

Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel

Veileder

Publikasjonens tittel: Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel

Utgitt: januar/2013, oppdatert november/2013

Bestillingsnummer: IS-1971

ISBN-nr. 978-82-8081-297-7

Utgitt av: Helsedirektoratet

Kontakt: Avdeling minoritetshelse og rehabilitering

Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

www.helsedirektoratet.no

Veilederen finnes kun i elektronisk format
og kan lastes ned fra www.helsedirektoratet.no.

FORORD

Det er dokumentert at innsatte i fengsel i større grad enn i befolkningen for øvrig har rusmiddelproblemer, psykiske og somatiske lidelser og rapporterer om selvopplevd dårlig helse. Mange innsatte sliter med sammensatte og komplekse problemer, har store lærevansker og konsentrasjonsproblemer. Det kreves god kompetanse og mye kunnskaper om de innsattes helsetilstand, funksjonsevne, livssituasjon og kulturelle bakgrunn mv. Soningstiden er en anledning for utredning av helseproblemer og igangsetting av behandling og rehabilitering.

Endringer i helsetilstand, grovere kriminalitet og en økning i antall innsatte med utenlandsk opprinnelse medfører store utfordringer for personell i helse- og omsorgstjenesten i fengsel. En forutsetning for gode og forsvarlige helse- og omsorgstjenester er at de innsatte har tilgang til kvalifisert personell som har særlig kompetanse på forhold knyttet til de innsattes spesielle levekår, livssituasjon og helseproblemer og også kjennskap til kriminalomsorgens oppgaver i fengsel.

Det er kommunene som organiserer helse- og omsorgstjenestetilbudet til innsatte i fengsel og har ansvar for at disse tjenestene er forsvarlige og på linje med det tilbudet som befolkningen for øvrig får. Helsedirektoratet ønsker med denne veilederen å bidra med praktisk nyttig informasjon om hvordan innsatte i fengsel kan gis et slikt tilbud i samsvar med gjeldende lov- og forskriftsverk.

Veilederen er en revidering av den tidligere veilederen "Helsetjenestetilbud til innsatte i fengsel" (IS-1190) som ble utgitt i 2004. Veilederen publiseres kun elektronisk i Helsedirektoratets veilederserie og vil bli oppdatert på Helsedirektoratet.no når vesentlige endringer gjør det nødvendig. Vi er takknemlig for tilbakemeldinger på innholdet i veilederen.

Vi takker alle som har levert bidrag til revideringen av denne veilederen.

Januar 2013

Bjørn Guldvog
helsedirektør

Veilederen er oppdatert i november 2013

INNHold

FORORD	2
INNHold	3
INNLEDNING	8
1. KUNNSKAPSGRUNNLAGET	9
1.1 Fengselshelsetjeneste	9
1.2 Fengselsstatistikk	9
1.3 Helsesituasjonen blant innsatte	10
2. ANSVARS- OG OPPGAVEFORDELING	12
2.1 Importmodellen	12
2.2 Samhandlingsreformen	12
2.3 Myndighetsansvar	13
2.4 Internkontroll og kvalitetssystem	14
2.5 Kommunens ansvar, oppgaver og organisering	14
2.6 Spesialisthelsetjenestens ansvar, oppgaver og organisering	15
2.7 Fylkeskommunalt ansvar, oppgaver og organisering	16
2.8 Helsepersonellens ansvar	16

INNHold

2.9 Kriminalomsorgens ansvar	17
2.10 Samarbeidet mellom kriminalomsorg og helse- og omsorgstjeneste	18
2.10.1 Håndtering av uenighet mellom helse- og omsorgstjenesten i fengsel og kriminalomsorgen	18
3. HELSE- OG OMSORGSTJENESTER TIL INNSATTE	19
3.1 Pasient - og brukerrettigheter	19
3.1.1 Rett til helsehjelp	19
3.1.2 Rett til medvirkning og informasjon	20
3.1.3 Samtykke til helsehjelp	21
3.1.4 Rett til fritt sykehusvalg	21
3.1.5 Rett til å velge fastlege	21
3.1.6 Individuell plan, koordinerende enhet og koordinator	22
3.1.7 Klageadgang	24
3.2 Legemidler	24
3.2.1 Fengselshelsetjenestens ansvar	24
3.2.2 Kriminalomsorgens ansvar	25
3.2.3 Egenadministrering	26
3.2.4 Medbragte legemidler	26
3.2.5 Vanedannende legemidler	27
3.2.6 Legemidler rekvirert av spesialisthelsetjenesten/ andre leger	27
3.2.7 Legemidler til varetektsinnsatte	27
3.3 Forebyggende tiltak	28
3.3.1 Smittevern	28
3.3.2 Injisering av rusmidler i fengsel	30
3.3.3 Grupperettede tiltak og informasjon	31

