

TILSYNSRÅDET FOR KRIMINALOMSORGEN

TILSYNSRAPPORT

Hustad fengsel

19. mars 2025

Innhold

1. Innledning	3
1.1. Tilsynsrådet og mandatet	3
1.2. Varsel om tilsyn, informasjonsinnhenting og gjennomføring av tilsynsbesøket	3
2. Informasjon om fengselet og hendelsesforløpet	5
2.1. Hustad fengsel	5
2.2. Hendelsesforløpet	5
2.3. Oppfølging i etterkant	7
2.4. Fengselets egne vurderinger	8
3. Tilsynsrådets vurderinger	9
3.1. Bemanning og opplæring	9
3.2. Kartlegging, journalføring og oppfølging	9
3.3. Samhandling	11
3.3.1. Samhandling med påtalemyndigheten og andre enheter	11
3.3.2. Samhandling med helsetjenesten	12
3.4. Kapasitet hos helsetjenesten	14
3.5. Oppfølging av andre innsatte	15
4. Tilsynsrådets anbefalinger	16
5. Tilbakemelding og oppfølging	17

1. Innledning

1.1. Tilsynsrådet og mandatet

Det nye nasjonale Tilsynsrådet for kriminalomsorgen er etablert fra 1. januar 2025.¹ Tilsynsrådet er uavhengig i sitt arbeid og kan ikke instrueres om lovtolkning eller skjønnsutøvelse. Tilsynsrådet består av en fast ledelse på tre personer: Verna Rege Nilssen, Oddvar Thorbjørnsen Faltin og Tonje Lilaas Larsen. Den lokale forankringen er videreført gjennom Tilsynsrådets fylkesbaserte sammensetning. Sivilrettsforvaltningen har oppgaven som sekretariat for Tilsynsrådet.

Tilsynsrådet skal føre tilsyn med at personer som er innsatt i kriminalomsorgens institusjoner, behandles i samsvar med gjeldende rett og at deres velferd ivaretas. Tilsynsrådet skal også føre tilsyn med at personer som gjennomfører varetekt eller straff utenfor institusjon, behandles i samsvar med gjeldende rett.

Tilsynsrådet kan ta opp saker av eget tiltak eller etter henvendelse fra innsatte, domfelte, siktede, botlagte, pårørende eller ansatte.

Kriminalomsorgen skal varsle tilsynsrådet om alle selvdrap, selvdrapsforsøk og alvorlig eller gjentatt selvskading.²

Ved hvert tilsynsbesøk i kriminalomsorgens institusjoner skal minst to medlemmer av Tilsynsrådet delta, så langt mulig én fra ledelsen. Tilsynsbesøket kan varsles på forhånd eller være uanmeldte. Domfelte og innsatte har rett til å kommunisere fortrolig med Tilsynsrådet og sekretariatet.³

Tilsynsrådet og sekretariatet har taushetsplikt etter forvaltningsloven. Taushetsplikten omfatter også forhold av betydning for sikkerheten i kriminalomsorgens institusjoner eller for gjennomføringen av straff utenfor fengsel.⁴

Det skal skrives en tilsynsrapport etter hvert tilsyn.⁵

1.2. Varsel om tilsyn, informasjonsinnhenting og gjennomføring av tilsynsbesøket

Onsdag 19. mars 2025 var Tilsynsrådet på stedlig tilsyn i Hustad fengsel kl. 11:00–17:00. Bakgrunnen for tilsynet var et selvdrap som ble begått av en varetektsinnsatt.

Temaet for tilsynet var Hustad fengsels rutiner i forbindelse med kartlegging og oppfølging av risiko for selvskading og selvdrap generelt, og fengselets arbeid og oppfølging i forbindelse med denne konkrete hendelsen, både knyttet til avdøde og andre innsatte.

¹ Tilsynsrådet for kriminalomsorgen er opprettet i medhold av straffegjennomføringsloven kapittel 2 A, se Prop. 46 L (2022–2023). Tilsynsrådets ansvar og oppgaver er nærmere regulert i forskrift om tilsynsrådet for kriminalomsorgen.

² Forskrift om tilsynsrådet for kriminalomsorgen § 4

³ Straffegjennomføringsloven § 9 a.

⁴ Straffegjennomføringsloven § 9 c første ledd.

⁵ Forskrift om tilsynsrådet for kriminalomsorgen § 7

Hustad fengsel ble ved brev 5. mars 2025 og e-post 6. og 7. mars 2025 bedt om å oversende følgende informasjon:

- Tidspunktet for avdødes innsettelse
- Straffebudet i siktelsen mot avdøde
- Fire ukers siste føringer i journalsystemet Kompis for avdøde
- Kopi av siste selvdropsrisikovurdering fra helseavdelingen
- Kopi av eventuell tiltaksplan
- Kopi av siste kartleggingsskjemaer fra innkomst og før hendelsen
- Hvordan hendelsen skjedde, og om andre innsatte var vitne til hendelsen
- Hvordan andre innsatte er ivaretatt etter hendelsen

Fengselet ble anmodet om å sikre relevant informasjon i saken, blant annet videoovervåkning som kan bidra til å belyse saken. Fengselet ble også bedt om å distribuere et informasjonsskriv fra Tilsynsrådet i alle avdelinger, med oppfordring til innsatte om at de kan kontakte oss dersom de har informasjon.

Hustad fengsel ble 17. mars 2025 varslet om tilsynet 19. mars 2025.

