

## HELSETJENESTETILBUD TIL INNSATTE I FENGSEL



# INNHOOLD

Forord	1
1 Innledning	3
1.1 Helsetjenesten i fengsel	3
1.2 Kunnskapsgrunnlaget	3
1.2.1 Fengselskategorier	3
1.2.2 Særtrekk ved fengselspopulasjonen	4
1.2.3 Fylkeslegenes tilsyn i 2001	4
1.2.4 Helsesituasjonen for innsatte i fengsel	5
1.2.5 Levekår blant innsatte	6
2 Ansvars- og oppgavefordeling	8
2.1 Myndighetsansvar	8
2.2 Kommunalt ansvar, oppgaver og organisering	9
2.2.1 Internkontrollsystem	10
2.3 Regionale helseforetaks ansvar	11
2.4 Fylkeskommunalt ansvar	11
2.5 Kriminalomsorgens ansvar	11
2.6 Helsepersonellens ansvar	12
3 Helsetjenesten til innsatte	13
3.1 Rett til nødvendig helsehjelp, medvirkning m.v.	13
3.2 Varetekt	13
3.3 Helseundersøkelser	13
3.4 Behandling og utarbeidelse av individuell plan	14
3.5 Behandling utenfor fengsel	15
3.5.1 Sikkerhetshensyn ved behandling utenfor fengselet	16
3.6 Legemidler og legemiddelhåndtering	16
3.6.1 Vanedannende medikamenter	16
3.6.2 Legemiddelassistert rehabilitering	17
3.7 Tannbehandling	18
3.8 Forebyggende tiltak	18
3.8.1 Smittevern	18
3.8.2 Grupperettede tiltak og informasjon	19
3.8.3 Miljørettet helsevern	19
3.9 Tilretteleggelse for tiden etter løslatelse	20
3.10 Klageadgang	20

4	Spesielle utfordringer	21
4.1	Omsorgsrollen i Kriminalomsorgen	21
4.2	Tvungen kroppslig undersøkelse og blodprøvetaking	21
4.3	Når innsatte nekter å ta til seg næring	22
4.4	Taushetsplikt og samarbeid	22
4.5	Bruk av tolk	23
	REFERANSER	24
	VEDLEGG 1 – Økonomiske forhold knyttet til helsetjenesten	25
	VEDLEGG 2 – Lover, forskrifter m.m.	26
	VEDLEGG 3 Informasjonsmateriell m.m.	27

# FORORD

Formålet med veilederen er å bidra til at innsatte i fengsel får nødvendig somatisk og psykisk helsehjelp. I Norge regner vi med at ca 13 700 mennesker hvert år soner fengselsdommer. Det er dokumentert at innsatte i større grad enn befolkningen for øvrig lider av psykiske lidelser, spesielle somatiske lidelser og selvopplevd dårlig helse. Et viktig prinsipp er at innsatte i fengsel har rett til likeverdige helsetjenester med den øvrige befolkningen. En revisjon av den tidligere veilederen – "Veileder for Fengselshelsetjenesten 3-87" – har vært nødvendig bl.a. på grunn av endringer i innsatt-populasjonen og sykdomsbildet hos de innsatte. Ny lovgivning har kommet til, og tidligere lover er endret. Helsetilsynets felles tilsyn i 2001 avdekket også forhold ved helsetjenesten i fengsel som synliggjorde behovet for en ny veileder.

Fra helsetjenesten i fengslene gis det tilbakemeldinger om økende helseproblemer både innen somatikk og psykiatri blant de innsatte. I tillegg er kriminaliteten blant de innsatte blitt grovere, og det har funnet sted en økning i antall innsatte med utenlandsk opprinnelse. Endringene i sykdomsbildet og fangepopulasjonen medfører store utfordringer for helsepersonell i fengsel. Det kreves god kunnskap og kompetanse om de innsattes sykdomspanorama, kulturelle bakgrunn mv, og man må forholde seg til gjeldende regelverk, både i helsetjenesten og i kriminalomsorgen.

I arbeidet med innsatte i fengsel står vi overfor både juridiske, helsefaglige og etiske utfordringer. Mange av de innsatte sliter med en rekke ulike og sammensatte problemer. De innsatte skal møtes med respekt for egenart og individuelle behov. Samtidig skal de få nødvendig kunnskap om hva de selv kan bidra med i forhold til sin egen helse, og få et realistisk bilde av hva helsetjenesten i fengsel kan bidra med.

Veilederen gir informasjon om helsetjenestetilbudet til innsatte i fengsel, og den gir spesifikke råd knyttet til særlige utfordringer som tjenesten har. Den beskriver sentrale ansvarsforhold og har som vedlegg en oversikt over aktuelle lover og forskrifter.

Veilederen er i første rekke beregnet på kommuner, fylkeskommuner og helseforetak som ansvarlige forvaltningsorganer, helsepersonell i fengslene, samarbeidende helsepersonell i primær-/spesialisthelsetjenesten, samt den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. En annen målgruppe er de som arbeider i fengselstjenesten. Helsepersonell og fengselsansatte har oppgaver overfor de innsatte, men tjenestene som ytes har ulike formål og benytter forskjellige virkemidler. De ulike profesjonenes roller og tilnærming til de innsatte er et tema som blir viet spesiell oppmerksomhet.

Veilederen omtaler ikke helsetjenestetilbud i politiarrest.

Veilederen publiseres i Sosial- og helsedirektoratets veilederserie, og den er tilgjengelig elektronisk. Direktoratet vil oppdatere den elektroniske versjonen når vesentlige endringer gjør dette nødvendig. For å sikre kvaliteten på veilederen er vi avhengig av tilbakemeldinger fra alle som arbeider innen feltet. Kontakt Sosial- og helsedirektoratet hvis du har innspill å komme med.

De faglige rådene i denne veilederen er direktoratets anbefalinger om hva som anses for å være god praksis på utgivelsestidspunktet. Anbefalingene er ment som et hjelpemiddel ved de avveininger som må gjøres for å oppnå forsvarlighet og god kvalitet i tjenesten. Anbefalingene er ikke direkte rettslik bindende, men kan langt på vei være styrende for de valg som skal tas. Ved å følge oppdaterte faglige anbefalinger vil fagpersonell bidra til å oppfylle lovverkets krav om faglig forsvarlighet. Dersom en velger løsninger som i vesentlig grad avviker fra de faglige anbefalingene, bør man kunne dokumentere dette og gi en faglig begrunnelse for sitt valg.

Sosial- og helsedirektoratet håper veilederen vil kunne være et godt verktøy for alle som arbeider innenfor denne utfordrende tjenesten. Vi håper den kan inspirere til fortsatt innsats og fagutvikling i en krevende og utfordrende arbeidssituasjon.

Vi takker Justisdepartementet for godt samarbeid.

Juli 2004

Bjørn-Inge Larsen  
direktør

# 1 INNLEDNING

## 1.1 Helsetjenesten i fengsel

Den europeiske menneskerettighetsdomstolen har avvist at en fengselsdom i seg selv skal innebære begrensninger i menneskerettighetene eller påføre ytterligere straff ut over selve frihetsberøvelsen. Dette går også frem av Europarådets rekommandasjon av 8. april 1998 om etiske og organisasjonsmessige aspekter i fengsel (Jf R(98) – explanatory memorandum). Helsetjenesten i fengslene skal derfor være likeverdig med helsetjenesten som den øvrige befolkningen har krav på. De innsatte skal gis et helsetjenestetilbud tilpasset den enkeltes behov etter en individuell vurdering. Her som utenfor fengselet er det faglige vurderinger som skal legges til grunn. Retten til nødvendig helsehjelp betyr ikke at man har rett til et bestemt medikament eller en bestemt behandling, for eksempel vanedannende legemidler mot søvnproblemer.

I 1988 ble ansvaret for helsetjenesten i fengsel overført fra Justisdepartementet til Sosialdepartementet. Vi fikk da den såkalte "importmodellen" ved at ansvaret for helsetjenesten i fengsel skulle integreres i den offentlige helsetjenesten. Fra 1994 ble kommunenes ansvar for helsetjenesten i fengslene uttrykkelig hjemlet i kommunehelsetjenesteloven. Kommunene har i dag ansvaret for primærhelsetjenesten, mens de regionale helseforetakene har ansvaret for spesialisthelsetjenestens tilbud når det gjelder somatiske og psykiatriske helsetjenester. Fylkeskommunen har ansvaret for tannhelsetjenesten. Den som har behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til en individuell plan. Planen skal omfatte alle tjenesteområder og forvaltningsnivåer. Forskrift om individuelle planer trådte i kraft 1. juni 2001. Staten overfører øremerkede tilskudd til hver av disse tjenestene.

