

Årsrapport 2012
Helsetjenester til innsatte i fengsel

Heftets tittel: Årsrapport for helsetjenester til innsatte i fengsel

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: avdeling for minoritetshelse og rehabilitering
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Forord

Helsetjenesten i fengslene skal være likeverdig med helsetjenesten som den øvrige befolkningen har krav på. De innsatte skal gis et helsetilbud tilpasset den enkeltes behov etter en individuell vurdering. Det er kommunene som er ansvarlige for helsetjenesten i fengslene.

De regionale helseforetakene har ansvar for spesialisthelsetjenestens tilbud når det gjelder somatiske og psykiatriske helsetjenester.

Fylkeskommunen har ansvaret for tannhelsetjenesten.

Psykiske helseproblemer og en økning i antall innsatte med utenlandsk opprinnelse medfører nye utfordringer for personell i helse- og omsorgstjenesten i fengsel. En forutsetning for gode og forsvarlige helse- og omsorgstjenester er at de innsatte har tilgang til kvalifisert personell som har særlig kompetanse på forhold knyttet til de innsattes spesielle levekår, livssituasjon og helseproblemer og også kjennskap til kriminalomsorgens oppgaver i fengsel.

Helsepersonell og kriminalomsorgsansatte har ulike oppgaver overfor de innsatte, og tjenestene som ytes har ulike formål og benytter forskjellige virkemidler. I fengselet står helsepersonell overfor både juridiske, helsefaglige og etiske utfordringer.

Samarbeid med kriminalomsorgen og spesialisthelsetjenesten er av stor betydning for å kunne ivareta de innsattes behov for helsehjelp.

Innhold

Forord	3
Innledning	5
Årsrapport 2012 for helsetjenester til innsatte i fengsel	6
1. Ansvar og rettigheter	6
1.1 Økonomi	6
Statsbudsjettets kapitel 762 post 61	6
1.2 Lovgrunnlaget	6
2 Om fengselet og de innsatte – data hentet fra kriminalomsorgens årsstatistikk 2011.	7
3 Helsepersonell – bemanning og kompetanse:	8
3.1 Bemanning	8
Psykolog / psykiater	8
Kompetanseutvikling	8
3.2 Fengselshelsetjenestens vurdering av tilbud om helsetjenestenes forsvarlighet og tilstrekkelige ressurser.	8
4 Helsetjenestens tilbud	10
4.1 Bruk av tolk	10
4.2 Samarbeid	10
4.3 Grupperettede tiltak	11
4.4 Innkomstamtaler	11
4.5 Innsatte på LAR (legemiddelassistert rehabilitering) og innsatte med rusproblematikk	12
4.6 Innsatte med funksjonshemninger og innsatte med behov for hjelp fra omsorgstjenesten.	12
4.7 Individuell plan	12
4.8 Legemiddelhåndtering	13
5 Tilskudd til kommuner med fengsel	14
6 Fylkeskommunens tilbud om tannhelsetjenester til innsatte i fengsel	15
7 Helsedirektoratets arbeid med tilbud om helsetjenester / tannhelsetjenester til innsatte i fengsel.	16

Innledning

Det er 47 av landets kommuner som har fengsel. Lov om helse- og omsorgstjenester i kommunene slår fast at kommunene har det administrative og faglige ansvaret for helse- og omsorgstjenesten i fengsel, innenfor de rammer som følger av lover og forskrifter.

Denne rapporten er en sammefatning av rapportering fra kommunene. Tre kommuner har ikke besvart utsendt spørreskjema, to kommuner har levert svarene som prosa tekst, og noen besvarelser er ufullstendige.

Antall innsatte i fengsel øker og særlig øker andelen innsatte med utenlandsk bakgrunn. Dette utgjør nye utfordringer for helsetjenesten.

Innsatte har i større grad enn den øvrige befolkningen et sykdomsbilde relatert til rus og psykiske problemer. Tiden i fengsel er en god anledning for rehabilitering.

For tannhelsetjenesten er det enda ikke utarbeidet et rapporteringsskjema. Generelt melder fylkeskommunene om store behandlingsbehov hos innsatte i fengsel.

