

VEDLEGG II FORSLAG TIL TILTAK FRA FAGGRUPPE SPESIALISTHELSETJENESTE PSYKISK HELSE OG RUS

Begrunnelse	Tiltak
<p>A. ORGANISERING Arbeidsgruppen har søkt å finne fram til organisasjonsmodeller som bedre kan ivareta spesialisthelsebehovet for innsatte med psykisk lidelse og rusproblem/atferdsforstyrrelse. Som overordnet tiltak må psykisk helsevern i fengsler organiseres som en spisskompetanse, og denne må tilbys inne i fengslene.</p>	<p>1. Fengselspsykiatri skal etableres og utvikles som en områdefunksjon i helseregionene. De regionale helseforetakene har et overordnet ansvar for å sørge for gode og likeverdige behandlingstilbud til innsattpopulasjonen, og må utpeke helseforetak som skal sørge for etablering og drift av den nye fengselspsykiatriske områdefunksjonen. Det må etableres robuste fengselspsykiatriske ambulante team eller stedlige fengselspsykiatriske poliklinikker med områdefunksjon som gir psykisk helsevern med integrert tverrfaglig spesialisert behandling inne i fengslene. Et ambulant fengselspsykiatrisk fagteam eller poliklinikk med områdefunksjon må betjene ett eller flere fengsler, må minimum ha tre hele stillinger og funksjonen må inngå i et regionalt fengselspsykiatrisk fagnettverk.</p>
<p>Kommunepsykologer og behandlere fra DPS må ha formell tilknytning til det regionale kompetansesenteret og områdefunksjonen. Det enkelte fengsel må ha en forpliktende avtale med helseforetaket, som leverer den nye områdefunksjonen for fengselspsykiatri.</p> <p>Fengselspsykiatri må utvikles til å bli en spisskompetansevirksomhet, det må sikres fagutvikling innenfor fagfeltet.</p>	<p>2. Styrke forskning, fagutvikling og kunnskapsformidling for fengselspsykiatrien. Etablere <i>Fengselspsykiatrisk FOU-enhet</i> i landets tre kompetansesentre i samarbeid med de tre regionale sikkerhetsavdelingene.</p> <p>3. Det må etableres et fast tilbud i regionen om undervisning og veiledning til helsepersonell i den fengselspsykiatriske områdefunksjonen. Kompetansesentrene, sammen med de regionale fengselspsykiatriske poliklinikkene, gis ansvar for kunnskapsutvikling, opplæring og veiledning til kriminalomsorgen, friomsorgen, politi, kommunale fengselhelsetjenester og psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Det siste blir fra 2016 ivarettatt av det nye toårige spesialistkurset i fengselspsykiatri.</p>
<p>Det er påpekt mangelfull samhandling mellom etater og mellom nivåer i helsetjenesten. Dette kan gi ufullstendige og ukoordinerte behandlingsforløp.</p>	<p>4. Den nye fengselspsykiatriske områdefunksjonen skal etablere tverrfaglige og tverretatlige FACT-team for aktuelle målgruppepasienter i kriminalomsorgen. Dette vil legge bedre til rette for forpliktende samhandlings- og rehabiliteringsforløp på tvers av etater. FACT-modellen er nærmere beskrevet i vedlegg.</p>

