

## VEDLEGG I FORSLAG TIL TILTAK FRA FAGGRUPPEN KOMMUNAL HELSE- OG OMSORGSTJENESTE

Begrunnelse	Tiltak	Konsekvenser
<p><b>A. Samarbeidsavtaler</b></p> <p>Innsatte i fengsel har i langt større grad enn befolkningen for øvrig behov for tjenester fra spesialisthelsetjenesten. For 23 fengsel er ikke spesialisthelsetjenesten tilgjengelig i fengselet. Innsatte som henvises til poliklinisk behandling må fremstilles. I årsrapport fra fengselshelsetjenesten i 2014 rapporteres det av 750 fremstillinger ble avlyst. Dette er en underrapportering da flere kommune ikke svarte og mange svarte at de ikke helt hadde oversikt, men antok et minstetall. Det betyr at innsatte ikke får oppfylt sitt krav om nødvendige helsetjenester.</p> <p>Helse- og omsorgstjenesteloven, kapittel 6, og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e, forplikter kommuner og helseforetak til å inngå samarbeidsavtaler for å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester. Minimumskravene til innholdet i avtalene skal bidra til å sikre nødvendig samhandling mellom kommuner og sykehus. For kommuner med fengsel vil det være hensiktsmessig at det som eget punkt tas inn tilbud om helsetjenester til innsatte i fengsel.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner med fengsel bør inneholde konkrete tiltak for samarbeid om innsatte i fengsel.</li><li>• Spesialisthelsetjenesten, rus og psykisk helse, er tilgjengelig i fengselet på faste dager.</li></ul>	<p>Administrativt – tydelig ledelsesansvar for samarbeid</p> <p>Ingen juridiske konsekvenser</p>

## VEDLEGG I FORSLAG TIL TILTAK FRA FAGGRUPPEN KOMMUNAL HELSE- OG OMSORGSTJENESTE

Begrunnelse	Tiltak	Konsekvenser
<p><b>B. Samarbeid i fengselet</b>                      Formalisert samarbeid mellom relevante aktører legger grunnlaget for forutsigbar samhandling og felles innsats mot samme mål. Målet er best mulig soningsforhold og tilrettelegging for den innsatte for et bedre liv etter løslatelse. Løslatelse må forberedes i god tid. For helsetjenesten er det nødvendig å legge til rette for videre oppfølging og behandling etter løslatelse. Dette krever forutsigbarhet i løslatelsesprosessen og at det jobbes mot løslatelse fra innsettelse</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samarbeidsavtaler utarbeides mellom kommune og fengsel med faste samarbeidsstrukturer på alle nivåer.</li> <li>• Det anbefales faste ukentlig møter med tilbakeføringskoordinator, sosialkonsulent, NAV-konsulent, skole og helsetjeneste. Løslatelse planlegges fra innsettelse                         <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidlig oppstart av individuell plan og oppnevning av koordinator.</li> </ul> </li> <li>• All informasjon som gis fra helsepersonell til annet enn helsepersonell skal være samtykkebasert.</li> <li>• Samarbeidsrutiner med kontaktbetjent, sosial ved innsettelse og løslatelse</li> <li>• Samarbeide med kriminalomsorgen om planlegging og tilrettelegging av arbeidstiltak og fritidsaktiviteter.</li> </ul>	<p>Administrativt – tydelig ledelsesansvar for samarbeid                      Kan gjennomføres innenfor dagens regelverk.</p> <p>Erfaring viser at gode samarbeidsstrukturer sparer tid.</p>
<p><b>C. Henvisning til spesialisthelsetjenesten for å fremme riktig behandling</b>                      Det er krevende å skaffe nok opplysninger for nye innsatte som skal henvises. Fengselslegen har ofte liten stillingsressurs, og det kan være nødvendig med mye kartlegging. Det er ofte lite tid til rådighet for alle parter. Hvor stor ressurs helsetjenesten har avsatt til innsatte er avhengig av antall innsatte, type fengsel, hvor mye tilskudd kommunen får til tjenesten og i hvor stor grad kommunen prioriterer dette arbeidet utover tilskuddets størrelse.                      Innsattes helseproblemer kan være sammensatte og krevende. Oppstart eller videreføring av behandling er viktig for rehabiliteringsløpet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nasjonal veileder for henvisning til spesialisthelsetjenesten benyttes.</li> <li>• Den innsatte bør om mulig fremstilles for egen fastlege ved omfattende saker</li> <li>• Den innsattes fastlege bør involveres ved omfattende saker og henvisning.</li> </ul>	<p>Involvering av fastlege finansering takst 14 rehabiliteringsarbeid. Mulighet til samarbeid kan være begrenset grunnet geografisk avstand. Det bør vurderes alternativer som videokonferanse og telefonmøter.</p>