Årsrapport 2012 for helsetjenester til innsatte i fengsel

1. Ansvar og rettigheter

Innsatte i fengsel skal ha et likeverdig tilbud om helsetjenester som den øvrige befolkningen. De innsatte skal gis et helsetilbud tilpasset den enkeltes behov etter en individuell vurdering.

Det er kommunene som er ansvarlige for primærhelsetjenesten i fengslene. Dette ansvaret er hjemlet i kommunehelsetjenesteloven.

Fylkeskommunen har ansvaret for tilbud om tannhelsetjeneste.

De regionale helseforetakene har ansvar for spesialisthelsetjenesten.

1.1 Økonomi

Statsbudsjettets kapittel 762 post 61

Det ble i 2012 over statsbudsjettet tildelt 125,4 millioner kroner til helsetjenester til innsatte i fengsler, hvorav 109,7 millioner ble fordelt til kommunene og 15,7 millioner til fylkeskommuner til tannhelsetjenester.

De regionale helseforetakene har ansvar for spesialisthelsetjenestens tilbud når det gjelder psykiatri, rus og somatikk. Spesialisthelsetjenester til innsatte i fengsel finansieres i hovedsak gjennom rammetilskudd til foretakene.

1.2 Lovgrunnlaget

Samhandlingsreformen ble vedtatt i april 2010. Ny helse og omsorgstjenestelov trådte i kraft 01.01.12 og for å erstatte bl.a. tidligere kommunehelsetjenestelov. For kommunene beskrives formålet med loven slik:

”Kommunen skal ved sin helsetjeneste fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet og folkehelse.»

Folkehelseloven ble vedtatt i 2011, med ikrafttredelse 01.01.12.

Formålet med denne loven er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller.

Ved innføring av samhandlingsreformen ble det gjort endringer i mange andre sentrale lover, herunder spesialisthelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven.

Lov om tannhelsetjenester er under revidering.

2 Om fengselet og de innsatte – data hentet fra kriminalomsorgens årsstatistikk 2012.

Antall innsatte i fengsel i gjennomsnitt i 2012 var 3 591 mot 3 622 i 2011.

Det var 10 306 nyinnsettelse i fengsel var i 2012 mot 10 704 i 2011.

71 % av alle nyinnsettelse var norske statsborgere. Til sammen var 125 nasjoner representert blant de innsatte.

Statsborgere fra 118 land ble varetektsfengslet i 2012. Utenlandske statsborgere sto for 54 % av alle nyinnsettelse i varetekt mot 50,8 % i 2011.

Kvinner utgjør en liten andel av innsatte i fengsel; kun 9,5 % I de yngste aldersgruppene er det bare menn. I 2012 var 4 menn

15 år, 15 menn var 16 år og 51 menn var 17 år. Den største andelen innsatte er mellom 18 og 20 år. Også blant de eldste over 69 år var det kun menn.

Det vises for øvrig til Kriminalomsorgens årsstatistikk 2012.

3 Helsepersonell – bemanning og kompetanse:

3.1 Bemanning

Helsedirektoratets anbefaling er at helsepersonell har fast tid i fengselet. De fleste kommuner har lege og sykepleier tilgjengelig i fengselet. Det anbefales også at sykepleiere har videreutdanning i psykisk helse og evt. rus. 20 % av kommunene har ikke slik kompetanse. I spørreskjemaet ble det spurt om antall timer pr uke for lege, sykepleier, psykiatrisk sykepleier, vernepleier og fysioterapeut. Tallene for 2011 er endret da det kom inn rapporter sent.

	2006	2010	2011	2012
Ordinær fengselskapasitet	2970	3695	3838	3800
Årsverk sykepleiere	69,25	98,53	106,36*	105,92
Årsverk leger	10,66	11,4	13,22	14,1

**tall korrigert – regnefeil i årsrapport 2011*

Type personell	Timer pr uke 2010	Timer pr uke 2011	Timer pr uke 2012
Lege	577	496	546,75
Sykepleier	1754	2655	2241,85
Sykepleier m spesialutdanning rus / psyk.	1820	1333,5	1682,6
Fysioterapeut* m timer i fengselet	403	342	372,7

*Tiden fysioterapeut er til stede i fengselet varierer fra 0 til 37,5 timer pr. uke.

