16. mai 2002, punkt 3.38, side 118.

²⁰⁸ Kriminalomsorgens retningslinjer av 16. mai 2002, punkt 3.38, side 119.

4.6.2.1 for drøftelse av sikkerhetsvurderingens skjønnsutøvelse etter retningslinjene punkt 1.8.

Retningslinjene angir, som grunnvilkår for innvilgelse av avbrudd i straffen, at det etter en konkret, skjønnsmessig vurdering ikke finnes alternative tiltak som kan avhjelpe den innsattes problem.²⁰⁹ Dersom avbrudd er grunnet i innsattes helsetilstand, må avbrudd anses påkrevd av helsemessige årsaker, og behovet må dokumenteres av lege.²¹⁰ Bestemmelsens alternative vilkår ”særlige tungtveiende grunner”, kan etter retningslinjene eksempelvis foreligge ved tilfeller av alvorlig sykdom i innsattes familie, også i denne sammenhengen må avbrudd være eneste mulighet for å avhjelpe problemet.²¹¹ Tilsvarende fremgår det av forarbeidene at kravet til tungtveiende grunner kan være oppfylt i tilfeller hvor det er alvorlig sykdom i innsattes familie, eller når innsatte for tiden er erklært soningsudyktig.²¹²

Sammenfallende med retningslinjene nevnes det også i forarbeidene, at avbrudd ikke innvilges dersom situasjonen kan avhjelpes på andre måter.²¹³ Forarbeidene presiserer at som hovedregel skal ikke avbrudd i straffegjennomføringen innvilges, dersom det er grunn til å tro at den domfelte vil begå nye straffbare handlinger eller bryte vilkårene satt for avbrudd i straffen.²¹⁴ Unntak fra hovedregelen kan imidlertid gjøres i tilfeller hvor alvorlig sykdom gjør fortsatt opphold i fengsel uforsvarlig, i unntakstilfeller skal samarbeid med andre etater sørge for at straffavbrudd er sikkerhetsmessig forsvarlig. Hovedregelen med unntak som skisseres i forarbeidene, harmoniserer med hensyn til samfunnsvern under forutsetning av at innsatte soner under tilfredsstillende forhold, etter straffegjennomføringslovens formålsbestemmelse § 2.

²⁰⁹ Ibid. side 118.

²¹⁰ Ibid. side 119.

²¹¹ Ibid. side 119.

²¹² Ot.prp.nr.5 (2000-2001), side 164.

²¹³ I.c.

²¹⁴ I.c.

Straffegjennomføringsloven § 35 som en ”kan”-regel, tolket i lys av forskriften § 3-33, retningslinjene og lovens forarbeider tilsier at det er sikkerhetsvurderingen som kan begrense kriminalomsorgens innvilgelse av straffavbrudd. Det faktum at samarbeid med andre etater skal gjøre straffavbrudd sikkerhetsmessig forsvarlig i unntakstilfeller etter lovens forarbeider, ikke nevnes eksplisitt i forskriften eller retningslinjene, er uheldig. Slik forskriften og retningslinjene er formulert, gir de ikke utfyllende veiledning i hvor langt kriminalomsorgen skal strekke seg for å forene sikkerhetshensyn og hensyn til innsattes helsetilstand. Dersom kriminalomsorgen gir avslag på søknader vedrørende straffavbrudd, kan det oppstå konflikt hva gjelder legens vurdering og sikkerhetsbetraktninger fra kriminalomsorgens side.

Sett i sammenheng med at tilfellene § 35 omfatter rent faktisk ikke kan avhjelpest på andre måter, har det i juridisk litteratur blitt reist spørsmål om hvorvidt kriminalomsorgen har et reelt valg i situasjoner hvor lovens vilkår er oppfylt.²¹⁵

Eskeland fremhever at bestemmelsens formulering som en ”kan”-regel, sett i sammenheng med at avbrudd er det eneste alternativet for den innsatte, gjør det mest nærliggende å tolke bestemmelsen nærmeste som en plikt for kriminalomsorgen til å avbryte straffen.²¹⁶ Da forarbeidene ikke gir noe klart svar på lovgivers hensikt med bestemmelsen, gir Eskeland reelle hensyn avgjørende betydning i lovtolkning.

Eskeland påpeker for det første at det ikke bør være adgang til å beholde innsatte i fengsel som det ikke er adgang til å sette inn til soning.²¹⁷ Straffeprosessloven § 459 regulerer utsettelse av straff i tilfeller hvor domfelte ”er blitt alvorlig sinnslidende eller hans helsetilstand ellers gjør fullbyrding utilrådelig”. Hensyn til harmoni mellom

²¹⁵ Eskeland (2013) side 518.

²¹⁶ I.c.

²¹⁷ I.c.

straffeprosessloven § 459 første ledd og straffegjennomføringsloven § 35, taler derfor for at straffegjennomføringsloven § 35 bør tolkes slik at det ikke er adgang til å beholde innsatte som det ikke er adgang til å sette inn til soning.²¹⁸ For det andre peker Eskeland på at det strider mot grunnleggende humanitets- og rettferdighetsforestillinger, dersom fengselsmyndighetene skal ha adgang til å beholde personer i fengsel som av helsemessige grunner ikke kan tåle fengselsoppholdet. For det tredje vil en tolkning som innebærer adgang til å beholde slike innsatte, bety en risiko for praksis i strid med EMK art. 3, som setter et absolutt forbud mot umenneskelige eller nedverdiggende behandling eller straff.²¹⁹

Hva gjelder den risikoen for brudd på EMK art. 3 som Eskeland påpeker, kan det trekkes frem at EMD i 2013 tok stilling til betydningen av helsetjenestetilbudet i fengsel.²²⁰ I *Jashi v Georgia* var spørsmålet om staten hadde misligholdt sin plikt til å tilby behandling blant annet for klagers psykiske helseproblemer under klagers opphold i fengsel. Det ble konstatert brudd på EMK artikkel 3, ettersom adekvate tiltak for saksøkers mentale helseproblemer i fengselet ble satt i verk for sent.²²¹

Slik Eskeland argumenterer, taler gode grunner for at straffegjennomføringsloven § 35 oppstiller en plikt for kriminalomsorgen til å avbryte straffen, i tilsvarende tilfeller som det etter straffeprosessloven § 459 første ledd hadde vært forbudt å sette vedkommende i fengsel.²²²

Det er imidlertid av betydning å skille mellom de to alternative vilkårene i straffegjennomføringsloven § 35, dersom lovbestemmelsen skal forstås som plikt for kriminalomsorgen til å avbryte straffen. ”Særlige tungtveiende grunner som ikke kan

²¹⁸ I.c.