INNHOOLD

3.3.4	Miljørettet helsevern	31
3.4	Øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester	32
3.4.1	Legevakt	32
3.4.2	Helsetjenester i hjemmet	32
3.4.3	Sosial, psykososial og medisinsk rehabilitering	33
3.4.4	Svangerskaps- og barselomsorg	33
3.4.5	Helsestasjonstjeneste	33
3.5	Tilretteleggelse for tiden etter løslatelse	33
3.6	Bemanning i helse- og omsorgstjenesten i fengsel	34
3.6.1	Leger	34
3.6.2	Annet personell i helse- og omsorgstjenesten i fengsel	35
3.7	Tannhelseundersøkelse og behandling	35
3.8	Spesialisthelsetjeneste	36
3.8.1	Gjennomføring av straff i sykehus	37
3.8.2	Samtidige lidelser – sammensatte behov	37
3.8.3	Hyperkinetisk forstyrrelse / AD/HD	38
3.9	Rusmiddelproblemer	38
3.9.1	Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)	39
3.9.2	Somatisk sykdom relatert til rusmiddelproblemer og psykiske lidelser/problemer	40
3.10	Kriminalomsorgens oppgaver	40
3.10.1	Rusmestringsenhet i fengsel	41
3.10.2	Ungdomsenheter i fengsel	41
3.10.3	Fremstilling til helsehjelp utenfor fengselet	42
3.10.4	Straffegjennomføringsloven § 12	42

INNHold

4. SPESIELLE UTFORDRINGER	44
4.1 Taushetsplikt og samarbeid	44
4.1.1 Taushetsplikt i forhold til kriminalomsorgen	45
4.1.2 Samarbeidende personell	46
4.2 Varetekt	47
4.3 Isolasjon – utelukkelse fra fellesskapet	48
4.4 Tolk	49
4.5 Sultestreik	50
4.6 Undersøkelse for å avdekke bruk av rusmidler mv.	51
4.7 Bruk av tvangsmidler i fengsel	52
4.8 Innsatte med nedsatt funksjonsevne	52
4.8.1 Hjelpemidler	53
4.9 Sakkyndigrollen og behandlerrollen	54
4.9.1 Attester, erklæringer m.m. for innsatte	55
4.10 Soningsutsettelse og straffeavbrudd	56
4.10.1 Soningsutsettelse	56
4.10.2 Straffeavbrudd	57
4.10.3 Fremskyndet løslatelse fra varetekt	57
4.10.4 Benådning	58
4.10.5 Mulige negative konsekvenser ved soningsutsettelse og avbrudd	58
5. ØKONOMISKE FORHOLD	59

INNHold

5.1	Finansiering av helse- og omsorgstjenester – forvaltningsansvar	59
5.1.1	Den kommunale fengselshelsetjenesten	59
5.1.2	Fylkeskommunal tannhelsetjeneste	59
5.1.3	Spesialisthelsetjenesten	60
5.1.4	Kriminalomsorgen	61
5.1.5	Reiseutgifter og vakthold	61
5.2	Finansiering av helse- og omsorgstjenester - individnivå	62
5.2.1	Innsatte uten lovlig opphold i riket	63
5.2.2	Varetektsinnsatte	63
5.2.3	Innsatte i overgangsbolig	64
5.3	Legemidler	64
5.4	Hjelpemidler	65
5.5	Tolketjenester	65
6.	VEDLEGG	67
6.1	Tilgjengelighet av desinfeksjonsvæske for innsatte	67
7.	REFERANSELISTE	69

INNLEDNING

Denne veilederen er i første rekke beregnet på den kommunale helse- og omsorgstjenesten til innsatte i fengsel, den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og helseforetakene. NAV inkludert sosialtjenesten i og utenfor fengselet, samt ansatte i kriminalomsorgen kan ha nytte av innholdet. Veilederen omtaler ikke helsetjenestetilbudet i politiarresten.

Helsepersonell og kriminalomsorgsansatte har ulike oppgaver overfor de innsatte, og tjenestene som ytes har ulike formål og benytter forskjellige virkemidler. Helsepersonell står overfor både juridiske, helsefaglige og etiske utfordringer.

Veilederen gir informasjon og anbefalinger om helse- og omsorgstjenestetilbudet til innsatte i fengsel, beskriver sentrale ansvarsforhold og gir spesifikke råd knyttet til særlige utfordringer. Veilederen tar først og fremst for seg forhold som er spesielle for tilbudet til innsatte i fengsel. Det vises for øvrig til relevante veiledere når det gjelder problemstillinger og anbefalinger vedrørende ulike psykiske og somatiske lidelser.

Veilederen er bygd opp ved at hvert kapittel først beskriver situasjonen, deretter gjennomgår regelverket, og til sist beskrives anbefalinger og tiltak. Forhold rundt økonomi er samlet i kap. 5.

1. KUNNSKAPSGRUNNLAGET

1.1 Fængselshelsetjeneste

Helse- og omsorgstjenesten i fengslene skal være likeverdig med helse- og omsorgstjenesten for den øvrige befolkningen. Innsatte skal gis et tjenestetilbud tilpasset den enkeltes behov etter en individuell vurdering. Det er av sentral betydning at de innsatte har tilgang til kvalifisert personell som har særlig kompetanse på forhold knyttet til de innsattes spesielle levekår, livssituasjon, funksjonsevne og helseproblemer.

Norsk lov og forskrift gjelder for helse- og omsorgstjenestene og for kriminalomsorgen. Norge har også gitt sin tilslutning til de europeiske fængselsreglene, vedtatt av Europarådets ministerkomite 11. januar 2006. De europeiske fængselsreglene er anbefalinger. Anbefalingene blir lagt til grunn for helse- og omsorgstjenesten i norske fængsler så langt de ikke er i strid med norsk lov og forskrift.

