

Møtedato: 28. april 2021

Saksnr.:
2021/414-10

Saksbeh./tlf.:
Nohr, 75 51 29 00

Sted/dato:
Bodø, 21.4.2021

Styresak 50-2021

Plan for styrking av helsetjenester i fengsel innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (områdefunksjon)

*Saken var etteranmeldt og kommer i tillegg til tidligere utsendt sakliste.
Saksdokumentene ettersendes.*

Formål

Dette er en felles orienteringssak i de regionale helseforetakene. Den fremmer en plan for hvordan spesialisthelsetjenesten skal bygge opp stedlige spesialisthelsetjenester for innsatte i norske fengsler. Planen skal etter styrebehandling oversendes Helse- og omsorgsdepartementet.

Bakgrunn

De fire regionale helseforetakene fikk et likelydende oppdrag i OD 2020: *Helse X RHF skal, i samarbeid med dei andre regionale helseføretaka og Kriminalomsorgsdirektoratet, utarbeide ein konkret plan for å etablere ein områdefunksjon for spesialisthelsetenesta innan psykisk helsevern og TSB for innsette, jf. rapport Områdefunksjoner for spesialisthelsetjenester til innsatte med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer, SIFER 12. januar 2018 og tilrådingane frå Hersedirektoratet i brev av 19. mars 2018.*

Saken er et forslag til plan som med dette legges frem for behandling i RHF-styrene. Saken har vært behandlet i møte med AD-ene i RHF-ene den 22. mars 2021 og i interregionalt fagdirektørmøte den 15. februar 2021.

AD-ene i RHF-ene ga sin tilslutning til saken og ønsket at saken skulle legges frem for behandling i RHF-styrene før rapporten oversendes Helse- og omsorgsdepartementet. Saken har også vært lagt frem for konserntillitsvalgte og regionalt brukerutvalg i hver region før behandling i AD-møte.

AD-ene pekte på at det burde vurderes et annet navn enn «områdefunksjon» som gir en klarere beskrivelse av hva planen innebærer. Videre begrepsbruk i felles styresak og i planen blir derfor: plan for styrking av helsetjenester i fengsel innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (områdefunksjon).

Det er i dag betydelig variasjon fengslene i mellom, om de har gode stedlige helsetjenester innen psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) eller ikke. Planen som legges frem foreslår derfor en styrking i alle regioner som et utviklingsarbeid over ett til tre år.

Fakta

Forekomsten av psykiske lidelser er betydelig høyere blant innsatte enn i befolkningen generelt jf. rapporten "Forekomst av psykiske lidelser hos domfelte i norske fengsler" (Cramer, 2014). Rapporten viste at 92 % hadde en psykisk lidelse og/eller personlighetsforstyrrelse. Både denne og andre representative undersøkelser av domfelte i fengsel har funnet at om lag 50-60 % av innsatte hadde rusmiddelbruk og avhengighetsproblematikk ved innsettelsen. Det har derfor over tid vært satset betydelig ressurser på å bygge opp helsetilbudet til de innsatte, men det er allmenn enighet om at det er behov for en ytterligere styrking av tilbudet.

Dette er et område med betydelig offentlig oppmerksomhet og kritikk av forholdene for psykisk syke i fengslene, inkludert internasjonal oppmerksomhet. Sivilombudsmannens særskilte melding til stortinget om isolasjon og mangel på menneskelig kontakt i norske fengsler kritiserer både kriminalomsorg og helse for manglende oppfølging av isolerte¹. Helse og omsorgsministeren var da også i Stortinget og pekte på områdefunksjon som et vesentlig svar på kritikken.

Kommentarer

I planprosessen har det vært et utstrakt samarbeid mellom de fire helseregionene med Kriminalomsorgsdirektoratet, Nasjonalt kompetansesenternettverk i sikkerhets-, fengsels-, og rettspsykiatri (SIFER), Nasjonal kompetansetjeneste for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (NKTSB) og Kriminalomsorgens regioner.

Det er gjennomført en oppdatert kartlegging av eksisterende og planlagte tjenester. Det er gjennomført en sammenligning av tjenester nasjonalt, som gir grunnlag for fremtidig dimensjonering av tjenestene.

Kontorsituasjonen for behandlere fra helseforetakene i fengslene er kartlagt og kompetansemiljøene har beskrevet en skisse for kompetanseheving og fagutvikling.

Samarbeidspartnere har nedfelt noen prinsipper som ligger til grunn for å styrke helsetjenester i fengsel innen PHV og TSB (vedlegg 1 - kapittel 1, punkt 1.5).

Alle RHF har satt av ressurser til formålet i perioden 2018 – 2021 (vedlegg 1- kapittel 3), totalt 38, 9 mill. kroner (Helse Sør-Øst: 26, 4 mill. kr., Helse Vest: 4,6 mill. kr., Helse Midt-Norge: 2,9 mill. kr. og Helse Nord: 5 mill.kr.). Videre foreslås det å se på styrkingen

¹ https://www.sivilombudsmannen.no/wp-content/uploads/2019/06/SOM_S%C3%A6rskilt-melding_WEB.pdf

som et utviklingsarbeid over 1-3 år (vedlegg 1 - kapittel 5) da det er betydelige variasjoner fengslene imellom, om de har gode stedlige helsetjenester eller ikke. Ettersom planen foreslår å se på styrking som et utviklingsarbeid over 1-3 år, kan det bli aktuelt for noen RHF med ytterligere styrking. Helseforetakene bør planlegge utforming av tjenestene i fengsel i samarbeid med kriminalomsorgen lokalt og andre relevante samarbeidsaktører. Det må også vurderes brukerrepresentasjon og om tillitsvalgte skal involveres i de lokale prosessene.

RHF-ene vurderer at det er hensiktsmessig å vurdere om målene med styrkingen (områdefunksjon) er nådd ved å legge følgende forhold til grunn:

- Er spesialisthelsetjenesten tilgjengelig til faste tider i fengsel
- Er spesialisthelsetjenesten fysisk tilstede i tilstrekkelig grad til å yte nødvendig helsehjelp til innsatte og ha godt samarbeid med andre etater
- Har spesialisthelsetjenesten fast personell i fengselet
- Foreligger det konkrete planer for kompetanseheving
- Er det etablert nettverk for kompetanseheving
- Deltar spesialisthelsetjenesten i nettverk for kompetanseheving
- Deltar annet relevant personell fra fengselet i nettverk for kompetanseheving
- Har fengslene tilfredsstillende lokaler for behandlende personell fra helseforetakene
- Er det etablert et samarbeid lokalt mellom helseforetaket, Kriminalomsorgen og andre relevante samarbeidspartnere

Utviklingsarbeid i Helse Nord

Helse Nord RHF har invitert helseforetakene, representantene fra regionalt brukerutvalg og konserntillitsvalgte/-verneombud og Kriminalomsorgen Nord til å delta i å drøfte hvordan spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern og TSB for innsatte i fengsler best kan organiseres i Helse Nord. Dette arbeidet planlegges ferdigstilt i løpet av 2021. Regionalt kompetansenettverk for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (SIFER Nord) ved Universitetssykehuset Nord-Norge har utarbeidet en rapport som skisserer ulike handlingsalternativer i vår region. Rapporten ansees som et av grunnlagsdokumentene i det videre utviklingsarbeidet.

Medbestemmelse

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling – oppdrag i OD2020, etablering av områdefunksjoner ble presentert for konserntillitsvalgte og -verneombud i Helse Nord RHF, den 9. mars 2021, hvor informasjonen ble tatt til orientering og det ble oppnevnt to representanter til å delta i et regionalt utviklingsarbeid for å utvikle/organisere gode spesialisthelsetjenester for innsatte i fengsel i Helse Nord.

Brukermedvirkning

Orientering om etablering av områdefunksjoner innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling – oppdrag i OD 2020 ble behandlet i det Regionale brukerutvalget i Helse Nord RHF, den 12. mars 2021 (jf. RBU-sak 21-2021). Følgende vedtak ble fattet:

1. *Plan for etablering av områdefunksjoner innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling tas til orientering.*
2. *RBU har følgende innspill til arbeidet:*
 - a. *Prosjektet bør rigges bredt med hensyn til brukermedvirkning og inkludere pårørendeperspektivet.*
 - b. *Oppfølging av barn som pårørende til innsatte bør omtales og tydeliggjøres.*
 - c. *Arbeidet bør sikre tverrfaglig utredning og behandling.*
 - d. *Kontinuitet i behandlingen uten hyppige behandlerskifter er nødvendig for god behandling, det forebygger skam og bidrar til tillit.*
 - e. *Prosjektet bør beskrive innsatte kvinners særskilte behov for skjerming og tilrettelagt behandling.*
 - f. *Prosjektet bør inkludere sikring av informasjon til innsatte. De må ha tilgang på informasjon om hjelpen som finnes i fengselet og kvalitetssikret informasjon om psykiske lidelser.*
 - g. *Tilgangen på hjelp må dimensjoneres i forhold til det store behovet som er beskrevet.*

Adm. direktørs vurdering

Levekårsundersøkelser viser at det er behov for tilgjengelige spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling for innsatte i norske fengsler. Vedlagt plan lager et godt rammeverk som er med på å bidra til økt innsats, økt tilstedeværelse og økt samarbeid for å utarbeide gode tjenester for denne pasientgruppen. I tillegg må helseregionene nå, i samarbeid med Kriminalomsorgen og fengselshelsetjenestene (kommuner) organisere sine tjenester i tråd med intensjonene i planen.

Styret i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

Styret tar plan for styrking av helsetjenester i fengsel innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (områdefunksjon) til etterretning.

Bodø, 21. april 2021

Cecilie Daae
adm. direktør

Vedlegg:

1. Plan for styrking av helsetjenester i fengsel PHV og TSB (områdefunksjon)
2. Fengselsoversikt med Helseforetak med rater + oppdaterte tall
3. Helsedirektoratets anbefalinger og vedlegg 4 Sifer-rapport om Områdefunksjon

[Innledning]

PLAN FOR ETABLERING AV OMRÅDEFUNKSJON INNEN PSYKISK HELSEVERN OG TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING

Et samarbeid mellom KDI og RHF



Kolofon

Utkast til interregionalt fagdirektørmøte
15. februar 2021

Utkast til nasjonalt AD møte
22. mars 2021

Publikasjonens tittel:
plan for etablering av områdefunksjon innen psykisk helsevern og
tværfaglig spesialisert rusbehandling

Utgitt
[Sett inn dato]

Kontakt
Brita Mauritzen Næss (Helse Vest), Frode Bie (Helse Sør-Øst), Elise
Solheim Helse Midt-Norge) og Jon Thomas Finnsson (Helse Nord)

Rapport kan lastes ned på:
[Link for nedlastning]

[Fotograf]

Innhold

1. Oppdrag og bakgrunn	4
1.1 Oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet 2020	4
1.2 Oppdraget fra Justis- og beredskapsdepartementet	4
1.3 Bakgrunn for oppdraget	4
1.4 Planprosess	5
1.5 Prinsipp for etablering av områdefunksjon	6
2. Hva er områdefunksjon?	7
2.1 Bakgrunn for områdefunksjon	7
2.2 Hovedanbefalinger i rapporten om områdefunksjon	8
2.3 Forventninger til helsetjenestene og til KDI	9
3. Konkret plan for Områdefunksjon	10
3.1 Helse Vest RHF	11
3.1.1 Helse Førde HF	11
3.1.2 Helse Bergen HF	11
3.1.3 Helse Fonna HF	12
3.1.4 Helse Stavanger HF	12
3.1.5 Vurdering Helse Vest RHF	13
3.2 Helse Midt-Norge RHF	13
3.2.1 Møre og Romsdal HF	14
3.2.2 Helse Nord Trøndelag HF	14
3.2.3 St. Olavs hospital HF	15
3.3 Helse Nord RHF	16
3.3.1 Helgelandssykehuset HF	17
3.3.2 Nordlandssykehuset HF	17
3.3.3 Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	17
3.3.4 Finnmarkssykehuset HF	17
3.4 Helse Sør-Øst	18
3.4.1 Sørlandet sykehus HF	18
3.4.2 Sykehuset Østfold HF	19
3.4.3 Sykehuset i Vestfold HF	20
3.4.4 Sykehuset Telemark HF	21
3.4.5 Vestre Viken HF	21
3.4.6 Akershus universitetssykehus HF	22
3.4.7 Oslo universitetssykehus HF	23
3.4.8 Sykehuset Innlandet HF	24
4. Planer for kompetanseheving	26
4.1 Veiledning og nettverk	26
4.2 Opplæring	27
4.3 Fagutvikling	27
4.4 Forskning	28

5. Avslutning	28
5.1 Oppfølging	29

1. OPPDRAG OG BAKGRUNN

Forekomsten av psykiske lidelser og rusproblemer blant innsatte i fengsel er betydelig høyere enn i befolkningen ellers. Det har derfor over tid vært satset betydelig ressurser i flere fengsler på å bygge opp helsetilbudet til de innsatte, men det er allmenn enighet om at det er behov for en ytterligere styrking av tilbudet.

1.1 Oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet 2020 til de regionale helseforetakene

De fire regionale helseforetakene fikk et likelydende oppdrag rettet til enkelte RHF fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2020:

«Helse X RHF skal, i samarbeid med dei andre regionale helseføretaka og Kriminalomsorgsdirektoratet, utarbeide ein konkret plan for å etablere ein områdefunksjon for spesialisthelsetenesta innan psykisk helsevern og TSB for innsette, jf. rapport Områdefunksjoner for spesialisthelsetjenester til innsatte med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer, SIFER 12. januar 2018 og tilrådingane frå Helsedirektoratet i brev av 19. mars 2018.»

1.2 Oppdraget fra Justis- og beredskapsdepartementet til Kriminalomsorgsdirektoratet

I tildelingsbrevet fra Justis- og beredskapsdepartementet til Kriminalomsorgsdirektoratet (KDI) for 2020 står det under Tiltak/ Oppdrag i oppfølgingen av Regjeringens tilbakeføringsstrategi 2017-2021:

«KDI skal bistå i etableringen av en områdefunksjon innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) for helseforetak med ansvar for fengsel. Rapportering tertialvis og i årsrapporten».

1.3 Bakgrunn for oppdraget

Forekomsten av psykiske lidelser er betydelig høyere blant innsatte enn i befolkningen generelt jf. rapporten "Forekomst av psykiske lidelser hos domfelte i norske fengsler" (Cramer, 2014). Den representative undersøkelsen av domfelte i fengsel fant at hele 92 % hadde en psykisk lidelse og/eller personlighetsforstyrrelse. (Cramer, 2014). Både denne og andre representative undersøkelser av domfelte i fengsel fant at om lag 50-60 % av innsatte hadde rusmiddelbruk og avhengighetsproblematikk ved innsettelsen. («Innsattes levekår 2014», SSB-rapport 2015 og «Rusmiddelbruk og helsesituasjon blant innsatte i norske fengsler» SERAF-rapport 2016).

Fra denne og annen kunnskap vet vi at innsatte har betydelige levekårsutfordringer på flere arenaer, som svekker deres muligheter til å kompensere for helseproblemene. Basert på disse forholdene, kan man anta at behandlingsbehovet er større enn i et generelt befolkningsutvalg.

Det er betydelige isolasjonsutfordringer i norske fengsler. Kriminalomsorgen har ansvar for å redusere bruken av isolasjon og må sammen med helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten arbeide for å minske skadevirkningen av denne.

Rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten gjelder for innsatte som for andre innbyggere. En utfordring er imidlertid at ordinære spesialisthelsetjenester i helseforetak ofte ikke er tilgjengelige nok for innsatte. Blant annet blir polikliniske konsultasjoner utenfor fengsel ofte avlyst på grunn av manglende personell fra fengselet til å følge til time. I fengsler med høyt sikkerhetsnivå må innsatte av sikkerhetshensyn framstilles til behandling med 2 fengselsbetjenter som er ressurskrevende. Ordinære spesialisthelsetjenester har heller ikke alltid tilstrekkelig kompetanse knyttet til særegne forhold som påvirker innsattes psykiske helse og livsvilkår.

Helsehjelp til innsatte må derfor tilpasses fengselet som arena og de rammebetingelsene som gjør seg gjeldende der. En måte å løse dette på er å gi stedlige tjenester inne i fengselet og sikre at behandlende personell har nødvendig kompetanse til å møte helseutfordringene til innsatte.

Opprinnelig har stedlige tjenester innen psykisk helsevern (PHV) blitt etablert i store fengsler med tilknytning til kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri i Oslo, Bergen, Trondheim (SIFER) basert på øremerke statstilskudd. Enkelte andre større fengsler har fått stedlig tjenester innen PHV finansiert gjennom basisrammen til de regionale helseforetakene basert på godt samarbeid mellom etatene regionalt og lokalt.

Når det gjelder stedlige tjenester innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) så har dette vært etablert i de 18 fengslene med Rusmestringsenhet eller Stifinner-tilbud i all hovedsak basert på øremerkede statstilskudd. Behandlingstilbudene har vært initiert av Justis- og beredskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet.

Innsatte i øvrige fengsel er gitt helsehjelp ved behov, fra poliklinikk i helseforetaket på lik linje som andre innbyggere i helseregionen.

1.4 Planprosess

Denne planen er utarbeidet i samarbeid mellom de fire regionale helseforetakene, Kriminalomsorgsdirektoratet, kriminalomsorgsregionene, kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (SIFER) og Nasjonal kompetansetjeneste TSB (NK-TSB). Det har vært flere digitale møter og utveksling og innspill per e-post. Helse Vest RHF har koordinert arbeidet.

I planprosessen er det gjennomført en oppdatert kartlegging av eksisterende tjenester som viser at det allerede flere steder er foretatt en styrking av tjenestene (vedlegg 1). Videre er det utarbeidet en oversikt over planlagt styrking av tjenestene der stillinger er utlyst eller budsjett er styrket for 2021 (kapittel 3).

Det er gjennomført en sammenligning av tjenester nasjonalt som vil gi et grunnlag for dimensjonering av tjenester i planprosessen.

Kontorsituasjonen for behandlere fra helseforetakene i fengslene er kartlagt.

Kompetansemiljøene har beskrevet en skisse for kompetanseheving og fagutvikling.

Det er videre presisert prinsipper for etablering av nye tjenester fra PHV og TSB til innsatte, og for styrking av eksisterende tjenester.

Planen består av fem kapitler og tre vedlegg:

Kapittel 1) omhandler oppdraget og bakgrunn for oppdraget, planprosess og hovedprinsipp som skal ligge til grunn for etablering av behandlingstjenester i fengsel.

Kapittel 2) beskriver hva områdefunksjon er, hva som er hovedanbefalingene og hvilke forventninger som ligger til områdefunksjon.

Kapittel 3) beskriver hvilke konkrete planer hvert RHF har i for bindelse med etablering av områdefunksjoner.

Kapittel 4) omhandler SIFER og NK-TSB sine planer for kompetanseheving.

Kapittel 5) avslutning med forslag til oppfølging.

Tre vedlegg:

- 1) En tabell-oversikt over alle fengslene i landet, antallet innsatte og stedlige spesialisthelsetjenester i hvert fengsel per desember 2020. Avsatte midler for styrking av tilbudet i 2021 er ikke tatt med i denne oversikten da det i noen tilfelle ikke er besluttet hvordan disse midlene vil bli fordelt.
- 2) Rapport fra SIFER: Områdefunksjoner for spesialisthelsetjenester til innsatte med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer, 12. januar 2018
- 3) Helsedirektoratets anbefalinger, brev av 19. mars 2018

1.5 Prinsipper som ligger til grunn for å etablere områdefunksjon

Det foreslås i planen at etablering av nye behandlingstjenester til innsatte, eller styrking av eksisterende tjenester bør utformes på grunnlag av følgende prinsipper:

1. Et overordnet mål er å sikre likeverdige tjenester til innsatte. Likeverdige tjenester betyr at alle innsatte har tilgang til tjenester av god kvalitet. Dette skal sikres ved stedlige tjenester i alle fengsler, som er tilstrekkelig dimensjonert og med god kompetanse.
2. De stedlige tjenestene kan organiseres som poliklinikk lokalisert i fengslene, eller polikliniske tjenester (team) som reiser ut til fengslene. Stedlige tjenester gir økt tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester både ved pasientbehandling og nærhet til andre samarbeidspartnere. Tjenestene må være av et omfang som også

muliggjør god samhandling med Kriminalomsorgen og andre samarbeidspartnere, i tillegg til kliniske oppgaver. Stedlige tjenester kan suppleres med digitale tjenester både til behandling, veiledning og samarbeid.

3. Spesialisthelsetjenestene må være dimensjonert med tanke på antall innsatte, type soning og sikkerhetsnivå. Både fengsler med høyt og lavt sikkerhetsnivå vil ha behov for stedlige spesialisthelsetjenester. Innsatte i fengsler med lavt sikkerhetsnivå har til en viss grad mulighet til å benytte helsetjenester utenfor fengsel. Erfaring tilsier at det er størst behov for helsetjenester i fengsel med høy sikkerhet, stor andel av varetekts-innsatte og forvaringsdømte.
4. Tjenestene må sikres tilstrekkelig kompetanse. Antall fagstillinger, tverrfaglighet, forutsigbar finansiering og organisering, og en viss størrelse på fagmiljø vil kunne bidra til dette. I tillegg vil det være sentralt at det tilbys kompetanseheving fra kompetansemiljøer f.eks. gjennom kurs og fagnettverk.
5. Én enhet (eventuelt en enhet for PHV og en enhet for TSB) i helseforetaket bør ha ansvaret for spesialisthelsetjenester i de respektive fagområder som skal leveres. Dersom det er flere fengsler i opptaksområdet for et helseforetak bør det vurderes om samme enhet(er) kan ha ansvaret for spesialisthelsetjenester til alle fengslene. Hovedhensikten med dette prinsippet er å etablere robuste fagmiljø med faste behandlere som kan delta i faglige nettverk. Det anbefales at helseforetakene bygger videre på allerede etablerte fagmiljø der dette finnes, men samle kompetansen i størst mulig grad.
6. Dersom det er flere fengsler i opptaksområdet for et helseforetak bør det i en oppbyggingsfase først prioriteres tjenester til større fengsler og fengsler med høyere sikkerhetsnivå. Erfaringsmessig vil innsatte der det er stor bekymring rundt psykisk helse eller stort behandlingsbehov flyttes til disse fengslene.

Helseforetakene bør samarbeide med kriminalomsorgen i planleggingen av områdefunksjonen og i oppbyggingen av tjenestene.

2. HVA ER OMRÅDEFUNKSJON?

2.1 Bakgrunn for områdefunksjon

Kriminalomsorgsdirektoratet og Helsedirektoratet utarbeidet i 2016 rapporten ["Oppfølging av innsatte med psykiske lidelser og/ eller rusmiddelproblemer"](#).

Rapporten beskriver helsehjelpen fra psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) som gis til innsatte på landsbasis. Rapporten peker på at tilbudet er svært ulikt organisert og det vurderes at mulighetene for likeverdige behandlingstilbud er begrensede.

SIFER fikk etter søknad oppdrag og midler fra Helsedirektoratet om et felles nasjonalt prosjekt - «Områdefunksjon for spesialisthelsetjenester til innsatte med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer» - i oktober 2016.

SIFER utarbeidet rapporten *Områdefunksjoner for spesialisthelsetjenester til innsatte med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer*, 12. januar 2018, vedlagt.

2.2 Hovedanbefalinger i rapporten om områdefunksjon

Områdefunksjon innebærer følgende:

- At spesialisthelsetjenesten (PHV og TSB) er tilgjengelig til faste tider i fengsel
- At spesialisthelsetjenesten er fysisk tilstede i tilstrekkelig grad til å yte nødvendig helsehjelp (PHV og TSB) til innsatte og ha godt samarbeid med andre etater
- At spesialisthelsetjenesten har fast behandlende personell i fengselet, dette for å sikre at behandlende personell har nødvendig kompetanse om særlige forhold som soning medfører for den innsatte (isolasjon mm)
- At spesialisthelsetjenesten innehar nødvendig kompetanse i tråd med forventninger beskrevet i rapport om områdefunksjon
- At spesialisthelsetjenesten deltar i nettverk for kompetanseheving
- At også den kommunale helsetjenesten i fengslene og fengselsansatte deltar i opplæring.
- Områdefunksjonen foreslås opprettet med utgangspunkt i opptaksområdene for helseforetakene. Dette innebærer at det for de fleste helseforetak vil være én enhet som har ansvaret for fengslene i opptaksområdet.

Det forslås i rapporten at prioriterte områder for kompetanseheving i områdefunksjon PHV bør være psykoselidelser, personlighetsforstyrrelser, selvmord og selvmordsatferd, og tvangsmidler. Det er planlagt utarbeidet egne veiledere for disse områdene. For TSB trekkes frem avhengighet av anabole steroider som et prioritert område.

Opprinnelig, i beskrivelser av områdefunksjon, var også helsehjelp til seksuallovbruddsdømte et av de prioriterte områdene for kompetanseheving. Kompetansehevende tiltak om seksuell overgrepssproblematikk er styrket gjennom regjeringens satsing på BASIS, behandlingstilbud til seksuallovbruddsdømte, og gjennom «Det finnes hjelp» nettside og behandlingstilbud til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep. Disse tilbudene er ikke videre omtalt i denne planen. Helsepersonell i fengselet som er knyttet til denne satsingen beregnes som hovedsak ikke inn i planer for områdefunksjon, men enkelte steder har helsepersonell delte stillinger og er knyttet til både BASIS og andre behandlingstilbud i fengsel.

Kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø (SIFER-nettverket), Nasjonal kompetansetjeneste for TSB og andre relevante fagmiljøer skal bidra i kompetanseheving tilknyttet områdefunksjonen.

2.3 Forventninger til helsetjenestene og til KDI

Det forventes at helsetjenestene legger rapporten om områdefunksjon til grunn i etablering av områdefunksjon. Etablering av områdefunksjon i alle fengsler vil bety en styrking av ressurser til helsehjelp i flere fengsel. Rapporten fra SIFER-nettverket fra 2018 om områdefunksjon, anslår et økt ressursbehov for helsetjenester i fengsel på 45-50 mill. kroner per år, (25-30 mill. kroner for PHV og 20 mill. kroner for TSB).

Kostnadene er beregnet med utgangspunkt i eksisterende tjenester ved to fengsler som ble vurdert å være av god kvalitet. Rapporten konstaterte at det for de fleste foretakene var behov for en styrking av tilbudet.

