

# Eldre innsatte i norske fengsler



Situasjon, analyse, utfordringer og løsninger

Oktober 2020

Kriminalomsorgsdirektoratet  
Lillestrøm



## Innhold

1	Innledning.....	5
2	Internasjonal utvikling – tall og statistikk.....	7
2.1	Sverige .....	7
2.2	Danmark.....	7
2.3	Finland .....	8
2.4	England og Wales.....	8
2.5	Nederland.....	10
2.6	Canada.....	11
3	Utviklingen i Norge .....	12
3.1	Utvikling eldre innsatte.....	12
3.2	Mulige årsaker til økning av andel og antall eldre innsatte .....	13
3.2.1	Utvikling seksuallovbrudd .....	13
3.2.1.1	Straffeskjerpelser.....	15
3.2.1.1	Politiets endrede prioriteringer .....	16
3.2.2	Utvikling narkotikalovbrudd .....	18
3.3	Perspektiv.....	20
4	Spørreundersøkelse – innsatte over 50 år.....	21
4.1	Om utvalget og presentasjonen .....	21
4.2	Doms lengde.....	22
4.3	Forbehold .....	22
4.4	Resultater.....	23
4.4.1	Om bygningsmessige og bevegelsesmessige hindre (spørsmål 6 og 7).....	23
4.4.2	Om ansattes evne til å håndtere eldre innsattes eventuelle problemer.....	23
4.4.3	Tilgang til helsehjelp og hjelpemidler .....	24
4.4.4	Behov for pleiehjelp.....	26
4.4.5	Behov for helsesjekk og akutt helsehjelp.....	26
4.4.6	Opphold på sykehus under fengsling og oppfølging etterpå.....	26
4.4.7	Besøk fra familie og venner .....	27
4.4.8	Kontakt med andre innsatte .....	28
4.4.9	Om ensomhet.....	28
4.4.10	Om redsel.....	29
4.4.11	Om depresjon.....	30
4.4.12	Helseutfordringer .....	30
4.4.13	Boforhold og nettverkssituasjon ved forventet løslatelse .....	31
4.5	Sammendrag fra spørreundersøkelsen .....	31

5	Erfaringer fra ytre etat.....	34
5.1	Eldre innsatte ved Ila fengsel og forvaringsanstalt.....	34
5.1.1	Helseproblematikk –utfordringer.....	34
5.1.2	Aktivisering .....	34
5.1.3	Programvirksomhet.....	35
5.1.4	Nettverk.....	35
5.1.5	Om ansatte som skal jobbe med denne gruppen innsatte.....	35
5.1.6	Om egne avdelinger for eldre innsatte .....	35
5.2	Eldre innsatte ved Halden fengsel .....	35
5.2.1	Avgrensning .....	35
5.2.2	Aktivitetsplikt .....	36
5.2.3	Drifts-/investeringskostnader .....	36
5.2.4	Kompetanse, fengselsbetjentrollen og tilstedeværelse av helsepersonell .....	37
5.2.5	Halden fengsels løsninger .....	38
5.2.6	Veien videre.....	38
6	Sykdommer og plager knyttet til aldring .....	40
7	Juridiske betraktninger – skranker og muligheter for straffegjennomføring for eldre innsatte .....	43
7.1	Den generelle vurderingen av sikkerhet.....	43
7.2	Påbegynnelse av straffegjennomføring.....	43
7.2.1	Krav på soningsutsettelse .....	43
7.2.2	Kan få soningsutsettelse .....	44
7.3	Valg av fengsel og sikkerhetsnivå .....	45
7.4	Gjennomføring av straff i sykehus .....	45
7.5	Gjennomføring av straff i institusjon.....	46
7.6	Avbrudd i straffegjennomføringen .....	46
7.7	Gjennomføring av fengselsstraff i samfunnet .....	47
7.7.1	Særlig om elektronisk kontroll .....	47
8	Oppsummering og anbefalinger .....	49
	Vedlegg 1. Spørreskjema undersøkelse om innsatte over 50 .....	51
	Vedlegg 2. Kommentarer til spørreskjemaet fra respondentene .....	59
	Vedlegg 3. Halden fengsel: Eksempler på praktisk bistand .....	73

## 1 Innledning

Nordmenn lever stadig lengre. Ifølge SSB øker gjennomsnittsalderen, og tendensen kommer etter all sannsynlighet til å fortsette. I 2030 vil det for første gang være flere personer over 65 år enn barn under 18 år<sup>1</sup>. Denne utviklingen vil også ha konsekvenser for kriminalomsorgen. Utviklingen er ikke lett å forutsi, men dataene viser at det allerede nå er en sterk tendens mot flere eldre innsatte i Norge. I denne rapporten regnes innsatte over 50 år som eldre. Denne avgrensning er i tråd med definisjonen som i de fleste tilfellene blir brukt i andre land og gjør det også mulig å benytte data fra kriminalomsorgens KOMPIS-registreringssystem der dette er en av avgrensningene mellom de ulike alderskategorier. Data fra KOMPIS viser at andelen til denne alderskategorien har økt fra 6 prosent i 2000 til 19 prosent i 2019. Med andre ord, gjennomsnittsalderen på innsatte i norske fengsler øker. Den samme tendensen er også synlig i flere andre land som det er naturlig å sammenligne med. Årsakene kan delvis ligge i en økning i den gjennomsnittlige lengden på opphold i fengsel og delvis i det faktum at straffedømte oftere gjennomfører hele straffens lengde i fengsel. I tillegg idømmes det stadig flere seksuallovbruddstraffer, et lovbrudd som ofte vil ha et større innslag av eldre personer, og som gjerne får lange straffer. I dag er omtrent en tredjedel av domsinnsatte over 50 år dømt for seksuallovbrudd.

Dersom andelen og antallet eldre innsatte fortsetter å stige må kriminalomsorgen finne måter å håndtere denne stadig voksende gruppen på. Flere eldre under straffegjennomføring kan medføre større utfordringer knyttet til behandling og pleie- og omsorgstjenester for innsatte. Det kan kreve praktiske bygningsmessige endringer og for eksempel tettere dialog med kommunale tjenesteytere, men også nytenkning knyttet til ulike straffegjennomføringsformer for denne gruppen innsatte. Rehabiliteringsbehovene kan ligge på andre områder enn de som kriminalomsorgen vanligvis prioriterer. Det er betimelig at kriminalomsorgen vurderer konsekvensene av denne utviklingen og forbereder seg på nødvendige policyendringer.

KDI har derfor nedsatt en arbeidsgruppe bestående av seniorrådgiver Gerhard Ploeg, seniorrådgiver Espen Bille Michaelsen, forsker ved KRUS Ragnar Kristoffersen og seniorrådgiver Øyvind Alnæs, som har ledet arbeidet. Gruppen er bedt om å utarbeide en rapport om temaet og presentere anbefalinger for håndtering av problematikken.

Arbeidsgruppen valgte å sette søkelys på hvordan kriminalomsorgen tilrettelegger straffegjennomføringen for innsatte over 50 år. Det ble innledningsvis samlet inn tilgjengelig statistisk materiale nasjonalt og internasjonalt, samt erfaringer fra enkelte fengsler i Norge. Ettersom man ønsket informasjon om hvilke spesifikke behov eldre innsatte har og hva som er de største hindringene i å imøtekomme disse, gjennomførte arbeidsgruppen en kartlegging av eldre innsatte ved å utferdige et spørreskjema til innsatte over 50 år. Spørreskjemaet ble sendt et utvalg fengsler med høyest andel eldre innsatte: Tromsø fengsel, Oslo fengsel, Halden fengsel, Bredtvet fengsel, Ila fengsel og forvaringsanstalt, Romerike fengsel, Bastøy fengsel, Ringerike fengsel,

---

<sup>1</sup> SSB 3. juni 2020

Berg fengsel og Bergen fengsel. Besvarelsen var anonym og uten personidentifiserende informasjon.

Halden fengsel og Ila fengsel og forvaringsanstalt har over tid hatt en relativt høy andel innsatte over 50 år og har god erfaring med denne gruppen. Derfor har arbeidsgruppen bedt ansatte dele sine betraktninger i denne rapporten. Avdelingsleder Line Syverstad, inspektør Thomas Osheim og assisterende fengselsleder Tonje Sandal har bidratt med synspunkter og erfaringer fra Ila fengsel og forvaringsanstalt. Assisterende fengselsleder Jan Strømnes har forfattet bidraget fra Halden fengsel. Assisterende regionsdirektør Britt-Kari Kirkeeide har beskrevet de juridiske aspektene er relevant for eldre innsatte og deres situasjon under straffegjennomføringen.

Rapporten er bygd opp på følgende måte. I kapittel 2 i rapporten gis det først en tallmessig oversikt over problematikken i en del andre land som det er naturlig å sammenligne Norge med. I kapittel 3 følger en analyse av statistiske data over dagens situasjon, mulige forklaringer og forventet utvikling i Norge. Resultatene fra spørreundersøkelsen blir presentert i kapittel 4, og bidragene fra Ila og Halden er presentert i kapittel 5. I kapittel 6 vises en generell oversikt over vanlige sykdommer og plager som følger med høyere alder og som derfor er relevante i sammenheng med den aktuelle problematikken. De juridiske aspektene ved problematikken blir beskrevet i kapittel 7 og rapporten avslutter med anbefalinger for fremtidig policy i kapittel 8.

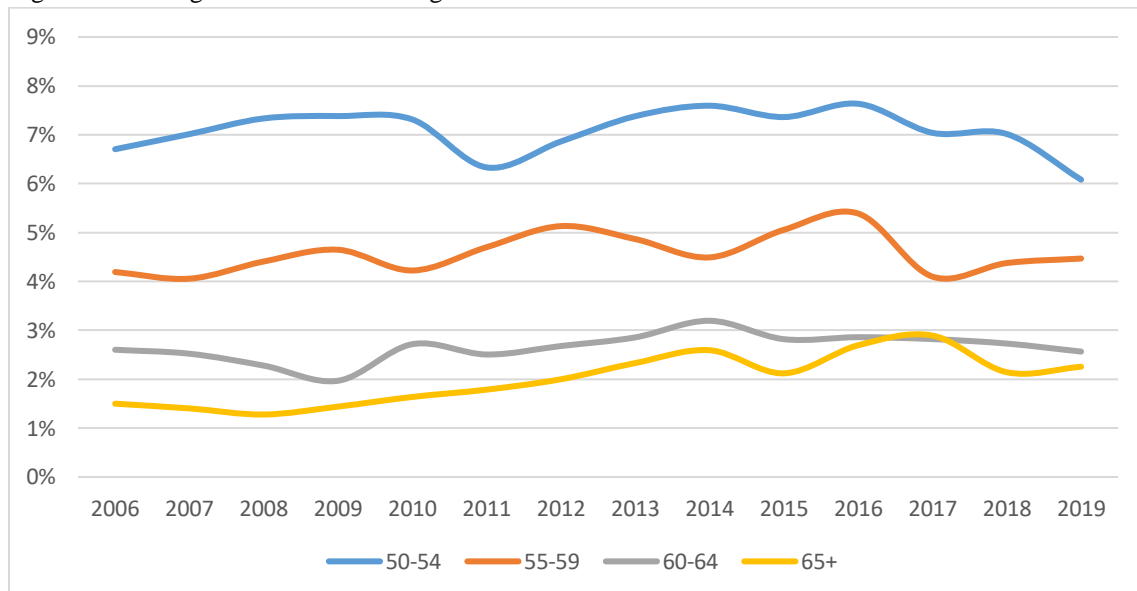
## 2 Internasjonal utvikling – tall og statistikk

I dette kapittelet beskrives utviklingstrekk i noen land som det er naturlig å sammenligne oss med: Sverige, Danmark, Finland, Nederland og – kanskje i noe mindre grad – England og Wales. De ulike land har ulike måter å registrere aldersfordelingen på og bruker gjerne ulike kategorier. Det gjøres et forsøk her til å sammenligne ved å fokusere på kategorien over 50 og der det er mulig å gi en nærmere underfordeling.

### 2.1 Sverige

Statistikk fra den svenske Kriminalvården<sup>2</sup> viser ingen spesielle utviklingstrekk når det gjelder aldersfordeling blant innsatte siden 2006. Kategorien over 50 år har holdt seg mellom 15 og 19 prosent i alle disse årene og det er heller ingen store endringer i underkategoriene i denne gruppen.

Figur 1: Utvikling eldre innsatte i Sverige



Tall fra Sverige viser altså ikke til at man har gjennomgått en lignende utvikling som i Norge. Det er heller ikke snakk om en økning i absolutte antall. Sverige ser ikke ut til å ha satt inn spesifikke tiltak for innsatte over 50.

### 2.2 Danmark

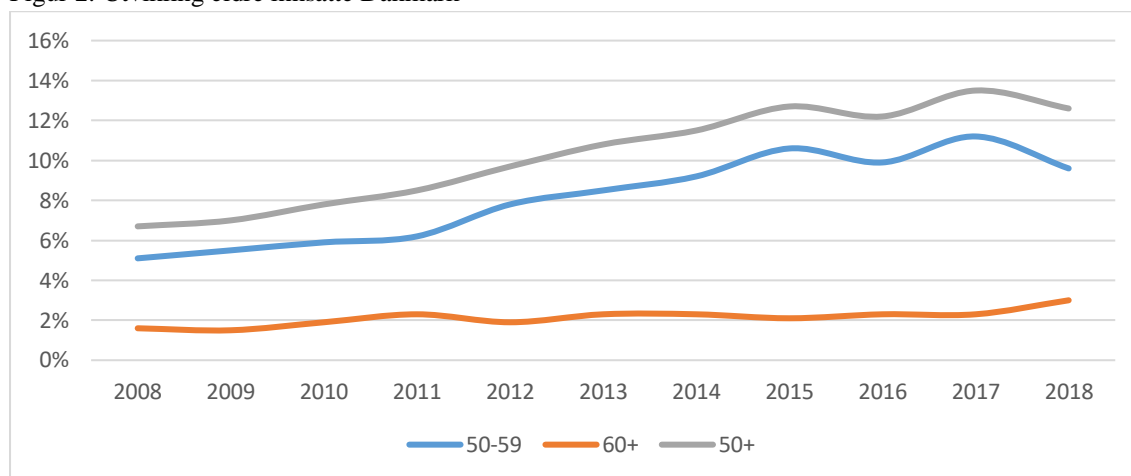
Statistikkberetningene på hjemmesiden til Direktoratet for kriminalforsorgen<sup>3</sup> viser at det har vært en sterk økning i både antall og andel innsatte over 50 mellom 2008 og 2017, med nesten en dobling i kategorien mellom 50 og 59 år. Kategorien over 60 er blitt halvannen gang så stor i perioden. For 2018 og 2019 ser man en nedgang i andelene. Denne siste målingen gir 11,6

<sup>2</sup> <https://www.kriminalvarden.se/forskning-och-statistik/statistik-och-fakta/>

<sup>3</sup> <https://www.kriminalforsorgen.dk/om-os/tal-og-fakta/statistik/>

prosent av innsatte som er over 50 år gamle. Målingene er utført i desembermånedene, med unntak av den som står oppført for 2019, som egentlig er en måling fra 25.5.2020.

Figur 2: Utvikling eldre innsatte Danmark



I Danmark er det ikke satt inn særskilte tiltak for denne aldersgruppen. Det er imidlertid mulighet for å tilpasse soningsforhold så godt som mulig med hensyn til individuelle konkrete behov hos den enkelte domfelte, herunder hensyn til for eksempel alder, helsetilstand eller andre særlige omstendigheter. Det kan bl.a. være relevant med hensyn til valg av soningssted eller overføring til en institusjon utenfor kriminalforsorgen.

### 2.3 Finland

Tall fra Finland<sup>4</sup> viser ingen spesiell utvikling i alder over de siste 10 årene. I perioden 2010 - 2019 har andel innsatte over 50 år ligget mellom 14 og 16 prosent. Det totale antallet i denne kategorien viser en nedgang på linje med den generelle nedgangen i Finlands fengselsbefolkning. Den 1.5.2019 var det 339 innsatte over 50 år.

### 2.4 England og Wales

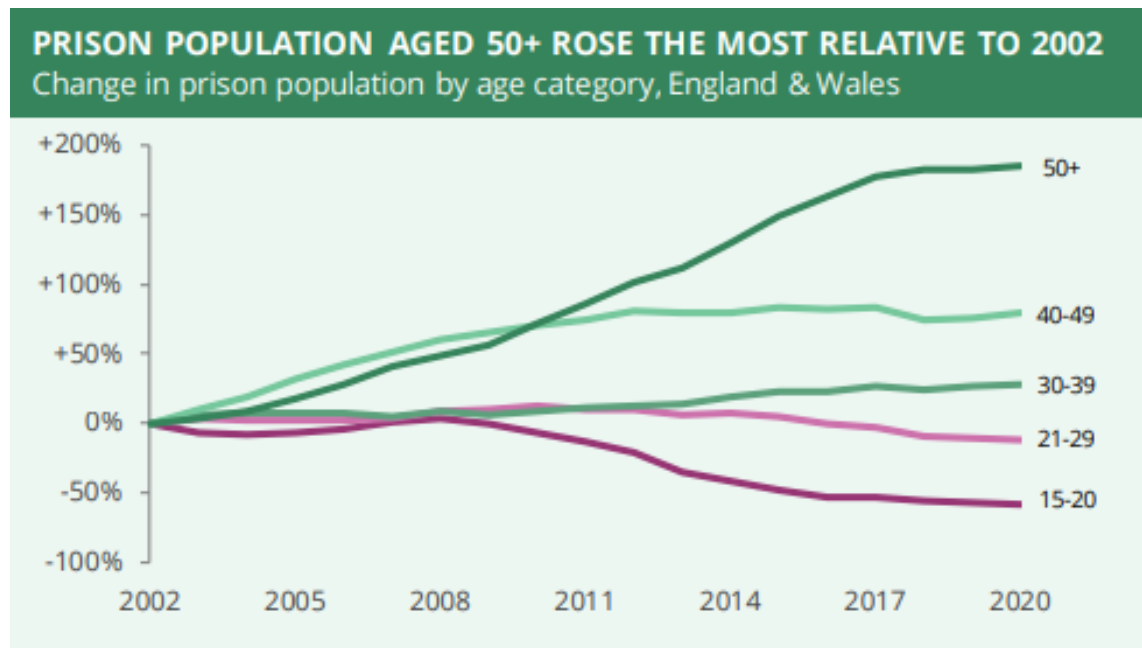
I England og Wales er det en tydelig trend mot flere eldre innsatte. Figur 3 på neste side er tatt fra UK Prison Population Statistics og viser hvordan alle alderskategorier over 30 har økt de siste atten årene mens de yngre aldersgrupper går motsatt vei, om enn i mindre grad. En mulig forklaring kan ligge i at det er blitt ilagt veldig mange såkalte IPP-dommer (Imprisonment for Public Protection) som i utgangspunktet kan medføre et fengselsopphold av ubestemt lengde. Slike dommer gir alltid en «tariff», som kan sammenlignes med norsk minstetid i en forvaringsdom. Svært mange av disse domfelte blir holdt igjen i fengsel etter at «tariffen» har gått ut, og det er ikke uvanlig med 30 til 40 års opphold i fengsel. Det er rimelig at aldringsprosessen da vil avspeiles i måling av gjennomsnittsalderen.

<sup>4</sup> Statistical Yearbook 2019 of the Criminal Sanctions Agency Finland



IPP-dommer ble avskaffet i 2012 men mye av begrunnelsen for det var at man ønsket at domstolen skal kunne ilegge direkte livstidsdommer slik at den ovennevnte effekten ikke forventes å avta. Tiltaket fikk ikke tilbakevirkende kraft slik at dommene som ble gjennomført på det tidspunktet fortsatt avsones i stor grad. Mellom 2005 og 2012 ble det ilagt rundt 8 000 IPP-dommer og det er fortsatt cirka 3 500 personer som soner en slik dom, der 93 prosent av dem har passert sin «tariffdato».

Figur 3: Utvikling eldre innsatte i England og Wales



Antallet innsatte over 50 har nesten blitt tredoblet siden 2002, fra 4 800 til 13 600 i 2019. I samme tidsrom har den totale fangebefolkningen økt med 16 prosent, noe som gjør at andelen over 50 år i fengsel har økt fra 7 prosent til 16 prosent<sup>5</sup>. Her ser det også ut til at det er etterforskning og oppdagelse av tidligere seksuallovbrudd som har bidratt til et større antall eldre. I 2016 ble en mann på 101 år dømt til 13 års fengselsstraff grunnet tidligere seksuallovbrudd. Alderdom, sykdom og død blant innsatte vil trolig bli krevende å håndtere for unge betjenter som starter sin yrkeskarriere i fengselsvesenet.

Peter Clarke, Chief Inspector of Prisons i England og Wales, sa følgende til BBC i oktober 2019: "Fengselsstyret har så langt sagt at det ikke skal utvikles en egen strategi på dette område. Når innsatte blir eldre, med større fysiske behov eller blir pleietrengende, da blir risiko for rømning mye mindre, men de må fortsatt veldig ofte holdes i fengsel, og det kan ikke sies at de ikke ville utgjøre en risiko for samfunnets trygghet dersom de skulle bli løslatt. Samtidig kan man spørre seg om de fortsatt skal sone under et sikkerhetsregime som ikke er nødvendig sett i forhold til sin fysiske kapasitet, og som likevel er svært kostnadskrevende?"