²¹⁹ Eskeland (2013) side 519.

²²⁰ *Jashi v. Georgia*.

²²¹ I.c.

²²² Eskeland (2013) side 519.

avhjelpes på annen måte”, er det vanskelig å si at ikke må føre til avbrudd i straffen. Alternativt når ”domfeltes helsetilstand tilsier det”, kan derimot tenkes avhjulpes med tilstrekkelig tilrettelegging for å møte innsattes behov inne i fengselet. Teoretisk sett kan det bygges sykehus på innsiden av fengselet, slik at hensyn til innsattes forsvarlige soningsforhold ivaretas. Slik forarbeidene stiller opp alternativer for å avhjelpe sikkerhetsrisikoene ved avbrudd, indikerer det også at kriminalomsorgen skal strekke seg langt for at innsatte som oppfyller lovens øvrige vilkår skal kunne få avbrudd i straffen.²²³

4.6.3 Rett på øyeblikkelig helsehjelp

Rett på øyeblikkelig helsehjelp jamfør pasientrettighetsloven § 2-1a første ledd, beskrives i forarbeidene som tydeliggjøring av retten til å få dekket øyeblikkelige omsorgsbehov og gjelder akutte behov for bistand.²²⁴

I retningslinjene til straffegjennomføringsloven er praksis ved slike situasjoner angitt. Dersom det oppstår behov for helsehjelp og fengselshelsetjenesten ikke er tilgjengelig, skal den innsatte bringes til lege eller sykehus utenfor fengselet, alternativt at legehjelp rekvireres.²²⁵ Tilsvarende praksis er angitt i helsedirektoratets veileder.²²⁶ I veilederen fremgår det at innsatte skal tas til lege eller sykehus som kan tilby behandling, dersom legehjelpen ikke kan tilbys inne i fengselet.²²⁷ Kriminalomsorgen er ansvarlig for sikkerhetsvurderingen av tiltaket og skal sørge for transportering.²²⁸ Det fremgår klart at kriminalomsorgen ikke har kompetanse til å vurdere den innsattes behov for helsehjelp, og må rådføre seg med helsepersonell.²²⁹

²²³ Ot.prp.nr 5 (2000-2001) side 164

²²⁴ Prop. 91 L (2010-2011) side 515.

²²⁵ Kriminalomsorgens retningslinjer av 16. mai 2002, punkt 3.25, side 71.

²²⁶ Helsedirektoratets veileder IS-1971 (2013), side 19.

²²⁷ Ibid. side 19.

²²⁸ Ibid. side 20.

²²⁹ Ibid. side 20.

Slik straffegjennomføringslovens retningslinjer sammenholdt med helsedirektoratets veileder må forstås, vil lovens krav til øyeblikkelig hjelp være ivaretatt dersom den innsatte i tråd med forutsetningene får tilgang på helsehjelpen når behovet oppstår. Her kan man imidlertid tenke seg at praktiske forhold vil kunne være tidsbegrensende slik at helsehjelpen ikke blir ytet på samme øyeblikkelige måte som den ville utenfor fengselet. Som eksempelsituasjon kan man tenke seg en innsatt det er knyttet stor sikkerhetsrisiko til som skader seg når det er få tilsatte på vakt. I en slik situasjon vil nok fengselet vurdere det dit hen at det er nødvendig å tilkalle ytterligere bemanning før helsehjelpen besørges.

Når det gjelder tilgang på øyeblikkelig helsehjelp for innsatte vises det til drøftelsene foretatt i avhandlingens punkt 4.6.2, som også kan gjøre seg gjeldende i akutte situasjoner, med unntak av innsattes adgang til permisjon.

5 Håndtering av konfliktsituasjoner og klage

5.1 Innledning

Helsetjenesten og kriminalomsorgen er som nevnt vesensforskjellige etater med ulike målsetninger. Deres arbeid reguleres av ulike regelverk som forutsetter ulik organisering og formål. Når de da skal arbeide innenfor et og samme system, vil interessekonflikter kunne oppstå.²³⁰ En påregnelig konsekvens når en yrkesgruppes oppfatning av innsattes behov er nært knyttet opp mot en annen etats mening, er konfliktsituasjoner.

Helsedirektoratets veileder, ”Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel”, skisserer hvordan uenigheter mellom helse- og omsorgstjenester og kriminalomsorgen i fengsel skal håndteres.²³¹ Hvordan konflikt søkes løst mellom profesjonene og hvordan de ulike hensyn

²³⁰ Helsedirektoratets veileder IS-1971 (2013), side 18.

²³¹ I.c.

som gjør seg gjeldende ivaretas, vil drøftes i det følgende. Konflikthåndteringsmodellen vil videre drøftes i lys av de europeiske fengselsreglene.

Ordinær praksis i tilfeller hvor den innsatte er uenig i vedtaket som fattes er å påklage vedtaket. Klageadgang vil være av betydning for den innsatte for å kunne få overprøvd negative vedtak som kan gjøre innhugg i helserettigheter. Avgjørelser som fattes i tråd med konflikthåndteringsmodellen angis å være endelige.²³² Da videre klageadgang er avskåret, er det av betydning for fangers rettssikkerhet å drøfte hvorvidt modellen for konflikthåndtering er egnet til å ivareta tilsvarende hensyn som begrunner lovens ordinære klageadgang. Dette er tema i punkt 5.4.

5.2 Generelt om rettssikkerhetsgarantier

Innsattes helserettigheter er ikke mye verdt dersom de ikke gjennomføres i praksis.²³³ Hvorvidt rettighetene blir fulgt opp, vil bero på ulike forhold, blant annet om de innsatte er bevisst sine rettigheter, om helsetjenesten er tilgjengelig i fengselet og om saksbehandlingsrutinene knyttet til rettighetene er tilstrekkelige til å sikre at domfelte får sine rettigheter.²³⁴

Saksbehandlingsreglene i forvaltningen representerer viktige rettssikkerhetsgarantier, herunder for rett til helsehjelp. Forvaltningsloven av 10.februar 1967 gir generelle garantier ment å sikre befolkningens adgang til å hevde sine rettigheter, loven sikrer blant annet en betryggende saksbehandling slik at forvaltningen treffer rettsriktige avgjørelser.²³⁵

²³² I.c.

²³³ Kjønstad (2004) side 35.

²³⁴ I.c.

²³⁵ I.c.