<p>Kapasiteten for døgnbehandling i allmennpsykiatrien er betydelig nedbygget, og fengselsinnsattes rett på døgnplasser i sikkerhetspsykiatrien er bortfalt. Psykisk syke fengselsinnsatte vil tidvis ha behov for døgnopphold i psykisk helsevern iht LEON-prinsippet, men ofte er det behov for innleggelse i sikkerhetsforsterket døgnavdeling.</p>	<p>5. Øke kapasiteten i de regionale sikkerhetsavdelingene, som får en spesiell forpliktelse i å sørge for døgnbehandling for innsatte i fengsel når det er behov for det. Kriminalomsorgen må i større grad benytte tutorordningen for å sikre pasientrettigheter.</p>
<p>Det er tidligere utredet og anbefalt opprettelse av ressursavdelinger for særskilte undergrupper av psykisk syke/ekstra sårbare innsatte. Arbeidsgruppen gjentar denne anbefalingen. Ressursavdelinger er nærmere beskrevet rapporten "Ressursavdelinger for innsatte med psykiske lidelser og store atferdsavvik" fra 2009.</p>	<p>6. Det bør opprettes ressursavdelinger for psykisk utviklingshemmede i utvalgte fengsler.</p>
<p>For dårlig fungerende og utsatte innsatte, som i tillegg har en vanskelig håndterlig atferd med sterk aggresjon, trengs ytterligere tiltak.</p>	<p>7. Det bør umiddelbart opprettes en nasjonal forsterket fellesskapsavdeling i Ila fengsel og forvaringsanstalt. Avdelingen skal gi fengselsfaglig hjelp for innsatte med aggressiv atferd og psykisk sykdom, innsatte som i dag isoleres i måneder og år.</p>
<p>Sårbare innsatte med redusert fungeringsevne beholdes ofte i fengsler med høy sikkerhet av fengselsmiljømessige grunner.</p>	<p>8. Bemanningen (fengselbetjenter, miljøarbeidere etc.) bør økes i noen lavsikkerhetsfengsler for å kunne ivareta særlig sårbare innsatte, som er avhengig av mye tilrettelegging og hjelp.</p>
<p>Det er behov for tiltak som vil bidra til å forhindre psykisk forverring og /eller gi bedret funksjonsnivå hos særlig utsatte grupper blant de innsatte. Disse innsatte isoleres som følge av dårlig sosial fungering eller at samvær utgjør en risikosituasjon.</p>	<p>9. I noen større fengsler bør det opprettes spesielle tverrfaglige team for tett og aktiv oppfølging i fengselet. En modell kan være Fleksible Aktive Ressursteam (FAR). Slike team bør ha god geografisk spredning og knyttes til fengsler som allerede har en godt utviklet spesialisthelsetjeneste. Hovedformålet er å styrke eller opprettholde funksjonsnivået hos innsatte med større psykiske vansker. Dette kan være aktuelt for å forhindre innleggelser eller være en forsterkning av oppfølgingen etter utskrivelse fra sykehus. Teamenes arbeid skal gjøre den innsatte i stand til å benytte seg av fengselets fellesaktiviteter som muliggjør samvær med andre. Teamene bør få ansvar for å drive ulike endringsprogram.</p>

<p>B. Styrking av behandling for innsatte med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer</p>	
<p>Det er høyt psykisk lidelsestrykk blant innsatte, mye høyere enn i normalbefolkningen, og de psykiske helseplagene hos de innsatte varierer fra lette og moderate plager til svært alvorlig sinnslidelse. Et slikt heterogent sykdomspanorama krever differensierte tiltak.</p>	<p>10. Fengselspsykiatrien bør få ansvar for etablering av lavterskel, gruppebaserte tiltak rettet mot symptomreduksjon og forbedrede mestringsstrategier. For mildere, men plagsomme og risikofylte tilstander, anbefaler arbeidsgruppen lindrende og forebyggende tiltak. Dette vil være kostnadseffektive tiltak for milde og moderate psykiske lidelser, og tiltakene kan forhindre kronifisering og utvikling av mer alvorlige lidelser. Eksempler på slike tiltak er mindfulnessgrupper, mentaliseringsbaserte grupper, tenketrening, stressmestring, psykoedukative grupper for håndtering av traumesymptomer og andre strukturerte behandlingsprogram.</p>
<p>Det er høyere selvmordsrisiko og overdoserisiko blant fengselsinnsatte enn i normalbefolkningen. Under fengselsoppholdet er faren størst ved innsettelse i varetekt. Overdosefaren er særlig stor ved løslatelse.</p>	<p>11. Nasjonal overdosestrategi må implementeres i alle fengsler etter modell av pågående prøveprosjekt i tre fengsler.</p> <p>Det må sikres at nasjonal veileder for selvmordsforebygging er implementert i den nye fengselspsykiatriske områdefunksjonen i alle fengsler.</p>
<p>Om lag én av ti innsatte har trolig redusert kognitiv funksjon som kan gi betydelige vansker for den enkelte og omgivelsene, både under fengselsopphold og ved oppfølging etter løslatelse.</p>	<p>12. Fengselshelsetjenesten og fengselspsykiatrien må sørge for prioritering av nevropsykologisk utredning av innsatte med mental funksjonsnedsettelse og mistanke om kognitiv svekkelse. Det må viderehenvises til habiliteringstjenesten ved behov.</p>
<p>Forebygging og behandling i psykisk helsevern forutsetter gode psykososiale systemtiltak for den som trenger helsehjelp. Om behandlingstiltak fra spesialisthelsetjenesten i fengsel skal optimaliseres, er det behov for god tilrettelegging fra kriminalomsorgen.</p>	<p>13. Forutsigbare soningsforløp er en forutsetning for godt etatssamarbeid. Kriminalomsorgen må derfor sørge for:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hensiktsmessig progresjon for den enkelte - redusert beleggskrav i fengsel som gir handlingsrom - at nærhetsprinsippet ølges mht plassering av den innsatte - utvidete rammer for permisjoner for gradvis tilnærming samfunnet - økt bruk av utslusing med elektronisk kontroll og gradert kontrollnivå