Det er forventninger om at det etableres faste stedlige tjenester. Som hovedregel innebærer faste stedlige tjenester fysisk tilstedeværelse av helsepersonell. Det skal være forutsigbart når helsepersonellet er tilstede. I tillegg til å yte helsehjelp til innsatte skal også helsepersonell ha tilstrekkelig tid til samarbeid med Kriminalomsorgen og andre stedlige etater i fengsel. Stedlige tjenester kan også kombineres med at helsepersonell er tilgjengelig på Skype/video/digitale flater til faste tider

Faste stedlige tjenester må ses i sammenheng med andre faste helsetilbud i fengsel som tilbud til seksuallovbruddsdømte BASIS (i hver region), Rusmestringsenhetene og Stifinner-enhetene (totalt 18 enheter). De 13 Rusmestringsenhetene er imidlertid et øremerket tilbud i spesialavdelinger og er begrenset til å omfatte noen få innsatte som selv søker seg inn. Det ble opprettet egne enheter i 3 fengsler i 2017 med inspirasjon fra Stifinnern som har vært drevet i Oslo fengsel og Bredtveit i mange år. Disse nye enhetene er bemannet opp og vil være relevant å regne med til flere innsatte med behov for tjenester innen TSB. I tillegg til helsetjenester for innsatte i fengselets rammer kommer også muligheten for soning i helseinstitusjon jf. straffegjennomføringsloven § 12, hvor også TSB behandling gjennomføres og tilbys.

Det forventes at det er faste medarbeidere som tilbyr helsetjenester i fengsel. Dette for å kunne bygge nødvendig kompetanse og sikre kontinuitet.

Kriminalomsorgen skal gjennom samarbeid med andre offentlige etater tilrettelegge for at innsatte får de tjenester som lovgivningen gir dem rett til, jf. straffegjennomføringsloven § 4. Kriminalomsorgens ansvar i samarbeidet med den stedlige spesialisthelsetjenesten for PHV og TSB er å sikre egnede lokaler og utstyr, og tilrettelegge for samarbeidet ved tverrfaglige koordineringsmøter i fengselet.

Det forventes at alt personell i fengsel, deltar i kompetansebygging og nettverk som tilbys av SIFER, NK-TSB, Kriminalomsorgens høgskole og utdanningscenter (KRUS) og andre relevante fagmiljø.

KRUS tilbyr fengselsansatte blant annet opplæring i russamtaler, ruskontroll, psykiske lidelser og tiltak for å redusere overdoser ved løslatelse. Denne form for kompetanse tilpasset fengselsansattes rolle er viktig for å sikre et godt samarbeid med den stedlige spesialisthelsetjenesten.

3. KONKRET PLAN FOR OMRÅDEFUNKSJON

Under presenteres eksisterende helsetjenester ved fengslene og status for arbeidet med å etablere områdefunksjon i hver region.

Det forventes at nærmere utforming av tjenestene skjer i et samarbeid lokalt mellom helseforetaket og kriminalomsorgen. Det vil kunne variere helseforetakene imellom om det etableres egne områdefunksjoner for TSB og PHV eller om fagområdene samles i en enhet.

Det foregår prosesser i alle RHF for å forberede oppdraget for 2021 om å etablere områdefunksjon i tråd med konkrete planer. Alle RHF har styrket helseforetakene på dette området med følgende budsjettmidler for 2021:

RHF	Midler avsatt i tidsrommet 2018 -2020	Midler avsatt i 2021	Total styrking etter områdefunksjon-rapporten
Helse Vest RHF		Kr. 4, 6 mill.	Kr. 4, 6 mill.
Helse Midt-Norge RHF	Kr. 2, 9 mill.	videreført	Kr. 2, 9 mill.
Helse Nord RHF		Kr. 5 mill.	Kr. 5 mill.
Helse Sør-Øst RHF	Kr. 16, 4 mill.	Kr. 10 mill.	Kr. 26, 4 mill.
SUM	Kr. 19, 3 mill.	Kr. 19, 6 mill.	Kr. 38, 9 mill.

Helse Midt-Norge bevilget 2, 1 mill. kroner fra basisramme til styring av psykisk helseverntjenester i fengsel i 2018 og styrket TSB tjenester i fengsel i perioden 2018 – 2020 med omlag 0,8 mill. kroner fra basisrammen.

Helse Sør-Øst har styrket helsetjenester i fengsel fra sin basisramme i tidsrommet 2018-2020, i perioden etter at rapport om områdefunksjon ble skrevet, med tilsammen 16, 4 mill. kroner.

Midlene er fordelt til Sykehuset Østfold HF (kr. 4, 7 mill. kr), Akershus universitetssykehus (kr. 2, 6 mill.), Sørlandet sykehus HF (kr. 8, 5 mill.) og ekstra tilskudd til helsetjenester i Eidsberg fengsel (kr. 0,6 mill.).

Midlene er i stor grad benyttet til spesialisthelsetjenester ved etablering av nye fengsler /fengselsavdelinger med høyt sikkerhetsnivå ved Agder fengsel, Romerike fengsel avd. Ullersmo og Indre Østfold fengsel, avd. Eidsberg.

I perioden fra 2018-2020 har den nasjonale fengselskapasiteten øket med 170 fengselsplasser. Samtidig har lengden på fengselsopphold øket i perioden. Den gjennomsnittlige fengselsdommen og videreføring av dom etter varetekt, har øket fra 250 dager i 2018 til 335 dager i 2020. Andre endringer over noe lengre tid, er at de aller fleste korte dommer på inntil 4 måneder som tidligere ble gjennomført i fengsel, nå gjennomføres ved straffegjennomføring i samfunnet og oppfølging av friomsorgskontorene.

3.1 Helse Vest RHF

Helse Vest RHF har fire helseforetak. Det er faste stedlige tjenester i fengsel i området til Helse Bergen HF, Helse Stavanger HF og Helse Førde HF. Dette mangler i Helse Fonna HF. Det er lagt opp til styrking i alle helseforetak i Helse Vest RHF.

3.1.1 Helse Førde HF

I dette området finnes et fengsel, Vik fengsel med 39 plasser. Indre Sogn psykiatrisenter ivaretar områdefunksjon og stedlige tjenester. Avstand mellom behandlende enhet og fengsel er ca. 5 mil pluss en kort fergetur, totalt ca. 1,5 times reisetid. Her har det vært etablert stedlige tjenester månedlig i fengselet.

I 2021 vil Helse Førde styrke stedlige tjenester med kr. 0,8 mill. fordelt på ressurs til TSB og til psykolog/ psykologspesialist PHV. Dette vil innebære bedre tilgjengelighet. Når det er formålstjenlig vil helsehjelpen ytes digitalt.

3.1.2 Helse Bergen HF

I dette området har kriminalomsorgen tre/fire enheter, Bergen fengsel (235 plasser), Bjørgvin fengsel (90 plasser), Bjørgvin fengsel ungdomsenheten (4 plasser) og Lyderhorn overgangsbolig.

Helse Bergen HF har gjennom klinikk for sikkerhetspsykiatri en psykiatrisk spesialisthelsetjeneste, seksjon fengselshelse tjeneste, lokalisert i fengselet. Seksjonen leverer tjenester til alle fengslene og består av 7,7 psykologårsverk og 1,1 psykiaterårsverk. I tillegg har avdeling for rusmedisin et tverrfaglig team innen rusenheten i Bjørgvin fengsel; Stifinnertiltaket (1,5 årsverk), og skal i 2021 bygge opp et eget avrusingstilbud i Bjørgvin.

Det er et tett og forpliktende samarbeid mellom klinikk for sikkerhet, avdeling for rusmedisin, fengselshelsetjenesten og kriminalomsorgen sine enheter. Det samme er tilfellet mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helsetjenesten i fengselet, blant annet gjennom faste møteplasser.

I 2021 vil det bli satt inn forsterket tiltak (spesialiststilling for lege/ psykolog) mot de mest krevende innsatte, innsatte som har utfordringer på flere felt og hvor isolasjonsproblematikk og mangel på aktiviteter forsterker utfordringene.

Lokaler: lokalene som er stilt til disposisjon for spesialisthelsetjenesten ikke er i tråd med krav som stilles til denne type virksomhet. Dette har vært drøftet med kriminalomsorgen over lang tid og begge parter har en felles vurdering av behov. Det forventes at nødvendige tiltak kommer på plass. Det er under arbeid et bygg knyttet til avrusingsfunksjon, men det er uvisst om dette bygget også kan ivareta flere funksjoner.

3.1.3 Helse Fonna HF

I dette området finnes to fengsel, Sandeid (lavsikkerhetsfengsel med 88 plasser) og Haugesund (høysikkerhet (varetekt) med 18 plasser). Det er 6 miles avstand mellom fengslene. Det har ikke vært etablert faste stedlige tjenester i disse fengslene tidligere.

For begge lokalitetene er det satt sammen et tverrpoliklinisk team med helsepersonell som har kompetanse og erfaring innen psykisk helsevern og TSB (inkludert LAR).

I 2021 vil det utlyses en stilling som overlege/psykologspesialist til områdefunksjonen.

I tillegg planlegger Haugaland DPS for faste stedlige tjenester i Haugesund fengsel med både psykologspesialist/overlege (ukentlig 10 % stilling) og høyskoleutdannet behandler TSB (ukentlig 10 % stilling).

For Sandeid Fengsel planlegges faste stedlige tjenester med psykologspesialist/overlege (ukentlig 20 % stilling) og høyskoleutdannet behandler TSB (ukentlig 20 % stilling). I tillegg lege i spesialisering som er tilgjengelig hver 14 dag, og personell fra en lokal rusbehandlingsenhet i helseforetaket (10 % stilling) for tidlig å fange opp pasienter som kan være i behov av langtids rusrehabilitering.

Kriminalomsorgens kommentarer til planer for styrking av helsetjenester er at ressurser bør samles til ett miljø (et DPS) for å kunne øke stillingsprosenten, blir mer robuste og oppnå en bedre kompetanse og tilknytning til Kriminalomsorgen.

Lokaler: spesialisthelsetjenestens planer for økt tilstedeværelse i fengsel forutsetter at det blir stilt tilfredsstillende lokaler til rådighet.

3.1.4 Helse Stavanger HF

I dette område er det to fengsler: Åna med 164 plasser og Stavanger fengsel med 68 plasser. Det gis ulike stedlige tilbud til innsatte her.

Innen psykisk helsevern finnes i dag 20 % psykologstilling og 30 % psykiater i Stavanger fengsel. Ved Åna er det 130 % psykologstilling, 50 % psykiater og 50 % vakant i poliklinikk, tilsammen 230 %.

Innen TSB har LAR poliklinikk fast tilstedeværelse en dag hver andre uke på Åna. I tillegg supplerer helseforetaket med lege og psykolog ved behov. Ansvar for å følge opp «ordinære» polikliniske pasienter ligger til RUPO, en poliklinikk i Sandnes, Obs-teamet (ambulant-team) eller Rogaland a-senter.

I Stavanger fengsel er det de nevnte avdelingene som leverer helsehjelp avhengig av den innsattes bosted/alder. Stavanger fengsel har også rusmestringsenhet som driftes i

samarbeid med RUPO Sandnes, (100 % psykologstilling og overlege en halv dag i måneden).

Planlagt styring i 2021: 2 årsverk fordelt mellom PHV og TSB (psykolog i psykisk helsevern og en psykolog i TSB). Det vil også være en ambisjon for Helse Stavanger HF at de i større grad greier å samkjøre ressursene som brukes i fengslene, slik at en ikke gir parallelle tilbud for psykiske lidelser og rusproblemer, men samtidige og integrerte tjenester. Det er også ambisjoner om å styrke kvinners helse.

Kriminalomsorgen kommenterer at de har positiv erfaring, både relatert til samhandling og kompetansebygging, med at PHV ressursene fra Helse Stavanger betjener begge fengsel. De ønsker at denne praksisen gjennomføres også for tiltenkt styrking.

3.1.5 Vurdering Helse Vest RHF

Helsetjenester i fengsel i Helse Bergen ble i rapporten om områdefunksjon brukt som eksempel på et område med gode tjenester. Det vurderes at planlagt styrking i Helse Førde og Helse Fonna er en god start men det må vurderes etterhvert om nivået er tilstrekkelig. Det er positivt at det planlegges for tverrpolikliniske team. Ideelt så burde en områdefunksjon betjene begge fengsel i Helse Fonna, men pga. lang avstand mellom fengslene så kan det praktisk være vanskelig å gjennomføre og innebære mange timer til bilkjøring? Helse Stavanger planlegger å styrke allerede eksisterende tjenester i fengsel. Med fordel kunne Helse Stavanger samle oppfølging av innsatte på færre enheter innen TSB for å sikre at områdefunksjon blir et robust tverrfaglig fagmiljø med faste medarbeidere som kan delta i nettverk. Det vurderes at alle helseforetakene bør følges opp ihht. oppfølgingspunktene foreslått i kapittel 5.

3.2 Helse Midt-Norge RHF

Helse Midt-Norge RHF har tre helseforetak: St Olavs hospital, Helse Nord Trøndelag og Helse Møre og Romsdal. Det er fengsler i hvert av foretaksområdene og faste stedlige tjenester innen psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i 3 av de 4 fengslene.

Helseforetakene fikk noe ekstra midler i 2017-2019 til styrking av TSB stillinger i rusmestringsenhetene ved Hustad og Trondheim fengsel avdeling Leira (ca. 800 000 kroner), og etablerte Stifinner enhet (egen øremerket finansiering fra HOD) i Trondheim fengsel avdeling Nermarka. Disse tjenestene har stedlige tjenester og faste dager i fengslet. I perioden 2018 -2020 ble det gitt 2,1 mill. kroner til styrking av psykisk helsevern i helseregionens fengsler. I dette oppdraget ble flere stillingsandeler med stedlig tjeneste styrket. Beløpet videreføres i 2021. Det er et mål å etablere områdefunksjon med stedlig tjeneste i Ålesund fengsel i løpet av året og styrke det eksisterende tjenestetilbudet i tråd med vurdert behov.

3.2.1 Møre og Romsdal HF

I dette opptaksområde ligger Hustad og Ålesund fengsler. Hustad fengsel har 60 plasser hvorav 28 plasser høy sikkerhet og 32 plasser lavere sikkerhet. Ålesund fengsel har 27 plasser og er et høysikkerhetsfengsel. Stedlige tjenester innen TSB og PHV er samlet ved Hustad fengsel. Det er så langt ingen stedlig tjeneste ved Ålesund fengsel.

Hustad fengsel ligger i Hustadvika kommune, med omtrent 40 minutter kjøretid til Molde DPS og noe lenger kjøretid til Molde behandlingssenter (TSB). Ålesund fengsel har relativt kort avstand til både DPS og Ålesund behandlingssenter.

Hustad fengsel har stedlig tjeneste i psykisk helsevern.

Det er etablert et utviklingsprosjekt «Stedlig spesialisthelsetjeneste innen psykisk helsevern i Hustad fengsel» forankret i DPS Nordmøre og Romsdal, og inkluderer samarbeid med DPS Sunnmøre, Kriminalomsorgen region Vest og fengselsledelse ved Hustad fengsel. Prosjektet skal prøve ut en modell med tverrfaglig team, samlet 60% stillingsressurs, fordelt på psykolog og sosionom, med faste ukentlige oppmøter i Hustad fengsel. Det planlegges evaluering av prosjektarbeidet i mai og oktober 2021.

Det er i prosjektperioden ikke egen stilling i Ålesund fengsel, men poliklinikk psykisk helse DPS Ålesund tar imot, og håndterer gjennom «aksjonspoliklinikk», henvisninger som kommer fra helsetjenesten i fengselet.

Vurdering Helse Møre og Romsdal HF:

Styrking av nåværende tjenester i Hustad fengsel vil avklares gjennom pågående utviklingsprosjekt fra DPS Molde som avsluttes høsten 2021. Stedlig tjeneste i Ålesund fengsel vil etableres i løpet av året. Teammodellen er et av alternativene som vurderes nærmere og som vil innvirke på organisering av stedlig tjeneste ved Ålesund fengsel.

3.2.2 Helse Nord Trøndelag HF

I dette området ligger Verdal fengsel med 60 plasser med lavere sikkerhetsnivå, for menn. Helseforetaket er tildelt 0,5 mill. kroner for styrking av psykisk helsevern. Helse Nord Trøndelag har hatt stedlig tjeneste ved fengslet siden 2019 med 20 % psykologspesialist innen psykisk helsevern og 20 % psykologstilling innen TSB.

I 2021 skal Helse Nord Trøndelag HF styrke tjenesten med ytterligere 20 % årsverk innen psykisk helsevern. Kompetanseressurs for styrkingen avklares våren 2021.

Vurdering Helse Nord-Trøndelag HF:

Målgruppen i fengslet har gradvis endret seg de siste årene fra personer som tidligere i hovedsak ble dømt for ruspåvirket kjøring til i dag med flere innsatte på lengre dommer og der flere har større kompleksitet knyttet til psykisk helse og/eller rus. Dette har ført til økt behov for helsetjenester i fengslet. Samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er under utvikling og ressursbruk innen helsetjenester i fengslet benyttes systematisk med faste dager for stedlig tjeneste både for TSB og

psykisk helsevern. Styrkingen anses fortsatt lav til moderat og ytterligere styrking i 2021 er under vurdering.

Kriminalomsorgen vurderer om Verdal at 40 % PHV +20 % TSB-ressurs er for lite for å oppnå tilstrekkelig med kontinuitet i pasientbehandlinga og god koordinering.

3.2.3 St. Olavs hospital HF

Trondheim fengsel ligger i St Olavs hospital HF sitt opptaksområde, og består av tre avdelinger der hovedavdelingen Nermarka har høyt sikkerhetsnivå og en kapasitet på 155 plasser. Avdelingen har egne seksjoner for varetekt, dom, forvaring, rus og kvinner. Avdeling Leira og avdeling Kongensgate har lavt sikkerhetsnivå med 31 og 10 plasser.

Trondheim fengsel har faste stedlige tjenester både innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i tillegg til russeksjon (Stifinner-enhet). St. Olavs Hospital HF har gjennom avdeling Brøset en fengselspoliklinikk og behandling av seksuallovbruddsdømte i spesialisthelsetjenesten (BASIS). Seksjonen leverer tjenester til alle avdelingene i Trondheim fengsel.

Psykisk helsevern

St. Olavs hospital er tildelt 0,8 mill. kroner for psykisk helsevern. Psykisk helsevern voksne har stedlig tjeneste med 60% psykologspesialist og 40% spesialist i psykiatri knyttet til fengselspoliklinikk. BASIS-prosjektet har i tillegg 2x 100% psykologressurs i Trondheim fengsel.

TSB

Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin (videre kalt rusklinikken) og Trondheim fengsel avdeling Nermarka, etablerte i 2017 et samarbeid knyttet til planlegging og etablering av en egen russeksjon i fengselet. I prosjektperioden 2017-2019 er det etablert et behandlingstilbud for innsatte som ønsker behandling for sin rusavhengighet. Tiltaket drives i fellesskap av ansatte ved klinikken og fengselet, hvor klinikken anvender om lag 50 % stillingsressurs i stedlig tjeneste. Tiltaket innebærer fysisk tilstedeværelse 2-3 ganger i uken hvor det drives gruppebehandling. I tillegg har ruspoliklinikken ukentlig stedlig tjeneste i fengslet knyttet til poliklinisk behandling av innsatte som er vurdert å ha rett til helsehjelp. Innsatte kvinner har eget tilbud knyttet til oppfølging av kvinnehelse. Rusklinikken har egen gynekolog som tar imot innsatte kvinner til undersøkelse og oppfølging (ikke stedlig tjenestene, kvinnene må fremstilles).

Trondheim fengsel, avdeling Leira

Det ble for flere år tilbake etablert en egen rusmestringsenhet, hvor Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin har avsatt 1 x 100 % psykologstilling som skal bidra til behandling av innsatte med avhengighetsproblematikk. Psykologen har sitt arbeidssted med lokasjon på Leira, men er organisatorisk en del av klinikk for rus og avhengighetsmedisin.

Trondheim fengsel avdeling Kongens gate

I Trondheim fengsel avdeling Kongens gate tilbys rusbehandling til innsatte som er vurdert å ha rett til helsehjelp. Det er ingen fast stedlig tjeneste innen TSB eller psykisk helsevern ved denne avdelingen.

Lokaler

Trondheim fengsel er under ombygging. For psykisk helsevern er det for tiden ett til to midlertidig(e) kontorer tilgjengelig. Etter ombygging av Trondheim fengsel vil det fortsatt være 3 faste kontorer tilgjengelig for både fengselspoliklinikk og BASIS-tilbudet. Psykisk helsevern har bedt om sambruk av fasilitetene sammen med fengselshelsetjenesten, all den tid også tilbudet for seksuallovbruddsdømte (BASIS), med 2 fulltidsansatte, krever kontorer. Om dette vil være tilstrekkelig avhenger av god organisering av tjenestene framover etter at lokalene er tatt i bruk.

Vurdering St. Olavs hospital HF

Det er over år gradvis utviklet tjenester innen PHV og TSB i Trondheim fengsel med stedlig tjenester. Russeksjonen er godt etablert og Basis prosjektet er nylig opprettet. Psykologdekningen er vurdert som moderat i henhold til områdefunksjon og Sifer sin modell for størrelse antall årsverk pr. antall innsatte. Fengselstjenesten, den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten innen PHV og TSB samarbeider for å kunne gi et helhetlig og robust tilbud.

Kriminalomsorgen vurderer at eksisterende helsetjenester innen PHV i Trondheim fengsel er for lavt og kommenterer at fengselet har mye varetektsfengsling, med all den akutte psykisk helseproblematikk dette innebærer. Fengselet har også den eneste kvinneavdelingen på høy sikkerhet i Trøndelag og Nord-Norge

Tilbudet innen psykisk helsevern ved Trondheim fengsel avdeling Nermarka, kan vurderes som noe lavt i forhold til dekning av 155 innsatte dersom Basis og russeksjonen holdes utenfor. Eventuell videre styrking av tjenester innen psykisk helsevern må utredes våren 2021.

Ressursbehov innen TSB er avstemt med ledelse ved Trondheim fengsel og er vurdert å være god.

3.3 Helse Nord RHF

Helse Nord RHF har fire sykehusforetak: Helgelandssykehuset, Nordlandssykehuset, Universitetssykehuset i Nord-Norge og Finnmarkssykehuset. Det er fengsler i hvert av foretaksområdene. Det har ikke vært gjennomført større endringer av spesialisthelsetilbudene i fengslene i 2020. Det regionale kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri er i gang med et samarbeid med helseforetakene for å utrede og beskrive nødvendige tiltak for å etablere en områdefunksjon for spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern og TSB for innsette.

Helse Nord har satt av 5 millioner til å styrke det samlede behandlingstilbudet til innsatte i regionen. En konkret plan for hvordan regionen skal etablere tilstrekkelig kapasitet og kompetanse for å yte gode helsetjenester innen psykisk helsevern og TSB på spesialisthelsetjenestenivå vil bli utformet i februar 2021. På bakgrunn av dette er det ikke lagt inn anbefaling under hvert sykehusområde under.

Kriminalomsorgen region nord anbefaler en betydelig styrking i Vadsø, Bodø og Tromsø fengsel, en moderat styrking i Mosjøen fengsel og ingen i Fauske.

3.3.1 Helgelandssykehuset HF

I Helgelandssykehusets opptaksområde er det ett fengsel i Mosjøen med 15 plasser på høy sikkerhet. Det er kort avstand mellom fengsel og sykehusenhet i Mosjøen. Helgelandssykehuset har ingen egen stilling avsatt for å yte tjenester i fengselet. Tilbudet ytes i dag ved at ansatte i voksenpsykiatrisk poliklinikk tilbyr spesialisthelsetjenester til innsatte i Mosjøen fengsel ved behov. Psykiater eller annen behandler fra VOP møter den innsatte i fengslet og følger opp den innsatte med samtaler og vurdering av behov for medisinerer.

3.3.2 Nordlandssykehuset HF

I Nordlandssykehusets opptaksområde er det ett fengsel, med avdelinger i Bodø og Fauske. I Bodø er det 56 plasser på høy sikkerhet og 12 plasser på lav sikkerhet. På Fauske er det 18 plasser på lav sikkerhet. Innsatte på lav sikkerhet møter til timer hos den lokale poliklinikken. Det er kort avstand mellom fengsel og sykehusenhet på begge steder. Utredning og behandling av innsatte på høy sikkerhet foregår i dag i Bodø fengsel, som en stedlig tjeneste. Det er 20 % psykologspesialist ansatt i psykisk helsevern og 20 % psykolog fra TSB.

3.3.3 Universitetssykehuset i Nord-Norge HF

I Universitetssykehuset i Nord-Norges opptaksområde er det ett fengsel i Tromsø med 39 plasser på høy sikkerhet og 20 plasser på lav sikkerhet. Det er kort avstand mellom fengsel og sykehusenhet i Tromsø. Utredning og behandling av innsatte på foregår som hovedregel i fengslet, som en stedlig tjeneste. Det er 20 % psykolog/psykologspesialist ansatt i psykisk helsevern og 100 % psykologspesialist fra rusavdelingen.

3.3.4 Finnmarkssykehuset HF

I Finnmarkssykehusets opptaksområde er det ett fengsel i Vadsø med 33 plasser på høy sikkerhet og 6 plasser på lav sikkerhet. Fengslet er under rehabilitering og vil øke kapasiteten til 36 plasser på høy sikkerhet og samlet 42 plasser etter rehabiliteringen. Nærmeste sykehus er Kirkenes sykehus ca. 17 mil unna. Oppfølging av innsatte foregår som hovedregel i fengslet. Finnmarkssykehuset har i dag avsatt 15 % psykologspesialist/sykepleier for å følge opp utredning og behandling av innsatte med behov for psykisk helsehjelp eller rusbehandling.

3.4 Helse Sør-Øst

Helse Sør-Øst RHF har åtte helseforetak med opptaksområdeansvar som har ansvar for tilsammen 30 fengsler. Mange av fengslene er høysikkerhetsfengsler og har derved en mer belastet populasjon innsatte med høyere sykkelighet enn innsatte i de andre helseregionene.

Det er faste stedlige tjenester fra ett eller begge fagområder i de fleste fengsel innenfor opptaksområdet til Sørlandet sykehus HF, Vestre Viken HF, Sykehuset Østfold HF og Oslo universitetssykehus HF. Sykehuset Telemark HF har stedlige tjenester fra begge fagområder i ett av to fengsler, mens Sykehuset i Vestfold HF, Akershus universitetssykehus HF og Sykehuset Innlandet HF har få eller ingen faste stedlige tjenester i fengslene i sitt opptaksområde. De helseforetakene uten faste stedlige tjenester gir hoveddelen av tilbudet fra sine ordinære polikliniske lokaler.