1.2 Fængselsstatistikk

Kriminalomsorgens årsstatistikk finnes på [Kriminalomsorgens hjemmesider](#). Kriminalomsorgens årsstatistikker gir en oversikt over ulike forhold i fængsel så som antall innsatte, sittedid for domsfelte og for varetekt, bruk av isolasjon og andre tvangsmidler.

Helsedirektoratets årsrapport finnes på [Helsedirektoratets hjemmesider](#). Helsedirektoratets årsrapport omhandler tilbud om helse- og omsorgstjenester til innsatte i fængsel, bemanning og kompetanse, helsetjenestens tilbud til innsatte, forekomst av rus, antall funksjonshemmede som soner, samt fængselshelsetjenestens egenvurdering av sitt tilbud.

Helsedirektoratet tildelte i 2012 tilskudd til 43 kommuner med fængsel, herunder 3 kvinnefængsel. Fengslene har forskjellige sikkerhetsnivåer; - forvaring, høy sikkerhet og lav sikkerhet. De enkelte fængslene har en kapasitet fra ca. 12 til ca. 400 innsatte. I tillegg finnes overgangsboliger. Det finnes også flere former for straffegjennomføring som foregår utenfor fængselets anstalter, f.eks. hjemmesoning med elektronisk kontroll.

Rundt 11 000 mennesker settes i fengsel hvert år, og det er til en hver tid ca. 3700 innsatte i norske fengsler. Ca. 30 % av innsatte har utenlandsk statsborgerskap.

Det er under 10 selvmord i fengsel per år. Flest selvmord skjer i varetekt. Selvmordsproblematikken må ses i forhold til selvmordsforsøk og selvskader. Det er derfor viktig at personalet som er i kontakt med de innsatte har grunnleggende kompetanse i å identifisere tegn og symptomer som gir grunn til å mistenke en forhøyet selvmordsrisiko, samt at det foreligger rutiner for håndtering av suicidale personer.

Det gjøres årlig beslag av narkotiske stoffer i norske fengsler. Det er små brukerdoser med cannabis, amfetamin og metamfetamin som dominerer funnene.

Kriminalomsorgen har iverksatt ulike tilbud i fengslene for å bedre soningsforholdene for enkelte grupper, bl.a. rusmestringsenheter og egne soningsplasser for barn og ungdom under 18 år.

1.3 Helsesituasjonen blant innsatte

Resultater fra mange undersøkelser viser at en betydelig andel innsatte har psykiske problemer/lidelser og/eller rusmiddelproblemer. Nedenfor oppsummeres noen av funnene.

[Forskningstiftelsen Fafo](#) (1) utførte i 2004 en levekårsundersøkelse blant et representativt utvalg innsatte i norske fengsler. Det finnes ikke tilsvarende og like omfattende norske undersøkelser av nyere dato, men en rekke andre undersøkelser viser tilsvarende funn.

Forskningstiftelsen Fafo fant at innsattes livssituasjon 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. Nyere artikler bekrefter sammenhengen mellom kriminalitet og oppvekstkår, blant annet Skardhamar, 2007 (2).

Sykkeligheten blant innsatte i fengsler er høyere enn i befolkningen for øvrig. I Fafo-undersøkelsen oppgir halvparten av de innsatte at de har en eller flere kroniske sykdommer. Det er dobbelt så mange som i befolkningsutvalget.

En tredjedel av utvalget i Fafo-undersøkelsen betraktet seg som jevnlig brukere eller storforbrukere av alkohol og seks av ti beskrev seg som narkotikabrukere. Undersøkelsen viste en klar sammenheng mellom omfattende rusmiddelproblemer og problemer knyttet til helse, familiesituasjon og økonomi. Andre undersøkelser bekrefter at det er høyere forekomst av

samtidig ruslidelse og psykisk lidelse blant innsatte i fengsel enn i den øvrige befolkningen. Abstinensreaksjoner er utbredt blant innsatte. Mange innsatte har angstproblemer og alvorlig depresjon. Det er også vist høy andel med andre psykiske lidelser og spesielt alvorlig personlighetsforstyrrelse blant innsatte i fengsel. (3-6).

Analysen av psykiske problemer og plager viser dramatiske forskjeller mellom de to utvalgene i Fafo-undersøkelsen. I befolkningsutvalget var det blant kvinner og menn ca. en av ti som hadde psykiske plager. Blant mannlige innsatte var andelen tre ganger så høy og blant kvinnelige innsatte fire ganger så høy. I USA og Storbritannia viser undersøkelser at forekomsten av psykotiske lidelser og alvorlige depresjoner er to til fire ganger hyppigere enn i befolkningen ellers, og at forekomsten av dyssosiale personlighetsforstyrrelser er ti ganger høyere (7).

Flere studier viser en spesielt høy forekomst av ADHD i fengselspopulasjoner. Forekomsten av ADHD er klart høyere i populasjoner med kjent ruslidelse enn i normalbefolkningen. Prevalens i fengselspopulasjoner synes å være spesielt høy (6;8).

Bjørngaard et al. 2009 har utført en spørreundersøkelse blant innsatte i fengsler i Sør-Norge der hovedkonklusjonen er at innsatte i norske fengsler er mindre fornøyd med helsetjenestene de mottar enn andre pasientgrupper her til lands (9). Innsatte som har søvnproblemer eller psykiske plager, er mer misfornøyd med helsetjenestene enn andre innsatte.