	- å delta i samarbeid med ansvarsgruppe og/eller FACT-team, FAR -team.
Arbeidsgruppen har en oppfatning av at det er for lite oppmerksomhet rundt helsetilstand og behandlingsbehov for minoritetsgruppene blant innsatte: kvinner, barn og ungdom, ikke-norske statsborgere.	Spesialisthelsetjenesten bør framover fokusere på disse undergruppene, få kjennskap til deres behov for etablere adekvate psykisk helseverntilbud til disse.
C. Volds- og sedelighetsdømte	
Mandatet løfter fram behandlingsbehovet for undergrupper av innsatte med alvorlig atferdsavvik som voldsatferd og sedelighetsproblematikk. Ved prioritering til helsehjelp nedprioriteres ofte slike atferdsavvik, fordi de ikke har eksplisitt definert rett til helsehjelp etter prioriteringsveilederne. Behandling for voldsproblematikk og sedelighetskriminalitet kan sies å dreie seg om samfunnsnytte og samfunnsvern, og helsehjelp for disse gruppene kan forsvares med prioriteringsprinsippet, - om at helsehjelpen kan gi annen relevant velferdsgevinst.	<p>14. Sedelighetsdømte og innsatte med volds- og aggresjonsproblematikk bør gis rett til prioritert helsehjelp i den fengselspsykiatriske spesialisthelsetjenesten.</p> <p>15. Fengselspsykiatrisk poliklinikk eller fengselspsykiatrisk ambulant team skal i samarbeid med kriminalomsorgen gi behandling, undervisning og veiledning for volds- og sedelighetsproblematikk.</p> <p>16. Kompetansesentrene og de regionale fengselspsykiatriske poliklinikkene gis ansvar for å utvikle kunnskap om volds- og sedelighetsproblematikk, og å tilby undervisning, veiledning og behandling i fengslene for seksuell vold og voldsatferd i samarbeid med kriminalomsorgen, helsetjeneste og andre.</p>
D. Rusmestringsenhetene – også med psykisk helsevern?	
Mandatet ber om en vurdering av hvorvidt rusmestringsenhetene i fengsel skal utvides til også å tilby tiltak/behandling for innsatte med psykiske helseplager.	<p>17. Arbeidsgruppen fraråder dette, og anbefaler i stedet at det må skje en styrking av fengselspsykiatrien med tilbud om integrert rusbehandling. Denne spesialiserte, polikliniske tjenesten vil komme i tillegg til rusmestringsenhetene, og tilbudet fra den fengselspsykiatriske spesialisthelsetjenesten vil rette seg mot innsatte med komorbide sykdomstilstander.</p>