Helse Sør-Øst RHF har lagt til grunn for arbeidet med å etablere områdefunksjoner at det skal gjennomføres en trinnvis prosess over to år. Dette vil innebære en gradvis styrking av tjenestene. Denne fremgangsmåten ble valgt da det er store forskjellene mht. antall fengsler, sikkerhetsnivået ved fengslene, organiseringen av dagens tjenester og nivået på tjenestene. Det vil i løpet av 2021 bli gjennomført lokale planprosesser ved det enkelte helseforetak for å avklare hvordan områdefunksjonen skal uformes.

Det gis i det følgende en kort beskrivelse av tilbudene som i dag gis av det enkelte helseforetak til fengslene i opptaksområdet.

3.4.1 Sørlandet sykehus HF

Helseforetaket har ansvar for tre fengsler, alle med høyt sikkerhetsnivå. Fengslene har til sammen 345 plasser. Helseforetaket har til sammen 2.2 årsverk øremerket til tjenester ved fengslene innen PHV og 2 årsverk innen TSB.

Agder fengsel består av 3 avdelinger i henholdsvis Froland, Mandal og Evje, hvorav sistnevnte er et rent kvinnefengsel. I tillegg følges pasienter ved Solholmen, som er en fri soning/overgangsbolig, opp av poliklinikkene der dette er vurdert som nødvendig.

Froland har 200 plasser, Mandal 100 plasser, Evje 30 plasser til kvinnelige domfelte. Det er 15 plasser på Solholmen.

Geografisk ligger fengslene plassert med svært variert avstand fra spesialisthelsetjenestens lokasjoner. Fengslene i Mandal og Froland ligger med om lag 15 minutters kjøretid fra de aktuelle DPS, mens det er noe lenger kjøretid fra Avdeling for rus og avhengighetsbehandling (ARA) til fengselet i Mandal. Fengselet på Evje ligger med betraktelig lenger kjørevei – om lag 1 t og 20 min. til DPS Østre Agder.

Tjenestetilbudet fra spesialisthelsetjenesten er generelt styrket i løpet av det siste året som følge av økt ramme til helseforetaket på bakgrunn av synliggjort økt ressursbehov i forbindelse med etablering av nytt Agder fengsel.

Fra DPS Østre Agder, DPS Strømme og ARA poliklinikk er det dedikert følgende årsverk fra den allmennpsykiatriske helsetjenesten:

- 1x100% stilling psykologspesialist Froland og Evje fengsel, besatt.
- 1x50% stilling psykologspesialist Froland og Evje fengsel, innehar også koordinatorfunksjon på tvers av alle avdelingene i Agder fengsel, besatt.
- 1x50% stilling som psykologspesialist Froland og Evje fengsel, ARA allmenn poliklinikk, besatt (fra 01.01.21).
- 1x100 stilling psykolog for Mandal fengsel, stillingen er en delt stilling mellom DPS Strømme og ARA, besatt.
- 1x100% stilling psykiater for hele Agder fengsel, ikke besatt.

For øvrig har poliklinikkene pasienter i fengsel eller på Solholmen som har annen terapeut enn de som er dedikert til fengselet. I tillegg har ARA en stilling tilknyttet rusmestringsenheten i Evje, som også gjennomfører polikliniske samtaler.

I tillegg til ovennevnte stillinger vil det være 2 stillinger knyttet til BASIS i 2021, disse er ikke besatt pr i dag. BASIS er lokalisert til Froland fengsel med forståelse av at dette utvides til Evje fengsel når nødvendig kompetanse og erfaring er på plass i Froland.

Helseforetakets vurdering av samarbeidet med Kriminalomsorgen og kommunene

I forbindelse med etablering av nytt Agder fengsel har det siden 2018/2019 pågått et strukturert samarbeid mellom SSHF, Agder fengsel og de respektive vertskommunene. Arbeidet oppleves konstruktivt og godt, med stor grad av enighet, noe som virker å være en felles oppfatning både fra sykehusets og samarbeidspartnerne side. Uløste utfordringer per i dag gjelder primært praktisk utdeling av LAR-medisin. Tolkningen av utlevering av LAR i gjeldende veileder for fengselshelsetjenesten utarbeidet av Helsedirektoratet er ulik hos partene og utfordrer en praktisk løsning som alle kan være enige i.

3.4.2 Sykehuset Østfold HF

Sykehuset Østfold har ansvar for fem fengsler hvorav to har et høyt sikkerhetsnivå. Fengslene har til sammen 609 plasser. Helseforetaket har til sammen 11 stillinger som er øremerket ulike tjenester i fengslene, hvorav 6 har ansvar for tverrfaglig spesialisert rusbehandling, 4,5 har ansvar for psykisk helsevern inklusive BASIS og tilbudet til mindrearige innsatte.

Innenfor psykisk helsevern har DPS-Nordre Østfold faste stedlig tilbud ved begge avdelingene i Indre Østfold fengsel (avdeling Eidsberg og avdeling Trøgstad). DPS-Halden-Sarpsborg har ansvaret for psykisk helsevern ved Halden fengsel (avdeling Halden og avdeling Sarpsborg) og Østfold friomsorg og Ravneberg fengsel (kvinnefengsel). Tilbudet gis også her i form av fast stedlig tilsyn. BASIS er etablert ved Halden fengsel, og sykehuset har 2 stillinger knyttet til dette tilbudet. Tilbudet til

mindreårige innsatte ved indre Østfold fengsel avd. Eidsberg er under etablering og ivaretas av barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk i Askim.

TSB-poliklinikk Sarpsborg har ansvar for rusmestringsenheter ved Halden fengsel (2stillinger), Ravneberget fengsel (1 stilling) og Indre Østfold fengsel avd. Trøgstad. Det er i tillegg et Stifinnerteam ved Indre Østfold fengsel avd. Eidsberg.

Tilbudet til de innsatte gis både i form av individuelle konsultasjoner og gruppebehandling. Konsultasjoner gjennomføres i all hovedsak i fengslenes lokaler som har grei standard. Innsatte som er inkludert i LAR ivaretas ved lokale TSB poliklinikker.

Det er korte avstander mellom de lokasjoner ved sykehuset som har ansvar for tilbudet og de fem fengslene.

Helseforetakets vurdering av samarbeidet med Kriminalomsorgen

Sykehuset har egne samarbeidsavtaler med involverte kommuner, Kriminalomsorgen og fengslene, samarbeidet er godt. Sykehuset har en intern nettverksgruppe for medarbeidere i fengslene for drøfting og diskusjon av felles utfordringer, forbedringstiltak, kunnskapsoverføring og gjensidig kollegial støtte.»

3.4.3 Sykehuset i Vestfold HF

Helseforetaket har ansvar for fem fengsler hvorav tre med høyt sikkerhetsnivå. Fengslene har til sammen 257 plasser. Helseforetaket har til sammen 0.1 årsverk øremerket til tjenester ved fengslene innen PHV og 0.8 årsverk innen TSB.

PHV v/DPS Vestfold har ikke øremerket helsepersonell i fengslene. Henviste pasienter rettighetsvurdert iht. prioriteringsveilederen. Den enkelte pasient får tildelt behandler avhengig av problemstilling. Pasientbehandling skjer ved DPS-et som fremstilling eller i fengselet.

Ved behov for akutt helsehjelp kan ambulant akutt-team kontaktes.

TSB gir tilbud fra Avdeling rus og avhengighet. Avdelingen har øremerket tilgjengelig personell kun i Bastøy fengsel. Det er psykologspesialist/psykolog tilsatt i rusmestringsenheten der. Ved de øvrige fengslene gis behandling ambulant eller ved fremstilling.

Det planlegges ikke endring i tjenestetilbudet.

Helseforetakets vurdering av samarbeidet med Kriminalomsorgen

Samarbeidet med kriminalomsorgen vurderes som godt.

Det er varierende grad av egnethet på lokaliteter i fengslene generelt. Det er små besøksrom.

Kriminalomsorgens vurdering er at det er spesielt Sem fengsel som har behov for økt bistand innen PHV. Fengslet tar imot mange varetektsinnsatte med psykiske utfordringer og påfølgende isolasjonsproblematikk, herunder selvisolasjon.

Søndre Vestfold fengsel, Larvik avdeling har en målgruppe på innsatte mellom 18-25 år. Mange av disse har sammensatte utfordringer som tilsier en økt tilstedværelse fra PHV.

Bastøy fengsel har 125 innsatte hvorav et betydelig antall har psykiske utfordringer. Også her vurderer Kriminalomsorgen at det er behov for en styrking.

3.4.4 Sykehuset Telemark HF

Helseforetaket har ansvar for to fengsler som begge har høyt sikkerhetsnivå. Fengslene har til sammen 100 plasser. Helseforetaket har til sammen 0.4 årsverk øremerket til tjenester ved fengslene innen PHV og 0.8 årsverk innen TSB.

Telemark fengsel, Skien avdeling tar imot utfordrende innsatte fra hele østlandsområdet. Mange av disse har psykiske utfordringer og påfølgende isolasjonsproblematikk, herunder selvisolasjon. Kriminalomsorgen vurderer at det er behov for mer helsehjelp innen PHV. Også i Kragerø fengsel, som tar imot mange varetektsinnsatte, vurderer Kriminalomsorgen behov for økt helsehjelp.

3.4.5 Vestre Viken HF

Helseforetaket har ansvar for fire fengsler hvorav tre med høyt sikkerhetsnivå. Fengslene har til sammen 350 plasser. Helseforetaket har til sammen 1.82 årsverk øremerket til tjenester ved fengslene innen PHV og 0.45 årsverk innen TSB.

Drammen DPS gir tilbud til innsatte i Drammen fengsel og Ringerike DPS gir tilbud til innsatte i Ringerike fengsel. Tilbudet gis i hovedsak av psykologer og psykiatere. Det er ikke nylig foretatt endringer i tilbudet eller planlegges nye tilbud

Drammen DPS og Drammen fengsel ligger begge sentralt i Drammen. Samtaler/konsultasjoner foregår i fengselet. Avstand mellom Ringerike DPS og Ringerike fengsel er cirka 16 km.

Bærum DPS har ansvar for innsatte i Ila fengsel og forvaringsanstalt. De mottar henvisninger og utreder og behandler psykiske lidelser hos innsatte ved Ila.

Drammen DPS bruker hovedsakelig sine egne polikliniske lokaler til konsultasjoner. Ringerike DPS oppgir at det er for få kontorer tilgjengelig ved Ringerike fengsel. Kontorene som benyttes er ikke optimale hva gjelder sikkerhet eller størrelse. Lokalene ved Ila fengsel er godt egnet. De ansatte er utstyrt med laptop og mobil samt VPN oppkopling slik at de kan journalføre rett etter samtaler/utredning.

Helseforetakets vurdering av samarbeider med Kriminalomsorgen

Det er stabilt og godt samarbeid med ledelsen i fengslene. DPS Bærum oppgir at samarbeidet er særlig godt når det gjelder enkeltsaker, særlig innen rusbehandling. Samarbeidet med helseavdelingen og Kriminalomsorgen for øvrig er bra. Ringerike DPS

oppgir at det er ukentlige uformelle møter med helse-avdelingen. Ledelsen i fengselet viser stor grad av tilgjengelighet for RDPS.

Kriminalomsorgens vurderer at det er behov for økt helsehjelp innen PHV både i Ringerike fengsel og Drammen fengsel.

3.4.6 Akershus universitetssykehus HF

Helseforetaket har ansvar for fire fengsler med til sammen 483 plasser hvorav to med høyt sikkerhetsnivå. Helseforetaket har til sammen 3.2 årsverk øremerket til tjenester ved fengslene innen PHV og 1 årsverk innen TSB.

Tilbudet innen psykisk helsevern for innsatte ved Romerike fengsel

Fengselspsykiatrisk team ved Romerike fengsel er organisert under Avdeling for spesialpsykiatri ved Akershus universitetssykehus HF. Teamet skal tilby spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern for innsatte på både Ullersmo (høy sikkerhet) og Kroksrud (lav sikkerhet). Innsatte med behov for tverrfaglig spesialisert rusbehandling ivaretas av ARA Øvre Romerike. Teamet har per i dag fått tildelt ressurser som tilsvarer 3,2 årsverk med psykologspesialister og 1 årsverk med overlege. Teamet har fast tilstedeværelse på Ullersmo, som ligger 12 km fra Avdeling Spesialpsykiatri. Behandlere gjør tilsyn på Kroksrud, med reiseavstand 1,5 km.

Helseforetakets vurdering av samarbeidet

Samarbeidet med Romerike fengsel vurderes som godt. Det vurderes å være god kommunikasjon knyttet til de innsattes psykiske helse, og fengselshelsetjenesten fungerer ofte som et mellomledd. Fengslet legger godt til rette for at innsattes psykiske helse skal kunne følges opp. Fengselsteamet tilbyr i dag veiledning til fengselsbetjenter ved behov, særlig i møte med innsatte med sammensatte problemstillinger. Fengslet har også tatt initiativ til å invitere teamet til å delta i ulike arbeidsgrupper ved behov i planlegging av nye tilbud til de innsatte. Alle henvisninger til spesialisthelsetjenesten / fengselsteamet går via primærhelsetjenesten. Det er et tett samarbeid med primærhelsetjenesten som ligger i samme bygg og korridor.

Hver behandler har eget kontor på Ullersmo med IT-løsninger tilkoblet Ahus-systemet. I tillegg disponerer teamet et eget møterom. Lokalene vurderes som tilstrekkelig til å ivareta de oppgavene som skal utføres, men kontorene og møterommet ligger i en brakkerigg som har vært midlertidig i mange år. Ved behov for større møtelokaler kan de bookes gjennom fengslets system. På Kroksrud låner teamet et av besøksrommene ved behov.

Det har vært gjennomført to prosjekter for å kartlegge og videreutvikle fengselsteamet, og samarbeidet med primærhelsetjenesten og kriminalomsorgen. Med henblikk på at alle forvaringsinnsatte fra Ila fengsel skal overføres til avd. Ullersmo i løpet av sommer 2021, er det ønskelig å bygge opp kompetanse innen residivreduserende behandling for volds- og sedelighetsforbrytelser.

Tilbudet innen psykisk helsevern for innsatte ved Kongsvinger fengsel

Kongsvinger DPS, ambulante akutteam, gir tilbud til 2 lokasjoner av Kriminalomsorgen innlandet, avd. Kongsvinger. I teamet er det psykiater, psykologspesialist, psykiatrisk sykepleier og spesialvernepleier. Hvilken profesjon som oppsøker fengselet blir vurdert etter henvisning og kapasitet/tilgjengelige ressurser. Det er ikke foretatt endringer eller planlagt nye tilbud.

Avstanden fra Kongsvinger DPS til Kongsvinger fengsel avdeling for menn er 1,8 km, til avdelingen for kvinner 0,5 km.

Helseforetakets vurdering av samarbeidet med Kriminalomsorgen og kommunen

Samarbeidet foregår i all hovedsak med den kommunale fengselshelsetjenesten og mindre med Kriminalomsorgen. Kongsvinger DPS og fengselshelsetjenesten har et godt samarbeid. Lokalene som blir bruk til samtaler med innsatte er i hovedsak kontoret til fengselshelsetjenesten og ikke tilpasset psykisk helsevern.

3.4.7 Oslo universitetssykehus HF

Helseforetaket har ansvar for tre fengsler med høyt sikkerhetsnivå. Fengslene har til sammen 343 plasser. Helseforetaket har til sammen 6 årsverk øremerket til tjenester ved fengslene innen PHV og 0.2 årsverk innen TSB.

Fengselspsykiatrisk poliklinikk (FPP), OUS tilbyr psykisk helsevern til innsatte i Oslo fengsel, Bredtveit fengsel og Ungdomsenhet Øst, dvs. 3 høysikkerhetsfengsler. FPP har 6 årsverk (kliniske stillinger) psykologer/ psykologspesialister og psykiater. Det er ikke andre yrkesgrupper representert blant behandlerne. FPP har sine lokaler i Oslo fengsel og har stedlig tjeneste hver mandag- fredag. Ved Bredtveit fengsel er behandlerne tilstede to dager i uken. Ved Ungdomsenhet Øst er det fast to psykologspesialister tilstede to dager i uken. Lege tilkalles ved behov.

Tilbudet ved FPP bærer preg av å være noe forstrekt da pasientpopulasjonen er målbart dårligere i dag enn for 10 år siden. FPP merker redusert døgntilbud i psykisk helsevern for øvrig og en sykere pasientpopulasjon, samt reduserte ressurser hos Kriminalomsorgen til aktivisering av innsatte og følgelig mer innlåsing og isolasjon. FPP søker nå om å omgjøre vakant psykologstilling til lis-stilling da vi som følge av dette er i behov for flere legeressurser.

Geografisk avstand fra lokalene i Oslo fengsel til Bredtveit fengsel er det 8 km (bilrute). Fra Oslo fengsel til Ungdomsenhet Øst er det 69 km (bilrute).

Lokaler: FPP har lokaler med kontorer til hver behandler, eget møterom og egen resepsjon i Oslo fengsel, det savnes imidlertid et eget toalett for pasienter da pasienter må tilbake til egen celle ved behov. Ved Bredtveit fengsel savnes egne rom til bruk for samtaler. FPP får låne rom, men til tider bærer dagene preg av plassmangel og mangel

på skrivetilgang. Ved Ungdomsenhet Øst har er det tildelt ett rom for pasientarbeid, slik at her kan det også til tider være plassmangel. Selve lokalene kan brukes helt fint.

Helseforetakets vurdering av samarbeidet

FFP har faste ukentlig samarbeidsmøte med bydelshelsetjenesten ved Oslo fengsel og ved Bredtveit fengsel. Det tilbys også veiledning til fengselets miljøarbeidstiltak og til ansatte i bydelshelsetjenesten. FFP deltar ved ungdomsenheten Øst på faste tverretatlige møter annenhver uke der pasientsaker drøftes, og deltar på ukentlige samarbeidsteam rundt den enkelte ungdom der man arbeider med behandlingsplaner og tiltak. FFP har også veiledning annenhver uke med miljøpersonalet. I tillegg underviser FFP jevnlig ved Kriminalomsorgens utdanningscenter KRUS og deltar i opplysningsprogram via Røverradioen der målgruppen er innsatte.

3.4.8 Sykehuset Innlandet HF

Helseforetaket har ansvar for fire fengsler hvorav to med høyt sikkerhetsnivå. Fengslene har til sammen 166 plasser. Helseforetaket har ingen årsverk øremerket til tjenester ved fengslene verken innen PHV eller TSB. Ansvar for å gi tjenester til fengslene er primært lagt til det lokale DPS-et.

Behov for ø-hjelp ivaretas ved Sanderud og Reinsvoll, i avdeling for Akuttpsykiatri og psykosebehandling. Når det gjelder tilbudet innen TSB er det ved begge DPS-ene egne TSB team/TSB poliklinikk. Akutttilbudene er åpne for innsatte på lik linje med den øvrige befolkningen i opptaksområdet. Det er mulig å henvende seg direkte til Ambulant akuttenthet fra fengselshelsetjenesten og få bistand til vurdering av innleggelse eller annet akutt-tilbud. Avdelingens kliniske enheter er tilgjengelige for råd/veiledning til kommunal fengselshelsetjeneste i fengslene.

Tilbudet ved Hamar fengsel og Ilseng fengsel

DPS Elverum-Hamar gir tilbud, etter henvisning og rettighetsvurdering, til Hamar fengsel (høysikkerhetsfengsel med 31 plasser) og Ilseng fengsel (lavsikkerhetsfengsel med 86 plasser). Ved DPS Elverum-Hamar har Ambulant akuttenthet (AAE) ansvar for å bidra i alle akutte saker som meldes fra Hamar fengsel og Ilseng fengsel.

Avstanden fra DPS Elverum-Hamar til Hamar fengsel er 600 m. Avstanden fra DPS Elverum-Hamar til Ilseng er 10 km.

Tilbudet ved Gjøvik fengsel og Valdres fengsel

DPS Gjøvik gir tilbud, etter henvisning og rettighetsvurdering, til Gjøvik fengsel (høysikkerhetsfengsel med 24 plasser) og Valdres fengsel (lavsikkerhetsfengsel med 25 plasser). DPS Gjøvik har en poliklinisk underavdeling i Valdres, og det er ansatte her som gir tilbud til Valdres (Slidreøya)

Avstanden fra DPS Gjøvik til Gjøvik fengsel er 800 m. Avstanden fra DPS Gjøvik, Aurdal til Slidre fengsel er 35 km.

Felles for begge DPS-ene er at tilbudet til innsatte, etter rettighetsvurdering, er tverrfaglig sammensatt. Henvisninger fra fengsel vurderes på lik linje med andre henvisninger når det gjelder rett til nødvendig helsehjelp.

Behandlingstilbudet til innsatte er fordelt mellom psykiatere, psykologer/psykologspesialister og høgskoleutdannede (sykepleiere, vernepleiere, sosionomer) med videreutdanning innen psykisk helse og rus.

Verken ved DPS Elverum- Hamar eller ved DPS Gjøvik er det foretatt endringer i tilbudet. Det er heller ikke planer om etablering av nye tilbud.

Helseforetakets vurdering av samarbeidet med Kriminalomsorgen

Det er i Sykehuset Innlandet HF, divisjon Psykisk helsevern inngått en tilleggsavtale med Kriminalomsorgen og vertskommuner for fengslene i Innlandet, hvor den enkelte kommune og Sykehuset Innlandet HF kan inngå tilleggsavtaler. Denne avtalen er forankret i Samarbeidsavtale 2019–2023, mellom Sykehuset Innlandet og kommunene i sykehusområdet.

Det avholdes samarbeidsmøter mellom de enkelte vertskommunene (fengselshelsetjenesten), Kriminalomsorgen og lokalt DPS etter behov, sist i 2019. Det bør nevnes at koronapandemien har hatt innvirkning også på denne virksomheten. Ved begge DPS-ene er det samarbeid ut fra behov i enkelt saker, og i direkte i konkrete pasientsaker. Den kommunale fengselshelsetjenesten henvender seg direkte til aktuelle kliniske enheter om konkrete pasientsaker og/eller for råd/veiledning.

Vurdering av tilgjengelige lokaler

Fengselet fremstiller i hovedsak innsatte til poliklinisk undersøkelse og behandling i DPS-ets lokaler av hensyn til muligheter for å gi et mest mulig likeverdig tilbud mht. utredning og behandling, samt sikkerhet for behandlere. I noen tilfeller møter helsepersonell den innsatte i fengslet direkte, men dette er etter avtale med det enkelte fengsel i den konkrete situasjon.

Ved DPS Gjøvik, Aurdal, gir man tilbud om poliklinisk behandling ukentlig på to faste dager, av hensyn til reisetid.

Lokalene for poliklinisk behandling i fengslene er ikke optimale, dabehandler låses inn på besøksrom i fengslet med den innsatte, noe som kan oppleves som truende når man i ofte ikke kjenner den innsatte.

Oppsummering av status for Helse Sør-Øst RHF

Som det fremgår av gjennomgangen av tjenestetilbudene i Helse Sør-Øst er det behov for en betydelig oppbygging av tilbudene innen begge fagområdene ved alle helseforetakene selv om det er omfattende og gode tjenestetilbud fra ett eller begge fagområdene ved enkelte fengsler. Antallet og størrelse på fengslene tilsier at det fortrinnsvis bør gis egne tjenester fra hvert av de to fagområdene ved de fleste fengslene.

Kriminalomsorgens vurdering

KDI og kriminalomsorgsregionene vurderer at det er særlig behov for styrking i region sør ved fengslene med høyt sikkerhetsnivå Telemark, Ringerike, Drammen, Sem og Søndre Vestfold fengsel avdeling Larvik, hvor sist nevnte har målgruppen unge innsatte, samt Bastøy fengsel, lavt sikkerhetsnivå.

I region øst ser de behov for styrking av spesialisthelsetjenester i alle fengslene men særlig ved Kriminalomsorgen Innlandet i de ulike fengselsavdelingene og ved Ravneberget kvinnefengsel.

4. PLANER FOR KOMPETANSEHEVING

For å sikre spisskompetanse til ansatte i spesialisthelsetjenesten og fengselshelsetjenesten er det viktig å etablere nye, og videreutvikle eksisterende ordninger der alle involverte ansatte tilbys opplæring, videreutdanning, veiledning, kursing, fagutvikling og kompetansedeling.

For å sikre god koordinering og oppnåelse av synergieffekt vil Nasjonalt kompetansesenternettverk for sikkerhetspsykiatri, fengselspsykiatri og rettspsykiatri (SIFER) og Nasjonal kompetansetjeneste for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (NK-TSB) etablere et formelt og overordnet samarbeid.

Det vil også etableres samarbeidsformer nasjonalt og regionalt med andre relevante aktører for å styrke disse oppgavene.

Planer for kompetanseheving de neste årene omfatter fire delområder: Veiledning og nettverk, Opplæring, Fagutvikling og Forskning.

4.1 Veiledning og nettverk

SIFER: har nylig etablert et fagnettverk for fengselspsykiatri. Hovedmålgruppen for nettverket er behandlere innen spesialisthelsetjenesten som har oppgaver inn mot innsatte og domfelte. Det er et uttalt behov for et felles fagmiljø da problematikken behandlere møter ofte er kompleks og sammensatt og med behov for høyspesialisert kompetanse. Fokus på kompetanseutvikling og kollegafelleskap anses derfor som vesentlig.

Fagnettverket har en redaksjon med leder bestående av en representant fra hver region. Redaksjonen har jevnlig møter og har som mål å etablere to fagsamlinger i året for nettverket. I tillegg arbeides det med å etablere en egen fane på SIFERs hjemmeside der deltakerne i nettverket kan ha elektronisk kontakt og hvor det vil være et faglig innhold.

I tillegg planlegges det opprettelse av regionale fagnettverk for drøfting, kompetansedeling, kollegaveiledning og fungere som en kvalitetssikrende funksjon.

NK TSB: Nasjonalt kompetansesenter for tverrfaglig spesialisert rusbehandling har erfaring fra etablering og drift av ulike typer nettverk. Formålet med rapportens forslag om et nettverk er behovet for fagutvikling for fagpersonell i TSB, som omfatter mange arenaer i fengsler (ND, Rusmestringsenheter, rusenheter i fengsel, («Stifinnern») og § 12 soning).