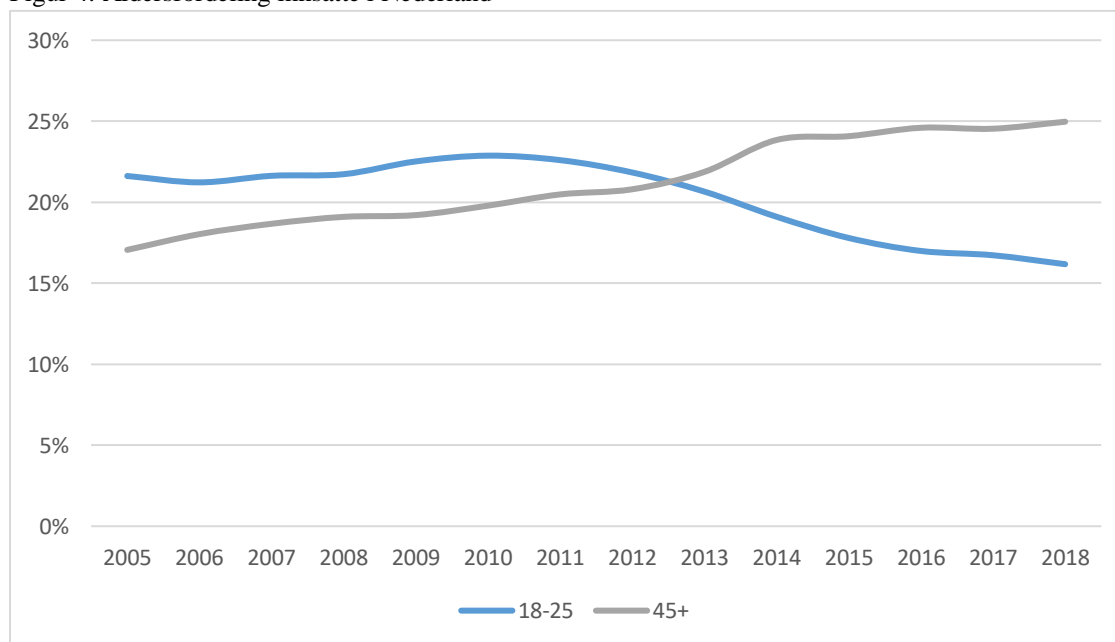
<sup>5</sup> <https://www.bbc.com/news/uk-england-50082036>

Disse sitatene synliggjør at en aldrende fengselsbefolkning i England og Wales først og fremst betraktes som et problem ut fra samfunnets sikkerhet, praktisk håndterbarhet og økonomiske kostnader.

## 2.5 Nederland

Nederland har opplevd en sterk reduksjon i antall innsatte de siste årene, og totalt har antallet gått ned fra over 50 000 i 2005 til cirka 33 000 i 2018. Det er derfor ikke overraskende at *antall* innsatte i de ulike alderskategoriene også har gått ned. Gruppen mellom 18 og 25 er blitt halvert i antall siden 2005, og antall innsatte i kategorien 25 til 45-årige har gått ned med 37 prosent sammenlignet med 13 år før<sup>6</sup>. Antallet innsatte i kategorien som er interessant for denne rapporten - 45 til 65 år - ligger imidlertid ennå på 93 prosent av 2005-tallet, og gruppen over 65 er den eneste som faktisk har vokst, med ikke mindre enn 81 prosent - fra 310 til 560 innsatte. Denne utviklingen kommer tydelig frem i Figur 4 under, der *andelen* i den totale fengselsbefolkning er gjengitt og kategoriene over 45 er slått sammen. Disse utgjør nå 25 prosent av totalen og er blitt større enn den yngste gruppen. Andelen av kategorien innsatte mellom 25 og 45 år har ikke endret seg særlig over de siste 15 årene og er her utelatt fra grafen for å vise utviklingen i de yngste og eldste kategoriene tydeligere.

Figur 4: Aldersfordeling innsatte i Nederland



Gruppen 45+ er mer omfattende enn 50-årsgrensen som benyttes i denne rapporten, men tendensen er nokså tydelig: andelen eldre i fengsel er blitt høyere. Ifølge det statistiske sentralbyrået i Nederland har andelen for både 45-65 og 65+ aldri vært så høy som i 2018.

<sup>6</sup> <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/82321NED/table?fromstatweb>

## 2.6 Canada

I 2019 ble det publisert en omfattende rapport fra den uavhengige canadiske kriminalomsorgsombudsmannen om en økende problematikk knyttet til en aldrende befolkning i føderale fengsler<sup>7</sup>. Det ble blant annet gjennomført 250 intervjuer med innsatte over 50 år og følgende resultater ble presentert.

- Personer over 50 utgjør nå 25 prosent av den totale fengselsbefolkningen. Det har vært en kontinuerlig vekst i denne alderskategorien med en relativ økning på 50 prosent det siste tiåret.
- Forekomsten av kroniske sykdommer blant innsatte over 65 er høyere enn blant den generelle befolkningen i denne alderskategorien. Dette forårsaker en økning i kriminalomsorgens helsekostnader.
- Mange eldre innsatte med lange dommer blir bare “oppbevart” selv om de har passert tidspunktet for mulig prøveløslatelse, med lite igjen av innhold i soningen etter å ha fullført relevante programmer eller opplæring.
- Det ble meldt problemer med fysisk tilgjengelighet i alle fengslene som var med i undersøkelsen.
- Mange eldre innsatte rapporterte om mobbing og trusler. Det slås fast at det mangler trygge forhold for denne gruppen.

Det anbefales en rekke tiltak, der de viktigste er følgende.

- En uavhengig gjennomgang av situasjonen til alle eldre i fengsel for å kunne vurdere om det er hensiktsmessig med en overføring til samfunnet, omsorgs- eller pleiehjem eller hospits.
- Etablere utvidet forvaltningssamarbeid for å kunne skape ekstra sengeplasser i omsorgsinstitusjoner og hospitser.
- Utvidet opplæring av ansatte i håndtering av aldersrelaterte behov, inkludert demens.
- Gjennomføre en juridisk gjennomgang av muligheter for ulike former for løslatelse for eldre innsatte med lange dommer som ikke utgjør noen fare for samfunnet.
- Utvikle en nasjonal strategi til å håndtere omsorg og behovene til eldre innsatte.

---

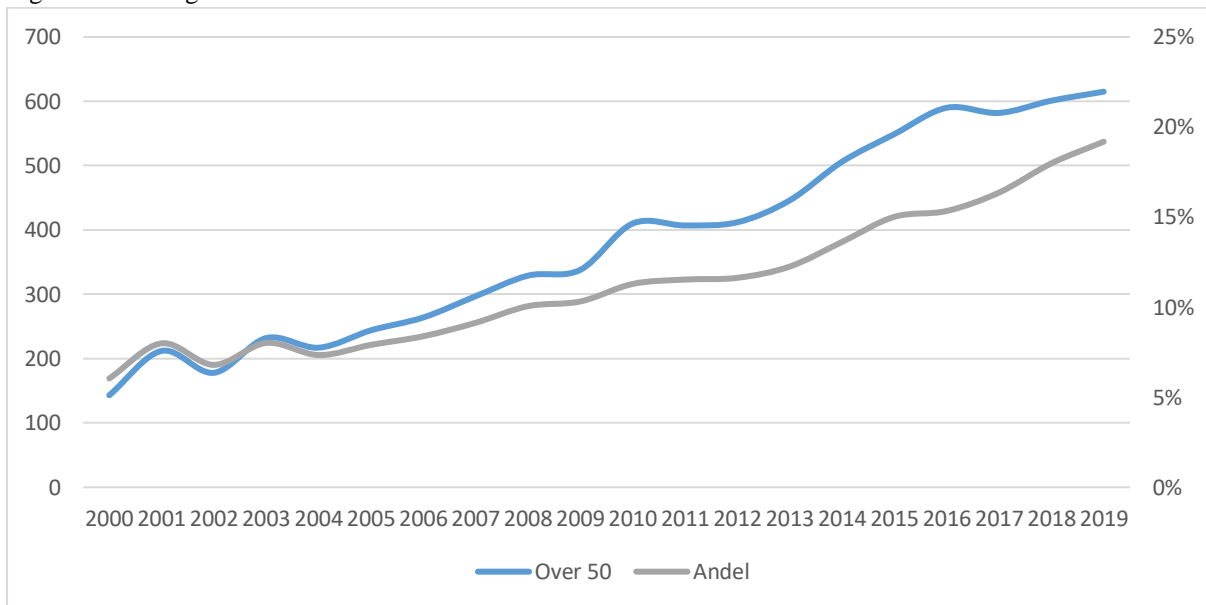
<sup>7</sup> Aging and Dying in Prison: An Investigation into the Experiences of Older Individuals in Federal Custody; <https://www.oci-bec.gc.ca/cnt/rpt/oth-aut/oth-aut20190228-eng.aspx>

### 3 Utviklingen i Norge

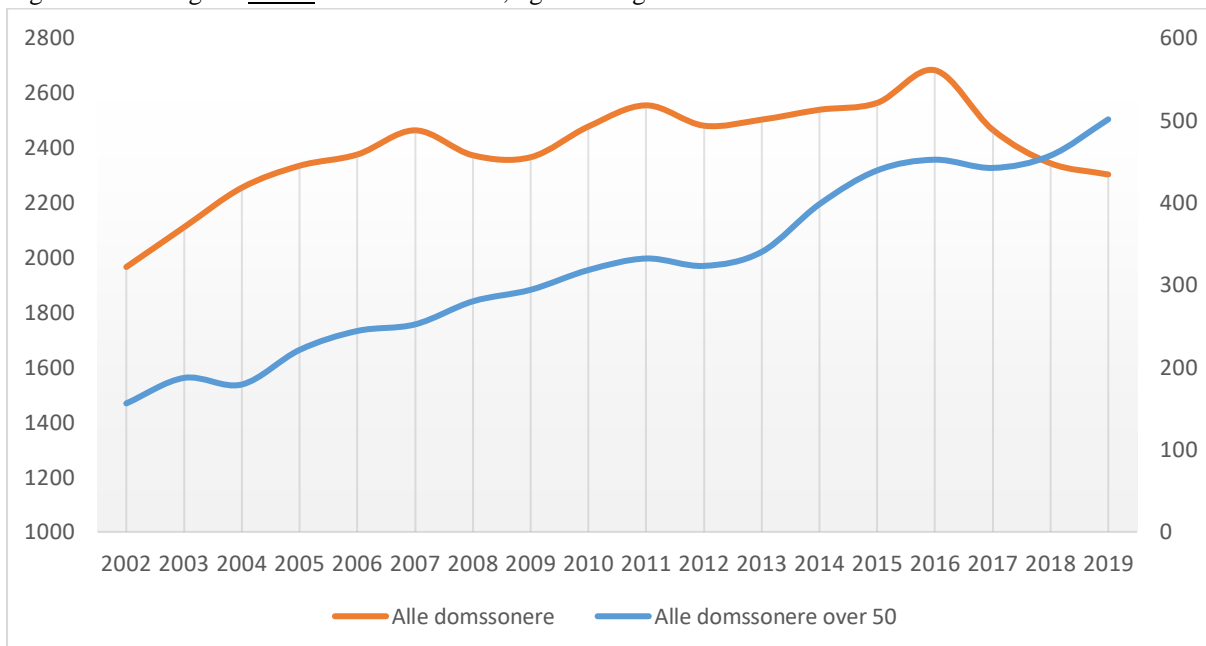
#### 3.1 Utvikling eldre innsatte

Andelen innsatte over 50 år har økt fra 6 prosent i 2000 til 19 prosent i 2019. Figur 5. under viser utviklingen i antall innsatte over 50 år og andelen disse utgjør av totalt antall innsatte. Måletidspunktet for alle år er 1. oktober. I 2000 var det 143 innsatte som var 50 år eller eldre. I 2019 var antallet 615 innsatte.

Figur 5. Antall og andel innsatte over 50 år siden 2000



Figur 6: Utviklingen i antall domssonere totalt, og utviklingen i antall domssonere over 50 år fra 2002 til 2019



Figur 6 viser at etter en jevn økning i antall innsatte de siste 18 årene, har det siden 2016 vært en relativt stor nedgang i etterspørselen etter straffegjennomføringskapasitet.

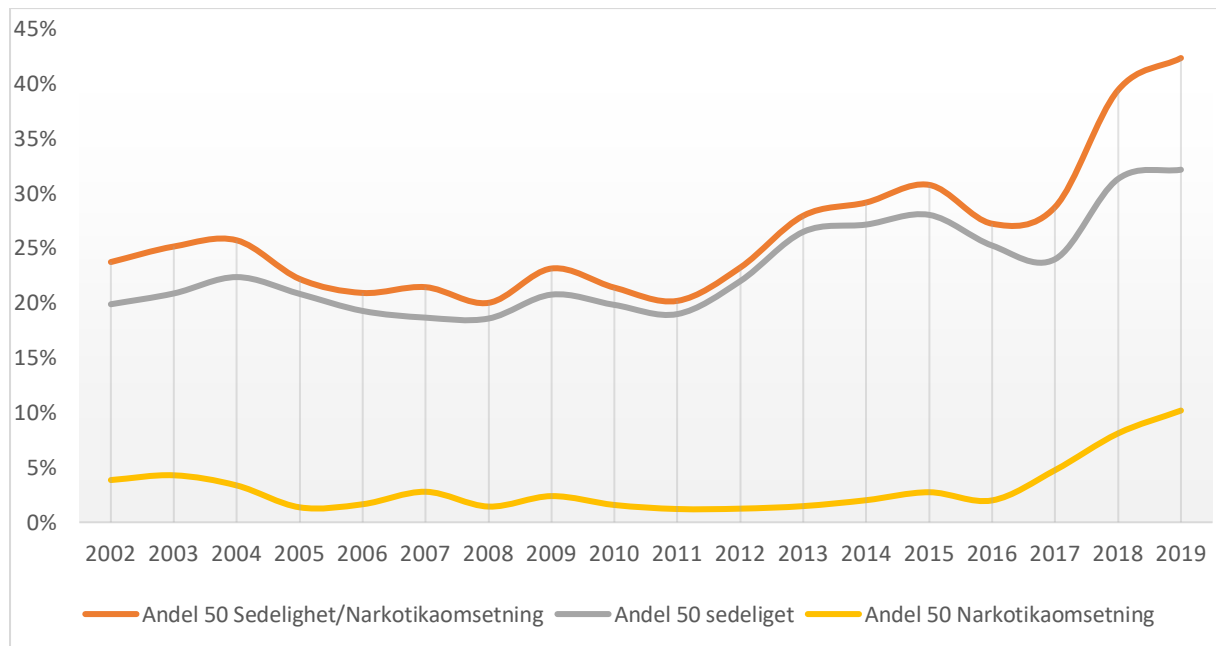
Mellom oktober 2016 og oktober 2019 har det vært en nedgang på 380 domssonere, tilsvarende 14 prosent. I samme periode har antallet innsatte over 50 år imidlertid økt med 11 prosent, altså en utvikling som er motsatt den generelle utviklingen.

### 3.2 Mulige årsaker til økning av andel og antall eldre innsatte

Siden 2010 er det primært to lovbruddskategorier som har drevet utviklingen mot stadig flere innsatte over 50 år, seksuallovbrudd og narkotikaomsetning. Som figur 7 under viser utgjør innsatte som soner for seksuallovbrudd eller narkotikaomsetning til sammen 42 prosent av de innsatte over 50 år.

I det videre vil det redegjøres nærmere for dette.

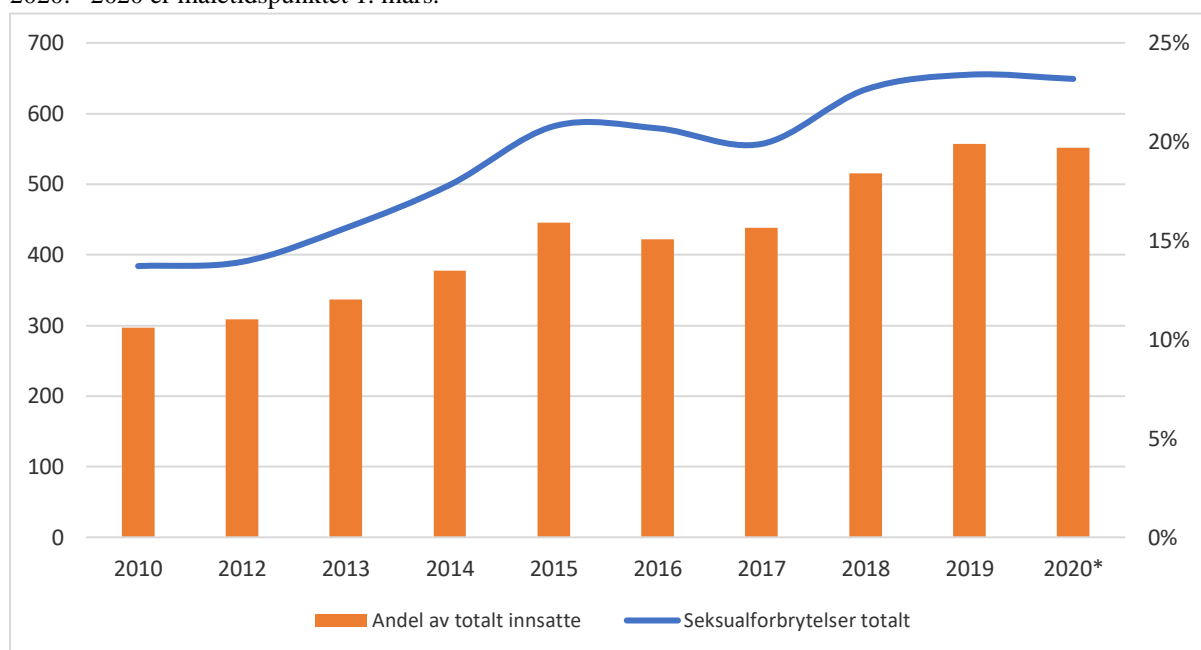
Figur 7: Andel av de innsatte over 50 dømt for narkotikaomsetning eller seksuallovbrudd



#### 3.2.1 Utvikling seksuallovbrudd

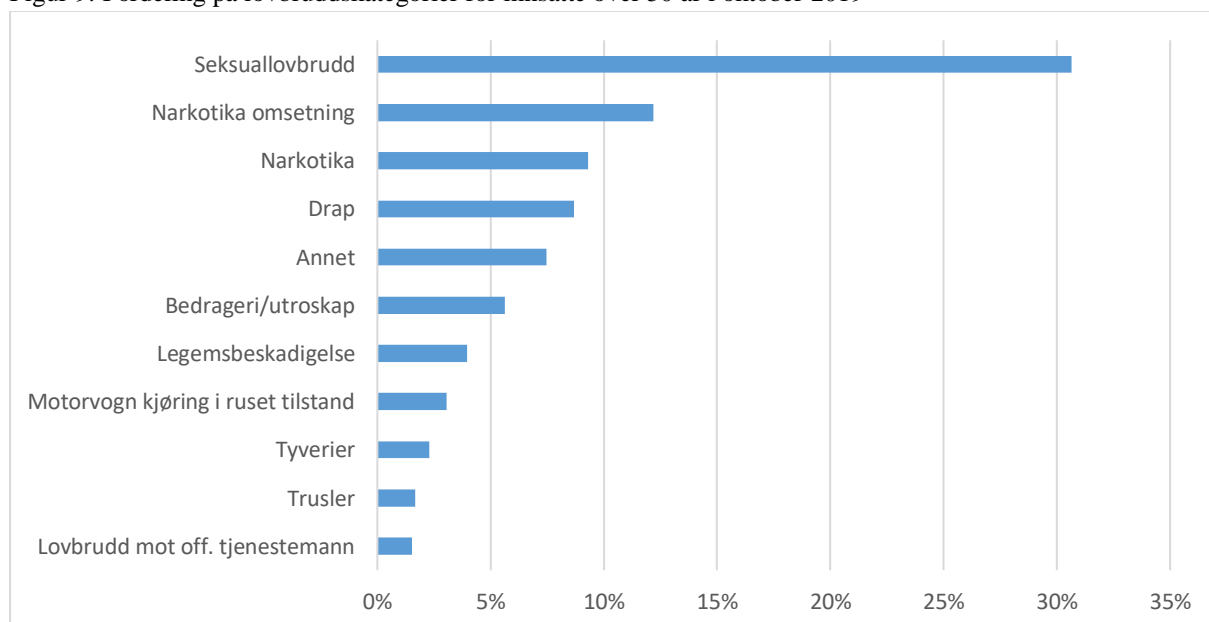
Kriminalomsorgen opplever et stadig økende antall innsatte som soner for seksuallovbrudd. Figur 8 under viser utviklingen i antall innsatte som soner for seksuallovbrudd 1.oktober hvert år, samt utviklingen i hvor stor andel seksuallovbryterne utgjør av fengselspopulasjonen totalt.

Figur 8. Antall innsatte som soner for seksuallovbrudd og andel av total innsattepopulasjon. 1.oktober 2002 – 2020. \*2020 er måletidspunktet 1. mars.



Samtidig har andelen over 50 år som soner for seksuallovbrudd økt de siste 10 årene. Figur 9 under illustrerer andelen seksuallovbrudd av totalt antall domssonere over 50 år. Andelen seksuallovbrudd har økt fra rundt 20 prosent i perioden 2002 til 2011 til 32 prosent i 2019.

Figur 9: Fordeling på lovbruddskategorier for innsatte over 50 år i oktober 2019



Samtidig har andelen av de over 50 som soner for seksuallovbrudd økt de siste 10 årene. Figur 9 under illustrerer andelen som seksuallovbrudd utgjør av totalt antall domssonere over 50 år. Andelen seksuallovbrudd har økt fra rundt 20 prosent i perioden 2002 til 2011 til 32 prosent i 2019.

Mengden og type oppgaver som kommer til kriminalomsorgen avhenger av aktiviteten og prioriteringene til politiet, påtalemyndigheten og domstolene. Som siste ledd i straffesakskjeden er kriminalomsorgen påvirket av praksis og prioriteringer hos politi og domstol.