Fengselsledelsen ønsket i utgangspunktet at Tilsynsrådet skulle komme på besøk på et annet tidspunkt enn det varslede, og var bekymret for ivaretagelsen av de ansatte da vi varslet at vi ønsket samtaler med både innsatte og ansatte. Tilsynet ble likevel gjennomført som planlagt 19. mars.

Følgende personer deltok fra Tilsynsrådet:

- Verna Rege Nilssen (leder)
- Oddvar Thorbjørnsen Faltin (1. nestleder)
- Tonje Lilaas Larsen (2. nestleder)

Tilsynsbesøket ble innledet med et møte med fengselsledelsen, som var representert ved leder og nestleder. Videre gjennomførte vi samtaler med enkelte ansatte som hadde hatt kontakt med avdøde. En av de ansatte hadde også vært på jobb den aktuelle dagen. Tilsynsrådet gjennomførte en inspeksjon av avdødes celle og avdeling, og snakket med innsatte på avdødes avdeling.

Tilsynsrådet fikk utdelt mer dokumentasjon underveis i tilsynet, både på fengselets initiativ og etter vår anmodning. Verken leder eller nestleder i fengselet var på jobb da hendelsen fant sted, men kom kort tid etter hendelsen. De konkrete datoene i hendelsesforløpet er utelatt i Tilsynsrådets rapport.

Det bemerkes at denne rapporten ikke er en full gjennomgang av hvordan innsatte ivaretas i Hustad fengsel.

2. Informasjon om fengselet og hendelsesforløpet

2.1. Hustad fengsel

Hustad fengsel ligger i Hustadvika, og er en del av Kriminalomsorgen region Vest. Fengselet har 28 plasser på høysikkerhet og 32 plasser på lavsikkerhet – totalt 60 plasser. Plassene er fordelt på avdeling A, B og C. Avdeling B er et rusmestringstiltak med åtte plasser.

Alle innsatte i fengselet skal ha kontaktbetjent, og tildeling av kontaktbetjent følger cellen som tildeles hver innsatt.

Avdøde var innsatt i avdeling C, som er en vanlig fellesskapsavdeling på høysikkerhetsnivå. Avdeling C huser både varetektsinnsatte og domfelte.

Rutinene for innlåsning på avdeling C varierer med helg og hverdag. I helgene er det utlåsning kl. 08:15, med fellesskap til kl. 11:30. Kl. 11:30–12:30 er det lufting på lørdager og gym på søndager. De innsatte låses inn kl. 12:30–14:30, og innlåsning for kvelden skjer kl. 19:15. De som ikke ønsker å delta i lufting eller gym, blir innlåst på cella.

Fengselet opplyste at de har hatt en krevende bemanningssituasjon de siste fire årene. En stor del av bemanningen er vikarer og nyutdannede fengselsbetjenter som gjennomfører pliktår. Fengselet anslår at 1/3 av bemanningen skiftes ut hvert år som følge av at de tar imot betjenter i pliktår. Fengselet vurderer selv at høy grad av utskifting av ansatte gir dårligere kjennskap til de innsatte og høy slitasje på de fast ansatte som opplever at de står i en kontinuerlig opplæringsprosess.

Fengselet har ikke hatt en fast leder siden oktober 2024. Nåværende leder og nestleder er konstituert, og ivaretar lederfunksjonene ved siden av sine egentlige stillinger. Hustad fengsel har som følge av en anstrengt økonomi kun en ansatt jurist, og en vakant juriststilling. Mange av disse oppgavene faller også på fungerende leder og nestleder.

2.2. Hendelsesforløpet

Avdøde ble pågrepet en fredag, siktet for overtredelse av straffebud av belastende karakter. Han tilbragte nærmere to døgn i politiarresten, før han ble varetektsfengslet i én uke med brev- og besøksforbud. Varetektsfengslingen ble lørdagen etter forlenget i to uker ved kontorforretning, hvorav én uke med brev- og besøksforbud. Avdøde ble meddelt fengslingsforlengelsen samme dag.

Avdøde ankom Hustad fengsel kl. 17:50 søndagen etter pågripelsen. Han gjennomgikk en kartlegging av risikofaktorer for selvdrap/selvskading samme dag. Helsetjenesten deltok ikke i kartleggingen, og har heller ikke gjennomført kartlegging med avdøde på et annet tidspunkt. Det fremgår av kartleggingsskjemaet at

kartleggingen ble gjennomført med operativ førstebetjent. Avdøde kontaktbetjent har opplyst at hen også var med på kartleggingen. I kartleggingsskjemaet er det krysset «nei» på alle spørsmål om selvdropsrisiko. Det fremgår av kartleggingsskjemaet at samtalen varte i ti minutter, og at kopi skal sendes til innsattes avdeling, vaktleder/operativ førstebetjent, avdelingsleder og helsetjenesten. Fengselet opplyste at kartleggingssamtalen er en del av en mer generell innsamlingssamtale med blant annet informasjon om rutiner i fengselet.

Av journalnotat på innsamlingssdagen fremgår det at avdøde var tydelig preget etter to døgn i arresten, at han oppga å ha mye kaos i hodet, men at han ikke hadde selvdrops tanker. Det fremgår av journalen at det ble besluttet tilsyn på natten for å gi avdøde en trygghetsfølelse. Tilsynsrådet har ikke sett dokumentasjon på at dette faktisk ble gjennomført.

Av journalnotat dagen etter fremgår det at avdøde hadde samtaler med en betjent om blant annet selvdrops tanker og at han var bekymret for sine nærmeste. Notatet ble nedtegnet kl. 19:27.

Den påfølgende dagen er det ikke ført journal for avdøde.