## VEDLEGG I FORSLAG TIL TILTAK FRA FAGGRUPPEN KOMMUNAL HELSE- OG OMSORGSTJENESTE

Begrunnelse	Tiltak	Konsekvenser
<p><b>D. Innsattes helse og tilrettelagte helsetjenester</b>                      Psykisk helse hos innsatte i fengsel er grundig kartlagt i Cramer rapporten. Det er et omfattende behov for helsehjelp hos mange innsatte. Levekårsrapporten(SSB) fra 2014 viser at 23 % av innsatte har en psykisk lidelse de jevnlig tar medisiner for og 35 % oppgir at de har fått behandling for psykiske problemer før innsettelse. Mange røyker mye. Levekårsrapporten fra 2014 slår fast at andelen som drikker oftere er høyere blant innsatte. Innsatte har lavere utdanning, færre er i arbeid og mange har dårlig økonomi. Dette er indikasjoner på at innsatte har gjennomgående dårligere helse enn befolkningen for øvrig, ikke bare psykisk, men også somatisk helse. Det er derfor viktig at helsetjenesten i fengselet gir tilrettelagte tjenester også av forebyggende karakter med målsetting om at den innsatte helse bedres. Det bør være et tett samarbeid med kriminalomsorgen og andre importerte tjenester om at den innsatte skal få varig endring av levevaner. Det er i statsbudsjettet over flere år vedtatt en tilskuddsordning for å øke rekrutteringen av psykologer i kommunene. Tilskuddsordningen skal bidra til å styrke kvalitet og kompetanse innen rus, psykisk helse, vold og traumefeltet og til å tilby et mer koordinert og tilgjengelig helsetjenestetilbud. Det kan også søkes tilskudd til å styrke kapasiteten på kommunenes</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det anbefales at det er kommunepsykolog i alle kommuner med fengsel.</li> <li>• Det må vurderes om det skal etableres egen tilskuddsordning for psykolog i kommuner med fengsel.</li> <li>• Det anbefales at kommunen bruker ambulerende team ved behov i fengselet.</li> <li>• Det må være tilgang til EPJ(elektronisk pasientjournal) og elektronisk meldingsutveksling for helsetjenesten i alle fengsel.</li> <li>• Helsepersonell bør være tilstede på fengselets faste innsettelsesdager</li> <li>• Innkomstsamtaler bør tilbys alle ved innsettelse og gjennomføres innen første dag. Første kontakt må kartlegge medisinbruk og om det er behov for helsehjelp. En utførlig innkomstsamtale må utføres innen 5 døgn.</li> </ul>	<p>Administrativt – ny tilskuddsordning forutsetter bevilgning over statsbudsjettet, godkjent regelverk samt tilskuddsforvaltning. .</p> <p>Tilgang til EPJ og elektronisk meldingsutveksling for helsetjenesten i fengsel forutsetter tilkobling til norsk helsenett. Det er Kriminalomsorgens ansvar få tilrettelegge for helsetjenestens arbeid i fengselet.</p> <p>Gjennomføring av innkomstsamtaler kan være vanskelig i noen kommuner innenfor tilgjengelige ressurser.</p>