Utviklingen beskrevet over har flere årsaker, i den videre redegjørelsen vil det pekes på to drivkrefter som kan være hovedgrunnene til denne utviklingen:

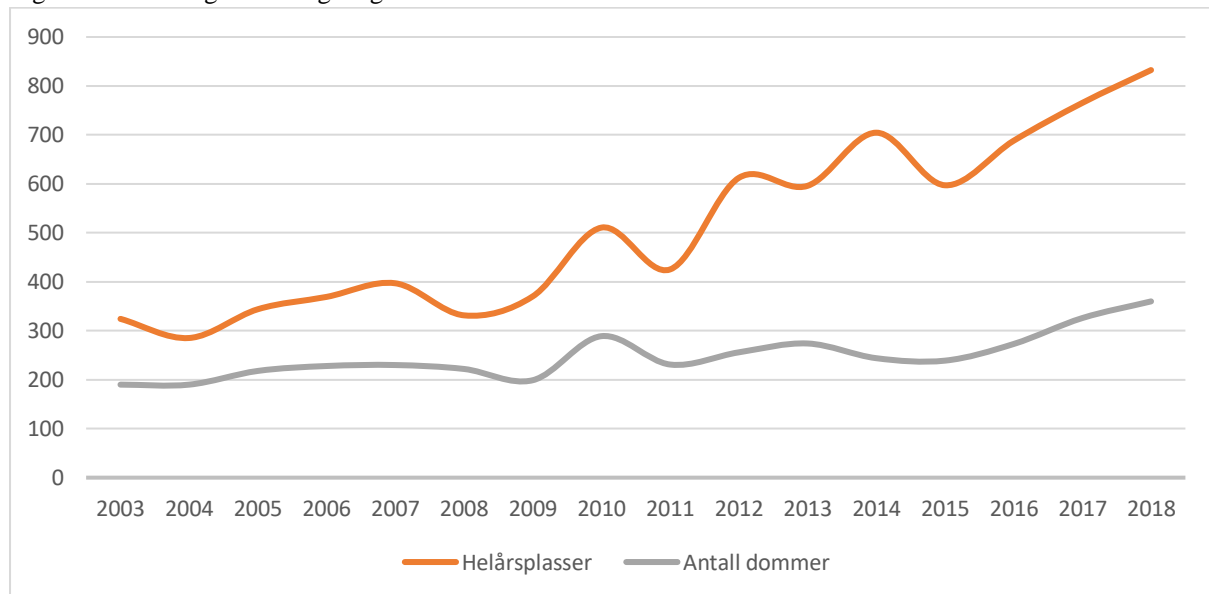
- Straffeskjerpelser som fører til lengre dommer
- Politiets endrede prioriteringer

### 3.2.1.1 Straffeskjerpelser

I Prop. 97 L (2009-2010) Endringer i straffeloven 1902 mv. (skjerping av straffen for drap, annen grov vold og seksuallovbrudd) fremgår det at straffnivået for de aktuelle lovbruddene skulle skjerpes.

Konsekvensen av disse straffeskjerpelsene kan illustreres i figur 10 under. Figuren er basert på SSB sine statistikker over domstolenes straffereaksjoner og viser utviklingen i antall avsagte dommer for seksuallovbrudd samt utviklingen i antallet straffegjennomføringsdøgn disse dommene utgjør. I figuren er straffegjennomføringsdøgn regnet om til helårspasser.

Figur 10: Utvikling i antall og lengde dommer for seksuallovbrudd



Den nederste linjen viser utviklingen i antall ubetingede dommer for seksualforbrytelser avsagt i domstolene, og den øverste streken viser hvor mange helårsplasser straffeutmålingen utgjør.

I perioden 2003 og 2015 ligger antallet avsagte dommer for sedelighetslovbrudd relativt stabilt i et spenn mellom 200 og 300 dommer. I samme periode øker volumet utmålt fengselsstraff,

for det samme antallet dommer, med 500 helårsplasser. Økningen inntreffer etter 2009 da straffeskjerpelsene vedtas.

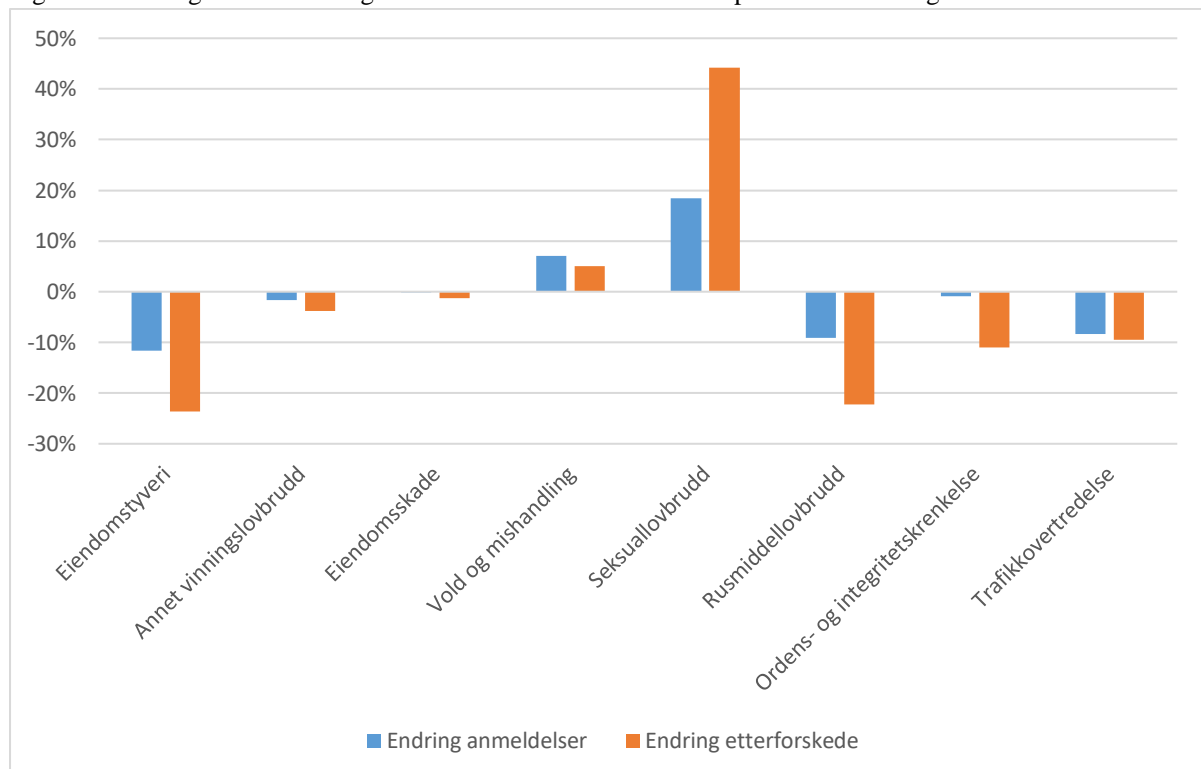
Etter 2015 viser grafen en utvikling mot et økende antall avsagte dommer sammenlignet med perioden før. Samtidig har antall utmålt straff omregnet i helårsplasser økt med over 200 plasser. En annen viktig årsak til det økende antallet innsatte som soner for seksuallovbrudd er politiets endrede prioriteringer.

### 3.2.1.1 Politiets endrede prioriteringer

Fra 2016 til 2018 skjer en nedgang på om lag 18 500 anmeldte lovbrudd. Størstedelen av nedgangen gjelder lovbruddskategorien eiendomstyveri. Figur 11 under viser endringen i antall anmeldte forhold og endringen i antall etterforskede lovbrudd mellom 2016 og 2018.

Figuren leses slik; mellom 2016 og 2018 var det en nedgang på 10 prosent anmeldte forhold for eiendomstyveri, og det var en nedgang på 24 prosent i antall etterforskede lovbrudd for eiendomstyveri. Nedgangen i etterforskede lovbrudd er altså relativt større enn nedgangen i anmeldte lovbrudd. Dette er også utviklingen for alle hovedlovbruddskategorier utenom sedelighet samt vold og mishandling. Sedelighet står derimot i en liten særstilling, mellom 2016 og 2018 var det en økning på 18 prosent i antall anmeldte lovbrudd mens det var en økning på 44 prosent i antall etterforskede saker.

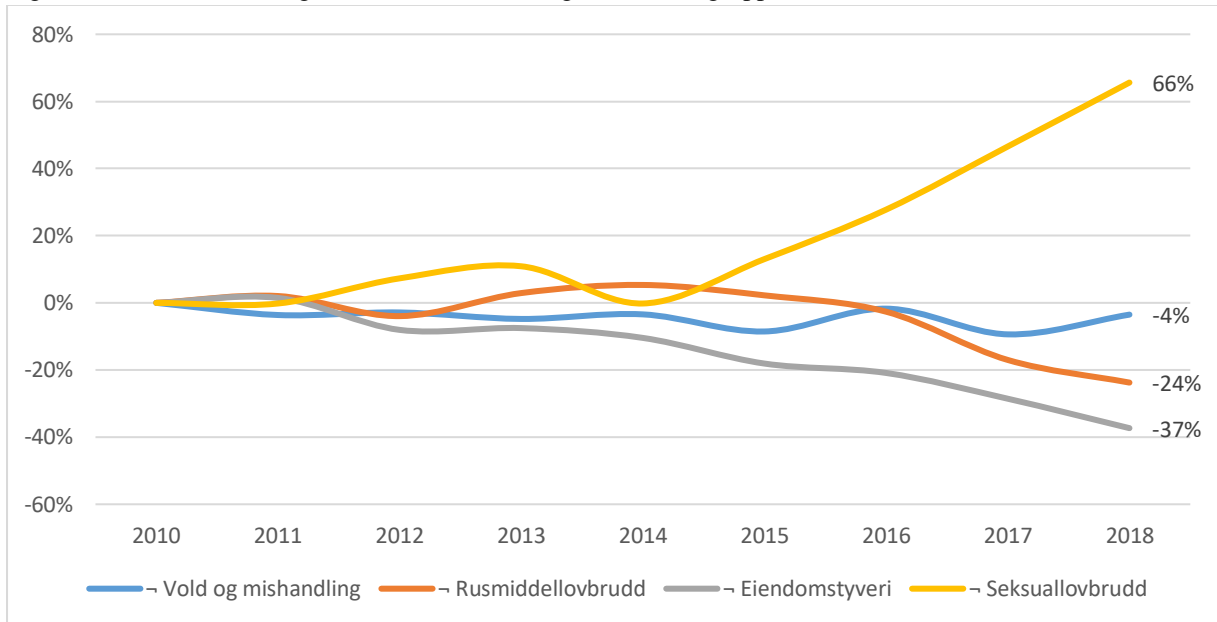
Figur 11: Endringer i anmeldte og etterforskede forhold 2016-2018 per lovbruddskategori





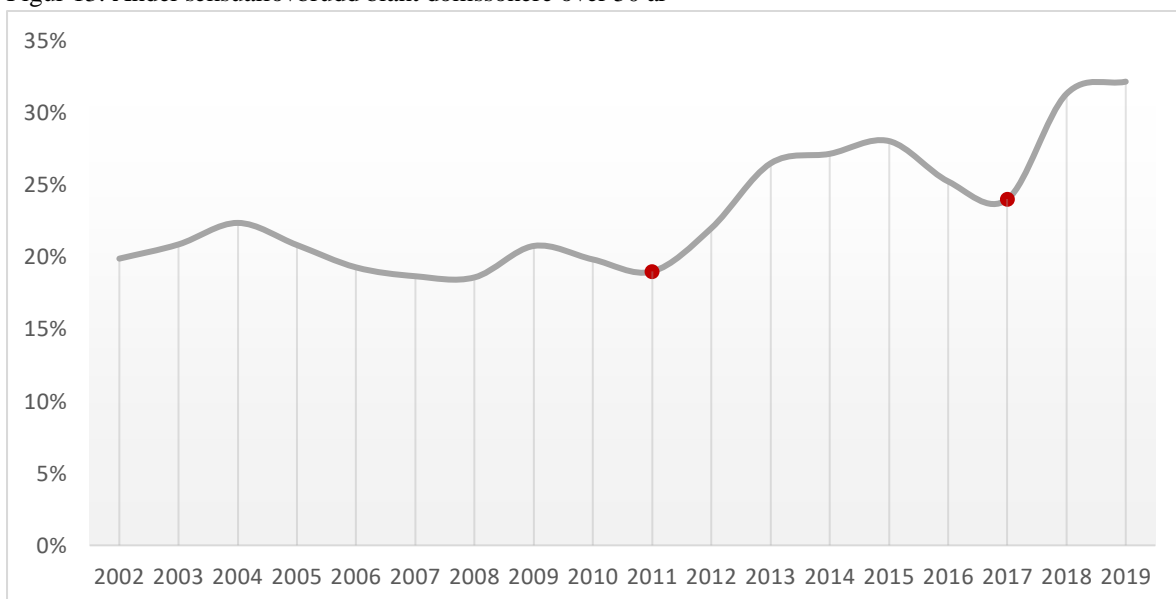
Utviklingen i antall siktelser er den samme. Figur 12 under viser utviklingen i antall siktelser pr. utvalgte lovbruddsgrupper. Mens eiendomstyveri og rusmiddel lovbrudd ser en nedgang på 37 og 34 prosent i antall siktelser, har sedelighetslovbrudd en økning på 66 prosent. Nesten hele økningen kom i perioden 2014 til 2018.

Figur 12: Prosentvis endring i antall siktelser i utvalgte lovbruddsgrupper 2010 - 2018



Politi og domstol har de siste 10 årene initiert det som kan kalles en «to-trinns rakett». Først ble det rundt 2010 vedtatt flere straffeskjerpelser i seksuallovbruddsaker, for det andre ble det rundt 2015 en prioritert oppgave å fokusere på nettopp denne gruppen som nå generer lange dommer. Konsekvensen av dette er at det blir flere innsatte som soner for seksuallovbrudd.

Figur 13: Andel seksuallovbrudd blant domssonere over 50 år



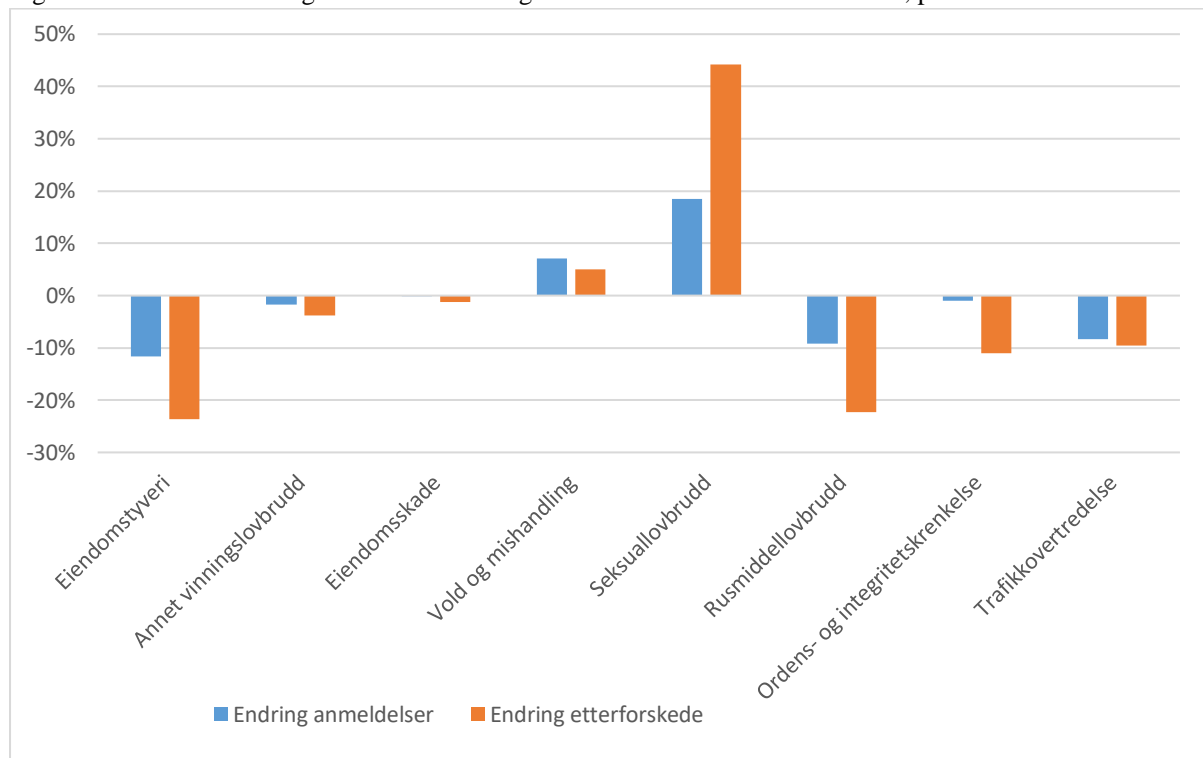
I figur 13 er det markert to punkter, 2011 og 2017, der andelen får en markant økning. I avsnittet om seksuallovbruddsdømte er det redegjort for straffeskjerpelsene som ble vedtatt i 2010, og endringen i politiets prioriteringer med større innsats mot seksuallovbrudd, som inntreffer særlig fra 2016.

Et viktig poeng i denne sammenheng er at økningen i gjennomsnittlig straffeutmåling for seksuallovbrudd fører til at innsatte som soner for seksuallovbrudd «hoper» seg opp i fengslene, samtidig som at politiet genererer flere saker på dette området.

### 3.2.2 Utvikling narkotikalovbrudd

Figur 9 (s. 13), som viser fordelingen av de innsatte per lovbruddskategori, viser at det i oktober 2019 var 12 prosent av de innsatte over 50 år som sonet for narkotikaomsetning. I 2016 var den samme andelen på 2 prosent. Figur 14 under viser utviklingen i antall anmeldte og etterforskede lovbrudd mellom 2016 og 2018, fordelt på lovbruddskategorier. Figuren viser at det mellom 2016 og 2018 har vært en nedgang i antall anmeldte narkotikalovbrudd på rundt 10 prosent, mens nedgangen i antall etterforskede lovbrudd har i samme periode vært på 24 prosent.

Figur 14: Prosentvis endring i antall anmeldte og etterforskede lovbrudd 2016-2018, pr. lovbrudd



Når det gjelder narkotikalovbrudd, er det i hovedsak politiet som står for anmeldelsene. Det vil si at antall anmeldelser av narkotikalovbrudd primært er et uttrykk for politiets innsats mot denne typen kriminalitet, mer enn et mål på hvor mange narkotikalovbrudd som faktisk begås<sup>8</sup>.

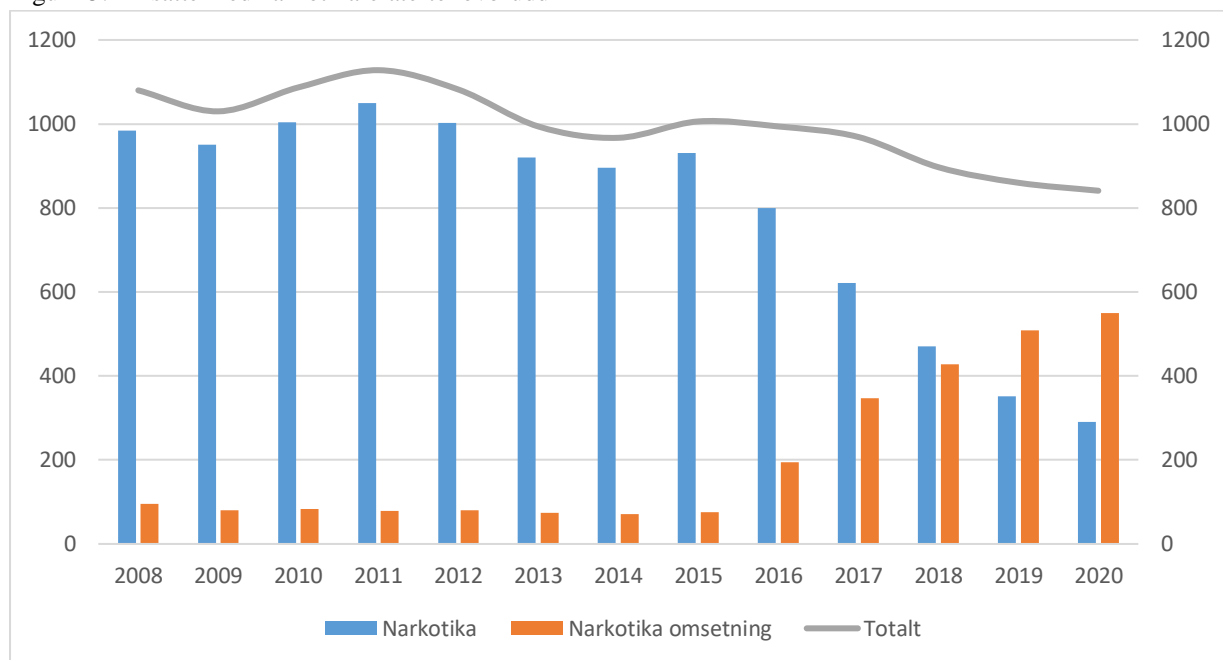
<sup>8</sup> NOU 2013:9 Ett politi – rustet til å møte fremtidens utfordringer

Politiet har siden 2017 prioritert satsing mot bekjempelse av større, organiserte kriminelle nettverk og satt inn store ressurser på ta bakmennene. Denne satsingen har fått navnet «Operasjon Hubris». Satsingen har også omfattet organiserte nettverk som bedriver narkotikakriminalitet. Nedgangen i antall anmeldelser og etterforskede lovbrudd innen rusmiddellovbrudd kan da sees i sammenheng med at man har konsentrert seg mer om færre "store fisker" enn om mange "små fisker".

Kriminalomsorgens etatssystem deler narkotikakriminalitet inn i to hovedlovbruddskategorier, «narkotika» og «narkotikaomsetning». Narkotika omfatter straffelovens §231, narkotikaovertrødelse, mens narkotikaomsetning omfatter straffelovens §232, grov narkotikaovertrødelse. Begge paragrafene omfatter innføring, anskaffelse av, oppbevaring, eller salg av stoff som med hjemmel i legemiddeloven § 22 er å anse som narkotika. Hovedforskjellen mellom disse er primært mengden narkotika som innføres eller selges, der §232 omfatter større kvanta.

Figur 15 under viser utviklingen av antall innsatte som soner for narkotika eller narkotikaomsetning i oktober hvert år. I 2015 var det drøyt 900 som sonet for narkotika, i 2019 var antallet under 300<sup>9</sup>. I 2015 var det totalt 75 personer som sonet for narkotikaomsetning, mens dette tallet i 2019 var 550.