Neste journalnotat er fra onsdagen kl. 20:33. Det fremgår av journalen at det ble observert flere funn på cellen til avdøde som avdøde hadde en forklaring på. Fengselet la avdødes forklaring til grunn.

Torsdagen ble det gjennomført en rutinesjekk på cellen til avdøde. Det fremgår av journalnotatet at betjenten observerte et brev på cella som betjenten oppfattet som et avskjedsbrev. Ytterligere to betjenter ble tilkalt, og hovedvakt og helseavdelingen ble informert om brevet. Det ble deretter gjennomført en samtale med avdøde, hvor han ga uttrykk for at han sov dårlig og bekymret seg for de hjemme. Avdøde fikk tilbud om samtale med lege, men avdøde takket nei. Avdøde uttrykte at det ikke var grunn til bekymring. Førstebetjent ble informert om situasjonen, og gjennomførte en samtale med vedkommende. Førstebetjenten vurderte avdøde som troverdig da han opplyste at han ikke ville ta sitt eget liv, men opprettet likevel tiltaksplan for avdøde som følge av bekymringen. Tiltakene gikk ut på tilsyn med 1–2 timers mellomrom, og hver runde på natten. En betjent gjennomførte senere en samtale med avdøde i 25 minutter. Det fremgår at avdøde trodde han kunne bli løslatt dagen etter.

På fredagen fikk avdøde beskjed om at politiet hadde varslet arbeidsplassen hans om saken. Han fikk også beskjed om at det ble vurdert å avslutte tiltaksplanen før helgen, og at betjenten skulle snakke med førstebetjenten om dette. Senere på dagen samtykket avdøde til at behandlingen av fornyet varetektsfengsling kunne gå som kontorforretning, altså uten at avdøde ble fremstilt for retten.

Det fremgår av tilsynsloggen til fengselet at tiltaket ble avsluttet fredag kl. 19:30. Dette er ikke journalført i Kompis. Det fremgår at avdøde i samtaler før tilsynet ble avsluttet, fremstod i godt humør, og at han oppfattet tilsynet som forstyrrende.

Lørdag kl. 17:59 fikk avdøde forkynt kjennelse om forlenget varetektsfengsling i to uker med brev- og besøksforbud i én uke. Det er ikke journalført noen oppfølging av avdøde, eller en ny vurdering av selvdropsrisiko. Det fremgår av en hendelsesrapport at førstebetjenten har vært mer til stede på avdelingen enn vanlig, og at avdøde ikke ble med på lufting kl. 11:30. En betjent oppgir å ha observert avdøde i fellesskapet «i noen grad».

Søndagen er det ikke ført noen aktiviteter eller oppfølging i avdødes journal. Av hendelsesrapport fremgår det at avdøde takket nei til å delta på gym kl. 11:30 og derfor ble innelåst, og at det deretter var innlåsing kl. 12:30–14:30. En betjent oppgir å ha vært mer til stede enn vanlig i avdelingen, fordi vaktlaget bestod av ansatte med lite erfaring. Vedkommende oppgir å ha observert avdøde ute av cella før kl. 11:30.

Kl. 14:40 er det journalført selvdrap.

Det fremgår av hendelsesrapporter at selvdrapet ble oppdaget i forbindelse med utlåsing etter pausen kl. 14:30. Avdødes celle var den siste som ble låst opp. Alarmen ble utløst kl. 14:33. Ansatte fra flere avdelinger kom til stedet. Det ble gjort funn på innsatte som indikerte selvskading

Ambulanse ble tilkalt kl. 14:45, og var på stedet kl. 14:55. Avdøde ble erklært død kl. 15:06. Politiet var på stedet kl. 15:10. Tre betjenter ble avhørt av politiet.

Det ble funnet et avskjedsbrev på skrivepulten på cella, og en lapp notert kl. 13:00. Avskjedsbrevet var stilet til advokat og familie.

2.3. Oppfølging i etterkant

Da avdødes celle ble låst opp, var flere innsatte låst ut, men fengselet opplyser at ingen innsatte var til stede på gangen utenfor avdødes celle. En medinnsatt var direkte involvert i den akutte fasen.

De innsatte ble låst inn på sine respektive celler for å skjerme dem fra situasjonen. Fengselet opplyser at dette var nødvendig for å skjerme avdøde og for å få håndtert situasjonen med førstehjelp mv. Også innsatte på avdeling B ble innlåst som følge av hendelsen. Etter hvert ble det ringt inn til hver celle med informasjon om at alle måtte være innlåst til de ansatte fikk kontroll over situasjonen, og at det ble utført førstehjelp. Innsatte oppfattet hendelsen ved at de hørte alarmer og at ansatte kom løpende til avdelingen. Noen innsatte hadde observert ambulansen på utsiden.

De ansatte som hadde vært involvert i hendelsen, ble samlet og fikk snakke med kommunens kriseteam. Andre ansatte ble raskt tilkalt for å håndtere de innsatte og avlaste de ansatte som hadde vært involvert i hendelsen.

Innsatte på avdeling C ble låst ut til fellesskap rundt kl. 16:00, og ble informert om dødsfallet kl. 16:10. De fikk tilbud om å snakke med prest kl. 17. Innsatte på avdeling B og åpen avdeling fikk informasjon om dødsfallet henholdsvis kl. 16:20 og 17:35.

Fengselet opplyser at ansatte som kjente avdelingen, vurderte hvem som kunne være ekstra sårbare, og snakket med disse individuelt. Fengselet oppgir at den innsatte som var direkte involvert i hendelsen, fikk oppfølging av de ansatte som kom på vakt, og at han også har fått tilbud om samtaler og oppfølging fra ansatte og helsetjenesten i etterkant.