De innsattes tannhelse er ofte dårlig, blant annet på grunn av rusmiddelbruk. Dårlig tannhelse kan føre til spise- og taleproblemer samt sosial stigmatisering og isolering og derved være et hinder for rehabiliteringen etter endt soning.

2. ANSVARS- OG OPPGAVEFORDELING

2.1 Importmodellen

Norsk fengselsvesen la i løpet av 1970- og 80-tallet om til den såkalte "importmodellen". Tjenester som tidligere lå under fengselsledelsens myndighet, ble nå importert inn i fengselet og beholdt sin organisasjonsmessige plassering i strukturer utenfor fengselsvesenet. For helsetjenesten ble importmodellen innført i 1988. Ordningen skal sikre helsetjenesten en fri og uavhengig rolle i forhold til kriminalomsorgen.

2.2 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen startet offisielt 1. januar 2012 med flere nye lover og en rekke økonomiske og faglige virkemidler. Målet med samhandlingsreformen er å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre.

Pasienter og brukere skal få tidlig og god hjelp nærmest mulig der de bor når de trenger det. De skal få rett behandling til rett tid på rett sted, gjennom et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten skal utvikles i tråd med målene med samhandlingsreformen.

2.3 Myndighetsansvar

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenesten.

Helsedirektoratet skal bl.a.:

- Iverksette nasjonal politikk og bidra faglig i internasjonale fora.
- Følge med i helsetilstanden til innsatte i fengslene og kommunenes drift av fengselshelsetjenestene.
- Ha forvaltningsansvar for de generelle helselovene og tilhørende forskrifter.
- Drive faglig rådgivning mot myndigheter, tjenester, andre organisasjoner og publikum.
- Initiere og støtte kvalitetsutvikling i tjenestene og bidra til forskning.
- Være et kompetanseorgan når det gjelder kostnader og virkninger av ulike tiltak og tjenester.
- Gi råd om prioriteringer.

Fylkesmannen er regjeringens representant i fylket og skal bistå sentrale helsemyndigheter med å utføre sine oppgaver, deriblant fremme et godt samarbeid mellom kriminalomsorgen og helse- og omsorgstjenestene. Fylkesmannen skal også påse at retningslinjer og veiledere for helse- og omsorgstjenesten blir kjent og overholdt, og at befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester blir dekket. Dersom pasienter mener de ikke får den helsehjelp de har krav på etter pasient- og brukerrettighetsloven, kan de klage til fylkesmannen.

Statens helsetilsyn er den overordnede faglige tilsynsmyndighet for helse- og omsorgstjenester, sosiale tjenester i NAV og barneverntjenester i landet. Statens helsetilsyns oppgaver omfatter også et overordnet ansvar for den klagesaksbehandlingen som gjelder rett til tjenester etter blant annet pasient- og brukerrettighetsloven.

Fylkesmannen skal føre tilsyn med helse- og omsorgstjenesten i fylket og med alt helsepersonell og annet personell som yter helse- og omsorgstjenester i fylket. I tilknytning til tilsynet skal fylkesmannen gi råd, veiledning og opplysninger som medvirker til at befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester blir dekket.

Kommuner med fengsel har det administrative og faglige ansvaret for helse- og omsorgstjenesten i fengsel, innenfor de rammer som følger av lover og forskrifter.

Fylkeskommunene har ansvaret for organisering og utførelse av tannhelsetjenester.

De regionale helseforetakene har ansvar for at personer med fast bopel eller oppholdssted innenfor regionen tilbys spesialisthelsetjenester innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

2.4 Internkontroll og kvalitetssystem

Kommunene, fylkeskommunene og helseforetakene skal i alle sine virksomheter ha et internkontrollsystem. Internkontroll er systematiske tiltak som er lovpålagt og skal sikre at virksomhetenes aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i, eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen.

Internkontrollen skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig for å etterleve krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen, jf. § 4 i forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (10).

Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.

Internkontrollsystemet i fengselshelsetjenesten bør utarbeides i nært samarbeid med øvrig helse- og omsorgstjeneste i kommunen og implementeres i kommunens kvalitetssystem.

2.5 Kommunens ansvar, oppgaver og organisering

I henhold til [helse- og omsorgstjenesteloven](#) § 3-1 skal kommunen sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunen har plikt til å kunne tilby tjenester som den er pålagt etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, men står i stor grad fritt til å bestemme hvordan oppgavene skal organiseres. Dette innebærer at kommunene selv fastsetter organisasjonsform for helse- og omsorgstjeneste til innsatte i fengsel.

Helse- og omsorgstjenester skal så langt det er mulig tilbys i egnede lokaler i det aktuelle fengselet. Fengselshelsetjenesten kan der det er hensiktsmessig organiseres som interkommunalt samarbeid for derved å styrke den faglige kompetansen. Det kan være hensiktsmessig med en lokal helse- og omsorgsfaglig leder i fengselet. Det må være et nært samarbeid med øvrig helse- og omsorgstjeneste og ledelse i den aktuelle kommune.

I helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 stilles det krav om at tjenestene som ytes skal være forsvarlige og hvordan kommunen skal tilrettelegge tjenestene (11).

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-9 plikter kommuner med fengsel å yte helse- og omsorgstjenester til de innsatte.

Helse- og omsorgstjenesten i fengselet skal være en likeverdig og integrert del av den kommunale helse- og omsorgstjenesten og sikre at de innsatte får nødvendig hjelp.

