



KRIMINALOMSORGEN



OPPFØLGING AV INNSATTE MED
PSYKISKE LIDELSER
OG/ELLER
RUSMIDDELPROBLEMER

9. MAI 2016

Innhold

SAMMENDRAG OG OVERSIKT OVER FORSLAG TIL TILTAK.....	5
1 INNLEDNING	8
1.1 Mandat for arbeidet	8
1.2 Organisering av arbeidet	9
DEL I: FORSLAG TIL TILTAK.....	11
2 TILTAK I KRIMINALOMSORGEN FOR Å GJØRE STRAFFEGJENNOMFØRINGEN MINDRE BELASTENDE FOR INNSATTE MED PSYKISKE LIDELSER OG RUSMIDDELPROBLEMER	11
2.1 Forebygging av selvmord	11
2.2 Økt aktivisering – ivaretagelse av sårbare innsatte.....	11
2.3 Kriminalomsorgens kartleggingsverktøy (BRIK) skal videreutvikles til bruk både ved oppstart av og ved endt straffegjennomføring	12
2.4 Underrette helsetjenesten om dato for faktisk løslatelse	13
2.5 Øke bemanningen i fengsler med lavere sikkerhet	13
2.6 Egen fengselsavdeling for innsatte med alvorlige, psykiske symptomer og stor grad av aggressivitet	14
2.7 Innsatte som har psykisk utviklingshemming	15
3 TILTAK SOM KOMMUNAL HELSE- OG OMSORGSTJENESTE, SPESIALISTHELSETJENESTE OG KRIMINALOMSORGEN KAN GJENNOMFØRE SAMMEN.....	16
3.1 Lovpålagte samarbeidsavtaler	16
3.2 Samarbeidsavtaler mellom fengsel, kommune og helseforetak,	16
3.3 Kompetanseutvikling	16
3.3.1 Kompetanseutvikling innen kommunal helse- og omsorgstjeneste	17
3.3.2 Kompetanseutvikling innen spesialisthelsetjeneste psykisk helsevern og rus (TSB).....	17
3.3.3 Kompetanseutvikling innen kriminalomsorgen	17
3.4 Forebygging av overdosedødsfall ved løslatelse fra fengsel.....	18
4 BEHOV FOR BEHANDLINGSTILBUD FOR INNSATTE MED ATFERDSAVVIK	18
4.1 Voldsatferd.....	19
4.2 Seksualovergrep	19
4.2.1 Eksisterende samarbeid mellom kriminalomsorgen og helsetjenesten – behandling for sedelighetsdømte	19

4.3	Styrking av behandlingstilbudet for volds- og sedelighetsdømte i fengsel	19
5	ORGANISATORISKE OG STRUKTURELLE TILTAK FOR Å STYRKE SAMARBEID OG TILGANG TIL PSYKISK HELSEVERN OG TSB	20
5.1	Områdefunksjon innen psykisk helsevern for innsatte med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer	20
5.2	Innsatte med alvorlig psykisk lidelse, atferdsforstyrrelse og voldsrisiko	21
6	UTVIDELSE AV MANDATET TIL RUSMESTRINGSENHETENE (RME) TIL Å INKLUDERE INNSATTE MED PSYKISKE LIDELSER?.....	22
6.1	Nærmere om rusmestringsenheter.....	22
6.2	Utvidelse av rusmestringsenhetenes mandat eller etablering av egne mestringsenheter for innsatte med psykiske lidelser frarådes.....	22
7	FORSLAG TIL TILTAK MED ADMINISTRATIVE OG ØKONOMISKE KONSEKVENSER.....	23
	DEL II: BAKGRUNN OG STATUS I TJENESTENE	26
8	FOREKOMST AV PSYKISKE LIDELSER OG RUSMIDDELPROBLEMER HOS DOMFELTE I NORSKE FENGSLER.....	26
8.1	Forekomst av psykiske lidelser og levekårsutfordringer.....	27
8.2	Sivilombudsmannens forebyggingsenhet.....	28
9	BAKGRUNN OM KRIMINALOMSORGEN.....	28
9.1	Straffegjennomføring i fengsel.....	29
9.1.1	Rehabiliterings- og innholdstilbud i fengsel	29
9.1.2	Straffegjennomføring i samfunnet	29
9.2	Samarbeid om tilbakeføring til samfunnet mellom stedlig fengsel og helsetjenesten	31
9.2.1	Samarbeid med helse- og omsorgstjenesten om tilbakeføring til kommune	31
9.2.2	Samarbeid med helseforetak om tilbakeføring.....	32
9.3	Kompetanse i kriminalomsorgen	32
9.3.1	Status for opplæring ved fengselsbetjentutdanningen KRUS	32
9.3.2	Medikamentopplæring for fengselsbetjenter.....	32
9.3.3	Status for opplæring ved etter- og videreutdanningen (EVU) KRUS	33
10	INNSATTES HELSETILBUD	33
10.1	Kommunale helse- og omsorgstjenester.....	33
10.2	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).....	34
10.2.1	Poliklinisk/ambulant behandling i psykisk helsevern	34
10.2.2	Poliklinisk/ambulant behandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).....	35

10.3	Behandling av rusmiddelproblemer	35
10.3.1	Innhold i tjenestene	35
10.3.2	Institusjonsbehandling i henhold til straffegjennomføringsloven § 12	36
10.3.2	Nærmere om LAR og medisinbehandling i fengsel	36
11	NÆRMERE OM TAUSHETSPLIKT	37
11.1.1	Helsepersonells taushetsplikt	37
11.1.2	Kriminalomsorgens taushetsplikt	37

Vedlegg

- i. Samlete forslag til tiltak fra faggruppe for kommunal helse- og omsorgstjeneste.
- ii. Samlete forslag til tiltak fra faggruppe for spesialisthelsetjeneste psykisk helsevern og rus

Sammendrag og oversikt over forslag til tiltak

Helsedirektoratet (HDIR) og Kriminalomsorgsdirektoratet (KDI) presenterer i denne rapporten forslag til tiltak for en bedre organisering/struktur og innhold i behandlingstilbudet for innsatte med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer både innen helsetjenestens nivåer og innen kriminalomsorgen, jf. oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet (kap.1).

For å sikre et faglig kvalifisert grunnlag for de tiltak som etterspørres i mandatet, ble det etablert to faggrupper med relevant kompetanse. Faggruppene har kommet med en rekke anbefalinger som er vurdert i direktoratene. I hovedsak er dette anbefalinger som direktoratene vurderer vil føre til bedre tilbud til de innsatte. Oppdragets mandat er imidlertid bredt og en del av rapportens anbefalinger krever grundigere vurdering og utredning enn det har vært tid til i denne fasen. Dette gjelder særlig forslag til tiltak for å bedre tilgangen til spesialisthelsetjenester for innsatte.

For at innsatte med psykiske problemer og/eller rusmiddelproblemer skal få tilbud i tråd med sin rett til helsehjelp, er det nødvendig med en godt fungerende kommunal helse- og omsorgstjeneste i fengselet (kap.10). Denne tjenesten er til stede daglig i så å si alle fengsler og er et avgjørende bindeledd mellom fengselet, spesialisthelsetjenesten og hjemkommunen til den enkelte innsatte. Det er kriminalomsorgens oppgave å legge til rette for at fengselsoppholdet skal gi muligheter til at psykiske plager forebygges og lindres, og at den innsatte får mulighet til å bruke tiden i fengsel til utdanning, yrkesopplæring, og gjennom dette også økt mestringfølelse (kap.2 og 9). Forberedelse til løslatelse må derfor starte første dag i fengsel, og eventuell overføring til videre straffegjennomføring i samfunnet etter prøveløslatelse eller til behandling i §12-institusjon må planlegges tidlig. For en vellykket progresjon er det avgjørende at kriminalomsorgen og helsetjenesten har et tett samarbeid (kap.3). Rapporten understreker behovet for økt kompetanse om de ulike tjenestenes roller og ansvarsområder.

En del innsatte vil også ha behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Behandlingstilbudet er i dag ulikt organisert. Noen fengsler har egne polikliniske team fra psykisk helsevern, mens andre fengsler verken har fast avtale eller kontakt for slik behandling (kap.10). Det bør etableres særlige ordninger for å sikre denne gruppen et tilstrekkelig helsetilbud fra spesialisthelsetjenesten (kap.5). Det foreslås en egen områdefunksjon for fengslene. Formålet med dette er å sikre at innsatte får nødvendig tilgang på spesialisthelsetjenester.

I tillegg har behovet for behandlingstilbud for psykisk syke som er domfelt for seksualovergrep og/eller alvorlig vold, et særlig fokus i rapporten (kap.4), og det foreslås at behandlingstilbudet styrkes.

Noen grupper har særlige behov og trenger tilpassede soningsforhold. For de mest aggressive innsatte som nå i stor grad isoleres i fengsel og vanskelig kan gis behandling i den ordinære sikkerhetspsykiatrien, foreslås det at det etableres en egen enhet i fengsel (kap.2). Det samme gjelder for personer med lettere psykisk utviklingshemming, som det kan være grunn til å anta er en større gruppe enn man til nå har antatt, hvorav noen trenger særskilt tilrettelegging (kap.2).

Rapportens del I beskriver de enkelte forslagene til tiltak. Del II inneholder deskriptiv og utvidet bakgrunn for forslagene i del I.

Det gis et anslag over administrative og økonomiske konsekvenser av tiltakene (kap.7).

TILTAKSOVERSIKT

1. Kriminalomsorgen lager tiltaksplan for forebygging av selvmord i fengsel (kap.2.1).
2. Økt aktivisering av sårbare innsatte ved delte arbeidsdager (kap. 2.2).
3. Videreutvikling av BRIK for kartlegging ved endt straffegjennomføring (kap. 2.3).
4. Kriminalomsorgen gis en underretningsplikt om løslatelse til samarbeidende etater (kap. 2.4).
5. Øke bemanningen i fengsler med lavere sikkerhetsnivå for bedre oppfølging av sårbare innsatte (kap. 2.5).
6. Opprettelse av en nasjonal, forsterket felleskapsavdeling for innsatte med sterkt aggressiv atferd og psykiske lidelser for å forebygge og hindre langvarig isolasjon (kap. 2.6).
7. Det bør vurderes å opprette ressursavdeling for særlig sårbare innsatte med psykisk utviklingshemming i ett utvalgt fengsel (kap.2.7).
8. Inngå forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommunal helse- og omsorgstjeneste og helseforetak om spesialisthelsetjenester i alle fengsler (kap.3.1).
9. Inngå samarbeidsavtaler mellom fengsel, kommunal helse- og omsorgstjeneste og helseforetak om den konkrete utformingen av de ulike etaters tjenester (kap.3.2).
10. Kompetanseutvikling for helse- og omsorgstjenesten (kap.3.3.1):
 - a) Nettkurs for sykepleiere og leger om helsetjenester til innsatte i fengsel.
 - b) Styrke fylkesmennenes oppdrag om kompetansehevede tiltak for ansatte i fengsel.
 - c) Veiledning fra spesialisthelsetjenesten til ansatte i fengselshelsetjenesten og kriminalomsorgen.
11. Etablere FOU-enheter innen kompetansesentrene i samarbeid med regionale sikkerhetsavdelinger med ansvar for forsknings- og kunnskapsutvikling, opplæring og veiledning til helsetjenesten og kriminalomsorgen (kap.3.3.2).
12. Styrke kompetanseutvikling i kriminalomsorgen om psykiske lidelser og rusmiddelproblemer (kap. 3.3.3).
13. Vurdere nasjonal utrulling av tiltakspakke for forebygging av overdosedødsfall ved endt straffegjennomføring (kap. 3.4).
14. Styrke behandlingstilbudet til volds- og sedelighetsdømte (kap.4.3)
 - a) Behandling til sedelighetsdømte og innsatte med voldsproblematikk med samtidig psykiske lidelser bør styrkes
 - b) Undervisning og veiledning i regi av Kompetansesentrene for sikkerhets,- fengsels- og rettspsykiatri og regionale sikkerhetsavdelinger.

15. Tilbud fra psykisk helsevern og/eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) til innsatte etableres som egen områdefunksjon i helseregionene (kap.5.1).
16. Det bør utredes nærmere om det er behov for å øke kapasiteten i sikkerhetsavdelinger, for å sikre tilstrekkelig døgnbehandling for innsatte med behov for det (kap.5.2).

1 Innledning

Helsedirektoratet (HDIR) og Kriminalomsorgsdirektoratet (KDI) fikk 1. juli 2015 likelydende oppdragsbrev fra henholdsvis Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet om at det skulle opprettes en felles arbeidsgruppe som skulle komme med forslag om tiltak for oppfølging av innsatte med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. Oppdraget fulgte i kjølvannet av undersøkelse av forekomst av psykiske lidelser hos innsatte, som viser en betydelig oversykelighet i forhold til forekomst i normalpopulasjonen (Cramer, 2014). Se nærmere beskrivelse i kap.8.

Denne rapporten er tilsvaret på nevnte oppdragsbrev.

Faggruppens forslag til tiltak er beskrevet i del I. Denne delen er strukturert som i mandatet for oppdraget (kap. 2-6). Kapittel 7 gir en samlet oversikt over prioriterte tiltak, samt en administrativ og økonomisk vurdering av enkelte av tiltakene.

Rapporten har en deskriptiv del II om psykiske lidelser og rusmiddelproblematikk blant innsatte (kap. 8) og om bakgrunn og status i kriminalomsorgen (kap. 9). Innholdet i og organiseringen av helsetjenesten og behandlingstilbudet blir beskrevet i kap.10.

1.1 Mandat for arbeidet

Arbeidsgruppen ble gitt følgende mandat¹:

”Justis- og beredskapsdepartementet (JD) viser til tildelingsbrev til Kriminalomsorgsdirektoratet (KDI) for 2015, datert 23. januar 2015. Dette tillegg til tildelingsbrev nr. 3 omhandler oppfølging av innsatte med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer.

Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (SIFER) for Helse Sør-Øst har gjennomført en landsdekkende undersøkelse av forekomst av psykisk lidelse blant domfelte i fengsel. Undersøkelsen er basert på diagnostiske forskningsintervjuer. Den viste omfattende forekomst av psykiske lidelser hos domfelte i norske fengsler. Det vises for øvrig til rapporten.

Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet ber Kriminalomsorgsdirektoratet i samarbeid med Helsedirektoratet om å nedsette en arbeidsgruppe for å følge opp funnene i undersøkelsen og situasjonen for andre utsatte grupper av innsatte. Arbeidsgruppen må etter behov trekke inn relevante og berørte fagmiljøer/behandlingsansvarlige instanser og underliggende virksomheter, ev. også brukerorganisasjoner i arbeidet.

Formålet med arbeidet er tredelt:

Hvordan oppnå at straffegjennomføringen bedre kan bidra til å forebygge utvikling/forverring av psykiske lidelser i fengsel for hele fengselspopulasjonen og for særlig sårbare grupper.

Hvordan kan helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten styrke sitt arbeid for bedre å forebygge, diagnostisere og behandle psykiske lidelser og rusmiddelproblemer blant innsatte.

¹ Tillegg til tildelingsbrev nr.3 2015 – Arbeidsgruppe for oppfølging av innsatte med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer

Hvordan kan kriminalomsorgen og helsetjenesten samarbeide bedre rundt problemstillingene rapporten dokumenterer.

Arbeidsgruppen får følgende mandat:

1. Foreslå tiltak som kriminalomsorgen kan gjennomføre for å gjøre straffegjennomføringen mindre belastende for domfeltes psykisk helse og/eller rusmiddelproblemer
2. Foreslå tiltak som helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten sammen med kriminalomsorgen kan gjennomføre for å bedre forebygging, diagnostikk, behandling og rehabilitering av personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer.
3. Foreslå tiltak for at innsatte med adferdsavvik, som seksuallovbrudd og annen aggressiv adferd kan få bedre behandling og oppfølging og hjelp; dette sees i sammenheng med bl.a. tiltak i Tiltaksplan for bekjempelse av vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014–2017).
4. Foreslå organisatoriske og strukturelle tiltak som kan bidra til å styrke samarbeidet mellom kriminalomsorgen og helsetjenesten for å bedre innsattes psykiske helse- og rusmiddelproblemer.
5. Arbeidsgruppen skal også vurdere om det er hensiktsmessig å utvide mandatet til rusmestringsenhetene til å inkludere innsatte med psykiske lidelser. Enten ved å etablere mestringsenheter som dekker begge fagområder eller gjennom egne mestringsenheter for innsatte med psykiske lidelser.

Arbeidsgruppen bes levere sine forslag til departementene senest 15. april 2016². Det må fremgå økonomiske, organisatoriske og juridiske konsekvenser av tiltak som foreslås. Det bes om å skille mellom økonomiske konsekvenser som kan gjennomføres ved omdisponeringer innenfor gjeldende rammer og tiltak som krever satsing med friske midler gjennom den ordinære budsjettprosessen.”

1.2 Organisering av arbeidet

Helsedirektoratet (HDIR) og Kriminalomsorgsdirektoratet (KDI) valgte å prosjektorganisere arbeidet med en styringsgruppe bestående av representanter fra begge direktoratene:

Heidi Bottolfs,	avd.direktør, KDI (leder av styringsgruppen)
Gitte Huus,	avd.direktør, HDIR
Bente Moe,	avd.direktør, HDIR
Tom Enger,	avd.direktør, KDI
Hilde Lundeby,	fengselsleder, KDI

Hilde Lundeby ledet arbeidsgruppen for direktoratene, sammen med Anne Dahl (KDI), Kirsten Mostad Pedersen (HDIR), Anne-Grete Kvanvig (HDIR) og Stine M. Jacobsen (HDIR).

På bakgrunn av mandatets sammensatte oppgaver valgte styringsgruppen å etablere to separate faggrupper for å ivareta helsetjenester fra henholdsvis kommunal helse- og omsorgstjeneste og

² Fristen ble senere forskjøvet til 9.mai 2016

spesialisthelsetjenesten ved psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Disse hadde følgende deltakere:

Faggruppe for kommunal helse- og omsorgstjeneste

Kirsten Mostad Pedersen	seniorrådgiver, HDIR, (leder av faggruppen)
Liv Heian Loos	psykiatrisk sykepleier, avd.leder fengselhelsetjenesten, Drammen fengsel
Grethe Lintho	sykepleier, avd.leder fengselhelsetjenesten Indre Østfold fengsel
Mette Berg Walaker	sykepleier, avd.leder fengselhelsetjenesten Skien fengsel
Ronny Rannstad	førstebetjent, Hedmark fengsel
Kenneth Jansson	inspektør, Bodø fengsel

Faggruppe for spesialisthelsetjenesten ved psykisk helsevern og TSB

Carl Fredrik Haaland	psykiater, Kompetansesenter Oslo, (leder av faggruppen)
Marianne Teigland	psykolog, leder Fengselspsykiatrisk poliklinikk, Oslo fengsel
Randi-Louise Møgster	klinikkdirektør, Kronstad DPS, Haukeland sykehus
Sindre Angeltvedt	psykol.spes.,leder seksjon for fengselhelsetjenester, Komp.senter Bergen
Svein K. Øverland	psykol.spes., seksjonssjef, Avd. Brøset, St. Olav hospital
Hanne K. Reichelt	psykol.spes., seksjonsleder Bærum DPS (helse og rus)
Randi Rosenqvist	psykiater, Ila fengsel og forvaringsanstalt
Leif Waage	psykol.spes., ass.direktør Kriminalomsorgen region vest
Geir Jensen	leder, Agder friomsorgskontor

Referansepersoner

Agnes Inderhaug	cand. jur., ass.direktør Kriminalomsorgen region sørvest,
Christine Friestad	førsteamanuensis, Kriminalomsorgens utdanningscenter (KRUS)

Representanter for flere bruker- og pårørendeorganisasjoner ble involvert gjennom et eget møte med Helsedirektoratets brukerråd for psykisk helse og rusfeltet (BrukerRop) den 2. feb. 2016³.

Kriminalomsorgens virke- og ansvarsområde ble ivaretatt gjennom representasjon fra fengsel og friomsorg i faggruppene. I tillegg ble det etablert en ordning med referansepersoner med juridisk og forskningsmessig kompetanse. Mulige tiltak under arbeidsgruppens mandat ble diskutert med kriminalomsorgens organisasjoner på IDF-møtet 31.3.2016, og i KDI's etatsledermøte 8.3.2016. Helsedirektoratet la fram forslag til tiltak 5.1. for fagdirektørene for RHFene i deres møte 25.4.16.

³ Følgende bruker- og pårørendeorganisasjoner deltok på møtet: A-larm, Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse (LPP), Barn av rusmisbrukere (BAR), Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon (Rio), Lar-nett Norge, Landsforeningen mot stoffmisbruk (LMS), Hvite Ørn, ProLAR, ADHD Norge, Voksne for barn, Mental Helse, Mental Helse Ungdom, MARBORG, We shall overcome (WSO), Wayback, Retretten, Foreningen for fangers pårørende, KROM og Oslo Røde Kors Nettverk etter soning.

Del I: Forslag til tiltak

2 Tiltak i kriminalomsorgen for å gjøre straffegjennomføringen mindre belastende for innsatte med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer

I dette kapittelet drøftes mandatets punkt 1, som gjelder tiltak innen kriminalomsorgens myndighetsområde.

2.1 Forebygging av selvmord

Selvskade og selvmord i norske fengsler har blitt rapportert i kriminalomsorgen siden år 2000. Antall selvmord varierer fra år til år, for eksempel var det ingen registrerte i 2009, mens det var 11 i 2013, 6 i 2014 og 2 i 2015. De aller fleste selvmord skjer i varetekt, og de fleste svært tidlig, fra 2 til 14 dager etter innsettelse. Det må imidlertid understrekes at antall selvmord ikke forteller noe om antall selvmordsforsøk og selvmordstanker, eller selvskading på ulike måter. Kriminalomsorgens ansvar er å identifisere forhold, både individuelle, organisatoriske og fysiske, som kan virke forebyggende for slike hendelser. Det er særlig viktig at tjenestemenn blir skolert, slik at de forstår situasjonen og behovene til varetektsinnsatte, og kan lese symptomer og tegn bl.a. på mulige selvmordstanker eller planer om selvmord. En svært viktig oppgave for fengselet er å legge til rette for at varetektsinnsatte får nødvendig helsehjelp, og at man legger spesielt vekt på forebygging av selvmord. Helsetjenesten må ha særlig kunnskap om nasjonal faglig retningslinje for forebygging av selvmord og pasientsikkerhetsprogram om forebygging av selvmord.

Tiltak:

- **Kriminalomsorgen lager tiltaksplan for forebygging av selvmord i fengsel**

2.2 Økt aktivisering – ivaretagelse av sårbare innsatte

Antall innsatte som er i daglig arbeid, opplæring eller annen aktivitet skal økes, jf. Strategi for utvikling av kriminalomsorgens arbeidsdrift (2015-2018). Det skal arbeides for at 90 prosent av de innsatte er aktivisert innen 2018, mot dagens andel på 78 prosent. Det skal legges særlig vekt på økt aktivisering av innsatte som er utelukket fra fellesskap, både etter eget ønske og etter fengselets beslutning.

Aktivisering kan gi innsatte en opplevelse av mestring, struktur i hverdagen, samt motvirke isolasjon og passivisering i fengsel. Aktivisering er begrunnet i normalitetsprinsippet og er viktig i tilbakeføringsarbeidet. Å gi innsatte arbeidstrening og et meningsfullt aktivitetstilbud kan også bidra til å motvirke hendelser i fengselet som fører til utelukkelse. De innsatte som isolerer seg på cellene og ikke ønsker å være i arbeid eller annen aktivitet, kan ha psykiske lidelser.

Kriminalomsorgen må se etter nye muligheter for aktivisering når innsatte selv velger å isolere seg, eller når domstolens kjennelse eller kriminalomsorgens beslutning hindrer innsatte i å delta i aktiviteter sammen med andre innsatte. Et godt aktivitetstilbud til flere innsatte kan motvirke utvikling av eller forverring av innsattes psykiske tilstand. Lavterskelaktivitetstilbud med miljøarbeid, mindre gruppeaktiviteter og kortere arbeidsøkter kan være egnet for å bedre den innsattes psykiske helse.

Mange innsatte vil ha behov for arbeidstrening og yrkesopplæring under fengselsoppholdet som kan kvalifisere dem til arbeid på det ordinære arbeidsmarkedet etter løslatelse. Samarbeid med

skole, NAV og arbeidsmarkedet for å planlegge og legge til rette for videre opplæring og arbeid etter løslatelse er sentralt, særlig for innsatte med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer.

For å kunne øke antall innsatte i aktivitet innenfor eksisterende ressursramme vil KDI i 2016 starte piloter for å se om man kan utnytte lokalene og bemanningskapasiteten i fengslene på en bedre måte, etter modell fra Nederland. I en slik modell vil halvparten av de innsatte være i arbeid eller opplæring før lunsj, og den andre halvparten i arbeid eller opplæring etter lunsj. På de tidspunktene hvor innsatte ikke er i arbeid eller opplæring, kan de benytte tiden til trening, samtaler med helsetjenesten, NAV, sosialkonsulent, kontaktbetjent, frivillig sektor og brukerorganisasjoner mv. Hensikten er å øke antall innsatte i arbeid og opplæring. Dette vil aktivisere flere innsatte og dermed fremme psykisk helse, samtidig som kortere arbeidsdag kan være hensiktsmessig for innsatte med psykiske problemer. Mandat for oppstart av prosjektet 1. juli 2016 er sendt regionkontorene i kriminalomsorgen.

Tiltak:

- **Økt aktivisering av sårbare innsatte ved delte arbeidsdager**

2.3 *Kriminalomsorgens kartleggingsverktøy (BRIK) skal videreutvikles til bruk både ved oppstart av og ved endt straffegjennomføring*

Kartlegging og systematisk planleggingsarbeid er sentralt for å sikre individuelt tilrettelagt soningsforløp og godt samarbeid mellom helsetjeneste og kriminalomsorg. Det finnes i dag flere mekanismer for å sikre dette, blant annet framtidsplan, bruk av ansvarsgrupper og kriminalomsorgens kartleggingsverktøy BRIK.

Alle domfelte får tilbud av fengselet om å utarbeide en "framtidspen" som skal revurderes dynamisk. En slik plan skal organisere og prioritere aktiviteter og sysselsetting under fengselsoppholdet og planlegge for livet etter fengsel, med siktemål om best mulig tilbakeføring til samfunnet. "Ansvarsgruppe" er en viktig samarbeidsarena for de involverte partene i arbeidet med den enkelte innsatte som trenger bred oppfølging. Etablering av "Individuell plan" og ansvarsgrupper er hjemlet innen helsetjenesten og sosiale tjenester i NAV. Ansvarsgrupper, eller koordinerende tverrfaglige møter, er benyttet arbeidsform i helsetjenesten og sosialtjenesten når det er behov for å koordinere arbeidet, f.eks. i forbindelse med "Individuell plan". Ansvarsgruppe for den enkelte innsatte igangsettes av helse- og omsorgstjenesten i fengselet, men det er ønskelig at kriminalomsorgen også deltar, etter samtykke fra den innsatte.

BRIK er kriminalomsorgens kartleggingsverktøy for domfelte og dekker ulike viktige livsområder (utdanning, familiesituasjon, boligforhold etc.). Kartleggingen innbefatter også helsetilstanden for den domfelte, hvor det kan avdekkes forhold som vil tydeliggjøre behov for og rett til helsetjenester. Kriminalomsorgen vil utvikle verktøyet videre slik at det ikke bare kan brukes for å identifisere behov og ressurser tidlig i soningsforløpet, men også brukes før endt straffegjennomføring. Det kan gi mulighet til å hindre glippsoner i løslatelsesfasen ved å dekke åpenbare behov, samt gi etatene innblikk i hvorvidt nødvendige tjenester er gitt under straffegjennomføringen og om tjenestene har gitt en endret situasjon for den domfelte.