Det er lang tradisjon for og bred enighet i juridisk teori, om at adgang til å få en sak prøvd på nytt av overordnet forvaltningsorgan er en viktig rettssikkerhetsgaranti.²³⁶ Klageordningen sikrer at momenter ikke blir oversett eller feilvurdert, og utgjør dermed en garanti for den enkelte mot uheldige og uskjønnsomme vedtak.²³⁷ Dertil kommer at klagebehandlingen har en veiledende funksjon, også utenfor den enkelte sak, og bidrar til rettsenhet og rettsikkerhet i vedtak.²³⁸

Hovedregelen etter forvaltningsloven § 28 er at partene og andre med ”rettslig klageinteresse” kan klage et enkeltvedtak inn for overordnet forvaltningsorgan. Forutsatt at den innsatte er part i saken eller oppfylder lovens krav til rettslig klageinteresse, og vedtaket fra kriminalomsorgen oppfylder lovens krav til enkeltvedtak, skal klagemuligheten foreligge.

Etter § 28 femte ledd første punktum, kan det gjøres unntak fra klageadgangen gjennom lovregulering for særskilte saksområder. Det fremgår av § 28 femte ledd annet punktum at dersom begrensning eller vesentlig endring i klageretten til skade for partsinteresser oppstilles i forskrift, må det foreligge ”tungtveiende grunner” som taler for å begrense klageadgangen.

Inntatt i lovens forarbeider er unntaksadgang i utgangspunktet tiltenkt forhold hvor klagereglene vil være særlig vanskelig å praktisere på vedkommende saksområde.²³⁹ Krav til tungtveiende grunner har sammenheng med at forvaltningsloven forutsetter å være en generell lov for saksbehandling i forvaltningen, standardiserte løsninger må imidlertid ikke trekkes for lang og fleksibilitet i saksbehandlingsreglene skal sikre rimelige løsninger i alle

²³⁶ Bernt (2010) side 48.

²³⁷ Ibid. Side 289-290.

²³⁸ Eskeland (1989) side 83.

²³⁹ Ot.prp.nr. 38 (1967-1965), side 97.

sakstyper.²⁴⁰ Begrensning i klagemulighet til overordnet organ med en intern klageordning, omtales i forarbeidene som en endring til skade for partsinteresser og tungtveiende grunner må foreligge.²⁴¹ Hvilke begrunnelse som kan betegnes som ”tungtveiende grunner”, eksemplifiseres i juridisk litteratur. Tilfeller hvor en fullstendig ny prøving av skjønsmessige vurderinger er uforholdsmessig byrdefullt nevnes, og vurderinger som forutsetter spesialisert faglig kompetanse som ikke befinner seg hos klageinstansen trekkes frem.²⁴²

Reglene om håndtering av uenighet vedrørende innsattes helsetjenestetilbud representerer en kontrollmekanisme for forvaltningen. Modellen for konflikthåndtering utgjør riktig nok ikke en ordinær klagebehandling av vedtak for den innsatte, men konflikthåndteringsmodellen søker å sikre de samme hensyn til overprøving som ordinær klageadgang ivaretar.

5.3 Konflikthåndteringsmodellen

5.3.1 Generelt

I tråd med straffegjennomføringsloven § 4 og importmodellen, er det klare utgangspunktet at kriminalomsorgen og helsetjenesten i fengselet skal samarbeide. Gjennomgående er det sikkerhetsvurderingen som i konfliktilfeller mellom de to etatene vil være det springende punkt.

I straffegjennomføringslovens retningslinjer, oppstilles det alminnelige prinsipper for sikkerhetsvurderingen hvor det fremgår at det alltid skal tas i betraktning hvorvidt avgjørelsen som fattes er i strid med andre regler.²⁴³ En naturlig språklig forståelse av

²⁴⁰ Ot.prp.nr.3 (1976-1977), side 92.

²⁴¹ I.c.

²⁴² Bernt (2010) side 299.

²⁴³ Kriminalomsorgens retningslinjer av 16. mai 2002, punkt 1.8, side 9-10.

retningslinjenes formulering, tilsier at kriminalomsorgen er bevisst på at deres avgjørelser og sikkerhetsvurderinger kan få konsekvenser, som igjen vil kunne ”stride mot andre regler”. Når det gis en vid henvisning til ”andre regler”, må det legges det til grunn at det siktes til innsattes øvrige rettigheter, og ikke utelukkende andre regler i straffegjennomføringsloven. Retningslinjene er generelt formulert og utdyper ikke typetilfeller hvor motstrid kan aktualiseres. Dersom kriminalomsorgen likevel opprettholder sin avgjørelse etter at det har blitt tatt i betraktning at vedtaket kan være i strid med andre regler, oppstår konfliktsituasjonen.

Ved uenighet mellom fengselshelsetjenesten og kriminalomsorgen hva angår helsetjenestetilbudet, gir helsedirektoratets veileder følgende anvisning på håndtering av konfliktsituasjonen:

”Det er kriminalomsorgen som har avgjørelsesmyndighet og vedtaksrett i fengselet etter straffegjennomføringslovens bestemmelser, men legens anbefalinger må tillegges betydelig vekt. Kriminalomsorgen plikter å sørge for nødvendig tilrettelegging slik at domfeltes helsetilstand kan ivaretas. Skriftlige rutiner for samarbeid bør foreligge og være godt implementert, både i kriminalomsorgen og fengselshelsetjenesten.

Dersom kommunen ved fengselslegen vurderer den helsehjelpen den innsatte får som følge av fengselsledelsens avgjørelse, er uforsvarlig, kan fengselslegen melde dette til fylkesmannen og be om en forsvarlighetsvurdering derfra. Dersom fylkesmannen er enig i fengselslegens vurdering og fengselsledelsen fortsatt opprettholder sin vurdering, blir saken oversendt til det regionale kriminalomsorgskontoret for endelig avgjørelse. Det regionale kriminalomsorgskontorets avgjørelse kan ikke påklages. En slik fremgangsmåte vil være i tråd med det europeiske fengselsregelverket.”²⁴⁴

En naturlig forståelse av veilederens ordlyd tilsier at kriminalomsorgen skal strekke seg langt for å etterkomme legens anbefalinger og møte den innsattes behov som pasient. Sammenholdt med legens rolle i fengselet som del av importmodellen, styrkes denne forståelsen av veilederens formulering. Innsikt i hva som er nødvendige helsetjenester for

²⁴⁴ Helsedirektoratets veileder IS-1971 (2013) side 18.

en pasient er en vurdering som forutsetter faglig kompetanse, men avgjørende for saken er kriminalomsorgens endelige vurdering.