Figur 15: Innsatte med narkotikarelaterte lovbrudd

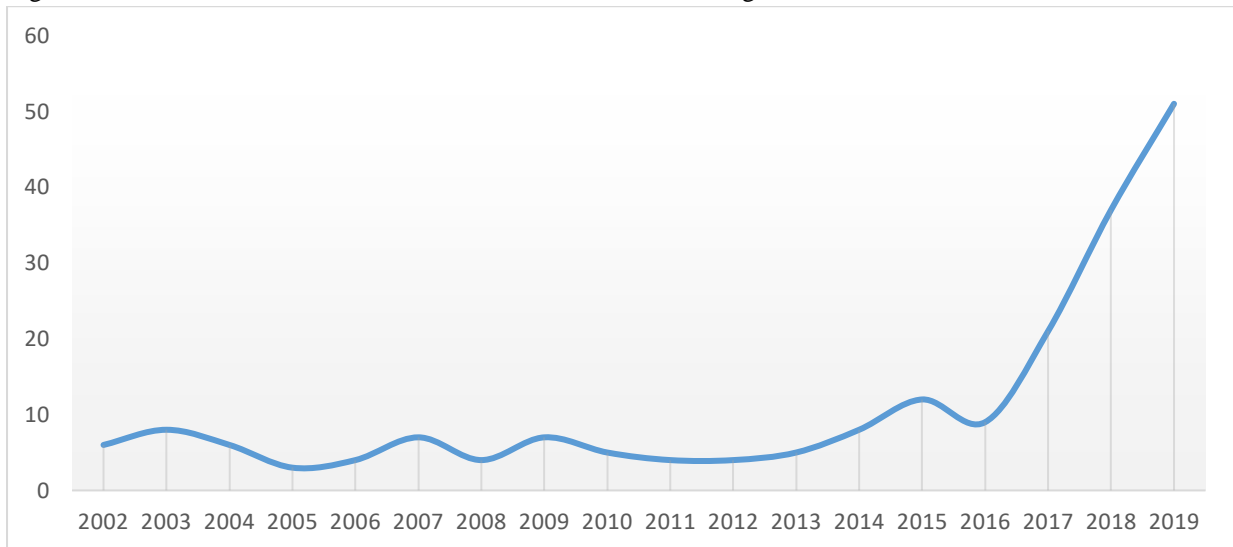


Politiets innsats mot den organiserte kriminaliteten har også ført til en endring i innsattpopulasjonen. Figur 16 under viser utviklingen i antall innsatte over 50 år, som soner for narkotikaomsetning. Siden 2016 har antallet femdoblet seg, fra 10 innsatte i 2016 til 51 innsatte i 2019.

<sup>9</sup> Narkotikaprogram med domstolskontroll ble i 2016 gjort landsdekkende, og volumet saker har økt betraktelig etter dette. Dette kan også være en forklaring på deler av nedgangen i antall innsatte som soner for «narkotika».

Det er rimelig å anta at deler av årsaken til denne utviklingen er at bakmennene innen større organiserte kriminelle nettverk rett og slett er eldre enn den «vanlige» narkotikalovbryteren.

Figur 16: Antall innsatte over 50 år som soner for narkotikaomsetning



### 3.3 Perspektiv

Kriminalomsorgen mener er grunn til å anta at utviklingen redegjort for i avsnittene over vil fortsette i tiden fremover. Dette kan begrunnes på to måter. For det første viser figur 12 (s. 16), utviklingen i antall siktelser, utviklingen fram til 2018. Hvis en tar hensyn til tidsbruk i straffesakskjeden er det ikke usannsynlig at økningen i årene 2017 og 2018 ikke vil treffe kriminalomsorgen før i 2020/2021 eller senere.

For det andre sier Direktorat for forvaltning og IKT (Difi) sin evaluering av politireformen (2019) at «Difis vurdering er at reformen er inne i en fase hvor organisering, oppgavefordeling, nye rutiner og systemer mv. må få satt seg». Dette kan tyde på at politiet har «mer å gå på» når det kommer til effektiv etterforskning og straffeforfølgelse innenfor sine prioriterte områder.

## 4 Spørreundersøkelse – innsatte over 50 år

### 4.1 Om utvalget og presentasjonen

Her presenteres noen hovedresultater fra en spørreundersøkelse sendt ut til et utvalg fengsler i februar 2020. Fengslene ble primært valgt fordi de hadde flest eldre innsatte på en bestemt dag. Vi ønsket også å få med fengsler med både høy og lav sikkerhet, men det er overvekt av fengsler med høy sikkerhet i utvalget. Det har sammenheng med at fengsler med lav sikkerhet totalt sett har færre innsatte, og det vil derfor være flere eldre innsatte i fengsler med høy sikkerhet. Det er også mest interessant å se på situasjonen til eldre innsatte i fengsler med høy sikkerhet etter som vi antok at eldre innsatte møter flere soningsutfordringer der enn i fengsler med lav sikkerhet.

Av plassmessige hensyn gjengis resultatene primært som tekst. Kun et utvalg av resultatene presenteres i tabellform. Spørreskjemaet og frekvenstabeller med svar på samtlige spørsmål i spørreskjemaet fins imidlertid som vedlegg for dem som ønsker å se dem. For ordens skyld: Tabellnummereringen i dette resultatkapittelet er fortløpende og følger ikke nummereringen i spørreskjemaet. I tillegg er kommentarene fra respondentene til spørsmålene i spørreskjemaet samlet i et vedlegg. Her vises bare noen utvalgte kommentarer.

Fengslene vi plukket ut og antall respondenter fra fengslene vises i tabell 1. 128 av respondentene som svarte soner i fengselsavdeling med høy sikkerhet. Litt over halvparten (53 prosent) av respondentene soner ved Halden, Bergen og Ila fengsel. 31 soner i fengselsavdeling med lav sikkerhet, hvorav to i overgangsbolig. Svar fra totalt 159 innsatte tilsvarer nesten en tredjedel av litt over 500 innsatte over 50 år som soner nå. Antallet respondenter er antakelig som forventet når vi tar i betraktning den korte svarfristen på tre uker, og at flere korttidsdømte og andre med liten soningserfaring antakelig ikke vil føle noe behov for eller ønske om å besvare en undersøkelse om soningsforholdene for eldre innsatte.

<b>Tabell 1</b>	<b>Antall re- spondenter</b>	<b>Andel i prosent</b>
Bastøy	14	8,8
Berg	3	1,9
Bergen	28	17,6
Bredtveit	5	3,1
Halden	37	23,3
Ila	19	11,9
Oslo	15	9,4
Ringerike	15	9,4
Tromsø	7	4,4
Ullersmo	16	10,1
Total	159	100

Det er 152 menn og 7 kvinner i utvalget av innsatte over 50 år. 130 er domsinnsatte, hvorav 18 er forvaringsdømte. 27 sitter i varetekt, og 2 soner bøter. Kvinnene som har svart er alle domsinnsatte og soner ved Bredtveit eller Bergen fengsel, fordelt på 4 i avdeling med lav sikkerhet og 3 i avdeling med høy sikkerhet.

Aldersspredningen i utvalget skiller seg ikke fra alle innsatte over 50 år målt 9.10.2019. I begge grupper er aldersgjennomsnittet 58 år, med en spredning fra 50 til 81 år i utvalget.

#### 4.2 Domslengde

Tabell 2 sammenligner domslengde i utvalget av innsatte over 50 år med nasjonale tall for domsinnsatte over 50 år pr. 9.10.2019. Domslengde er oppgitt i antall dager. 52 innsatte på dom eller forvaring i utvalget vårt ønsket ikke å oppgi domslengde, hvilket gir et nettoutvalg på 78 innsatte som har besvart spørsmålet om domslengde.

Innsatte over 50 år soner ofte svært lange dommer sammenlignet med alle innsatte. For alle domsinnsatte som sonet pr. 9.10.2019 var gjennomsnittlig domslengde 1349 dager (3,7 år). Gjennomsnittlig domslengde for de som oppga domslengde i utvalget vårt er 1,7 ganger større, 2 238 dager (6,1 år). For alle domsinnsatte over 50 år i hele landet pr. 9.10.2019 var gjennomsnittlig domslengde til sammenligning 1 559 dager (4,3 år).

Tabell 2	Domslengde i dager	
	Alle 9.10.19	Utvalget
N domfelte > 50 år	621	78
Gjennomsnitt	1 559	2 238
Median	1 036	1 583
Minimum	16	40
Maksimum	9 862	7 670

#### 4.3 Forbehold

Innsatte med lange dommer er med andre ord klart overrepresentert i utvalget vårt. Forskjellen har trolig sammenheng med at respondenter med lengre soningsforløp vil ha flere sonings erfaringer og av den grunn antakelig et større ønske eller behov for å dele sine erfaringer enn dem med kortere fengselsopphold. Vi har imidlertid ikke informasjon om hvor stor andel av dommen som er avsonet og forventet løslatelsestidspunkt. Dette vil naturligvis variere en del. Det er uansett grunn til å anta at den samlede utholdte soningstiden påvirker hvordan respondentene svarer. Et nylig påbegynt fengselsopphold vil kunne være mer preget av akutte frustrasjoner over rutiner man ennå ikke helt forstår eller har vanskelig for å akseptere, mens et lengre soningsforløp på den annen side vil øke sannsynligheten for at respondenten befinner seg i et lavsikkerhetsfengsel med færre og mindre inngripende rutiner. Samtidig vil tidligere – ikke minst lengre – soningsopphold i fengsel med høy sikkerhet øke sannsynligheten for flere tidligere negative erfaringer, som også vil prege hvordan respondentene svarer. Enkelte kommentarer tyder på at respondentene ikke alltid skiller mellom erfaringer fra någjeldende og tidligere fengselsopphold. Kommentarer som gjengis må derfor leses med dette for øyet.

## 4.4 Resultater

### 4.4.1 Om bygningsmessige og bevegelsesmessige hindre (spørsmål 6 og 7)

3 av 4 (123) har ikke oppgitt at de opplever bygningsmessige hindringer eller vanskeligheter, mot 35 (22 prosent) som oppgir slike hindringer. Kommentarene bærer imidlertid preg av at forholdene de klager over spenner over alt fra fysiske hindre – typisk trapper – til andre sider ved soningssituasjonen, særlig de materielle forholdene på cella eller i avdelingen. Her er noen typiske eksempler på kommentarer:

- Bor for tett, nattlige toalettbesøk forstyrrer
- Cella har ikke vask, toalett og dusj
- For mange trapper, kaldt og skittent her
- Ikke tilgang til toalett på natta
- Rullestolbruker, ikke tilrettelagt. Ingen lufting
- Støy fra bygningen
- Trekk fra vindu, kaldt på cella

29 innsatte (18 prosent) mener det er vanskelig for dem å bevege seg til og fra ulike områder i fengselet. Trapper trekkes fram som et typisk problem for mange. En annen gjenganger blant kommentarene er irritasjon over at de må følges av betjentene, noe som neppe kan beskrives som et bevegelseshinder, men som oppleves som en begrensning eller et uttrykk for manglende tillit. Andre trekker fram helsemessige forhold som hindrer dem i å bevege seg. Her er noen eksempler på kommentarer:

- Betjenter må følge, får ikke gå alene
- For mange trapper
- For mye rutiner, for liten tillitt
- Hjerte og lungesyk, sliter
- Kne- og hofteslitasje og tungpustethet hemmer meg
- Kramper i beina
- Press på små fellesareal
- Ransakinger, metalldetektor og følge hele tiden
- Rullator
- Rullestol, trenger hjelp til å komme rundt

### 4.4.2 Om ansattes evne til å håndtere eldre innsattes eventuelle problemer

Hele 70 prosent (112) mener de ansatte generelt klarer å håndtere de innsattes problemer ut fra alder og helsesituasjon. 44 (28 prosent) er imidlertid uenige i det. 2 prosent svarer ikke på spørsmålet. Noen mener at de ansatte viser for liten interesse. Andre føler seg presset til å jobbe mer enn de orker eller sliter psykisk og etterlyser mer oppfølging. Et annet problem som trekkes fram er ansatte som ikke reagerer på press og trakassering fra yngre innsatte. En del uttrykker misnøye med helsetilbudet. Vi finner imidlertid også ros av ansatte blant kommentarene. Her er noen kommentarer til de ansattes evne til å håndtere eldre innsatte:

- Ansatte er lite hjelpsomme
- Ansatte for lite kompetanse mht. psykisk helse
- Ansatte lytter for lite. Spør ikke om du har det bra
- Ansatte overser trakassering fra unge innsatte og syke
- Betjentene gjør så godt de kan, helse er et problem
- Betjenter presser meg til å jobbe når jeg er syk
- De vil at jeg skal jobbe full dag, men orker ikke
- Demente innsatte får ikke forsvarlig oppfølging
- For dårlig oppfølging av helse og av kontaktbetjent

Tabell 3 viser hvor mange som er enig i at fengselet klarer å tilby tilrettelagte aktiviteter (spørsmål 9). Nesten en tredjedel svarer nei på dette spørsmålet.

<b>Tabell 3</b>	<b>Fengselet tilbyr tilrettelagt aktivitet</b>	
	Antall	Andel i prosent
Nei	50	31,4
Ja	102	64,2
Sum	152	95,6
Ubesvart	7	4,4
Total	159	100

De som uttrykker misnøye med tilbudet, etterlyser ofte mindre fysisk krevende og mer sosiale aktiviteter. De klager over at aktivitetene er primært tilrettelagt for yngre. Flere ønsker roligere aktiviteter, for eksempel hobbyrom, kortspill, maling og tegning eller annet sosialt samvær. Noen etterlyser også mer individuell tilrettelegging:

- Aktiviteter er beregnet for yngre aldersgrupper
- Det er for mye fotball og bråk, passer for unge
- Individuell tilrettelegging ved særlig behov er for dårlig
- Kunne vært mer "rolige" sosiale aktiviteter. Film, bingo og annet
- Savner et hobbyrom hvor man kan male, tegne osv.
- Savner mindre fysisk krevende aktiviteter
- Ønsker mer sosialt samvær og utgang (ikke trening)

#### 4.4.3 Tilgang til helsehjelp og hjelpemidler

På spørsmål om de får den helsehjelp eller medisinerings som de trenger, er flertallet fornøyd. 103 (65 prosent) svarer ja. 35 prosent (55) sier imidlertid nei. 39 – en fjerdedel – svarer også nei på spørsmålet om de har tilgang til hjelpemidler de trenger i forbindelse med sin helsesituasjon.



Flere kommentarer til spørsmålet om de får tilstrekkelig helsehjelp dreier seg om at de er misfornøyde med lang ventetid til de får helsehjelp eller avtale med helseavdelingen. Andre er misfornøyd med medisinen de får og etterlyser annen medisin eller oppfølging for angst, psykiske problemer og søvnvansker. Noen er også fornøyd med helsehjelpen. Her er noen kommentarer:

- Angst blir ikke tatt på alvor. Må sende samtalelapp
- Dårlig oppfølging, lang ventetid
- Et godt tilbud. Spesielle behov fanges opp
- Etter mange diskusjoner får jeg hjelp
- Fornøyd med helseavdelingen
- Fysisk hjelp er OK, ikke psykisk
- Får ikke fysioterapi som jeg trenger
- Får ikke hjelp med isjas og brokk. Faller uten rullator
- Får ikke hjelp med smerter
- Får ikke samme medisin som ute
- Fått feil medisin og får ikke veiledning i bruk
- Sliter med angst, trenger beroligende

Tabell 4 gir en oversikt over hjelpemidler de oppgir at de trenger. De fleste trenger briller.

Tabell 4 Hjelpemidler som etterlyses	Antall
Briller	24
Høreapparat	6
Krykker	2
Rullator	1
Annet	18
Briller og høreapparat	1
Sum	52

Her er noen kommentarer til hjelpemidler som etterlyses under «annet» i tabell 4:

- Fotpusser
- Får ikke vasket undertøy med urin ofte nok
- Nektet høreapparat m. blåtann
- Støttebandasje
- Trenger digital hjertemåler, nektet
- Trenger gebiss
- Trenger justerbar seng også
- Trenger PC pga. dysleksi
- Trenger treningsball og balansebrett

#### 4.4.4 Behov for pleiehjelp

Bare 18 innsatte (11 prosent) svarer at de har behov for pleiehjelp. 140 (88 prosent) sier nei. Over halvparten (84) oppgir at de får den pleiehjelpen de trenger. Kommentarer til hva slags pleiehjelp de savner går stort sett på behov for fysioterapi og fotpleie:

- Bekhterev, trenger hjelp til bla. sokker
- Fysioterapi og balansetrening
- Jeg trenger tannprotese og fotpleie
- Smertelindring
- Trenger fotpleie
- Trenger fysioterapi
- Trenger riktig medisin
- Trenger å snakke med profesjonelle

#### 4.4.5 Behov for helsesjekk og akutt helsehjelp

Et knapt flertall på 83 (52 prosent) er fornøyd med at helsen blir sjekket ofte nok. Et stort mindretall på 70 personer (44 prosent) er imidlertid ikke fornøyd. 6 svarer ikke på spørsmålet. 73 – nesten halvparten (46 prosent) oppgir at de har opplevd behov for akutt medisinsk helsehjelp. 40 oppgir at akutthjelpen var god nok.

Når det gjelder kommentarer til hva som manglet ved akutthjelpen, er det også her flere som peker på at det tar for lang tid å få nødvendig hjelp, for eksempel ved akutt tannbehandlingsbehov. Noen er generelt misfornøyd med oppfølgingen, og andre føler seg mistrodd, at de ikke blir tatt på alvor:

- Akutt tannbehandlingsbehov, fikk dårlig hjelp
- Betjentene forstår ikke alvor
- Ble ikke trodd, tok 20 år, har allergi med sår dannelse
- De ringte politi i stedet for ambulans. Kunne ha dødd.
- Det var ikke helsearbeidere til stede
- Ingen oppfølging fra fengselet etter akutt innleggelse
- Leger motsetter seg ofte henvisning til spesialist
- Man blir mistrodd av ansatte som ikke kjenner din helse
- Må vente på helseavdeling ved akutt problem med urinslange
- Måtte vente en uke på akutt behov
- Tannverk en uke før hjelp. Måtte trekke infisert tann
- Tok for lang tid å få hjelp
- Ventet 3 uker på tannlege etter brukket tann, for lenge

#### 4.4.6 Opphold på sykehus under fengsling og oppfølging etterpå

42, en relativt stor andel på 26 prosent blant respondentene over 50 år, oppgir at de har vært innlagt på sykehus mens de var i fengsel. Oppholdene er stort sett av kort varighet, med en spredning fra 1 til 90 dager. Av 38 som svarer på spørsmålet om de fikk tilstrekkelig oppfølging

etter innleggelsen, svarer halvparten (16) nei. Slik spørsmålet er formulert kan det hende at innsatte som oppgir at de har vært innlagt på sykehus ikke nødvendigvis refererer til det aktuelle fengselet de soner ved nå, men til et tidligere opphold ved et annet fengsel. Kommentarer til hva som manglet ved oppfølgingen etter sykehusinnleggelsen uttrykker med noen få unntak generell misnøye mht. oppfølgingen, som med fordel kunne vært mer konkretisert. Her er noen kommentarer:

- De burde snakket med kirurg om smerter etter operasjon
- Fengselslege feilbehandlet, ble innlagt på nytt
- Fikk ingen oppfølging etter innleggelse
- Opptreningsmuligheter
- Vanskelig å få kontakt med helseavdelingen
- Venter fremdeles på innleggelse i sykehus

#### 4.4.7 Besøk fra familie og venner

Tabell 5 viser hvor ofte respondentene oppgir at de mottar besøk.