## 1.2 Kunnskapsgrunnlaget

### 1.2.1 Fengselskategorier

Kriminalomsorgen har pr. 1. januar 2004 i alt 46 fengsler med til sammen 3074 plasser. Man skjeller mellom fengsler med høyt og lavt sikkerhetsnivå, samt overgangsboliger. Fengselsplasser med lavt sikkerhetsnivå og overgangsboliger utgjør ca. 33 % av den samlede kapasiteten. Disse er særlig forbeholdt promilledømte, korttidsdømte og de langtidsdømte som kan sone den siste del av straffetiden i åpen anstalt som et ledd i løslatelsesprosedyren. I 2003 ble til enhver tid 22% av alle fengselsplasser benyttet til varetekt.

Friomsorgen gjennomfører samfunnsstraff og påser at prøveløslatte overholder vilkårene, gjennomfører betinget dom med promilleprogram og følger opp personer som er sikret i frihet. I tillegg utføres personundersøkelser på oppdrag av påtalemyndigheten. Domfelte med oppmøteplikt hos friomsorgen har anledning til å gå på vanlig skole eller arbeid. Friomsorgen har ingen øremerkede plasser eller spesifisert kapasitet.

### 1.2.2 Særtrekk ved fengselspopulasjonen

Ifølge Kriminalomsorgens årsstatistikk for 2003 ble det foretatt 11 089 nyinnsettelse i fengsler, hvorav 8 % var kvinner. Varetekt utgjør ca. en tredjedel av alle nyinnsettelse. Det totale antall innsatte i løpet av 2003 var 13 733 personer.

- 6% av kvinnene og 5 % av mennene var under 21 år
- 45 % av kvinnene og 43 % av mennene var under 30 år
- 0,3 % av mennene var over 60 år

Pr. 30.09.03 utgjorde utenlandske statsborgere 18 % av alle innsatte, mens 7,5 % hadde bakgrunn fra land utenfor Europa. Innsatte blant utenlandske statsborgere er ikke jevnt fordelt utover landet.

Lovbruddskategorier ved dom og siktelse ved varetekt:

- 8 % voldtekt, incest og sedelighet
- 16 % drap, drapsforsøk og andre kategorier vold
- 30 % narkotikarelaterte forhold

To tredjedeler av de innsatte har hatt en oppvekst preget av alvorlige problemer. Tre av ti har vært i kontakt med barnevernet før fylte 16 år, og like mange har opplevd at andre i familien har sittet i fengsel. Dette gjenspeiler seg i et svært lavt utdanningsnivå og med dårlige muligheter på arbeidsmarkedet og i boligmarkedet. Nesten halvparten befinner seg under fattigdomsgrensen (Faforapport 429, 2004).

### 1.2.3 Fylkeslegenes tilsyn i 2001

I Helsetilsynets Tilsynsmelding for 2001 fremgår:

”Helsetjenesten til innsatte i fengsler ble valgt som felles område for tilsyn i 2001 av flere årsaker. For det første dreier dette seg om helsetjenesten til en utsatt og sårbar gruppe, som har høyere sykkelighet enn i befolkningen for øvrig. Dessuten er helsetjenesten i fengslene en liten deltjeneste i kommunehelsetjenesten som utøves på ”fremmed arena”. Det byr på spesielle utfordringer å få til god samhandling mellom helsepersonell som skal ivareta og sørge for god helse, og fengselstjenestemenn som skal sørge for sikkerhet og gjennomføring av straff. For å takle disse utfordringene er det viktig med en god faglig og administrativ forankring til kommunehelsetjenesten for øvrig.”

Fylkeslegene gjennomførte tilsyn med 34 av landets 43 fengsler. Dette innebærer at deler av helsetjenestetilbudet til innsatte i 80 % av landets fengsler ble undersøkt. Tema for tilsynet var om fengslene hadde etablert et styrings-system (internkontroll) for å sikre at de innsatte får helsetjenester av rett kvalitet og for å avdekke feil og forebygge uønskede hendelser. Følgende forhold ble avdekket:

1. Internkontrollsystemet var mangelfullt utviklet, og i den grad det var utviklet styringssystemer for å sikre at de innsatte fikk helsetjenester av det omfang og den kvalitet de har krav på, var det et gjennomgående trekk at systemene ikke fungerte.
2. Ansvars- og myndighetsforholdene var mange steder uklare. Helsetjenesten i fengslene var ofte ikke en integrert del av kommunehelsetjenesten, slik at den administrative og faglige forankringen manglet.
3. De delene av styringssystemet som skal sikre forsvarlig legemiddel-håndtering fungerte stort sett ikke. Det var mangelfull opplæring av fengselstjenestemenn som opptrer som medhjelpere for helsepersonell, og mangel på delegering av fullmakter til disse medhjelperne.
4. Ved flere fengsler var det avvik fra kravene som gjelder medikament-oppbevaring.
5. Det var til dels stor usikkerhet om praktisering av reglene om taushetsplikt.
6. Flere enn de som rettmessig har tilgang til pasientjournaler hadde tilgang til pasientopplysninger.

#### 1.2.4 Helsesituasjonen for innsatte i fengsel

Gjennom prosjektet "Levekår blant innsatte" tar forskningsstiftelsen Fafo (Fafo-rapport 429, 2004) utgangspunkt i at det er godt dokumentert at helse er ulikt fordelt. Kunnskap om innsattes lave sosiale og sosioøkonomiske status kan være viktig for å sette fokus på innsattes helsesituasjon i forhold til befolkningen ellers. I rapporten vises det til Elstad (2000), Dahl og Elstad (2001), Dahl og Birkeland (1999), Dahl (1994), Zahl, Rognerud, Strand og Tverdal (2003).

Internasjonale undersøkelser av psykisk helse blant innsatte har vist at disse har høyere forekomst av psykiske lidelser, og at det ellers er store forskjeller i sykdomsforekomst mellom innsatte og befolkningen for øvrig. Her henvises det til Fazel og Danesh (2002). Disse har sett på forekomsten av psykiske lidelser, alvorlig depresjon og personlighetsforstyrrelser. De fant høyere forekomst hos innsatte, men også store variasjoner undersøkelsene i mellom. Det vises videre til flere norske undersøkelser om innsattes helse. Gamman og Linaker (2000) antyder at forekomsten av alvorlig depresjon og abstinensreaksjoner er utbredt blant innsatte, og Rasmussen, Almvik og Levander (2001) viser at andelene med ADHD og personlighetsforstyrrelser er høye. Hammerlin og Kristoffersen (1998) har påvist at angstproblematikk angår mange innsatte. Det er et stort behov for å skaffe mer kunnskap om disse problemstillingene.

I Fafo-rapporten presenteres resultater fra intervjuer med et representativt utvalg innsatte i norske fengsler, der de sammenlignes med et tilfeldig utvalg av

dem som har svart på Statistisk sentralbyrås generelle levekårsundersøkelse (2002) der sammenligning av svarene gir mening. Her fremgår det bl.a. at halvparten av de innsatte oppgir en (eller flere) kroniske sykdommer, og andelen som er plaget er dobbelt så stor som i befolkningsutvalget. Svært få i befolkningsutvalget sier de har dårlig helse, mens en av ti innsatte oppgir dette.

Analyse av psykiske problemer og plager viser dramatiske forskjeller mellom de to utvalgene. I befolkningsutvalget var det både blant kvinner og menn ca en av ti som hadde psykiske plager, mens andelen blant de innsatte mennene var tre ganger så høy, og blant kvinnene fire ganger så høy. Resultatene kan sees som en indikasjon på at en betydelig andel innsatte var preget av et alvorlig psykisk symptomtrykk. Seks prosent i befolkningsutvalget hadde vært plaget av angst eller fobier de siste tre månedene, mens andelen blant de innsatte var tre ganger så høy. Andelen som hadde vært deprimerte eller nedstemte var mer enn dobbelt så høy blant de innsatte. Søvnproblemer, konsentrasjonsvansker og irritabilitet var mer utbredt blant innsatte.

En tredjedel av de innsatte betraktet seg som jevnlig brukere eller storforbrukere av alkohol, mens seks av ti innsatte beskrev seg som narkotikabrukere. Kvinnene hadde tidligere narkotikadebut enn mennene, og flere av dem var tunge misbrukere. Blandingsmisbruk var utstrakt blant begge kjønn. Jo tyngre rusmisbruk, jo større problemer var knyttet til helse, familiesituasjon og økonomi.