Veilederen er ment å fungere som anbefalinger til fengselshelsetjeneste og et verktøy i tilknytning til helsetjenestens særlige utfordringer i fengselet.²⁴⁵ Direktoratets veileder er ikke rettslig bindende for forvaltningen. Formålet er å gi praktisk informasjon om hvordan innsatte i fengsel kan gis et helsetilbud i samsvar med gjeldende lov- og forskriftsverk.²⁴⁶ Til tross for at det følger av alminnelige forvaltningsrettslige prinsipper at like typetilfeller skal behandles likt, må løsningen som veilederen skisserer opp kunne fravikes, dersom gode grunner tilsier det.²⁴⁷

Dersom gode grunner i et konkret tilfelle tilsier at løsningen direktoratets skisserer opp bør fravikes, er det av betydning at det ved denne typen konfliktsituasjoner ikke finnes tilsvarende regulering. Modellen som veilederen legger opp til bryter med det alminnelige klagesystemet, og sammenfatter klageadgangen i helsesaker med kriminalomsorgens avgjørelse. Dersom modellen for konflikthåndtering fravikes, står den alminnelige klageadgang etter loven tilbake. De europeiske fengselsreglene er den eneste rettskilden hvor det skisseres opp en ordning for håndtering av tilsvarende og lignende konfliktsituasjoner.²⁴⁸

De europeiske fengselsreglene fra Europarådets ministerkomité betegnes gjerne som ”soft law” og er ikke bindende på samme måte som konvensjoner Norge har implementert.²⁴⁹ ”Soft law” er dokumenter som i utgangspunktet ikke har rettslig kraft.²⁵⁰ Gjennom de europeiske fengselsreglene anbefales medlemsstatenes regjeringer å innrette sin lovgivning

²⁴⁵ Ibid. side 8.

²⁴⁶ Ibid. side 2.

²⁴⁷ Bernt (2010) side 97.

²⁴⁸ De europeiske fengselsreglene pkt 45.1-45.2.

²⁴⁹ Høstmølingen (2012) side 79.

²⁵⁰ I.c.

og praksis i tråd med reglene.²⁵¹ Norske myndigheter har gitt tydelig signal om at Norge skal være et foregangsland når det gjelder å ivareta menneskerettighetene og har sluttet seg til regelsettet.²⁵² Utforming av helsedirektoratets veiledere i tråd med de europeiske fengselsreglene vil være et ledd i å innrette seg etter reglenes anbefalinger. Det vil være av betydning for Norges rolle som foregangsland på menneskerettighetsfeltet, om de europeiske fengselsreglene faktisk er fulgt opp av forvaltningen i veilederen.

5.3.2 Er konflikthåndteringen i tråd med de europeiske fengselsreglene

Slik fremgangsmåten blir skissert i veilederen, angir direktoratet å være i tråd med de europeiske fengselsreglene.²⁵³

Angitt i de europeiske fengselsreglene, anbefales det at uenighet håndteres på følgende måte:

”45.1 The director shall consider the reports and advice that the medical practitioner or other competent authority submits according to Rules 43 and 44 and, when in agreement with the recommendations made, shall take immediate steps to implement them.

45.2 If the recommendations of the medical practitioner are not within the director's competence or if the director does not agree with them, the director shall immediately submit the advice of the medical practitioner and a personal report to higher authority.”²⁵⁴

Slik det er angitt i punkt 45.1, skal direktøren ved fengselet straks treffe tiltak i tråd med legens anbefalinger dersom direktørens vurdering samsvarer med fengselslegens. Det henvises til regel 43 og 44 som omhandler legens ansvarsområde og plikter i sitt virke som fengselslege. Disse slår i korthet fast krav til at legen i fengselet skal ha omsorg for de innsatte, videre er det legens ansvar å være oppmerksom på soningsforholdenes effekt på den innsattes helse. I tilfeller hvor direktøren er uenig, eller ikke har fullmakt til å treffe

²⁵¹ St.meld. nr. 37 (2007-2008), side 26.

²⁵² I.c.

²⁵³ Helsedirektoratets veileder IS-1971 (2013), side 18.

²⁵⁴ De europeiske fengselsreglene punkt 45.1-45.2

tiltak som kan iverksette legens anbefaling, pålegges direktøren å ta saken videre. Direktøren skal legge frem legens anbefaling sammen med en personlig rapport for overordnet myndighet.

For det følgende legges det til grunn at, ”direktøren” som det henvises til i de europeiske fengselsreglene sammenfaller med direktøren på lokalt nivå i norsk kriminalomsorg.

Sammenliknet med reguleringen i de europeiske fengselsreglene er prosessinitiativet snudd om i den norske modellen. I helsedirektoratets veileder, ligger initiativet hos fengselslegen til å melde saken til fylkeslegen. Prosessen forutsetter at fengselslegen ber om en forsvarlighetsvurdering fra sin etats overordnede instans. Dersom også fylkeslegens vurdering er sammenfallende med fengselslegens, og fengselsledelsen fortsatt opprettholder sin vurdering, oversendes saken til regionalt kriminalomsorgskontor for endelig avgjørelse.²⁵⁵

Sakens fagkyndige vurdering av den innsattes helsetilstand har ulik status sammenliknet med de europeiske fengselsreglene. De europeiske fengselsreglenes etablerer et system hvor det er direktørens vurdering i saker med helseaspekt som overprøves. Fagkyndige uttalelser vedrørende innsattes helseforhold er på den måten plassert i en særstilling, og sammen med en personlig rapport må direktøren legge frem sitt avvikende syn for overordnet instans.

Den endelige vurderingen av saken foretas av overordnet instans slik den norske modellen er utformet, og er sammenfallende med løsningen i de europeiske fengselsreglene. Det er prosessen som bringer saken opp på overordnet nivå, hvor helsedirektoratet har valgt en avvikende løsning.

²⁵⁵ Helsedirektoratets veileder IS-1971 (2013), side 18.

I tilfeller hvor direktøren, altså lokalt nivå, ikke har fullmakt til å sette i verk tilstrekkelige tiltak, skal saken bringes til overordnet instans etter de europeiske fengselsreglene. Det er også tilfellet i norsk straffegjennomføring at lokalt nivå ikke har avgjørelsesmyndighet i alle saker.²⁵⁶ Avgjørelsesmyndigheten er nyansert som vist i avhandlingens punkt 4.3.3.1 og 4.3.3.2. Helsedirektoratets veileder gir derimot utelukkende regionalt nivå avgjørelsesmyndighet når konfliktsituasjoner skal løses.²⁵⁷

I saker hvor regionalt nivå i første instans hadde avgjørelsesmyndighet, vil direktoratets formulering tilsi at den samme instansen også endelig skal vurdere saken, forutsatt at fylkeslegen mener behandlingen av den innsatte er uforsvarlig. Formuleringen ”overordnet nivå” slik det fremgår av de europeiske fengselsreglene, låser ikke situasjonen slik helsedirektoratet har gjort når de plasserer avgjørelsesmyndigheten hos regionen, uten å ta tilfeller hvor regionen har fattet vedtaket i første instans, med i betraktningen.