Psykolog / psykiater

Bare 3 kommuner svarer positivt på at de har kommunal psykolog tilgjengelig for de innsatte. Spesialisthelsetjenesten er til stede i 31 fengsel med psykolog/ psykiater. Det betyr at 13 kommuner/fengsel ikke har psykolog / psykiater tilgjengelig i fengselet.

Kompetanseutvikling

Fra 7 kommuner rapporteres det at ansatte i fengselshelsetjenesten ikke gis anledning til videre / etterutdanning. De fleste får denne muligheten av og til, noen få fengsel rapporterer at de ofte får mulighet til videre / etterutdanning.

3.2 Fengselshelsetjenestens vurdering av tilbud om helsetjenestenes

forsvarlighet og tilstrekkelige ressurser.

Lovens krav er at kommunene plikter å yte et forsvarlig helsetilbud til alle som oppholder seg i kommunen, jf Lov om helse- og omsorgstjenester § 4-1.

Kommunene ble bedt om å vurdere hvorvidt de anser at fengselshelsetjenesten i fengselet har et forsvarlig helsetjenestetilbud på en skala fra 4 til 1 hvor 4 er helt enig og 1 er helt uenig til påstanden; «*Fengselshelsetjenesten har et forsvarlig helsetilbud.*»

94 % av kommunene vurderer at fengselshelsetjenesten har et forsvarlig tilbud (score 4 = tretti kommuner, score 3 = tretten kommuner).

Vurdering av hvorvidt fengselshelsetjenesten i fengselet har nok ressurser til å yte nødvendige helsetjenester svarte 83 % av kommunene positivt.

På spørsmål om kommunene har nok ressurser til å yte omsorgstjenester, svarte 4 kommuner blankt. 53 % mente de hadde nok ressurser (score 4 og 3), mens 47 % mener at de ikke har nok ressurser.

4 Helsetjenestens tilbud

4.1 Bruk av tolk

I 2012 var 54 % av innsatte i varetekt statsborgere i andre land. Omtrent 33 % av alle fengselsplasser er til enhver tid belagt med utenlandske statsborgere.

For 2011 ble det spurt etter antall innsatte med behov for tolk og hvor mange timer tolk det er benyttet. Svarene var vanskelig å tolke og det så ut til at fengselshelsetjenesten hadde lite oversikt. Dette kan skyldes at tolketjenester flere steder bestilles sentralt fra i kommunen, og at tolk til innsatte i fengsel ikke er spesifisert.

For 2012 ble det spurt hvor ofte helsetjenesten i fengselet hadde behov for tolk og hvor ofte det ble brukt tolk. Alternativene var daglig, ukentlig, månedlig eller aldri. Fem kommuner svarte at de aldri hadde behov for tolk. De brukte heller aldri tolk. En kommune svarte at det var behov for tolk daglig, men at de brukte tolk ukentlig. To kommuner svarte at det var behov for tolk ukentlig, mens de brukte tolk månedlig. Fem kommuner svarte behov for tolk månedlig, men brukte aldri tolk. 39 kommuner svarte at det var behov for tolk månedlig og at de brukte tolk hver måned.

4.2 Samarbeid

For 2011 det ble spurt om fengselshelsetjenesten samhandler / samarbeider med andre og i hvilken grad dette samarbeidet fungerer. For 2012 ble det kartlagt hvor godt helsetjenesten samhandlet med spesialisthelsetjenesten, rus og psykiatri, kriminalomsorgen, NAV og fastlegen. Kommunehelsetjenesten ble også i 2012 bedt om svare på dette på en skala fra 4 til 1, hvor 4 er helt enig og 1 er helt uenig.

Rus

I 2011 svarte 30 % at de samhandlet med spesialisthelsetjenesten innen rus i stor eller meget stor grad og 44 % samarbeidet i noen grad. For 2012 svarte 66 % at de samhandlet godt med rusomsorgen (score 4 og 3). 17 % samhandler i meget liten grad med rustjenesten.

Psykiatri

Når det gjaldt psykiatri svarte 62 % (score 4 og 3) at samhandlingen var god mot 23 % i 2011. 44 % samarbeidet i noen grad.