Fengselet oppgir at åtte ansatte har skrevet hendelsesrapport. Tilsynsrådet mottok først seks hendelsesrapporter knyttet til selvdrapet på tidspunktet for vårt tilsynsbesøk. Hendelsesrapportene er utarbeidet av ansatte som var på jobb det aktuelle tidspunktet. To av rapportene er skrevet samme dag, tre er skrevet dagen etter, og én er ikke datert. De to øvrige hendelsesrapportene ble senere ettersendt.

2.4. Fengselets egne vurderinger

Fengselet har rapportert om hendelsen internt i kriminalomsorgen, og det er lagt til rette for en egenevaluering som også de ansatte deltar i. På tidspunktet for tilsynsbesøket ventet fengselet på tilbakemeldinger fra regionen. Det bemerkes at Tilsynsrådet har fått tilsendt fengselets rapport om hendelsen til region vest i etterkant av vårt tilsynsbesøk.

Fengselet ga uttrykk for at de burde vært flere ansatte på jobb, og at det er sårbart med en høy andel vikarer og uerfarne ansatte. Fengselet understrekte at alle vaktene var dekket opp den aktuelle dagen, men ønsker å øke normalbemanningen. Fengselet oppgir at miljøarbeid er vanskelig å måle, og at et stort fokus på parametere som kan måles, kan føre til at miljøarbeid nedprioriteres.

Fengselet gir uttrykk for at kartleggingsskjemaet i inkomstsamtalen ikke treffer. Fengselet ønsker at helsetjenesten får en større grad av ansvar for skjemaet, og at de innsatte skal ha faste inkomstsamtaler med helsetjenesten etter inkomst. Fengselet viser til at dette i dag er en «bør»-rutine som ikke gjennomføres systematisk.

Fengselet opplyser om at de har fokus på opplæringstiltak, og at flere ansatte var på kurs i selvdropsforebygging i regi av Vivat uken før selvdrapet fant sted.

I samtale med Tilsynsrådet identifiserte fengselet enkelte læringspunkter:

- Ekstra fokus på varetektsinnsatte med belastende siktelsler
- Tydeligere samhandling med helsetjenesten
- Vurdere nye rutiner for å avslutte tiltak i helg og andre tidspunkter hvor helsetjenesten ikke er til stede. Fengselet oppga at de er i dialog med kommunen for å se om de kan tilby videolegevakt eller lignende utenom kontortid, og at de også vurderer å innføre en rutine om at tilsyn i fengselet skal opprettholdes til det er helsepersonell til stede.

For øvrig ga fengselet uttrykk for at alle ansatte hadde gjort det de skulle og at fengselet ikke kunne gjort noe annerledes for å forhindre selvdrapet.

3. Tilsynsrådets vurderinger

3.1. Bemanning og opplæring

Fengselet ga uttrykk for at driften ved Hustad fengsel er preget av en utfordrende bemanningssituasjon med hyppig utskiftning, konstituert ledelse og høy andel vikarer med lite erfaring. Tilsynsrådet vurderer at tilstrekkelig og kompetent bemanning er avgjørende for driften av fengselet, og at både fengselet og overordnede nivåer i kriminalomsorgen må sørge for at bemanningen er på et tilstrekkelig og forsvarlig nivå.

Flere av de ansatte som fulgte opp avdøde, hadde vært på Vivat, som er et kurs i forebyggende selvdrapshåndtering, uken før selvdrapet skjedde. Formålet er at de ansatte skal bli mer kjent med faremomenter og signaler. Tilsynsrådet ser positivt på at kurs og opplæring prioriteres. Samtidig vurderer Tilsynsrådet at det er avgjørende at enkeltansatte ikke står alene i disse vurderingene, uavhengig av opplæring og erfaringsbakgrunn.

Anbefaling: Sikre tilstrekkelig bemanning.

- Tilsynsrådet anbefaler at fengselet jobber for å sikre tilstrekkelig bemanning med tilstrekkelig kompetanse og opplæring.

3.2. Kartlegging, journalføring og oppfølging

Fengselet opplyste at det ble gjennomført innsamlingssamtale med avdøde. Kartleggingsskjema om risikofaktorer for selvdrap og selvskading ble fylt ut ved innsamling. Som beskrevet i punkt 2.2, er det også oppført noen bemerkninger i avdødes journal i tilknytning til innsamlingen. Tilsynsrådet har ikke sett dokumentasjon knyttet til innsamlingssamtale utover dette, og kjenner ikke til fengselets rutiner for innsamlingssamtale utover det nevnte skjemaet. Tilsynsrådet bemerker at en innsamlingssamtale bør inneholde andre faste punkter enn vurdering av selvdrapsrisiko, som for eksempel informasjon om den innsattes pårørende, om det er praktiske forhold den innsatte trenger hjelp til å håndtere, fengselets rutiner og den innsattes tanker og følelser knyttet til situasjonen som nyinnsatt.

Det følger av fengselets rutiner for forebygging og håndtering av selvskading, selvdrapsforsøk og selvdrap, at selvskading alltid skal føre til ny kartlegging og påfølgende tiltak. Tilsynsrådet kan ikke se at det er gjennomført en fornyet kartlegging etter at det oppstod bekymring for selvdrapsrisiko eller i forbindelse med at det ble iverksatt tiltak. Det er ikke registrert noen form for oppfølging av den innsatte dagen etter at han uttrykte selvdrapstanker første gang. Det fremgår av rutinen at selvskading skal registreres i Kompis og at alvorlig selvskading skal varsles

og rapporteres til overordnet nivå. Relevante funn på avdødes celle er ikke journalført som selvskading, men omtalt i dagjournalen. Det er ikke registrert noen form for oppfølging eller bekymring den dagen funnene ble gjort. Utarbeidelse av en tiltaksplan og kontakt med helsetjenesten skjedde først dagen etter.