Det kan være aktuelt å diskutere om det er behov for flere nettverk i skjæringspunktet mellom fengselshelsetjeneste, TSB og kriminalomsorg da ulike former for nettverk dekker ulike behov og gir forskjellige gevinster / resultat. Eksempler på nettverk kan være «Nettverk for fagpersonell i TSB» (med oppgaver i fengsel) og «Nettverk for flerfaglig personell involvert i rehabiliterings- og behandlingsaktiviteter for innsatte med rusproblematikk» (dette vil favne bredere og inkludere ND, rusmestringsenhetene, Stifinner, Kriminalomsorgens ansatte, fengselshelsetjenesten m.fl.)

4.2 Opplæring

SIFER: Kurs i fengselspsykiatri er et fordypningskurs beregnet på behandlere i spesialisthelsetjenesten som jobber med utredning og behandling av innsatte i fengsel. Primærleger som jobber i fengsler har også mulighet for å melde seg på kurset. Hensikten med kurset er å gi fagpersoner en bedre forståelse av de sammensatte vanskene innsatte og domfelte kjennetegnes av, rammene innsatte lever under og mulighetene som ligger i samarbeidet med Kriminalomsorgen. Kurset fordeler seg over 4 samlinger gjennom ett år. Kurset er godkjent som 72 timers vedlikeholds aktivitet for Den norske legeförening og Psykologforeningen.

NK TSB: Også innenfor TSB er det aktuelt med et kurs i «TSB-behandling innenfor murene». I tillegg er det særlig viktig med opplæring knyttet til abstinensbehandling og LAR. NK TSB arbeider mye med digitale opplæringsverktøy og e-læring sett i sammenheng med mer tradisjonelle læringsarenaer.

SIFER og NK-TSB vil i tillegg jevnlig tilby mer spesifikke kurs som dekker temaene i spisskompetanseområdet.

4.3 Fagutvikling

SIFER og NK TSB: Det pågår et kontinuerlig arbeid med utvikling av nye metoder, oversettelse/translasjon, implementering og spredning av effektive metoder, og oversettelsesarbeid av sjekklister, verktøy o.l.

Flere av oppgavene under fagutvikling bør utføres av eller i samarbeid med erfarne klinikere fra fagområdene. Særlig vil det gjelde undervisning, fagutvikling, veiledning og utvikling av nettverk.

SIFER: Det er opprettet noen fagstillinger for klinikere ved kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, og det vurderes opprettelse av flere slike

stillinger de neste årene. Disse særskilte fagstillingene vil ha en viktig rolle med opplæring, veiledning og nettverk, samt fagutvikling i de fire helseregionene.

Et nytt tilbud om *Selvhjelp for folk i fengsel* (SELF1) vil rulles ut i alle helseregionene. I tillegg er det flere lokale prosjekter pågående. Det planlegges en ytterligere styrking av fagutvikling for de neste årene.

NK TSB: Det anbefales å opprette fagstillinger i sentrale kliniske avdelinger med lang erfaring med/kompetanse i TSB for innsatte / domfelte. Helse Bergen og Sykehuset Østfold peker seg ut.

4.4 Forskning

Det er et behov for å styrke forskningsfeltet innen PHV og TSB for innsatte og domfelte. Det pågår aktuell forskning i regi av SERAF/RusForsk i OUS og NK TSB og innenfor flere andre forskningsmiljøer.

SIFER og NK-TSB vil starte opp arbeidet med en plan for forskningsfeltet primo 2021.

5. AVSLUTNING

Arbeidet med planen for etablering av områdefunksjon og samarbeidet mellom Kriminalomsorgen (KDI) og de regionale helseforetakene (RHF), har synliggjort at det vil ta tid å få etablert områdefunksjon i alle fengsler i tråd med intensjonen. Det er derfor mest hensiktsmessig å anse dette arbeidet som et utviklingsarbeid over 1-3 år. Dette gjelder særlig for følgende områder:

- Avsette tilstrekkelig ressurser til formålet. Rapporten fra 2018 anslår at spesialisthelsetjenesten må styrkes med kr. 45 – 50 mill. kroner på landsbasis. Totalt har RHF-ene samlet satt av 38,9 mill. kroner siden 2018 (19,6 mill. kroner i 2021 og 19,3 mill. kroner i 2018-2020) til styrking av tilbudene ved fengslene. Dette viser at den reelle styrkingen er noe lavere enn ambisjonene i rapporten. Hvis det skal etableres stedlige tjenester ved alle fengslene viser planen at det antakelig vil være behov for mer midler enn det som anslås i rapporten fra 2018.
- Kompetanseheving og nettverk: Flere kompetansehevende tiltak og nettverk er allerede etablert, men det vil ta tid å få bygget opp alle planer for kompetanseheving beskrevet i punkt 3.5.
- Lokaler: Flere behandlere i fengsel forutsetter egnede lokaliteter. Dette må gjennomgå lokalt i hvert fengsel i samarbeid med helseforetaket.

- Rekruttering: Erfaring tilsier at rekruttering av egnet helsepersonell kan være tidkrevende.

5.1 Oppfølging

Det anbefales at planene som skisseres i dette dokumentet må følges tett opp i perioden 2021-2023 og det må vurderes om:

- Spesialisthelsetjenesten er tilgjengelig til faste tider i fengsel
- Spesialisthelsetjenesten er fysisk tilstede i tilstrekkelig grad til å yte nødvendig helsehjelp til innsatte og ha godt samarbeid med andre etater
- Spesialisthelsetjenesten har fast personell i fengselet
- Det foreligger konkrete planer for kompetanseheving
- Det er etablert nettverk for kompetanseheving
- Spesialisthelsetjenesten deltar i nettverk for kompetanseheving
- Annet relevant personell fra fengselet deltar i nettverk for kompetanseheving
- Fengslene har tilfredsstillende lokaler for behandlende personell fra helseforetakene
- Det er etablert et samarbeid lokalt mellom helseforetaket, kriminalomsorgen og andre relevante samarbeidspartnere

Helse Vest Postboks
303 Forus
4066 Stavanger

Telefon: 51 96 38 00
helse-vest.no

Helse- og omsorgsdepartementet
Christian Sohlberg
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref.:
Vår ref.: 18/4271-2
Saksbehandler: Martin Sjøly
Dato: 19.03.2018

Dette er en kopi. Originalbrevet er sendt til mottakerne i listen nederst.

Oversender rapport "Områdefunksjon for spesialisthelsetjenester til innsatte med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer" og Helsedirektoratets anbefalinger

Bakgrunn

Innsatte i fengsel har sammensatte og større psykiske helseproblemer enn befolkningen for øvrig jf. rapporten "Forekomst av psykiske lidelser hos domfelte i norske fengsler" (Cramer, 2014). Videre har anslagsvis 50 prosent av innsatte også en rusmiddelmisbruk- og avhengighetsproblematikk. Helsehjelp som gis til innsatte må tilpasses fengselet som arena og de rammebetingelsene som gjør seg gjeldende der.

Kriminalomsorgsdirektoratet og Helsedirektoratet utarbeidet i 2016 rapporten «Oppfølging av innsatte med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer». Rapporten beskriver helsehjelpen fra psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) som gis til innsatte på landsbasis. Tilbudet er svært ulikt organisert og mulighetene for likeverdige behandlingstilbud er begrensede.

De tre kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (SIFER) fikk etter søknad oppdrag og midler fra Helsedirektoratet om et felles nasjonalt prosjekt - «Områdefunksjon for spesialisthelsetjenester til innsatte med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer» - i oktober 2016.

Prosjektet har bestått av to deler:

- Utrede innholdet i spisskompetanseområdet for spesialisthelsetjenester til innsatte med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. Med spisskompetanseområde menes tjenester som krever høy kompetanse og som er avgrenset i forhold til oppgaver/metode og pasienter/kontekst.
- Utrede ulike modeller for områdefunksjoner for hvordan disse tjenestene kan ytes. Med områdefunksjon menes organisering som skal sikre spesialisthelsetjenester i de enkelte fengslene.

Helsedirektoratets vurdering av rapportens anbefalinger

Helsedirektoratet støtter rapportens anbefaling om opprettelse av områdefunksjoner for PHV og TSB som sikrer faste stedlige tjenester i alle fengsler. For å sikre nødvendig kvalitet på

Helsedirektoratet

Avdeling spesialisthelsetjenester

Martin Sjøly, tlf.: +4724163195

Postboks 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo • Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01 • Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

tjenestene, støtter Helsedirektoratet rapportens anbefalinger angående de beskrevne oppgaver og kompetansebehov som inngår i kompetanseområdet for spesialisthelsetjenester til innsatte med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. Det anbefales videre å styrke kompetanseutvikling, fagutvikling og faglige nettverk.

- 1. Rapportens hovedanbefaling er at tjenestene, både for PHV og TSB, leveres stedlig, dvs. ytes i fengslene.*

Rapportens hovedanbefaling er at det opprettes områdefunksjoner for PHV og TSB som sikrer faste stedlige tjenester i alle fengsler. Områdefunksjonen foreslås opprettet med utgangspunkt i opptaksområdene for helseforetakene. Dette innebærer at det for de fleste helseforetak vil være én enhet som har ansvaret for fengslene i opptaksområdet.

- 2. Rapporten anbefaler at det ved utforming av tjenestene/områdefunksjonen tas hensyn til bredden i oppgaver som er beskrevet i rapporten og den spisskompetansen som er nødvendig for å levere tjenestene.*

Fengslenes rammebetingelser har betydning for de innsattes helsehjelp fra PHV og TSB både i forhold til hvilke oppgaver som skal utføres, og også hvordan disse skal utføres. En høy andel av fengselspopulasjonen har personlighetsforstyrrelser, spesielt er andelen med antisosial personlighetsforstyrrelse høy. I tillegg er andelen med rusmiddelproblemer og avhengighet svært høy. Flere av fengslene tilbyr behandlingsprogram for innsatte som har begått seksuelle overgrep eller vold, noe som også krever særskilt kompetanse. Et slikt tilbud bør gis også når den domfelte er under oppfølging av friomsorgen og som et tilbud etter fullført soning.

- 3. Rapporten anbefaler at ansvar for kompetanseheving legges til allerede etablerte fagmiljøer.*

For å sikre nødvendig kompetanse er det behov for å etablere ordninger der ansatte tilbys opplæring, videreutdanning, veiledning, mulighet for kursing, fagutvikling og kompetansedeling. Kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø (SIFER-nettverket), Nasjonal kompetansetjeneste for TSB og andre relevante fagmiljøer kan i samarbeid vurderes å bidra til dette.

- 4. Ved valg av organisering av tjenestene for PHV, anbefaler rapporten at dette ses i sammenheng med et fremtidig behov for behandlingstilbud for pedofili og andre med seksuelle interesser for barn.*

Dette gjelder spesielt pedofili (parafilier) hvor vedkommende selv er bekymret for at de står i faresonen for å begå seksuelle overgrep. Et slikt tilbud bør utredes og bygges ut i tilknytning til enhetene som har ansvaret for PHV i fengslene. En utvidelse av tilbudet vil kunne være med å forebygge seksuelle lovbrudd mot barn og unge.

- 5. Det vil være et behov for å styrke tjenestene flere steder for å sikre god kvalitet.*

Etablering av områdefunksjon for PHV og TSB, vil innebære et ressursbehov i hovedsak knyttet til nye stillinger. SIFER har utarbeidet estimerer for dette. For å beregne kostnadene er det tatt utgangspunkt i eksisterende tjenester der det vurderes at det er god kvalitet (se punkt 6 i rapporten). For de fleste foretak vil det være behov for en styrking. Helsedirektoratet vurderer imidlertid at det er behov for ytterligere utredninger, dersom man ønsker å følge anbefalingene.

Behovet for egnede lokaler vil kunne medføre økte kostnader for Kriminalomsorgen. Hvor stort behov det er for oppgraderinger og hva det vil innebære av kostnader, har rapporten ikke tatt stilling til. Dette bør i tilfelle vurderes nærmere og forankres opp mot Kriminalomsorgen.

Rapporten gir gode anbefalinger om hvordan man kan organisere et helsetilbud for PHV og TSB i fengsler og hvilken kompetanse det er behov for, slik at man sikrer likeverdige og styrkede tjenester til denne målgruppen i fremtiden.

Det gjenstår imidlertid et arbeid for å konkretisere nærmere hva dette vil kreve av organisatoriske og fysiske tiltak, og bemannings-, - og kompetansehevende innsatser. Helsedirektoratet anbefaler at dette følges opp videre opp mot RHF, i en dialog med SIFER.

Vennlig hilsen

Torunn Janbu e.f.
Avdelingsdirektør

Martin Sjøly
Seniorrådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk

Kopi:

Kontaktperson

Helse- og omsorgsdepartementet

Christian Sohlberg

Mottaker	Kontaktperson	Adresse	Post
Helse- og omsorgsdepartementet	Cathrine Dammen	Postboks 8011 Dep	0030 OSLO
Helse- og omsorgsdepartementet	Kari Grette	Postboks 8011 Dep	0030 OSLO

SIFER

Et nasjonalt kompetansesenternettverk for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri

Områdefunksjon for spesialisthelsetjenester til innsatte med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer

12.01.2018

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	5
1. Innledning og bakgrunn	7
1.1. Om oppdraget	7
1.2. Kort om bakgrunn.....	7
1.3. Nærmere avklaring av begreper og oppdrag	8
1.4. Prosjektorganisering	9
1.4.1. Prosjektgruppe.....	9
1.4.2. Referansegrupper	10
2. Områdefunksjon for PHV	11
2.1. Om Områdefunksjonen	11
2.1.1. Stedlige tjenester i fengslene	12
2.1.2. Bemanning.....	13
2.1.3. Organisering.....	14
2.2. Oppgaver	15
2.2.1. Oppgaver og kompetansebehov som inngår i spisskompetanseområdet.....	16
2.3. Kompetanseutvikling, fagutvikling og faglige nettverk	19
2.3.1. Opplæring.....	19
2.3.2. Veiledning og nettverk	20
2.3.3. Fagutvikling.....	20
2.3.4. Forskning.....	20
2.3.5. Organisering og faglig tilknytning	21
2.4. Administrative og økonomiske konsekvenser PHV	21
3. Områdefunksjon TSB.....	22
3.1. Om Områdefunksjonen	22
3.1.1. Stedlige tjenester	22
3.1.2. Bemanning.....	24
3.1.3. Organisering.....	25
3.2. Oppgaver	26
3.3. Kompetanseutvikling, fagutvikling og faglige nettverk	27
3.3.1. Opplæring.....	27
3.3.2. Veiledning og nettverk	28
3.3.3. Fagutvikling.....	28
3.3.4. Forskning.....	28

3.3.5. Organisering og faglig tilknytning	28
3.4. Administrative og økonomiske konsekvenser TSB.....	29
4. Samarbeid PHV, TSB og andre aktører	30
5. Forholdet til prioriteringsveileder	32
5.1. Personlighetsforstyrrelser	32
5.2. Behandling av voldspromatikk og seksuell overgrepsspromatikk.....	33
5.3. Behandling av seksuell overgrepsspromatikk for andre målgrupper	34
6. Eksempler på organisering	35
6.1. Fængselspsykiatrisk poliklinikk - Oslo universitetssykehus HF.....	35
6.2. Seksjon fængselshelsetjenester - Helse Bergen HF.....	36
6.3. Sosialmedisinsk poliklinikk Sarpsborg - Sykehuset Østfold HF.....	37
6.4. Oppsummering	37
Vedlegg A.....	38
Vedlegg B.....	39
Referanser	43

Sammendrag

Bakgrunn og oppdrag

I rapporten «Oppfølging av innsatte med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblem» utgitt av Kriminalomsorgsdirektoratet (KDI) og Helsedirektoratet (Hdir) 9. mai 2016 beskrives det hvordan tilbudet fra psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) som gis til innsatte på landsbasis er svært ulikt organisert og ikke tilsvarer likeverdige tilbud (Kriminalomsorgsdirektoratet og Helsedirektoratet, 2016).

Det foreslås en rekke tiltak, her trekkes det særlig fram to:

- Etablere FOU-enheter innen kompetansesentrene i samarbeid med regionale sikkerhetsavdelinger med ansvar for forsknings- og kunnskapsutvikling, opplæring og veiledning til helsetjenesten og kriminalomsorgen.
- Tilbud fra PHV og/eller TSB til innsatte etableres som egen områdefunksjon i helseregionene

Det siste tiltaket er også fulgt opp i regjeringens nasjonale strategi for «Redusert tilbakefall til ny kriminalitet» (Departementene, 2017).

Innsatte i fengsel har sammensatte og større psykiske helseproblemer enn befolkningen forøvrig (Cramer, 2014). Videre har anslagsvis 50 % av innsatte også rusmisbruk- og avhengighetsproblematikk. Helsehjelp som gis til innsatte må tilpasses fengsel som arena, med dets betingelser.

De tre kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (SIFER) fikk etter søknad oppdrag fra Helsedirektoratet til et felles nasjonalt prosjekt - «Områdefunksjon for spesialisthelsetjenester til innsatte med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer» - i oktober 2016. Prosjektet har bestått av to delprosjekter:

- Utrede innholdet i spisskompetanseområdet for spesialisthelsetjenester til innsatte med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer.
- Utrede ulike modeller for områdefunksjoner for hvordan disse tjenestene kan ytes.

I tillegg er det vurdert noen administrative og økonomiske konsekvenser for begge problemstillingene.

Anbefalinger

Det anbefales at det opprettes områdefunksjoner for PHV og TSB som sikrer faste stedlige tjenester i alle fengsler. Områdefunksjonene foreslås opprettet med utgangspunkt i opptaksområdene for helseforetakene, slik at det for de fleste helseforetak vil være en enhet som har ansvaret for fengslene i opptaksområdet. Det anbefales at dette i hovedsak gjøres ved å styrke eksisterende tjenester.

Det anbefales at det gis tilbud om behandling til innsatte med personlighetsforstyrrelser. Det anbefales også at det gis tilbud om behandling for innsatte med voldsproblematikk og seksuell overgrepssproblematikk som ønsker behandling. Et slikt tilbud bør gis også når den domfelte er under oppfølging av friomsorgen og som et tilbud etter fullført soning. Det bør også utredes om et tilsvarende tilbud bør gis til de som er i faresonen for å begå seksuelle overgrep men som ikke er domfelte, og om dette kan bygges ut i tilknytning til enhetene som har ansvaret for PHV i fengslene.

For å sikre god kvalitet på tjenestene er det beskrevet oppgaver og kompetansebehov som inngår i spisskompetanseområdet. Det anbefales videre å styrke kompetanseutvikling, fagutvikling og faglige nettverk. Det foreslås at dette gjøres ved å opprette nye fagstillinger ved Kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri og ved Nasjonal kompetansetjeneste TSB.

Administrative og økonomiske konsekvenser

Det vurderes at de økonomiske konsekvensene av forslagene for spesialisthelsetjenesten i hovedsak knytter seg til nye stillinger.

For å beregne merkostnader er det tatt utgangspunkt i eksisterende tjenester der det vurderes at det er god kvalitet. Det konstateres at for det fleste foretak er behov for en styrking. For PHV er det beregnet et generelt antatt ressursbehov til nye stillinger på 25-30 millioner kroner per år. For TSB er det beregnet et generelt antatt ressursbehov til nye stillinger på rundt 20 millioner kroner per år, slik at et samlet antatt økt ressursbehov ligger på 45-50 millioner kroner per år.

En styrking av PHV og TSB i en områdefunksjon forutsetter at kommunehelsetjenesten har et tilstrekkelig utbygd tilbud, og at kriminalomsorgen tilrettelegger for tjenestene både organisatorisk og med fysiske rammer. Det er ikke vurdert kostnader for dette i prosjektet.

Ved at anbefalingene i hovedsak innebærer en styrking av eksisterende tjenester, vurderes det at forslagene ikke innebærer administrative konsekvenser av betydning.

Eksempler på organisering

Det er beskrevet tre eksempler på organisering av tjenester som vurderes å ha god kvalitet, to fra PHV og et fra TSB.

1. Innledning og bakgrunn

1.1. Om oppdraget

De tre kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (SIFER) søkte i oktober 2016 til Helsedirektoratet om et felles nasjonalt prosjekt - «Områdefunksjon for spesialisthelsetjenester til innsatte med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer». Søknaden ble innvilget og prosjektet fikk tilskudd fra Helsedirektoratet.

Prosjektet har bestått av to delprosjekter:

- Utrede innholdet i spisskompetanseområdet innenfor psykisk spesialisthelsetjeneste, både psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling – kalt «kompetanseområde for spesialisthelsetjenester til innsatte med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer».
- Utrede ulike modeller for områdefunksjoner for hvordan disse tjenestene kan ytes.

I tillegg er det vurdert administrative og økonomiske konsekvenser for begge problemstillingene.

Arbeidet ble organisert som et prosjekt med deltakelse fra de tre kompetansesentrene, de tre regionale sikkerhetsavdelingene med tilhørende fengselspoliklinikker, samarbeidende tjenester og kompetansemiljø fra tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Det har også pågått et samarbeid med to referansegrupper, den første gruppen med representanter fra de regionale helseforetakene og kriminalomsorgsdirektoratet. Den andre gruppen med klinikere innenfor rus-, allmenn-, og sikkerhetspsykiatri med tilknytning til arbeid med innsatte, representanter fra kriminalomsorgen og bruker/pårørende perspektiv.

1.2. Kort om bakgrunn

I rapporten «Oppfølging av innsatte med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblem» utgitt av Kriminalomsorgsdirektoratet (KDI) og Helsedirektoratet (Hdir) 9. mai 2016 foreslås det at tilbudet til innsatte fra både psykisk helsevern (PHV) og TSB skal styrkes gjennom god tilgjengelighet og kompetanse fra spesialisthelsetjenesten i fengslene (Kriminalomsorgsdirektoratet og Helsedirektoratet, 2016).

I den nevnte rapporten beskrives det hvordan tilbudet fra PHV og TSB som gis til innsatte på landsbasis er svært ulikt organisert og ikke tilsvarer likeverdige tilbud. Det fremkommer at om lag 20 av de 35 fengslene med underavdelinger (totalt 52 enheter) ikke har et fast tjenestetilbud eller avtale om dette til innsatte. Flere steder må innsatte fremstilles av kriminalomsorg for behandling utenfor fengselet, og på grunn av mangel på ressurser i fengslene blir mange av disse fremstillingene avlyst.

Det er viktig å fremheve her at innsatte i norske fengsler har samme rett til spesialisthelsetjenester som den øvrige befolkningen, selv om rett til fritt behandlingsvalg er forbundet med klare forbehold for innsattpopulasjonen (Helsedirektoratet, 2016).

Innsatte i fengsel har sammensatte og større psykiske helseproblemer enn befolkningen for øvrig, og i undersøkelser fra norske fengsler er det funnet forekomst av behandlingstrengende psykiske lidelser i 21-48 % blant de innsatte (Cramer, 2014). Videre har anslagsvis 50 % av innsatte også

rusmisbruk- og avhengighetsproblematikk. Helsehjelp som gis til innsatte må tilpasses fengsel som arena, med dets betingelser.

Kriminalomsorgsdirektoratet og Helsedirektoratet har forslått flere tiltak som danner bakgrunn for dette prosjektet (Kriminalomsorgsdirektoratet og Helsedirektoratet, 2016). Her trekkes det særlig fram to forslag. Det første om kompetanseutvikling innen spesialisthelsetjeneste psykisk helsevern og rus (TSB) hvor det foreslåtte tiltaket er:

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

Det andre om områdefunksjon innen psykisk helsevern for innsatte med psykiske lidelser og/eller Rusmiddelproblemer hvor det foreslåtte tiltaket er:

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

Det siste tiltaket er også fulgt opp i regjeringens nasjonale strategi for «Redusert tilbakefall til ny kriminalitet» (Departementene, 2017) hvor et av tiltakene for å sikre tilgang til nødvendige helse- og omsorgstjenester, bolig, opplæring, arbeidsrettede- og sosiale tjenester for de innsatte er å:

«Etablere områdefunksjon innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) for helseforetak med ansvar for fengsel.»

1.3. Nærmere avklaring av begreper og oppdrag

Spisskompetanseområde

Innen spesialisthelsetjenesten brukes gjerne spisskompetanse om tjenester som krever høy kompetanse og som er avgrenset i forhold til oppgaver/metode eller pasienter/kontekst.

Spesialisthelsetjenester til innsatte med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer vurderes som spisskompetanseområde under 2.2 og 3.3, både i forhold til oppgaver og metoder som brukes og i forhold til det å skulle tilby disse tjenestene til innsatte i kriminalomsorgen.

Områdefunksjon

Innen spesialisthelsetjenesten forekommer områdefunksjoner for spesialiserte tjenester som krever høy kompetanse. Funksjonen dekker da typisk et sykehusområde, men kan også være flerområde eller utgjøre regionale funksjoner.

I denne rapporten vil områdefunksjon brukes om organisering som skal sikre spesialisthelsetjenester i de enkelte fengslene innen et sykehusområde. Dette som et områdeorganisert tilbud, i betydning bedre samordnet tjeneste med god kompetanse på fengselsområdet for innsatte med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. I kapitlene 2 og 3 vil det gjennomgå ulike tema som har betydning for hvordan områdefunksjonen bør organiseres, med anbefalinger og forslag. I kapittel 7 er det utarbeidet et eksempel for hvordan dette kan se ut for de ulike helseforetakene. Dette for å kunne vurdere om anbefalingene er gjennomførbare og for å kunne vurdere de administrative og økonomiske konsekvensene av anbefalingene.

Kompetanseutvikling

I tråd med forslagene i rapporten «Oppfølging av innsatte med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblem» vil kompetanseutvikling i denne rapporten omfatte fagutvikling, forskning og undervisning, i tillegg til praksisnær veiledning og etablering av faglig nettverk.

1.4. Prosjektorganisering

Prosjektgruppen ble sammensatt av deltakere med lang erfaring fra psykisk helsevern og TSB for innsatte. Det ble vektlagt å få med deltakere fra ulike deler av landet for å sikre erfaringer fra ulike modeller og kjennskap til geografiske utfordringer.

For å sikre samarbeid, faglige innspill og representativitet ble det i tillegg opprettet to referansegrupper.

1.4.1. Prosjektgruppe

Mona Rekkedal-Svensson, psykolog og prosjektleder. Ansatt ved Seksjon for fengselshelsetjenester og kompetansesenter for retts, fengsels og sikkerhetspsykiatri, Haukeland universitetssykehus, Helse Bergen. Bred klinisk erfaring innen fengselspsykiatri og behandling av innsatte dømt for seksuelle lovbrudd.