Kriminalomsorgen

For 2011 svarte 77 % at de samarbeidet i meget stor eller stor grad med kriminalomsorgen, 18 % samarbeidet i noen grad.

I 2012 svarer 94 % at de samhandler godt med kriminalomsorgen (score 4 og 3). På spørsmålet om samhandling med kriminalomsorgen ved løslatelsen svarer 70 % at samhandlingen er god. Her er det flere som kommenterer at løslatelse og

overføring til annen soningsanstalt kan skje uten at helsetjenesten er informert. Årsaken er både at helsetjenesten ikke er til stede daglig i alle fengsel, og at både løslatelse og overføring kan bli bestemt raskt.

NAV

Flere svarer at kriminalomsorgen har samarbeid med NAV ved løslatelse og at det er kriminalomsorgen som ivaretar den delen av arbeidet. Bare 28 % av kommunene svarer at de har et godt samarbeid med NAV. For 2011 svarte 7 % at de samarbeider i meget stor eller stor grad.

Fastlege

På spørsmål om samhandling med fastlegen ved løslatelse svarer 40 % positivt at de har slikt samarbeid. For 2011 svarte bare 3 kommuner positivt (meget stor eller stor grad). 52 % svarte at de samarbeider i noen grad.

4.3 Grupperettede tiltak

Det ble for 2012 kartlagt hvordan helsetjenesten arbeidet i fengselet; om det kun var grupperettet arbeid (helseopplysning / samtalegrupper), bare enkeltkonsultasjoner eller begge deler.

64 % hadde bare enkeltkonsultasjoner, 34 % har både enkelt konsultasjoner og grupper (en ubesvart).

For 2011 svarte 7,5 % bare grupperettet, 67,5 % bare med enkeltkonsultasjoner og 25 % gjorde begge deler. 7 kommuner leverte ubesvart.

4.4 Inkomstsamtaler

Helsedirektoratet anbefaler at inkomstsamtale gjennomføres i løpet av kort tid etter innsettelse. Ved innsettelse bør eventuell medisinbruk kartlegges umiddelbart.

Nærmere undersøkelse og samtale med den innsatte bør gjennomføres i løpet av et døgn. Det anbefales også at innsatte bør informeres om rett til tannhelsetjenester i denne samtalen, jf. Veileder for helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel, IS-1971.

Det vil naturlig nok variere noe når helsetjenesten er i stand til å gjennomføre denne samtalen da få fengsel har helsepersonell tilstede daglig.

76 % av kommunene gjennomfører rutinemessig systematiske inkomstsamtaler med nær alle nyinnsettelser.

Tre kommuner har ikke svart på spørsmålet om hvor mange inkomstsamtaler som er gjennomført.

Det varierer hvor lang tid etter innsettelse inkomstsamtalen gjennomføres. 51 % gjennomfører samtalen i løpet av et døgn, 13 % i løpet av tre døgn, 21 % i løpet av en uke og en kommune svarer fra en til tre uker etter innsettelse. 15 % har ikke svart på spørsmålet.

4.5 Innsatte på LAR (legemiddelassistert rehabilitering) og innsatte med rusproblematikk

De fleste fengsel har innsatte på LAR. For fire fengsel svarer helsetjenesten at de ikke har innsatte på LAR.

Til sammen rapporterer fengselshelsetjenesten at det i 2012 var 922 innsatte på LAR, mot 766 i 2011. Det rapporteres også at det går mye tid til utdeling av LAR. Spesialisthelsetjenesten har ansvar for LAR behandling, men kommunehelsetjenesten får ansvar for legemiddelhåndteringen. I flere kommuner benyttes hjemmesykepleien til medikamentutdeling i helger. Fengselsbetjentene benyttes også til utdeling av LAR som helsepersonells medhjelper.

Helsetjenesten fører fortsatt i liten grad statistikk over innsatte med rusproblematikk. De fleste antar et cirkatall. Tre fengsel rapporterer at de ikke har innsatte med rusproblematikk, utover dette er anslaget mellom 20 og 100 %.