## VEDLEGG I FORSLAG TIL TILTAK FRA FAGGRUPPEN KOMMUNAL HELSE- OG OMSORGSTJENESTE

rusarbeid.		
------------	--	--

Begrunnelse	Tiltak	Konsekvenser
<p><b>E. Kartlegging av Innsattes somatiske og psykiske helse ved helsetjenesten i fengselet</b></p> <p>Innsattes psykiske helse er beskrevet i Cramers rapport fra 2014. Dett er en av flere rapporter som viser at mange innsatte har store og sammensatte helseproblemer. Levekårsrapporten fra 2014 bygger opp under dette. For at innsatte skal få nødvendig helsehjelp må det gjøres en kvalitetsmessig god kartlegging ved innsettelse uavhengig av hvor i landet og i hvilket fengsel den innsatte soner. En standardisert kartlegging vil bidra til bedre kunnskap om den innsattes behandlingsbehov. Det vil også muliggjøre innhenting av opplysninger og gi et bedre bilde totalt.</p>	<p>Standardiserte prosedyrer ved innsettelse som omfatter:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inkomstsamtaler ved innsettelse Bruk av tolk når nødvendig, jfr. pasient og brukerrettighetslovens § 2-1 a og 3-2.</li> <li>• Samarbeid med hjemkommunen ved innsettelse med innsattes samtykke</li> <li>• Samarbeid med den innsattes fastlege om innsatte samtykker</li> <li>• Innhenting av evt. opplysninger om tidligere behandling i spesialisthelsetjenesten om innsatte samtykker</li> <li>• Overføring fra annet fengsel skal helseopplysninger følge</li> </ul>	<p>Å utarbeide standardiserte prosedyrer for innsettelse, herunder eventuelle maler for inkomstsamtaler må gis i oppdrag til Helsedirektoratet. Bør utarbeides av en arbeidsgruppe sammensatt av primær- og spesialisthelsetjenesten.</p> <p>Innhenting av helseopplysninger kan gjennomføres innenfor dagens regelverk om den innsatte samtykker.</p> <p>Det skal ikke brukes standardiserte samtykkeskjemaer uten tidsavgrensning. Samtykke skal være informert, det vil si at den innsatte skal vite hva som utveksles av informasjon.</p>
<p><b>F. Kunnskap og kompetanse</b></p> <p>Et fengsel er en utfordrende arbeidsplass både for helsetjenesten og kriminalomsorgen. Forskjellige regelverk, ansvar og oppgaver kan til tider skape konflikter mellom de forskjellige tjenestene. Grunnutdanningen for helsepersonell gir ikke kunnskap om fengselet som institusjon, innsattes helse og kriminalomsorgens regelverk og ansvarsområde. For leger er det i dag tilgjengelig et nettkurs.? Opplæring i psykisk helse inngår i grunnutdanningen KRUS. Men det vil være behov for hvordan innsatte med psykiske problemer, lidelser og personlighetsforstyrrelser håndteres i</p>	<p>•Det anbefales at det utarbeides nettkurs for sykepleiere(leger?) i helsetjenester til innsatte i fengsel og at helsepersonell som skal jobbe i fengsel gjennomfører opplæring</p> <p>•Det gis oppdrag til fylkesmennene om å samarbeide med kriminalomsorgen om kompetansehevende tiltak for ansatte i helsetjenesten og kriminalomsorgen</p> <p>•Helsedirektoratet og Kriminalomsorgsdirektoratet arrangerer konferanser hv. 2. år.</p> <p>•Det anbefales prosessveiledning for ansatte i helse og kriminalomsorg</p> <p>•Det anbefales prosessveiledning for</p>	<p>Utarbeiding av nettkurs må settes ut på anbud – må finansieres.</p> <p>FM kan belastningsfullmakt til å arrangere samlinger. Gjerne flere i samarbeid da det er få fengsel i hvert fylke.</p> <p>Felleskonferanse bør bevilges via statsbudsjettet til direktoratene for å gjøre denne så rimelig som mulig for ansatte i kommuner og fengsel. Tre partskonferanser bør vurderes, inkl. AVDir.</p> <p>Prosessveiledning er kostnadskreven, men vil lette arbeidet med de innsatte for å forebygge utbrenthet og sykdom hos ansatte.</p>

## VEDLEGG I FORSLAG TIL TILTAK FRA FAGGRUPPEN KOMMUNAL HELSE- OG OMSORGSTJENESTE

hverdagen. Det bør etableres rutiner for kunnskapsutveksling og felles veiledning.	helsepersonell •Spesialisthelsetjenesten tilbyr veiledning til alle ansatte i fengsel	Spesialisthelsetjenesten har plikt til å veilede
--	--	--

Begrunnelse	Tiltak	Konsekvenser
<p><b>G. Tillit og trygghet</b></p> <p>Levekårsrapporten fra 2014 viser 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, sosialrådgiver, visitor og fritidsleder. En stor andel av alle innsatte har mange tillitsbrudd gjennom en vanskelig barndom, mange har vært i kontakt med barnevernet. Livekårsrapporten viser også at nær en tredjedel av de spurte innsatte oppga at de på et tidspunkt før innsettelse hadde behov for psykiatrisk behandling uten å få det, inkluderte 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 tillitt og få positiv bekreftelse må være grunnleggende for mange innsattes psykiske helse.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Innføre gode verktøy for samtale som Den Reflekterende samtale, COS (Cirkel of security), Motiverende samtale e.l.</li> <li>• Samarbeid med kriminalomsorgen om samtaleverktøy</li> <li>• Gruppeaktivitet for å fremme mestring</li> <li>• Samarbeid med fengselet om slike tiltak</li> </ul>	<p>Vil koste etterutdanning for personell. Administrativt betyr det omprioritering av oppgaver.</p>