Hustad fengsel benytter et kartleggingsverktøy som heter Sikker jobbanalyse. Det fremgår av kartleggingsskjemaet at risiko markeres med grønn, gul eller rød. Tilsynsrådet har mottatt skjemaer for fredag, lørdag og søndag. Sammenholdt med journalføringer og øvrige opplysninger, er skjemaet én dag «på etterskudd». I skjemaet for fredagen er det beskrevet bekymring for avdøde om muligheten for selvdrap at det er iverksatt tiltak i form av tilsyn og at tiltaksplanen varte frem til fredagen. I skjemaet for lørdagen er det oppført at tilsynet i fengselet ble avsluttet. I skjemaet for søndagen er det oppført at avdøde fikk forkynt kjennelse om forlenget varetektsfengsling «i dag». Ingen av oppføringene for avdøde er markert med grønn, gul eller rød farge. Fengselet oppga at fargekodene ikke er knyttet til en enkelt innsatt, men til fengselet som helhet, og at det gjennomføres muntlige overlappinger i forbindelse med vaktskifter.

Fengselets rutiner for samarbeid og forebygging av selvskading, selvdropsforsøk og selvdrap angir eksempler på ulike tiltak som kan iverksettes i en tiltaksplan, og at tilsyn er ett av disse. Det fremgår at tiltaksplanen bør inneholde akutte og langsiktige forebyggende tiltak, og at fellesskap, kontakt med pårørende og venner, aktiviteter, fremstillinger og samtaler kan inngå i tiltaksplanen. Avdødes tiltaksplan bestod utelukkende av tilsyn, og Tilsynsrådet kan ikke se at tiltakene ble drøftet med helsetjenesten. Det fremgår ikke at andre tiltak ble vurdert. Tilsynsrådet erfarer at innsatte kan oppleve tilsyn som en belastning. Tilsynsrådet anbefaler at fengselet vurderer om andre tiltak kan være hensiktsmessige, slik det også fremgår av fengselets rutiner.

Tilsynsrådet vurderer at avdødes hendelsesjournal (Kompis) er mangelfull. Det er ikke journalført at tiltaksplanen ble avsluttet. På det meste går det 49 timer mellom de journalførte samtalerne med avdøde, til tross for at det forelå flere risiko- og bekymringsmomenter.

Det er ikke ført noen oversikt over identifiserte risikomomenter ved avdødes situasjon. En slik oversikt kunne gitt fengselet en helhetlig oversikt over risikomomentene før tiltaksplanen ble iverksatt og avsluttet. Tilsynsrådet viser til at avdøde var innsatt for første gang med en belastende siktelse. Han hadde brev- og besøksforbud, og både varetektsfengslingen og brev- og besøksforbudet ble fornyet dagen før selvdrapet. To dager før fikk avdøde beskjed om at politiet hadde varslet arbeidsgiveren hans om saken, og avdøde ga uttrykk for at han var redd for hva andre ville tenke. Han var også redd for å miste kontakt med familien. I tillegg var det flere risikomomenter ved avdødes adferd, for eksempel at han var nedstemt, slet med å sove og var bekymret, at han satt eller lå i sengen ved de fleste tilsynene, og at han takket nei til tilbud om tur til biblioteket, gym og lufting.

Avdøde hadde en rekke risikofaktorer ved seg både statistisk sett og som ble direkte observert. Fengselet oppgir at de var bekymret for avdøde «på papiret», men at de gjennom samtaler med ham ikke ble bekymret. Tilsynsrådet vurderer at dette er vanskelig å forene med de beskrevne observasjonene, i tillegg til de funn som ble observert på cellen og det som ble forstått som avskjedsbrev. Det fremstår som at fengselet la stor vekt på at avdøde muntlig ga uttrykk for at han ikke hadde intensjon om å ta sitt eget liv, til tross for at det var identifisert en rekke risikofaktorer.

Fengselet gir uttrykk for å være enig i at journalen har mangler, men oppgir at journalen ikke gir et fullstendig bilde av fengselets håndtering. Fengselet viser til hendelsesrapportene som er skrevet i etterkant av hendelsen, og at enkelte av disse gir informasjon som skulle vært ført i kompisjournalen. Tilsynsrådet bemerker at hendelsesrapportene i liten grad gir informasjon utover den akutte håndteringen. Tilsynsrådet vurderer at informasjonen fengselet hadde om avdøde, ga grunn til bekymring, og at dette burde vært fulgt opp tettere.

Anbefaling: Sikre bedre kartlegging, journalføring og oppfølging

- Tilsynsrådet anbefaler at fengselet sikrer at relevant informasjon om innsatte nedtegnes løpende i den enkelte innsattes journal.
- Tilsynsrådet anbefaler at fengselet gjennomfører innkomstsamtaler med et bredere fokus enn kartleggingsskjema for selvdropsrisiko.
- Tilsynsrådet anbefaler at fengselet gjennomfører fornyet kartlegging ved selvskading eller andre endringer i innsattes situasjon. Samordning av opplysninger om risikofaktorer bør inngå som en del av kartleggingen.
- Tilsynsrådet anbefaler at fengselet vurderer andre tiltak i stedet for eller i tillegg til tilsyn når det opprettes tiltaksplan i forbindelse med forhøyet selvdropsrisiko, herunder hyppige oppfølgingssamtaler med ansatte og tilbud om aktiviteter.