Kommunene skal tilby:

- helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder helsestasjon
- svangerskaps- og barselomsorg
- hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder legevakt
- utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning
- sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering
- andre helse- og omsorgstjenester som helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse, inkl. praktisk bistand og opplæring og støttekontakt, plass i sykehjem eller annen institusjon og avlastningstiltak

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven (11) § 6-1 at det fra 1. januar 2012 er en lovpålagt plikt å inngå samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak eller med helseforetak som det regionale helseforetak bestemmer. Samarbeidsavtaler skal bidra til at pasienter /brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester. Dette vil gjelde for rus, somatisk og psykisk helse. Tidsfrister for å lage samarbeidsavtaler fremkommer av loven. Helse- og omsorgsdepartementet har laget en nasjonal veileder om [lovpålagte samarbeidsavtaler](#) mellom kommuner og regionale helseforetak / helseforetak (12). Avtale om samarbeid om helse- og omsorgstilbudet til innsatte i fengsel bør inngå som del av samarbeidsavtalen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at tilstrekkelig fagkompetanse sikres. Dette innebærer blant annet å sørge for at personell som yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven får nødvendig videre- og etterutdanning.

2.6 Spesialisthelsetjenestens ansvar, oppgaver og organisering

De regionale helseforetakene skal sørge for at personer som oppholder seg i helseregionen, får tilbud om nødvendige spesialisthelsetjenester i og utenfor institusjon, bl.a. sykehustjenester, laboratorietjenester, radiologiske tjenester og ambulansetjenester. Tjenesten omfatter utredning, spesialisert behandling m.m. Se [spesialisthelsetjenesteloven](#) § 2-1a (13). Helseforetakene har plikt til å yte tjenester innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, herunder LAR-behandling. Helsedirektoratet har gitt ut flere veiledere og retningslinjer som er relevante for både spesialisthelsetjenesten, den kommunale helse- og omsorgstjenesten og NAV, deriblant [prioriteringsveilederen for tverrfaglig spesialisert rusbehandling](#) (IS-2043)

De polikliniske spesialisthelsetjenestene innen psykisk helsevern og rusbehandling kan med fordel utføres av et fast og erfarent personell, gjerne med oppmøte i det aktuelle fengselet. Det er viktig å kjenne til spesielle omstendigheter ved å sitte i fengsel og å ha et nært samarbeid med fengselshelsetjenesten og øvrige ansatte i fengselet.

2.7 Fylkeskommunalt ansvar, oppgaver og organisering

Fylkeskommunen har ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten, jf. [tannhelsetjenesteloven](#) (14), og skal sørge for at tannhelsetjenester, herunder tannlegespesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket. Fylkeskommunen har ansvaret for å gi et oppsøkende og regelmessig tilbud til definerte grupper. Personer innsatt i fengsel er ikke en definert gruppe i tannhelsetjenesteloven. Noen innsatte kan imidlertid ha rettigheter etter lov om tannhelsetjenester, for eksempel ungdom t.o.m. det året de fyller 20 år.

I de største, lukkede, fengslene, vil tannbehandlingen vanligvis utføres i fengselet på egne tannklinikker og med eget personell. I de fengslene hvor det ikke er egne klinikker, er det fylkeskommunens ansvar å finne andre løsninger for å gi nødvendig tannhelsehjelp til de innsatte. Kriminalomsorgen eller politiet har kan fremstille den innsatte dersom tannbehandling foregår utenfor fengselet.

Det bør inngås skriftlige avtaler mellom fylkeskommunen og kriminalomsorgen for å sikre at de innsatte får nødvendig tannhelsehjelp, se Helsetilsynets¹ [rundskriv IK-28/89](#) om tannhelsetjenesten for innsatte i fengsler (15). Samarbeidsavtalene bør trekke opp rutiner for samarbeidet og definere ansvaret for de ulike tiltakene. Dette gjelder alt fra gjennomføring av forebyggende aktiviteter i fengselet til fremstillingsrutiner som er hensiktsmessige for kriminalomsorgen og tannhelsetjenesten.

2.8 Helsepersonellens ansvar

Etter innføring av samhandlingsreformen er begrepet helsepersonell gitt et utvidet innhold, jf. [helse og omsorgstjenesteloven](#) § 2-1 og [helsepersonelloven](#) § 3. Med noen få unntak gjelder helsepersonelloven nå tilsvarende for alt personell som yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven.

I helsepersonelloven kap. 2 (16) stilles det grunnleggende krav til alt helsepersonell om at de skal utføre sitt arbeid på en faglig forsvarlig måte. Helsehjelpen som ytes skal være i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra den enkeltes

¹ Dette er et rundskriv utgitt av Statens helsetilsyn før 1.1.2002 som nå forvaltes av Helsedirektoratet.

kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. I henhold til helse og omsorgstjenesteloven § 8-2, 3.ledd har personell som yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, plikt til å delta i videre- og etterutdanning som er nødvendig for å holde faglige kvalifikasjoner ved like (11).

Helsepersonelloven inneholder i tillegg bestemmelser om blant annet taushetsplikt, opplysningsrett/plikt, meldeplikt og dokumentasjonsplikt.

Helsepersonellet er ikke kriminalomsorgens medhjelpere, og skal yte helsehjelp uavhengig av fengselsledelsen. Fengselsmyndigheten kan ikke instruere helsepersonellet.