#### 1.2.5 Levekår blant innsatte

En oppsummering av levekårsbeskrivelsen i henhold til Fafo-rapporten (Fafo-rapport 429, 2004) viser at:

- To tredjedeler av de innsatte har hatt en oppvekst preget av ett eller flere alvorlige problemer.
- Tre av ti hadde vært i kontakt med barnevernet før de fylte 16 år, og like mange har opplevd at andre i familien har sittet i fengsel.
- De innsatte har lav utdanning, utdanningsmønsteret er nærmest motsatt av hva det er i befolkningen for øvrig. Fire av ti har ungdomsskolen som lengste fullførte utdanning. Veldig få har utdanning utover videregående skole.
- De innsatte har svak tilknytning til arbeidsmarkedet, kun tre av ti var i arbeid på fengslingstidspunktet. Ved siden av arbeidsinntekt var sosialhjelp og kriminalitet de hovedinntektskildene som ble oppgitt av flest.
- Fire av ti befinner seg under fattigdomsgrensa, og de innsatte har generelt langt lavere bruttoinntekt enn befolkningen for øvrig. Samtidig har et stort flertall gjeld, mange av dem på grunn av idømte bøter og erstatning.
- En tredjedel av de innsatte er bostedsløse.
- Over halvparten av de innsatte har barn, og et flertall av disse har kontakt med barna ukentlig eller oftere.

- Innsattes levekårssituasjon er særlig vanskelig fordi den er preget av opphopning av levekårsproblemer; tre fjerdedeler har problemer på to eller flere levekårsområder. Opphopningen av levekårsproblemer henger sammen med innsattes oppvekstforhold: jo flere oppvekstproblemer, desto vanskeligere levekår som voksen.
- Vellykket reintegrering i samfunnet kan ikke sikres gjennom enkelttiltak, men må ta utgangspunkt i en helhetlig forståelse av marginaliseringens omfang i denne gruppen.

## 2 ANSVARS- OG OPPGAVEFORDELING

### 2.1 Myndighetsansvar

Helsedepartementet har det overordnede ansvar for helsetjenesten.

Sosial- og helsedirektoratets arbeid omfatter både Sosialdepartementets og Helsedepartementets ansvarsområder, men det konstitusjonelle ansvaret ligger hos helseministeren. SHdir skal bl.a.:

- iverksette nasjonal politikk og bidra faglig i internasjonale fora
- drive faglig rådgivning mot myndigheter, tjenester, andre organisasjoner og publikum
- initiere og støtte kvalitetsutvikling i tjenestene
- være et kompetanseorgan når det gjelder kostnader og virkninger av ulike tiltak/tjenester, og gi råd om prioritering innenfor sosial- og helsesektoren

Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsyn med helsevesenet i landet. Helsetilsynet i fylket skal føre tilsyn med alt helsevesen og helsepersonell i fylket, og skal utøve myndighet i samsvar med det som er bestemt ved lov, forskrift eller pålegg fra departementet. Videre skal helsetilsynet i fylket påse at retningslinjer for helsetjenesten blir kjent og overholdt og at befolkningens behov for helsetjenester blir dekket.

Kommuner med fengsel har det administrative og faglige ansvaret for helsetjenesten i fengsel, innenfor de rammer som følger av lover og forskrifter. Helsetjenesten i fengslene skal være en integrert del av den kommunale helsetjeneste, og de samme elementene som inngår i kommunens primærhelsetjeneste skal inngå i fengselets helsetjenestetilbud.

Fylkeskommunen har ansvar for organisering og utførelse av tannhelsetjenesten i fengsel innenfor rammen av øremerket tilskudd.

De regionale helseforetakene skal sørge for at personer som oppholder seg innen helseregionen får tilbud om spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, bl.a. sykehustjenester, medisinske laboratorietjenester, radiologiske tjenester og ambulansetjeneste.

Kriminalomsorgens organisering:

- Kriminalomsorgsavdelingen i Justisdepartementet er sekretariat for politisk ledelse.
- Kriminalomsorgens sentrale forvaltning (KSF) – er etatsleder for kriminalomsorgen.

- Regionalt nivå – seks regioner som følger fylkesgrensene, og som består av fengslene og friomsorgskontorene som ligger innenfor regionens grenser.
- Lokalt nivå – fengsler og friomsorgskontor som ivaretar kriminalomsorgens hovedoppgave, straffegjennomføringen.

## 2.2 Kommunalt ansvar, oppgaver og organisering

Kommunen har ansvar for helsetjenesten i fengsel som en del av den kommunale helsetjeneste, jf kommunehelsetjenesteloven § 1-3.

Kommunen har ansvar for å sikre at også helsetjenesten i fengslene tilbyr nødvendig helsetjeneste til de innsatte og som ivaretar følgende oppgaver:

- Fremme helse og forebygge sykdom og skade i form av individuell helseveiledning, generell helseopplysningsvirksomhet og miljørettet helsevern
- Undersøkelse, diagnose og behandling, herunder hjelp ved ulykke og andre akutte situasjoner
- Medisinsk habilitering og rehabilitering
- Pleie og omsorg

For å løse disse oppgavene, skal kommunen sørge for at helsetjenesten i fengsel også har tilgang på følgende tjenester:

- Allmennlegetjeneste
- Legevaktordning
- Sykepleietjeneste
- Fysioterapitjeneste
- Jordmortjeneste

Kommunen skal samarbeide med spesialisthelsetjenesten (de regionale helseforetak) og henvise ved behov. Det vises til punktene 2.3 og 3.5 nedenfor.

Kommunen bør tilby helsepersonellet i fengsel systematisk veiledning og har plikt til å tilby dem undervisning herunder videre- og etterutdanning som er nødvendig for å kvalifisere til arbeid i helsetjenesten i fengsel, jf. kommunehelsetjenesteloven §§ 6-1 og 6-2.

Det er viktig at helsetjenesten etablerer et godt og konstruktivt samarbeid med fengselets ledelse og andre ansatte slik at gode tiltak til beste for den innsatte kan drøftes og samordnes. Samarbeidet må imidlertid ta hensyn til de begrensninger som følger av regler om taushetsplikt mv. i henhold til lov og forskrift. Dersom helsepersonell skal gi opplysninger om den innsattes helse, kan dette skje når den innsatte har samtykket. Helsetjenesten skal utarbeide rutiner slik at journalopplysninger så raskt som mulig kan følge med den innsatte ved overføring fra et fengsel til et annet. Dersom overføring av journalopplysninger skal overføres til helsetjenesten i et annet fengsel, skal helsepersonell innhente samtykke fra den innsatte.

Kommunen fastsetter selv organisasjonsform og ledelse for helsetjenesten. Det forutsettes at kommunene planlegger sine samlede helsetjenester, herunder helsetjenesten i fengsel i samsvar med de krav som kommunen er pålagt etter gjeldende lovgivning.

Kommunen skal ansette personell i kommunale stillinger eller inngå avtaler med personell i privat helsevirksomhet. Kommunen kan også inngå avtaler med andre kommuner om samarbeid og felles bruk av personell.

De regionale helseforetak får tildelt øremerket tilskudd for å yte nødvendige psykiatriske helsetjenester til innsatte i fengsel.

Det medisinskfaglige ansvar for helsetjenesten skal ligge hos lege. Legen har et særlig ansvar for å samordne undersøkelser og behandling av de innsatte. Kommunen har etter Bevilgningsreglementet plikt til å rapportere om virksomheten og legge frem regnskapet en gang per år, med kopi til fylkesmannens helseavdeling.

#### 2.2.1 Internkontrollsystem

Kommunen har ansvar for at det etableres et internkontrollsystem for sine helsetjenester herunder helsetjenesten i fengsel, jf tilsynsloven § 3.

Etter forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten innebærer internkontroll at den/de ansvarlige for virksomheten skal:

- a) beskrive virksomhetens hovedoppgaver og mål, herunder mål for forbedringsarbeidet samt hvordan virksomheten er organisert. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt,
- b) sikre tilgang til aktuelle lover og forskrifter som gjelder for virksomheten, sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet samt om virksomhetens internkontroll,
- c) sørge for at arbeidstakerne medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes,
- d) gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten,
- e) skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav,
- f) utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivningen,
- g) foreta systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten.

Internkontrollen skal dokumenteres i den form og i det omfang som er nødvendig på bakgrunn av virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og

størrelse. Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.