3.3. Samhandling

3.3.1. Samhandling med påtalemyndigheten og andre enheter

Tilsynsrådet vurderer at Hustad fengsels oppfølging av rutiner for samhandling med påtalemyndigheten og politiet var mangelfull.

Det fremgår av Kriminalomsorgsdirektoratets (KDI) retningslinjer for forebygging av selvskading, selvdropsforsøk og selvdrap at oversendt informasjon fra andre enheter hvor den innsatte har vært, eksempelvis politiarresten, skal tas med i vurderingen av risiko for selvskading og selvdrap. Tilsynsrådet kan ikke se at Hustad fengsel har mottatt eller etterspurt informasjon fra politiarresten. Det er ingen dokumentasjon

som tilsier at fengselet har som rutine å inkludere slike opplysninger i risikokartleggingen.

Tilsynsrådet fikk opplyst at avdøde ble fremstilt ved legevakten før innkomst til fengselet, men det er uklart om dette var i forbindelse med pågrepelse, fengslingsmøtet eller innsettelse i Hustad fengsel. Tilsynsrådet har ikke sett dokumentasjon om dette, og fengselet har ikke kunnet gi et klart svar. Situasjonen rundt innsettelsen av avdøde ble beskrevet som kaotisk, fordi det var uklart hvilken dag avdøde skulle ankomme, og kommunikasjonen med politiet var uklar. Ankomsten skjedde kort tid før innlåsing på kvelden. Fengselet oppgir at de fikk beskjed om «ingen helseopplysninger» i varetektsbestillingen.

Av KDIs rutine fremgår det at påtalemyndigheten skal varsles uten opphold ved selvskading hos varetektsinnsatte. Varslingen skal skje både muntlig og skriftlig. Det fremgår av fengselets rutine at påtalemyndigheten skal varsles om tiltak som iverksettes. Informasjon til påtalemyndigheten om forhold ved den innsattes helse kan være svært viktig for at retten skal kunne ta stilling til om videre varetektsfengsling vil være uforholdsmessig. Tilsynsrådet kan ikke se at fengselet har varslet påtalemyndigheten, heller ikke i forbindelse med at avdødes videre varetektsfengsling skulle behandles av retten.

Anbefaling: Sikre bedre samhandling

- Tilsynsrådet anbefaler at fengselet sikrer at rutiner for samhandling med påtalemyndigheten og politiet er kjent for alle ansatte og at rutinene følges.

3.3.2. Samhandling med helsetjenesten

Tilsynsrådet vurderer at Hustad fengsel har manglende rutiner for samhandling mellom kriminalomsorgen og helsetjenesten, og at oppfølgingen av eksisterende rutiner er mangelfull.

Av KDIs retningslinjer for forebygging av selvskading, selvrapsforsøk og selvdrap, fremgår det at helsetjenesten skal informeres og involveres ved utarbeidelse av tiltaksplan, og at tiltak som iverksettes av helsetjenesten skal dokumenteres «så langt mulig også av kriminalomsorgen for å sikre en helhetlig forståelse».

Av fengselets egne rutiner for samarbeid og forebygging av selvskading, selvrapsforsøk og selvdrap fremgår det at helsetjenesten skal informeres og involveres ved utarbeidelse av tiltaksplan, og at den innsatte selv også skal involveres hvis mulig. Dette ble ikke gjort i avdødes tilfelle.

Fengselets rutine understreker at det bør være en egen rutine for utveksling av informasjon mellom helsetjenesten og fengselet og hvordan ansatte i fengselet skal

forholde seg når helsetjenesten ikke er tilgjengelig, samt rutiner for samhandling i forbindelse med utarbeidelse av tiltaksplan. Om slike rutiner er utarbeidet og hva de går ut på, fremgår ikke av rutinedokumentet eller annen dokumentasjon som Tilsynsrådet har sett. Fengselets rutiner fremstår langt på vei som en kopi av KDIs rutiner, uten en konkret operasjonalisering og lokal tilpasning.

Tilsynsrådet forsøkte å få klarhet i om fengselet har rutiner for å spørre innsatte om samtykke til deling av informasjon mellom kriminalomsorgen og helsetjenesten, for å sikre bedre oppfølging av innsatte som fengselet er bekymret for. Det fremstår ikke som at fengselet har klare rutiner på dette.

Tilsynsrådet fikk opplyst at avdøde hadde fylt ut skjema for samtykke til opphevelse av taushetsplikt mellom kriminalomsorgen og helsetjenesten, men at fengselet ikke husket hva han hadde krysset av for. Tilsynsrådet har ikke sett skjemaet, og fikk opplyst at dette ikke var lagret på riktig sted i fengselets system. Fengselet kunne ikke gjenfinne skjemaet eller gi et tydelig svar på hvordan skjemaet hadde blitt fulgt opp, utover at det vanligvis skal scannes inn og lagres på riktig sted.

Tilsynsrådet etterspurte rutiner for innskotsamtale med helsetjenesten. Fengselet opplyser at dette er en «bør»-rutine, som i liten grad følges opp. Tilsynsrådet oppfatter at dette dels skyldes begrenset kapasitet hos helsetjenesten, dels at fengselet er usikre på hvilken informasjon de kan dele med helsetjenesten, og dels at helsetjenesten ikke rutinemessig går innom den innsattes celle dersom den innsatte takker nei til samtale med helsetjenesten. Fengselet opplyser at de er behjelpelige med å ringe helseavdelingen ved innskomst hvis den innsatte ønsker dette. Dersom helsetjenesten ikke er tilgjengelig ved innskomst, opplyser fengselet at de kommer innom den innsatte morgenen etter.