## VEDLEGG I FORSLAG TIL TILTAK FRA FAGGRUPPEN KOMMUNAL HELSE- OG OMSORGSTJENESTE

Begrunnelse	Tiltak	Konsekvenser
<p><b>H. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.</b></p> <p>Forskriften gjelder for habiliterings- og rehabiliteringstjenester som tilbys og ytes etter helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven.</p> <p>I tillegg gjelder forskriften individuell plan som skal utarbeides etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 og psykisk helsevernloven § 4-1 og oppnevning av koordinator etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-5a.»</p> <p>Kommunen har et hovedansvar for individuell plan og et koordinerende ansvar, hvor personen trenger helsehjelp både fra kommunen, og evt. kommune og spesialist. Om den innsatte kun trenger hjelp fra spesialisthelsetjenesten, har spesialisthelsetjenesten ansvar for planarbeidet jfr. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 første ledd . Dette er unntaksvis da den innsatte ofte har behov for flere tjenester over tid.</p> <p>Individuell plan etter denne forskriften må ikke forveksles med Kriminalomsorgens framtidsplan og individuell oppfølgingsplan.</p> <p>IP er et godt verktøy for oppfølging i fengselet og ved løslatelse.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Innsatte skal spørres ved innsettelse om det er opprettet IP og hvem som har koordineringsansvaret</li> <li>•Alle innsatte med sammensatte behov skal ha tilbud om IP. IP bør etableres i samarbeid med innsattes hjemkommune fra starten av. Dersom de takker nei til IP skal de likevel tilbys koordinator.</li> <li>•Koordinator skal være fra den innsattes hjemkommune.</li> <li>•Med samtykke fra den innsatte bør IP etableres og utvikles i samarbeid med kriminalomsorgen</li> </ul>	<p>IP er en rettighet forankret i lov og forskrift.</p>

## VEDLEGG I FORSLAG TIL TILTAK FRA FAGGRUPPEN KOMMUNAL HELSE- OG OMSORGSTJENESTE

Begrunnelse	Tiltak	Konsekvenser
<p><b>I. Legemiddelhåndtering</b></p> <p>Hesledirektoratet har i brev til Kriminalomsorgens sentrale forvaltning 04.04.2011, vurdert at fengselsbetjentenes utdeling av legemidler i hovedsak ikke utgjør en medhjelpersituasjon i helselovgivningens forstand, jf. Helsepersonelloven (§ 5). Det er å anse som en administrativ oppgave, med mindre pasienten ville fått hjelp til medisinbehandling på utsiden. Dette må fremkomme av journalen.</p> <p>Helse- og omsorgstjenesten i kommunen bør, etter forespørsel fra kriminalomsorgen, bistå i den praktiske opplæringen av betjentene når det gjelder legemiddelbehandling som praktisk bistand, for eksempel ved organisering av legemiddelbehandlingkurs.</p> <p>Legemiddelbehandlingens forskriften og internkontrollforskriften er nyttige dokumenter som bør gjennomgås og være tilgjengelig. Sikkerhetsmessige grunner og kjennskap til hva som deles ut</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kommunens ordinære legemiddelkurs bør tilbys for opplæring av fengselsbetjentene</li><li>• I større grad bør de innsatte kunne administrere egne medisiner ved bruk av multidoser eller dosett, bruk av multidoser for sikkerheten</li><li>• Egenadministrering av eventuelt medisiner.</li></ul>	<p>Helsetjenesten har plikt til å vurdere medisinbruk og følge opp under oppholdet i fengselet</p>