Den norske modellen for konflikthåndtering ivaretar ikke hensynet til at saken skal vurderes av overordnet instans konsekvent. Det faktum at avgjørelsesmyndighet er plassert på ulike nivåer i kriminalomsorgen, taler for at tilsvarende nyansering gjenspeiles i konflikthåndteringsmodellen. Dersom avgjørelsen er fattet av det regionale kriminalomsorgskontoret i første instans, bør saken løftes opp til Kriminalomsorgsdirektoratet for en reell, fornyet vurdering.

Tidsmomentet er videre utelatt i direktoratets veileder. De europeiske fengselsreglene pålegger direktørene ”straks” å sette i verk tiltak, alternativt ”straks” bringe saken videre til overordnet instans.²⁵⁸ Slik direktoratet utelater tidsmomentet, samt forutsetter en prosess med flere ledd det kan antas er tidkrevende, er uheldig i saker hva gjelder helserettigheter hvor det kan tenkes prekære situasjoner som forutsetter at det handles raskt.

²⁵⁶ Straffegjennomføringsloven § 6.

²⁵⁷ Helsedirektoratets veileder IS-1971 (2013), side 18.

²⁵⁸ De europeiske fengselsreglene punkt 45.1.-45.2.

Formuleringen i de europeiske fengselsreglene avviker noe fra formulering i helsedirektoratets veileder. Spørsmålet er da hvorvidt de samme hensyn gjør seg gjeldende i de ulike modellene for konflikthåndtering, og om det eventuelt er et problem dersom det viser seg at de ikke gjør det.

Felles for begge konflikthåndteringsmodellene er at overordnet instans tar endelig avgjørelse, da under forutsetning av at avgjørelsesmyndighetene i første instans befinner seg på lokalt nivå i norsk kriminalomsorg. Ny instans vurderer grunnlaget for avgjørelsen, og hensyn som begrunner overprøving er på den måten ivaretatt. Avvikende er den sakkyndiges rolle og pålagte initiativ i den videre prosessen, jamfør den norske modellen, samt tidsmomentet som er utelatt. Denne omrokkeringen av initiativ for å sette i gang den videre prosessen, kan tenkes å bli bestemmende for effektiviteten av overprøvingen særlig med tanke på at fengselshelsetjenesten er mindre tilgjengelig i fengselet enn kriminalomsorgens tilsatte.

Norge har ikke reservert seg fra noen deler av de europeiske fengselsreglene, men det faktum at norske myndigheter ikke følger deres anbefalinger til det fulle vil ikke få direkte konsekvenser eller sanksjoner da regelsettet er ”soft law”.²⁵⁹ Dersom Norge virkelig ønsker å være et foregangslang på menneskerettighetsfeltet og mer konkret for fengselsrettigheter på et område hvor behovet er stort og hensynet til velferd tungtveiende, burde imidlertid de europeiske fengselsreglene gjenspeiles i vår straffegjennomføring, og i behandlingen av våre innsatte. Den norske modellen hvor tidsangivelsen er utelatt og det er ikke er gitt at overordnet myndighet konsekvent avgjør saken, er en løsning som vil kunne få uheldige konsekvenser for innsatte.

²⁵⁹ Høstmølingen (2012) side 79.

5.3.3 Mine vurderinger av den norske konflikthåndteringen

Pasienters rettsstilling bør trekkes inn i forståelsen av veilederens formulering. Pasientrettighetene har vokst frem på bakgrunn av et behov for å verne den svake part mot myndighetene.²⁶⁰ Innsatte underlagt offentlig myndighet har et klart behov for vern av sine velferdsrettigheter. Den rådende rehabiliteringsideologien i moderne straffegjennomføring, tilsier også at den fengslede pasient bør møtes med et tilbud egnet til rehabilitering og behandling av sykdom.²⁶¹ En ordning som best sikrer innsattes helserettigheter vil også være i tråd med normalitetsidealet som ligger til grunn for straffegjennomføringsloven.²⁶²

Det har vært påpekt at den norske konflikthåndteringsmodellen medfører en annen helsestandard for innsatte sammenliknet med den øvrige befolkningen.²⁶³ Leder av Norsk forening for allmennmedisin uttalte i kjølevannet av veilederens publisering at forutsetningen om legens initiativ er uheldig.²⁶⁴ Igangsetting av overprøvningsprosessen er et stort skritt å ta for en fagperson som arbeider alene og i en liten stillingsbrøk.²⁶⁵ Det faktum at initiativet er snudd, kan på den bakgrunn muligens medføre at færre saker bringes lengre opp i systemet.

Importmodellens innpass i fengsel understreker viktigheten av sammenblandet fagkompetanse for å oppnå tilfredsstillende forhold for de innsatte. Det oppstilles ingen begrensninger i importmodellen eller straffegjennomføringsloven § 4, kriminalomsorgen anses som et helhetlig system hvor det ikke skilles på lokalt og regionalt nivå. Ved konfliktsituasjoner, er ikke de hensyn som begrunner viktigheten av importerte offentlige

²⁶⁰ Kjønstad (2005) side 67.

²⁶¹ St. meld. nr. 37 (2007-2008) side 109.

²⁶² St. meld. nr. 37 (2007-2008) side 108.

²⁶³ Rua (2013) *Annen helsestandard for fanger*.

²⁶⁴ Bakke (2013). *Veilederen hjelper ikke fengselsleger*.

²⁶⁵ I.c.

tjenester i fengsel like tydelige. De formål importmodellen skal verne trekkes ikke videre oppover i kriminalomsorgens hierarkiske oppbygning når vedtak fattes på overordnet nivå.

Det oppstilles ikke krav om sammensatt, faglig kompetanse hos instansen som fatter den endelige avgjørelse ved tilfeller av konflikt. Fengselslegen og fylkeslegens enighet om behovet for forsvarlig behandlingstilbud, kan isolert sett tenkes å underbygge og forsterke rollen den sakkyndiges vurdering spiller som momentet i helhetsvurderingen avgjørelsene bygger på.