4.6 Innsatte med funksjonshemninger og innsatte med behov for hjelp fra omsorgstjenesten.

I spørreskjemaet spørres det etter hvor mange innsatte med fysisk funksjonshemming (med hjelpemiddelbehov*) er det i fengselet i løpet av året. Funksjonshemmede defineres med følgende:

* med hjelpemiddelbehov menes behov for hjelpemidler til daglig fungering, personlig hygiene, høreapparat eller særlig tilrettelegging for synshemming.

I 2010 ble det rapportert om 47 innsatte med funksjonshemninger fra 18 fengsel. For 2011 var de 122 innsatte med funksjonshemninger fordelt på 22 fengsel og for 2012 ble det rapportert om 147 innsatte med funksjonshemninger. For 2012 var det 5 fengsel som rapporterte flere enn 10, og 16 fengsel rapporterte 0.

Av de 147 i 2012 var det blant annet 5 rullestolbrukere, 24 rapporteres som bevegelseshemmede, 10 med hørselsproblemer, 4 synshemmede og en blind. Kommunene har ikke rapportert på hvor mange som har hvilken type funksjonshemming.

For øvrig rapporteres det at innsatte har CP, slagpasient, lammelser, krigsskader, alkoholskader, hjerte/lungesyke / KOLS, amputert ben, rygg/nakkeskade, benbrudd, inkontinens, sårstell og behov for hjelp til personlig hygiene, epilepsi, postoperativ hoft, stomi.

Det rapporteres også at 1480 har hatt behov for omsorgstjenester. Her anmerker flere at det er nødvendig å bruke hjemmesykepleien til utdeling av LAR i helgene.

4.7 Individuell plan

Innsatte har krav på tilrettelagte og samordnede tjenester. Innsatte har i større grad enn den øvrige befolkningen et sykdomsbilde relatert til rus og psykiske problemer. En individuell plan bør opprettes i fengselet med målsetting om at denne skal overføres til hjemkommune ved løslatelse.

For 2011 ble det spurt om hvor mange individuelle planer som ble koordinert av helsetjenesten i fengselet. Det ble rapportert at 98 hadde en slik plan.

For 2012 ble det spurt om hvor mange som hadde en individuell plan ved innsettelse i fengsel, her ble det svart 85. På spørsmål om hvor mange individuelle planer som ble opprettet i fengsel i 2012 var svaret 109.

4.8 Legemiddelhåndtering

På spørsmål om fengselsbetjenter ofte brukes til medisinalutdeling svarer de fleste positivt. Kun fire kommuner svarer at det skjer sjelden eller aldri.

På spørsmål om kriminalomsorgen benytter helsetjenesten til opplæring av fengselsbetjenter i legemiddelhåndtering svarer alle ja unntatt Oslo fengsel som er heltidsbemannet med helsepersonell og aldri benytter fengselsbetjenter til legemiddelhåndtering.

4.9 Tannhelsetjenester

Det er ikke utarbeidet rapporteringsskjema til de fylkeskommunale tannhelsetjenestene. Det tas sikte på å få dette klart til rapporteringen for 2013. Det kan da være aktuelt å rapportere på følgende :

- om har tannhelsetjenesten tilbud om forebyggende tiltak i fengselet
- om tannhelsetjenesten gir tilbud om akuttbehandling
- antall innsatte som har fått tilbud om tannhelseundersøkelse og tannbehandling ved opphold lenger enn tre måneder
- om tannhelsetjenesten har klinikk i fengselet eller om innsatte må fremstilles

Flere fylkeskommuner rapporterer at behovet for behandling er større en tilskuddet gir dekning for. Tre fylkeskommuner har brukt mellom 100 og 200 000 mer enn de har fått i tilskudd, og to fylkeskommuner har brukt 100 – 200 000 mindre enn tildelt. De fleste holder seg innenfor tilskuddet.