Tabell 5	Mottar besøk fra familie / venner	
	Antall	Andel i prosent
Nei	65	40,9
Nokså regelmessig	51	32,1
Av og til	22	13,8
Sjelden	18	11,3
Sum	156	98,1
Ubesvart	3	1,9
Total	159	100

Hele 41 prosent (65) svarer nei på spørsmålet om de mottar besøk fra familie eller venner. Legger vi sammen de som sier nei og de som svarer sjelden, utgjør disse over halvparten, 52 prosent. Det fins 50 kommentarer til hvorfor de mener at de ikke mottar besøk eller kun sjelden. Flere peker på lang eller tungvint reisevei for pårørende eller hindringer på grunn av jobb. Andre ønsker ikke besøk eller får ikke besøk på grunn av dommen de soner. Andre har lite eller ingen familie eller venner igjen, eller de bor i utlandet. Noen få peker på besøksrestriksjoner eller for kort soningstid for å kunne få besøk. Her er noen typiske kommentarer:

- Alder på omgangskrets og familie
- Besøkende bor ikke i Norge
- Besøkende er døde. Har visitor
- Besøktidene passer ikke besøkende pga. arbeid
- Dyssosial familie. Har ikke tatt vare på vennskap ute
- Familien vil ikke ha kontakt
- For lang reisevei for besøkende
- Fornedring, ransaking, ikke kollektiv transport

- Får ikke svar på besøksgodkjenning
- Har ikke familie og ønsker heller ikke besøk
- Har ikke sonet lenge nok til å få besøk
- Ikke kollektiv transport
- Problemer med å ta kontakt pga. angst
- Vet ikke hvorfor jeg ikke får besøk
- Ønsker ikke besøk for å skåne familien for belastningen

#### 4.4.8 Kontakt med andre innsatte

86 prosent (136) oppgir at de har god kontakt med andre innsatte. Et mindretall på 21 (13 prosent) svarer nei. To svarer ikke. Det er likevel flere som kommenterer kontakten med andre innsatte enn antallet som svarer nei. Flere kommentarer gjelder misnøye med blandingen av unge, utlendinger og eldre innsatte i fellesskapet, som skaper et høyt støynivå og konflikter eller mobbing. Noen føler seg truet eller trakassert på grunn av dommen, og noen oppgir at de ikke ønsker eller ikke orker kontakt. Her er noen typiske kommentarer:

- Blander ulikt etnisk opphav og alder i avdelingen, er uenig
- Ble slått ned for 6 mnd. siden. Har urinveisproblem og smerter
- Blir trakassert og truet pga. min dom
- Felleskapet er støyende
- For mye utlendinger
- For stor aldersforskjell, de unge mobber eldre
- Frekke utlendinger, høyt støynivå, nordmenn blir utslitt
- Har venner her, men noen truer meg og utsetter meg for vold
- Sliter med depresjon, problemer med store forsamlinger
- Ønsker ikke kontakt med dyssosiale innsatte

#### 4.4.9 Om ensomhet

På spørsmålet om den innsatte ofte føler seg ensom, svarer et stort mindretall ja, 42 prosent (67). 56 prosent (89) svarer nei, og tre svarer ikke. Det fins hele 58 kommentarer til spørsmålet. Respondentene er også bedt om å fortelle hvordan de håndterer følelsen i kommentarfeltet. Kommentarene berører mange sider ved soningssituasjonen, som savn etter familie og venner, angst og psykiske problemer, utrygghet og behovet for noen å snakke med. Blant dem som nevner hvordan de håndterer følelsen, er det flere som trekker fram at de forsøker å holde seg i aktivitet med arbeid eller studier, lesing, TV-titting eller andre fritidssysler. Noen kommentarer til spørsmålet om ensomhet gjengis her:

- Er utrygg overfor kriminelle og voldelige innsatte
- For mange unge innsatte
- Får for lite besøk av familien, det er for langt og dyrt

- Har ikke nettverk her, men håper jeg får det senere
- Har ingen å snakke med om hvorfor jeg er her
- Ikke mange med min akademikerbakgrunn her
- Jeg er eldre enn de andre. Prøver å være sosial
- Kan ikke snakke om dom og overgrep mot meg
- Lite kommunikasjon med de nærmeste
- Mye innelåst. Sliter på psyken
- Mye rykter og baksnakking, vanskelig å stole på folk
- Savner mer utdannede og kulturelle innsatte å snakke med
- Sosial angst gjør at jeg trekker meg tilbake
- Tenker på det jeg har gjort

Noen kommentarer til hvordan de innsatte håndterer ensomhetsfølelsen følger her:

- Spiller spill med andre
- Jeg leser bøker
- Jeg spiser ofte, skriver mye og ser på TV
- Leser og spiller gitar
- Mindfulness/DVD/leser/snakker med prest/noen ansatte
- Prøver å være opptatt med gjøremål, vasker osv.
- Samtaler med sykepleier
- Tilpasser meg

#### 4.4.10 Om redsel

En tredjedel (34 prosent, n = 54) oppgir at det hender at de blir redd. 101 svarer nei (64 prosent). Fire svarer ikke. I kommentarene trekker flere fram at de er redd andre innsatte, og noen av dem har opplevd vold eller trusler. Andre er redd for at det skal skje noe med familien. Noen nevner angst og utrygt miljø i avdelingen. Bråk og uro i avdelingen blir også trukket fram som årsak til at det hender at de blir redde. Det er få kommentarer til hvordan de håndterer følelsen utover å nevne at de trekker seg unna eller tilbake på cella. Noen kommentarer følger her:

- 2 episoder med vold mot innsatte har gjort meg redd
- Avdelingen er UTEN betjenter i perioder. Utrygt miljø i avdelingen
- Blir redd når noen krangler eller smeller dører. Har PTSD
- Flashbackminner, bråk i fellesskapet og sinte ansatte
- Får panikkanfall av mye mennesker. Isolerer meg
- Har mareritt om natta og sover lite
- Jeg blir truet av innsatte. Ansatte tar det ikke alvorlig
- Mistet livet, savner familie og barn. Selvmordstanker.
- Når det skjer bråk i fellesskapet hender at jeg blir redd
- Pga. dom. Fordommer, har angst, har hatt selvmordstanker

- Redd for barna, at de har det bra
- Redd for truende innsatte som ikke blir korrigeret av ansatte
- Redd innsatte skal plante narko i mitt innhold i kjøleskap

#### 4.4.11 Om depresjon

40 prosent (64) oppgir at de ofte er deprimert. 58 prosent (92) svarer nei, og tre svarer ikke på spørsmålet. De som svarte ja ble også spurt om hva de tror er grunnen. En respondent nevner ensomhet og redsel som årsak til at han ofte er deprimert. Kommentarene sammenfaller ellers med en del av de samme grunnene som er oppgitt for hvorfor de er ensomme eller redde. Helse-situasjonen, både fysisk og psykisk, trekkes fram som årsak til at de ofte er deprimerte. Andre er deprimert på grunn av dommen og tapet av kontakt med familie og venner. Soningsbelastning, opplevd uskyld og tidligere belastninger og traumer trekkes også fram som grunn til at de ofte er deprimert. Her er noen kommentarer:

- Angsten gjør meg deprimert
- Avstand til familie
- Deprimert pga. lovbrudd og tap av kontakt med nære
- Deprimert pga. vold og urinveissykdom
- Ensomhet og redsel gjør meg deprimert
- Er deprimert fordi jeg er psykisk syk
- Er deprimert pga. helse som ikke blir tatt på alvor
- Er deprimert pga. innelåst og traume påført min kone
- Er deprimert pga. redd for å bli utsatt for vold
- Er utsatt for justismord og vold fra medinnsatte
- Har mistet mange, sitter i fengsel og har sviktet barna
- Har vært utsatt for et overgrep, psykisk helvete
- Jeg ble mobbet og fikk ikke hjelp av fengselet
- Mange traumatiske opplevelser
- Pga. dom, økonomisk ruin
- Senskader etter 40 år på nålen
- Sitter for mye innelåst, ansatte kverulerer

#### 4.4.12 Helseutfordringer

Respondentene ble bedt om å oppgi hvilke helseutfordringer de hadde. De kunne krysse av for følgende svaralternativer: Syn, hørsel, tannhelse, balanse, hjerte og karsykdom, kreft, Alzheimer, revmatisk sykdom, artrose, alkoholavhengighet, annen rusavhengighet, hepatitt, diabetes, AIDS, annen kronisk sykdom og annet. De to sistnevnte kunne spesifiseres.

110 (69 prosent) innsatte oppga én eller flere helseutfordringer. Tabell 6 viser hvor mange innsatte som oppga at de hadde en helseutfordring med nevnte sykdom/utfordring. Utfordringer med syn (45 prosent) og tannhelse (34 prosent) dominerer. I tabellen vises kun forekomster der

nevnte sykdom/utfordring gjelder minst 10 innsatte. 68 innsatte (43 prosent) oppga at de hadde minst tre helseutfordringer. Den vanligste kombinasjonen var problem med syn og hørsel (23) og syn og tannhelse (22).

<b>Tabell 6. Helseutfordringer</b>	<b>Antall</b>	<b>Andel i prosent</b>
Syn	71	45
Tannhelse	54	34
Hjerte og karsykdom	36	23
Balanse	32	20
Hørsel	28	18
Revmatisme	23	14
Rusavhengighet	17	11
Sukkersyke	18	11
Artrose	13	8

#### 4.4.13 Boforhold og nettverkssituasjon ved forventet løslatelse

42 prosent (67) oppgir at de bor alene, og 37 prosent (59) oppgir at de bor sammen med familie. 18 prosent (28) oppgir at de enten er uten bolig eller at bosituasjonen er uavklart eller usikker ved forventet løslatelse.

Én av fem (31) oppgir at de heller ikke har venner eller nettverk som de kan oppsøke og pleie kontakt med etter løslatelsen. Den vanligste kommentaren til de som oppgir at de ikke har venner eller nettverk etter løslatelsen, er at de har mistet kontakten med venner på grunn av dommen. Høy alder ved forventet løslatelse nevnes også. Noen har likevel fortsatt familienettverk, og andre forteller at de har mistet alt, dvs. de har verken familie eller venner.

De innsatte fikk også spørsmål om de kunne tenke seg å delta i et nettverkstilbud etter soning som tilbys av frivillige organisasjoner, med ulike aktiviteter og jevnlig kontakt med en frivillig. Litt over halvparten – 52 prosent (82) svarte ja på det spørsmålet. 75 innsatte oppgir ønsket sted for et slikt tilbud. Ønskene fordeler seg over hele landet, men 26 innsatte oppgir Oslo som ønsket sted, og 10 oppgir Bergen.

#### 4.5 Sammendrag fra spørreundersøkelsen

Spørreundersøkelsen ble besvart av 159 innsatte over 50 år i 10 utvalgte fengsler. Antallet tilsvarende omtrent en tredjedel av innsatte over 50 år da undersøkelsen ble gjennomført. 128 av respondentene soner i fengselsavdeling med høy sikkerhet. Det er 152 menn og 7 kvinner over 50 år. 130 er domsinnsatte, 18 er forvaringsdømte, 27 sitter i varetekt og 2 soner bøter. Gjennomsnittsalderen til respondentene er lik gjennomsnittet for hele landet (58 år), med en spredning fra 50 til 81 år. De domfelte innsatte i utvalget som oppga domslengde soner i gjennomsnitt

en dom på 6,1 år. Gjenværende soningstid er ukjent, slik at det vil variere hvor langt de har kommet i soningsforløpet. Her gjengis noen hovedfunn fra spørreundersøkelsen:

3 av 4 (123) oppgir at de ikke opplever bygningsmessige hindringer eller vanskeligheter, mot 35 (22 prosent) som oppgir slike hindringer. Typiske klager gjelder fysiske hindre som trapper, men andre klager også over materielle forhold på cella eller avdelingen. Andre trekker fram helsemessige forhold som hindrer dem i å bevege seg, og flere uttrykker misnøye over at de må følges av betjenter når skal bevege seg til og fra ulike områder.

Det store flertallet - 70 prosent (112) mener de ansatte generelt klarer å håndtere de innsattes problemer ut fra alder og helsesituasjon. 44 (28 prosent) er imidlertid uenige i det. Noen etterlyser mer interesse fra betjentene, særlig når det gjelder press og trakassering fra yngre innsatte. Cirka 2 av 3 (64 prosent) mener fengselet klarer å tilby tilrettelagt aktivitet. Misnøyen blant dem som er uenig dreier seg i hovedsak om at de ønsker mindre fysisk krevende og mer sosiale eller roligere aktiviteter, som hobbyrom, spill eller annet sosialt samvær.

Flertallet er også fornøyd med helsehjelpen. 2 av 3 (65 prosent) svarer ja. Misnøyen med helsehjelp handler ofte om lang ventetid til de får hjelp, andre ønsker annen eller mer oppfølging for angst, psykiske plager og søvnvansker. En av fire er også misfornøyd med tilgangen til nødvendige hjelpemidler. Brillor blir oftest nevnt når det gjelder behov for hjelpemidler.

88 prosent svarer nei på spørsmålet om de trenger pleiehjelp. Over halvparten får den pleiehjelpen de trenger. Behov for fysioterapi og fotpleie nevnes oftest blant dem som er misfornøyd.

Et knapt flertall på 83 (52 prosent) er fornøyd med at helsen blir sjekket ofte nok. Et stort mindretall på 70 personer (44 prosent) er imidlertid ikke fornøyd. 46 prosent oppgav at de har trengt akutthjelp, og den vanligste innvendingen til hjelpen er at den tok for lang tid, for eksempel ved akutt tannbehandlingsbehov.

En relativt stor andel på 26 prosent blant respondentene over 50 år, oppgir at de har vært innlagt på sykehus mens de var i fengsel. Oppholdene er stort sett av kort varighet. Bare 16 svarte nei på at de var misfornøyd med oppfølgingen etter sykehusinnleggelsen.

Hele 41 prosent (65) svarer nei på spørsmålet om de mottar besøk fra familie eller venner. Legger vi sammen de som sier nei og de som svarer sjelden, utgjør disse over halvparten, 52 prosent. Det oppgis mange grunner til dette. Lang reisevei, lite familie eller venner igjen og at de selv ikke ønsker besøk går igjen blant kommentarene.

86 prosent (136) oppgir at de har god kontakt med andre innsatte. Et mindretall på 21 (13 prosent) svarer imidlertid nei. Uttrykt misnøye viser ofte til blandingen av unge, utlendinger og eldre innsatte i fellesskapet, som skaper et høyt støynivå, konflikter og trakassering. Noen oppgir at de ikke orker eller ønsker kontakt eller at de føler seg truet.



På spørsmålet om den innsatte ofte føler seg ensom, svarer et stort mindretall ja, 42 prosent (67). 56 prosent (89) svarer nei. Kommentarene berører mange sider ved soningssituasjonen, som savn etter familie og venner, angst og psykiske problemer, utrygghet og behovet for noen å snakke med. En tredjedel (34 prosent, n = 54) oppgir også at det hender at de blir redd, som oftest på grunn av utrygt miljø i avdelingen i form av bråk og uro. Trusler nevnes også. 40 prosent (64) oppgir også at de ofte er deprimert. Flere viser til ensomhet og redsel som årsak ved siden av soningsbelastning og tap av kontakt med familie og venner.

110 (69 prosent) innsatte oppga én eller flere helseutfordringer. Utfordringer med syn (45 prosent) og tannhelse (34 prosent) dominerer.

42 prosent (67) oppgir at de bor alene, og 37 prosent (59) oppgir at de bor sammen med familie. 18 prosent (28) oppgir at de enten er uten bolig eller at bosituasjonen er uavklart eller usikker ved forventet løslatelse. Én av fem (31) oppgir at de heller ikke har venner eller nettverk som de kan oppsøke og pleie kontakt med etter løslatelsen. Litt over halvparten – 52 prosent (82) svarte ja på spørsmålet om de kunne tenke seg å delta i et nettverkstilbud etter soning.

## 5 Erfaringer fra ytre etat

### 5.1 Eldre innsatte ved Ila fengsel og forvaringsanstalt

Ila fengsel og forvaringsanstalt har flere eldre innsatte. Årsaken til dette kan være at det er en høy andel innsatte i fengselet som er domfelt for seksuallovbrudd og at straffen for seksualforbrytelser er skjerpet. Disse innsatte er eldre enn andre innsatte når de starter soningen og de soner lengre.

Ansatte opplever at utfordringene rundt de eldre innsatte er annerledes enn for yngre innsatte. Det gjelder både fysisk tilrettelegging, type aktivisering og hvilke endringsrettede tiltak de innsatte bør tilbys.

#### 5.1.1 Helseproblematikk –utfordringer

Erfaringer fra Ila viser at eldre innsatte ofte har flere somatiske plager enn de yngre innsatte. De har derfor behov for tettere oppfølging av helsetjenesten. De kan videre ha behov for tilrettelegging som for eksempel tilpasse bruk av rullestol og/eller rullator. De kan ha behov for toalett på cellen. Erfaringen viser at eldre innsatte har større behov for pleie- og omsorgstjenester.

Ansatte ved Ila opplever at eldre innsatte i større grad kan bli deprimerte eller ha et nedsatt stemningsleie fordi de ikke ser noen mulighet for løslatelse mens de fortsatt har god helse. Noen innsatte utvikler tegn til demens. De kan da fremstå som utrygge og usikre og ha sinneutbrudd.

Man opplever også at innsatte som har /får redusert hørsel, sliter med å høre og forstå det som foregår rundt en. Det ser derfor ut til at det for eldre innsatte kan være utfordrende å finne seg til rette i et avdelingsmiljø med yngre innsatte. Helseplager kan forsterke dette. Ansatte erfarer at noen eldre innsatte får redusert personlig hygiene og renhold på cella på grunn av personlige funksjonsnedsettelse. Helseutfordringene hos eldre innsatte kan føre til at avdelingsbetjentene må utføre oppgaver som sykepleiere og hjelpepleiere ville utført dersom den innsatte ikke var fengslet.

#### 5.1.2 Aktivisering

På Ila opplever man at det er utfordrende å tilby eldre innsatte meningsfull aktivisering. Mange av de eldre innsatte nærmer seg pensjonsalder eller er pensjonister. Skoletilbudet og de tradisjonelle verkstedene i kriminalomsorgen er ofte lite aktuell sysselsetting. Fysisk trening og treningsrom passer heller ikke alltid denne gruppen innsatte. De ansatte har erfart at noen eldre innsatte kvier seg for å delta i treninger hvor yngre innsatte deltar.

Ansatte på Ila mener man må tilby eldre innsatte meningsfulle aktiviteter. Det er etter deres syn viktig med en miljøterapeutisk tilnærming. De ansatte har erfart at kreative løsninger og en redusert og tilpasset sysselsetting er av det gode. De eldste innsatte ønsker gjerne å leve som

pensjonister med roligere dager og ønsker aktiviteter som matlaging, bingo, hagearbeid m.m. i stedet for tradisjonelt «fengselsarbeid».

Ansatte ved Ila mener egne treningsgrupper tilpasset aldersgruppen kan få de eldste innsatte med på fysisk trening.

### 5.1.3 Programvirksomhet

Erfaring fra Ila viser at endringsarbeidet med eldre innsatte kan by på andre problemstillinger enn med yngre innsatte. Eldre tenker og handler gjerne annerledes enn yngre innsatte og kan fremstå mer fastlåst og være mer utfordrende å arbeide med. De eldre oppleves noen ganger som demotiverte i forhold til programmer i og med at de i mindre grad har noe å se frem til i fremtiden.

### 5.1.4 Nettverk

Ansatte erfarer at eldre innsatte har lite nettverk fordi familie og vennekrets ofte har gått bort. For dem er det derfor stor verdi å ha en visitor eller besøksvenn.

### 5.1.5 Om ansatte som skal jobbe med denne gruppen innsatte

Ansatte på Ila mener at man må ha mer kompetanse for å jobbe godt med eldre innsatte. Man fremhever også viktigheten av tverrfaglig samarbeid med helsetjenesten i anstalten. De ansatte bør være særlig motiverte for å jobbe med disse innsatte. Pleie- og omsorgsoppgaver kan utgjøre en større del av arbeidsoppgavene enn ellers.

### 5.1.6 Om egne avdelinger for eldre innsatte

Ansatte ved Ila mener at det kan være hensiktsmessig med egne avdelinger for eldre innsatte for å ivareta deres særskilte behov: *«Egne avdelinger vil også kunne høyne trivselen hos mange av de eldre innsatte. Mange av disse innsatte gir uttrykk for at de syns hverdagen er støyende og at de har få medinnsatte de har en relasjon til/kan samhandle med. Dette kan endres ved at de eldre innsatte i større grad plasseres i samme avdeling»*

## 5.2 Eldre innsatte ved Halden fengsel

### 5.2.1 Avgrensning

Det er viktig med en presisering og avgrensning – i første omgang når det gjelder den konkrete virkelighet som Halden fengsel beskriver nedenfor. Alder er et objektivt kriterium, hvor KDI<sup>10</sup> setter grensen til 50 år. Mange vil tenke at dette er en kunstig lav aldersgrense, men denne henger sammen med at innsatte har en høyere sykkelighet og større levekårsutfordringer enn

---

<sup>10</sup> <https://www.kriminalomsorgen.no/eldre-innsatte-i-fengslene-kartlegges.6288622-237613.html>

gjennomsnittsbefolkningen – WHO anslår at innsattpopulasjonen eldes 10-15 år før gjennomsnittsbefolkningen - slik sett kan grensen «forsvares»<sup>11</sup>.

Eldre vil på sikt kunne rammes av svekkede fysiske evner og mestring generelt, svekket kognisjon, funksjonssvikt – og dermed få behov for pleie, omsorg og praktisk bistand. I det følgende inkluderer Halden fengsel derfor også *innsatte under 50 år, som allerede har en fysisk funksjonshemming* og dermed har de behovene som eldre innsatte ofte vil få. Kriminalomsorgens utfordringer vil i stor grad være de samme, uavhengig av innsattes fødselsdato. Utviklingen av omfanget av antall og andel eldre innsatte er blitt presentert i kapittel 3 i denne rapporten, men Halden fengsel mener samme trend gjør seg gjeldende for funksjonshemmede<sup>12</sup>.

### 5.2.2 Aktivitetsplikt

I forskrift til straffegjennomføringsloven (§1-4), har domfelte en aktivitetsplikt, og at disse aktivitetene skal søkes lagt til rette av kriminalomsorgen etter den domfeltes/innsattes forutsetninger. Aktiviteter i et fengsel er normalt arbeid, skole eller programvirksomhet.

Skole vil normalt ikke være høyt prioritert for denne gruppen. Når det gjelder arbeid, har ikke arbeidsdriften i Halden fengsel spesielt fokus på å etablere egne arbeidsplasser for eldre/funksjonshemmede innsatte. Den enkeltes funksjonsnivå, forutsetninger, behov og arbeidsevne kartlegges – og gis deretter et tilbud ut fra dette. Selv om aktivitet favner videre enn arbeid, er det ifølge driftssjefen i Halden fengsel et paradoks at eldre/funksjonshemmede innsatte er *«arbeidspliktig uansett arbeidsevne, tidligere tilknytning til arbeidslivet, alder og funksjonsnivå. Det betyr i mitt hode at uansett livssituasjon før innsettelse, så regnes en domfelt som arbeidsfør så fort man er i gang med soningen. Da kan en årevis pensjonist få litt av en overraskelse når disse kravene stilles. .... For innsatte selv kan kravet om arbeid oppleves negativt eller i beste fall spesielt for dem som ikke har hatt en tilknytning til arbeidslivet på mange år, det være seg som alderspensjonister eller annen type trygdede.»*<sup>13</sup>

Aktivitet har selvfølgelig andre goder ved seg, som forebygging av isolasjonsskader – men uansett er det et paradoks i de tilfeller hvor samfunnet har innvilget den domfelte alderspensjon eller varig uføretrygd på grunn av bortfall av arbeidsevne, så «trumfes» dette av en særegen aktivitetsplikt i kriminalomsorgen.

### 5.2.3 Drifts-/investeringskostnader

Tilrettelegging for eldre og funksjonshemmede innsatte medfører økte kostnader som vil variere fra enhet til enhet.

---

<sup>11</sup> [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0007/249208/Prisons-and-Health,-19-The-older-prisoner-and-complex-chronic-medical-care.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/249208/Prisons-and-Health,-19-The-older-prisoner-and-complex-chronic-medical-care.pdf?ua=1)

<sup>12</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/helse-og-omsorgstjenester-til-innsatte-i-fengsel-arsrapporter/innsattes-helsetilstand>

<sup>13</sup> E-post, driftssjef, 25/5-20

For det første vil det kunne påløpe *investeringskostnader* knyttet til tilpasning av fasilitetene. Halden fengsel er bygd med såkalte «HC-celler», som også blir benyttet i flere andre fengsler. I motsetning til det som ble antatt, er det problematisk å ta imot innsatte med funksjonshemninger, enten de er yngre eller eldre. Evnen til dette avgjøres imidlertid i hovedsak av tilstedeværelsen av rett kompetanse.

Det vil likevel være tilfeller hvor også fasilitetene er et vesentlig hinder, og ulempen med «HC-celler» er at verken cellene, byggene eller omgivelsene i Halden fengsel er universelt utformet. Når ikke dette er hensyntatt ved prosjektering og nybygg av fengsler, er det svært kostbart å tilpasse i ettertid.