### 2.3 Regionale helseforetaks ansvar

De regionale helseforetakene har ansvar for organiseringen av spesialisthelsetjenestene, og har plikt til å yte somatiske og psykiatriske helsetjenester overfor innsatte som overfor den øvrige befolkningen, jf spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevernloven. Når det gjelder det psykiatriske helsetjenestetilbudet har de regionale helseforetak ansvar for å styrke tjenestetilbudet til innsatte i tråd med de plandokumenter som er utarbeidet som en del av opptrappingsplanen for psykisk helse.

Stortinget har vedtatt å overføre fylkeskommunenes ansvar for behandlingstiltak for rusmiddelmissbrukere til staten ved de regionale helseforetakene med virkning fra 1. januar 2004. Endringer er vedtatt i sosialtjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og helseforetaksloven, jf. Ot.ptp.nr. 3 (2002-2003), Innst. O. nr 51 (2002-2003) og Beslutn. O. nr. 56 (2002-2003) og til Ot. prp. nr. 54 (2002-2003), Innst. O. nr. 4 (2003-2004) og Beslutn. O. nr. 5 (2003-2004).

De regionale helseforetakene skal sørge for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk. Dette omfatter avrusing, utredning og spesialisert behandling. Behandlingstilbudet skal være både helse- og sosialfaglig. RHF'ene har overordnet ansvar for planlegging, organisering og styring av tjenestetilbudet.

### 2.4 Fylkeskommunalt ansvar

Ansvaret for organisering og utførelse av tannhelsetjenester ligger hos fylkeskommunen innenfor rammen av øremerket statstilskudd.

### 2.5 Kriminalomsorgens ansvar

Kriminalomsorgen har ansvar for at helsetjenesten får egnede lokaler med innredning tilpasset virksomheten, for eksempel:

- Møbler
- Telefon
- Tilgang til telefaks og kopieringsmaskin
- Datautstyr med tekstbehandlingsprogram og mulighet for internett-tilknytning
- Egnede arkivskap til journalopplysninger m.m.

Det er viktig at helsetjenesten varsler om behovet i god tid. Utstyr ut over dette, for eksempel elektronisk journalsystem, er derimot kommunens ansvar. Ved internett-tilknytning må sikkerheten tilfredsstillende Datatilsynets bestemmelser i henhold til personopplysningsforskriften, om informasjonssikkerhet og veileder i informasjonssikkerhet. Nettverk og koblinger skal være helt atskilt fra kriminalomsorgens IKT-systemer og nettverk.

## 2.6 Helsepersonellets ansvar

I kapittel 2 i lov om helsepersonell stilles det grunnleggende offentlig krav til alt helsepersonell om at de skal utføre sitt arbeid på en faglig forsvarlig måte. Forsvarlighetskravet i lovens § 4 er et krav om at helsehjelpen som ytes skal være i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra den enkeltes kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

## 3 HELSETJENESTEN TIL INNSATTE

### 3.1 Rett til nødvendig helsehjelp, medvirkning m.v.

Innsatte i fengsel har rett til nødvendig helsehjelp og et likeverdig tilbud med det som gis den øvrige befolkning. Innsatte har rett til nødvendig og vederlagsfri helsehjelp i den kommunen fengselet ligger. Unntaket er omfattende rekonstruktiv tannbehandling. Dette må den innsatte betale selv.

I henhold til pasientrettighetsloven har den innsatte som pasient rett til informasjon som er nødvendig for å få innsikt i egen helsetilstand og innholdet i helsetjenesten, og rett til å velge behandlingsalternativ, innenfor tilgjengelige tilbud som anses forsvarlig. Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å fravike kravet om samtykke.

I samråd med trygdekontor og/eller sosialtjenesten har innsatte ved behov rett til stønad for å skaffe seg hjelpemidler som briller, høreapparat, ortopedisk fottøy, støttekorsett, proteser m.m. Dette er rettigheter som følger av folketrygdloven og sosialtjenesteloven og som gjelder for alle som fyller lovens vilkår, også innsatte i fengsel.

Bestemmelsen om straffegjennomføringsmessige hensyn har forrang i forhold til bestemmelsen om fritt sykehusvalg eller fritt valg av behandlingssted.

### 3.2 Varetekt

Varetektsinnsatte har rett til å la seg behandle av sin fastlege/private lege. Det forutsettes at den innsatte dekker utgiftene selv. Det er imidlertid viktig at alle som behandler pasienter innsatt i fengsel samarbeider med helsepersonellet i fengselet, samt følger anvisninger som er gitt og begrunnet i forholdene som knytter seg til fengselsopphold.

### 3.3 Helseundersøkelser

Den innsatte skal så raskt som mulig etter fengsling få informasjon om helsetjenestetilbudet. Innsatte som ber om det skal få tilbud om helseundersøkelse av lege. For øvrig må det individuelt vurderes om legeundersøkelse skal tilbys. Dersom fullstendig helseundersøkelse av lege må vente, er det en fordel om annet helsepersonell (sykepleier) gir en nærmere orientering om helsetilbudet og gjennomfører en foreløpig vurdering av helsetilstanden så snart dette er praktisk mulig. Ved nyinnsettelse er det viktig å følge med på eventuelle reaksjoner hos den innsatte.

Psykiske lidelser og psykiske problemer forekommer hos mange innsatte (Faforapport 424, 2004). Personer med diagnoser som schizofreni, affektive lidelser, alvorlig personlighetsforstyrrelse og andre psykoser er alvorlige lidelser som trenger behandling fra psykisk helsevern. Psykiatere, psykologer eller psykiatriske sykepleiere som har sitt daglige virke i psykisk helsevern (distriktpsikiatriske poliklinikker, sykehuspoliklinikker for eksempel), har inngått avtale om å gi behandling til innsatte. Personer med andre diagnoser som angst, hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD og rusrelaterte psykiske lidelser vil som regel kunne behandles i fengslene av kommunehelsetjenesten i samarbeid med psykisk helsevern.

Innsatte som kommer fra land med høy forekomst av tuberkulose, og som skal oppholde seg i Norge i mer enn tre måneder, har plikt til å gjennomgå tuberkuloseundersøkelse, jf smittevernloven § 3-1. Nasjonalt Folkehelseinstitutt skal i henhold til forskriftens § 4-5 angi hvilke land som har høy forekomst av tuberkulose. Per 1. juli 2002 er dette alle land utenfor Vest-Europa, USA, Canada, Australia, New Zealand og Japan. Undersøkelsen omfatter tuberkulinundersøkelse, og for personer som har fylt 15 år i tillegg røntgenundersøkelse av lungene.

Behovet for skjermbildeundersøkelse som del av helseundersøkelsen i fengsler bør derfor vurderes spesielt for personer som kommer fra land med høy forekomst av tuberkulose, og der det ikke kan dokumenteres at røntgenundersøkelse av lungene eller skjermbildeundersøkelse er tatt ved ankomst til Norge. Helsetjenesten i fengslene bør i samarbeid med kommunelegen utarbeide rutiner for dette.

Ved første gangs undersøkelse bør det gis informasjon og tilbud om testing på smittsomme sykdommer, særlig hepatitt B og C, HIV og andre seksuelt overførbare sykdommer. De som ønsker testing må sikres lett tilgang til dette. Informert samtykke må foreligge før testing gjennomføres med mindre spesielle tiltak, herunder tvangstiltak, må iverksettes i henhold til smittevernloven. Innsatte har krav på likeverdige helsetjenester som befolkningen for øvrig, inkludert tilbud om deltakelse i eventuelle masseundersøkelser. Fordi innsatte generelt har dårligere helse enn resten av befolkningen, anbefales det at det legges til rette for deltagelse i slike undersøkelser.

### 3.4 Behandling og utarbeidelse av individuell plan

Pasienten har rett til å få informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, og har rett til å være med å velge behandlingsalternativ, innenfor de tilbud som anses som forsvarlige. Dersom sykdommen ikke er til hinder for det, skal den innsatte ikke isoleres fra fellesskapet, og skal få ta del i arbeid og annen virksomhet i fengselet.

Den innsatte skal få tilbud om en individuell plan når de har behov for langvarige og koordinerte tjenester fra det offentlige hjelpeapparat. Jf. forskrift om individuelle planer av 8. juni 2001. Individuell plan er forankret både i helselovgivningen og i sosiallovgivningen og kan dermed være et godt

virkemiddel for samarbeid mellom helsetjenesten og kriminalomsorgen til beste for den innsatte.