Fengselet har ikke journalført noen tilbakemelding fra helsetjenesten angående oppfølging av avdøde, verken i forbindelse med innskomst eller etter at fengselet ble bekymret for selvskading og selvdrap. Fengselet opplyser at brevene som ble funnet på avdødes celle, ble tatt opp på parolen (morgenmøtet) på torsdag, og at helsetjenesten var til stede under parolen. Fengselet opplyser at helsetjenesten sa at de skulle snakke med avdøde etter dette. Det fremgår også av avdødes kompisjournal at helsetjenesten ble informert om brevet som ble tolket som et avskjedsbrev. Det fremgår ikke i journalen om det også ble gitt informasjon om de funnene som ble gjort på cellen, eller om det ble gitt øvrig informasjon om avdødes tilstand og situasjon. Det er ikke journalført om og hvordan informasjonen ble mottatt og vurdert av helsetjenesten. Det er heller ikke journalført noen videre kontakt med helsetjenesten fra kriminalomsorgens side.

Tilsynsrådet er kjent med at helsetjenesten mottok muntlig bekymringsmelding fra en betjent om de funnene som ble gjort på avdødes celle på torsdagen, og at de fant brev på cella som kunne se ut som et avskjedsbrev. Det skal ha blitt formidlet fra helsetjenesten via fengselsbetjent til avdøde at helsetjenesten ønsket å snakke med avdøde. Helsetjenesten fikk deretter beskjed om at avdøde ikke ønsket å snakke

med helsetjenesten. Det fremkommer informasjon om at helsetjenesten har fått beskjed om at avdøde har krysset nei på alle felt angående selvdrap og selvskading i inntaksskjemaet. Helsetjenesten skal ha fått beskjed om at fengselet vurderte at det var «liten selvmordsfare» på torsdagen. Tilsynsrådet bemerker at dette er samme dag som fengselet besluttet å opprette tilsyn.

Helsetjenesten har ikke sett til avdøde i forbindelse med at fengselet meldte sin bekymring, verken da bekymringen oppstod eller senere. Tilsynsrådet kan ikke se at fengselet har konferert eller spurt om råd fra helsetjenesten, utover at det ble varslet bekymring på torsdagen. Det fremstår som at fengselet har opplyst helsetjenesten om at fengselsbetjentene ikke er bekymret og at fengselet ikke har mottatt noen vurdering fra helsetjenesten om dette.

Tilsynet ble avsluttet fredag kveld, like før innlåsing, uten at helsetjenesten ble konferert. Helsetjenesten er ikke tilgjengelig i helgene, og ville heller ikke hatt mulighet til å følge opp avdøde gjennom helgen. Fengselet oppga at de ikke har som rutine at helsetjenesten må kontaktes før tiltak om tilsyn avsluttes for en innsatt.

Anbefaling: Sikre bedre samhandling

- Tilsynsrådet anbefaler at fengselet sikrer at helsetjenesten gjennomfører inntakskartlegging med alle innsatte
- Tilsynsrådet anbefaler at fengselet involverer helsetjenesten ved opprettelse og utarbeidelse av tiltaksplan. Fengselet bør sikre at helsetjenesten observerer og snakker med den innsatte selv, slik at helsetjenesten kan danne seg en egen oppfatning av den innsattes situasjon. Fengselet bør ha jevnlig kontakt med helsetjenesten så lenge det er bekymring knyttet til den innsatte.
- Tilsynsrådet anbefaler at forespørsel om samtykke til deling av informasjon mellom kriminalomsorgen og helsetjenesten inngår som et punkt i tiltaksplanen.
- Tilsynsrådet anbefaler at fengselet innfører en rutine hvor avslutning av tiltak etter forhøyet selvdraprisiko kun gjennomføres etter konferering med helse. Av den grunn bør tiltak ikke avsluttes på tidspunkt som helsetjenesten i fengselet ikke er tilgjengelig.

3.4. Kapasitet hos helsetjenesten

Fengselet opplyser at de vurderer at helsetjenesten er god og har tilstrekkelig kapasitet til å gi de innsatte den oppfølgingen de trenger. Ifølge fengselet er helsetjenesten til stede alle dager. Det er samtidig presisert at med alle dager menes mandag til fredag.

Underveis i tilsynsbesøket fremkom det at helsetjenesten ikke pleier å delta på innsomstsalene, og at fengselet ikke har rutine for at helsetjenesten skal oppsøke innsatte som fengselet er bekymret for. På spørsmål om risikofaktorene rundt avdøde burde medført at helsetjenesten ble «koblet på», opplyste fengselet at det har vært mye sykdom og fravær på helseavdelingen, og at fengselet var usikre på om helsetjenesten har kapasitet til å oppsøke innsatte som kriminalomsorgen er bekymret for. Fengselet opplyste at de oppfatter at helsetjenesten jobber på spreng, og at helsetjenesten i en periode har bestått av kun én person. Tilsynsrådet fikk opplyst at en ny avdelingsleder for helseavdelingen kommer «etter hvert».