Også *driftskostnadsmessig* er det grunn til å anta at tilrettelegging vil medføre større utgifter. For det første har anskaffelser av hjelpemidler og forbruksutstyr knyttet til funksjonshemmede innsatte, beløpt seg i 5-årsperioden 2015-2019 på noe over 340 000,-<sup>14</sup>. NAV forholder seg til fengsler på ulik måte rundt i Norge og Halden fengsel er blitt definert som en institusjon, som betyr at vi må selv anskaffe og bekoste de hjelpemidler den innsatte trenger<sup>15</sup>. Halden fengsel har i dag en spesialavdeling for blant annet eldre og funksjonshemmede innsatte («Make-it»/C2 m/10 innsatte) – avdelingen er styrket med én verksbetjent («aktivitør») på dagtid – en ekstrakostnad på ca. 600 000,- pr år<sup>16</sup>. Øvrige anskaffelser og driftskostnader for eldre innsatte, for eksempel ved etablering og drift av «Make it»-avdelingen (C2), er ikke kartlagt.

#### 5.2.4 Kompetanse, fengselsbetjentrollen og tilstedeværelse av helsepersonell

Halden fengsel opplever det som sin største utfordring at det trengs bedre tilstedeværelse av rett kompetanse på høyt sikkerhetsnivå. Helseavdelingen er ikke en 24/7-tjeneste, og behov utover deres tilstedeværelse må løses av legevakt. Legevakten er imidlertid en helsetjeneste, ikke en pleie/omsorgs/praktisk bistandstjeneste, og er derfor intet alternativ for de aktuelle innsattgruppene og deres behov.

Kriminalomsorgens bemanning i avdelingstjeneste utgjøres av fengselsbetjenter. Deres oppgaver innbefatter ikke pleie/omsorgs/praktisk bistandstjeneste, i tillegg fremkommer det i dagens yrkesetiske retningslinjer at intimkontakt mellom ansatte og domfelte ikke skal forekomme. Grensen har gått ved at man ikke skal berøre naken hud. Dette vil i mange tilfeller være meget vanskelig å overholde i forhold til praktisk bistand for domfelte med særskilte hjelpebehov.

Mange av disse oppgavene ligger utenfor de nåværende yrkesetiske retningslinjene. Uansett om arbeidsgiver oppfyller sin forpliktelse om å gi nødvendig opplæring, er det høyst usikkert om det å pålegge fengselsbetjenter en del av de praktiske bistandsoppgavene ligger innenfor styringsretten. Både vernetjeneste og tillitsvalgte har ved flere anledninger fulgt opp denne saken men den har ikke funnet sin løsning.

---

<sup>14</sup> E-post, forvalter, 20/12-2019.

<sup>15</sup> Vi forsøker å løse dette nå ved å hente/låne de hjelpemidler innsatte har i egen bolig så langt som mulig, dette reduserer kostnadene men vil også kunne gi en praktisk/trygghetsmessig gevinst for den innsatte.

<sup>16</sup> Grunnlønn, pensjon/arbeidsgiveravgift.

I Halden har fengselet og kommunen i flere år hatt ulik forståelse av relevante punkter i Veileder for fengselshelsetjeneste, utgitt av Helsedirektoratet. Partene løftet i 2018 dette i fellesskap i sine respektive linjer. Helsedirektoratet har etter Halden fengsels oppfatning avklart at kommunehelsetjenesten er ansvarlig for praktisk bistand, men Halden kommune ønsker å se dette avveid opp mot veilederens poengtering av at innsatte skal ha et likeverdig tilbud – noe som er kriminalomsorgens ansvar. Det tilligger KDI å avklare dette – hvilket ennå ikke har skjedd.

#### 5.2.5 Halden fengsels løsninger

Som nevnt ovenfor er det utfordringene med pleie/omsorg/praktisk bistand – særlig på de tidspunkter av døgnet/uken hvor helseavdelingen er ubemannet – som står uløst. Halden fengsel har derimot i stor grad løst utfordringen med aktivisering og arbeid for eldre/funksjonshemmede innsatte. Det er to steder/funksjoner som kan trekkes frem.

- Avdeling «Make it»/C2, er en avdeling med 10 plasser som er tilrettelagt for de som «soner tungt». I stor grad bor det eldre og funksjonshemmede der. Avdelingen er styrket med en verksbetjent fra arbeidsdriften, som sørger for et tilpasset aktivitetstilbud på avdelingen.
- Arbeidsdriften har arbeid og aktiviteter på mange ulike nivåer på grunn av sin størrelse og kreativitet, som også innebærer muligheter for den aktuelle målgruppen. Det tenkes da spesielt på lavterskeltilbudene, men også kreative løsninger som «ganggutt luftegård» for å unngå isolasjon.

#### 5.2.6 Veien videre

Det forventes at eldre / funksjonshemmede skal foreløpig forbli en voksende og ikke avtagende innsattgruppe. Halden fengsel mener at eldre uten symptomer på aldring ikke presenterer spesielle utfordringer. For de hvor funksjonsnivået synker og hjelpebehovet øker, samt de som uavhengig av alder har funksjonshemming som krever omsorgsmessig/praktisk bistand – bør man imidlertid finne nye løsninger.

Siden både samhandling mellom etater, kompetanse og kostnadsbilde er krevende i disse tilfellene, er det neppe noen god løsning å overlate dette til individuelle fengsler i Norge og dermed minst 45 ulike kommuner. Nærhetsprinsippet er viktig, men enda viktigere er en soning hvor behov og menneskeverd ivaretas. For å sørge for dette, anbefaler Halden fengsel at straffegjennomføring for denne gruppen innsatte finner sted ved et mindre antall anstalter. Dette vil trolig kunne gi bedre og mer kostnadseffektive tjenester ved at utpekte fengsler får en viss «kritisk masse» av denne type innsatte for å hente ut «stordriftsfordeler». Det samme vil trolig gjelde for de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Videre må det erkjennes at flere i denne innsattgruppen krever ekstra ressurser, både fra kriminalomsorgen og kommunene. Dette kan ivaretas for eksempel gjennom rammetildeling hvis det etableres faste/større enheter. Hvis etaten ikke «spisser» til et mindre antall enheter kan rettede

midler følge den enkelte ressurskrevende innsatte gjennom straffegjennomføringen. Disse ekstra ressursene er nødvendig fordi en del normale oppgaver tar noe lengre tid for denne innsattgruppen, men også fordi det må etableres aktiviseringsressurser. Til slutt må det også ansettes ny eller annen kompetanse (for eksempel helsefagarbeidere som i tillegg gis en nødvendig kriminalomsorgsfaglig kompetanse) dersom ansvaret for såkalt «praktisk bistand» skal håndteres av kriminalomsorgen.

## 6 Sykdommer og plager knyttet til aldring

Det er vanlig av mennesker får noen utfordringer når man blir eldre. Det kan være både somatiske og psykiske plager. Med økende alder øker sjansene for kroniske sykdommer. Det vanligste blant eldre er blant annet muskel- og skjelettsykdommer, smerter, sykdommer i sanseorganer, demens og helsetap som følge av hjerte- og karsykdom og kreft. Eldre har også ofte flere sykdommer samtidig som sammen påvirker funksjonsevne, livskvalitet og psykisk helse (FHI folkehelse rapporten 2018).

Vi vet fra levekårsundersøkelser at innsatte har dårligere helse enn hva befolkningen ellers har. Når innsatte blir eldre er det naturlig at de får flere somatiske og psykiske plager. Vanlige plager som nedsatt rørlighet, evne til å bevege seg bøye seg etc. kan gi utfordringer. Mange av våre institusjoner er gamle, har ikke heis, korridorer og dører er for smale til rullestolbrukere etc.

For enkelte kan utfordringen bli større ved at man trenger stell og ikke kan ivareta personlig hygiene selv på en god nok måte. Når man blir eldre er det mange som hører dårligere og som ser dårligere. Dersom man er plassert i institusjon og bor sammen med andre man ikke kjenner, kan dette skape større utrygghet for enkelte. Utrygghet og forvirring kan skape uheldige voldsomme situasjoner.

I folkehelse rapporten fra 2018 slås det fast at eldre i dag lever lengre med en eller flere kroniske sykdommer som kan kontrolleres med medisiner, og at eldre derfor er i stand til å leve selvstendig og med god livskvalitet, uten behov for omsorgstjenester. Rapporten viser også til at studier de to siste tiårene viser en viss forbedring i kognitiv funksjon og et fall i aldersspesifikk demensinsidens blant eldre. Det vises videre til at dette imidlertid ikke gjelder studier av fysisk funksjon.

### *Skrøpeligheit (frailty) – redusert individuell motstandskraft*

Folkehelse rapporten viser til at skrøpeligheit er en tilstand som særlig rammer eldre. «Den kjennetegnes ved redusert muskelstyrke, redusert energinivå og økt trettbarhet, utilsiktet vekttap og lav fysisk aktivitet. De fysiologiske reservene i kroppen blir redusert, og motstandskraften mot påkjenninger som sykdommer og skader blir dårligere». Det er flere årsaker til skrøpeligheit som for eksempel normal aldring, usunn livstil, lite fysisk aktivitet, dårlig ernæring, samt sykdommer og skader. Behandling og forebygging av tilstanden skrøpeligheit består i fysisk aktivitet, riktig ernæring, behandling av medisinske tilstander, samt psykologisk og sosial støtte (FHI 2018).

### *Muskel- og skjelettsykdommer*

Nedsatt muskel- og skjeletthelse er samlet sett mer vanlig hos middelaldrende og eldre enn hos yngre. Brudd, spesielt hoftebrudd, som følge av artroser, fall og benskjørhet er hyppig (FHI 2018).

### *Smerter*

De vanligste smertelidelsene hos eldre er knyttet til sykdommer i muskel- og skjelettsystemet, spesielt artroser (slitasjegikt) og ryggplager. Langvarig smerte er i seg selv en risikofaktor for



demens, og eldre med smerter har redusert evne til å klare daglige gjøremål sammenliknet med eldre uten smerte (FHI 2018)

#### *Psykisk helse*

Mye tyder på at forekomsten av angst og depresjon øker med alderen. (depresjon og angstlidelser er kjennetegnet ved nedstemthet og uro, svekket konsentrasjonsevne, samt forandringer i energinivået, søvn, appetitt og vekt FHI 2018). Studier viser at forekomsten av depresjonssymptomer blant menn og kvinner i aldersgruppen 60-80 år har økt over generasjonene, spesielt hos de eldste deltakere som for eksempel de som var 75 år og eldre, der forekomsten var 12 prosent i 1995 og 21 prosent i 2006. Studier i europeiske land og Nord-Amerika støtter funnene på høyere forekomst av depresjon hos eldre (FHI 2018).

#### *Syn og hørsel*

Nedsatt syn og hørsel er vanlig blant eldre. Nær en av ti over 66 år sier de har problemer med synet selv om de bruker briller. Dette kan redusere sosial kontakt og mulighetene til å fungere godt i hverdagen. Av befolkningen over 66 år oppgir en av fem at de har problemer med hørselen selv om de bruker høreapparat. Av de som er over 65 år har opp mot halvparten at omtrent tre firedeler av befolkningen over 74 år har et hørselstap som er av betydning for kommunikasjon (SSB Statistikkbanken).

#### *Demens*

Det er anslått at om lag 80 000 til 100 000 lever med demens i Norge i dag. Antallet vil øke med økende antall eldre (FHI 2018).

#### *Kreft*

Kreftrisikoen øker med alderen. Mer enn 85 prosent av krefttilfellene hos kvinner og 90 prosent av tilfellene blant menn skjer etter 50-årsalderen. Bedret prognose for overlevelse vil sammen med en aldrende befolkning gjøre at flere vil leve med en kreftdiagnose framover (FHI 2018).

#### *Diabetes*

Risikoen for type 2 diabetes øker kraftig med alderen, til en topp omkring 80 år. I 2012 brukte nesten 11 prosent av 80-åringene blodsukkersenkende legemidler (59). Både andelen som lever med type 2 diabetes og antall nye tilfeller er høyest i de høye aldersgruppene (FHI 2018).

#### *Kronisk obstruktiv lungesykdom (kols)*

Forekomsten av kols øker med økende alder, og økningen i antall eldre vil føre til at antall personer som lever med kols vil øke. Reduksjon i antall røykere i befolkningen kan imidlertid bidra til færre nye tilfeller av kols (FHI 2018).

#### *Parkinsons sykdom*

Parkinsons sykdom rammer om lag én prosent av befolkningen i aldersgruppen 50-70 år og til litt over tre prosent i alderen over 85 år. Sykdommen er uhelbredelig og gir skader i hjernen som forverres over tid, blant annet svekkede kognitive funksjoner. Over halvparten av tilfellene fører etter noen år til demens (FHI 2018).

#### *Hjerte-karsykdommer*

Hjerte- og karsykdom er den vanligste dødsårsaken blant eldre. Fra 2000 og fram til i dag er dødeligheten av hjerteinfarkt nesten halvert. Andelen og antallet personer som lever med hjerte- og karsykdom vil øke (FHI 2018).

#### *Anbefalinger fra FHI*

Godt kosthold og fysisk aktivitet kan øke motstandskraften mot sykdom, ulykker og funksjonssvikt i eldre år – det vil si motvirker skrøpelighet (frailty). Slike tiltak virker forbyggende mot aldersrelaterte sykdommer som hjertesykdommer og hjerneslag, diabetes type 2, kreft, ben-skjørhet og brudd, samt demens og depresjon.

Sosial samhandling og gode møteplasser i lokalsamfunnet har en positiv effekt på den psykiske helsen. Deltakelse i meningsfulle samvær og aktiviteter styrker evnen til å mestre egen livssituasjon (FHI 2018).

## **7 Juridiske betraktninger – skranker og muligheter for straffegjennomføring for eldre innsatte**

I motsetning til der innsatte eller domfelte er mindreårig, har ikke straffegjennomføringsloven egne bestemmelser eller særregler for eldre innsatte og domfelte.

Det finnes imidlertid mange muligheter i lovverket for å tilrettelegge og tilpasse straffegjennomføringen til eldre menneskers ønsker og behov. Særlig vil hensyn til høy alder og helseutfordringer kunne tillegges vekt ved beslutninger som tas under straffegjennomføringen.

Kriminalomsorgen har både før og under straffegjennomføringen muligheter for å tilrettelegge straffegjennomføringen for den enkelte, både i fengsel og samfunn. Nedenfor gis det er kort beskrivelse av de områdene og bestemmelsene i straffegjennomføringsloven som kan være særlig aktuell for eldre innsatte/domfelte.

### 7.1 Den generelle vurderingen av sikkerhet

Den domfeltes/innsattes alder og helsetilstand vil alltid inngå i de generelle sikkerhetsvurderingene som kriminalomsorgen tar rundt innsatte og domfelte. Dette gjelder for eksempel ved vurderingen av hvilket fengsel/sikkerhetsnivå innsatte/domfelte skal innsettes ved, ved utganger fra fengsel i form av fremstilling, frigang og permisjoner, ved utforming av vilkår for prøveløslatelse og ved vurdering av straffegjennomføring i samfunnet.

I noen saker kan for eksempel innsattes alder eller helsetilstand tilsi at faren for unndragelse, svikt eller gjentagelse er redusert, slik at det kan tilrettelegges for flere utganger og økt kontakt med omverdenen enn det som ellers ville vært tilfelle.

### 7.2 Påbegynnelse av straffegjennomføring

Utgangspunktet er at en dom skal fullbyrdes straks den er rettskraftig, når ikke annet er særskilt bestemt, jf. straffeprosessloven § 452. Dette gjelder også for eldre innsatte/domfelte. Der innsatte har svært høy alder og/eller redusert helse på domstidspunktet, hender det at retten i dommen uttaler at dette ikke får betydning for spørsmålet om idømmelse av straff, men at de bemerker at det blir opp til kriminalomsorgen å vurdere om domfelte er soningsdyktig på fullbyrdesestidspunktet, se nedenfor.

#### 7.2.1 Krav på soningsutsettelse

Fullbyrding av frihetsstraff eller samfunnsstraff skal utsettes dersom domfelte er blitt alvorlig sinnslidende eller hans/hennes helsetilstand ellers gjør fullbyrding utilrådelig, jf. straffeprosessloven § 459 første ledd. Dersom vilkårene etter denne bestemmelsen er oppfylt har domfelte krav på å få utsatt fullbyrdingen. Domfelte trenger ikke å søke om utsettelse, men utsettelsesgrunnene må dokumenteres.

For å avgjøre om domfeltes helsetilstand «ellers gjør fullbyrding utilrådelig» må det foretas en

konkret helhetsvurdering av den enkelte sak hvor både domfeltes helse og mulighetene for tilrettelagt soning vurderes. At soningen av helsemessige grunner ikke er ønskelig, ubehagelig eller vil ha uheldige virkninger på mulighetene for helbredelse, er ikke tilstrekkelig. Det må foreligge dokumentert risiko for at soningen kan medføre at en fra før alvorlig eller svak helse-tilstand forverres, eller mulighetene for helbredelse i vesentlig grad blir mindre, før fullbyr-lingen kan sies å være utilrådelig. Det skal mer til før fullbyrding i frihet kan sies å være util-  
rådelig enn fullbyrding i fengsel.

Eksempel på at helsetilstanden ellers gjør fullbyrding utilrådelig kan for eksempel være der domfelte har fått en alvorlig livstruende sykdom som kreft, hjerneslag, hjertesvikt eller hjerte-  
infarkt, og hvor det er behov for omfattende medisinsk oppfølging før straffegjennomføringen eventuelt kan påbegynnes.

Andre tilfeller som kan være særlig aktuell for eldre innsatte er for eksempel at domfelte har blitt eller begynt å utvikle alvorlig demens i form av for eksempel Alzheimer eller at domfelte har betydelig funksjonssvikt og omfattende hjelpebehov på grunn av Parkinson-sykdom. I noen av disse sakene vil den domfelte være på sykehus eller alders- eller sykehjem på tidspunktet for innkalling til straffegjennomføring.

I de sakene hvor domfeltes helse er betydelig svekket slik at en fullbyrding fremstår som util-  
rådelig og utsiktene til bedring er små, kan det være aktuelt for den domfelte å søke om benåd-  
ning, særlig der hvor den aktuelle situasjonen har oppstått eller forverret seg i tiden etter at det straffbare forhold ble begått og dommen ble avsagt. I disse sakene vil det kunne være aktuelt med en soningsutsettelse inntil en søknad om benådning er ferdigbehandlet.

Hvis domfelte søker om benådning og påtalemyndigheten eller domstolen anbefaler at domfelte skal benådes, skal fullbyrdingen ikke påbegynnes før benådningsspørsmålet er avgjort, straffe-  
prosessloven § 458 første ledd. Dersom domfelte ikke benådes, vil vedkommende fortsatt har krav på soningsutsettelse dersom vilkårene i første ledd er oppfylt.

### 7.2.2 Kan få soningsutsettelse

Fullbyrding av frihetsstraff eller samfunnsstraff kan ellers utsettes når vektige grunner tilsier det, jf. straffeprosessloven § 459 annet ledd. I disse tilfelle har ikke domfelte krav på sonings-  
utsettelse som etter første ledd, men det kan gis soningsutsettelse i en periode dersom kriminal-  
omsorgen finner at vektige grunner tilsier det.

Det skal foretas en konkret, skjønnsmessig vurdering i det enkelte tilfelle. Søknader om utset-  
telse skal vurderes nøye og det skal føres en restriktiv praksis. Utsettelse skal bare gis dersom utsettelsen vil avhjelpe problemene. Hvis en utsettelse bare forskyver problemet, må det vurde-  
res om problemene er så alvorlige at de kan danne grunnlag for benådning. Videre må det vurde-  
res om de påståtte problemer er større enn det som normalt vil foreligge ved fullbyrding av straff. I vurderingen er det viktig å se hen til hvilken fullbyrdingsmåte som er aktuell i den konkrete sak.

Det skal alltid vurderes om problemene kan håndteres på annen måte enn ved utsettelse, for eksempel tilrettelagt fullbyrding, herunder egnet fullbyrdingssted ut fra helsemessige behov. De påberopte forhold må dokumenteres.

I saker som gjelder eldre innsatte/domfelte med helseutfordringer vil det kunne være aktuelt å innvilge soningsutsettelse etter denne bestemmelsen for en kortere periode, for å sikre nødvendig tilrettelegging før straffen påbegynnes. Dette kan for eksempel gjelder der domfelte er i behov av hjelpemidler eller særlig oppfølging av helsepersonell. Det kan i disse sakene ta noe tid å forberede straffegjennomføringen. I noen av saker kan det være aktuelt å innkalle den domfelte til et fengsel som er bedre tilrettelagt domfeltes behov, for eksempel der domfelte har bevegelseshemninger og bruker rullator eller rullestol.

### 7.3 Valg av fengsel og sikkerhetsnivå

Kriminalomsorgen skal sette domfelte direkte inn i fengsel med høyt sikkerhetsnivå hvis ikke annet er bestemt. Domfelte bør så langt det er praktisk mulig og formålstjenlig settes inn i nærheten av hjemstedet. Dette gjelder også for eldre innsatte og kan være særlig viktig der den innsatte/domfelte har samboer eller ektefelle som har utfordringer med å reise lange avstander for å besøke den innsatte på grunn av høy alder og/eller helseutfordringer.

Kriminalomsorgen skal vurdere om domfelte kan settes direkte inn i fengsel med lavere sikkerhetsnivå dersom det er idømt fengselsstraff på inntil 2 år. Slik innsettelse skal ikke besluttes dersom formålet med straffen eller sikkerhetsmessige grunner taler mot det, eller det er grunn til å anta at domfelte vil unndra seg gjennomføringen. I særlige tilfeller kan domfelte settes direkte inn i fengsel med lavere sikkerhetsnivå når det er idømt fengselsstraff på mer enn 2 år. Dette vil kunne være særlig aktuelt for eldre innsatte/domfelte, forutsatt at det vurderes som sikkerhetsmessig forsvarlig. Utfordringen er at bygningsmassen til fengslene med lavere sikkerhetsnivå stor sett er av eldre årgang og lite tilrettelagt med tanke på universell utforming. Dette gjør at disse fengslene er dårlig egnet for eksempel der innsatte er bevegelseshemmet og avhengig av f. eks rullestol, tilrettelagt dusj og toalett.