Ved utarbeidelse og gjennomføring av individuell plan skal det tas hensyn til tidligere vurderinger, medikamentell og annen behandling iverksatt før innsettelse. Det er en oppgave for psykisk helsevern å vurdere den totale livssituasjonen for brukeren i det individuelle planarbeidet, herunder rusmiddelproblematikk, somatiske lidelser m.v. I de tilfeller der dato for løslatelsen er kjent, er det viktig at også behovet for hjelp og omsorg i den første tiden etter løslatelsen blir planlagt og omtalt i planen. Planen bør bygge på de samme vurderinger som legges til grunn for pasienter som behandles i eget hjem ellers i samfunnet, både når det gjelder behandling og pleie og omsorg. Den individuelle planen gir ikke pasienten større rett til helsehjelp enn det som følger av det øvrige regelverket.

### 3.5 Behandling utenfor fengsel

Dersom legen på medisinskfaglig grunnlag mener at den innsatte bør undersøkes av spesialist eller behandles poliklinisk/ambulant i spesialisthelsetjenesten, er et godt samarbeid med Kriminalomsorgen viktig for å få gjennomført dette. Staten yter i disse tilfellene full godtgjørelse for utgifter til legehjelp (refusjonstakst og egenandel) jf. § 3 i forskrift om godtgjørelse av utgifter til legehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak.

I de tilfeller der legen finner det nødvendig, skal den innsatte etter samtykke innlegges ved somatisk sykehus eller ved psykiatrisk behandling sinstitusjon. Tvungent psykisk helsevern kan anvendes overfor en person med alvorlig sinnslidelse forutsatt at vedkommende oppfyller vilkårene som følger av § 3-3 i lov om psykisk helsevern. Finner legen grunnlag for videre undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern, skal det foreligge en skriftlig uttalelse om dette.

Dersom lege mener at den innsatte bør utredes – og/eller behandles for rusmiddelavhengighet henvises til dette. Tverrfaglig spesialisert helsetjeneste for rusmiddelavhengige, utredning og behandling både poliklinisk og i institusjon med f.eks §12-soning er fra 01.01.2004 underlagt regionale helseforetak.

Fengselsledelsen/politiet skal varsles i rimelig tid om behovet for fremstilling. Innleggelse i psykiatrisk sykehus skal normalt skje i det sykehus som ligger i eller nær den innsattes hjemkommune. I akuttsituasjoner skal den innsatte søkes innlagt ved en psykiatrisk institusjon i den helseregionen der fengselet ligger, eventuelt i påvente av overføring til hjemfylket.

Det er egne regler for særlig høyt sikkerhetsnivå. Jf. retningslinjer til lov om gjennomføring av straff m.v. (straffegjennomføringsloven) kap. 6 og til forskrift til loven.

### 3.5.1 Sikkerhetshensyn ved behandling utenfor fengselet

Fengselsledelsen/politiet har ansvaret for å vurdere sikkerhetshensyn i forbindelse med behandling utenfor fengselet. Alle som arbeider i helsetjenesten i fengsel må gjøre seg kjent med de begrensninger i de innsattes frihet som først og fremst reguleres av lov og forskrift til straffegjennomføringsloven med retningslinjer.

### 3.6 Legemidler og legemiddelhåndtering

Med unntak av det som følger av varetektsinnsattes særrettigheter, jf. lov og forskrift om straffegjennomføring med retningslinjer, kan medbrakte legemidler ikke benyttes av innsatte med mindre tillatelse er gitt av fengselslegen. Det er legen som avgjør hvilke medisiner den innsatte skal få og hvilke som skal seponeres. Dette gjelder også medisiner rekvirert av spesialisthelsetjenesten og tannhelsetjenesten.

Utdeling av legemidler til pasienter skal utføres av sykepleier/vernepleier. Sykepleier/vernepleier kan få delegert myndighet av legen i fengselet til å gi navngitte medikamenter etter vurdering. Med utdeling av legemidler forstås uttak av legemidler fra medisinskap eller rom, istandgjøring av innsattes legemidler og utlevering eller administrering av legemidler til den enkelte person.

Annet personell i fengselet som har fått særskilt opplæring og myndighet delegert skriftlig fra ansvarlig lege kan delta i utdeling av legemidler. Før slik myndighet gis skal fengselet ha skriftlige retningslinjer for hvem som kan utføre dette arbeidet og hvilken opplæring disse skal ha. Fengselslegen skal fastsette innholdet i en slik opplæring, og skal kontrollere at den gjennomføres og følges opp på en tilfredsstillende måte.

Fengselsansattes oppgaver på legemiddelområdet er begrenset til utlevering av legemiddeldosene til den enkelte pasient. Ansvaret for administrering og klargjøring av legemidler er plassert hos helsepersonell. Det kan gjennomføres egenadministrering av legemidler i samarbeid med fengselsledelsen så fremt egenadministreringen ikke kan medføre alvorlig skade eller skape problemer mht ro, orden og sikkerhet i fengselet.

#### 3.6.1 Vanedannende medikamenter

Mange innsatte har rusproblemer, og etterspørsel etter vanedannende medikamenter er stor. Når innsatte blir syke er det viktig at de får adekvat medikamentell behandling. Samtidig krever misbruksproblematikken at legen må vurdere indikasjonen nøye.

Rekvirering av vanedannende legemidler til misbrukere kan gjøres der det foreligger medisinsk indikasjon, og der det er godtgjort at preparatene har dokumentert effekt og egner seg i behandlingsopplegget. Slik behandling bør da være en del av en behandlingsplan som innebærer minst mulig risiko for vedlikehold av legemiddelavhengighet.

For behandling som strekker seg over tid, bør det foreligge "second opinion" fra annet medisinsk faglig hold. Pasienten skal om mulig gis enkeltdoser av medikamentet, alternativt skal bare minstepakning skrives ut.

For nærmere informasjon om bruk og forskrivning av vanedannende medikamenter, vises det til veileder utarbeidet av Helsetilsynet "Vanedannende legemidler, forskrivning og forsvarlighet", IK-2755.

### 3.6.2 Legemiddelassistert rehabilitering

Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek (utleveringsforskriften) § 2-1, hjemlet i blant annet legemiddeloven av 4. desember 1992 § 22, regulerer legers rett til rekvirering. I § 2-1 tredje ledd d) fastslås det at legemidler til bruk ved legemiddelassistert rehabilitering ved narkotikamisbruk, bare kan rekvireres til den enkelte pasient når vedkommende er med i tiltak godkjent av Helsedepartementet. Det er med dette delegert til departementet å fastslå hvilke tiltak (sentre) som skal godkjennes for legemiddelassistert rehabilitering.

Med bakgrunn i utleveringsforskriftens § 2-1 tredje ledd d) har departementet gitt ut to rundskriv, I-35/2000 (Retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere) og I-33/2001 (Legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere). Rundskriv I-35/2000, senere supplert av Rundskriv I-5/2003, beskriver inntak- og utskrivningskriteriene, samt unntak fra disse.

Det er tillagt tiltak godkjent for LAR (regionsentrene) å godkjenne opplegget for den enkelte søker, samt foreta nødvendig utskrivning i henhold til utskrivningskriteriene.

Medisinsk bistand i forbindelse med LAR anses som nødvendig helsehjelp etter kommunehelsetjenesteloven § 2-1, se Rundskriv I-33/2001. Den allmennmedisinske bistanden i forbindelse med gjennomføringen av LAR er en oppgave under helsetjenesten som kommunen skal sørge for i henhold til kommunehelsetjenesteloven §1-3. Kommunens plikt til å sørge for et slikt tilbud korresponderer med den rett pasienten har til nødvendig helsehjelp etter pasientrettighetsloven av 2. juli 1999 § 2-1. Rett til nødvendig helsehjelp omfatter også innsatte i fengsler, og helsetjenesten i fengsel skal være likeverdig med helsetjenesten som den øvrige befolkningen har krav på. Medisinsk bistand i forbindelse med LAR må således ivaretas av helsetjenesten i fengsel, når den innsatte er inntatt i et godkjent opplegg.

Personer under LAR (metadon eller buprenorfin) vil ha en sterk avhengighet av opioider. Ved varetektsfengsling bør vedkommende ha adgang til fortsatt medikamentell behandling. Hvis fengselslegen finner at det er en faglig begrunnelse for endringer i den innsattes pågående behandling, må dette diskuteres med det regionale senteret. Det bør etableres en jevnlig dialog mellom det regionale senteret og helsetjenesten i de fengslene som ligger i denne regionen.