Tiltak:

- **Videreutvikling av BRIK for kartlegging ved endt straffegjennomføring**

2.4 Underrette helsetjenesten om dato for faktisk løslatelse

Innsatte/domfelte flyttes mellom fengsler med ulik begrunnelse: etter eget ønske, av kapasitetshensyn, sikkerhetshensyn eller øvrige årsaker. Det vil vanligvis være ønskelig å knytte domfelte opp mot helsetjenester i hjemkommune, eller der domfelte skal bosette seg ved løslatelse. I tilfeller der behandling av domfelte er iverksatt i spesialisthelsetjenesten, kan det være en utfordring at domfelte flyttes til annet fengsel. Det er viktig at kriminalomsorgen hensyntar dette så langt det er mulig for å kunne ivareta domfeltes behandling og rehabilitering.

I god tid før domfelte nærmer seg tidspunkt for prøveløslatelse bør friomsorgskontoret delta i eventuelle ansvarsgruppemøter, slik at det aktuelle friomsorgskontoret på et tidlig tidspunkt gjøres kjent med tiltak, ev. vilkår og ressurspersoner for videre oppfølging ved prøveløslatelse. En hensiktsmessig progresjon vil innebære en gradvis tilnærming til livet etter soning gjennom overføring til fengselsenheter med lavere sikkerhetsnivå eller straffegjennomføring i samfunnet. Progresjonen må ivareta både hensyn til rehabilitering og sikkerhet. Gjennom prøveløslatelse med møteplikt og eventuelle vilkår vil friomsorgskontoret erfaringsmessig kunne fungere som bindeledd mellom domfelte, spesialisthelsetjeneste og øvrige aktører i tiden etter løslatelse fra fengsel. En hensiktsmessig progresjon med oppfølging gjennom prøveløslatelse vil kunne gi økt sikkerhet for domfelte, berørte og samfunnet.

Det følger av straffegjennomføringsloven (strgfjfl) § 42 første ledd at kriminalomsorgen kan løslate domfelte på prøve når vedkommende har gjennomført to tredjedeler av straffen og minst 60 dager. Avgjørelsen om en eventuell prøveløslatelse beror på en tilrådelighetsvurdering, jf. strgfjfl. § 42 femte ledd. Vedtak skal av hensyn til forutberegnelighet og reell klageadgang foreligge i god tid før domfelte oppnår 2/3-tid, slik at en eventuell klage kan bli behandlet i rimelig tid før 2/3 av straffen er gjennomført. I en del tilfeller, særlig ved kortere fengselsstraffer, vil det være vanskelig å treffe vedtak lang tid i forveien. Fornytt vurdering skal skje etter faste tidsfrister avhengig av straffens lengde.

En særlig utfordring er i de tilfeller der innsatte ikke får innvilget prøveløslatelse og løslatelsesspørsmålet underlegges en fortløpende vurdering. Det kan forekomme at et bestemt tiltak kommer på plass, slik at prøveløslatelse likevel fremstår som tilrådelig, eller at en tiltalebeslutning frafalles. I disse tilfeller vil en løslatelse kunne effektueres raskt. Domfelte kan også løslates kort tid før løslatelse ellers skulle skje, dersom det foreligger *særlige grunner* (såkalt fremskutt løslatelse), jf. strgfjfl. § 42 fjerde ledd.

Kriminalomsorgen skal underrette helsetjenesten (og andre samarbeidsetater) om dato for løslatelse fra fengsel eller overgang til straffegjennomføring i samfunnet, så langt som mulig 14 dager i forkant. Dette er en del av kriminalomsorgens arbeid for å forebygge risikable glippsoner.

Tiltak:

- **Kriminalomsorgen gis en underrettningsplikt om løslatelse til samarbeidende etater.**

2.5 Øke bemanningen i fengsler med lavere sikkerhet

Fengsler med lavt sikkerhetsnivå har i de senere år fått en endret målgruppe med lengre dommer, mer alvorlig kriminalitet, omfattende rusproblemer og psykiske lidelser. Cramer (2014) fant at innsatte i fengsler med lavere sikkerhetsnivå hadde like stort omfang av psykiske lidelser som innsatte i fengsler med høyt sikkerhetsnivå. Kriminalomsorgens lokaler og bemanning i disse fengslene/avdelingene er ikke godt nok tilpasset denne gruppen innsatte.

Det er forskjell på høy og lavere sikkerhet når det gjelder bemanning. I fengsel med høy sikkerhet var det 0,8 ansatt per innsattplass i 2014, mens det i lavere sikkerhet var 0,4 ansatt per plass. I praksis betyr det at ansatte i fengsler med høy sikkerhet kan ha mer tid til oppfølging av de innsatte. I fengsler med lavere sikkerhet er det også langt flere innsettelse per år. Fengselsbetjentene får mindre kjennskap til den enkelte innsatte i en slik situasjon.

Det er et stort behov for personalressurser som kan tilrettelegge for tilbakeføringsarbeid, miljøarbeid med mer for denne gruppen innsatte med relativt korte dommer. Det samme gjelder for innsatte som er overført fra høyt til lavere sikkerhetsnivå, og har behov for omfattende bistand i tilbakeføringsarbeidet. Innsatte med psykiske lidelser kan oppleve utrygghet når det er få ansatte til stede i et relativt åpent fengselsmiljø. En del innsatte isolerer seg frivillig i disse enhetene, jf strgfjl §37.åttende ledd. En særlig innsats bør rettes mot disse innsatte. Det er behov for å styrke personalressursene i fengsler med lavere sikkerhetsnivå for å kunne tilrettelegge bedre for miljøarbeid og tilbakeføringsarbeid for domfelte med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer.

Et forslag om å styrke bemanningen ved fengsler med lavere sikkerhet er i samsvar med de anbefalinger som KDI ga i rapporten "Enhetsmodellen: Lokalisering og kvalitet" av 11.12.2015.

Tiltak:

- **Øke bemanningen i fengsler med lavere sikkerhetsnivå for bedre oppfølging av sårbare innsatte.**

2.6 Egen fengselsavdeling for innsatte med alvorlige, psykiske symptomer og stor grad av aggressivitet

Noen få innsatte har svært sammensatt og kompleks problematikk og destruktiv, uhåndterlig atferd. Det er vanskelig å sikre et godt nok samlet tilbud fra både kriminalomsorgen og helsetjenesten for disse. De har ofte svært dårlig funksjonsnivå og har vanskeligheter med å bruke de ordinære tjenestene. Sikkerhetsaspektet er samtidig helt sentralt overfor disse innsatte. For at håndteringen av disse i fengsel skal være trygg, kan det måtte være opptil 3-4 tjenestemenn rundt den enkelte innsatte. Det er ikke mulig med så høy bemanning innenfor eksisterende ressursramme over tid. Kriminalomsorgen har da som eneste mulighet å utelukke disse fra fellesskap, som betyr at de holdes i isolasjon fra andre innsatte. I strgfjl. § 37. åttende ledd er det hjemlet utelukkelse fra fellesskap med andre innsatte i inntil ett år. Slik langvarig utelukkelse fra fellesskap med andre mennesker er svært uheldig.

Det ble i revidert budsjett for 2014 bevilget 5 millioner til etablering av et ressursteam for denne gruppen psykisk syke og vanskelig håndterbare innsatte ved Ila fengsel og forvaringsanstalt. Fra og med 2015 er dette en årlig bevilgning til kriminalomsorgen med 10 millioner over kap. 430, post 01. Midlene til ressursteamet ved Ila fengsel og forvaringsanstalt er gitt for at innsatte som ikke fungerer i en ordinær fengselsavdeling, skal få lufting, samvær og komme ut av isolasjonen.

Kriminalomsorgen vurderer at det i dagens situasjon er behov for å etablere en tilrettelagt nasjonal, forsterket fellesskapsavdeling i et fengsel for innsatte som ellers sitter isolert over lang tid med omfattende funksjonsfall, realitetsbrist og aggresjon som følge av dette. Det må også for denne gruppen gjøres individuelle vurderinger for å sikre retten til helsehjelp og hvordan denne

skal gis, enten som ambulant behandling i fengsel eller ved overføring til sikkerhetsavdeling. Tilstrekkelig psykisk, somatisk og nevropsykologisk utredning er i denne sammenheng sentralt.

Avdelingen vil være en forsterket fengselsavdeling med ekstra høy bemanning fra kriminalomsorgen, ikke en helseavdeling i fengsel. Tiltaket må også ses i lys av forslagene om å styrke spesialisthelsetjenesten, herunder økning av kapasitet i sikkerhetsavdelinger i psykisk helsevern for å sikre tilstrekkelig døgnbehandling for innsatte som har behov for det (kap.5.2).

Tiltak:

- **Opprettelse av en nasjonal, forsterket felleskapsavdeling for innsatte med sterkt aggressiv atferd og psykiske lidelser for å forebygge og hindre langvarig isolasjon.**

2.7 Innsatte som har psykisk utviklingshemming

Personer med psykisk utviklingshemming og psykisk lidelse har, på lik linje med andre, rett til utredning og behandling av psykisk lidelse. De har en forhøyet sårbarhet for psykiske lidelser. Behandling av personer med psykisk utviklingshemming vil ofte kreve samarbeid på tvers av fagområder og spesialiteter.

Cramers undersøkelse fra 2014 kartla ikke omfanget av domfelte med en psykisk utviklingshemming. Søndenaas gjorde en undersøkelse av innsatte med antatt psykisk utviklingshemming i fengsel i Midt-Norge i 2009 ^[1]. Hans funn kan tale for at det er flere med generelle lærevansker i fengsel enn man hittil har antatt. Han fant at ca 10 % av fengselspopulasjonen han undersøkte, kunne oppfattes å ha en psykisk utviklingshemming, mens ca 20 % ville ha en IQ under ca 80, som er i det laveste sjikt av normalbefolkningen. Det vil si at kanskje 400 personer som har en psykisk utviklingshemming, sitter i norske fengsler.

Det har ikke vært en del av mandatet å utrede situasjonen for innsatte med en psykisk utviklingshemming, men det er viktig å sikre at også denne gruppen får et godt tilbud fra helsetjenesten og kriminalomsorgen, og det er behov for en nærmere utredning av dette.

Kriminalomsorgen har ansvar for at også disse innsatte har et fengselsopphold med rammer som gir trygghet i fellesskap med andre innsatte, og hvor det kan tilrettelegges aktivisering og sysselsetting som er realistisk for den enkeltes funksjonsnivå.

I en ressursavdeling vil det kunne tilsettes spesielt egnet personell, og fengselsbetjenter i avdelingen kan gis spesifikk kompetanse. Formålet med en slik avdeling er å ivareta oppfølgingen av innsatte med særlige behov på en bedre måte. Slik avdeling er hjemlet i straffegjennomføringsloven § 11, tredje ledd, jf. § 10, andre ledd.

Tiltak:

- **Det bør vurderes å opprette ressursavdeling for særlig sårbare innsatte med psykisk utviklingshemming i ett utvalgt fengsel.**

^[1] Søndenaas E (2009) Intellectual disabilities in the criminal justice system (Doctoral theses at NTNU, 2009:6). Trondheim, NTNU (Norwegian University of Science and Technology).

3 Tiltak som kommunal helse- og omsorgstjeneste, spesialisthelsetjeneste og kriminalomsorgen kan gjennomføre sammen

I dette kapittelet drøftes tiltak som kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjeneste kan gjennomføre sammen med kriminalomsorgen for bedre forebygging, behandling og rehabilitering av personer med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, jf. mandatets p. 2.

Pasient- og brukerrettighetsloven, prioriteringsforskriften og prioriteringsveilederne danner grunnlag for en vurdering av om det foreligger en rett til nødvendig helsehjelp. Dette gjelder også for innsatte i fengsel.

Innsatte i fengsel har i langt større grad enn befolkningen for øvrig behov for tjenester fra spesialisthelsetjenesten. For mange innsatte er ikke spesialisthelsetjenesten tilgjengelig inne i fengselet. Det viser seg vanskelig å få en eksakt oversikt over hvilke ressurser som brukes av denne tjenesten inn mot det enkelte fengsel/avdeling. I forbindelse med utarbeidelse av denne rapporten ble det innhentet opplysninger fra kriminalomsorgens enheter hvor det framkommer at opp mot halvparten av fengslene ikke har fast tjenestetilbud eller avtale om bistand fra behandlende psykiater eller psykolog. Innsatte som henvises til poliklinisk behandling må dermed i stor utstrekning fremstilles. I årsrapport fra fengselshelsetjenesten i 2014 rapporteres det at min.750 fremstillinger til helsekonsultasjoner ble avlyst på grunn av mangel på bemanningsressurser til fremstilling (kan også inkludere somatisk spesialistbehandling). Dette innebærer at en del innsatte ikke får den helsehjelpen de vurderes å ha behov for.

3.1 Lovpålagte samarbeidsavtaler

Det er behov for et styrket samarbeid mellom helsetjenesten og kriminalomsorgen. Gjennom samarbeidsavtaler, arbeidet med overføringer og kompetanseutvikling på enkelte områder kan samarbeidet styrkes.

Helse- og omsorgstjenesteloven kap.6 forplikter kommuner til å inngå samarbeidsavtaler med regionale helseforetak for å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester. Helseforetakene er forpliktet til å inngå slike samarbeidsavtaler med kommuner etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1-e. Kommuner med fengsel skal i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-9 ha tilbud om helse- og omsorgstjenester til innsatte.

Tiltak

- **Inngå forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommunal helse- og omsorgstjeneste og helseforetak som bør omhandle helsetjenestetilbudet i alle fengsler.**

3.2 Samarbeidsavtaler mellom fengsel, kommune og helseforetak,

Samarbeidsavtaler mellom helseforetak, kommune og fengsel bør være forpliktende og inneholde konkrete tiltak for samarbeidet i det aktuelle fengsel. Det bør inngås avtale om at spesialisthelsetjeneste psykisk helsevern og TSB skal være tilgjengelig i fengselet på faste tider.