Der hvor det er klinikk i fengselet er det uklart for tjenestene hvem som skal dekke oppgradering av utstyr. Dekning av utgifter til tannhelsetjenester for innsatte i fengsel beskrives i rundskriv IK-28/89 om tannhelsetjenesten for innsatte i fengsler. Her fremkommer det at fengselet har ansvar for utgiftene i forbindelse med etablering av klinikk i fengselet. Videre:

*«Foruten evt. etablering av tannklinikker vil det være fengslets oppgave å:
- skaffe nødvendige lokaler til undersøkelse - holde lokalene med vanlig kontorutstyr
- dekke utgifter i forbindelse med renhold, oppvarming, bruk av telefon samt
nødvendig vedlikehold, - dekke utgifter til nødvendige daglige forbruksvarer og
medisiner der det er egne tannklinikker i fengselet.»*

Rundskrivet er fra 1989. Det er etablert tannklinikker i flere større fengsel Det fremkommer ikke tydelig i rundskrivet hvordan utgiftene kan dekkes når det er behov for å modernisere klinikkene. Det rapporteres fra flere om umoderne klinikker.

5 Tilskudd til kommuner og fylkeskommuner med fengsel

Tilskudd til kommuner med fengsel og fylkeskommunene for 2012 utgjorde kr. 125 400 000,-. Det ble utbetalt kr 109 713 186 til kommuner og kr. 15 674 488 til fylkeskommuner. Til sammen kr. 125 338 030. En fylkeskommune tilbakebetalte i 2012 ubrukte midler for 2011. Det gjensto derfor 115 656,- i regnskapet på slutten av året.

Statsbudsjettets tilskuddsramme har øket med ca. 3 % fra 2011 til 2012. Flere kommuner hevder at det bevilges for lite midler til helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel.

Tannhelsetjenesten rapporterer om behov for tannhelsetjenester utover tilskuddet. Det etterspørres også midler til oppgradering av tannhelseklinikker i fengsel.

6 Fylkeskommunens tilbud om tannhelsetjenester til innsatte i fengsel

Rapportering fra fylkeskommunene er mangelfull. Helsedirektoratet påpekte kravet til rapportering i regelverket om regnskap og revisjonsrapport i tilsagnsbrevet for 2011 med blant annet følgende tekst:

«Vi ser at flere fylkeskommuner unnlater å føre egne prosjektrengnskap for tilskuddene og ber om at dette rettes for neste års regnskap.»

Tilskuddsbrevet beskriver dessuten krav til rapportering etter gjeldende regelverk.

I arbeidet med å finne objektive kriterier for tilskudd til kommuner med fengsel, ble det avdekket at det er store forskjeller i tilskudd pr innsatt også til fylkeskommuner og tilbud om tannhelsetjeneste. Helsedirektoratet ønsker å se nærmere på fordeling av tilskuddsmidler til fylkeskommunene, eventuelt utarbeide kriterier for tildeling, samt utarbeide rapporteringskriterier for å få en bedre oversikt over tannstatus og tannhelsetilbudet til innsatte.

7 Helsedirektoratets arbeid med tilbud om helsetjenester / tannhelsetjenester til innsatte i fengsel.

Helsedirektoratet er delegert ansvar for tildeling av tilskudd til kommuner / fylkeskommuner. Ansvaret ligger i divisjon for primærhelsetjenester, avdeling for minoritetshelse og rehabilitering.

Helsedirektoratet har fra 2007 hatt en fast diskusjonsgruppe med ressurspersoner for drøfting av ulike tema vedrørende helsetjenestetilbudet til innsatte i fengsel. Det ble avholdt to møter med ressursgruppen i 2011. Temaer som ble drøftet var blant annet problemstillinger i veilederen som var til revidering, tilskuddskriterier, torturkommisjonens besøk i norske fengsel, internkontrollsystemer og kartleggingsundersøkelsen i 2010.

Det ble fremmet en sak for ledermøtet i 2012 om opprettelse av fagråd for helsetjenester til innsatte i fengsel. Saken ble godkjent og fagråd ble opprettet i 2012 og hadde ett møte i desember 2012.

Direktoratet har hatt en intern faggruppe på fengselshelsetjenester. Etter opprettelse av fagråd deltar direktoratets ansatte som sekretariat i fagrådet og har interne forberedelsesmøter ved behov.

Helsedirektoratet deltok i 2012 i utarbeidelse av veileder for rusmestringsenhetene som er en felles veileder fra Kriminalomsorgen og Helsedirektoratet som er under arbeid. Helsedirektoratet har også samarbeidet om utforming av rundskriv for rusmestringsenhetene.



Helsedirektoratet

Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

www.helsedirektoratet.no