Lise Amundal, psykolog og vikarierende prosjektleder. Ansatt ved Regional sikkerhetsavdeling, Brøset, St.Olavs hospital, Helse-midt. Klinisk erfaring fra både poliklinisk virksomhet i Bergen fengsel og Trondheim fengsel. Har også erfaring med sikkerhetspsykiatri og arbeid med innsatte dømt for seksuelle lovbrudd.

Ove Lintvedt, psykolog, Ph.D grad, Universitetssykehuset i Nord- Norge , tilknyttet SIFER nettverket. Forsket på ny teknologi i terapi, erfaring som kliniker i fengsel og sikkerhetspsykiatri i Nord Norge.

Bjørn Jarle Vatlé, psykologspesialist og leder ved seksjon for fengselshelsetjenester (PHV). Har lang erfaring som både kliniker og seksjonsleder i Avdeling for rusmedisin, Haukeland universitetssykehus.

Marianne Teigland, psykologspesialist og leder ved Prejudisiell enhet og Fengselspsykiatrisk poliklinikk, OUS. Lang erfaring innen fengsels- og rettspsykiatri. Tidligere erfaring fra offentlige utredninger.

Sindre Angeltvedt, psykologspesialist. Klinikleder ved sengepostene ved Olaviken alderspsykiatriske sykehus. Tidligere seksjonsleder ved Seksjon for fengselshelsetjenester, Helse Bergen. Bred klinisk erfaring som både leder og kliniker fra fengselspsykiatri og alderspsykiatri.

Ingrid Amalia Havnes, PhD, psykiater med forskningserfaring blant innsatte om rusmidlers rolle for kriminelle handlinger. Klinisk kompetanse innen sikkerhetspsykiatri, ruslidelser og helseskader etter bruk av anabole steroider. Ansatt i Nasjonal kompetansetjeneste TSB, Oslo Universitetssykehus.

Mot slutten av prosjektet ble det utskiftninger i prosjektgruppen da flere medlemmer gikk over i nye stillinger eller ut i permisjon. I sluttfasen av rapportskrivningen har derfor følgende personer bidratt i tillegg:

Knut Rypdal, seksjonsleder ved Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, Haukeland universitetssykehus.

Guri Spilhaug, spesialist i rus- og avhengighetsmedisin, medisinskfaglig rådgiver, Oslo Universitetssykehus, Helse Sør-Øst RHF.

Erik Risnes, Klinikkdirektør, Klinikk for sikkerhetspsykiatri, Haukeland universitetssjukehus.

1.4.2. Referansegrupper

Referansegruppe 1 besto av representanter fra regionale helseforetak og representanter fra kriminalomsorgsdirektoratet:

Anne Aasen, spesialrådgiver og fagansvarlig i Helse Sør-Øst RHF

Hans Kristian Stenby, plansjef i Helse Vest RHF

Frank Ivar Nohr, rådgiver, Helse Nord RHF

Elise Solheim, rådgiver, Helse Midt RHF

Hilde Lundebø, psykolog og seniorrådgiver, Kriminalomsorgsdirektoratet

Anne Dahl, seniorrådgiver, Kriminalomsorgsdirektoratet.

Det er avholdt to møter med referansegruppe 1. I tillegg har referansegruppe 1 fått utkast til rapporten til høring underveis i prosjektarbeidet.

Referansegruppe 2 besto av deltakere fra høy og lav sikkerhetsfengsler, kompetansepersoner innenfor PHV og TSB, samt representant for bruker- og pårørendeperspektiv:

Knut Boe Kielland, lege, spesialist i allmenntilleggsmedisin, Nasjonalt kompetansesenter for Rus og Psykiske lidelser (NROP)

Vanja Stoltenberg, psykologspesialist, Salten DPS, Bodø fengsel

Torhild Jørgensen, psykiatrisk sykepleier og seniorrådgiver for Avdeling for rusmedisin, Helse Bergen

Hege Lauritzen, avdelingsleder, etter- og videreutdanningsavdelingen ved KRUS

Gro Solbakken, seniorrådgiver, KRUS

Øyvind Sandsether, psykologspesialist og leder ved psykiatrisk fengselsteam, Akershus universitetssykehus, Ullersmo fengsel

Per Overein, Aurora støtteforening

Guri Spilhaug, medisinskfaglig rådgiver, spesialist i rus og avhengighetsmedisin, Helse Sør-Øst RHF

Lene Midtsundstad, proLAR avd. Oslo

Per Erik Omdal, assisterende leder i Bjørgvin fengsel

Kitty Byng, psykolog For fangers pårørende

Gøran Nilsson, assisterende fengselsleder ved Ila fengsel og forvaringsanstalt

Det er avholdt ett møte med referansegruppe 2. Flere brukerorganisasjoner relevante for dette prosjektet ble invitert til møtet, men besvarte ikke henvendelsen. Leder for Wayback Oslo, Johan Lothe har lest rapporten i etterkant av møtet og gitt tilbakemelding i e-post.

2. Områdefunksjon for PHV

Tidlig i prosjektfasen ble flere tema identifisert som sentrale for utredningen av ulike modeller for områdefunksjoner. Dette var tema som om tjenestene skulle leveres stedlig i fengslene, om PHV og TSB skulle samorganiseres, om det var sikkerhetspsykiatri eller DPS som skulle ha ansvaret og om tjenestene skulles organiseres på helseforetaksnivå eller for regioner. Videre var vurderingen av behovene for behandlingsressurser og kompetanse sentral i forhold til vurderingen av de overnevnte temaene og i forhold til et ønske om å unngå små og dermed sårbare fagmiljø.

Det ble tidlig i prosjektet klart at anbefalingen om stedlige tjenester i fengslene var så sterk at den la et premiss for de andre vurderingstemaene. Videre ble det vurdert som hensiktsmessig at organiseringen av TSB og PHV følger den eksisterende organiseringen i de enkelte helseforetak, da en samorganisering ville kunne by på uforholdsmessige store utfordringer administrativt.

For PHV var det fordeler med en faglig tilknytning til med både sikkerhetspsykiatri og DPS uten at disse ledet til noen sterke anbefalinger i den en eller andre retningen. For TSB var ikke denne problemstillingen aktuell.

Dersom en tar vurderingen av ressursbehovene til følge vil det uavhengig av organisering være tilstrekkelig store og robuste fagmiljø knyttet til de aller fleste fengslene. Videre leder den store geografiske spredningen av fengslene sammenholdt med anbefalingen av stedlige tjeneste til at det de fleste steder vil være mest hensiktsmessig med en organisering av PHV og TSB innen de eksisterende helseforetak. For flere helseforetak så er det i hovedsak bare en fengselslokalisering hvor det skal tilby tjenester. Der det er flere fengselslokalisasjoner i samme helseforetak vil det de fleste steder være tilstrekkelig korte reiseavstander til at dette kan organiseres innen samme enhet slik at man kan samle fagmiljøene.

Oppsummert er det ikke grunnlag for å komme med forslag om flere overordnede modeller for hvordan områdefunksjonen kan organiseres.

2.1. Om Områdefunksjonen

Det er i dag ulik organisering og ulike tilbud innenfor PHV og TSB for innsatte i Norge. Noen fengsler står uten organisert tilbud eller opplever å ha et mangelfullt tilbud. Det finnes totalt 4173 fengselsplasser, som stort sett til enhver tid er fylt. Mange steder må innsatte fremstilles av fengselsbetjenter til behandling utenfor fengselet. Grunnet manglende ressurser og personell i fengslene blir mange av disse fremstillingene avlyst. I 2014 var tallet mer enn 750 avlyste behandlingsavtaler (Kriminalomsorgsdirektoratet og Helsedirektoratet, 2016).

Det er et stort antall fengsler som er av variert størrelse og med nokså spredt geografisk plassering i forhold til helseinstitusjoner. Det vil kreve betydelige ressurser dersom alle distriktpsikiatriske sentre (DPS) og/eller ruspoliklinikker skal tilby lik og spesialisert behandling til innsatte og det synes derfor hensiktsmessig å ha en områdeorganisering som kan sikre et godt behandlingstilbud. Det anbefales i rapporten fra Kriminalomsorgsdirektoratet og Helsedirektoratet at de helseforetak som har fengsel i sitt område formaliserer behandlingstilbudet til de innsatte, slik at dette blir synlig for alle instanser fra PHV og TSB, samt kriminalomsorgen (Kriminalomsorgsdirektoratet og Helsedirektoratet, 2016).

Kort oppsummert er utfordringen at innsatte ikke får gode nok tjenester, at tjenestene er for lite tilgjengelig, ikke dimensjonert i forhold til behov og at det er små og sårbare fagmiljø.

Løsningen som foreslås er faste stedlige tjenester som er tilstrekkelig dimensjonert. God kvalitet på tjenestene er foreslått sikret gjennom opplæring, veiledning og faglige nettverk, kompetanseutvikling og gjennom å beskrive oppgaver og innhold (spisskompetanseområde).

2.1.1. Stedlige tjenester i fengslene

Det anbefales at PHV for innsatte organiseres som stedlige tjenester til faste tider i fengslene. Dette for å sikre god tilgjengelighet.

Hvordan PHV tilbys i fengslene er ulikt organisert i dag. Fra noen steder å ha en fast poliklinikk i fengselet, andre steder med polikliniske team som reiser ut til fengslene, og til slutt den vanligste ordningen der den innsatte fremstilles utenfor fengselet. For flere fengsler er det ikke avsatt særskilte stillinger som skal følge opp tilbudet fra PHV for innsatte.

Fremstilling utenfor fengslene krever ekstra ressurser for kriminalomsorgen og det er som nevnt rapportert at manglende personalressurser har medført at mange fremstillinger blir avlyst.

I rapporten fra HDIR og KDI anbefales at det «bør inngås avtale om at spesialisthelsetjeneste psykisk helsevern og TSB skal være tilgjengelig i fengselet på faste tider». Begge faggruppene som danner grunnlag for rapporten foreslår det samme. Dette følges også opp i tilbakemelding fra Wayback Oslo.

Det er flere fordeler med stedlige tjenester utover tilgjengelighet. Stedlige tjenester muliggjør tilstedeværelse på faste møtestrukturer og kan også fasilitere et godt samarbeidsklima og tverretattlig forståelse mellom helsetjenestene og kriminalomsorg. Dette gir videre mulighet til å gi veiledning til ansatte i kriminalomsorgen og fengselshelsetjenesten, formidle kunnskap om psykisk helse og gi informasjon om hvordan en kan forebygge utvikling av psykiske vansker. Stedlige tjenester vil gi økt mulighet til å forebygge ved å fange opp tidlig sykdomsutvikling og igangsette tidlig intervensjon, for eksempel ved selvmordsrisiko. Stedlig tjeneste vil også være fordelaktig for å kunne jobbe med alvorlig personlighetsproblematikk. Det vil sikre kontinuitet i veiledning av miljøpersonale og betjenter som jobber med denne gruppen, samt sikre bedre betingelser for behandlings- og miljørettede tiltak for innsatte med denne typen vansker.

Selv om det anbefales å organisere PHV som stedlige tjenester, vil det for noen behandlingsforløp kunne være en fordel om behandlingen gjennomføres ved fremstilling, såfremt denne gjennomføres som planlagt. Dette vil kunne gjelde behandlingsforløp som startet før innsettelse, og oppstart av behandlingsforløp sent i soningen som bør følges opp etter soning. Særlig vil dette gjelde for korte soninger. Dersom det er mulig bør det tas hensyn til slike individuelle behandlingsforløp.

Det kan være behov for akutte vurderinger når det er mistanke om psykoseutvikling eller selvmordsfare. Særlig i fengsler med varetektsinnsatte, eller i fengsler som mottar særlig krevende innsatte overført fra andre mindre enheter. Mye kan imidlertid avklares og kanskje avhjelpes kun ved en akuttvurdering. I noen tilfeller hvor det bes om akutte vurderinger kan det skyldes tilpasningsvansker eller misnøye med soningsforhold som bedre kunne blitt løst i fengselet gjennom en samtale med stedlig helsepersonell fra PHV. En stedlig akuttvurdering vil for mange kunne avhjelpe og hindre videre skjevutvikling av lidelser/ kriser. Der det er stedlige tjenester vil det likevel

også være behov for fremstilling for akutte vurderinger på kveld/ helg, og det må lages avtaler med kriminalomsorgen lokalt om hvordan akuttvurderinger skal håndteres utenfor tidene hvor det er stedlige tjenester.

Egnede lokaler i fengslene

For at stedlige tjenester skal kunne være forsvarlige og effektive er det nødvendig med egnede lokaliteter i fengslene for spesialisthelsetjenesten. Dette innebærer at lokaler møter kriterier som sikrer forsvarlighet samt sikkerhet for den ansatte. Kontorer og samtalerom/ undersøkelsesrom må være av en standard som er tilnærmet lik den en ser for øvrig innen spesialisthelsetjenesten, og ansatte kunne ha tilgang til elektronisk pasientjournal i kontorene. Mange steder vil dette kunne være en utfordring da en stor andel av fengslene i Norge er gamle bygg med utdaterte fasiliteter. Det er særlig viktig å sikre gode nok lokaliteter og rammebetingelser for eventuell utdeling av medisiner.

- Det anbefales å ha et stedlig tjenestetilbud, til faste tider, for innsatte.
- Det anbefales at Kriminalomsorgen tilbyr egnede lokaler for stedlige tjenester.
- Det anbefales å ha fremstilling i behandlingsforløp hvor innsatte allerede mottar behandling fra PHV før innsettelse, og skal sone en kort dom.
- Det anbefales at det lages avtaler med kriminalomsorgen lokalt om hvordan akuttvurderinger skal håndteres utenom tidene det er stedlige tjenester.

2.1.2. Bemanning

Fagstillinger

For PHV vil behandlerstillinger kunne være psykologer, psykologspesialister, leger i spesialisering, psykiatere og sykepleiere/vernepleiere. På grunn av rettighetsvurderinger vil det være et stort behov for spesialistkompetanse og flere av oppgavene vil vanligvis utøves av psykologer, slik at det i hovedsak vil være fagpersoner av disse gruppene som jobber inn mot fengslene.

I tillegg til stillinger som skal sikre tjenester til den enkelte innsatte, er det et behov for at det utføres andre oppgaver som bidrar til å sikre gode tjenester. Disse knytter seg til den spesielle settingen det er å levere tjenester i fengslene. Dette omfatter veiledning og undervisning for, og møtevirksomhet med kriminalomsorg og fengselshelsetjenestene. I tillegg kommer arbeid med forebyggende tiltak og behandlingsmotiverende innsats, nettverksarbeid med andre tjenester innenfor fagområdene, kvalitetsarbeid og fagutvikling. Dette er derfor tatt med i vurderingen av behovet for stillinger.

I tillegg til behandlerstillinger vil det være behov for merkantile tjenester og ledelse. Noen steder vil det være behov for egne stillinger for disse formålene, mens det andre steder kan dekkes i allerede eksisterende organisasjonsstrukturer i helseforetakene. Hvordan dette best kan løses bør vurderes lokalt og det er derfor ikke tatt med i vurderingen av hverken organisering eller ressursbehov i denne rapporten.

Ressursbehov

I vurderingen av hvilket ressursbehov som bør legges til grunn for tjenestene er det tatt utgangspunkt i tilbud fra PHV som ser ut til å fungere godt i dag. Det er erfaringsmessig slik at helseforetak har gitt dette ulik prioritert.

Oslo universitetssykehus HF og Helse Bergen HF er eksempler på helseforetak som over tid har gitt høy prioritet til PHV for innsatte. Man ser at denne prioriteringen har bidratt til en stabil og kvalifisert tjeneste, som også har bidratt til stabilt gode samarbeidsrelasjoner med fengselshelsetjenester og kriminalomsorgen. Under pkt. 6 beskrives organisering og bemanning av tjenestene i Oslo og Bergen. I arbeidet med rapporten må det konstateres at det de fleste steder ikke er en tilsvarende ressurstillgang som det er disse to stedene, og at det må en klar styrking til for at det skal kunne leveres tilsvarende tjenester nasjonalt.

2.1.3. Organisering

Faglig tilknytning

I rapport om «oppfølging av innsatte med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblem» foreslås; «en områdefunksjon kan for eksempel ivaretas av en sikkerhetsavdeling, et DPS, en ruspoliklinikk eller annen enhet i HF. Fengselspsykiatri som fagfelt overlapper med flere andre fagfelt, som eksempelvis sikkerhetspsykiatri og allmennpsykiatri. Hvor den faglige tilknytningen bør ligge vil være avhengig av flere hensyn, blant annet hvilke oppgaver som skal utføres, hvorvidt oppgavene krever spisskompetanse og hva som er mest hensiktsmessig lokalisering i forhold til geografisk nærhet til fengslene.

PHV for innsatte fordrer variert og bred kompetanse på en rekke ulike tilstander og bruk av ulike metodikk i poliklinisk behandling. Mange innsatte vil ha korte dommer og har problematikk som sammenfaller med øvrig del av befolkningen. PHV for innsatte vil også omfatte mer spissede oppgaver knyttet til voldsrisikovurderinger, tiltak for å forebygge aggresjon og vold, utredning og behandling av alvorlige personlighetsforstyrrelser, samt behandling av voldsproblematikk og seksuell overgrepssproblematikk.

PHV kan således med fordel ha en faglig tilknytning til både til sikkerhetspsykiatri eller allmennpsykiatri. Ved organisering tilknyttet allmennpsykiatri/DPS sikres man et robust fagmiljø som dekker bredden i oppgavene som nevnt over. Ved organisering tilknyttet sikkerhetspsykiatri sikres man et robust fagmiljø med kompetanse på spissede oppgaver som nevnt over. Uavhengig av organisering er det behov for godt samarbeid med både sikkerhetspsykiatri og allmennpsykiatri.

Innsatte med dårligst psykisk helse, blir i stor grad værende i fengsel med høy sikkerhet til løslatelse. De vil som regel kreve mer tilsyn og oppfølging av betjenter enn den lavere bemanningen i åpne fengsler kan klare. I tillegg vil nok også de vanskeligste/farligste innsatte i stor grad bli holdt i høy sikkerhet til løslatelse, ut fra individuelle risikovurderinger. For PHV ved disse fengslene vil det være behov for kompetanse som faglig er tilgrenset sikkerhetspsykiatrien.

Tatt i betraktning anbefalingen om stedlige tjenester så vil geografisk nærhet til fengslene ha stor betydning for hvor ansvaret for PHV plasseres. Det vil også kunne være andre lokale hensyn som hvordan PHV generelt er organisert og kvalitet på eksisterende PHV for innsatte som bør tillegges vekt ved spørsmålet om videre organisering.

- Der det er en tyngre innsattpopulasjonen (forvaring, stor andel varetekt, høysikkerhetsfengsler) kan det være en fordel at PHV er forankret i sikkerhetspsykiatrien.
- Der det er lavere sikkerhetsnivå og kortere dommer kan det være en fordel at PHV er forankret i DPS.

- Der det er etablerte fagmiljøer fra før, anbefales det at disse videreutvikles i stedet for omorganisering/nyetablering.

Sykehusområder (Helseforetak)

Det vil være en fordel om PHV for innsatte kan organiseres innen et sykehusområde (helseforetak) både av økonomiske og administrative hensyn. I vurderingen bør det vektlegges nærhet til fengslene og mellom ulike stedlige tjenester i et sykehusområde, slik at en eventuell felles områdefunksjon er praktisk gjennomførbart. Videre bør det vektlegges at enhetene er tilstrekkelig robuste når det kommer til antall stillinger, slik en kan motvirke faglig isolasjon og sårbare fagmiljø. Det siste vil i mindre grad være en utfordring dersom tjenestene styrkes tilstrekkelig i alle helseforetakene.

For de fleste steder vil det enkelte helseforetak som en områdefunksjon være en god løsning. Noen steder kan det være en bedre løsning å dele et helseforetak opp i to områdefunksjoner, mens andre steder kan løsningen være å lage en flerområdefunksjon der flere helseforetak inngår.

Der de stedlige tjenestene er spredt på flere fengsler, bør det legges til rette for en felles møtstruktur innad i områdefunksjonen som sikrer muligheter for veiledning og erfaringsutveksling (se eksemplet for TSB i Østfold pkt. 6.3).

Der områdefunksjonen samlet er mindre i størrelse, bør det sikres muligheter for veiledning og erfaringsutveksling opp mot andre fagmiljøer i helseregionen (se pkt. 2.3.2.).

- Det anbefales at det for områdefunksjonen tas utgangspunkt i helseforetak.
- Ved utforming av områdefunksjonene bør det vektlegges geografisk nærhet til fengslene og mellom de ulike stedlige tjenestene.
- Ved utforming av områdefunksjonene bør det vektlegges at enhetene får en slik størrelse at de blir robuste nok.

2.2. Oppgaver

Fengslene gir en særskilt setting som får betydning for PHV både i forhold til hvilke oppgaver som skal utføres, men også hvordan disse utføres. PHV for innsatte bør derfor anses som et eget spisskompetanseområde.

Det ble også foreslått som et overordnet tiltak av «Faggruppen for spesialisthelsetjeneste for psykisk helsevern og rus» i rapporten fra KDI og HDir (Kriminalomsorgsdirektoratet og Helsedirektoratet, 2016).

Innsatte i fengsel har større psykiske helseproblemer enn befolkningen for øvrig (Cramer, 2014). Det som kanskje skiller seg mest ut er den høye andelen med personlighetsforstyrrelser, og da særlig andelen med antisosial personlighetsforstyrrelse. I tillegg er andelen med rusmiddelproblemer og avhengighet svært høy. I flere av fengslene tilbys det behandlingsprogram for innsatte som har begått seksuelle overgrep eller vold, dette krever særskilt kompetanse.

Under beskrives oppgaver og tema som inngår i spisskompetanseområde PHV for innsatte. Dette innbefatter kompetanse utover generalistkompetanse og kjennskap til problematikk som i mindre

grad forekommer i allmennpsykiatrisk praksis. Det legges til grunn at behandlere har generalistkompetanse, dette beskrives derfor ikke nærmere.

2.2.1. Oppgaver og kompetansebehov som inngår i spisskompetanseområdet

Kunnskap om lovverk, rettsvesen og rolleforståelse

Det er nødvendig å ha kunnskap om relevant lovverk som regulerer samarbeidspartnerne i fengsel og kjennskap til hvordan «eget» lovverk skal praktiseres i møte med systemer som er underlagt andre lover, slik som f. eks. anvendelse av taushetsplikt overfor rettsvesen og kriminalomsorg. I tillegg er det sentralt å ha kunnskap om det å vitne, som for eks. forskjellige roller knyttet til å være vitne, sakkyndig vitne eller rettssakkyndig.

Selvmondsatferd og selvskading i fengsel

Selvskading og selvmordsatferd er høyt forekommende i fengsel. I tillegg til kunnskap og kompetanse om vurdering av og tiltak mot selvmordsrisiko og selvskading som kreves av behandlere for øvrig, er det også nødvendig med spesialisert kunnskap om slike vurderinger i fengselssettingen. Fengsel er en setting som begrenser naturlige mestringsstrategier (som f.eks. sosial kontakt og bevegelse), og selvmordsatferd kan tjene andre funksjoner og formål enn for andre pasientgrupper eller i andre settinger. Spesielle forhold som en bør kjenne til er blant annet muligheter for å forhindre eller forebygge innenfor fengselets rammer, forskjellen på instrumentell selvskading eller selvmordsatferd og akutt forhøyet vs. kronisk forhøyet selvmordsfare med tilhørende nyttige intervensjoner.

Kunnskap om psykoselidelser og behandling i fengsel

I undersøkelsen av domfeltedomfelte i norske fengsler hadde ca. 4 % en pågående psykoselidelse (Cramer, 2014). Andelen av psykoselidelser i varetekstpopulasjonen er ikke kjent, men vil trolig være høyere enn blant innsatte som soner på dom. Både tatt i betraktning at den strafferettslige prosessen med vurdering av tilregnelighets spørsmålet ofte avklares i varetekstfasen, og at det i tillegg vil være en del som har rusutløste psykoselidelser i den første tiden etter innsettelsen. Det er nødvendig med kunnskap om utredning og behandling av de fleste former for psykose som kroniske psykoselidelser, rusutløste psykoser, psykose i forbindelse med personlighetsforstyrrelser, stress og psykose, samt sosial isolasjon og psykose. Videre er det nødvendig med kunnskap om indikasjoner for innleggelse i sykehus og poliklinisk behandling, frivillig behandling og tvungent psykisk helsevern. Det anbefales også kompetanse om rettslige forholdene rundt psykose som soningsdyktighet og tilregnelighet.

Kunnskap om menneskelige reaksjoner i repressive systemer

Det er behov for særlig høy kompetanse om menneskelige reaksjoner i repressive systemer. Fengsel som arena kan by på flere utfordringer for innsattes mentale helse. Særlig gjelder dette hva som kan skje når mennesker fratras råderett/kontroll over basale livsområder, og hvordan man påvirkes av sosial deprivasjon og stimulideprivasjon.

Simulering og aggravering

Det er behov for kompetanse om simulering og aggravering. Noen mennesker kan begå intensjonelle fremstillinger av falske eller overdrevne psykiske eller fysiske symptom for å oppnå ytre belønning (Egeland, 2008). Hvordan dette fortøner seg i fengselssettingen krever imidlertid en forståelse av de mulige gevinstene ved en slik atferd. Både andelen av dyssosiale personlighetsforstyrrelser i fengsel

og de særlige kontekstuelle forhold ved rettsprosessene med mulige sekundærgevinster ved psykiske lidelser bidrar til at dette er en viktig oppgave.

Kompetanse i utredning og behandling av personlighetsforstyrrelser

En stor andel av innsatte har personlighetsforstyrrelser og det er derfor behov for høy kompetanse i utredning og behandling av personlighetsforstyrrelser, og da særskilt for alvorlig personlighetspatologi. Dette gjelder spesielt for personlighetsdiagnoser eller –trekk knyttet til normbrytende og utagerende atferd som for dyssosial personlighetsforstyrrelse og paranoid personlighetsforstyrrelse. I forlengelsen av dette er kjennskap til psykopatibegrepet og kartleggingsverktøy som eksempelvis Psychopathy Check List (PCL-R) (Hare, 1991) viktig. Ved noen personlighetsforstyrrelser er det også i større grad miljøet rundt personen enn personen selv som kan oppleve dette problematisk. Personlighetsforstyrrelser kan være et behandlingsmål i seg selv, men er også en faktor som påvirker evne til å respondere på behandling ved symptomlidelser. Det er trolig en andel innsatte med personlighetsforstyrrelser som ikke ønsker behandling eller ikke opplever seg som behandlingstrengende.