Tiltak:

- **Inngå samarbeidsavtaler mellom fengsel, kommunal helse- og omsorgstjeneste og helseforetak om den konkrete utformingen av de ulike etaters tjenester.**

3.3 Kompetanseutvikling

3.3.1 Kompetanseutvikling innen kommunal helse- og omsorgstjeneste

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (kapitel 8) pålegger kommunene å medvirke til undervisning, praktisk opplæring og videre- og etterutdanning. For 2014 rapporterer fire kommuner at ansatte ikke har deltatt på kurs e.l.

Cirka 50 % av sykepleiere i fengsel har videreutdanning i rusarbeid og/eller psykisk helse.

Spesialisthelsetjenesten har ansvar for veiledning av primærhelsetjenesten. Nasjonale kompetansesentra har også et veiledningsansvar for helse- og omsorgstjenestene.

Grunnutdanningen for helsepersonell gir imidlertid ikke kunnskap om fengselet som institusjon, innsattes helsestatus eller kriminalomsorgens regelverk og ansvarsområde.

Tiltak: Kompetanseutvikling for helse- og omsorgstjenesten

a) Nettkurs for sykepleiere og leger om helsetjenester til innsatte i fengsel.

b) Styrke fylkesmennenes oppdrag om kompetansehevede tiltak for ansatte i fengsel.

c) Veiledning fra spesialisthelsetjenesten til ansatte i fengselshelsetjenesten og kriminalomsorgen

3.3.2 Kompetanseutvikling innen spesialisthelsetjeneste psykisk helsevern og rus (TSB)

Oppbygging av kompetanse bør spesielt omfatte de kliniske utfordringer som personer med alvorlig personlighetsforstyrrelse, voldstendenser og seksualisert vold medfører, og som det er en overrepresentasjon av i fengselspopulasjonen. Det krever god forståelse for de rammene som pasientene/innsatte befinner seg i, og at man samarbeider godt med kriminalomsorgen når det er nødvendig.

For å styrke samordning og få til et bedre system for dette faglige utviklingsarbeidet er det viktig å se alle kompetansemiljøer under ett og vurdere hva som er, og skal være, deres ”spisskompetanse”. Kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri og regionale sikkerhetsavdelinger må samarbeide med RVTS, kompetansetjenester innen rusområdet i kommune og spesialisthelsetjeneste (Nasjonal kompetansetjeneste for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)). Som en del av styrkingen må det tas i betraktning hvordan man best kan bygge på det eksisterende vs. å etablere nye tiltak.

Tiltak:

- **Etablere FOU-enheter innen kompetansesentrene i samarbeid med regionale sikkerhetsavdelinger med ansvar for forsknings- og kunnskapsutvikling, opplæring og veiledning til helsetjenesten og kriminalomsorgen.**

3.3.3 Kompetanseutvikling innen kriminalomsorgen

Kriminalomsorgens utdanningssenter (KRUS) er nå høyskoleakkreditert og den toårige utdanningen for fengselsbetjenter gir 10 studiepoeng. Opplæring vedrørende psykisk helse og rusmiddelproblemer har vært stadig høyere prioritert i studieplanen, både under teoridelen på skolen og praksisdelen i anstalt. Mange av de tilbudene som gis som etter- og videreutdanning, der både generell kunnskap tilføres og opplæring gis i å lede ulike påvirkningsprogram for innsatte, omhandler psykisk helse (jf.kap.9.3. Kompetanse i kriminalomsorgen).

KRUS bør fortsette utviklingen av metoder for miljøarbeid og tilrettelagte aktiviteter for psykisk

syke innsatte. Den isolasjonen som følger av frihetsberøvelsen, bør kompenseres med helsefremmende aktivitet.

Kompetanseutviklingstilbudet om psykiske lidelser og rusmiddelproblemer bør styrkes i kriminalomsorgen. Fængselsbetjentutdanningen skal gjennomgås med henblikk på styrking av kompetanse på dette fagfeltet. Etter- og videreutdanningstilbudet om psykiske lidelser og rusmiddelproblemer bør også styrkes for ansatte i fængsel og friomsorgskontor.

Tiltak:

- **Styrke kompetanseutvikling i kriminalomsorgen om psykiske lidelser og rusmiddelproblemer.**

3.4 Forebygging av overdosedødsfall ved løslatelse fra fængsel

Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet ”I trygge hender 24-7” har igangsatt et arbeid for å forebygge overdosedødsfall etter løslatelse fra fængsel. Bakgrunnen for dette er at personer som tar opioider med sprøyte, har en forhøyet risiko for å dø av overdose fire til seks uker etter løslatelse fra fængsel. Arbeidet er forankret i Nasjonal overdosestrategi (2014 – 2017) og ledes av Pasientsikkerhetsprogrammet (Helsedirektoratet). KDI er samarbeidspart i arbeidet.

Det er utarbeidet et sett med tiltak som skal bidra til å forebygge overdosedødsfall etter løslatelse fra fængsel. Tiltakene er utarbeidet av en ekspertgruppe sammensatt av representanter fra kriminalomsorgen og helsetjenesten, og skal gjennomføres av kriminalomsorgen og helsetjenesten i fængselet. Tiltakspakken inneholder kunnskap, råd og forholdsregler både til den som skal løslates og til ansatte i fængsel⁴. I april 2016 ble det arrangert kickoffseminar i 3 pilotfængsler. Erfaringene fra pilotene danner grunnlag for implementering av tiltaket nasjonalt. På BrukerRop-møtet 2.2.16 ble det understreket at overdoseforebygging i fængsel er et viktig tiltak.

Tiltak:

- **Vurdere nasjonal utrulling av tiltakspakke for forebygging av overdosedødsfall ved endt straffegjennomføring.**

4 Behov for behandlingstilbud for innsatte med atferdsavvik

Her drøftes tiltak for at innsatte med atferdsavvik, som seksuallovbrudd og annen aggressiv atferd, kan få bedre behandling og oppfølging, jf. mandat p. 3. Dette sees i sammenheng med bl.a. tiltak i Tiltaksplan for bekjempelse av vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014–2017).

⁴ Tiltakene som skal piloteres er: 1) Innkomsamtale med helse- og omsorgstjenesten i fængsel, 2) Informasjon om overdosefare og livredning, 3) Løslatelsessamtale individuelt eller i gruppe og 4) Time i hånden med helsetjenesten, NAV eller andre instanser ved løslatelse.

4.1 Voldsatferd

Det er utviklet sinnemestringskurs ved St.Olavs hospital, Brøset, samt ved Haukeland Universitetssjukehus, Klinikk for sikkerhetspsykiatri. Det finnes også kognitive program for sinnemestring i kriminalomsorgen, og det er enkelte private tilbydere som gir behandling av voldstilbøyelighet. Det er behov for økt kompetanse på behandling av voldsatferd.

4.2 Seksualovergrep

Behovet for å utvikle behandlingsmetoder for ulike former for voldskriminalitet vil også i store trekk gjelde for behandling av sedelighetsdømte. Vold må forutsettes å være til stede når en person utøver seksualiserte overgrep. Det vil være ønskelig at kompetansesentrene på dette feltet bidrar til utvikling av behandlingsmetoder.

4.2.1 Eksisterende samarbeid mellom kriminalomsorgen og helsetjenesten – behandling for sedelighetsdømte

Det drives for tiden flere behandlingsprogram for seksualovergripere, hvor også kriminalomsorgen er involvert:

Ved Åna fengsel har Stavanger Universitetssjukehus i samarbeid med kriminalomsorgen tilbud om et endringsprogram for sedelighetsdømte. I fengselet er det en egen skjermet avdeling hvor sedelighetsdømte kan sone. Programmet er basert på The Prison Service Sex Offender Treatment Programme (SOTP), ”Good Lives Model” og kognitiv terapi.

I Bergen fengsel drives det et nasjonalt behandlingsprogram for sedelighetsdømte (SOTP), som er et samarbeidsprosjekt mellom Bergen fengsel og Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri i Helseregion Vest. Domfelte som ønsker å delta i program, bor på en egen fløy i fengselet. Inkluderingskrav er minst 6 måneders fengsel, IQ på minst 80, og ha erkjent forholdet.

Ila fengsel- og forvaringsanstalt tilbyr ROS (Relasjon og Samspill), som er et kognitivt-dynamisk program for sedelighetsdømte. ROS bygger på en ikke-konfronterende gruppebehandling rundt bl.a. angst, depresjon, skyld og skam. Det er ikke krav om at innsatte skal ha erkjent sin kriminalitet. ROS har to fengselsansatte som gruppeledere med veiledning av psykolog hver annen uke.

Agder friomsorgskontor har i samarbeid med Sørlandet sykehus siden 1992 hatt et tilbud om gruppeterapi til menn som er dømt for seksuelle overgrep, og som erkjenner overgrepet. Tiltæringen er en åpen terapeutisk samtale og ledes av 2 erfarne terapeuter i friomsorgskontorets lokaler.

Trondheim fengsel har siden 2003 hatt et tilbud om kognitiv gruppebehandling for sedelighetsdømte drevet av Brøset Kompetansesenter i samarbeid med fengselet. Programmet har vært det samme som brukes i Bergen fengsel (SOTP) (programmet er p.t. ikke aktivt).

4.3 Styrking av behandlingstilbudet for volds- og sedelighetsdømte i fengsel

Det er behov for å utvikle forskningsbaserte metoder for slik behandling i fengsel. Kompetansesenteret for fengsels-, sikkerhets- og rettspsykiatri har i samarbeid med kriminalomsorgen startet et behandlingsprosjekt for å utvikle en systematisk metode for behandling av seksualovergripere, som også følges opp forskningsmessig. Det er stort behov for at de behandlere som arbeider med fengselspopulasjonen, kan tilby flere innsatte som er dømt for

kriminalitet med vold/sekstualovergrep differensiert behandling innenfor den offentlige helsetjenesten. Det er i dag stort sett private aktører som tilbyr slik behandling.

Sedelighetsdømte og innsatte med voldsproblematikk med samtidig psykiske lidelser må få vurdert sitt behandlingsbehov ut fra individuelle forhold og i henhold til prioriteringsveileder for psykisk helsevern.

Tiltak:

- **Behandling til sedelighetsdømte og innsatte med voldsproblematikk med samtidig psykiske lidelser bør styrkes. Dette bør ses i sammenheng med forslag om områdefunksjon, jf pkt.5.1.**
- **Undervisning og veiledning bør skje i regi av Kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri og regionale sikkerhetsavdelinger.**

5 Organisatoriske og strukturelle tiltak for å styrke samarbeid og tilgang til psykisk helsevern og TSB

I dette kapittelet drøftes og foreslås organisatoriske og strukturelle tiltak som kan bidra til å styrke samarbeidet mellom kriminalomsorgen og helsetjenesten for å bedre arbeidet med innsattes psykiske helse- og rusmiddelproblemer, jf. mandat p. 4.

5.1 Områdefunksjon innen psykisk helsevern for innsatte med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer

Det foreslås at tilbudet til innsatte fra både psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling styrkes gjennom god tilgjengelighet av spesialisthelsetjenesten ved psykisk helsevern og TSB i fengslene og ved å sikre bruk av riktig kompetanse.

Det foreslås at tilbudet områdeorganiseres, i betydning bedre samordnet tjeneste med samlet og god kompetanse på fengselsområdet for innsatte med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. En områdefunksjon kan for eksempel innebære at et RHF beslutter hvilke DPS/klinikker som skal ha hovedansvaret for å yte tjenester til ett eller flere fengsler i regionen. Organisering må tilpasses regionale forhold. Det bør være tydelig hvem som yter disse tjenestene til enhver tid.

Gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse er det etablert 75 DPS over hele landet. Disse har hovedansvaret for å yte spesialisthelsetjenester til befolkningen i et gitt geografisk område. Det forventes at alle enheter har kompetanse og kan tilby behandling til et bredt spekter av psykiske lidelser.

Tilbudet fra psykisk helsevern og TSB til innsatte er ulikt organisert. Om lag 20 av de 35 fengslene med underavdelinger (totalt 52 enheter) som finnes i dag, har ikke et fast tjenestetilbud eller avtale om dette til innsatte. Det finnes totalt 4173 fengselsplasser, som så og si til enhver tid er fylt. De fleste steder må innsatte framstilles av fengselsbetjenter til behandling utenfor fengselet. På grunn av mangel på personell i fengslene blir mange av disse framstillingene avlyst. I 2014 var tallet mer enn 750 avlyste behandlingsavtaler. Innsatte med behov for helsehjelp

mister dermed denne muligheten til behandling.

Alle DPS kan ikke ha kapasitet og kompetanse til behandling av innsatte. Dette ville kreve betydelige ressurser og ikke være hensiktsmessig. En områdeorganisering vil sikre et godt behandlingstilbud. Det er i løpet av de siste årene etablert rusmestringsenheter i 13 fengsler. I enkelte fengsler brukes kompetansen fra poliklinikk direkte overfor innsatte i enhetene. Den foreslåtte modellen for «områdefunksjon» er her prøvd ut i praksis. Et styrket DPS med områdefunksjon for både psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer kan være et alternativ for fengsler som ikke har rusmestringsenheter.

En områdefunksjon kan for eksempel ivaretas i en sikkerhetsavdeling, et DPS eller annen enhet i et HF. I Helse Stavanger har de for eksempel lagt ansvaret for helsetjenesten til de innsatte i seksjon for sikkerhet. Helse Nord-Trøndelag (tilknyttet Verdal fengsel, hvor det ofte er korte dommer) gir behandling via ordinær poliklinikk (ved fremstilling fra fengselet). Ved Ila fengsel og forvaringsanstalt er det egne team inne i fengselet fra Bærum DPS. I faggruppene ble det også foreslått en organisering gjennom oppsøkende behandlingsteam som ACT/FACT-team.