Det faktum at to separate instanser har tilsvarende formening om behandlingen er nødvendig, vil gi vurderingen økt kvalitet. Dette til tross, er det et faktum at selv i de alvorligste konfliktsituasjoner er det en instans uten medisinsk kompetanse som avgjør saken. Norsk forening for allmenntidisin foreslår å etablere en kommisjon bestående av fengselsfaglig og medisinskfaglig ekspertise som kan behandle konfliktsituasjoner.²⁶⁶ En kommisjonsmodell vil være egnet til å gi etatene likeverdige roller i situasjoner hvor hensyn til sikkerhet og pasientrettigheter vanskelig kan forenes.

5.4 Klageadgang- rettssikkerhetsgaranti i den enkelte sak

5.4.1 Klage på fengselslegens vurdering

Det rettslige grunnlaget for klage etter pasientrettighetsloven oppstilles i § 7-2. Etter bestemmelsens ordlyd, kan pasienten eller pasientens representant, påklage avgjørelsen til fylkesmannen. Klageinstansens kompetanse fremgår ikke av lovens ordlyd, men er utdypet i lovens forarbeider. Som angitt i Ot.prp.12 (1998-1999), tar klageinstansen stilling til rettighetens eksistens og rekkevidde.²⁶⁷ Videre pålegger klageinstansen ansvarlig helsepersonell oppfyllelse av rettigheter, i saker hvor det er mulig.²⁶⁸

²⁶⁶ Bakke (2013). *Veilederen hjelper ikke fengselsleger*.

²⁶⁷ Ot.prp.12 (1998-1999), side 107.

²⁶⁸ I.c.

5.4.2 Klage på kriminalomsorgens vedtak

Straffegjennomføringsloven § 7 oppstiller saksbehandlingsregler for kriminalomsorgen, og forvaltningsloven gjøres gjeldende med noen unntak. Adgang til å påklage enkeltvedtak etter forvaltningslovens § 28 er ikke blant de nevnte unntak som listes opp i straffegjennomføringsloven § 7. Forvaltningslovens regulering av klageadgang etter § 28 legges til grunn i kriminalomsorgens saksbehandling.

Veilederen fra helsedirektoratet, begrenser mulighet for klage for den innsatte når det regionale kriminalomsorgskontoret har tatt endelig avgjørelse i konfliktilfeller.²⁶⁹ I tilfeller hvor det er fattet et negativt vedtak i den innsattes sak, vil det altså ikke være mulig for vedkommende å få overprøvd avgjørelsesgrunnlaget. Avgrensningen i klageadgangen er inntatt i veilederen fra direktoratet og oppfyller ikke krav om lov- eller forskriftsregulering som oppstilles for å gjøre unntak i klageregelen.²⁷⁰

Spørsmålet som må stilles er da om direktoratets veileder gjennom konflikthåndteringsmodellen tar hensyn til innsattes klagerettigheter. Dersom klagereguleringen omfattes av konflikthåndteringsmodellen, kan det være bakgrunn for at direktoratet mener reguleringen ikke skal gjelde ved tilfeller av konflikt.

Kompetansebestemmelsene viser at beslutninger av betydning for innsattes helsetilbud treffes på ulike nivåer i forvaltningssystemet som beskrevet under punkt 4.3.4.²⁷¹ Hvilket nivå i kriminalomsorgen som har avgjørelsesmyndighet, er av betydning for innsattes klageadgang.

²⁶⁹ Helsedirektoratets veileder IS-1971 (2013) side 18.

²⁷⁰ Forvaltningsloven § 28 femte ledd.

²⁷¹ Straffegjennomføringsloven § 6.

I saker hvor vedtaket i første instans fattes på lokalt nivå, er de hensyn som begrunner klageadgang ivaretatt gjennom konflikthåndteringsmodellen. Saken vil bli løftet opp i systemet og vurdert av ny instans. Prosessen vil være tilsvarende som saksgangen i en ordinær klagesak, og begrensningen inntatt i veilederen vil ikke utgjøre noen realitetsforskjell i adgangen til å få overprøvd vedtak. Med unntak av at det ikke er klager selv som har satt i gang klageprosessen. I konfliktsituasjoner hvor regionen har fattet vedtak i første instans, har derimot ikke de hensyn som begrunner adgang for klagebehandling manifestert seg på tilsvarende måte i systemet.

I tilfeller som ikke springer ut av en konflikt mellom forvaltningsorganer, regulerer straffegjennomføringsloven § 6 myndighet til å treffe avgjørelser. Inntatt i forarbeidene til bestemmelsen angis Kriminalomsorgens sentrale forvaltning som klageinstans i vedtak fattet av regionen.²⁷² På denne måten sikres at en overordnet instans har vurdert vedtakets avgjørelsesgrunnlag, og klagebehandlingen er i tråd med forvaltningslovens begrunnelse for behovet av en klageordning. Dersom avgjørelsesmyndigheten i første instans er lagt til det regionale kriminalomsorgskontoret, og det oppstår konflikt mellom fengselshelsetjenesten og kriminalomsorgskontoret, ivaretar ikke konflikthåndteringsmodellen hensyn til at ny instans overprøver avgjørelsesgrunnlaget, slik forarbeidene til straffegjennomføringsloven § 6 forutsetter.

5.4.3 Konflikthåndteringens side til klagebehandling

Avslutningsvis er det relevant hvorvidt sammenfatningen av pasientrettighetslovens og straffegjennomføringslovens klageadgang er egnet til å ivareta de hensyn som begrunner lovens normale klageadgang. Dersom tilsvarende hensyn gjør seg gjeldende, og det faktum at regionens endelige avgjørelse ikke utgjør en realitetsforskjell for den innsatte, kan veilederens begrensning av videre klageadgang enklere forstås. De vilkår som oppstilles for å gjøre unntak i klageadgangen etter forvaltningsloven § 28 foreligger ikke.

²⁷² Ot.prp.nr.5 (2000-2001), side.151.

Den helserettslige siden av saken vil i alle tilfeller bli vurdert på ny av overordnet instans. Fylkeslegens forsvarlighetsvurdering av saken sammenfaller derimot ikke med påleggskompetansen fylkeslegen normalt besitter i klagesaker. Da den innsattes helsetilbud er nært knyttet opp mot kriminalomsorgens vurderinger, og et pålegg om helsetjenestetilbud også måtte forholdt seg til de begrensningene som følger av frihetsberøvelsen, vil ikke realitetsforskjellen være stor.