Det vises også til at MARIO – Senter for medikamentassistert rehabilitering i Oslo, Nasjonalt kompetansesenter og regionsenter - har revidert Veileder for medikamentassistert rehabilitering – samarbeid med Kriminalomsorgen i november 2003. I veilederen anbefaler MARIO at man i varetekt og ved kortere dommer alltid vedlikeholder LAR. Ved lange dommer bør situasjonen vurderes individuelt. Det kan være medisinskfaglig riktig å gjennomføre soningen uten vedlikehold med et morfinstoff. Dette må vurderes helhetlig og individuelt. Både nedtrapping og opptrapping av behandling med metadon/buprenorfin må skje i samråd med det regionale senteret. Det bør utarbeides rutiner for slik nedtrapping og opptrapping i samarbeid med det regionale senteret.

### 3.7 Tannbehandling

Tannproblemer er vanlig blant innsatte. I noen tilfeller kan tannsykdommer føre til spise- og taleproblemer og til sosial stigmatisering og isolering. Innsatte med opphold lengre enn tre måneder skal tilbys tannhelseundersøkelse og behandling i tannklinikk i fengselet, eventuelt ved fremstilling utenfor fengselet. Både forebygging, nødvendig og/eller akutt tannbehandling dekkes av staten innenfor rammen av det øremerkede tilskuddet. Mer omfattende odontologisk rehabilitering skal imidlertid dekkes av innsattes egne midler, eventuelt med bidrag fra sosialtjenesten i vedkommendes hjemkommune.

### 3.8 Forebyggende tiltak

#### 3.8.1 Smittevern

Smittevernarbeidet gjennomføres i samsvar med smittevernlovgivningen og med kommunenes smittevernplan og kommunens smittevernlege. Helsetjenesten pålegges å utføre tuberkulosekontroll i nærmere bestemte tilfeller. Jf § 3 i forskrift av 21. juni 2002. Det henvises i den sammenheng til Folkehelseinstituttets smittevernhåndbok for kommunehelsetjenesten 2002-2003 (Smittevern 5) og til deres veileder for forebygging og kontroll av tuberkulose (Smittevern 7).

Det kan være aktuelt å tilby undersøkelse for visse andre smittsomme sykdommer ut fra en helsefaglig vurdering i forhold til pasientens generelle allmenntilstand og eventuelle symptomer. Seksuelt overførbare sykdommer og blodsmittesykdommer (hepatitt B og C og HIV) er de mest vanlige blant innsatte. Når det gjelder innvandrere, asylsøkere og flyktinger kan disse være bærere av andre typer smittsomme sykdommer ut fra hva som er vanlig i deres opprinnelsesland. Slike undersøkelser må være saklig begrunnet, og informert samtykke må foreligge før testing gjennomføres.

Det skal gis personlig smittevernveiledning til personer med allmennfarlige smittsomme sykdommer, jf. smittevernloven § 2-1, og det skal iverksettes nødvendig behandling og eventuell smitteoppsporing. Det kan være aktuelt å henvise pasienten til videre undersøkelse ved sykehus.

### 3.8.2 Grupperettede tiltak og informasjon

Grupperettede tiltak som metode overfor de innsatte knyttet til helse, livsstil eller andre tema de innsatte ønsker å ta opp, kan være velegnet som samarbeidsprosjekt mellom helsetjenesten og fengselstjenesten med aktiv involvering fra de innsatte. Fengselstjenesten har lang erfaring og kompetanse med denne type involvering av de innsatte i grupper. Målet er å bidra til utvikling av de innsattes evne til egenomsorg i forhold til helse og sosiale ferdigheter. Eksempler på temaer kan være:

- Sex og samliv
- Rus
- Fysisk aktivitet
- Tannhelse
- Kost
- Søvn
- Tobakk

### 3.8.3 Miljørettet helsevern

Justisdepartementet har som overordnet organ hovedansvar for at fengslene planlegges, bygges, tilrettelegges, drives på en helsemessig tilfredsstillende måte slik at de ikke medfører fare for helseskade eller helsemessig ulempe for verken innsatte, ansatte eller den alminnelige befolkning. Med helsemessig ulempe menes forhold som etter en helsefaglig vurdering kan påvirke helsen negativt og som ikke er helt uvesentlig.

Når det er grunn til å anta at pågående eller planlagte aktiviteter i fengselet kan føre til helseskade eller helsemessig ulempe, skal den ansvarlige for virksomheten sørge for nødvendig beskyttelsestiltak, og forøvrig sørge for å forebygge, hindre eller motvirke at slike uheldige forhold oppstår.

Kommunen har ansvar for å føre tilsyn med alle de faktorer som direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen i forbindelse med fengselsvirksomheten. Disse omfatter bl.a. biologiske, kjemiske og fysiske forhold som stiller krav til at fengselet skal ha:

- tilfredsstillende inneklima og gode lyd- og lysforhold
- forsvarlig renhold.

Videre skal fengselet drives slik at det er gode betingelser for et godt sosialt miljø, og at ulykker, skader og smittsomme sykdommer forebygges, jf. kommunehelsetjenesteloven § 4a-1.

Det er utarbeidet et eget kostholdsreglement som skal sikre at innsatte får en variert og næringsrik kost. Dette er særlig viktig når innsatte på grunn av sykdom trenger annen type kost enn den ordinære. Det er imidlertid viktig at det ligger en helsefaglig vurdering til grunn for å avvike fra den ordinære kosten. I de tilfeller det er andre årsaker til at innsatte ønsker spesiell kost, er dette en avgjørelse helsepersonell ikke bør involveres i.

### 3.9 Tilretteleggelse for tiden etter løslatelse

Allerede på et tidlig tidspunkt under soningstiden bør helsepersonell gjøre seg kjent med den innsattes framtidsplan for å kunne bidra i et tverrfaglig samarbeid om rehabilitering. Dette gjelder for eksempel samarbeid med kriminalomsorgen og sosialtjenesten internt, eller det kan dreie seg om råd og informasjon fra fengselslegen til vedkommendes fastlege etter løslatelse. Samarbeidet må foregå innenfor de begrensninger som følger av taushetspliktsbestemmelsene, herunder innhenting av samtykke.

I de tilfeller den innsatte har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester, har vedkommende rett til å få utarbeidet en individuell plan. Retten til en slik plan er hjemlet i en egen forskrift om individuelle planer etter helse- og sosiallovgivningen. Helsetjenesten i fengslene er forpliktet til å medvirke til at slik plan utarbeides dersom den innsatte ønsker det. Den innsatte skal selv ha en sentral rolle i utarbeidelse av egen plan.

Arbeidet med individuell plan forutsetter tverrfaglig tilnærming. Dette gjelder helse- og sosialpersonell og kriminalomsorgen i og utenfor fengslene. Det er viktig at pasientenes autonomi, og rett til taushet om helsemessige og personlige forhold, blir respektert. Helsepersonell må arbeide for at den innsatte gir samtykke til å dele informasjon når det er behov for tverrfaglig samarbeid.

### 3.10 Klageadgang

Fengselsinnsatte har klagerett på lik linje med den øvrige befolkning. Den innsatte kan klage dersom vedkommende mener at han eller hun ikke får nødvendig helsehjelp, jf kommunehelsetjenesteloven § 2-4 og pasientrettighetsloven kapittel 7. Bestemmelsene i de to lovene er noe ulikt utformet, og pasienten (den innsatte) kan selv velge hvilken av disse to klageordninger han eller hun vil benytte. Etter pasientrettighetsloven skal en klage behandles av Helsetilsynet i fylket. Etter kommunehelsetjenesteloven skal klagen først behandles i det kommunale klageorgan. Dersom klager ikke får medhold i kommunens klageorgan kan det klages til Helsetilsynet i fylket.

En innsatt kan også klage til Helsetilsynet i fylket på helsepersonells behandling. Dette gjelder uansett om vedkommende mener å ha fått nødvendig helsehjelp eller ikke. Det kan for eksempel klages dersom taushetsplikten etter helsepersonelloven ikke overholdes. Klagen sendes Helsetilsynet i fylket og det er Statens helsetilsyn som eventuelt ilegger reaksjoner ved brudd på bestemmelsen i helsepersonelloven.

Ofte vil det ikke være noen klar grense mellom klage på grunn av påstått manglende nødvendig helsehjelp og klage på behandling. Etter omstendighetene i den enkelte sak vil begge typer klage kunne tenkes. Eventuelt vil det kunne være nødvendig å ta kontakt med pasienten for å få avklart hva vedkommende mener å klage på.