Tilsynsrådet er bekymret for kapasiteten hos helsetjenesten i Hustad fengsel. Å følge opp innsatte med forhøyet selvdropsrisiko og innsatte som selvskader fremstår som en kjerneoppgave for helsetjenesten i fengselet. Når fengselet er usikre på om helsetjenesten har kapasitet til å følge opp grunnleggende oppgaver som innsomstsal og kontakt med innsatte på tilsyn, kan tilsynsrådet vanskelig se at helsetjenestens kapasitet er tilstrekkelig dimensjonert. Dette er et ansvar som bør påpekes overfor kommunen og Statsforvalteren som tilsynsmyndighet på helseområdet.

Anbefaling: Arbeide for tilstrekkelig kapasitet hos helsetjenesten

- Tilsynsrådet anbefaler at fengselet arbeider for at kommunen sikrer tilstrekkelig kapasitet hos helsetjenesten.

3.5. Oppfølging av andre innsatte

Fengselet opplyser at de innsatte hadde ulike reaksjoner da de fikk informasjon om dødsfallet. Noen hadde tidligere selvdropsforsøk bak seg, eller erfaringer med andre selvdrap. Noen reagerte med sinne og ga uttrykk for at de ikke får tilstrekkelig oppfølging fra betjentene.

Tilsynsrådet vurderer at det er positivt at fengselet tilkalte ekstra ansatte på jobb så raskt, slik at de innsatte kunne låses ut til fellesskap.

Fengselet opplyser at ansatte som kjente avdelingen, kartla hvem som kunne være ekstra sårbare med behov for ekstra oppfølging, og snakket med disse individuelt. Tilsynsrådet fikk opplyst at kartleggingen ikke ble skrevet ned noe sted. Tilsynsrådet vurderer at alle innsatte burde fått tilbud om individuelle samtaler, og at samtalene og vurderingene i forbindelse med disse burde vært journalført.

Anbefaling: Sikre kartlegging og oppfølging av andre innsatte

- Tilsynsrådet anbefaler at fengselet sikrer at alle innsatte følges opp etter alvorlige hendelser.

4. Tilsynsrådets anbefalinger

Tilsynsrådets anbefalinger gjentas her:

Anbefaling: Sikre tilstrekkelig bemanning

- Tilsynsrådet anbefaler at fengselet jobber for å sikre tilstrekkelig bemanning med tilstrekkelig kompetanse og opplæring.

Anbefaling: Sikre bedre kartlegging, journalføring og oppfølging

- Tilsynsrådet anbefaler at fengselet sikrer at relevant informasjon om innsatte nedtegnes løpende i den enkelte innsattes journal.
- Tilsynsrådet anbefaler at fengselet gjennomfører inntakssamtaler med et bredere fokus enn kartleggingsskjema for selvdropsrisiko.
- Tilsynsrådet anbefaler at fengselet gjennomfører fornyet kartlegging ved selvskadning eller andre endringer i innsattes situasjon. Samordning av opplysninger om risikofaktorer bør inngå som en del av kartleggingen.
- Tilsynsrådet anbefaler at fengselet vurderer andre tiltak i stedet for eller i tillegg til tilsyn når det opprettes tiltaksplan i forbindelse med forhøyet selvdropsrisiko, herunder hyppige oppfølgingssamtaler med ansatte og tilbud om aktiviteter.

Anbefaling: Sikre bedre samhandling

- Tilsynsrådet anbefaler at fengselet sikrer at rutiner for samhandling med påtalemyndigheten og politiet er kjent for alle ansatte og at rutinene følges.

Anbefaling: Sikre bedre samhandling

- Tilsynsrådet anbefaler at fengselet sikrer at helsetjenesten gjennomfører inntakskartlegging med alle innsatte
- Tilsynsrådet anbefaler at fengselet involverer helsetjenesten ved opprettelse og utarbeidelse av tiltaksplan. Fengselet bør sikre at helsetjenesten observerer og snakker med den innsatte selv, slik at helsetjenesten kan danne seg en egen oppfatning av den innsattes situasjon. Fengselet bør ha jevnlig kontakt med helsetjenesten så lenge det er bekymring knyttet til den innsatte.
- Tilsynsrådet anbefaler at forespørsel om samtykke til deling av informasjon mellom kriminalomsorgen og helsetjenesten inngår som et punkt i tiltaksplanen.
- Tilsynsrådet anbefaler at fengselet innfører en rutine hvor avslutning av tiltak etter forhøyet selvdropsrisiko kun gjennomføres etter konferering med helsetjenesten. Av den grunn bør tiltak ikke avsluttes på et tidspunkt som helsetjenesten i fengselet ikke er tilgjengelig.

Anbefaling: Arbeide for tilstrekkelig kapasitet hos helsetjenesten

- Tilsynsrådet anbefaler at fengselet arbeider for at kommunen sikrer tilstrekkelig kapasitet hos helsetjenesten.

5. Tilbakemelding og oppfølging

Tilsynsrådet ber om tilbakemelding på hvordan fengselet vurderer tidsforløpet før ambulanse ble tilkalt. Det tok 12 minutter fra alarmen ble utløst til ambulanse ble tilkalt. Tilsynsrådet ber om en vurdering av om dette er et forventet tidsforløp i den gitte situasjonen, og eventuelt om det kan iverksettes tiltak for å redusere tidsforløpet ved en eventuell fremtidig hendelse.

Videre ber Tilsynsrådet om å bli orientert om oppfølgingen av rapportens anbefalinger innen 6. juni 2025.

Tilsynsrådet ser positivt på at fengselet har igangsatt flere møter mellom fengselet og helsetjenesten i etterkant av hendelsen og vårt tilsynsbesøk, som en del av fengselets egnevaluering.

Hustad fengsel har fått mulighet til å kommentere faktaopplysningene i rapporten 2. mai 2025.