Det er behov for en grundigere faglig, juridisk, økonomisk og administrativ vurdering av dette forslaget. Funksjonen må vurderes blant annet opp mot viktige helsefaglige mål om nærhet og god tilgjengelighet til tjenestene og best mulig kvalitet. Aktuelle momenter som bør tas i betraktning vil for eksempel være:

- Antall DPS/poliklinikker som kan være aktuelle
Hvor bredt nedslagsfelt et slikt DPS vil ha (antall fengsler/antall innsatte/geografisk plassering o.l.)
- Antall personer som vil trenge behandling/andel som får hjelp i dag
- Nærhet og god tilgjengelighet til tjenestene som viktige førende prinsipper
- Behov for ekstra/tilleggsressurser/kompetansesammensetning o.l.
- Hvorvidt dette bør organiseres som oppsøkende team (ACT/FACT mv)
- Ved oppsøkende team ved DPS; – avstander, behov for transport m.m.

Tiltak:

- **Tilbud fra psykisk helsevern og/eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) til innsatte etableres som egen områdefunksjon i helseregionene.**

5.2 Innsatte med alvorlig psykisk lidelse, atferdsforstyrrelse og voldsrisiko

Enkelte innsatte kan ha en så krevende atferd i fengselet på grunn av sin psykiske tilstand, at innleggelse i en sikkerhetsavdeling i psykisk helsevern anses som det aktuelle tiltak for blant annet å sikre grundige utredninger av helsetilstanden.

Dersom den innsatte har fått rett til nødvendig helsehjelp innen psykisk helsevern, er helseforetaket pliktig til å gi et tilbud til den innsatte innen en fastsatt frist. Kriminalomsorgen på sin side skal bidra til at personer som må antas å fylle vilkårene for tvungent psykisk helsevern, og som selv ikke gir søker behandling, blir undersøkt av lege. Som offentlig myndighet kan kriminalomsorgen begjære tvangsvern. Det vises til psykisk helsevernloven § 3-6.

Slike hensyn er viktige når kapasitet og innretning av tjenestene for denne gruppen skal vurderes. I dag kan det se ut som om det er større behov for døgnopphold ved enkelte sikkerhetsavdelinger i psykisk helsevern enn det er dimensjonert for. En styrking av tilbudet i kommune og ordinært psykisk helsevern bør også inngå i vurderingen. Helsedirektoratet har gitt oppdrag til Oslo universitetssykehus HF ved kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri om en statusbeskrivelse og vurdering av kompetanse, bemanning og kapasitet i norsk sikkerhetspsykiatri. Rapport vil foreligge i løpet av våren 2016.

Tiltak:

- **Det bør utredes nærmere om det er behov for å øke kapasiteten i sikkerhetsavdelinger for å sikre tilstrekkelig døgnbehandling for innsatte med behov for det.**

6 Utvidelse av mandatet til rusmestringsenhetene (RME) til å inkludere innsatte med psykiske lidelser?

I mandatet blir arbeidsgruppen bedt særlig om å vurdere om det er hensiktsmessig å utvide mandatet til rusmestringsenhetene til å inkludere innsatte med psykiske lidelser, eller om det bør etableres egne mestringsenheter for innsatte med psykiske lidelser (uten rusmiddelproblemer).

6.1 Nærmere om rusmestringsenheter

Det er etablert rusmestringsenhet i 13 fengsler. Rusmestringsenhetene er et samarbeid mellom kriminalomsorgen og spesialisthelsetjenesten ved tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) om behandling og rehabilitering av innsatte med rusmiddelproblemer. I rusmestringsenhetene har fengslene styrket bemanningen, og spesialisthelsetjenesten tilbyr poliklinisk behandling ved psykolog inne i enhetene. I de fleste rusmestringsenhetene gis behandlingen av poliklinikker tilknyttet distriktspsykiatrisk senter (DPS), mens i enkelte enheter fra sosialmedisinsk poliklinikk. Det gis bistand til innsatte med psykiske problemer, men behandling for omfattende psykiske lidelser gis av psykisk helsevern. Etter opphold i rusmestringsenhet kan behandlingen videreføres i institusjon etter strgfjl §12 eller i TSB-poliklinikk. Det var 541 som søkte om opphold i rusmestringsenhet i 2015, mens 262 fikk innvilget opphold i en rusmestringsenhet dette året.

I 2013 kom det eget rundskriv for rusmestringsenhetene og i 2016 ferdigstilles den faglige veilederen.

To fengsler har ”Stifinneravdeling”, som er et samarbeid mellom kriminalomsorgen og Tyrilistiftelsen om rusbehandling i fengsel. De aller fleste overføres fra Stifinneren i fengsel til behandlingsinstitusjon etter strgfjl § 12 og får prioritert institusjonsplass i Tyrilistiftelsen. 73 innsatte søkte opphold og behandling i Stifinneravdeling i 2015, hvorav 50 innsatte fikk tilbud. Årsstatistikken for rusmestringsenhetene og for Stifinneren for 2015 forteller at det var mer enn dobbelt så mange søkere til disse tilbudene enn det finnes plasser.

6.2 Utvidelse av rusmestringsenhetenes mandat eller etablering av egne mestringsenheter for innsatte med psykiske lidelser frarådes

Faggruppene har drøftet hvorvidt man bør utvide rusmestringsenhetene til også å gjelde innsatte med psykiske lidelser. Verken faggruppene eller direktoratene anbefaler at dette gjøres på det nåværende tidspunkt.

Bakgrunnen er blant annet at innsatte med psykiske problemer uten rusmiddelproblemer bør ivaretas av den ordinære helsetjenesten i fengselet, eventuelt henvises til spesialisthelsetjenesten. Der det er etablert rusmestringsenheter, vil disse selvsagt ha et ansvar for å behandle personer med rusmiddelproblemer som har lettere psykiske lidelser, og samarbeide med psykisk helsevern ved behov.

7 Forslag til tiltak med administrative og økonomiske konsekvenser

Den samlede økonomiske konsekvensen for kriminalomsorgen og helsetjenesten beløper seg så langt til i størrelsesorden 100 millioner kroner. Vi mener at tiltakene som er foreslått er av en slik viktighet for innsattes psykiske helse og rusmiddelproblemer at økonomiske konsekvenser i en slik størrelsesorden kan begrunnes.

1. Kriminalomsorgen lager tiltaksplan for forebygging av selvmord i fengsel (kap. Forebygging av selvmord 2.1)

Tiltaket vil ikke ha vesentlige økonomiske og administrative konsekvenser for kriminalomsorgen eller helsetjenesten.

2. Økt aktivisering av sårbare innsatte ved delte arbeidsdager (kap. 2.2)

Piloter i 3 fengsler med delt arbeidsdag skal øke aktiviseringen av sårbare innsatte. Tiltaket er estimert å gi en merkostnad for kriminalomsorgen der det forutsettes to nye årsverk á ca 0,6 mill. kroner til hver pilotenhet.

Tiltaket vil ikke ha vesentlige økonomiske og administrative konsekvenser for helsetjenesten.

3. Videreutvikling av BRIK for kartlegging ved endt straffegjennomføring (kap. 2.3)

Tiltaket vil ikke ha vesentlige økonomiske og administrative konsekvenser for kriminalomsorgen eller helsetjenesten.

4. Kriminalomsorgen gis en underretningsplikt om løslatelse til samarbeidende etater (kap. 2.4)

Tiltaket vil ikke ha vesentlige økonomiske og administrative konsekvenser for kriminalomsorgen eller helsetjenesten.

5. Øke bemanningen i fengsler med lavere sikkerhetsnivå for bedre oppfølging av sårbare innsatte (kap. 2.6)

Tiltaket er estimert til å gi en merkostnad for kriminalomsorgen på om lag 7 mill. kroner. I beløpet er det forutsatt to nye årsverk a ca 0,6 mill. i 6 fengsler.

Tiltaket vil ikke ha vesentlige økonomiske og administrative konsekvenser for helsetjenesten.

6. Opprettelse av en nasjonal, forsterket fellesskapsavdeling for innsatte med sterkt aggressiv atferd og psykiske lidelser for å forebygge og hindre langvarig isolasjon (kap. 2.6)

Etablering vil koste i størrelsesorden 15 mill. kroner i investeringsutgift, inkl. engangsinvesteringer i utstyr og inventar ved ombygging. Kriminalomsorgens utgift til drift av fellesskapsavdelingen er estimert til om lag 15 mill. kroner, hovedsakelig til utgifter til bemanning. I tillegg vil det påløpe om lag 1 mill. kr i økt årlig husleie til Statsbygg.

Tiltaket vil ikke ha vesentlige økonomiske og administrative konsekvenser for helsetjenesten.

7. Opprettelse av ressursavdeling for innsatte med psykisk utviklingshemming (kap. 2.7)

Opprettelse av en ressursavdeling er estimert å medføre en årlig merkostnad for kriminalomsorgen og opplæringssektoren på til sammen ca. 20-25 mill. kroner for en enhet med 10 innsatte. Siden enheten ikke er prosjektert, foreligger ikke estimat for hvor mye en slik enhet vil koste å etablere.

Tiltaket vil ikke ha vesentlige økonomiske og administrative konsekvenser for helsetjenesten.

8. Inngå forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommune og helseforetak om spesialisthelsetjenester i alle fengsler (kap.3.2).

Tiltaket vil ikke ha vesentlige økonomiske og administrative konsekvenser for kriminalomsorgen eller helsetjenesten.

9. Det bør inngås samarbeidsavtaler mellom fengsel, helse- og omsorgstjenesten og helseforetak om den konkrete utformingen av de ulike etaters tjenester (kap.3.2).

Tiltaket vil ikke ha vesentlige økonomiske og administrative konsekvenser for kriminalomsorgen eller helsetjenesten.

10. Kompetanseutvikling for helse- og omsorgstjenesten (kap.3.3.1):

10.1. Nettkurs for sykepleiere og leger om helsetjenester til innsatte i fengsel.

10.2. Styrke fylkesmennenes oppdrag om kompetansehevede tiltak for ansatte i fengsel

10.3 Veiledning fra spesialisthelsetjenesten til ansatte i fengselshelsetjenesten og kriminalomsorgen

For helsetjenesten kan en belastningsfullmakt til fylkesmennene ha begrenset kostnad på f.eks 0,5 mill. kroner.

Tiltaket vil ikke ha vesentlige økonomiske og administrative konsekvenser for kriminalomsorgen.

11. Etablere FOU-enheter innen kompetansesentrene i samarbeid med regionale sikkerhetsavdelinger med ansvar for forsknings- og kunnskapsutvikling, opplæring og veiledning til helsetjenesten og kriminalomsorgen (kap. 3.3.2)

Dette er estimert til 10 mill. Dette må ses i sammenheng med kapittel 3.3.2 om kompetanseutvikling innen spesialisthelsetjenesten og TSB, og forslaget om å etablere områdefunksjoner for å yte tjenester til innsatte i fengslene.

Tiltaket vil ikke ha vesentlige økonomiske og administrative konsekvenser for kriminalomsorgen.

12. Styrket kompetanseutvikling i kriminalomsorgen om psykiske lidelser og rusmiddelproblematikk (kap.3.3.3)

Tiltaket vil ikke ha vesentlige økonomiske og administrative konsekvenser for kriminalomsorgen eller helsetjenesten.

13. Tiltakspakke for å forebygge overdosedødsfall ved endt straffegjennomføring (kap. 3.4)

Tiltaket er estimert å gi en merkostnad på om lag 3 mill. kroner for kriminalomsorgen ved nasjonal utrulling av tiltaket (i hovedsak knyttet til prosjektledelse, reiseutgifter og utgifter til opplæring og veiledning for enhetene).

Tiltaket vil ha økonomiske konsekvenser for helsetjenesten. Det er så langt avsatt kr. 500 000 i Helsedirektoratet gjennom overdosestrategien og det må påregnes ytterligere kostnader. Dette er under utredning mellom Helsedirektoratet, KDI og Kriminalomsorgens utdanningscenter (KRUS).

14. Styrking av behandlingstilbudet for volds- og sedelighetsdømte (kap.4.3)

a) Behandling til sedelighetsdømte og innsatte med voldsproblematikk med samtidig psykiske lidelser bør styrkes

b) Undervisning og veiledning i regi av Kompetansesentrene for sikkerhets-, - fengsels- og rettspsykiatri og regionale sikkerhetsavdelinger.

Behandling til sedelighetsdømte og innsatte med voldsproblematikk bør styrkes og kan gis fra det DPS som får en områdefunksjon i samarbeid med Kompetansesentrene for sikkerhets-, - fengsels- og rettspsykiatri. Undervisning og veiledning bør skje i regi av Kompetansesentrene for sikkerhets-, - fengsels- og rettspsykiatri og regionale sikkerhetsavdelinger.

Dette må ses i sammenheng med tiltak 14 og de kostnadsvurderingene som ligger der.

Tiltakene vil ikke ha vesentlige økonomiske eller administrative konsekvenser for kriminalomsorgen.

15. Tilbud fra psykisk helsevern og/eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) til innsatte etableres som egen områdefunksjon i helseregionene (kap.5.1)

Når det gjelder organisering av en områdefunksjon, er det behov for en grundigere faglig, juridisk, økonomisk og administrativ vurdering av forslaget utover hva denne rapporten har tillatt. Funksjonen må vurderes blant annet opp mot viktige helsefaglige mål om nærhet og god tilgjengelighet til tjenestene og best mulig kvalitet. Se omtale av eksempler på forhold som bør utredes i kap. 5.1.

For å opprette områdefunksjoner som betjener ett eller flere fengsler i regionene estimeres en kostnad på 40 mill. kroner per år. Anslaget er basert på at 15-20 fengsler ikke har ambulans virksomhet i fengsel i dag. Anslaget omfatter også styrking av tilbudet til volds- og sedelighetsdømte, samt annen kompetanseheving som bør ivaretas innenfor rammene av områdefunksjonen. Dette er et forsiktig anslag.

En nærmere vurdering av tiltaket kan gis i oppdrag til RHF'ene, herunder foreta en kostnadsvurdering.

Tiltakene vil ikke ha vesentlige økonomiske eller administrative konsekvenser for kriminalomsorgen.