### 7.4 Gjennomføring av straff i sykehus

Kriminalomsorgen kan beslutte at straffen kan gjennomføres ved heldøgnsopphold i sykehus dersom behandling av sykdom gjør det nødvendig, og behandlingen ikke kan gis under ordinær gjennomføring av straffen. Dette gjelder for alle innsatte, uavhengig av alder, og gjelder både der innsatte er i varetekt, gjennomfører ubetinget fengselsstraff og forvaring.

Innleggelse på heldøgnsbasis kan skje både i somatisk sykehus eller institusjon under det psykiske helsevernet. Tilknytning til sykehuset som dagpasient eller ved poliklinisk behandling er ikke tilstrekkelig for å tilfredsstille kravene til straffegjennomføring

Innleggelse i somatisk sykehus eller institusjon under det psykiske helsevern skal vare så lenge sykdommen varer eller så lenge sykdommen mest hensiktsmessig kan behandles i sykehus eller psykiatrisk institusjon

Det er ikke adgang til å gjennomføre hele straffen i sykehus.

#### 7.5 Gjennomføring av straff i institusjon

Straffen kan i særlige tilfeller helt eller delvis gjennomføres ved heldøgnsopphold i institusjon dersom oppholdet er nødvendig for å bedre domfeltes evne til å fungere sosialt og lovlydig, eller andre tungtveiende grunner taler for det. Dette gjelder for alle domfelte, uavhengig av alder, og både der domfelte gjennomfører ubetinget fengselsstraff og forvaring.

I særlige tilfeller kan domfelte overføres til aldershjem, pleiehjem, omsorgsinstitusjon mv. når andre tungtveiende grunner taler for det. Dette kan vurderes når domfelte har et sterkt behov for pleie eller omsorg som ikke kan tilbys gjennom et ordinært sykehusopphold og hvor domfeltes fysiske eller psykiske helsetilstand er av en slik karakter at straffegjennomføring i fengsel vil representere en urimelig belastning.

Gjennomføring av straff skal som hovedregel være påbegynt i fengsel før overføring til straffegjennomføring i institusjon finner sted, men den domfelte kan unntaksvis gis adgang til å gjennomføre hele straffen i institusjon dersom særlige og tungtveiende grunner tilsier det. Dette vil kunne være særlig aktuelt for eldre innsatte/domfelte med store hjelpebehov.

Opphold i institusjon skal normalt ikke strekke seg utover 12 måneder. Innvilgelse av søknad om dispensasjon fra denne regelen kan gis av nærmeste overordnede nivå dersom særlige og tungtveiende grunner tilsier det. Dette vil kunne være særlig aktuelt for eldre innsatte/domfelte med store hjelpebehov.

#### 7.6 Avbrudd i straffegjennomføringen

Kriminalomsorgen kan beslutte at gjennomføringen av straffen skal avbrytes dersom domfeltes helsetilstand tilsier det, eller når det ellers foreligger særlig tungtveiende grunner som ikke kan avhjelpes på annen måte.

Avbrudd innvilges bare dersom det etter en konkret helhetsvurdering anses som sikkerhetsmessig forsvarlig. Dersom avbrudd er aktuelt av helsemessige årsaker, må hensynet til innsattes helse veies opp mot hensynet til samfunnsvernet, herunder hva slags straffbare handlinger det er fare for.

Det skal foretas en konkret, skjønnsmessig vurdering i det enkelte tilfelle, og vurderes om problemene kan løses på annen måte enn ved avbrudd, for eksempel ved innvilgelse av permisjon, fremskutt permisjonstid, utvidet permisjonskvote, utvidet telefontid eller fremstilling.

Straffegjennomføringen kan avbrytes når det anses påkrevd av helsemessige årsaker. Helsetilstanden må være dokumentert og av en slik karakter at avbrudd vil kunne avhjelpe problemene. Avbrudd gis ikke hvis innsattes helsetilstand kan ivaretas i tilstrekkelig grad i fengselet. Før avbrudd gis skal det vurderes overføring til annet egnet fengsel, gjennomføring av straff i institusjon eller gjennomføring av straff i sykehus.

Vurderingene av om det skal gis avbrudd eller ikke har mange likhetstrekk med vurderingene av soningsutsettelse. En av forskjellene er at ved avbrudd har kriminalomsorgen forsøkt å gjennomføres straffen, og har gjennom dette fått mer inngående kunnskap om innsattes helsetilstand og hjelpebehov og mulighet, eller mangel på mulighet, for tilrettelegging. Før det besluttes avbrudd vil det vurderes om det er andre måter å gjennomføre straffen på og om det for eksempel kan være aktuelt med en overføring til et annet fengsel som er bedre tilrettelagt, overføring til straffegjennomføring i hjemmet, fremskutt løslatelse og lignende.

Avbrudd gis i en bestemt periode av inntil 4 uker, og kan senere forlenges én gang med inntil 4 uker. Innvilgelse av søknad om ytterligere forlengelse kan gis av nærmeste overordnede nivå. I særlige unntakstilfeller kan overordnet nivå innvilge avbrudd for en ubestemt periode.

### 7.7 Gjennomføring av fengselsstraff i samfunnet

Domfelte kan overføres til gjennomføring av straff i hjemmet, med eller uten elektronisk kontroll. Domfelte kan også dersom bestemte vilkår er oppfylt søke om å få gjennomføre hele straffen i hjemmet med elektronisk kontroll.

#### 7.7.1 Særlig om elektronisk kontroll

Dersom den idømte ubetingede fengselsstraffen eller resterende tid frem til forventet løslatelse er inntil 6 måneder, og det er hensiktsmessig for å sikre en positiv utvikling og motvirke ny kriminalitet, kan straffen gjennomføres utenfor fengsel når det settes vilkår om at domfelte skal være undergitt elektronisk kontroll, jf. straffegjennomføringsloven § 16 a. Straffegjennomføring med elektronisk kontroll skal ikke besluttes dersom formålet med straffen eller hensynet til en sikkerhetsmessig forsvarlig gjennomføring taler imot det.

Tidligere har det vært enkelte absolutte grenser for gjennomføring av straff med elektronisk kontroll, som blant annet domslengde og lovbruddskategori. Sommeren 2020 ble det imidlertid vedtatt endringer i forskriften om straffegjennomføring kapittel 7, som åpner opp for unntak også for dette, blant annet der domfelte er varig soningsudyktig. Dette kan være særlig aktuelt for eldre innsatte/domfelte med sterkt redusert helsetilstand.

Endringen innebærer at kriminalomsorgen i alle tilfeller skal vurdere om domfelte som er varig soningsudyktig, oppfylder vilkårene for å gjennomføre straffen utenfor fengsel med elektronisk kontroll. For domfelte som er varig soningsudyktig, gjelder ikke vilkåret etter første ledd om at den idømte fengselsstraff eller resterende tid frem til forventet løslatelse er inntil 6 måneder.

Det følger videre av forskriften til bestemmelsen, at kravet til lovbruddskategori eller sysselsetting heller ikke gjelder der domfelte er varig soningsudyktig.

Forskriften har trådt i kraft, men det er foreløpig ikke utarbeidet retningslinjer til forskriften. Det er derfor noe usikkert hvordan bestemmelsen skal praktiseres, men det kan legges til grunn at terskelen for å unntak etter denne bestemmelsen vil være høy, jf. blant annet ordlyden «varig» soningsudyktig.

Det er likevel grunn til å tro at regelendringen føre til at noen få domfelte med sterkt redusert helse som i dag har langvarige soningsutsettelse eller straffavbrudd, vil få mulighet til å gjennomføre hele eller resterende delen av straffen i medhold av denne bestemmelsen. Dette er saker hvor ellers straffegjennomføringen ikke ville bli ferdig gjennomført. En mulighet til å gjennomføre straffen på denne måten vil både kunne bidra til at den idømte straffen rent faktisk blir gjennomført/fullbyrdet, noe som i mange saker vil være av stor betydning for fornærmede og pårørende. Videre vil ordningen bidra til at den innsatte får mulighet til å gjøre opp for seg, selv der innsatte har store helseutfordringer.



## 8 Oppsummering og anbefalinger

I denne rapporten har arbeidsgruppen forsøkt å gi et så komplett bilde som mulig av soningssituasjonen for eldre innsatte i norske fengsler.

En sammenligning med situasjonen i andre land viser at Norge i skandinavisk sammenheng opplever en tallmessig utvikling som er mer lik Danmark, mens Sverige og Finland ikke viser samme tendens til økning i antall og andel eldre innsatte. I ingen av disse landene er det iverksatt spesielle tiltak. Noen andre land utenfor Norden har imidlertid det, og det er verdt å se på de tiltak som er blitt gjennomført der.

En analyse av utviklingen i Norge tyder på at økningen i antall og andel eldre innsatte er forårsaket av endringer i politiets prioriteringer og domstolenes praksis når det gjelder etterforskning og straffeutmåling for noen bestemte lovbrudd, der eldre personer til en viss grad er overrepresentert, nemlig seksuallovbrudd og narkotikaomsetning.

En spørreundersøkelse blant et utvalg av eldre innsatte viser at det er mange aspekter ved dagens straffegjennomføring som er eller kan bli problematiske for eldre innsatte. Det gjelder både fysisk og mental helse, sosialt velvære, logistikk og ergonomi og forholdet til den overordnede målsetting om reintegrering. At flere eldre innsatte dømmes for seksuallovbrudd medfører også at de i økende grad kan bli utsatt for trusler, sosial utfrysing eller andre negative reaksjoner fra andre innsatte. Sistnevnte bidrar også til å forsterke problemet med opplevd ensomhet og isolering blant eldre innsatte.

Tilbakemeldinger fra ytre etaten bekrefter funnene fra spørreundersøkelsen og underbygger at det trengs særskilt kompetanse på å håndtere problematikk rundt eldre innsatte.

En gjennomgang av de juridiske mulighetene til å bøte på noen av de negative sidene ved eldre innsattes soningssituasjon peker på mange alternativer som kan tas i bruk og hvilke betingelser som må være oppfylt for å realisere dem.

FHI fokuserer på at fysisk aktivitet og godt kosthold øker motstandskraften mot sykdom og funksjonssvikt i eldre år. Det er blant annet forebyggende for aldersrelaterte sykdommer som hjertesykdommer, hjerneslag, diabetes, kreft, demens og depresjon. Videre styrker deltagelse i meningsfulle samvær og aktivitet evnen til å mestre egen livssituasjon.

En gjennomgang av de juridiske mulighetene til å bøte på noen av de negative sidene ved eldre innsattes soningssituasjon peker på mange alternativer som kan tas i bruk og hvilke betingelser som må være oppfylt for å realisere dem.

Arbeidsgruppen har konkludert med å gjøre følgende anbefalinger til kriminalomsorgens ledelse.

**Hovedanbefaling er at det skal utarbeides en nasjonal strategi for å håndtere eldre innsattes særskilte behov.**

Følgende punkter må drøftes i en slik strategi:

- **Samarbeidet med helsetjenesten, både førstelinjetjenesten og spesialisthelsetjenesten må styrkes med forpliktende avtaler slik at eldre innsattes særlige behov bedre kan ivaretas.**

- **Spesiell oppmerksomhet gis de eldres psykiske utfordringer rundt ensomhet, ut-siktsløshet og depresjon.**
- **Ansattes kompetanse vedrørende eldre og deres behov og utfordringer bør økes.**
- **Det bør vurderes om en eller flere enheter skal være særlig tilrettelagt for eldre innsatte med soningsforhold som ivaretar deres behov for aktivisering, tilrette-legging og helseomsorg.**
- **Det bør gis spesifikk oppmerksomhet til aktivitetsplikten som for mange eldre oppleves som meningsløs fordi de er uføre og eller pensjonister.**
- **Det bør vurderes om eldre innsatte i større grad kan gjennomføre straff i sam-funnet som en avslutning på straffegjennomføringen der det ikke ansees å være til fare for samfunnet.**
- **Det bør vurderes om det skal utvikles et spesifikt regelverk angående straffegjen-nomføring for personer over en viss aldersgrense.**

## Vedlegg 1. Spørreskjema undersøkelse om innsatte over 50

Vi er en arbeidsgruppe bestående av personer som jobber for Kriminalomsorgsdirektoratet. Vi ønsker å se nærmere på hvordan kriminalomsorgen tilrettelegger soningen for dem som er over 50 år. Vi ønsker å vite mer om hvilke behov de har, og hva som er de største hindringene for at de kan sone på en best mulig måte. Derfor har vi laget dette spørreskjemaet.

Vi vil be deg fylle ut svarene ved å sette et kryss i avkrysningsbokser som best beskriver din situasjon. Det er også mulig å kommentere flere av spørsmålene ved å skrive i kommentarboksene.

Undersøkelsen besvares anonymt, og besvarelsene vil ikke bli lest av ansatte i fengselet. Den utfylte besvarelsen legges i en lukket konvolutt merket «50 +» og leveres din kontaktbetjent.

På forhånd takk for at du tar deg tid til å svare!

*Vi begynner med noen korte spørsmål om deg:*

1. Hvilket år er du født? \_\_\_\_\_

2. Mann  Kvinne

3. Hva slags fengsel soner du i?

Høy sikkerhet  Lav sikkerhet  Overgangsbolig

4. Hvilken innsattkategori tilhører du?

Dom  Varetekt  Forvaring  Bøtesoner

5. Hvis du soner en dom, kan du oppgi hvor lang dom du soner? Bruk det alternativet som passer best:

År \_\_\_\_ Måneder \_\_\_\_ Dager \_\_\_\_

*Nå følger noen spørsmål om situasjonen din i fengselet:*

6. Er det bygningsmessige forhold i din egen avdeling som skaper hindringer eller vanskeligheter for deg?

Ja

Nei

Hvis ja, kan du kort beskrive hva som er vanskelig?

7. Er det vanskelig for deg å bevege deg til og fra ulike avdelinger eller områder i fengselet?  
(For eksempel helseavdeling, bibliotek, arbeid, luftegård, besøksrom eller lignende).

Ja

Nei

Hvis ja, kan du kort beskrive hva som er vanskelig?

8. Opplever du at de fengselsansatte klarer å håndtere eventuelle problemer du har ut ifra din  
alder og helsesituasjon?

Ja

Nei

Hvis nei, kan du kort beskrive hva som mangler?

9. Syns du at fengslet har tilrettelagt for aktiviteter det er mulig for deg å delta i?

Ja

Nei

Hvis nei, kan du kort beskrive hva du savner?

10. Får du den helsehjelp eller medisiner som du trenger?

Ja

Nei

Hvis nei, kan du kort beskrive hva du trenger?

11. Har du tilgang til de hjelpemidlene du trenger i forbindelse med din helsesituasjon?

Ja

Nei

Hvis nei, hvilke hjelpemidler trenger du?

Rullestol

Briller

Høreapparat

Krykker

Rullator

Annet  Spesifiser \_\_\_\_\_

12. Trenger du pleiehjelp?

Ja

Nei

13. Får du den pleiehjelpen du trenger?

Ja

Nei

Hvis nei, kan du kort beskrive hva du trenger?

14. Blir din helse sjekket ofte nok?

Ja

Nei

15. Har du opplevd at du trengte akutt medisinsk hjelp i fengsel?

Ja

Nei

16. Hvis ja, opplevde du at hjelpen var god nok?

Ja

Nei

Hvis nei, hva var det som manglet?

17. Har du vært innlagt på sykehus mens du var i fengsel?

Ja

Nei

Hvis ja, hvor lenge var du på sykehus? \_\_\_\_\_

Har du fått tilstrekkelig oppfølging etter at du kom tilbake til fengselet?

Ja

Nei

Hvis nei, hva var det som manglet?

18. Mottar du besøk fra familie eller venner?

Ja - nokså regelmessig  Av og til  Sjelden  Nei

Hvis sjelden eller nei, hva tror du er grunnen?

19. Har du god kontakt med andre innsatte?

Ja

Nei

Hvis nei, hva tror du er grunnen?

20. Føler du deg ofte ensom?

Ja

Nei

Hvis ja, kan du si litt om hvorfor, og hvordan du håndterer følelsen?

21. Hender det at du blir redd?

Ja

Nei

Hvis ja, hva tror du er grunnen og hvordan håndterer du følelsen?



22. Er du ofte deprimert?

Ja

Nei

Hvis ja, hva tror du er grunnen?

23. Har du noen av følgende helseutfordringer?

- Problemer med synet
- Problemer med hørsel
- Problemer med tannhelse
- Problemer med balanse
- Hjerte- og karsykdom
- Kreft
- Alzheimer
- Reumatisk sykdom
- Artrose
- Alkoholavhengighet
- Annen rusavhengighet
- Hepatitt
- Sukkersyke
- AIDS
- Annen kronisk sykdom  Spesifiser \_\_\_\_\_
- Annet  Spesifiser \_\_\_\_\_

*Til sist har vi noen spørsmål om din forventede livssituasjon etter løslatelsen*

24. Bor du alene eller sammen med noen?

Alene

Sammen med familie

Sammen med venner

Annet /uvisst  Forklar evt. nærmere her: \_\_\_\_\_

25. Har du venner eller annet nettverk som du kan oppsøke og pleie kontakt med etter løslatelsen?

Ja

Nei

Utdyp gjerne svaret her:

26. Noen frivillige organisasjoner tilbyr løslatte kontakt med ulike nettverk etter soning. Det arrangeres ulike aktiviteter, og man kan jevnlig møte en frivillig. Kunne du tenke deg å delta i et slikt nettverk dersom du fikk tilbud om det?

Ja

Nei

Hvis ja vil vi gjerne vite hvor i landet du kunne ønske at du fikk et slikt tilbud. For eksempel nærmeste by eller tettsted.

---

*Takk for at du tok deg tid til å svare. Hvis du har andre synspunkter, kan du benytte resten av denne siden til å skrive ned dine tanker.*

## Vedlegg 2. Kommentarer til spørreskjemaet fra respondentene

**Spørsmål 6.** Er det bygningsmessige forhold i din egen avdeling som skaper hindringer eller vanskeligheter for deg?

- Bor for tett, nattlige toalettbesøk forstyrrer
- Bedre lydisolering i taket
- Cella har ikke vask, toalett og dusj
- Dusj og toalett på rommet
- Dårlig luft, møkkete celler
- Er allergisk, reagerer på mugg, vannskader, lukt
- Fengselet er slitt, skittent og gammelt
- For mange trapper, kaldt og skittent her
- For mye innlåsing
- Får ikke lukket vindu, håndtak brukket
- Ikke dusj og toalett på cella
- Ikke tilgang til toalett på natta
- Lite oksygen på cella
- Må dele dusj, elendig luftegård
- Rommet er kaldt og mørkt
- Rullestolbruker, ikke tilrettelagt. Ingen lufting.
- Støy fra bygningen
- Trang celle, blir verre med do på cella
- Trekk fra vindu, kaldt på cella
- Vanskelig med WC og dusj
- Ønsker større celle og større vinduer

**Spørsmål 7:** Er det vanskelig for deg å bevege deg til og fra ulike avdelinger eller områder i fengselet? (For eksempel helseavdeling, bibliotek, arbeid, luftegård, besøksrom eller lignende).

- Betjenter må følge, får ikke gå alene
- For mange trapper
- For mye rutiner, for liten tillitt
- Følgetjeneste, venter lenge på å bli hentet
- Følging over alt
- Går med kateter og urinpose, må opereres
- Hjerte og lungesyk, sliter
- Kne- og hofteslitasje og tungpustethet hemmer meg
- Kramper i beina
- Lange trapper opp
- Mye trapper opp til helseavdelingen
- Press på små fellesareal
- Ransaker, metalldetektor og følge hele tiden

- Rullator
- Rullestol, trenger hjelp til å komme rundt
- Rullestol. Er erklært soningsudyktig
- Smerter og nedsatt førlighet på grunn av nakkeskade
- Tok tid å få riktig astmamedisin
- Trangt i butikken, kommer ikke frem
- Trapper, har vondt i knærne
- Tungvint å komme seg til og fra vaskeri
- Umulig å gå rundt huset, rene gjørmebanen
- Vi blir alltid fulgt

**Spørsmål 8:** Opplever du at de fengselsansatte klarer å håndtere eventuelle problemer du har ut ifra din alder og helsesituasjon?