Andre spesifikke psykiske lidelser og samsykelighet i innsattpopulasjonen

Andre psykiske lidelser som er hyppig forekommende i innsatte-populasjonen som bør være en del av kompetanseområdet i fengselspsykiatri er AD/HD hos voksne, rus, traumelidelser og affektive lidelser. Psykisk utviklingshemning, habilitering og nevrokognitive lidelser er også nødvendige kompetanseområder, i tillegg er det nyttig å kjenne til kleptomani og pyromani.

Innsatte som gruppe har videre en «oppnopning» av uheldige livshendelser, skader og livsstilsfaktorer som nødvendiggjør god kompetanse på kartlegging/utredning og differensialdiagnostiske vurderinger. Situasjonelle faktorer knyttet til soning vil kunne innvirke på psykiske helseplager og psykiske lidelser og må kartlegges. Noen innsatte har sammensatte og komplekse tilstander og har behov for helhetlige og koordinerte tjenester som Individuell Plan (IP) og ROP forløp eller koordinert samarbeid med kriminalomsorg.

Minoritetsgrupper

Behandlere i PHV og TSB i fengsel vil yte helsehjelp til minoritetsgrupper blant innsatte. Med dette menes for eksempel både ikke-etniske norske innsatte og personer uten lovlig opphold. Det er derfor behov for kompetanse om lovverk som omhandler helsehjelp for personer uten lovlig opphold, saksgang i forhold til utsendelse og helsevesenets rolle i dette, bruk av tolk i helsetjenesten og kulturelle forskjeller som kan utfordre utredning/behandling.

Voldelig ekstremisme og radikaliseringsprosesser i fengsel

Fengsel er kjent som en mulig arena for radikaliseringsprosesser og om mulige intervensjoner ovenfor innsatte i faren for eller innsatte som er blitt radikalisert, herunder terapeutiske muligheter. Det er videre viktig med kjennskap om muligheter for varsling til andre instanser.

Risikovurdering, utredning og behandling av voldsproblematikk og seksuell overgrepssproblematikk

Vold og overgrep er aktuelle problemstillinger blant innsatte som populasjon. Selv om en sjelden foretar strukturerte risikovurderinger av egne pasienter, er det relevant å vurdere risiko for fremtidig vold og seksuelle lovbrudd til bruk i behandlingsøyemed. Tidvis etterspør rusinstitusjoner eller sengeposter voldsrisikovurderinger i forkant av opphold, og det etterspørres også veiledning av

samarbeidspartnere ift miljøterapeutisk håndtering av aggressiv atferd og hvordan en kan forebygge dette i fengsel. Det er derfor behov for kompetanse i bruk av metoden strukturert klinisk risikovurdering og verktøy f.eks. HCR-20 og SVR-20. Det er også behov for kompetanse på psykisk utviklingshemning og andre utviklingsforstyrrelser i kombinasjon med det overnevnte. Det anbefales også å kjenne til oppdatert kunnskap og forskning om pedofili og andre seksuelle parafilier og kjenne til hvordan en bør håndtere denne tematikken i behandlingsøyemed.

Vurdere egnethet for deltakelse i tiltak for voldsproblematikk og seksuell overgrepssproblematikk

Noen enheter innen psykisk spesialisthelsetjeneste tilbyr behandling for innsatte som er dømt for vold og seksuelle lovbrudd i fengsler. Formålet er å redusere risiko for tilbakefall til ny kriminalitet. Blant annet har Seksjon for fengselshelsetjenester ved Haukeland universitetssykehus et spesialisert tverrfaglig team (bestående av to psykologer tilknyttet seksjonen og to trenede programbetjenter fra kriminalomsorgen). Teamet tilbyr langvarig integrert behandling basert på evidensbaserte metoder for mennesker dømt for seksuelle lovbrudd. Østlandet har oppstartet BASIS-prosjekt som også tilbyr behandling for innsatte som har begått seksuelle lovbrudd i flere fengsler. Per i dag er det ingen nasjonal oversikt over hvilke fengsler og helsetjenester som tilbyr slike tiltak og det er ingen rutiner for hvordan en henviser eller sender søknad til disse tiltakene. Noen behandlere i psykisk spesialisthelsetjeneste har på egenhånd gjort seg kjent med tilbudet og henviser innsatte til slike tiltak. Det varierer hvorvidt behandlere i PHV og TSB har kompetanse på dette feltet. Behandlere i PHV bør ha tilstrekkelig kunnskap om tiltakene for å kunne vurdere innsattes egnethet for deltakelse i disse.

Kunnskap om anabole androgene steroider i fengsel

Tidligere eller nåværende bruk av anabole androgene steroider (AAS) blant innsatte er omfattende. En ny studie av 1499 innsatte i 57 norske fengselsenheter viser at cirka 25 % av mannlige og 4 % av kvinnelige innsatte har erfaring med tidligere eller nåværende bruk av AAS (Bukten et al., 2016). De fleste AAS-brukere opplever endringer i stemningsleiet under bruk, i pauser mellom bruk og etter avsluttet bruk. Innsatte med tidligere eller pågående AAS-bruk har behov for adekvat helsehjelp. Det finnes utarbeidet aktuelle veiledere om AAS.

Kjenne til forekomst og bruk rusmidler i fengsel, abstinensstilstander og avrusning i fengsel og hvordan en samarbeider med TSB i fengsel

Det er veldokumentert at en stor andel innsatte har brukt eller bruker rusmidler. To tredjedeler av alle innsatte har tidligere brukt illegale rusmidler, og halvparten av disse hadde erfaring med 10 eller flere ulike stoffer (Bukten et al., 2016). Halvparten av alle innsatte hadde siste året før innsettelse skadelig alkoholbruk. Videre hadde nær halvparten av de innsatte hatt daglig bruk av illegale rusmidler/medikamenter det siste halve året før soning (Cramer, 2014).

Personer med omfattende rusmiddelproblemer og daglig rusmiddelbruk forut for varetektsfengsling og planlagt soning vil ha høy risiko for å utvikle abstinens ved brå seponering av rusmidler (Helsedirektoratet, 2016). Omtrent 10 % av innsatte er i LAR-behandling under soning (Bukten et al., 2016). I Norge kontinueres Legemiddelassistert rehabilitering under soning og opioidavhengige kan også få tilbud om å starte opp substitusjonsbehandling i fengsel. Dette er en spesialistoppgave og regulert i eget lovverk.

Det er nødvendig med kjennskap til abstinenssymptomer, hvordan en kan forebygge risiko for overdosedødsfall etter løslatelse, og kjennskap til kartlegging og medisinsk vurdering forut for

avrusning og metodikk for avrusning. I tillegg er det viktig med kunnskap om lover og forskrifter som regulerer LAR og hvordan en bør følge opp innsatte i LAR- behandling.

Rus og psykiske lidelser – ROP pasientforløp

Innsatte i norske fengsler har høy forekomst av samtidig ruslidelse og psykiske lidelser, ROP-lidelser (Bukten et al., 2016; Cramer, 2014). Risiko for suicidforsøk, suicid og for tidlig død er sentrale problemstillinger både under varetekt, soning og etter løslatelse. Kompetanse om ROP forløp kan bidra til å unngå underdiagnostisering og feildiagnostisering av fengselspopulasjonen. Det er utarbeidet nasjonal faglig retningslinje for utredning og behandling av pasienter med ROP lidelser (Helsedirektoratet, 2012).

Rusmestringsenheter i fengslene

Kjennskap til organisering og drift av rusmestringsenheter (RME) og veileder for disse er et viktig område. Særlig av betydning for samhandling og samarbeid mellom TSB, Kriminalomsorgen og fengselshelsetjenesten. De rammer som ligger til grunn for den enkelte RME bør være kjent for ansatte i spesialisthelsetjenesten i fengslene. Det er også en del overlapp mellom RME, TSB og PHV som ved god koordinering styrker tjenestene.

2.3. Kompetanseutvikling, fagutvikling og faglige nettverk

For å sikre at spisskompetanse oppnås er det behov for å ha etablerte ordninger der ansatte tilbys opplæring, videreutdanning, veiledning, muligheter for kursing, fagutvikling og kompetansedeling.

Det må utarbeides rutiner for hvordan de ulike områdefunksjonene kan ha felles møter for drøfting, kompetansedeling, kollegaveiledning og fungere som en kvalitetssikrende funksjon.

2.3.1. Opplæring

Kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri i Oslo, Bergen og Trondheim (SIFER-nettverket) har de siste årene hatt tilbud om fordypningskurs i fengselspsykiatri. Disse er utarbeidet i samarbeid med klinikere fra fengselspsykiatri.

Fordypningskursene strekker seg over to år, med fire delkurs som dekker en stor bredde i tema. Disse er overlappende med tema beskrevet under kapitlet om spisskompetanse. SIFER nettverkene arrangerer også andre relevante kurs. For eksempel tilbys kurs i voldsrisikovurdering, og kurs i utredning og behandling av personlighetsforstyrrelser.

Det er behov for jevnlig kurs som dekker et bredt spekter av tema. Både for å sikre opplæring av nye fagpersoner, men også for å sikre at ny kunnskap når ut til erfarne fagpersoner.

Det bør videre tilbys kurs for fengselshelsetjenesten som dekker flere av de samme temaene som for PHV og TSB. Tilsvarende bør det tilbys kurs om psykiske lidelser for innsatte til betjenter som er i jobb. Her er det naturlig å samarbeide med KRUS.

- [Det anbefales at tilbudet om fordypningskurs i fengselspsykiatri i regi av SIFER-nettverket videreføres.](#)
- [Det anbefales at et tilsvarende kurs tilbys for fengselshelsetjenesten. Oppgaven bør gis til SIFER-nettverket.](#)

- Det anbefales at et tilsvarende kurs tilbys for betjenter som er i jobb fengselshelsetjenesten. Oppgaven bør gis til SIFER-nettverket i samarbeid med KRUS.

2.3.2. Veiledning og nettverk

Faglige nettverk på tvers av områdefunksjonene kan en god arena for veiledning og erfaringsutveksling og deling av kompetanse. Særlig vil dette være nyttig for mindre fagmiljøer, for nye ansatte som kommer inn i fagområdet, og for ansatte som har mer spesialiserte oppgaver. Det vil også være en god arena for faglig oppdatering.

Slike faglige nettverk kan organiseres på ulike måter. Det kan være større felles fagmøter og det kan være mer spissede møter for mindre grupper. Slike møter kan også organiseres på ulike måter, det er mulig å ta i bruk videoutstyr der avstandene er for store.

- Det anbefales at det utarbeides struktur for jevnlig nettverksmøter i hver helseregion.
- Ansvar for nettverksmøtene kan tillegges kompetansesenter i regionen eller en større fengselspoliklinikk.

2.3.3. Fagutvikling

Fagutvikling vil omfatte utvikling av nye metoder, oversettelse/translasjon av metoder som har vist seg effektive til lokale forhold, implementering og spredning av effektive metoder, og oversettelsesarbeid av sjekklister, verktøy o.l.

For utredning og risikovurdering vil det være en sentral oppgave å utvikle standarder, for ulike fagområder og på ulike nivå. Andre sentrale oppgaver her vil være oversettelse av sjekklister og implementering av metoder/prosedyrer. En sentral oppgave er å utarbeide standardiserte behandlingsveiledere for ansatte som jobber i fengselspsykiatri.

For håndtering og behandling vil det være en sentral oppgave å utvikle gode pasientforløp. Med utfordrende pasientgrupper og mulige alvorlige utfall ved svikt, vil rammer og struktur være særlig viktig. Andre oppgaver vil være å tilpasse behandlingsmetoder til lokale forhold, samt videreutvikling og skriftliggjøring av manualbaserte behandlinger.

2.3.4. Forskning

Forskning på psykisk lidelser for innsatte har i hovedsak blitt gjennomført ved de tre kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri.

Sentrale forskningsoppgaver er å fremskaffe kunnskapsbasert praksis, for eksempel gjennom følgeforskning og evaluering av behandling.

Det anbefales at det videreutvikles og legges til rette for at det kan foregå forskning innad i fengselspsykiatriske fagområder/poliklinikkene. Det er naturlig å tenke at de eksisterende forskningsenhetene samarbeider med de kliniske fagmiljøene om å utarbeide og jobbe frem slike forskningsprosjekt.

Det er et behov for å styrke forskningsfeltet innen PHV for innsatte.

2.3.5. Organisering og faglig tilknytning

Flere av oppgavene under kompetanseutvikling bør utføres av eller i samarbeid med erfarne klinikere fra fagområdene. Særlig vil det gjelde undervisning, fagutvikling, veiledning og utvikling av nettverk.

Det bør vurderes å opprette noen delte stillinger for klinikere ved kompetansesentrene for rettsfengsels- og sikkerhetspsykiatri. Disse bør fortrinnsvis legges til eksisterende robuste fengselspsykiatriske poliklinikker som Bergen og Oslo, og til eventuelt nye robuste poliklinikker som bygges opp. Det bør også vektlegges en geografisk spredning av disse stillingene.

Disse særskilte fagstillingene vil da kunne ha ansvar for opplæring, veiledning og nettverk, samt fagutvikling i de fire helseregionene.

2.4. Administrative og økonomiske konsekvenser PHV

Områdefunksjon

Forslagene for områdefunksjon for PHV for innsatte vil innebære et ressursbehov i hovedsak knyttet til nye stillinger.

For å beregne merkostnader er det tatt utgangspunkt i eksisterende tjenester der det vurderes at det er god kvalitet (se punkt 6). Det konstateres at for det fleste foretak er behov for en styrking. Med utgangspunkt i en kostnad for en stilling for en psykologspesialists inklusiv sosiale utgifter (ca. kr 880 000,-), er det beregnet et generelt antatt ressursbehov til nye stillinger på 25-30 millioner kroner per år.

Kompetanseutvikling

Forslagene for kompetanseutvikling vil innebære en betydelig økt aktivitet ved kompetansesentrene. Dette kan enten gjøres ved å redusere annen aktivitet, eller ved å tilføre mer ressurser til nye stillinger ved kompetansesentrene.

Administrativt

Forslagene vil innebære både administrative endringer og kostnader knytte til dette. Bl.a. vil det være behov knyttet til lederoppgaver og generelle kostnader knytte til stillinger. Det er ikke beregnet hva dette vil koste, da det er usikkert hvilke utslag dette vil ha for de ulike helseforetakene.

I hovedsak innebærer forslagene å styrke eksisterende tjenester noe som trolig vil medføre noe mindre administrative endringer og kostnader. Særlig vil dette gjelde der det fra før er noe utbygde tjenester.

Kriminalomsorgen og kommunehelsetjenesten

Forslagene vil kunne få betydning også for kriminalomsorgen og fengselshelsetjenestene fra kommunene.

For Kriminalomsorgen vil det særlig behovet for egnede lokaler som vil kunne medføre en betydelig kostnad. Hvor stort behov det er for oppgraderinger og hva det vil innebære av kostnader har ikke vi oversikt over.

For at spesialisthelsetjenester for PHV skal fungere optimalt i fengslene er det nødvendig at fengselshelsetjenestene fra kommunene også er tilstrekkelig utbygd. Hvor stort behov det er for styrking av fengselshelsetjenestene og hva det vil innebære av kostnader har ikke vi oversikt over.

3. Områdefunksjon TSB

Det vises her til beslutningsprosessen beskrevet under pkt. 2., som også er gjeldende for utredning av modeller for områdefunksjonen for TSB.

3.1. Om Områdefunksjonen

Som nevnt tidligere er det et stort antall fengsler som er av variert størrelse og med nokså spredt geografisk plassering i forhold til helseinstitusjoner. Det vil kreve betydelige ressurser dersom alle ruspoliklinikker skal tilby lik og spesialisert behandling til innsatte og det synes derfor hensiktsmessig å ha en områdeorganisering som kan sikre et godt behandlingstilbud. Det anbefales i rapporten fra KDI og HDir at de helseforetak som har fengsel i sitt område formaliserer behandlingstilbudet til de innsatte, slik at dette blir synlig for alle instanser (Kriminalomsorgsdirektoratet og Helsedirektoratet, 2016).

3.1.1. Stedlige tjenester

Innsatte har tilgang til tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) gjennom rusmestringsenheter i 13 fengsler; Stifinnerenheter i 5 fengsler (medregnet utvidelse i 2017); ambulant og oppsøkende tjeneste fra enkelte rusavdelinger/ruspoliklinikker. Domfelte har tilgang til TSB gjennom ND ordningen eller ved § 12-soning (og eventuelt § 16-soning).

Fremstilling utenfor fengslene krever ekstra ressurser for kriminalomsorgen og det er rapportert at manglende personalressurser har medført at mange fremstillinger blir avlyst.

I rapporten fra HDIR og KDI anbefales at det «bør inngås avtale om at spesialisthelsetjeneste psykisk helsevern og TSB skal være tilgjengelig i fengselet på faste tider» (Kriminalomsorgsdirektoratet og Helsedirektoratet, 2016). Begge faggruppene som danner grunnlag for rapporten foreslår det samme. Dette følges også opp i tilbakemelding fra Wayback Oslo.

Utfordringer, og fordeler, med fremstilling utenfor fengslene vil kunne føre til økt sikkerhetsrisiko ved å flytte den innsatte ut av fengselet for en fremstilling, i andre tilfeller kan det være behandlingsmessige grunner til at pasienten skal følges opp av annen instans enn tjeneste i fengselet som eksempelvis når den innsatte allerede har oppstartet behandlingsforløp utenfor fengselet og skal sone en kort dom.

Rettighetsvurderinger

Rammebetingelser og faglige anbefalinger for rettighetsvurderinger til behandling i TSB er beskrevet i Helsedirektoratets prioriteringsveileder (Helsedirektoratet, 2015b). Rettighetsvurdering er omfattet av fritt behandlingsvalg men det vanlige er at henvisning sendes pasientens lokalsykehus. I TSB skal henvisningene vurderes i tverrfaglig team (medisinskfaglig, psykologfaglig og sosialfaglig).

En rettighetsvurdering baserer seg både på behov og forventet nytte. Den forventede nytte vil kunne variere opp mot pasientens tilstand og motivasjon. Dette vil også påvirkes av sonings situasjonen og den bør derfor tas hensyn til. Den stedlige TSB-tjeneste vil være en sentral aktør ved henvisninger til TSB og samhandle med vurderingsinstans i den innsattes lokalsykehus.

Dersom den innsattes problemomfang indikerer at det er nødvendig med samtidige tjenester fra PHV og TSB bør henvisningen vurderes i et samarbeid mellom vurderingsinstans i PHV og TSB. Dette er pålagt vurderingsenheter i helseforetak gjennom prioriteringsveiledere og nasjonal faglig retningslinje for behandling av ROP lidelser.

- Det anbefales at henvisning av innsatt til TSB følger vanlig praksis når det gjelder rettighetsvurdering og sendes til henvisningsmottak i pasientens lokalsykehus. Henvisningen sendes fra helsetjenesten i fengselet eller stedlig TSB tjeneste. Den innsatte og aktuelle aktører bidrar til alle nødvendige opplysninger i henvisningen.

Behandling

Innsatte som mottar tverrfaglig spesialisert rusbehandling fra spesialisthelsetjenesten kan ha behov for ukentlige behandlingstimer. Dersom det er utfordringer med å få gjennomført fremstillinger vil dette kunne hindre kontinuitet og fremgang i behandlingen.

Det kan likevel være noen fordeler med fremstillinger gitt at de gjennomføres som planlagt. Innsatte kan beholde kontakt med behandlere i TSB som de hadde forut innsettelse. Tilsvarende vil gjelde ved oppstart av behandlingsrelasjoner under soningsforhold som kan videreføres etter soning. Særlig der det er korte soningsforløp vil dette gjøre seg gjeldende. En annen fordel med fremstilling kan være at den innsatte får behandling på et sted som er løst fra den settingen de ellers oppholder seg. Noen vil kunne anse dette som en pause fra soningsforholdene, eller at det fasiliterer evnen til å regulere seg før, under og etter behandlingstid.

Stedlige TSB tjenester kan bidra til å forebygge utvikling av uheldige situasjoner. Det kan dreie seg om å iverksette selvmordsforebyggende tiltak eller tidlig intervensjon for pasienter hvor man mistenker en sykdomsutvikling. Stedlige tjenester gjør det mulig for behandlere å få kjennskap til pasienters soningsforhold og tidligere historikk i fengsel.

Stedlig tjeneste vil kunne bidra til å fasilitere et godt samarbeidsklima og tverretattlig forståelse mellom helsetjenestene og kriminalomsorg. Deltagelse på møter med kriminalomsorgen og fengselshelsetjenesten åpner for faglig dialog.

Stedlig tjeneste gir videre mulighet til å gi veiledning til ansatte i kriminalomsorgen og fengselshelsetjenesten, formidle kunnskap om rus- og avhengighetslidelser og psykisk helse knyttet til dette.

Innsatte kan bli motivert til å benytte seg av behandlingstilbud når de er kjent med behandleren gjennom stedlig tjeneste. Behandlerne gis mulighet til å observere pasienter i flere settinger, noe som er gunstig i utrednings – og behandlingsøyemed.

Å ha ansatte fra TSB til stede i fengselet vil kunne bedre samarbeid mellom ulike instanser for å hindre behandlingssavbrudd ved f.eks. løslatelse eller flytting til ny avdeling.

Det er svært viktig at en slik tjeneste består av flere stillinger og er organisert i et robust fagmiljø knyttet til ulike TSB tjenester til innsatte/domfelte. Dette beskrives under organisering av tjenestene.

- Det anbefales å ha et stedlig tjenestetilbud for behandling av innsatte fra TSB.
- Det anbefales å ha fremstilling i behandlingsforløp hvor innsatte allerede mottar behandling fra tverrfaglig spesialisert rusbehandling før innsettelse, og skal sone en kort dom.
- Det anbefales også å benytte fremstilling dersom innsattes domslengde tilsier at man ikke får gjennomført et godt utredings- eller behandlingsforløp med gjenværende soningstid. Dette fordrer imidlertid at kriminalomsorgen gjennomfører avtalte fremstillinger.
- Det anbefales at TSB tjenestene til innsatte/domfelte organiseres som et robust fagmiljø omfattet av de ulike TSB tjenester

Egnede lokaler i fengslene

For at stedlige tjenester skal kunne være forsvarlige og effektive er det nødvendig med egnede lokaliteter i fengslene for spesialisthelsetjenesten. Dette innebærer at lokaler møter kriterier som sikrer forsvarlighet samt sikkerhet for den ansatte. Kontorer og samtalerom/ undersøkelsesrom må være av en standard som er tilnærmet lik den en ser for øvrig innen spesialisthelsetjenesten, og ansatte kunne ha tilgang til elektronisk pasientjournal i kontorene. Mange steder vil dette kunne være en utfordring da en stor andel av fengslene i Norge er gamle bygg med utdaterte fasiliteter. I de områdene der det er store avstander vil muligheten for å kommunisere via Helsennett være særlig viktig. Det er særlig viktig å sikre gode nok lokaliteter og rammebetingelser for eventuell utdeling av medisiner.

- Det anbefales at Kriminalomsorgen legger til rette for egnede lokaliteter for spesialisthelsetjenesten for å sikre forsvarlige og effektive stedlige tjenester samt utdeling av medisiner.

3.1.2. Bemanning

Fagstillinger

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling representerer spesialistkompetanse i tre fagfelt: psykologfaglig, sosialfaglig og medisinskfaglig. Alle faggruppene har spesialitet innenfor rusbehandling. TSB i fengsel må ha tilgang på spesialistkompetanse i alle fagfelt og dette kan sikres ved å organisere TSB tjenestene i fengsel i en godt bemannet ruspoliklinikk sammen med øvrige TSB tjenester for innsatte/domfelte.

Mange innsatte med rusproblemer overføres til fengsler med lavere sikkerhetsnivåer, slik at en stor andel av de innsatte der har store rusproblemer og sammensatte levekårsutfordringer. I følge KDI vil derfor behovet for TSB være størst i disse fengslene. Det vil imidlertid være et økt behov for akuttvurderinger fra TSB for varetektsinnsatte, som i all hovedsak er i fengsler med høy sikkerhet. Dette gir støtte for et tilnærmet likt behov av ressurser for TSB for alle fengsler.

Ressursbehov

Ressurser til de ulike TSB tiltak i det enkelte fengsel sees samlet for å forsterke det tverrfaglige elementet og sikre et mer robust fagmiljø. Den ruspolikliniske basen for TSB bør være godt bemannet i utgangspunktet med tilgang på tverrfaglig kompetanse. Det vurderes at det er behov for stillinger knyttet til TSB også utover de stillingene som er avsatt til rusmestringsenheter i flere fengsler. Det

vrderes at det ikke er noe fullgodt tilbud fra TSB ved noen fengsler, og at det er behov for å styrke disse i alle helseforetak. Det er hensiktsmessig at personell knyttet til en eventuell rusmestringsenhet og i noen få fengsler en rusenhet (Stifinnerenhet) er knyttet til den ruspolikliniske basen.

3.1.3. Organisering

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling i fengsel er et nytt fagfelt og lite beskrevet men de innsattes ruslidelser og behandlingen av disse er ikke særskilte og vil ikke kreve faglig spisskompetanse. Det er grunn til å beskrive TSB i fengsel som tilsvarende TSB i døgnbehandling utenfor murene, med det forbehold at rammebetingelsene er annerledes.

Svært mange innsatte med rusproblemer soner i fengsler med lavere sikkerhetsnivå. En stor andel av de innsatte i slike fengsler har store rusproblemer og sammensatte levekårsutfordringer. Det vil si at når det gjelder volum på TSB, vil behovet være størst i disse fengslene. Det er etablert rusmestringsenheter i 13 fengsler i Norge. I disse fengslene er det allerede etablert et samarbeid mellom TSB og kriminalomsorgen.

Organisering av TSB i helseforetakene

TSB omfatter tilbud om poliklinisk- og ambulant behandling, akutt-tilbud, avrusning, dag- og døgnbehandling til pasienter som bruker alle typer rusmidler; legemiddelassistert rehabilitering (LAR); behandling av pasienter som har problematisk bruk av anabole androgene steroider; behandling av spilleavhengighet. Fagområdet skiller seg fra somatikk og psykisk helsevern ved at også sosialtjeneste (NAV) kan henvise til behandling. Alle regionale helseforetak skal sørge for at det er tilgjengelig behandlingstilbud, enten i eget foretak eller gjennom private avtaleparter.