16. Det bør utredes nærmere om det er behov for å øke kapasiteten i sikkerhetsavdelinger, for å sikre tilstrekkelig døgnbehandling for innsatte med behov for det (kap.5.2)

For helsetjenesten må tiltaket utredes videre.

Tiltaket vil ikke ha vesentlige økonomiske eller administrative konsekvenser for kriminalomsorgen.

Del II: Bakgrunn og status i tjenestene

8 Forekomst av psykiske lidelser og rusmiddelproblemer hos domfelte i norske fengsler

I oppdragsbrevet for denne rapporten vises det til undersøkelsen som Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helse Sør-Øst foretok med støtte fra Helsedirektoratet og Kriminalomsorgsdirektoratet (V.Cramer, 2014). Den viser at forekomsten av psykiske lidelser blant domfelte i norske fengsler er betydelig høyere enn i befolkningen ellers. I dette kapitlet vises det til noen av de mer sentrale funnene i nevnte undersøkelse og i rapporten "Innsattes levekår 2014: før, under og etter soning", (SSB 2014), samt i aktuelle deler av rapportene til Sivilombudsmannens forebyggingsenhet etter besøk til utvalgte norske fengsler. Situasjonen for varetektsinnsatte er omtalt for seg siden denne gruppen var ekskludert fra både Cramers undersøkelse og SSBs levekårsundersøkelse av 2014.

8.1 Forekomst av psykiske lidelser og levekårsutfordringer

Det har ikke tidligere blitt gjennomført en så omfattende studie av innsattes psykiske helsetilstand som i undersøkelsen ”Forekomst av psykiske lidelser hos domfelte i norske fengsler” (V.Cramer, 2014).⁵ Undersøkelsen viser at 78% har symptomer på en eller flere personlighetsforstyrrelser (i normalpopulasjon i Oslo og Sogn og Fjordane var dette hhv 13 og 8 %). 65% var rusmiddelavhengige for innsettelse, 42% hadde symptomer på angstlidelse, 23% på stemningslidelse (manisk/depressiv), 18% hadde symptomer forenlig med ADHD og 4,1% symptomer forenlig med pågående psykose. Undersøkelsen viste at 92 % av utvalget i undersøkelsen viste tegn på personlighetsforstyrrelse eller en psykisk lidelse. Undersøkelsen tyder på at livtidsforekomsten av psykiske lidelser blant domfelte i fengsel er langt høyere enn i befolkningen for øvrig, og har et annet mønster av lidelser.

En klar overvekt av respondentene hadde høy forekomst av samsykelighet. Funnene samsvarer med funn i tilsvarende utenlandske undersøkelser. Det ble ikke funnet vesentlige kjønnsforskjeller. Diagnosene er ikke kliniske sykdomsdiagnoser, men anslag på forekomsten av psykiske lidelser i utvalget. De anslag som er gitt, forteller derfor ikke noe om hvilke behandlingsbehov og -tilbud funnene innebærer. Forekomsten av psykiske lidelser i undersøkelsen kan omfatte både tilstander og personer som ikke trenger eller ønsker behandling, og de som har behov for og rett til behandling. Undersøkelsen inneholder heller ikke beskrivelse av eller forslag til organisering av et helsetjenestetilbud til innsatte som kunne etterkomme innsattes behov for behandling.

Rapporten ”Innsattes levekår 2014: før, under og etter soning” (SSB 2014) viser at 23 % av innsatte har en psykisk lidelse de jevnlig tar legemidler for, og 35 % oppgir at de har fått behandling for psykiske problemer før innsettelse. Levekårsrapporten slår fast at andelen som brukte alkohol før innsettelse er høyere blant innsatte. Innsatte har lavere utdanning, færre er i arbeid og mange har dårlig økonomi. Dette er indikasjoner på at innsatte gjennomgående har dårligere helse enn befolkningen for øvrig, ikke bare psykisk, men også somatisk helse. Levekårsrapporten viser videre at et lite flertall av innsatte sier de har noen å snakke med om hvordan de har det: 31 prosent sier at de kan snakke med kontaktbetjent, 16 prosent at de kan snakke med andre betjenter, 10 prosent oppgir å snakke med prest eller annen religiøs leder. Mindre enn 10 prosent sier at de kan snakke med helsepersonellet som jobber i fengselet, sosialkonsulent, visitor eller fritidsleder. En stor andel av alle innsatte har mange tillitsbrudd gjennom en vanskelig barndom og mange har vært i kontakt med barnevernet.

Levekårsrapporten viser også at nær en tredjedel av de innsatte oppga at de på et tidspunkt før innsettelse hadde behov for psykiatrisk behandling uten å få det, inkludert personer som ikke hadde fortalt noen om behovet. Nær en tredjedel har opplevd å bli utsatt for vold og trusler det siste året før innsettelse. Behovet for å bygge tillit og få positiv bekreftelse må derfor være grunnleggende for mange innsattes psykiske helse.

Varetektsinnsatte

Ingen av de ovennevnte undersøkelsene omfatter varetektsinnsatte, men det er grunn til å framheve det spesielt utfordrende i deres situasjon, siden dette er en svært sårbar gruppe. De fleste selvmord som skjer i fengsel skjer under varetekt og ofte kort tid etter innsettelse (jf. kap.2.1). Utvikling av psykose som en del av abstinens, er ikke sjelden i varetekt. Varetektstiden

⁵ Utvalget var totalt 857 domfelte kvinner og menn (av en totalpopulasjon på ca 3650 innsatte). Et representativt utvalg av alle domsinnsatte i fengslene ble undersøkt med et omfattende, strukturert diagnostisk intervju.

er for mange preget av følelse av maktesløshet og fortvilelse. Ekstra utfordring er det for varetektsinnsatte som sitter på brev- og besøksforbud og andre restriksjoner etter anmodning fra politiet. Disse trenger at det tilrettelegges spesielt for forutsigbare rutiner, sansestimuli og muligheter til aktivitet. En viktig kilde til bekymring hos varetektsinnsatte er økonomi og vanskelige sosiale forhold. Det er viktig at sosialtjenesten i fengsel er dimensjonert for å gi råd og hjelp i dette.

8.2 Sivilombudsmannens forebyggingsenhet

Sivilombudsmannen ble i juni 2013 tildelt oppgaven som Norges forebyggingsorgan etter at Norge hadde tilsluttet seg FNs torturkonvensjons tilleggsprotokoll (OPCAT), og det ble opprettet en egen avdeling, "Forebyggingsenheten mot tortur og umenneskelig behandling ved frihetsberøvelse". Enheten skal foreta besøk til steder der mennesker er, eller kan være, frihetsberøvet. I 2014 besøkte enheten to fengsler (Tromsø fengsel og Bergen fengsel), og fem i 2015 (Trondheim fengsel, Bjørgvin Ungdomsenhet, Ringerike fengsel, Telemark fengsel, Skien avdeling, og Kongsvinger fengsel).

Ifølge sivilombudsmannsloven § 10 syvende ledd har myndighetene plikt til å vurdere anbefalingene og innlede dialog om mulige gjennomføringstiltak (2014, s. 18). Anbefalingene vedrørende helsetjenesten i fengslene dreier seg stort sett om å forbedre samme type forhold i fengslene som er besøkt. Blant mange anbefalinger er følgende forhold nevnt i årsrapport fra de to fengselsbesøkene (Tromsø fengsel og Bergen fengsel) i 2014:

- helsevurdering og medisinformasjon bør skje innen ett døgn
- samtaleforespørsler bør innfris innen ett døgn
- helsetjenesten og fengselet bør samarbeide og sikre kontroll av medisindeling, med spesialisthelsetjenesten i tillegg når det gjelder LAR-behandling
- fengselsbetjentene bør få veiledning i å innhente samtykke fra den innsatte når det gjelder deling av informasjon mellom fengsel og helsetjeneste, og sørger for at informasjon fra innsatt til helseavdeling kan gjøres i fortrolighet,
- fengsel og helsetjeneste bør samarbeide om å kartlegge og følge opp spesielt sårbare innsatte, slik at de ikke isoleres, men har tilrettelagt fellesskap og aktivisering, og
- innsatte med psykiske lidelser bør sikres helsehjelp.

9 Bakgrunn om kriminalomsorgen

Formålet med dette kapittelet er å redegjøre kort for rammene for kriminalomsorgens virksomhet, samt de ulike måtene å gjennomføre straff på. Rapporten og forslagene til tiltak er i hovedsak innrettet mot straffegjennomføring og varetekt i fengsel, da det forutsettes at domfelte som gjennomfører sin straff i samfunnet skal benytte seg av de tjenestetilbud som er tilgjengelig i samfunnet forøvrig. Imidlertid er overgangen fra fengsel til straffegjennomføring i samfunnet en potensiell glippson. Tilsvarende kan straffegjennomføring i samfunnet innebære en bedre tilrettelegging for innsatte med særskilte behov og kan være et nødvendig skritt i et soningsforløp.

Kriminalomsorgens virksomhet reguleres av Lov om gjennomføring av straff mv. (straffegjennomføringsloven) fra 1.mars 2002 med forskrift og retningslinjer.

Kriminalomsorgen har ansvar for å tilrettelegge for helsetjenestens arbeid i fengsel, jf. strgfjl § 4, som for andre "importerte tjenester" til innsatte. Kriminalomsorgens rolle er å gjennomføre

varetektsfengsling og straffereaksjoner på en måte som er betryggende for samfunnet og som motvirker straffbare handlinger. Det skal legges til rette for at lovbrøtere kan gjøre en egen innsats for å endre sitt kriminelle handlingsmønster. Det legges vekt på hurtig iverksettelse av straffgjennomføring og varetekt, tilrettelegging for en kriminalitetsfri tilværelse etter gjennomført straff, trygghet under straffgjennomføring og varetekt, effektiv drift og en kunnskapsbasert kriminalomsorg.⁶

9.1 *Straffgjennomføring i fengsel*

Det finnes 40 fengsler i Norge, noen med flere underavdelinger som kan være plassert i ulike kommuner (til sammen 52 enheter). Per april 2016 er tallet på innsatte totalt 4045. Fengslene har forskjellig grad av sikkerhet, dvs. høy og lavere sikkerhetsnivå, i tillegg til overgangsboliger (som også er fengsler). Det er fire kvinnefengsler,⁷ og det er tre kvinneavdelinger i mannsfengsler. Per 1.2.2016 var det totalt 220 kvinner i fengsel, hvorav 86 av disse satt i mannsfengsler uten spesiell avdeling for kvinner. Kongsvinger fengsel er for domfelte som skal utvises ved løslatelse. En avdeling under Ullersmo fengsel, Norgerhaven fengsel, befinner seg på nederlandsk territorium, men forvaltes etter norsk straffgjennomføringslov.

Forvaring kan idømmes tilregnelige lovbrøtere når en ordinær, tidsbegrenset fengselstraff ikke anses tilstrekkelig for å ivareta samfunnsvernet. Dom på forvaring forutsetter at det er begått alvorlig kriminalitet. Det må også være en nærliggende fare for at han eller hun på ny vil begå en slik alvorlig forbrytelse. Forvaringsdommen forutsettes å skulle gjennomføres mer individuelt tilrettelagt enn annen straff. Ila fengsel og forvaringsanstalt er tilrettelagt for forvaringsdømte menn, mens forvaringsdømte kvinner gjennomfører sin straff på Bredtveit fengsel og forvaringsanstalt. Trondheim fengsel har også en avdeling spesielt tilrettelagt for forvaringsdømte menn.

9.1.1 *Rehabiliterings- og innholdstilbud i fengsel*

Kriminalomsorgen plikter å legge til rette for at offentlige etater får utøvet sine tjenester overfor domfelte og varetektsinnsatte, jf straffgjennomføringsloven § 4. Arbeidet med tilbakeføring av innsatte til samfunnet innebærer at kriminalomsorgen i samarbeid med andre etater, bistår med å skaffe bolig, arbeid, opplæring og andre tjenester de trenger for å kunne leve et lovlydig liv etter endt fengselsopphold. Kriminalomsorgen skal tilby innsatte daglig aktivitet som arbeid og kvalifiserende opplæring i fengsel, tilby kartlegging med kartleggingsverktøyet BRIK, motiverende samtaler, framtidsplan og endringsprogram mv.

Innsatte med rusmiddelproblemer bør tilbys russamtaler som rehabilitering, og også russamtaler som alternativ til reaksjon ved påvist inntak av rusmiddel (jf. strgfjl § 40) og program for endring av sine rusmiddelproblem, bl.a. ved å motivere til å søke plass i rusmestringsenhet eller Stifinneravdeling.

9.1.2 *Straffgjennomføring i samfunnet*

Mange domfelte gjennomfører straff utenfor fengsel. Det er kriminalomsorgens 15 friomsorgskontor som har ansvaret for gjennomføring av straff utenfor fengsel. Friomsorgskontorene har også ansvar for å gjennomføre personundersøkelser og møteplikt etter

⁶ Jf straffgjennomføringslovens §2.

⁷ Bredtveit fengsel og forvaringsanstalt, Ravneberget fengsel, Søndre Vestfold fengsel Sandefjord avdeling, og fra 2015 Telemark fengsel Kragerø avdeling

prøveløslatelse.

Progresjon i straffegjennomføringen

En tidlig planlagt og god progresjon i straffegjennomføringen som er tilpasset domfeltes individuelle behov for rehabilitering og behandling, er viktig. Innsatte i fengsel med høyt sikkerhetsnivå bør mot slutten av fengselsstraffen gis mulighet til overføring til fengsel med lavere sikkerhetsnivå, overgangsbolig eller straffegjennomføring utenfor fengsel. De kan i henhold til straffegjennomføringslovens regelverk overføres etter § 12 i behandlings- og omsorgsinstitusjon, eller i eget hjem etter straffegjennomføringsloven § 16, første og annet ledd (elektronisk kontroll), eller prøveløslates. For innsatte med psykiske lidelser og rusproblemer vil symptomtrykket kunne lindres ved at de får mulighet til en gradvis tilvenning til samfunnet.