2.9 Kriminalomsorgens ansvar

Kriminalomsorgen og politiet har gjennom samarbeid med andre offentlige etater, herunder helse- og omsorgstjenesten, plikt til å legge til rette for at innsatte får de tjenester som lovgivningen gir dem krav på, jf. straffegjennomføringsloven § 4 (17).

Kriminalomsorgen har ansvar for at helse- og omsorgstjenesten i fengsel får egnede lokaler med innredning tilpasset virksomheten, som for eksempel:

- Møbler
- Telefon
- Tilgang til internett, telefaks eller annen ordning for elektronisk oversending av dokumenter og kopieringsmaskin
- Egnede arkivskap til journalopplysninger m.m.
- Utstyr til tannbehandling der hvor det er tannklinikk i fengselet, se [rundskriv IK-28/89](#) fra Helsetilsynet.

Kriminalomsorgen har også ansvar for å dekke utgifter til renhold, oppvarming og vedlikehold.

Helse- og omsorgstjenesten i fengsel må vurdere når det er behov for utskiftning av nødvendig utstyr. Det bør, dersom mulig, meldes til kriminalomsorgen i god tid.

Kommunen har ansvar for journalsystem, evt. elektronisk journal, og må sørge for sikkerheten og skjerming av pasientopplysninger.

2.10 Samarbeidet mellom kriminalomsorg og helse- og omsorgstjeneste

Kriminalomsorgen og helse- og omsorgstjenesten er forskjellige etater og styres av forskjellig regelverk. I de fleste situasjoner vil dette kunne håndteres tilfredsstillende med samarbeid og gjensidig respekt for hverandres målsettinger, arbeidsoppgaver og roller. Samarbeidet må imidlertid ta hensyn til de begrensninger som følger av forskjellig lov- og forskriftsverk.

For den innsatte kan dårlig koordinering av tjenester mellom kriminalomsorgen og helse- og omsorgstjenesten medføre risiko for helse- og funksjonstap. I de tilfellene den innsatte har behov for sammensatte tjenester, er samarbeid spesielt viktig for å oppnå gode resultater.

Helse- og omsorgstjenesten i fengsel bør etablere et godt og konstruktivt samarbeid med fengselets ledelse og andre ansatte i kriminalomsorgen, slik at gode tiltak til beste for den innsatte kan drøftes og samordnes. Det bør opprettes arenaer for samarbeid mellom fengselsledelsen, øvrige ansatte og helse- og omsorgstjenesten i fengsel.

2.10.1 Håndtering av uenighet mellom helse- og omsorgstjenesten i fengsel og kriminalomsorgen

På tross av gode samarbeidsrutiner kan det oppstå uenighet mellom kriminalomsorgen og helse- og omsorgstjenesten i fengsel om når, hvor og hvordan innsatte skal motta helse- og omsorgstjenester. Dette kan skyldes forskjellig målsetning, regelverk og organisering. Helse- og omsorgstjenestens målsetning er å innfri pasientens/brukerens rettigheter til nødvendige helse- og omsorgstjenester. Soningsforholdene reguleres imidlertid av straffegjennomføringsloven. Kriminalomsorgen har et berettiget krav om å kunne innskrenke den innsattes bevegelsesfrihet.

Det er kriminalomsorgen som har avgjørelsesmyndighet og vedtaksrett i fengselet etter straffegjennomføringslovens bestemmelser, men legens anbefalinger må tillegges betydelig vekt. Kriminalomsorgen plikter å sørge for nødvendig tilrettelegging slik at domfeltes helsetilstand kan ivaretas. Skriftlige rutiner for samarbeid bør foreligge og være godt implementert, både i kriminalomsorgen og fengselshelsetjenesten.

Dersom kommunen ved fengselslegen vurderer at den helsehjelpen som den innsatte får som følge av fengselsledelsens avgjørelse, er uforvarlig, kan fengselslegen melde dette til fylkesmannen og be om en forsvarlighetsvurdering derfra. Dersom fylkesmannen er enig i fengselslegens vurdering og fengselsledelsen fortsatt opprettholder sin vurdering, blir saken oversendt til det regionale kriminalomsorgskontoret for endelig avgjørelse. Det regionale kriminalomsorgskontorets avgjørelse kan ikke påklages.

En slik fremgangsmåte vil være i tråd med det europeiske fengselsregelverket.

3. HELSE- OG OMSORGSTJENESTER TIL INNSATTE

3.1 Pasient - og brukerrettigheter

[Pasient- og brukerrettighetsloven](#) (18) skal sikre at pasienter og brukere får riktig og likeverdig tilgang på helse- og omsorgstjenester av god kvalitet.

Prinsippene for innsattes rett til helsehjelp er fastsatt i flere internasjonale konvensjoner (19-23). Europarådets Torturkomité har gitt en rekke uttalelser når det gjelder anvendelsen av disse prinsippene. En fengselsdom skal ikke i seg selv innebære begrensninger i menneskerettighetene eller påføre ytterligere straff utover frihetsberøvelsen.

[FNs barnekonvensjon](#) setter særlige regler for hvordan barn under 18 år som beskyldes for, anklages for eller finnes å ha begått et straffbart forhold, skal behandles, se artikkel 37 b) og c) og artikkel 40.