## 4 SPESIELLE UTFORDRINGER

Helsepersonell må være spesielt oppmerksom på at frihetsberøvelsen i seg selv kan være sykdomsfremkallende. Disiplinærreaksjon kan også føre til store psykiske belastninger. Europarådet understreker i sitt forklarende memorandum N0 R (98) 7 at rollen som behandlende helsepersonell ikke må blandes med rollen som medhjelper til kontroll- og sikkerhetspersonalet. Å delta aktivt i noe som kan ligne på straffetiltak overfor de innsatte kan komme i konflikt med juridiske bestemmelser og etiske prinsipper for helsepersonellens opptreden.

### 4.1 Omsorgsrollen i Kriminalomsorgen

Både helsetjenesten og fengselstjenesten har oppgaver overfor de innsatte, men tjenestene som ytes har ulike formål, og benytter forskjellige virkemidler. Ulike profesjoners formål og virkemidler kan komme i konflikt med hverandre, men den enkelte tjenesteyter kan også komme i konflikt med sin pålagte profesjonsrolle. Som helsepersonell møter man forventninger om å fylle flere roller, og disse rollene kan delvis være motstridende.

Å være en god behandler krever pasientens tillit, noe det er vanskelig å oppnå dersom man også oppfattes som rådgiver for de ansvarlige i straffegjennomføringen. Dette er en situasjon som er etisk utfordrende og som stiller krav til at helsepersonellet er seg bevisst hvilken rolle de har når de arbeider i helsetjenesten i fengsel. I tillegg til å diagnostisere og behandle sykdom skal de hjelpe, lindre og trøste innenfor de rammer som er hensikten med et fengselsopphold. De skal yte best mulig hjelp til pasientene, samtidig som de skal ta hensyn til de lover og regler som gjelder innenfor fengselet.

Skulle det oppstå situasjoner der fengselsansatte ber helsepersonell gi råd i disiplinærsaker, skal helsepersonell klargjøre hvorfor de ikke kan delta i dette. Dersom det er grunn til å tro at den innsatte lider fysisk eller psykisk som en følge av disiplinærsak, skal helsetjenesten så snart som mulig følge med på den innsattes helsetilstand så lenge tiltaket pågår. Helsetjenesten skal dessuten snarest mulig se til den innsatte når vedkommende selv eller fengselspersonell ber om det.

### 4.2 Tvungen kroppslig undersøkelse og blodprøvetaking

Er det sannsynlighet for at domfelte skjuler ulovlige rusmidler i kroppens hulrom, kan kriminalomsorgen beslutte at domfelte skal settes i enerom med spesialtoalett. Dersom det er overveiende sannsynlighet for at en innsatt skjuler stoffer som ikke er lovlig foreskrevet, kan kriminalomsorgen beslutte at det skal foretas tvungen kroppslig undersøkelse eller røntgenundersøkelse for å bringe stoffet frem.

I henhold til § 29 i straffegjennomføringsloven av 01.03.2002 kan inngrepet bare utføres av helsepersonell.

Har fengselsmyndighetene behov for hjelp til vurdering eller bistand for å gjennomføre tvungen kroppslig undersøkelse, bør dette praktisk kunne løses ved at fengselet benytter helsepersonell som ikke har tilknytning til fengselet. Tvungen kroppslig undersøkelse er etisk utfordrende, og kan bringe helsepersonell og innsatt i en situasjon som setter tilliten på prøve.

#### 4.3 Når innsatte nekter å ta til seg næring

Helsepersonellovens plikt til å yte øyeblikkelig hjelp følger av § 7. Helsepersonell skal straks gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig. Med de begrensninger som følger av pasientrettighetsloven § 4-9, skal nødvendig helsehjelp gis selv om pasienten ikke er i stand til å samtykke, og selv om pasienten motsetter seg helsehjelpen. Ved tvil om helsehjelpen er påtrengende nødvendig, skal helsepersonell foreta nødvendige undersøkelser. Plikten gjelder ikke i den grad annet kvalifisert helsepersonell påtar seg ansvaret for å gi helsehjelpen.

Pasienter har rett til å nekte å ta i mot helsehjelp i særlige situasjoner, jf pasientrettighetslovens § 4-9. Pasienten har for eksempel på grunn av alvorlig overbevisning rett til å nekte å motta blod eller blodprodukter eller til å nekte å avbryte en pågående sultestreik. Helsepersonell må forsikre seg om at pasienten er myndig, og at vedkommende er gitt tilfredsstillende informasjon og har forstått konsekvensene for egen helse ved behandlingsnektelsen.

Dersom vilkårene etter helsepersonellovens § 7, om plikten til å yte øyeblikkelig hjelp er oppfylt, har helsepersonell plikt til å tilføre den innsatte næring. Dersom den innsatte har en alvorlig overbevisning, har pasienten etter pasientrettighetsloven den samme retten som alle andre til å nekte å avbryte en pågående sultestreik. Innsatte som nekter å ta til seg væske eller næring, skal gis regelmessig tilsyn av helsetjenesten. Det er viktig at vedkommende holdes løpende informert om sin helsetilstand og de farer vedkommende utsetter seg for. Helsetjenesten skal normalt ikke medvirke til tvangsernæring. Dersom den innsattes helsetilstand som følge av væske- og/eller næringsvegring tilsier det, skal vedkommende søkes innlagt i sykehus.

#### 4.4 Taushetsplikt og samarbeid

Dersom den innsatte gir sitt informerte samtykke til at taushetsbelagte opplysninger kan formidles videre, oppstår en opplysningsrett, men ikke en opplysningsplikt. At den innsatte samtykker i at opplysninger bringes videre, betyr ikke at den innsatte kan pålegge helsepersonellet å bringe opplysningene videre. Helsepersonellet kan la det være så lenge kravet om at behandlingen er forsvarlig ikke brytes.

Bruk av fengselsansatte som medhjelpere er begrenset til utlevering av legemiddeldosene til den enkelte pasient. Jf pkt 3.6. Det forutsettes at det er gitt tilstrekkelig opplæring og at medhjelper har den nødvendige erfaring. Fengselspersonell som opptrer (har oppgaver) som legens medhjelper, er underlagt den samme taushetsplikt som helsepersonell.

Uten at det foreligger hjemmel for å gjøre unntak fra helsepersonells taushetsplikt, kan de derfor ikke meddele opplysninger som er omfattet av helsepersonells taushetsplikt, til andre. Dette innebærer at opplysninger om helsemessige og andre personlige forhold som fengselspersonell har mottatt som leges medhjelper, i utgangspunktet ikke kan gis videre til fengselets ledelse eller andre ansatte. Dersom fengselspersonell er i tvil om omfanget av helsepersonells taushetsplikt og/eller om det er grunnlag for unntak fra helselovgivningens taushetspliktbestemmelser, kan spørsmålet tas opp med fengselslegen.

#### 4.5 Bruk av tolk

Det er helsepersonellet som har hovedansvar for at kommunikasjonen er entydig og forståelig. Tolketjeneste er for mange en nødvendig forutsetning for å benytte helsetjenester, og ofte en forutsetning for å kunne yte adekvat helsehjelp. Innsatte har rett til tolkehjelp på linje med andre som mottar helsehjelp fra kommunen eller helseforetak, og helsepersonell har rett på tolkehjelp i den grad det er nødvendig for å kunne tilby forsvarlig helsehjelp.

De instanser som trenger tolk for å utføre sine oppgaver må bestille og betale for tjenesten selv. Utgifter til tolketjenester ved undersøkelse og behandling i primærhelsetjenesten og hos privatpraktiserende spesialister dekkes av det øremerkede tilskuddet. Bruk av tolk i spesialisthelsetjenesten i sykehus og offentlige poliklinikker dekkes av institusjonen selv. Utgifter til bruk av tolketjeneste for innsatte i varetekt dekkes av politiet. Det vises til Rundskriv UDI 23/94 Veiledende retningslinjer for dekning av utgifter ved bruk av tolketjeneste.

Telefontolkning oppleves i helsetjenesten ofte som en god og ressursbesparende løsning, særlig når det oppstår behov for akutt tolkehjelp. En fordel med telefontolkning er at den ivaretar anonymitet. Skjermtolkning (tv-overført tolketjeneste) vil også kunne ivareta anonymitet på en god måte, da det er mulig å styre kameranlinjen. Skjermtolkning er en spesielt god løsning der man har behov for å demonstrere prosedyrer for pasienten og å få dette tolket. Brosjyren Kommunikasjon via tolk (UDI, 2003) omhandler bl.a. forhold du bør være spesielt oppmerksom på når du samtaler via tolk. Heftet er tilgjengelig på UDIs nettside: [www.udi.no](http://www.udi.no) (gå til integrering og rasisme, gå til introduksjonsprogrammet, gå til temahefter).

Ved behov for tolk må fengselets ledelse rådspørres i forhold til sikkerhetsklarering.