Det faktum at vedtaket som fattes etter modellen for konflikthåndtering er endelig, representerer et innhugg i rettigheter av større betydning for den innsatte overfor kriminalomsorgen.²⁷³ I saker hvor avgjørelsesmyndigheten er plassert på lokalt nivå, løftes saken opp i systemet, og instans uten tidligere befatning med saken avgjør den. I saker hvor avgjørelsesmyndigheten i første instans er lagt til regionalt nivå, settes det vern som forvaltningsloven oppstillet mot uriktige vedtak overfor innsatte gjennom klagereglene til side.

Hovedregelen etter forvaltningsloven § 28, er at klage alltid skal gå til et annet organ. Muligheten for å få en avgjørelse overprøvd av en annen instans enn den som opprinnelig fattet vedtaket er en sentral, prosessuell rettsikkerhetsgaranti.²⁷⁴ Bakgrunnen for at det av ny overordnet instans skal foreta en ny prøving av vedtaket, er for å sikre at den fornyede vurderingen ikke er bundet av førsteinstansens syn, og på grunnlag av faktum og argumentasjon som ligger til grunn når klageinstansen treffer sitt vedtak.²⁷⁵ Når regionalt nivå tar den endelige avgjørelsen ved tilfeller av konflikt som springer ut av sitt eget vedtak, tapes overprøvingsadgangen. Overprøving av vedtak internt i etaten representerer en illusorisk klageadgang, hvor de hensyn som begrunner en klageordningen vanskelig kan spores.

²⁷³ Helsedirektoratets veileder IS-1971 (2013) side 18.

²⁷⁴ Bernt (2010) side 290.

²⁷⁵ I.c.

Som illustrerende eksempel kan det trekkes frem at regionen har avgjørelsesmyndighet ved bruk av tvangsmidler i særtilfeller.²⁷⁶ Med hjemmel i straffegjennomføringsloven § 38 tredje og fjerde ledd, er myndighet til å avgjøre bruk av sikkerhetsseng over 24 timer og bruk av sikkerhetscelle over tre døgn, lagt til det regionale kriminalomsorgskontoret. Situasjoner hvor kriminalomsorgen og fengselshelsetjenesten ikke har sammenfallende mening om den innsattes behov og helsetilstand, kan tenkes å oppstå ved bruk av tvangsmidler. I det tenkte tilfellet, skal konflikten avgjøres på regionalt nivå som fattet vedtaket i første instans, samtidig som klageadgang er begrenset gjennom den praksis veilederen gir anvisning på.

6 Avsluttende bemerkninger

Innsatte i fengsel er berøvet sin frihet, men ikke sine helserettigheter. Normalitetsprinsippet som sentral del av kriminalomsorgens verdigrunnlag, er bakgrunn for importmodellen som skal gjøre offentlige tjenester tilgjengelig for innsatte i fengsel.²⁷⁷ Importmodellen ble innført av hensyn til å sikre tjenestenes kvalitet og uavhengighet.²⁷⁸ Fengselshelsetjenestetilbudet for de innsatte forutsetter likevel samarbeider mellom kriminalomsorgen og helsemyndighetene.²⁷⁹

Kriminalomsorgen er etter straffegjennomføringsloven § 4 pålagt å formidle kontakt mellom innsatte og helseavdelingen i fengselet, og tilrettelegge for tjenestetilbudet. Tilsatte i kriminalomsorgen utgjør på den bakgrunn bindeleddet mellom fengselets helseavdeling og den innsatte, og er helt avgjørende for at den innsatte skal få et tilbud i samsvar med sine lovhjemlede helserettigheter.

²⁷⁶ Straffegjennomføringsloven § 38.

²⁷⁷ St. meld. nr. 37 (2007-2008) side 22.

²⁷⁸ Murer og mennesker (1993) side 117.

²⁷⁹ Straffegjennomføringsloven § 4.

Forutsatt at den innsattes behov for helsetjenester gjøres kjent for fengselshelsetjenesten, åpner straffegjennomføringslovene for tilpassede soningsforhold. Straffen kan på nærmere angitte vilkår som utdypes i avhandlingen punkt 4.6.2.3 og 4.6.2.4, gjennomføres på sykehus eller institusjon.²⁸⁰ Avbrudd i fengselsstraffen kan gjøres dersom vilkårene etter straffegjennomføringsloven § 35 foreligger. Realisering av behandlingstilbud som forutsetter utgang fra fengselet for den innsatte er avhengig av kriminalomsorgens avgjørelser. Sikkerhetshensyn får som drøftet i punkt 4.6.2.1, en fremtredende plass i vurderingen og det helserettslige aspektet glimrer med sitt fravær. Sviktfarevurderingen kan tenkes å få uheldige ringvirkninger med konsekvenser for innsattes helserettigheter.

Tilfeller av konflikt mellom fengselshelsetjenesten og kriminalomsorgen vedrørende behandlingen forekommer. Helsedirektoratets anvisning på konflikthåndtering sammenfaller ikke full ut med de europeiske fengselsreglene som drøftet i punkt 5.3. I den norske modellen er initiativet til å igangsette prosessen er omrokkert, og tidselementet utelatt. Da de europeiske fengselsreglene utgjør anbefalinger til norsk myndigheter, vil det ikke medføre formelle konsekvenser, den avvikende ordningen får imidlertid betydning for den innsatte.

Helsedirektoratets konflikthåndteringsmodell angis i helseveilederen å være endelig.²⁸¹ Tilsidesettelse av innsattes klageadgang som rettssikkerhetsgaranti i saker hvor regionalt nivå i kriminalomsorgen fattet vedtak i første instans, er derimot uheldig. Som drøftet i avhandlingens punkt 4.3.4 har regionene avgjørelsesmyndighet for domfelte som soner de alvorligste dommene, med noen unntak. Slik konflikthåndteringsmodellen er formulert vil dommens karakter få betydning for domfeltes rettssikkerhetsgarantier ved gjennomføring av fengselsstraff. Av hensyn til innsattes rettssikkerhet, burde konflikthåndteringsmodellen

²⁸⁰ Straffegjennomføringsloven §§ 12, 13.

²⁸¹ Helsedirektoratets veileder IS-1971 (2013) side 18.

vært nyansert, slik at reell overprøving av sakens avgjørelsesgrunnlag konsekvent ble ivaretatt.