TSB er organisert på ulik måte rundt om i landet. Mange helseforetak har egen avdeling for rus- og avhengighetsbehandling hvor all TSB er samlet, poliklinikk, dagbehandling og døgnbehandling. I noen helseforetak er ruspoliklinikker organisert innenfor DPS strukturen og dermed innenfor PHV og bare døgnavdelingene er lagt til avdeling for rus- og avhengighetsbehandling. Variasjon i hvordan helseforetakene organiserer TSB, kan få betydning for hvordan TSB organiseres opp i mot fengslene. Noen foretaksområder opererer med ett sentralt henvisningsmottak for rettighetsvurdering og koordinering av behandlingstilbud i TSB. I andre HF er rettighetsvurderingene lagt til lokale ruspoliklinikker og er ikke sentralisert i et felles mottak. Der ruspoliklinikkene er organisert som en del av DPS'ene, vil rettighetsvurderingene til begge fagfelt foregå i DPSet (men for TSB skal det skje tverrfaglig).

Flere større helseforetak som yter TSB til rusmestringsenheter i lokalt fengsel /fengsler har ofte denne organisert fra en ruspoliklinikk/sosialmedisinsk poliklinikk.

TSB i fengsel - Rusmestringsenheter, Narkotikaprogram med domstolskontroll og Stifinneravdelinger

Det er Kriminalomsorgen som er hovedansvarlig for driften av rusmestringsenheter (RME) i 13 fengsler i Norge. Det tilbys individuelt og gruppebaserte rusmestringsprogram og planlegging av tilbakeføring til oppfølging i kommune eller videre behandling i TSB. Det er til hver enhet gitt midler fra HOD til ansettelse av fortrinnsvis en psykolog som skal være ansatt ved et helseforetak. De fleste i DPS eller ruspoliklinikk/sosialmedisinsk poliklinikk.

Alternativt til soning i fengsel er Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND) en landsdekkende straffereaksjon med særskilt fokus på rusbehandling.

Stifinneravdelingene gir tilbud om rehabilitering og behandling av rusmiddelavhengige og er et samarbeid mellom helsemyndighetene, Tyrilistiftelsen og Kriminalomsorgen. Tyrili har behandlingsteam i Oslo og Bredtveit fengsel (Stifinner`n). I tillegg til disse to 2 ble det i 2017 opprettet 3 nye behandlingsteam som er inspirert av stifinnermodellen men som også har stillinger fra lokalt helseforetak.

Det er i disse tiltakene en variasjon av innhold og praksis som er, og vil være viktige arenaer for gode behandlingsforløp uavhengig av om rett til spesialisthelsetjenester er gitt. Det er i denne rapporten anbefalt å knytte disse tiltakene sammen for å understøtte etablering av et robust og bredt fagmiljø som kan bidra til utvikling av TSB-tjenester til innsatte og domfelte.

- Det anbefales at den ruspoliklinikken/sosialmedisinske poliklinikken som er nærliggende til lokalt fengsel og/eller organiserer TSB tjenesten til rusmestringsenheten forsterkes til å være base for TSB tjenestene til innsatte / domfelte.
- Det anbefales av helseforetakets kontaktperson for ND inngår i et nært samarbeid med ruspoliklinikken som er base for TSB til innsatte/domfelte

3.2. Oppgaver

For TSB vil det være aktuelt med kompetanse knyttet til oppgavene som er beskrevet for PHV. Det vises derfor til disse (pkt. 2.2.). Utover dette vil oppgavene være like de som er for TSB ellers. Under beskrives derfor fire faser i et TSB- forløp.

FASE 1: Henvisning og inntaksrutiner

Når ny pasient er tatt inn på enheten vil behandler gjøre en konkret timeavtale med pasient. Behandler gjennomfører samtalen i henhold til mal for vurderingssamtale. Henvisningen drøftes og tverrfaglig.

FASE 2: Kartlegging og vurdering av behandlingsbehov

Fase 2 innebærer en kartlegging og vurdering av behandlingsbehov, gjerne intensivt i løpet av 2-4 uker. I denne fasen gjennomføres også kartlegging og vurdering av suicidfare (inkl. overdoserisiko), førerkort og barn som pårørende, prioritert i denne rekkefølge. Videre kartlegging gjennomføres ved bruk av klinisk intervju supplert med et utvalg av standardiserte verktøy for screening av rus og psykisk helse.

Videre forløp kan ta 3 ulike retninger: a) utredning, b) behandling eller c) praktisk avklaring. Avhengig av behov og soningslengde, kan behandlingskontakten bestå av en eller flere av disse elementene/retningene.

FASE 3: Utredning – Behandling – Praktisk avklaring

Forløp A - utredning

Basert på resultatene av kartleggingen i fase 2, vil det kunne være nødvendig å gjennomføre en grundigere utredning av psykisk helse.

Resultatene av utredningen drøftes i tverrfaglig team; teamets konklusjon journalføres som utredningsvurdering med eventuelle diagnoser.

Forløp B - behandling

Behandling vil i hovedsak fokusere på to områder som gjensidig påvirker hverandre, rus og psykisk helse.

Forløp C – praktisk avklaring

Ved kortere soningsløp er det behov for praktisk tilrettelegging i forbindelse med løslatelse. Dette innebærer blant annet å etablere kontakt med lokalt tjenesteapparat, både på kommunalt- og spesialisthelsetjenestenivå. Basert på resultatet av kartlegging i fase 2, vil informasjon etter avtale med pasient bli formidlet til samarbeidspartnere gjennom ansvarsgruppemøter og/eller viderehenvisninger. I enkelte situasjoner ved svært kort soningstid, vil behandlers rolle i større grad bære preg av råd/veiledning overfor Kriminalomsorgen, snarere enn individualterapi/ behandling.

FASE 4: Fokus mot endt soning og avslutning.

Sjekkliste:

- Henvise videre
- Psykometri ved avslutning,
- GAF ut
- Individuell plan
- Kriseplan og risiko for overdose
- Suicidvurdering
- Epikrise
- Evaluere behandlingseffekt/forløp ihht behandlingsplan.

3.3. Kompetanseutvikling, fagutvikling og faglige nettverk

For å sikre at nødvendig kompetanse oppnås er det behov for å ha etablerte ordninger der ansatte tilbys videreutdanning, veiledning, muligheter for kursing, fagutvikling og kompetansedeling.

Det er noen særskilte utfordringer knyttet til rammebetingelsene i fengsel når spesialisthelsetjenesten skal gjennomføre behandling og rehabilitering av innsatte innenfor fagfeltene psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Dette innbefatter kompetanse utover generalistkompetanse om bruk av metoder som er spesielt tilpasset forholdene. Ansatte i TSB i fengsel vil ha behov for og nytte av å tilegne seg spesialisert kunnskap, kunne etablere fengselsfaglige nettverk for deling av kompetanse, ha tilbud om veiledning og delta i fagutvikling og forskning.

3.3.1. Opplæring

NK TSB har erfaring med å drifte faglige nettverk *og prosjekter for kompetanseutvikling og spredning av kompetanse**. Det er hensiktsmessig å bruke deres erfaring og modell i et fengselsfaglig TSB-nettverk. Det er behov for jevnlig kurs som dekker et bredt spekter av tema. Både for å sikre opplæring av nye fagpersoner, men også for å sikre at ny kunnskap når ut til erfarne fagpersoner.

Det bør videre tilbys kurs for fengselshelsetjenesten som dekker flere av de samme temaene som for PHV og TSB. Tilsvarende bør det tilbys kurs om ruslidelser til betjenter som er i jobb. Her er det naturlig å samarbeide med KRUS.

*Nasjonalt nettverk for utredning av rus- og avhengighetslidelser; Forum for brukerinvolvert forskning; Nasjonalt nettverk for klinisk rusmiddelforskning; Nasjonalt ledernetttverk i TSB; Nasjonalt faglig nettverk for LAR (LAR-ledermøtet)

** Akutte tjenester i TSB; Implementering av nasjonale faglige retningslinjer; Faglige rammer og fagutvikling i TSB; Hindre drop-out fra rusbehandling; Somatisk helse og rus; Steroidprosjektet; Rett og frist (rettighetsvurdering).

3.3.2. Veiledning og nettverk

For TSB vil det være aktuelt å legge ansvaret for opprettelse og oppfølging av et faglig nettverk til nasjonal kompetansetjeneste TSB (NK TSB) som har ansvar for å etablere nasjonale fag-nettverk og bidra i kompetanseutvikling, opplæring og undervisning. NK TSB er organisert i avdeling rus- og avhengighetsbehandling Oslo universitetssykehus og samarbeider også med Nasjonal Kompetansetjeneste ROP (organisert i Sykehuset Innlandet).

Det må utarbeides rutiner for hvordan ruspoliklinikkene med base-funksjon kan utvikle et felles faglig nettverk for undervisning, kompetansedeling, kollegaveiledning og fungere som en kvalitetssikrende funksjon.

- Det anbefales å tillegge NK TSB å opprette et faglig nettverk for fagpersonell i TSB innenfor kriminalomsorgen som omfatter TSB i fengsel, ND, Rusmestringsenheter, rusenheter i fengsel («Stifinnern») og § 12 soning.

3.3.3. Fagutvikling

Fagutvikling kan omfatte utvikling av nye metoder, oversettelse/translasjon av metoder som har vist seg effektive til lokale forhold, implementering og spredning av effektive metoder, og oversettelsesarbeid av sjekklister, verktøy o.l.

For utredning og risikovurdering vil det være en sentral oppgave å utvikle standarder, for ulike fagområder og på ulike nivå. Andre sentrale oppgaver her vil være oversettelse av sjekklister og implementering av metoder/prosedyrer.

3.3.4. Forskning

Forskning i fagfeltene psykisk helse og rus på innsatte i Norge har i hovedsak blitt gjennomført ved de tre kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri og ved Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF).

Sentrale forskningsoppgaver er å fremskaffe kunnskapsbasert praksis, for eksempel gjennom følgeforskning og evaluering av behandling.

Det anbefales at det videreutvikles og legges til rette for at det kan foregå klinisk forskning i fengslene. Det er naturlig å tenke at de eksisterende forskningsenhetene samarbeider med de kliniske fagmiljøene om å utarbeide og jobbe frem slike forskningsprosjekt.

3.3.5. Organisering og faglig tilknytning

Flere av oppgavene under kompetanseutvikling bør utføres av eller i samarbeid med erfarne klinikere fra fagområdene. Særlig vil det gjelde undervisning, fagutvikling, veiledning og utvikling av nettverk.

Det bør vurderes å styrke Nasjonal kompetansetjeneste TSB for å dekke et økt behov knyttet til kompetanseutvikling ved tjenestene knyttet til kriminalomsorgen. En slik styrking vil da kunne brukes til opplæring, veiledning og nettverk, samt fagutvikling i de fire helseregionene.

3.4. Administrative og økonomiske konsekvenser TSB

Områdefunksjon

Forslagene for områdefunksjon for TSB for innsatte vil innebære et ressursbehov i hovedsak knyttet til nye stillinger.

For å beregne merkostnader er det tatt utgangspunkt i eksisterende tjenester der det vurderes at det er god kvalitet (se punkt 6). Det konstateres at for det fleste foretak er behov for en styrking. Med utgangspunkt i en kostnad for en stilling for en psykologspesialists inklusiv sosiale utgifter (ca. kr 880 000,-), er det beregnet et generelt antatt ressursbehov til nye stillinger på rundt 20 millioner kroner per år.

Kompetanseutvikling

Forslagene for kompetanseutvikling vil innebære en betydelig økt aktivitet ved Nasjonal kompetansetjeneste TSB. Dette kan enten gjøres ved å redusere annen aktivitet, eller ved å tilføre mer ressurser til nye stillinger ved kompetansesentrene.

Administrativt

Forslagene vil innebære både administrative endringer og kostnader knytte til dette. Det vil bl.a. være behov knyttet til lederoppgaver og generelle kostnader knytte til stillinger. Det er ikke beregnet hva dette vil koste, da det er usikkert hvilke utslag dette vil ha for de ulike helseforetakene.

I hovedsak innebærer forslagene å styrke eksisterende tjenester noe som trolig vil medføre noe mindre administrative endringer og kostnader. Særlig vil dette gjelde der det fra før er noe utbygde tjenester.

Kriminalomsorgen og kommunehelsetjenesten

Forslagene vil kunne få betydning også for kriminalomsorgen og fengselshelsetjenestene fra kommunene.

For Kriminalomsorgen vil det særlig behovet for egnede lokaler som vil kunne medføre en betydelig kostnad. Hvor stort behov det er for oppgraderinger og hva det vil innebære av kostnader har ikke vi oversikt over.

For at spesialisthelsetjenester for TSB skal fungere optimalt i fengslene er det nødvendig at fengselshelsetjenestene fra kommunene også er tilstrekkelig utbygd. Hvor stort behov det er for styrking av fengselshelsetjenestene og hva det vil innebære av kostnader har ikke vi oversikt over.

4. Samarbeid PHV, TSB og andre aktører

Det er avgjørende med et godt samarbeid mellom de ulike aktørene i fengslene. Dette omfatter kriminalomsorgen, fengselshelsetjenesten og TSB. I tillegg vil det være behov for samarbeide med helsetjenester utenfor fengslene i tilknytning til behandlingsforløp.

Samarbeidsavtaler

Helseforetakene er forpliktet til å inngå samarbeidsavtaler med kommuner etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1-e. Samarbeidsavtaler med kriminalomsorg og fengselshelsetjeneste vil gi bedre og mer sømløse pasientforløp (Gittel, 2009). Avtaler må tydelig avklare hver etats relasjon, rammer, roller, hvilke regelverk en opererer innenfor, og hva det overordnede målet er. Det bør etterstrebtes å tilegne seg forståelse for de ulike etatenes organisasjonsstruktur, lovverk og virke. Det anbefales å ha forpliktende avtaler som sikrer regelmessig og frekvente møtepunkter. Under følger anbefalinger for samarbeid med PHV, TSB, fengselshelsetjenesten og kriminalomsorg.

Samarbeid TSB og PHV

Både TSB og PHV er hver for seg ulikt organisert rundt om i landet. En samlokalisering av tjenester fremstår således som urealistisk og er derfor ikke vurdert videre som en generell anbefaling. Det vurderes likevel at en slik samlokalisering/-organisering bør prøves ut.

Uavhengig av aktuell organisering bør hovedmål være å sikre et godt samarbeid mellom PHV og TSB slik at de innsatte får likeverdige tjenester, og mer sømløse overganger mellom behandlingsinstitusjonene. Med utgangspunkt i rettighetsvurderte henvisninger fra 1. linjetjenesten til PHV og/eller TSB, samt pasienten sitt samtykke til tverretattlig drøfting, planlegging og koordinering av behandlingsforløp, vil det være hensiktsmessig å etablere regelmessige samarbeidsmøter mellom PHV og TSB i de respektive fengslene.

Dersom rettighetsvurderingen kan skje ved stedlig tjeneste i fengslene vil en samordning av vurderingsenheter for PHV og TSB i fengsler være aktuelt, noe som da forutsetter tverrfaglighet (sosialfaglig, psykologfaglig og medisinskfaglig).

- **Det bør etableres regelmessige samarbeidsmøter mellom TSB og PHV i de respektive fengslene (se mer om samarbeid under).**

Fellesmøter

Faste kontaktpunkter mellom kriminalomsorg, fengselshelsetjeneste, PHV og TSB på et ledelsesnivå vil kunne bidra til god samhandling. Møtestrukturen bør legges opp slik at den kan intensiveres ved behov. Det må avklares hvor det overordnede koordineringsansvaret skal forankres, og om det skal avtales faste tider eller om disse møtene skal holdes ved behov.

I tillegg vil statusmøter eller konsultative/rådgivende møter ved de lokale fengslene/ i aktuelle avdelinger å bidra til god samhandling. Her kan ansatte i kriminalomsorg eller fengselshelsetjeneste fremme bekymring rundt innsatte og få veiledning på håndtering. Her kan en enes om felles måte å møte den aktuelle pasient på som fremmer muligheten for et positivt behandlingsutfall. Det

anbefales at avgrenset veiledning og informasjonsutveksling legges til kriminalomsorgens allerede eksisterende møtestruktur.

Se eksempel på samarbeidsmøte fra Bergen (se vedlegg A).

Samhandling ved flytting av innsatte

Innsatte kan flyttes til andre fengsler av ulike årsaker, og dette kan få betydning for den innsattes helseoppfølging. Dersom den innsatte mottar TSB/PVH kan dette innebære flytting til et annet helseforetak. Det vil være en fordel med varsling mellom helseforetakene dersom en pasient flyttes for å sikre god oppfølging. Dette forutsetter imidlertid at de aktuelle behandlerne blir underrettet om flyttingen av kriminalomsorgen.

- Det anbefales å etablere en rutine på varsling mellom helseforetak når en pasient flyttes mellom fengsler. Dette forutsetter samarbeid med kriminalomsorgen.

Samhandling før innsettelse

Det er viktig at den innsattes rusproblematikk er kjent ved innsettelse slik at vedkommende kan komme i kontakt med behandlingsapparatet så tidlig som mulig (Wayback Oslo). Dette forutsetter at den innsatte samtykker til at nødvendig informasjon gis til fengselet før innsettelse.

Dersom den domfelte ikke har kontakt med rusomsorg i kommune eller TSB men tilkjenner et rusproblem bør vedkommende settes i kontakt med kommunens rusomsorg for vurdering og ved behov henvises til TSB

For de som allerede er i kontakt med spesialisthelsetjenesten vil det være viktig at behandler planlegger det videre behandlingsforløp. Om pasienten skal sone en kort dom og det synes hensiktsmessig, kan behandler opprettholde behandlingsrelasjon enten ved at den innsatte fremstilles de få gangene det er behov, eller at behandler reiser inn til fengselet for å gi behandling.

Dersom den domfelte skal sone en lengre dom vil det være mer hensiktsmessig både for behandlingsrelasjon, og av administrative og økonomiske hensyn å opprette behandling med den stedlige tjenesten i fengselet. Domslengdens betydning for forløpet må naturligvis vurderes ut i fra hvilken helse- problematikk som skal behandles (psykisk helse og/eller TSB) og derav forventet behandlingstid.

- Det foreslås at den domfelte forespørres om vedkommende har behov for og ønske om behandling for rusproblem under soning og at dette kanaliseres til ruskonsulent i kommunen
- Dersom den domfelte allerede er i behandling anbefales det at behandler gis beskjed om forestående soning.

Samarbeid om forebyggende tiltak

Et viktig forebyggende tiltak vil være å identifisere og å gi tilbud til risikogrupper som er sårbare for å utvikle psykiske lidelser og rusmiddelproblematikk i fengsel. Her kan PHV og/eller TSB bistå med å utvikle, opprette og igangsette forebyggende lavterskeltiltak som kriminalomsorgen og fengselshelsetjeneste kan tilby for disse gruppene.

Et annet viktig tiltak er at PHV og TSB kan jobbe på systemnivå i fengsler, altså ved å kunne påvirke forhold rundt den innsatte som kan bedre den innsattes helsetilstand og fremme bedring av psykisk lidelse og/eller rusproblematikk. Dette kan være å inngå i samarbeid med andre aktører, veiledning av fengselsbetjenter i hvordan man møter mennesker med psykiske lidelse og rusproblematikk, og

fremme trygge relasjoner. Ansatte i kriminalomsorgen er de som jobber nærmest den innsatte. Det kan også være å inkludere den innsattes familie og pårørende, eller gi råd til kriminalomsorg om helsefremmende tiltak og soningsforhold. Utfordringen i dagens system når det gjelder systemisk arbeid er at det ikke er utarbeidet koder som kan gi spesialisthelsetjeneste økonomisk uttelling for slikt arbeid i de eksisterende registreringssystemene.

- Det anbefales at PHV/TSB og kriminalomsorg samarbeider om å identifisere risikogrupper som er sårbare for å utvikle psykiske lidelser og rusmiddelproblematikk i fengsel.
- Det anbefales at det legges til rette for at TSB og PHV skal kunne bidra på systemnivå for at forhold rundt den innsatte kan justeres for å bedre den innsattes helsetilstand og fremme bedring av psykisk lidelse og/eller rusproblematikk.

5. Forholdet til prioriteringsveileder

De fleste henvisningene til spesialisthelsetjenester til innsatte med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer antas å omfattes av prioriteringsveilederne for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. To områder omfattes ikke - personlighetsforstyrrelser og behandling av voldsproblematikk og seksuell overgrepssproblematikk. Før disse to områdene vurderes under er det viktig å huske at prioriteringsveilederne ikke er uttømmende og at de «ment å dekke 75-80 % av problemstillingene som tas opp i henvisninger til fagområdene, men alle henviste pasienter skal uansett vurderes.» (Helsedirektoratet, 2015a).

5.1. Personlighetsforstyrrelser

Begrunnet i at mange pasienter blir henvist på grunnlag av en symptomdiagnose, så er ikke personlighetsforstyrrelse med som egen tilstand i prioriteringsveilederen for psykisk helsevern for voksne, men skal vektlegges ved komorbiditet: «Pasienter som har en utredet personlighetsforstyrrelse bør vurderes med utgangspunkt i alvorlighet av tilstanden nå og gis frist i henhold til individuelle forhold. Symptomlidelser kan få et mer alvorlig forløp og forsterkes der pasienten også har en personlighetsforstyrrelse. Pasienter med personlighetsforstyrrelse og komorbid lidelse som kan behandles etter gjeldende retningslinjer, bør få kortere frist.».

Det foreligger ikke retningslinjer for personlighetsforstyrrelser for voksne i Norge. I Danmark har de en retningslinje for Borderline personlighetsforstyrrelse (BPF), mens de i Storbritannia har en retningslinje for både Borderline og antisosial personlighetsforstyrrelse (APF).

Behandling av BPF er godt dokumentert, mens det mangler dokumentasjon for lignede effekt for APF. Det pågår imidlertid flere RCT-studier for APF, hvor de bruker gruppebehandlinger som har vist seg effektive for BPF. Foreløpige resultat tyder på at de kan være virksomme også for APF (Bateman, 2016; Bernstein, 2016).

- Det anbefales at det gis tilbud om behandling til innsatte med personlighetsforstyrrelser.
- Det anbefales at behandlere i PHV er oppdatert på rådende kunnskapsfelt om behandling av ulike personlighetsforstyrrelser.
- Det foreslås at fengselspsykiatrimiljø i samarbeid med andre fagmiljøer bør prøve ut, evaluere og forske på behandlingsmetoder for spesifikke personlighetsforstyrrelser i fengselspopulasjonen.

5.2. Behandling av voldsproblematikk og seksuell overgrepssproblematikk

Verken voldsproblematikk og seksuell overgrepssproblematikk omfattes av prioriteringsveilederne, bortsett fra at voldsproblematikk nevnes under selvdestruktiv atferd. Det er heller ikke retningslinjer i Norge for behandling på dette området.

Det er foreslått fra KDI og HDir å styrke tilbudet om behandling til sedelighetsdømte og innsatte med voldsproblematikk med samtidig psykiske lidelser (Kriminalomsorgsdirektoratet og Helsedirektoratet, 2016). Kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri har over flere år hatt i oppdrag å utvikle behandlingsprogram for sedelighetsdømte og innsatte med voldsproblematikk. Det er således kommet føringer om at dette er og har vært en prioritert oppgave for tilbudet til innsatte.

Det er ingen studier av god kvalitet som viser at behandling for voldsproblematikk og seksuell overgrepssproblematikk virker i form av å redusere residiv. Tilsvarende er det ikke støtte for å si at behandling påfører skade, eller øker risiko for tilbakefall. Det er støtte for at det går bedre for de som fullfører behandling, sammenlignet med de som dropper ut (Olver & Wong, 2013). De som dropper ut ser i større grad ut til å være i en høyrisikogruppe. Det er imidlertid ikke dokumentert at det går bedre med de som fullfører behandling sammenlignet med de som ikke mottar behandling. Det er flere metodiske utfordringer for forskning på dette feltet og da særlig når det gjelder utfallsålet residiv, og det er behov for flere studier av god kvalitet. Det er også en utvikling i behandlingsprogrammer som medfører at tidligere forskning i noe mindre grad er relevant.

Risk-Need-Responsivity (RNR) modellen, som flere steder i verden brukes for innsatte, kan være anvendelig her. Metaanalyser tyder på at desto flere av disse prinsippene som dekkes i risikohåndtering eller behandling, desto større er reduksjonen i tilbakefall, inkludert voldsresidiv (Andrews, 2012). *Risikoprinsippet (Risk)* tilsier at høyrisikotilfeller bør ha mer intensive tiltak, og lavrisikotilfeller bør være tilsvarende lavintensive. *Behovsprinsippet (Need)* bygger på at tiltak bør rettes mot kriminogene behov (risikofaktorer som kan endres). Meta-analytisk evidens viser at tiltak rettet mot kriminogene behov gir bedre beskyttelse mot tilbakefall enn når en bruker andre tilnærminger (Andrews, 2012). *Responsivitetsprinsippet (Responsivity)* innebærer at tiltak bør anvendes i samsvar med (eller som respons på) mottakerens evne til endring og ny læring. Dette kalles også generell responsivitet. Forskning tyder på at tilnærminger som er strukturerte, basert på kognitiv atferdsterapi og sosial læringsteori er mest effektive for å redusere kriminalitet. Spesifikk responsivitet vil si å legge vekt på å redusere effekten av individuelle faktorer som kan ha negativ påvirkning på en persons evne til å nyttiggjøre seg av tiltak (f.eks. å avhjelpe en persons sosial angst slik at han/hun kan dra nytte av gruppebasert terapi eller programvirksomhet).

Til tross for manglende evidens for virksomme behandlingsprogram, så er det etisk problematisk ikke å tilby behandling til de som har behov for behandling og som ønsker det.

Det er støtte for at behandling i grupper, for de fleste innsatte, er like effektiv som individuell behandling (Olver & Wong, 2013). I gruppebehandling kan en også få en sekundærgevinst ved at en får f.eks. prøvd ut sosiale og problemløsningsferdigheter (kriminogene behov). Gruppebehandling vil trolig også være mer kostnadseffektiv enn individuell behandling. Det er imidlertid ikke alle som ønsker, eller som passer, til å få behandling i grupper.

Så lenge det mangler dokumentasjon på behandling virker for disse målgruppene, bør behandlingen som et minimum følge evalueres.