Straffegjennomføring i institusjon etter strgjfl §12

Alvorlig kriminalitet er ofte begått i ruspåvirket tilstand. For å forebygge ny kriminalitet er det viktig at innsatte får behandling for sine rusmiddelproblemer. Fengselsstraffen kan etter strgjfl § 12 helt eller delvis gjennomføres ved overføring fra fengsel til heldøgnsopphold i institusjon i inntil 12 måneder. Overføring til straffegjennomføring i rusbehandlingsinstitusjon kan være hensiktsmessig før løslatelse.

Hele straffen kan også gjennomføres i institusjon i inntil ett år, med mulighet for forlengelse (mer om bruk av §12 i kap.10.3.2.).

Straffegjennomføring med elektronisk kontroll (EK) gir mulighet for å gjennomføre straffen i hjemmet, samtidig som det gis støtte og utøves kontroll av friomsorgskontorene gjennom obligatoriske samtaler, uanmeldt besøk og jevnlig ruskontroll. Det er krav om sysselsetting under straffegjennomføringen med elektronisk kontroll etter § 16 annet ledd. Poliklinisk behandling og oppfølging kan inngå som sysselsetting. Overføring fra fengsel til straffegjennomføring med elektronisk kontroll kan skje når 1/3 av fengselsstraffen er gjennomført, og det gjenstår inntil fire måneder til forventet løslatelse.

Dersom det er hensiktsmessig for å sikre en fortsatt særlig positiv utvikling og motvirke ny kriminalitet, kan fengselet overføre innsatte til å **gjennomføre straffen etter § 16 første ledd i eget hjem med særlige vilkår**, når halvdel av straffetiden er gjennomført.

Prøveløslatelse med møteplikt

Før prøveløslatelse etter strgjfl §43, annet ledd, bør fengsel og friomsorgskontor samarbeide om overføringen gjennom planlegging i fremtidsplanen. Innholdet i møteplikten vurderes individuelt, men kan eksempelvis være russamtaler og/eller behandling fra spesialisthelsetjenesten.

Samfunnsstraff

Samfunnsstraff idømmes av domstolen og er det mest brukte alternativet til fengselsstraff. Rundt 2500 personer får denne formen for straff i året. Den utmåles i et antall timer (min. 30 t, maks. 420 t) som skal gjennomføres innen en tidsfrist. Noen får en deldom som innebærer både ubetinget fengsel og samfunnsstraff. Mesteparten av samfunnsstrafftimene brukes til samfunnsnyttig arbeid i frivillige organisasjoner, sosiale institusjoner m.m. Innholdet kan også bestå av endringsprogrammer, individuelle programmer, behandling og meglings m.m.

Program mot ruspåvirket kjøring (RK)

RK idømmes av domstolen og er en alternativ reaksjon overfor personer som ellers ville blitt dømt til ubetinget fengselsstraff for kjøring under påvirkning av legale og illegale rusmidler.

Programmet har som mål å øke bevisstheten om egen atferd, konsekvensene for denne og hindre fremtidig ruspåvirket kjøring.

Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND)

ND er en straffereaksjon for personer med rusmiddelproblemer som begår narkotikarelatert kriminalitet. Straffen er et alternativ til ubetinget fengsel for å forebygge ny kriminalitet og fremme domfeltes rehabilitering gjennom bl.a. samordning av de praktiske hjelpe- og behandlingstilbudene. Dette gjøres av et tverrfaglig team med deltakelse fra kriminalomsorgen, kommunale helse- og omsorgstjenester, spesialisthelsetjenesten, utdanningssektoren m.fl.

ND har siden 2006 fungert som en prøveordning i Oslo og Bergen. Ordningen utvides i 2016 til å bli landsdekkende og permanent. For å sikre nærhet til den straffedømte foreslås det at oppgaven legges til friomsorgskontorene, som må tilføres dedikerte ressurser for en tilfredsstillende gjennomføring. Det foreslås derfor at det etableres ND-koordinatorer ved friomsorgskontorene etter tilgangen av saker og i geografisk nærhet til tingretter som vil ha domstolsoppfølging.

9.2 Samarbeid om tilbakeføring til samfunnet mellom stedlig fengsel og helsetjenesten

Planlegging av løslatelsen er særlig viktig for personer med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. Både kriminalomsorgens tilretteleggeransvar, samarbeidet med helse- og omsorgstjenesten om tilbakeføring til kommunen og samarbeid med helseforetak for tilbakeføring er avgjørende for å lykkes i rehabiliteringsarbeidet.

Kriminalomsorgen har i sitt tilbakeføringsarbeid ansvar for å samarbeide med helsetjenesten og andre samarbeidende etater i fengselet, og tilrettelegge for samarbeidet med innsattes hjemkommune om bolig, sosiale tjenester mv. Så tidlig som mulig bør løslatelse og eventuelt overføring til straffegjennomføring i samfunnet være tema i arbeid med innsattes framtidsplan og ev. individuell plan. Kriminalomsorgen har et underrettingsansvar til samarbeidende etater om løslatelsesdato (jf. tiltak 2.4) og eventuelle endringer i planer for løslatelse.

9.2.1 Samarbeid med helse- og omsorgstjenesten om tilbakeføring til kommune

Innsattes hjemkommune har ansvar for den innsatte før, under og etter fengselsoppholdet. For kommunal helse- og omsorgstjeneste i fengsel er det viktig at det så tidlig som mulig planlegges for løslatelse, i samarbeid med kriminalomsorgen, spesialisthelsetjenesten og andre tjenester den innsatte vil ha behov for i sin hjemkommune. Fastlegen og kommunale tjenester på området rus og psykisk helse er viktige samarbeidspartnere.

Kriminalomsorgen har ansvar for sikkerheten i fengselet og helsepersonell har ansvar for det helsefaglige tilbudet. Derfor er det viktig med et godt samarbeid og god felles forståelse av de utfordringer dette kan skape. Det er positivt at et stort flertall av helsepersonell opplever god samhandling med fengselet. Utfordringer kan være knyttet til ulikt lovverk og ulike oppgaver, taushetspliktsbestemmelser opp mot de innsattes behov for en helhetlig oppfølging. Gode samarbeidsarenaer legger grunnlaget for samhandling med mål om best mulig soningsforhold og tilrettelegging for et bedre liv etter løslatelse. Både helse- og omsorgstjenesten og kriminalomsorgen må innhente skriftlige samtykkeerklæringer fra innsatte (jf. kap.11), for å utnytte de muligheter som finnes for optimalt samarbeid innen de respektive etaters regelverk.

Årlig rapport fra helsepersonell i fengsel kartlegger blant annet samarbeid. I rapport fra 2014 svarer 98 % at samarbeidet fungerer godt. To kommuner rapporterer at samarbeidet ikke fungerer. Samarbeidet ved løslatelse skårer lavere. 70 % mener samarbeidet også fungerer godt

ved løslatelse, mens 22 % er delvis uenig i påstanden. Ved løslatelse og overføring til annet fengsel får ikke alltid helsetjenesten beskjed (jf. kap.2.4). Bare de større fengslene har helsepersonell til stede alle virkedager, noe som får betydning for kontakt og samarbeid.

9.2.2 Samarbeid med helseforetak om tilbakeføring

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og tjenester fra psykisk helsevern skal kunne startes i fengsel og videreføres etter løslatelse eller ved overføring til andre straffegjennomføringsformer. Spesialisthelsetjenesten skal legge forholdene til rette for at den innsatte får videreført behandlingstilbudet i et behandlingsforløp i institusjon eller poliklinikk etter endt fengselsopphold, dersom det fortsatt er behandlingsbehov. En viktig oppgave under oppholdet vil være å henvise/overføre til videre TSB-behandling og psykisk helsevern utenfor fengsel. Det bør være direkte overlapping mellom endt fengselsopphold og videreføring av behandlingen for å forhindre en forverring av helsetilstanden eller tilbakefall til kriminalitet. Det er også en stor risiko for overdoser i perioden direkte etter løslatelse. Dato for løslatelse bør derfor foreligge så tidlig som mulig så forberedelser kan gjøres.

Når psykisk helsevern og TSB er ambulant i fengselet, er samarbeid med stedlig kommunehelsetjeneste viktig, men også med habiliteringstjenesten, nevrologisk avdeling og andre tjenester som sjelden har organisert sin virksomhet ambulant i fengsel.

9.3 Kompetanse i kriminalomsorgen

9.3.1 Status for opplæring ved fengselsbetjentutdanningen KRUS

I løpet av 2-års grunnutdanning har studentene til sammen ca. 20 arbeidsdager til opplæring i psykisk helse og rusproblemer. De gis opplæring i innsattes levekår, psykisk helse, ADHD, rusmisbruk og kriminalitet, og forekomsten av lidelser blant innsatte. Et delemne omhandler spesielt psykiske lidelser, utviklingsforstyrrelser, selvskading og selvmord, personlighetsforstyrrelser, vold og rusmiddelavhengighet. Det er vesentlig at fengselsbetjenter kjenner igjen signaler på dette for å kunne iverksette nødvendige tiltak for å forhindre skade, og for å kunne samarbeide med helsepersonell for profesjonell oppfølging av innsatte. Disse tilstandene er overrepresentert blant innsatte og skaper store utfordringer i fengselsbetjentenes arbeid.

Studentene har opplæring i generell rusmiddelkunnskap for å utøve ruskontroll og rehabiliteringsarbeid, og det inngår også opplæring i sikkerhetsmessige utfordringer knyttet til innsatte med psykiske lidelser og rusproblemer. I arbeidet med innsatte som har et rusproblem, er det viktig at fengselsbetjenten vet hva problematisk bruk av rusmidler innebærer. Det gis opplæring i en psykologisk forståelse av rusavhengighet, dødelighet etter løslatelse, LAR-behandling i fengsel, rusmestringsenheter og russamtaler.

9.3.2 Medikamentopplæring for fengselsbetjenter

Studentene får et medikamentkurs på 4-5 timer i start på praksistiden i fengsel, som gis av ansatte ved fengselets helseavdeling eller innleid farmasøyt. Kurset har blitt flyttet fra teorisemesteret til praksisfengslene for å gjøre det mer praksisnært og relevant. Helsedirektoratet og KRUS har samarbeidet om kursopplegget for medikamentkurset. Helse- og omsorgstjenesten skal bistå kriminalomsorgen i opplæring i medikamenthåndtering, når utdeling av medikamentene gis som nødvendig helsehjelp. Helse- og omsorgstjenesten bør bistå kriminalomsorgen i opplæring når medikamentene gis som praktisk bistand. (Veileder for Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel (2013: 25-26).

9.3.3 Status for opplæring ved etter- og videreutdanningen (EVU) KRUS

Det har i en årrekke vært satset på etter- og videreutdanning i motiverende samtaler (MI), og svært mange i etaten har slik opplæring. Opplæring i Russamtalen og ruskontroll har lenge vært en del av etter- og videreutdanningstilbudet. Slike samtaleverktøy er egnet til arbeid med rusmisbrukere og psykisk syke. Samling for rusmestringsenhetene og opplæring i selvmordsforebygging er også et årlig tilbud. KRUS gir opplæring i rusprogrammet NSAP og programmene Sinnemestring og Stressmestring. Fra 2016 har EVU styrket opplæringen om psykiske lidelser blant innsatte og domfelte.

10 Innsattes helsetilbud

10.1 Kommunale helse- og omsorgstjenester

Rammene for den kommunale helse- og omsorgstjenesten er regulert av et omfattende lovverk, først og fremst Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (i kraft fra 2012), Lov om pasient og brukerrettigheter og Lov om helsepersonell. Videre gjelder blant annet veileder for helse- og omsorgstjenesten til innsatte i fengsel (IS-1971, rev.2014), veileder i psykisk helsearbeid for voksne i kommunene (IS-1332), veileder psykisk helsevern for barn og unge (IS-1570),), nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidige ruslidelser og psykiske lidelser (IS-1948) og ny nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler (2211), samt ny nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet.

Innsatte har rettigheter til kommunale helse- og omsorgstjenester som befolkningen for øvrig, jf. Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a. Kommunene har plikt til å yte helse- og omsorgstjenester til alle som oppholder seg i kommunen, jf. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1. Helse- og omsorgstjenesten i de kommuner som har fengsel, har ansvar for at innsatte får nødvendige helsetjenester, jf. samme lov § 3-9. Kommunene organiserer selv disse tjenestene. Det foreligger ingen normering av stillinger for helsepersonell i fengsel.

43 av landets kommuner har fengsel/fengselsavdeling innen sine kommunegrensene. Kommuner og fylkeskommuner med fengsel får årlig tilskudd via statsbudsjettets kapittel 762 post 61 til helse- og omsorgstjenester, samt tannhelsetjenester til innsatte. Tilskuddet er ikke ment å skulle fullfinansiere tjenestene.⁸ Dette innebærer at aktuell kommune har ansvar for at ressurser til forsvarlig tjeneste dekkes opp av kommunale midler.

Alle fengsler, unntatt ett, har sykepleier tilgjengelig i fengselet. Ca. 50 % av disse har videreutdanning i rusavhengighet og eller/psykisk helse. To fengsler har ikke lege til faste tider i fengselet, men den innsatte fremstilles på legekontor i kommunen. 24 fengsler har fysioterapeut ukentlig i fengselet. Vernepleier er tilsatt i 8 fengsler.⁹

Helsedirektoratet anbefaler i "Veileder for helse- og omsorgstjenester til innsatte" at det gjennomføres inkomstsamtale snarlig etter innsettelse. Årsrapport for 2014 viser at det i 9 fengsler kan gå fra 7 til 14 dager før inkomstsamtale gjennomføres. Flere fengsler har stor turnover og dermed mange nyinnsettelse (særlig i fengsler med lavere sikkerhet). Ikke alle fengsler har sykepleier til stede daglig. For nødvendig helsehjelp kan fengselets lege eller legevakt kontaktes.

⁸ Fylkeskommunen har ansvaret for tannhelsetjenester til innsatte. Omtales ikke i denne rapporten.