## REFERANSER

- 1 Arboleda, F. (1999) Mental Illness in Jails og prisons. *Current Opinion in Psychiatry*, 12, 677-682
- 2 Dahl, E. (1994) Sosial ulikhet i helse: Artefakter eller seleksjon? *Fafo-rapport*. Oslo: Forskningsstiftelsen Fafo
- 3 Dahl, E. og G. E. Birkelund (1999) Sysselsetting, klasse og helse 1980-1995. *Fafo-rapport*. Oslo: Forskningsstiftelsen Fafo.
- 4 Dahl, E. Og J. I. Elstad (2001) "Recent Changes in social structure and health inequalities in Norway". *Scandinavian Journal of Public Health*, 29, 7-17
- 5 Elstad, J. I. (2000) Social Inequalities in health and their explanations. *NOVA-rapport*. Oslo:NOVA
- 6 Fafo-rapport 429 (2002) Levekår blant innsatte.
- 7 Fazel, S. Og J. Danesh (2002), "Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review og 62 sureveys". *The Lancet*, 359, 545-550.
- 8 Gamman, T. & Linaker, O.M. (2000) Screening for psykiatrisk lidelse blant fengselsinnsatte. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, 120, 2151-2153.
- 9 Hammerlin, Y. Og R. Kristoffersen (1998), Habilitering som livsmestringsprosess. Startsted Hassel fengsel? *Rapport*. Kriminalomsorgens utdanningscenter.
- 10 Mortensen, Ø., Gjelten, J. O., Waage, L.& Johnsen, B. H. (2000) Symptomer hos innsatte i varetekt: Effekten av mestringsstil og gnenrelle mestringsforventninger. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 37, 1017-1023.
- 11 Rasmussen, K. R., Almvik og S. Levander (2002) "Attention deficit hyperactivity disorder, reading disability, and personality disorders in a prison population". *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 29, 186-193.
- 12 Skardhamar, T. (2002) Levekår og livsstuasjon blant innsatte I norske fengsler. Hovedoppgave i kriminologi, Institutt for kriminologi og rettssosiologi, Universitetet i Oslo.
- 13 Zahl, P. H. m. fl. (2003) Bedre helse - større forskjeller. *Rapport*. Oslo: Folkehelseinstituttet.

## VEDLEGG 1 – ØKONOMISKE FORHOLD KNYTTET TIL HELSETJENESTEN

- I henhold til § 3 i Forskrift om godtgjørelse av utgifter til legehjelp som utføres ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale foretak (FOR 2000-12-01 nr. 1389, sist endret 23. desember 2002), yter staten full godtgjørelse for utgifter til legehjelp (refusjonstakst og egenandel) ved behandling av personer som er innsatt i fengselsvesenets anstalter eller som forpleies privat i medhold av straffelovens §39 I D, dersom legehjelpen gis ved annen personell enn det som er knyttet til fengselshelsetjenesten.
- Fengslene dekker utgifter til reiser for innsatte og eventuelt ledsagende fengselspersonell ved framstilling for spesialist.
- Fengslene (domsinnsatte)/politiet (varetektsinnsatte) dekker utgiftene til nødvendig vakt hold ved fengselsbetjent/politi ved innleggelse i somatisk eller psykiatrisk sykehus kun der hvor vakt holdet er begrunnet i fare for unnvikelse.
- Opphold i sykehus eller andre behandlingsinstitusjoner dekkes på samme måte som for personer som ikke er undergitt strafferettslig forfølgning.
- For legebehandling av andre enn fengselslegen (kommunal vaktlege, spesialister) hvor legen kommer i sykebesøk til fengslet eller den innsatte fremstilles i legens konsultasjon/sykehuspoliklinikk, for laboratorieundersøkelser og ved røntgenundersøkelser betales som hittil hele honoraret (mellomlegg + refusjon) av trygden. For den innsatte blir det følgelig ikke noen egenandel å betale.
- Leger uten avtale med kommune/foretak kan kreve høyere egenbetaling av pasienter (innsatte) enn den godkjente egenandel, men trygden betaler likevel ikke mer enn for dem med avtale.
- Egenandel for behandling av psykolog eller fysioterapeut som ikke er lønnet via helsetjenesten i fengsel, må den innsatte selv betale.
- Egenandel ved bruk av blå resept betales ikke av den innsatte men av helsetjenesten.

## VEDLEGG 2 – LOVER, FORSKRIFTER M.M.

### Aktuelle lover og forskrifter

Lovene og forskriftene kan hentes opp fra Lovdata: [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no)  
Lovenes kortnavn og forkortelser er angitt i parentes.

#### Lover

Lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene (Kommunehelsetjenesteloven khl)  
Lov av 3. juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjenesten (Tannhelsetjenesteloven tannhl)  
Lov av 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten  
Lov av 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer (Smittevernloven smittel)  
Lov av 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (Spesialisthelsetjenesteloven sphisl)  
Lov av 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven phlsvl)  
Lov av 2 juli 1999 nr 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven – pasl)  
Lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven hlspil)  
Lov av 14. april 2000 nr. 31 om behandling av personopplysninger (Personopplysningsloven popplyl)  
Lov av 18. mai 2001 nr. 21 om gjennomføring av straff mv. (Straffegjennomføringsloven strgjfl)

#### Forskrifter

Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten av 20.12.2002 nr 1731  
Forskrift om pasientjournal av 21.12.2000 nr 1385  
Forskrift om tuberkulosekontroll av 21.06.2002 nr 0567  
Forskrift om legemiddelforsyningen mv i den kommunale helsetjeneste av 18.11.1987 nr 1153  
Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek av 27.04.1998 nr 0455  
Forskrift om etablering av tvungent psykisk helsevern m.v. av 21.12.2000 nr 1410  
Forskrift om habilitering og rehabilitering av 28.06.2001 nr 0765  
Forskrift om godtgjørelse av utgifter til legehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak av 01.12.2000 nr 1389  
Forskrift om individuelle planer etter helselovgivningen av 08.06.2001 nr 0676  
Forskrift til lov straffegjennomføring av 22.02.2002 nr 0183  
Forskrift om gjennomføring av særreaksjonen forvaring av 05.03.2004 nr 481  
Forskrift om miljørettet helsevern av 25.04.2003 nr 0486

#### Rundskriv

Rundskriv IK-15/2000 Legemiddelassistert rehabilitering ved narkotikamisbruk  
Rundskriv Fst 1/00 Regler for metadonbasert rehabilitering av rusmiddelmisbrukere i fengselsvesenet,  
Rundskriv IK 2755 Vanedannende legemidler, forskriving og forsvarlighet. Veileder.  
[www.helsetilsynet.no/trykksak/ik-2755](http://www.helsetilsynet.no/trykksak/ik-2755)

## VEDLEGG 3 – INFORMASJONSMATERIELL M.M.

- "Tuberkulose, lett å behandle". Brosjyre utgitt på 9 språk. (Nasjonalt folkehelseinstitutt).
- "Informasjon til pasienter som ligger på sykehus med tuberkulose". Brosjyre på 8 språk. (Nasjonalt folkehelseinstitutt).
- "Vaksinasjon av barn mot tuberkulose – BCG-vaksine". Brosjyre på 9 språk. (Nasjonalt folkehelseinstitutt).
- "Fakta om hiv og aids". Brosjyre på 18 språk (engelsk, fransk, spansk, somali, swahili, tagalog, russisk, bosnisk/serbisk/kroatisk, tyrkisk, thai, hindi, urdu, arabisk, vietnamesisk, amharisk, mongolsk, tigrinya, norsk). (Sosial- og helsedirektoratet)
- "Fakta om hepatitt A, B og C". Brosjyre på 18 språk (som over). (Sosial- og helsedirektoratet)
- "Hva vet du om prevensjon og abort?" IK 2207, oversettes til 10 språk. (Sosial- og helsedirektoratet)
- "Gonore", "Syfilis", "Klamydia". Brosjyrer på 13 språk. Tilgjengelig på Folkehelseinstituttets nettside: [www.fhi.no/nyhetsbrev/aidsinfo/aktuelt](http://www.fhi.no/nyhetsbrev/aidsinfo/aktuelt)
- Håndbok om hivinfeksjon (Folkehelseinstituttet). (Publiseres høsten 2003. Oversettes til engelsk)
- Forebygging og kontroll av tuberkulose (Folkehelseinstituttet 2003)
- "Smitte-vernhandbok for kommunehelsetjenesten" fra [www.turnuslegen.no](http://www.turnuslegen.no).