- Ansatte er lite hjelpsomme
- Ansatte er uinteressert i de innsatte
- Ansatte for lite kompetanse mht. psykisk helse
- Ansatte klarer ikke å håndtere mine helseproblemer
- Ansatte lukker øyne og ører
- Ansatte lytter for lite. Spør ikke om du har det bra.
- Ansatte overser trakassering fra unge innsatte og syke
- Fangepress og mobbing fører ikke til reaksjoner
- Ansatte skjønner ikke alltid mitt problem
- Betjentene er for unge, forstår ikke eller bryr seg ikke
- Betjentene er høflige, men de kan ikke gjøre noe
- Betjentene gjør så godt de kan, helse er et problem
- Betjenter OK, men helseavdelingen svikter
- Betjenter presser meg til å jobbe når jeg er syk
- De vil at jeg skal jobbe full dag, men orker ikke
- Demente innsatte får ikke forsvarlig oppfølging
- Det gjør så godt de kan, men mangel på ressurs
- Epilepsi, dårlig oppfølging
- For dårlig oppfølging av helse og av kontaktbetjent
- For mye innlåsing i helgene
- For mye misforståelser
- Føler ikke jeg blir tatt på alvor. "Feil" medisin
- Får ikke diabetesmedisin når jeg trenger
- Får ikke riktig medisin
- Helse/lege helt jævlig. Smertehelvete
- Inkompetanse i helseavdelingen
- Klagde lenge på helse før konstatert kreft
- Korona lager lang ventetid på medisiner
- Lang tid for å få time hos helse
- Masse isolasjon

- Not listening
- Ser altfor lite til kontaktbetjent
- Sliter med traumer, uten å få hjelp
- Sliter psykisk og fysisk
- Veldig bra personal

**Spørsmål 9:** Syns du at fengslet har tilrettelagt for aktiviteter det er mulig for deg å delta i?

- Aktiviteter er beregnet for yngre aldersgrupper
- Det er for mye fotball og bråk, passer for unge
- Egentrening fins, men for lite organisert trening
- Ensidig tilbud
- For lite aktiviteter, for mange innsatte i treningshall
- For lite treningsrom mest tilpasset styrketrening. Støy
- For mye innlåsing, helger er verst
- Får ikke treningsmuligheter. Lite ressurser
- Går med urinpose, ansatte skjønner ikke
- Individuell tilrettelegging ved særlig behov er for dårlig
- Ingen valgmuligheter
- Kun 1 uteaktivitet hver 14. dag er for lite
- Kunne vært mer "rolige" sosiale aktiviteter. Film, bingo og annet
- Mer trening, bedre utstyr og trenger fysioterapi
- Mye koster penger her (egenandel), gjør det vanskelig
- Savner et hobbyrom hvor man kan male, tegne osv.
- Savner fellesareal
- Savner mindre fysisk krevende aktiviteter
- Savner noe der jeg kan bruke hodet
- Savner samhold og gruppetrening
- Savner tilbud til "voksne", f.eks. IKT for seniorer
- Savner å spille kort med andre innsatte
- Tilbud er i for stor grad tilpasset yngre, styrketrening osv.
- Trenger heis til lufting, vanskelig med trapper
- Tåler ikke godt lufting i kulde pga. gikt
- Vi ensomme burde få tilbud om aktiviteter
- Ønsker mer aktiviteter og dramatrening
- Ønsker mer fellesskap
- Ønsker mer sosialt samvær og utgang (ikke trening)
- Ønsker mer trening på mestring og eksponering
- Ønsker musikkrom og flere treningsapparater
- Ønsker å gå mer på tur

**Spørsmål 10.** Får du den helsehjelp eller medisiner som du trenger?

- Angst blir ikke tatt på alvor. Må sende samtalelapp

- Angst, får ikke medisin
- Bare dårlig erfaring med helseavdeling
- Dårlig oppfølging, lang ventetid
- Et godt tilbud. Spesielle behov fanges opp
- Etter lang tids kamp
- Etter mange diskusjoner får jeg hjelp
- Feil medisin
- For lang tid, sjelden oppfølging
- For lang ventetid for å komme til lege
- Fornøyd med helseavdelingen
- Fysisk hjelp er OK, ikke psykisk
- Får ikke fysioterapi som jeg trenger
- Får ikke hjelp med isjas og brokk. Faller uten rullator
- Får ikke hjelp med smerter
- Får ikke samme medisin som ute
- Fått feil medisin og får ikke veiledning i bruk
- Generelt lang ventetid
- Har matallergi, men får ikke spesialmat
- Har opplevd problem med utdeling av medisiner
- Har sterke smerter
- Helse er flinke til å følge opp
- Helse i Halden er umenneskelige
- Helse og sykehus samarbeider dårlig
- Høyt blodtrykk og puls
- Jeg har problemer med å sove
- Lang ventetid på helseavtaler
- Lang ventetid på medisin
- Lege og tannlege tar for lang tid
- Litt lang ventetid
- Medisin fungerer ikke
- Mer oppfølging av hormonbehandling, revmatolog og kardiolog
- Noen ganger litt for lang ventetid
- Noen ganger litt vanskelig
- Opiatavhengig. Får ikke innvilget medisin
- Sliter med angst, trenger beroligende
- Smerter ved lufting i kulde
- Spesialist ift. astma, psykiatrisk hjelp
- Tettere oppfølging av hjertesykdom
- Tok tid å få riktig astmamedisin
- Trenger beroligende for angst, men får ikke
- Trenger blodtryksmedisin
- Trenger fysioterapi
- Trenger fysioterapi. Vanskelig å få undersøkelse på sykehus
- Trenger fysisk og psykisk hjelp

- Trenger medisiner for senebetennelse og smerter
- Trenger medisiner for smerter
- Trenger medisiner, må mase på helseavdelingen
- Trenger mer oppfølging av lege, 3 - 6 ukers ventetid
- Trenger mer oppfølging etter hjerteinfarkt
- Trenger sovemedisin
- Trenger å bli utredet for diabetes
- Vanskelig med oppfølging

**Spørsmål 16.** Hva manglet ved akutthjelpen?

- Akutt tannbehandlingsbehov, fikk dårlig hjelp
- Angst får ikke oppfølging, blir bedt om å ta ansvar selv
- Astmamedisin
- Betjentene forstår ikke alvor
- Ble ikke trodd, tok 20 år, har allergi med sårdannelse
- Blir sett på som dyr
- De ringte politi i stedet for ambulansse. Kunne ha dødd.
- Det var ikke helsearbeidere til stede
- Feil medisin, ting tar lang tid, dårlig kommunikasjon
- Feil medisin. Ble ikke tatt på alvor
- Feildiagnose i fengsel
- Fikk ikke hjelp for krystallsyke, har Birth Hog Syndrom (BHG)
- Ikke tilstrekkelig oppfølging
- Ingen oppfølging fra fengselet etter akutt innleggelse
- Jeg blir ikke hørt av helse
- Leger motsetter seg ofte henvisning til spesialist
- Legevakt. Ingen oppfølging fra fengsel
- Man blir mistrodd av ansatte som ikke kjenner din helse
- Må vente på helseavdeling ved akutt problem med urinslange
- Måtte vente en uke på akutt behov
- Panikkangst, får ikke sove
- Rask respons, men mangel på forståelse og smertestillende
- Tannverk en uke før hjelp. Måtte trekke infisert tann
- Tok for lang tid å få hjelp
- Trenger kostholdsveiledning og mer fysisk aktivitet
- Trenger oppfølging av tannhelse, hører ingenting
- Ventet 3 uker på tannlege etter brukket tann, for lenge

**Spørsmål 17.** Har du fått tilstrekkelig oppfølging etter at du kom tilbake til fengselet?

- De burde snakket med kirurg om smerter etter operasjon
- Dårlig oppfølging. Overlatt til seg selv
- Fengsel ikke i stand til å ta vare på helsen til innsatte

- Fengselslege feilbehandlet, ble innlagt på nytt
- Fikk ikke behandling
- Fikk ingen oppfølging etter innleggelse
- Får ikke foreskrevet medisin
- Helse tar en ikke alvorlig
- Helseavdelingen svikter
- Ingen fra fengselet
- Ingen oppfølging etter tilbakekomst
- Må krangle om alt
- Opptreningsmuligheter
- Svømming
- Vanskelig å få kontakt med helseavdelingen
- Var innelåst i flere måneder, selvmordstanker
- Venter fremdeles på innleggelse i sykehus

**Spørsmål 18.** Mottar du besøk fra familie eller venner?

- Akkurat startet soning. Ikke utlevert almanakk
- Alder på omgangskrets og familie
- Alle besøk er stoppet nå
- Avvist pga. lovbruddet
- Besøkende bor ikke i Norge
- Besøkende er døde. Har visitor
- Besøktidene passer ikke besøkende pga. arbeid
- Brev og besøksforbud
- De fleste er døde
- Dyssosial familie. Har ikke tatt vare på vennskap ute
- Er alene
- Familie og venner bor i Spania
- Familie og venner er døde
- Familien bor i Danmark
- Familien har nok med seg selv
- Familien vil ikke ha kontakt
- For lang reisevei for besøkende
- For lang reisevei, ingen slekt eller venner her
- Fornedring, ransaking, ikke kollektiv transport
- Får besøk av familie, men sønn nektes pga. narko
- Får ikke svar på besøksgodkjenning
- Hadde venninnebesøk, men hun ble nektet adgang
- Har en datter under barnevernet, har fått kun ett besøk
- Har ikke familie her
- Har ikke familie og ønsker heller ikke besøk
- Har ikke sett familie på 10 år. Har prøvd alt



- Har ikke sonet lenge nok til å få besøk
- Har ingen
- Har ingen familie
- Har ingen kontakt med familien, de har ikke tid
- Har kontakt med familie ved permisjon
- Har nylig mistet mine foreldre
- I dont know
- Ikke kollektiv transport
- Ikke norsk
- Kort dom, reiser snart hjem
- Lang reisevei for besøkende
- Lang reisevei for besøkende, dårlig tilrettelagt for barn
- Lang reisevei og for dyrt. Burde fått økonomisk støtte
- Problemer med eks-kone. Fengselet avslo vennebesøk
- Problemer med å ta kontakt pga. angst
- På grunn av dommen
- Reisevei, ønsker ikke at familien skal bruke tid
- They are in Portugal
- Usikker på hvorfor jeg ikke får besøk
- Vet ikke hvorfor jeg ikke får besøk
- Ønsker ikke
- Ønsker ikke besøk
- Ønsker ikke besøk for å skåne familien for belastningen

**Spørsmål 19.** Har du god kontakt med innsatte

- Alenelufting, varetektsrestriksjoner
- Blander ulikt etnisk opphav og alder i avdelingen, er uenig
- Ble slått ned for 6 mnd. siden. Har urinveisproblem og smerter
- Blir trakassert og truet pga. min dom
- Bor i Danmark
- Deltar ikke i fellesaktiviteter
- Etter eget ønske
- Felleskapet er støyende
- For mye utlendinger
- For stor aldersforskjell, de unge mobber eldre
- Frekke utlendinger, høyt støynivå, nordmenn blir utslitt
- Har ikke god kontakt med alle
- Har kontakt på nåværende avdeling
- Har nok kriminelle bekjente ute, trenger ikke flere her
- Har venner her, men noen truer meg og utsetter meg for vold
- Ja og nei. Sitter i rullestol, begrenser kontakten
- Jeg er ikke interessert i annet enn helt nødvendig kontakt

- Jeg er på feil avdeling
- Jeg unngår å bli for nær med andre innsatte
- Kommer ikke overens med alle
- Pga. dom
- Restriksjoner
- Sliter med depresjon, problemer med store forsamlinger
- Ønsker ikke kontakt med dyssosiale innsatte

**Spørsmål 20.** Føler du deg ofte ensom, og hvordan håndterer du følelsen?

- "Mistet" livet, savner familie og barn. Selvmordstanker
- Alene i fellesskapet, er institusjonalisert, liten livslyst
- Bra å kunne gå på jobb
- Dårlig. Angst og depressiv
- Er for mye isolert
- Er utrygg overfor kriminelle og voldelige innsatte
- For mange unge innsatte
- Frustrert. Ikke gjort noe ulovlig
- Føler meg ensom
- Får for lite besøk av familien, det er for langt og dyrt
- Får ikke besøk av familien
- Får psykologhjelp, men ikke fast, dessverre
- Gråter, går til psykolog, ber, tenker på løslatelse
- Har ikke nettverk her, men håper jeg får det senere
- Har ingen å snakke med om hvorfor jeg er her
- Ikke mange med min akademikerbakgrunn her
- Innimellom. Musikk, TV, DVD, skriver, tegner
- Intelligens og rasisme
- Ja og nei. Studerer så langt det lar seg gjøre.
- Jeg biter tennene sammen
- Jeg er eldre enn de andre. Prøver å være sosial
- Jeg er overlatt til meg selv og får ikke nok hjelp
- Jeg er plaget med helsen og sliten etter lang soning
- Jeg leser bøker
- Jeg spiser ofte, skriver mye og ser på TV
- Kan ikke snakke om dom og overgrep mot meg
- Kone har problemer med å besøke meg
- Leser og spiller gitar
- Lite kommunikasjon med de nærmeste
- Lite kontakt med de ute
- Man lærer å leve med det..
- Mindfulness/DVD/leser/snakker med prest/noen ansatte

- Mye innelåst. Sliter på psyken
- Mye rykter og baksnakking, vanskelig å stole på folk
- Noen ganger kan jeg føle meg litt ensom
- Prater mest med én person
- Prøver å være opptatt med gjøremål, vasker osv.
- Samtaler med sykepleier
- Savner barna, ser frem til neste perm
- Savner familie og venner
- Savner familie og venner og PC og mobil får vi ikke ha
- Savner kone og barn
- Savner mer utdannede og kulturelle innsatte å snakke med
- Sitter alene på cella
- Sitter alene på cellen
- Sitter for meg selv på cella
- Sitter i fengsel. Sliter på psyken
- Sliter med PTSD, føler meg av og til usynlig for de ansatte
- Sliter psykisk med angst og depresjon
- Sosial angst gjør at jeg trekker meg tilbake
- Spiller spill med andre
- Språk
- Tenker på det jeg har gjort
- Tilpasser meg
- Traumer fra barndom. Er med på alt for å komme ut av cella
- Ønsker mer besøk og mer telefontid. For mye støy i avd.

### **Spørsmål 21.** Hender det at du blir redd?

- 2 episoder med vold mot innsatte har gjort meg redd
- Aggresjon / trusler under soning på Ringerike. Isolerte meg
- Andre innsatte er truende. Prøver å beholde roen
- Angst/senskader/panikk/mangel medisin. Fengsel forutinntatt
- Avdelingen er UTEN betjenter i perioder. Utrygt miljø i avdelingen
- Blir redd når noen krangler eller smeller dører. Har PTSD
- Det er vel som forventet noen ganger bli redd i et fengsel
- Det har hendt. Blir mye tenking, livet, døden
- Enkelte innsatte fremstår som truende
- Er i stor fare pga. helse
- Er konstant redd
- Er redd for min helsesituasjon
- Flashbackminner, bråk i fellesskapet og sinte ansatte
- Får panikkanfall av mye mennesker. Isolerer meg
- Har angst etter vold, redd for å lukte urin pga. urinveisinfeksjon

- Har angst og selvmordstanker

**Spørsmål 22.** Er du ofte deprimert?

- 7 år i fengsel, savner barna, mister barndommen
- Angsten gjør meg deprimert
- Avstand til familie
- Blir deprimert av å være her
- Både og
- Deprimert pga. lovbrudd og tap av kontakt med nære
- Deprimert pga. vold og urinveissykdom
- Diagnose og dårlig oppfølging
- Dødsangst pga. dårlig medisinerings
- Ensomhet og redsel gjør meg deprimert
- Er deprimert fordi jeg er psykisk syk
- Er deprimert pga. helse som ikke blir tatt på alvor
- Er deprimert pga. innelåst og traume påført min kone
- Er deprimert pga. redd for å bli utsatt for vold
- Er utsatt for justismord og vold fra medinnsette
- Fengslingsformen gjør meg deppa
- For lite kontakt med besøkende og lite telefontid
- Føler meg innestengt
- Føler på motgang hele tiden
- God oppførsel bør lønne seg, i stedet virker smiger
- Har hatt en dårlig barndom
- Har ingen venner eller familie igjen
- Har mistet mange, sitter i fengsel og har sviktet barna
- Har sonet siden 2003
- Har vært utsatt for et overgrep, psykisk helvete
- Hvordan kan vi få jobb eller bolig uten internett?
- Hvorfor fortsette?
- Ingen mening med livet, dårlig oppfølging
- Ja og nei. Urettferdig behandlet i retten
- Jeg ble mobbet og fikk ikke hjelp av fengselet
- Jeg er deprimert og sliten av å sone
- Jeg er uskyldig dømt
- Jeg får ikke hjelp
- Livet er ødelagt mellom meg og kona
- Livssituasjonen
- Man blir deprimert av å miste friheten
- Mange korte dommer har medført mye soning
- Mange traumatiske opplevelser

- Meningsløs tilværelse i fengsel. Utvikler psykisk
- Min nye situasjon
- Min tilstand
- Mye alene med egne tanker
- Pga. regimet
- Pga. dom, økonomisk ruin
- Plaget med depresjon lenge, ingen psykisk hjelp
- Politiet har mørklagt livet mitt
- Prøver å tenke positivt
- PTSD har skylda
- Redd for Koronasmitte, én i vår avdeling
- Senskader etter 40 år på nålen
- Sitter for mye innelåst, ansatte kverulerer
- Sitter på feil grunnlag
- Situasjonen nå og grunnen til at jeg er her
- Syn, hørsel, balanse, hjerte- og kar, revmatisme
- Vanskelig å få hjelp til nødvendige søknader
- Var deprimert tidligere, ikke nå
- Var for lenge på lukket. Fikk mange avslag

**Spørsmål 25.** Kommentarer til nettverk etter løslatelsen

- Andre innsatte
- Ansvarsgruppe,
- Bare barn og barnebarn. Ønsker å begynne på dag
- Barn og bror
- Barn, søsken, slekt, venner
- Bor i Asia
- Bor med mor og søster
- Bor med mor, tør ikke bo alene
- Datter, to barnebarn. Venner i Jehovas Vitner
- Er gammel (74) når jeg løslates
- Familie og venner
- Gode streite venner
- Gode venner
- Gode venner, men har kontaktvansker med de fleste
- Har bare 1 venn som jobber i Kirkens bymisjon
- Har bare mor og far
- Har en venn som er psykolog
- Har familie
- Har familie og tilbud om jobb
- Har god kontakt med familie og noen venner
- Har gode kompiser som stiller opp
- Har gode venner og Wayback som følger opp

- Har ikke hatt mulighet til å opprettholde kontakt
- Har jobb og familie
- Har kjæreste
- Har kjæreste og familie
- Har kontakt med Hells Angels og albanere
- Har kristne venner
- Har kun kontakt med datter etter eget valg
- Har mistet all kontakt med bekjente etter 12 år
- Har mistet alle ordentlige venner
- Har mistet alt. Blir kanskje uteligger.
- Har mistet mange venner pga. dom
- Har noen venner
- Har ressurssterkt nettverk
- Har samboer, venner, familie og barn
- Har sosial angst
- Har stort nettverk, familie og venner
- Har søsken i Norge og venn og søsken i utlandet
- Har venner og barn, mistet kona
- Har venner og familie
- Har venner på Sørlandet
- Har venner, men vet ikke om alle er det i dag
- Hvis de husker meg
- Håper og tror jeg får besøk etter løslatelsen
- Håper på kontakt med tidligere venner
- IOGT, Retretten, Wayback vil jeg ha kontakt med
- Kjæreste, venner, søskenbarn
- Karismatisk kristen
- Lite nettverk igjen
- Lykkelig gift
- Mistet venner og familie pga. av dommen
- Nettverk intakt
- Retretten, Vardeteateret, Røde Kors
- Søster
- Trist
- Usikker på om han har venner
- Venner og bekjente, men de har sine egne liv
- Venner og kjente
- Vet ikke hvor jeg skal bo
- Vet ikke om jeg har venner igjen, har Røde Kors
- Wife, daughter

Andre kommentarer fra respondentene til sist i spørreskjemaet:

- Angst blir ikke tatt på alvor
- Angst gjør at jeg ikke vet om jeg orker nettverk

- Bør utlendinger sone i eget fengsel?
- De ansatte behandler meg med respekt og vennlighet
- Etterlyser info om rettigheter/muligheter
- Fengselet er gammelt og nedslitt, burde vært stengt
- Flere ønsker å besøke meg, jeg får bare ha 4 personer
- For lite permisjoner for å bygge nettverk, flere permisjoner
- Får bare hjelp når jeg ber om det
- Har angst etter å ha vært krigsfange i 8 år, får flashback
- Har kontakt med Evangeliesenteret
- Ikke arbeidsplasserte tilbringer 20 timer på cella. Ikke bra.
- Mulig å få hjelp etter løslatelse, vil selv ta initiativ
- Rommene burde hatt egen vask og eget kjøleskap
- Savner også PC uten nett man kan låne for å skrive søknader
- Sterke innsigelser mot helse. Betjentene er topp!
- Trenger fotpusseren min fra lageret, vonde tær
- Vil holde kontakt med AA og Wayback seniorsenter
- Ønsker egne fengsel/avdelinger for sedelighetsdømte
- Ønsker et nettverkstilbud nærmest min sønn
- Ønsker mer direkte kontakt med avdelingsleder
- Ønsker nettverkstilbud fra Frelsesarmeen





### **Vedlegg 3. Halden fengsel: Eksempler på praktisk bistand**

#### **- gitt fra Overgangsboligen**

- Tilrettelegging av mat og drikke. Smøre evt pålegg på brødsiver og dele maten i passende biter.
- Bistand til inntak av mat og drikke (mating).
- Rydde etter måltidet og sørge for oppvask.
- Ta skittentøy ut av celle og bringe til vaskeri
- Vask og tørk av klær, sengetøy, håndklær
- Brette og legge klær inn i skap
- Sengetøyskift
- Sjøppelhåndtering
- Rengjøring av inventar og celle
- Rengjøring av bad og toalett
- Eventuelt ulike innkjøp
- Hjelp til forflytning når dette ikke inngår i helsehjelp.
- Bistand til endring av kroppsleie / flytte kroppsdelene som ligger i klem.
- Tilpasset aktivitet og trening. Bistand ved trening og tøying av muskler/ledd.
- Hjelp til legging og avkledding for natt
- Tømming av urinpose/stomipose.
- Rette ut avklemt kateterslange.
- Tilrettelegging av medisinsk utstyr (legge frem utstyr).
- Bistand med snus, røyk, bistand til å åpne brev, plukke opp ting, bytte tv-kanal, regulering av varmeovn, åpning av vinduer etc.
- Forflytning til toalett
- Vask av avføring fra kropp og skifte av sengetøy.

#### **- gitt fra avdeling C2/»Make-it»**

- Store avstander og terreng/veier med ulik høyde - vi må dytte de opp og ned til diverse steder om den innsatte må bruke rullestol.
- Mye medisiner, mange dosetter å følge opp
- Handling/tunge poser som de må ha hjelp til å forflytte/bære
- Stor spennvidde på hva som gjøres fra det å åpne vinduer, smøre mat, hjelpe på do, legge i seng, hjelp til renhold av rom, ivaretagelse av hygiene osv.
- I og med at det ikke er helsepersonell tilgjengelige på ettermiddag/kveld, så må vi utføre helse/omsorgsrelatert jobb; Dette er klargjøring til legging av innsatte og løfte den innsatte i seng.
- Vi må hjelpe innsatte på do, tørke/spyle de bak, tømme urinposer, sette i gang pustemaskin. Vi må og håndtere uhell i forbindelse med avføring, og må dermed vaske/dusje innsatte, og skifte rent tøy på innsatt og seng.
- Stikkontakter på handicapcelle er for høye for rullestolbrukere. De trenger hjelp til åpning av dører, trenger hjelp til å bruke telefonen, trenger hjelp til å lage mat.
- Ikke plass til alle innsatte med rullestol på egnet handicapcelle.
- Rullestoler i metallportal er en utfordring
- Ting tar lang tid, blant annet følginger.
- Tidsbruk er at to tjenestemenn blir bundet opp hver kveld ved legging av innsatte