I følge grunnprinsippene i de europeiske fengselsreglene skal alle som berøves friheten, behandles på en måte som ivaretar deres menneskerettigheter. Samtidig fastslås at manglende ressurser ikke rettferdiggjør soningsforhold som krenker de innsattes menneskerettigheter. De europeiske fengselsreglene punkt 40.3 sier at *"Innsatte skal ha tilgang til de helsetjenester som er tilgjengelige i landet uten forskjellsbehandling på grunnlag av deres juridiske stilling"*.

3.1.1 Rett til helsehjelp

Innsatte har rett til øyeblikkelig hjelp, rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen og rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Når denne veilederen omtaler helsehjelp, menes *"enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell"*, jf helsepersonelloven § 3 og tilsvarende bestemmelse i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 c.

Dersom det er behov for helse- og omsorgstjenester som fengselshelsetjenesten ikke kan ivareta, skal innsatte bringes til lege/sykehus eller annen helsehjelp rekvireres. Kriminalomsorgen (for domfelte) eller politiet (for varetektsinnsatte) kan følge den innsatte som

ledsagere. Kriminalomsorgen eller politiet har ansvaret for sikkerhetsvurderingen i forbindelse med transport til lege/sykehus. De har imidlertid ikke kompetanse til å vurdere behovet for helsehjelp og må rådføre seg med tilgjengelig helsepersonell.

I følge de europeiske fengselsreglene skal lege, eller sykepleier ("qualified nurse"), møte alle innsatte umiddelbart etter innsettelsen, og skal undersøke dem med mindre dette åpenbart er unødvendig. Undersøkelsen vil være et ledd i arbeidet med å ivareta den innsattes rett til nødvendig helsehjelp.

Det anbefales at inkomstsamtale gjennomføres i løpet av kort tid etter innsettelse. Ved innsettelse må eventuell medisinbruk kartlegges umiddelbart. Nærmere undersøkelse og samtale med den innsatte bør gjennomføres i løpet av et døgn.

Det bør informeres om rett til tannhelsetjenester i denne samtalen og eventuelt gjøres en enklere orienterende tannhelseundersøkelse, se kap. 3.7.

3.1.2 Rett til medvirkning og informasjon

Økt mestring, selvstendighet, deltakelse og aktiv brukermedvirkning for den enkelte bruker/pasient er sentrale verdier og mål i samhandlingsreformen.

Etter [pasient- og brukerrettighetsloven](#) (18) § 3-1 har pasient og bruker rett til å medvirke ved gjennomføringen av helse- og omsorgstjenester. Pasient eller bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg av tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder, men kan ikke kreve en bestemt type undersøkelse eller behandling. Behandlingen pasienten tilbys, skal baseres på en faglig vurdering som foretas av legen i samråd med pasienten.

Retten til medvirkning krever et samspill mellom pasient/bruker og helse- og omsorgspersonell. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes personlige forutsetninger.

Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 har pasienten rett til informasjon om egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulig risiko og bivirkninger. Informasjonen må være tilstrekkelig til at pasienten kan bruke sin medvirkningsrett.

Pasient- og brukermedvirkning kan være særlig utfordrende å utøve i fengselshelsetjenesten med de rammer og betingelser som ligger til grunn for straffegjennomføringen.

En god måte å ivareta de innsattes innflytelse på systemnivå i helse- og omsorgstjenesten i fengselet, kan være brukerråd og systematisert tilbakemelding ved brukerundersøkelser.

3.1.3 Samtykke til helsehjelp

Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å fravike kravet om samtykke. Øyeblikkelig hjelp kan gis uten samtykke når pasienten ikke er i stand til å samtykke, jf. [helsepersonelloven](#) (16) § 7, med enkelte begrensninger som følger av § 4-9 i loven.

3.1.4 Rett til fritt sykehusvalg

Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 gir alle pasienter rett til å velge ved hvilket offentlig sykehus mv. behandlingen skal foretas. Retten til fritt sykehusvalg gjelder ikke ved øyeblikkelig hjelp.

Kriminalomsorgen har gjennom samarbeid med andre offentlige etater, herunder helse- og omsorgstjenesten, en lovhjemlet plikt til å legge til rette for at domfelte og innsatte i varetekt får de tjenester som lovgivningen gir dem krav på, jf. [straffegjennomføringsloven](#) § 4 (17). Av utfyllende [retningslinjer](#) til straffegjennomføringsloven og til forskrift til loven (24) kap. 1.6 om forvaltningssamarbeid fremgår det at dette gjelder så langt det er mulig og med de begrensninger som følger av frihetsberøvelsen.

Det er videre uttalt i retningslinjene til straffegjennomføringsloven kap. 3.25 at [pasient- og brukerrettighetsloven](#) § 2-4 må tolkes innskrenkende i forhold til de innsatte i fengslene, slik at praktiseringen av reglene skjer innenfor de rammene som et fengselsopphold setter. Retten til fritt sykehusvalg gjelder bare så langt det er forenlig med frihetsberøvelsen. Retten til fritt sykehusvalg etter pasient- og brukerrettighetsloven vil således i praksis bli noe modifisert på grunn av hensyn etter straffegjennomføringsloven.

Et sentralt moment i vurderingen er rømmningsfaren, nødvendigheten av omfattende sikkerhetstiltak, farlighetsvurdering m.m. I forhold til innsatte som sitter på avdelinger med særlig høyt sikkerhetsnivå, er det regulert i forskrift til lov om straffegjennomføring (25) § 6-7 at legetilsyn og oppfølging som hovedregel skal skje inne i avdelingen. Unntaksvis kan dette skje utenfor fengselet.