7 Litteraturliste

7.1 Lovregister

- 1687 Kong Christian den femtes norske lov av 15. april 1687.
- 1842 Lov angaaende Forbrydelser 20.8.1842.
- 1857 Lov om Fængselsvæsenet 13.10.1857.
- 1902 Almindelig borgerlig straffelov (straffeloven) av 22. mai 1902 nr 10.
- 1909 Lov av 18 september 1909, nr.7, om sykeforsikring (Sykeforsikringsloven).
- 1912 Lov av 26de juli 1912, nr.1, om utførelsen av de offentlige lægeforretninger (Legevesenloven).
- 1958 Lov om fængselsvesenet (fængselsloven) av 12. desember 1958 nr 7.
- 1967 Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven) av 2. oktober 1967 nr 00.
- 1981 Lov om rettergangsmåter i straffesaker (straffeprosessloven) av 22. mai 1981 nr 25.
- 1982 Lov om helsetjenesten i kommunen (kommunehelsetjenesteloven) av 19. november 1982 nr. 66
- 1999 Lov om pasient og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) av 2. juli 1999 nr 63.
- Henvisning til opphevet bestemmelse i pasient- og brukerrettighetsloven: Pasientrettighetsloven § 2-1 opphevet ved lov av 24.juni 2010. Rettsdata:
<http://abo.reettsdata.no/browse.aspx?sDest=gBL19990702z2D63z2EzA72z2D1>
- 2001 Lov om gjennomføring av straff (straffegjennomføringsloven) av 18. mai 2001 nr 21.
- 2011 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m (helse- og omsorgstjenesteloven) av 24. juni 2011 nr 30.

7.2 Lovforarbeider og offentlige utredninger

- Ot.prp. nr. 38 (1964-1965) Om lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven).
- Ot.prp. nr. 3 (1976-1977) Om lov om endringer i lov 10 februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker (regler om taushetsplikt m. m.)
- Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)
- Ot.prp. nr. 5 (2000-2001) Om lov om gjennomføring av straff mv. (strfogl.)
- Ot.prp. nr. 90 (2003-2004) Om lov om straff (Straffeloven).
- Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjensteloven)
- Prop. 118 L (2012-2013) Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (rett til nødvendig helsehjelp og pasientrettighetsdirektivet m.m.)
- St.meld. nr.104 (1977-1978) Om kriminalpolitikken.
- St.meld. nr. 37 (2007-2008) En straff som virker -mindre kriminalitet - tryggere samfunn (kriminalomsorgsmeldingen).

7.3 Forskrifter, retningslinjer og praksis fra forvaltningsorgan

Forskrift til lov om straffegjennomføring. 22. Februar 2002 nr. 182.

Forskrift om fastlegeordningen i kommunene. 2012-08-29 nr.842.

Helsedirektoratets veiledningsserie 3-87. Faglig veileder for Fængselshelsetjenesten. 1987.

Helsedirektoratets veileder. Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel. IS-1971. Januar 2013, oppdatert i november 2013.

Kriminalomsorgens sentrale forvaltning 16.mai 2002, revidert 27. Oktober 2008. Retningslinjer til lov om gjennomføring av straff mv(straffegjennomføringsloven).

Oppsummering av tilsynserfaringer og erfaringer fra klagesaker som gjelder helsetjenester i fengsel. 04.01.2013. Helsetilsynet. Link til dokument følger under.

<http://www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Brev-hoeringsuttalelser/Brev-hoeringsuttalelser-2012/Oppsummering-av-tilsynserfaring-og-erfaring-fra-klagesaker-som-gjelder-helsetjenester-til-fengselsinnsatte/>

Sivilombudsmannen (Sak 2007/894) Publisert 28.04.2009.

Sivilombudsmannen (Sak 2010/2930) Publisert 09.01.2013.

7.4 Internasjonale kilder

Case of Jashi v. Georgia. The european court of human rights, Strasbourg, 8. januar 2013.

EMK Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen, Roma 1950.

Ministerkomiteens rekommandasjoner Rec (2006)2 til medlemsstatene om de europeiske fengselsreglene. Link til dokument følger under.

<https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=955747>

7.5 Rapporter

Fafo-rapport. Levekår blant innsatte. 429/2004 Christine Friestad og Inger Lise Skog Hansen.

7.6 Juridisk litteratur

Andenæs, Mads Henry. *Rettskildelære*. 2.utgave. Oslo, 2009

- Bakke, Kjell Arne. *Innsatte får likeverdig helsetjeneste*. I: Dagens Medisin. 24. januar 2013.
- Bakke, Kjell Arne. *Veilederen hjelper ikke fengselslegene*. I: Dagens Medisin. 25. januar 2013.
- Bernt, Jan Fridthjof og Ørnulf Rasmussen. *Frihagens forvaltningsrett bind 1*. 2.utgave. Bergen, 2010.
- Eckhoff, Torstein. *Forvaltningsrett*. 9.utgave ved Eivind Smith. Oslo, 2010.
- Eckhoff, Torstein. *Rettskildelære*. 5.utgave ved Jan E. Helgesen. Oslo, 2001.
- Ekeid, Svein-Erik og Kjetil Karlsen. *Helsehjelp til pasienter i fengsel*. I: (Red. Olaf Halvorsen) *Med loven mot makta*. Oslo 2011. s. 299-326.
- Eskeland, Ståle. *Fangerett*. 2.utgave. Otta, 1989.
- Eskeland, Ståle. *Strafferetten*. 3.utgave. Oslo, 2013.
- Høstmælingen, Njål. *Internasjonale menneskerettigheter*,. 2.utgave. Oslo, 2012.
- Kjønstad, Asbjørn. *Helserett*. Oslo, 2005.
- Kjønstad, Asbjørn. *Rett til helsetjenester*. I: Jussens venner. (2004) s. 217-272 (Sitert fra Lovdata).
- Murer og mennesker*. Mathiesen, Thomas ... (et al.). 1.utgave. Oslo, 1993.
- Rua, Marte. *Annen helsestandard for fanger*. I: Dagbladet. 28. januar 2013.
- Rua, Marte. *Hva gjør fengselsleger? En institusjonell etnografi om isolasjon og helse*. 1.utgave. Oslo, 2012.
- Strandmo, John. *Fengselsledelsen setter innsattes liv og helse i fare*. I: Bladet Tromsø. 1. mars 2008. (Atekst)
- Ståle Eskeland. *Rettsikkerhet og fengselsmessige hensyn i den nye straffegjennomføringsloven*. I: Jubileumsskrift for Juss-Buss – Tvers igjennom lov til seier. 2001, side 98-108.
- Virker straff*. Ståle Olsen ... (et al.). 1. utgave. Oslo, 2012.
- Warberg, Lasse A. *Norsk helserett*. 2.utgave. Oslo 2011.

7.7 Andre kilder

Telefonsamtaler med fengselsleger torsdag 24.oktober 2013.