⁹ Årsrapport fengselshelsetjenesten 2014

Individuell plan (IP) benyttes lite av helsetjenesten i fengslene. Ut fra den sammensatte problembelastningen innsatte har, er det grunn til å anta at antallet innsatte som har behov for og krav på IP er atskillig høyere. I 2014 rapporterte fengselshelsetjenesten at det er opprettet 32 nye planer. Det er registrert at 232 innsatte hadde en IP ved innsettelse. Det rapporteres ikke på hvordan den enkeltes IP følges opp.

10.2 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b andre ledd og prioriteringsforskriften regulerer rett til nødvendig helsehjelp for pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten. Det er utarbeidet prioriteringsveiledere som skal bidra til økt forståelse av lovens prioriteringsvilkår og mer lik praktisering av dem. Det er bl.a. utarbeidet prioriteringsveiledere for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Prioriteringsveilederne ble revidert i 2015 i samsvar med samtidige endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og endringer i prioriteringsforskriften.

Det er pasientens behov for helsehjelp etter en helsefaglig vurdering som er avgjørende for rettighetsvurderingen. Det er et vilkår at pasienten har forventet nytte av helsehjelpen, og om kostnadene står i rimelig forhold til effekten av tiltaket. En helsefaglig vurdering av behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten vil inneholde en avveining av ulike hensyn, herunder om spesialisthelsetjenestens kompetanse er nødvendig for å behandle tilstanden. Det er ikke avgjørende om tilstanden er definert som en egen tilstand i prioriteringsveilederen. Dette forklares i den fagspesifikke delen av veilederen.¹⁰

Pasient- og brukerrettighetsloven, prioriteringsforskriften og prioriteringsveilederne danner grunnlag for en vurdering av om det foreligger en rett til nødvendig helsehjelp. Dette gjelder også for innsatte i fengsel. Selv om innsatte har de samme rettigheter til spesialisthelsetjenester som befolkningen for øvrig, er det i lys av den store forekomsten av psykiske lidelser og rusmiddelproblemer i fengsel og et så bredt spekter av tilstander, grunn til å stille spørsmål ved om de innsattes behov blir avdekket og om de i praksis får den helsehjelp de har behov for. Dette kan tilsi at det bør etableres særlige ordninger for å sikre denne gruppen et tilstrekkelig helsetilbud fra spesialisthelsetjenesten.

10.2.1 Poliklinisk/ambulant behandling i psykisk helsevern

Det er det lokale psykiske helsevern som skal gi det polikliniske tilbud til innsatte. Bergen fengsel, Trondheim fengsel og Oslo fengsel har tilknyttet egne team som arbeider fulltid med innsatte. Teamene utgår fra regionale sikkerhetsavdelinger og kompetansesentra for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (SIFER). Dette innebærer at det bygges opp erfaring i behandling av innsatte, og det kan være hensiktsmessig at disse teamene har kapasitet og kompetanse også til å drive fagutvikling, forskning og undervisning i behandling av innsatte. Teamene kan ses som regionale kompetanseteam, som også kan veilede de psykiatriske enhetene (DPS), som betjener andre fengsler.

Noen av disse teamene yter tjenester i fengsler til ulike grupper innsatte gjennom lavterskeltilbud eller terapigrupper. Slikt arbeid er kostnadseffektivt og kan være forebyggende. Det er nå etablert en kursrekke i fengselspsykiatriske problemstillinger for psykiatere og psykologer arrangert av de regionale kompetansesentrene (SIFER), som startet opp i juni 2016.

¹⁰ <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykisk-helsevern-for-voksne/seksjon?Tittel=fagspesifikk-innledning-psykisk-3213>

Domfelte som var tilregnelige på handlingstidspunktet, men som har fått en alvorlig psykisk lidelse¹¹ før de innkalles til soning, har rett på soningsutsettelse, ev. benådning. Andre kan få utsatt sin fullbyrdelse dersom helsetilstanden gjør fullbyrdelsen *utilrådelig*, jf. straffeprosessloven § 459. Tidligere avgjorde påtalemyndigheten slike saker, men det ligger nå til kriminalomsorgen. Det er rimelig at terskelen for soningsutsettelse er høy, for innsatte skal i prinsippet få den helsehjelp de har behov for i fengsel.

Straffeprosesslovens § 459 sier at en person som får en alvorlig psykisk lidelse under straffegjennomføring, har krav på avbrudd i denne i en tidsbestemt periode. I straffegjennomføringsloven § 35 sies det at kriminalomsorgen *kan* beslutte at gjennomføringen av straffen kan avbrytes dersom domfeltes helsetilstand tilsier det. Alternativet er å overføre til gjennomføring av straffen i helseinstitusjon etter straffegjennomføringslovens §§ 12 eller 13.

I tråd med opptrappingsplanen for psykisk helse har man gradvis redusert antallet plasser for døgnbehandling og styrket poliklinisk behandling. I 1990 var det i følge SSB 7704 døgnplasser i psykisk helsevern og 19633 utskrivninger per år. I 2010 var antallet døgnplasser 4334 og antall utskrivninger var økt betraktelig, til 52201.

10.2.2 Poliklinisk/ambulant behandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

De regionale helseforetakene likt til å tilby tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) er hjemlet i spesialisthelsetjenestens § 2-1a, første ledd, nr 5. TSB omfatter tilbud om døgnbehandling, dagbehandling og poliklinisk behandling, samt ambulante tjenester. TSB har også ansvar på områder som avrusning og øyeblikkelig hjelp. Det polikliniske tilbudet er sammensatt og dekker blant annet utredningsarbeid, individualterapi, par-, familie- eller gruppesamtaler, etablering av LAR, oppfølging etter utskrivning og samarbeidsmøter.

10.3 Behandling av rusmiddelproblemer

10.3.1 Innhold i tjenestene

Nesten halvparten av de innsatte har hatt store rusmiddelproblemer i perioden før innsettelse. Det er en klar overrepresentasjon av personer med et svært høyt daglig alkoholinntak før fengsling blant innsatte. Andelen som har et høyt alkoholforbruk, er tre til fire ganger høyere enn hva vi finner i befolkningen for øvrig. Mange begår kriminelle handlinger i alkoholpåvirket tilstand. Ca. 26 prosent, hadde i perioden før innsettelse hyppig injeksjonsbruk. Bruk av illegale stoffer er straffbart i Norge, og vinningskriminalitet for å få penger til narkotika og illegal omsetning er en hyppig årsak til straff. Innsatte har ofte sammensatte og komplekse symptomer og lidelser og vil derfor ha et spesielt behov for å få grundige utredninger og integrert behandling (Levekårsundersøkelsen, SSB, 2014).

Pasienter med mer alvorlige psykiske lidelser, som alvorlige depresjoner, bipolare lidelser og psykoser og som har et samtidig rusmiddelproblem, skal tilbys behandling innen psykisk helsevern. Ved alvorlige psykiske lidelser og et samtidig omfattende rusmiddelproblem har

¹¹ Begrepet "alvorlig sinnslidelse" er hovedkriteriet i psykisk helsevernlovens bestemmelser om tvangsinnleggelse, § 3-3. Det er imidlertid ikke tilstrekkelig å være alvorlig sinnslidende for å kunne bli tvangsinnlagt, pasienten må også oppfylle minst ett tilleggs-kriterium.

psykisk helsevern ansvar i tråd med anbefalingene i nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelser (ROP). En del pasienter vil kunne trenge kompetanse fra begge fagområder.

10.3.2 Institusjonsbehandling i henhold til straffegjennomføringsloven § 12

Overføring til straffegjennomføring i § 12-godkjente institusjoner kan innvilges for behandling av rusmiddelproblemer, lettere psykiske lidelser, eller til bo - og arbeidstreningsinstitusjon, familiehjem, sykehjem, DPS eller barnevernsinstitusjon. De fleste slike overføringer til behandling utenfor fengsel skjer for behandling av rusmiddelproblemer.

Det var en nasjonal økning på 39 prosent fra 2014 og ut 2015 i overføring til §12-institusjoner fra fengsler.

Det er viktig at den kommunale helse- og omsorgstjenesten i fengsel, psykisk helsevern og TSB har god kunnskap om mulighetene for overføring til behandling i institusjon i henhold til straffegjennomføringsloven § 12. Helsetjenesten er en viktig samarbeidspartner for kriminalomsorgen når det gjelder å identifisere innsatte som kan overføres til å gjennomføre straffen i behandlingsinstitusjoner.

10.3.3 Nærmere om LAR og medisinbehandling i fengsel

Spesialisthelsetjenesten har ansvar for LAR (legemiddelassistert rehabilitering), men fastlegen (fengselslegen) overtar den daglige oppfølgingen når pasienten er stabil. I fengsel deles LAR for det meste ut av helsetjenesten. Når sykepleier ikke er til stede, er det hjemmetjenesten eller fengselsbetjenter som deler ut LAR-legemidler etter delegering. Dersom fengselsbetjenter deler ut disse legemidlene, gjør de det som helsepersonells medhjelpere, og skal da ha fått spesifikk opplæring¹².

I åtte fengsler må kommunen benytte hjemmetjenestenes personell til utdeling av LAR både i helger og på vanlige arbeidsdager. Utdeling av LAR-legemidler er tidkrevende og sykepleierressurser (eller betjentressurser) blir bundet opp. Det kan gå utover andre viktige oppgaver som bør ivaretas av helse- og omsorgstjenesten i fengselet, og det utredes nå om den instans som deler ut LAR, skal gis ekstra ressurser til dette.

Antall innsatte som mottar LAR har de siste årene vært relativt stabilt. I følge årsrapporten for helse- og omsorgstjenester i fengsel 2014 var det i løpet av dette året totalt 978 innsatte som fikk slik behandling. For 8 fengsler svarer helsetjenesten i rapportering til Helsedirektoratet at de ikke har hatt innsatte på LAR i 2014 mot fire i 2013. (Det kan være dobbeltregistreringer på enkeltpersoner da innsatte ofte overføres andre fengsel.)

Når fengselsbetjenter deler ut medisin som den innsatte selv ville administrert utenfor fengsel, utgjør dette derimot ikke en medhjelpersituasjon i helselovgivningens forstand. Når kriminalomsorgen av sikkerhetsmessige årsaker fratrukker innsatte legemidler, anser helse- og omsorgstjenesten utlevering av slike medikamenter som praktisk bistand til innsatte og ikke nødvendig helsehjelp. Kriminalomsorgen er da ansvarlig for den praktiske håndteringen og opplæring i medikamentbehandling, men helse- og omsorgstjenesten bør bistå i slik opplæring i medisinutdeling. (Veileder for Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel 2013, IS-1971).

¹² Det vises ellers til Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering for opioidavhengighet, hvor både prosedyre for oppstart, utlevering og kontroll av LAR-legemiddel er beskrevet.

Fengselsbetjenter får opplæring etter legemiddelforskriften i helsespørsmål og medisiner gjennom sin grunnutdanning ved Fengselsskolen (KRUS). I mange fengsler videreføres denne opplæringen av kommunehelsetjenesten. I årsrapporten fra 2014 svarer 41 kommuner at betjenter får opplæring i legemiddelhåndtering.

11 Nærmere om taushetsplikt

For at helsetjenesten skal kunne gjøre en best mulig jobb for innsatte i fengsel, er det viktig at helsepersonell har kunnskap om den innsattes bakgrunn. Den innsatte vil være den som gir informasjon om sin bakgrunn og sine helseproblemer. Helsepersonell kan innhente opplysninger fra helsetjenesten ev. fra tidligere fengselsopphold, spesialisthelsetjenesten osv. med pasientens samtykke.

Samarbeid mellom helsepersonell og kriminalomsorgen kan handle om å utarbeide individuell plan, om planlegging av løslatelse osv. Ansvarsgrupper eller koordinerende tverrfaglige teammøter er en benyttet arbeidsform i helse- og sosialtjenesten når det er behov for å koordinere arbeidet, f.eks. i forbindelse med i arbeidet med individuell plan. Det er ønskelig at kriminalomsorgen også deltar i dette etter samtykke fra den innsatte (jf. kap.3.2).

11.1.1 Helsepersonells taushetsplikt

Helsepersonells taushetsplikt og opplysningsplikt er regulert i helsepersonelloven kap. 5. Hovedregelen er at helsepersonell skal hindre at andre får adgang til opplysninger om pasienters legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som helsepersonell får vite om i egenskap av å være helsepersonell (§ 21). Taushetsplikten etter §21 er ikke til hinder for at opplysninger gjøres kjent for den opplysningen direkte gjelder, eller andre i den utstrekning den som har krav på taushet samtykker. Det er også gitt regler i § 23 om begrensninger i taushetsplikten.

For nærmere omtale av innholdet i reglene vises det til Helsedirektoratets temaside om taushetsplikt med henvisninger til bl.a. rundskriv om helsepersonelloven IS-8/2012.

11.1.2 Kriminalomsorgens taushetsplikt

Kriminalomsorgens taushetsplikt overfor helsetjenesten om forhold vedrørende domfelte er regulert i strgfvl § 7, første ledd, bokstav i. Før de opplysninger som omhandles i § 7a blir gitt, skal det søkes å oppnå medvirkning eller samtykke fra den opplysningene direkte gjelder, jf. § 7 første ledd. Fengselsansatte og andre som arbeider direkte med innsatte, har taushetsplikt etter reglene i forvaltningsloven § 13 med de begrensninger som følger av samme lov §§ 13 a flg. Det er særlig unntakene i forvaltningsloven § 13 a nr. 1 og § 13 b nr. 3, 5 og 6 som i praksis benyttes i fengsel.

Taushetsplikt er imidlertid ikke til hinder for å utlevere opplysninger som nevnt i forvaltningsloven § 13b, første ledd nr. 5. Det foregår på denne bakgrunn en viss grad av informasjonsutveksling mellom kriminalomsorgen og helsetjenesten. Fengselet vil for eksempel gi helsetjenesten beskjed dersom de oppfatter at en innsatt som selv ikke søker helsehjelp, har alvorlige helseproblemer. Helsetjenesten må i sitt arbeid vurdere om det av sikkerhetsmessige grunner må gis opplysninger til fengselet om forhold hos en innsatt.