## VEDLEGG I FORSLAG TIL TILTAK FRA FAGGRUPPEN KOMMUNAL HELSE- OG OMSORGSTJENESTE

Begrunnelse	Tiltak	Konsekvenser
<p><b>J. Kvinner i fengsel</b></p> <p>I en masteroppgave fra 2006 beskrives følgende forhold for kvinner som soner i fengsel med menn: (Kvinner i menns fengsel : -om kvinners soningsforhold i blandingsfengsel, Masteroppgave 2006.Haugen, Marit)</p> <p>-Kjønnsintegrering i fengsel fører til et seksualisert miljø.</p> <p>-Det ble funnet direkte og indirekte diskriminering av kvinnene i fengsel. Direkte fordi kvinnene er utestengt fra tilbud om å delta i programmene som er en del av aktivitetstilbudet i fengselet ettersom kvinnene er i mindretall i fengslene. Dette gir seg utslag for eksempel i utestengelse fra treningstilbud og skoletilbud. Indirekte diskrimineres også kvinnen som følge av at fengselssystemet er bygd opp med tanke på å straffe menn. I fengslene er det ingen tilpassing i forhold til kjønn.</p> <p>Højdahl, T (2013) VINN s. 21 om kvinnelige domfelte: Høyere forekomst av psykiske og fysiske helseproblemer enn menn. Mange har underlivsproblemer, svekket tannhelse og diffuse kroniske smerter. Det er en opphopning av levekårsproblemer. Og større grad av psykiske problemer på grunn av isolasjon fra venner og familie enn menn.</p> <p>St.meld. nr. 37 vektlegger innsatte kvinners spesielle sårbarhet. Mange sliter med dårlig selvbilde som følge av vanskelige oppvekstvilkår,</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er behov for mer forskning på kvinner i fengsel, helse og behandlingsbehov.</li> <li>• Av helsemessige årsaker bør kvinner sone i egen kvinnefengsel for å unngå seksuell trakassering og diskriminering</li> </ul>	<p>Forskning vil ha en økonomisk konsekvens.</p>



## VEDLEGG I FORSLAG TIL TILTAK FRA FAGGRUPPEN KOMMUNAL HELSE- OG OMSORGSTJENESTE

<p>som alkoholisererte og voldelige hjem. Mange av de kvinnelige innsatte er sterkt traumatisert som følge av seksuelle overgrep og prostitusjon. Fordi man ser at denne gruppen innsatte har spesielle behov og spesielle utfordringer knyttet til rehabilitering og mestring av livet etter fengselsopphold, i tillegg til stor grad av tilbakefall til kriminalitet, er det nødvendig å skaffe mer kunnskap om tiltak.</p> <p>Mange kvinner i fengsel er mødre og sliter med følelser av bekymring tap fordi de ikke har omsorg for barna.</p> <p>Cramer rapporten fastslår at det er liten forskjell i psykiske problemer hos menn og kvinner i fengsel. Resultatene viser forekomst, men ikke behandlingsbehov. I prosjektrapporten kap. 4.5 Videre utfordringer sies: "En viktig utfordring som gjenstår til fremtidige undersøkelser, er avklaring av forholdet mellom diagnose og behandlingsbehov.....».</p>		
<p><b>Begrunnelse</b></p>	<p>Tiltak</p>	<p>Konsekvenser</p>
<p><b>K. Helsefremmende og forebyggende arbeid i fengselet</b></p> <p>Helsetjenesten må vurdere tiltak for å forebygge utvikling av eksisterende helseproblemer og fremme helse for en bedre hverdag etter løslatelse. For mange er livet før innsettelse preget av rus, lite fysisk aktivitet, dårlig kosthold og dårlig egenhygiene. Mange har dårlig tannhelse. Mange sliter med mestring i hverdagen og mangler grunnleggende kunnskap om å ivareta egen helse.</p> <p>Helsetjenesten bør i samarbeid med fengselet</p>	<p>Lærings- og mestringstilbud:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Treningsgrupper</li> <li>• Opplæring i hverdagsmat</li> <li>• Egenhygiene – rettigheter og eget ansvar</li> <li>• Tilbud om røykesluttgrupper</li> <li>• Økonomi i hverdagen</li> <li>• Omsorg for egne barn – foreldreveiledning til innsatte som er foreldre</li> <li>• Eget hjem, maling og tapetsering</li> <li>• Hasjavvenningsgrupper</li> </ul>	<p>Samarbeid om lærings- og mestringstilbud betyr at heletjenesten må vektlegge samarbeid og prioritere grupperettede tiltak.</p>

## VEDLEGG I FORSLAG TIL TILTAK FRA FAGGRUPPEN KOMMUNAL HELSE- OG OMSORGSTJENESTE

legge til rette for god og meningsfylt aktivitet som fremmer mestring og helse. Tiltak kan gjennomføres som gruppeaktiviteter, som en del av aktivitetsplikten og som fritidsaktiviteter.		
---	--	--