- Det anbefales at det tilbys best mulig behandling for de med voldsproblematikk og seksuell overgrepssproblematikk som ønsker behandling.
- Det anbefales at tiltak er innrettet på å følge RNR-modellen og at det utarbeides rutiner for oppfølging av de som dropper ut av behandling.
- Det anbefales at en gjør kartlegginger av behov med metoder som er velutprøvde, forskningsbaserte og om mulig tilpasset norske forhold. Da for å kunne tilpasse intensitet, innhold og rammer for behandlingen.
- Det anbefales at behandlingen følgeevalueres.
- Det bør vurderes å bevilge mer midler til forskning på effekt av behandling av vold og seksuelle overgrep.
- Det bør utarbeides felles retningslinje for behandling av voldsproblematikk og seksuell overgrepssproblematikk for innsatte.

5.3. Behandling av seksuell overgrepssproblematikk for andre målgrupper

I dag er tilbudet om behandling fra spesialisthelsetjenesten til innsatte som har begått seksuelle overgrep eller vold begrenset til de som soner i noen av fengslene. For mange av disse vil det være behov for langvarig oppfølging. En utvidelse av tilbudet til når de er under friomsorgen og etter endt soning vil kunne være til stor nytte. Prinsipielt så er det vanskelig å se hvorfor tilbudet skal begrenses til fengslene og hvorfor f.eks. de som er i friomsorgen ikke skal få et tilsvarende tilbud.

Dersom tilbudet utvides også utenfor fengslene, vil fagmiljøene som tilbyr slik behandling bli såpass store og robuste at det er naturlig å vurdere om denne kompetansen også skal komme andre målgrupper til nytte. Dette kunne være å gi tilbud om behandling til de som ikke er domfelt og som kanskje ikke har begått overgrep, men hvor de selv eller andre er bekymret for at det kan skje. En mulighet er at fagmiljøene som tilbyr behandling for domfelte veiledet behandlere i spesialisthelsetjenestene eller at de direkte ga tilbud om behandling.

- Det anbefales at behandling for domfelte som har begått seksuelle overgrep utvides til å gjelde under oppfølging av friomsorgen og som et tilbud etter fullført soning.
- Det anbefales at det utredes om et tilsvarende tilbud bør gis til de som er i faresonen for å begå seksuelle overgrep men som ikke er domfelte, og om dette kan bygges ut i tilknytning enhetene som har ansvaret for PHV i fengslene.

6. Eksempler på organisering

Vi vil her vise til tre eksempler på organisering hvor det er vår vurdering at det er gode tjenester. De to første, i Oslo og Bergen, har fengselspsykiatriske poliklinikker tilknyttet de sikkerhetspsykiatriske fagmiljøene og dekker psykisk helsevern for fengselet i helseforetaket. Det siste eksemplet er fra Østfold, hvor en poliklinikk i Sarpsborg har ansvaret for å følge opp TSB for fengslene i helseforetaket.

6.1. Fengselspsykiatrisk poliklinikk - Oslo universitetssykehus HF

Lokalisering/opptaksområde/bemanning

Fengselspsykiatrisk poliklinikk er en enhet under Regional sikkerhetsseksjon Helse Sør-Øst (RSA) som dekker psykiatrisk spesialisthelsetjeneste for innsatte i Bredtveit og Oslo fengsler og Sentralarresten i Oslo politidistrikt. Poliklinikken har offentlig godkjenning. Det er egen klinikk lokalisert i Oslo fengsel med 8 kontorer, møterom og arkivrom. Ved Bredtveit fengsel disponeres et kontor, og Sentralarresten har et eget legekontor. Fengselspsykiatrisk poliklinikk består av enhetsleder/psykologspesialist, en sekretær, en overlege/psykiater, tre psykologspesialister og en psykolog.

Fengselspsykiatrisk poliklinikk har et utvidet tilbud til barn/innsatte under 18 år, og mottar øremerkede midler tilsvarende 1 stilling for psykolog/psykologspesialist. I 2016 ble det opprettet en ungdomsenhet under kriminalomsorgen på Eidsvoll. Oppgavene er utredning, behandling og voldsrisikovurdering, veiledning av personale knyttet til ungdomstilbudet samt psykologfaglig rådgiving til leder for ungdomsenheten/fengselsinspektør. Unge under 18 år som innsettes i andre fengsler i Helse Sør-Øst følges også opp av Fengselspsykiatrisk poliklinikk der de er innsatt. I 2017 hadde Fengselspsykiatrisk poliklinikk 19 pasientforløp for unge innsatte under 18 år.

I 2015 ble det startet opp et treårig prosjekt for behandling av seksuallovbruddsdømte. Prosjektet er direktefinansiert av Helsedirektoratet og er et samarbeidsprosjekt mellom Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri og RSA Fengselspsykiatrisk poliklinikk. Prosjektets formål er å øke kunnskap om seksuallovbruddsdømte og utvikle systemiske og individualterapeutiske tiltak/metoder for forebygging av tilbakefall. Prosjektet gjennomføres i samarbeid med kriminalomsorgen. Behandlerstillinger i prosjektet er en psykolog, en psykologspesialist og 20 % stilling for psykiater. Prosjektet pågår i Bredtveit fengsel, Ila fengsel og Berg fengsel.

Samlet har Fengselspsykiatrisk poliklinikk p.t. 8,2 behandlerstillinger, en lederstilling og en sekretær.

Oslo fengsel har for tiden 270 varetektsplasser, i 2017 var det ca. 1000 innsettelse i Oslo fengsel. Bredtveit fengsel har til sammen 58 sonings-, forvarings- og varetektsplasser for kvinner, 150 – 200 innsettelse pr. år. Sentralarresten i Oslo politidistrikt har 100 plasser, 10.000 – 12.000 innsettelse pr. år. Ungdomsenhet Øst har fire plasser i 2017 var det til sammen 19 innsettelse. Fengselspsykiatrisk poliklinikk har årlig rundt 2000 registrerte konsultasjoner og i overkant av 300 behandlingsforløp.

Målgruppe

Målgruppen for Fengselspsykiatrisk poliklinikk er innsatte i arrest og fengsler med psykiske lidelser av en alvorlighetsgrad som gir rett til helsehjelp fra psykiatrisk spesialisthelsetjeneste iht.

pasientrettighetsloven § 2-1b eller tvungen psykisk helsevern uten døgnopphold iht. psykisk helsevernloven § 3.3. Fengselspsykiatrisk poliklinikk tilbyr individualterapi til voldsdømte og seksuallovbruddsdømte.

Fengselspsykiatrisk poliklinikk betjener også Sentralarresten i Oslo med øyeblikkelig-hjelp funksjon for innsatte som ennå ikke er fremstilt for varetekt.

Samarbeid/undervisning/veiledning

Fengselspsykiatrisk poliklinikk har ukentlige faste samarbeidsmøter med fengselshelsetjenestene. Det er faste møter på ledernivå med alle anstalter som Fengselspsykiatrisk poliklinikk betjener. Dette avklarer ansvars- og rollefordeling i komplekse pasientsaker, og bidrar til å opprettholde et godt samarbeid på tvers av etater. Fengselspsykiatrisk poliklinikk tilbyr veiledning og undervisning til fengselshelsetjenestene kriminalomsorgen og politiet.

6.2. Seksjon fengselshelsetjenester - Helse Bergen HF

Lokalisering/opptaksområde/bemanning

I Bergen er det flere fengsler; Bergen fengsel, Bergen fengsel avdeling Osterøy, Bjørgvin fengsel, Bjørgvin fengsel ungdomsenheten og Lyderhorn overgangsbolig. Samlet er det 203 plasser med høy sikkerhet og 167 med lavere sikkerhet. Omtrent 100 plasser går til varetekt. I tillegg er det 4 plasser ved Ungdomsenheten.

Tjenester fra psykisk helsevern blir levert av Seksjon fengselshelsetjenester ved Klinik for sikkerhetspsykiatri, Haukeland universitetssjukehus. Dette er en stedlig poliklinikk i Bergen fengsel, som også tilbyr polikliniske stedlige tjenester til de andre avdelingene i Bergen.

Samlet er det satt av 8,8 100% stillinger til enheten. Utover ordinær poliklinisk psykisk helsevern tilbys også behandling for innsatte dømte for seksuelle lovbrudd og vold. En stillingsandel tilsvarende 150 % benyttes til dette, og gjennomføres i samarbeid med Kriminalomsorgen. En 100 % stilling knyttet til Narkotikaprogram med domstolskontroll er også inkludert i enheten, samt en full psykologstilling ved Rusmestringsenheten i Bergen fengsel.

I Bjørgvin fengsel ble Ungdomsenheten etablert i 2009 Denne enheten har et særskilt tilbud med en 100 % stilling til stede i enheten. Denne stillingen er delt mellom to psykologspesialister.

De 8,8 stillingene er fordelt mellom 8 psykologer/ psykologspesialister og èn psykiater i 80% stilling. Det gjennomføres årlig ca 3000 konsultasjoner innen de ulike fengsler i Helse Bergen sitt ansvarsområde. Jevnlig er det behov for døgnbehandling i psykisk helsevern og mellom 20-40 innleggelse kommer fra denne gruppen årlig.

TSB-tilbudet leveres av Avdeling for rusmedisin (AFR) i Bergen fengsel. Tilbudet leveres ambulant eller ved fremstilling. LAR-behandling følges opp av LAR Arna, Åsane og Bergen fengsel. Samlet er det 170 % stillingsandeler knyttet til fengslene i Bergen.

Samarbeid/undervisning/veiledning

Tilbudet fungerer godt og har nær tilhørighet til Kompetansesenter for retts, fengsels- og sikkerhetspsykiatri i Bergen gjennom deltakelse i prosjekter- fagutviklingsoppgaver hvor deler av en psykologstilling er lagt til kompetansesenteret.

Det er et tett og godt samarbeid mellom AFR og seksjon for fengselshelsetjenester. En beskrivelse av samarbeidsmøte mellom Bergen Fengsel, Bjørgvin Fengsel og Avdeling for Rusmedisin (AFR) er vedlagt rapporten (vedlegg A).

6.3. Sosialmedisinsk poliklinikk Sarpsborg - Sykehuset Østfold HF

Lokalisering/opptaksområde/bemanning

I 2008 ble det etablert rusmestringsenhet ved Ravneberget fengsel i Sarpsborg. Sosialmedisinsk poliklinikk Sarpsborg fikk ansvar for å representere Sykehuset Østfold HF / Avd. for rusbehandling (AFR) i arbeidet med å planlegge og bidra i drift av en slik enhet. Da tilsvarende enheter ble etablert i Halden fengsel og Indre Østfold fengsel avd. Trøgstad i 2010 ble det i AVR bestemt at SMP Sarpsborg skulle ta tilsvarende ansvar ved disse enhetene. Bakgrunnen for dette var både de positive erfaringene fra etableringen ved Ravneberget fengsel samt et ønske om å etablere et eget fagteam bestående av medarbeidere som var tilknyttet hvert av fengslene (RME-team). Hensikten med dette var å sikre kvaliteten i behandlingen ved hver enhet samt utveksle og utvikle kunnskap om TSB arbeid i en særegen kontekst.

RME teamet består av 4 psykologer hvorav to av disse er tilknyttet Halden fengsel. Teamet ledes av seksjonsleder ved SMP Sarpsborg. Fire dager pr. uke jobber de ved de respektive rusmestringsenheter. En dag pr. uke møtes teamet på SMP Sarpsborg hvor det avholdes fagmøte ledet av seksjonsleder. I dette møte vurderes nye henvisninger og behandlingsfaglige problemstillinger drøftes. I tillegg drøftes utfordringer og løsninger som berører samhandling på systemnivå.

Det er utarbeidet en beskrivelse av pasientforløpet for innsatte med TSB rettighet som er gyldig for alle enhetene i Østfold. Her er det også inkludert en beskrivelse av behandlingstilbudet (se vedlegg B).

6.4. Oppsummering

Det er noen fellestrekk for alle tre eksemplene. Alle tre leverer tjenestene stedlig i fengslene og dekker flere fengsler i samme helseforetak. De har også en god ressurstilgang sammenlignet med andre steder og har etablert samarbeid med kompetansemiljø.

I Bergen er det etablert et godt samarbeid mellom PHV og TSB (AFR). Det mangler imidlertid gode eksempler der disse tjenestene er samorganisert. Trolig vil en slik modell kunne gi noen fordeler driftsmessig og faglig, og det bør derfor være ønskelig om en slik modell kan prøves ut.

Det må også konstateres at de fleste steder ikke har en slik organisering, eller en ressurstilgang som disse tre. I tillegg kan det påpekes at alle tre stedene kan styrkes når det gjelder det generelle tilbudet fra TSB, mens tilbudet fra PHV ikke er like godt utbygd i Østfold som de to andre stedene.

Vedlegg A

Samarbeidsmøte mellom Bergen Fengsel, Bjørgvin Fengsel og Avdeling for Rusmedisin (AFR)

Møtefrekvens: Møtet holdes hver 14. dag – torsdag kl.10-11.30. Møtet blir holdt uavhengig av om det er meldt inn pasientsaker, også når AFR unntaksvis har meldt avbud.

Møtested: Bergen fengsel.

Deltagere:

- Seksjon fengselshelsetjeneste Helse Bergen (PHV)
- Sosialkonsulentene i Bergen og Bjørgvin fengsel
- Bergen kommune Helseavdelingen i Bergen og Bjørgvin fengsel, ved leder/ nestleder
- Aktuelle inspektører
- Aktuelle kontaktbetjenter
- Ansvarlig for § 12 soning
- Representant fra rusmestringsenheten i Bergen fengsel
- Tilbakeføringskoordinator i region Vest for Hordaland fylke
- AFR v/ poliklinikken (TSB)

Målsetting:

Etablere gode pasientforløp, der behandling før, under og etter soning er del av en helhetlig sonings- og/eller behandlingsplan.

Gjensidig kunnskapsutveksling og kompetanseoverføring.

Oppgaver:

Samarbeidet er etablert for å sikre best mulig utnyttelse av den tiden pasienten er i fengsel, med hensyn til mulige behandlingstiltak under og etter soning.

Behandlingsbehovet til pasient/innsatt drøftes.

Koordinering og planlegging av samarbeid mellom aktuelle aktører i pasientforløp etter endt soning.

NB! Drøfting av pasient/innsatt-saker forutsetter at samtykkeerklæring foreligger.

Rutiner:

Representant fra Rusmestringsenheten og AFR melder aktuelle saker /henvisninger til psykolog ved Seksjon for fengselshelsetjenesten HBE innen utgang av tirsdag i møteuken. Representant fra Rusmestringsenheten skriver og distribuerer sakliste til andre møtedeltakere i fengselet, senest onsdag formiddag.

Vedlegg B

Pasientforløp ved Sosialmedisinsk poliklinikk Sarpsborg

Det er utarbeidet en beskrivelse av pasientforløpet for innsatte med TSB rettighet som er gyldig for alle enhetene i Østfold.

Rutinesammendrag:

FASE 1: Henvisning og inntaksrutiner

FASE 2: Kartlegging og vurdering av behandlingsbehov

FASE 3: Utredning – Behandling – Praktisk avklaring

Forløp A – utredning

Forløp B – behandling

Forløp C – praktisk avklaring

FASE 4: Fokus mot endt soning og avslutning.

FASE 1: Henvisning og inntaksrutiner

Kortversjon:

Når ny pasient er tatt inn på enheten vil psykolog fra SMP gjøre en konkret timeavtale med pasient.

Psykologen gjennomfører samtalen i henhold til mal for vurderingssamtale.

Henvisningen drøftes og besluttes i påfølgende fagteammøte.

FASE 2: Kartlegging og vurdering av behandlingsbehov:

Fase 2 innebærer en kartlegging og vurdering av behandlingsbehov med *inntil 5 samtaler* – gjerne intensivt i løpet av 2-4 uker. I denne fasen gjennomføres også kartlegging og vurdering av suicidfare (inkl. overdoserisiko), førerkort og barn som pårørende, prioritert i denne rekkefølge. Videre kartlegging gjennomføres ved bruk av klinisk intervju supplert med et utvalg av standardiserte verktøy for screening av rus og psykisk helse.

Følgende screeningverktøy benyttes under kartleggingsfasen:

AUDIT (alkohol)	Alcohol-E	GAF (funksjon og symptom)
DUDIT (rusmiddel)	DUDIT-E	V-RISK (voldsrisiko)
BDI-II	MADRS (depresjon)	CIP/SIPP (personlighet)
BAI (angst)		ASRS (ADHD)
SCL 90-R (generelt symptomtrykk)		TEC/PCL-C (traume)
MINI (mini nevropsykologisk intervju)		Individuell plan

Aktuell informasjon må dokumenteres i mal for anamnese (deskriptiv) og behandlingsplan (normativ). Sistnevnte med foreløpig vurdering av behandlingsbehov inkludert foreløpig diagnose for rus og psykisk helse. Med utgangspunkt i dette gjennomføres tverrfaglig drøfting i team. Denne

drøfting vil bl.a. ta for seg spørsmål knyttet til behov for videre utredning, behandlingsmetode, hyppighet og varighet av timeavtaler. På bakgrunn av denne drøfting utarbeides eget notat «Tverrfaglig konklusjon» som gir en kort sammenfatning av den tverrfaglige drøfting. Dette handler ikke minst om å dokumentere at en tverrfaglig drøfting har funnet sted. I påfølgende konsultasjon med pasient gir behandler tilbakemelding om resultatet av den tverrfaglige drøfting. I samarbeid med pasient revideres behandlingsplan i henhold til dette.

Videre forløp kan ta 3 ulike retninger: a) utredning; b) behandling eller c) praktisk avklaring. Avhengig av behov og soningslengde, kan behandlingskontakten bestå av en eller flere av disse elementene/retningene.

FASE 3: Utredning – Behandling – Praktisk avklaring

Forløp A - utredning

Basert på resultatene av kartleggingen i fase 2, vil det kunne være nødvendig å gjennomføre en grundigere utredning av psykisk helse. De vanligste utredningsområdene og aktuelle utredningsinstrumenter er:

ADHD (utredning i henhold til behandlingslinje ADHD voksne), ulike angstlidelser (Social Phobia Scale, Y-BOCS, deler av MINI), stemningslidelser (deler av MINI, MADRS, BDI), traumer (CAPS, DES, PCL, TEC), personlighetsforstyrrelse (SCID-II), spiseforstyrrelse (deler av MINI), kognisjon (WAIS), voldsrisiko (HCR-20).

Resultatene av utredningen drøftes i tverrfaglig team; teamets konklusjon journalføres som utredningsvurdering med eventuelle diagnoser.

Forløp B - behandling

Behandling vil i hovedsak fokusere på to områder som gjensidig påvirker hverandre, rus og psykisk helse.

Rusfaglig fokus - målsetning:

- Å forstå pasienten i et endringsfokusert perspektiv, blant annet gjennom motivasjonskartlegging og **ambivalensutforskning**.
- Å identifisere **rusens funksjon**, for så å kunne utarbeide andre mestringsstrategier.
- Å forberede livet etter soning uten bruk av rusmidler. · Å forstå rusmiddelbruk i et relasjonelt perspektiv – nettverkskart.
- Å utarbeide **kriseplan** og vurdere overdoserisiko, særlig relatert til opiater og GHB.
- Henvise videre ved behov for forsterket tiltak i form av innleggelse i TSB døgninstitusjon.
- Samarbeide med Kriminalomsorgen vedrørende soningsplanlegging.
- Forhindre tilbakefall til kriminalitet

Metode:

· Bruk av motiverende intervju, **kartlegging av risikosituasjoner** og «BaM» (Bygging av mestringstillit), samt mentaliseringsbasert forståelse av rusmiddelbruk og konsekvenser av dette. MBT relatert til aktuelle situasjoner som oppstår i samspill mellom innsatte på RME.

· Samhandlingsfokus under og etter soning gjennom å etablere kontakt med samarbeidspartnere kommunalt og i Spesialisthelsetjenesten og opprettelse av/deltagelse i ansvarsgruppe.

Psykisk helse:

Ved indikasjon tilbys behandling av følgende psykiske lidelser: de ulike angstlidelsene, stemningslidelser, traume, personlighetsforstyrrelser (samspillsvansker), ADHD (eventuell medisinerings vil være i samarbeid med DPS), spiseforstyrrelser.

Vedvarende psykose er eksklusjonskriterium ved enheten.

Metode:

Behandlingstilbudet vil omfatte bruk av anerkjente metoder som blant annet: kognitiv terapi, mentaliseringsbasert terapi, systemisk- og kommunikasjonsorienterte metoder (familieterapi) m.fl..

Ved SMP Sarpsborg er det etablert et MBT-team (mentaliseringsbasert behandling). Et av de sentrale tilbud som gis regelmessig er mentaliseringsbasert psykoedukasjon i gruppe. Her følger en kort beskrivelse:

5 hovedtema: ca. 2 x pr. tema

- Mentalisering
- Følelser
- Tilknytning
- Personlighetsforstyrrelser og MBT
- Kombinert gruppeterapi/individualterapi

Første møte: Hva er mentalisering og mentaliserende holdning? Hvorfor er dette viktig?

Misforståelser.

Andre møte: Hva innebærer det å ha problemer med mentalisering? Skråsikkerhet, svart/hvitt tenkning, konkretistisk, lite nysgjerrig, - selvsikkerhet, skiftende tilstander, dårlig følelseskontroll, impulsivitet, som fører til stadige problemer med andre mennesker.

Tredje møte: Hvorfor har vi følelser og hvilke er de mest grunnleggende? Formålet. Fobimodell.

Bevissthetsmodell

Fjerde møte: Hvordan merker og regulerer vi følelser? Hos oss selv, andre. Regulere seg selv/andre.

Selvskading, trøste andre.

Femte møte: Betydningen av tilknytningsforhold. Mønstre, circle of security etc.

Sjette møte: Tilknytning og mentalisering. Kultur. Konflikt – overdriver, hemmer. Eks øvelse: Noe det er vanskelig å snakke om?

Syvende møte: Hva er personlighetsforstyrrelse? Hva er ustabil PF. De generelle kriteriene. De spesifikke

Åttende møte: MBT behandling, del 1. Gå gjennom gangen i utredningen, og planleggingen, kombinasjonsterapiens art, regler, gruppeterapiens målsetning: trene på mentalisering i nære forhold. Klargjøre pasientenes jobb: bringe inn, finne ut av, andre prøver på det samme, også hendelser i gruppen, knytte seg.

Niende møte: MBT behandling del 2. Mulige problemer mht. gamle reaksjonsmønstre, svikt.

Tiende møte: angst, tilknytning og mentalisering. Frykt. Angstlidelsene. Hva reduserer? I terapien?

Ellevte møte: Depresjon, tilknytning og mentalisering. Separasjonsangst og tristhet. Sorg. Oppgave: Hva utløser egen depresjon? Alle må få slippe til. Depressiv tenkning.

Tolvte møte: Klargjøring og avslutning.

Hver gruppe starter med en kort oppsummering fra sist, så gjennomgang av hjemmeleksen. Øvelsene gir sammenlikningsgrunnlag og illustrerer det pedagogiske poenget, samt «kjøler ned» temperaturen. Øvelser og rollespill forhindrer intellektualisering

Forløp C – praktisk avklaring

Ved kortere soningsløp er det behov for praktisk tilrettelegging i forbindelse med løslatelse. Dette innebærer blant annet å etablere kontakt med lokalt tjenesteapparat, både på kommunalt- og spesialisthelsetjenestenivå. Basert på resultatet av kartlegging i fase 2, vil informasjon etter avtale med pasient bli formidlet til samarbeidspartnere gjennom ansvarsgruppemøter og/eller viderehenvisninger. I enkelte situasjoner ved svært kort soningstid, vil behandlers rolle i større grad bære preg av råd/veiledning overfor Kriminalomsorgen, snarere enn individualterapi/ behandling.

FASE 4: Fokus mot endt soning og avslutning.

Sjekkliste:

- Henvise videre
- Psykometri ved avslutning,
- GAF ut
- Individuell plan
- Kriseplan og risiko for overdose
- Suicidvurdering
- Epikrise
- Evaluere behandlingseffekt/forløp ihht behandlingsplan.

Referanser

- Andrews, D. (2012). The risk-need-responsivity (RNR) model of correctional assessment and treatment *Using social science to reduce violent offending* (pp. 127-156).
- Bateman, A. (2016). *Mentalizing, structured clinical management, and antisocial personality disorder*. Paper presented at the The 4th Bergen International Conference on Forensic Psychiatry : Personality Disorder, Bergen. <https://bergenconference.no/archive-2016/>
- Bernstein, D. (2016). *Schema Therapy*. Paper presented at the The 4th Bergen International Conference on Forensic Psychiatry : Personality Disorder, Bergen. <https://bergenconference.no/archive-2016/>
- Bukten, A., Stavseth, M. R., Skurtveit, S., Kunøe, N., Lobmaier, P., Lund, I. O., & Clausen, T. (2016). Rusmiddelbruk og helsesituasjon blant innsatte i norske fengsel : resultater fra The Norwegian Offender Mental Health and Addiction Study (NorMA) Rapport (Universitetet i Oslo. Senter for avhengighetsforskning : online) (Vol. 2/2016). Oslo: SERAF.
- Cramer, V. (2014). Forekomst av psykiske lidelser hos domfelte i norske fengsler. Oslo: Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, Helseregion Sør-Øst.
- Departementene. (2017). *Redusert tilbakefall til ny kriminalitet - Nasjonal strategi for samordnet tilbakeføring etter gjennomført straff 2017–2021*. Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet.
- Egeland, J. (2008). Simulering og aggravering av nevrokognitiv funksjonssvikt. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 45(9), 1116-1123.
- Hare, R. D. (1991). *The Hare psychopathy checklist-revised: Manual*: Multi-Health Systems, Incorporated.
- Helsedirektoratet. (2012). *IS-1948 Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelser*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2015a). Prioriteringsveileder – psykisk helsevern for voksne. from <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykisk-helsevern-for-voksne>
- Helsedirektoratet. (2015b). Prioriteringsveileder – tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). from <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-tsb>
- Helsedirektoratet. (2016). IS-1971 Veileder: Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel: Helsedirektoratet.
- Kriminalomsorgsdirektoratet og Helsedirektoratet. (2016). Oppfølging av innsatte med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer: Kriminalomsorgsdirektoratet og Helsedirektoratet.
- Olver, M. E., & Wong, S. C. P. (2013). Treatment programs for high risk sexual offenders: Program and offender characteristics, attrition, treatment change and recidivism. *Aggression and Violent Behavior*, 18(5), 579-591. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2013.06.002>