3.1.5 Rett til å velge fastlege

Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1c og forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen (26) at enhver som er bosatt i en norsk kommune har rett til å stå på liste hos fastlege. Som bosatt regnes den som i folkeregisteret er registrert som bosatt i en norsk kommune. For å bli folkeregistrert som bosatt, må den enkelte ha lovlig opphold i landet.

Rett til å stå på liste hos fastlege har også asylsøkere og deres familiemedlemmer når de er medlem av folketrygden. Det er tilstrekkelig å ha fått tildelt D-nummer og være asylsøker for å ha rett til å stå på liste hos en fastlege.

Det er adgang til å velge fastlege utenfor bostedskommunen.

Blir en person som står på en fastleges liste inntatt i helseinstitusjon eller annen institusjon med organisert legetjeneste, overføres fastlegens plikter etter [forskrift om fastlegeordning i kommunene](#) (27) § 10, til institusjonen, jf. forskriften § 14. I merknaden til tilsvarende bestemmelse i tidligere fastlegeforskrift § 8, står det at andre institusjoner med organisert legetjeneste for eksempel kan være fengsel. Dette innebærer at fastlegens ansvar og plikter overfor domsinnsatte i fengsel bortfaller og overlates til fengselshelsetjenesten. Domsinnsatte skal derfor i utgangspunktet forholde seg til fengselslegen. For varetektsinnsatte gjelder spesielle regler, se kap. 4.2 om varetekt.

I merknadene til tidligere fastlegeforskrift § 8 er det uttalt at bestemmelsen ikke er til hinder for samarbeid mellom fastlegen og institusjonens lege når det er behov for det. Det kan for eksempel være hensiktsmessig at fengselslegen kontakter pasientens fastlege for å få kjennskap til tidligere sykdomshistorie m.m. dersom den innsatte pasienten ikke motsetter seg dette.

Det vil være hensiktsmessig med et samarbeid med fastlegen dersom den innsatte er i målgruppen for individuell plan og i forbindelse med løslatelsen. Den innsatte må gi sitt samtykke til dette.

Ved løslatelse vil ansvaret overtas av fastlegen. Ved behov for tilrettelegging av allmennlegetilbudet ved løslatelse, er det ønskelig at fengselshelsetjenesten kontakter fastlegen på forhånd. Med mindre den innsatte motsetter seg det, skal epikrise og opplysninger som er nødvendig for å kunne gi forsvarlig legehjelp og oppfølging, gis fastlegen ved løslatelse, jf. helsepersonelloven § 45. Opplysninger bør gis den tid i forveien som er nødvendig for at fastlegen kan tilrettelegge for videre oppfølging. Det vises i den sammenhengen også til § 7-1 i helse- og omsorgstjenesteloven som pålegger kommunen å utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud.

Mht. varetektsinnsattes rettigheter henvises til kap. 4.2 om varetekt.

3.1.6 Individuell plan, koordinerende enhet og koordinator

Innsatte i fengsel som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 og [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator](#) (28). Individuell plan gir ikke tjenestemottakeren større rett til helse- og omsorgstjenester enn det som følger av det øvrige

regelverket. Planen skal bidra til helhetlige og koordinerte tjenester, og er et viktig verktøy for planlegging både på kort og lang sikt.

Helsepersonell skal snarest mulig gi melding til koordinerende enhet i den innsattes bostedskommune om behov for individuell plan og koordinator og har selv plikt til å delta i arbeidet med planen, jf. helsepersonelloven (16) § 38a og § 4 2.ledd. Koordinerende enhet har et overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator.

Koordinator skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker og sikre samordning av tjenestetilbudet og framdrift i planarbeidet jf. helse- og omsorgstjenesteloven (11) § 7-2. Det skal legges til rette for at tjenestemottakeren kan delta i arbeidet med sin individuelle plan. Utarbeidelse av individuell plan og oppnevning av koordinator krever samtykke fra pasient/bruker. Kommunen skal gi tilbud om koordinator selv om pasient / bruker ikke ønsker individuell plan.

I tillegg til individuell plan kan det være behov for delplaner som går mer i detalj på enkelte områder. Den individuelle planen må bidra til at eventuelle delplaner er i samsvar med brukers overordnede mål. De alminnelige reglene om taushetsplikt skal legges til grunn i arbeidet. Taushetsplikten kan oppheves ved informert samtykke fra pasienten. For utdypende informasjon om innhold og funksjon henvises til forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator etter helse- og omsorgslovgivningen (28).

Mange domfelte trenger et sted å bo, utdanning, en jobb eller en avklaring av hva de har krav på av trygdeytelser samt helsehjelp, hjelp med nettverket sitt, få en bedre kontakt med familien sin, hjelp til å ordne sin økonomi og andre tiltak som har betydning for domfeltes snuoperasjon. I dette arbeidet er det vesentlig med et godt samarbeid mellom kriminalomsorgen, NAV, kommunen og helse- og omsorgstjenesten.

Individuell plan for innsatte uten norsk statsborgerskap

Også utenlandske borgere kan ha rett på individuell plan, men her gjelder flere begrensninger, både i forhold til oppholdsstatus og varighet.

Innsatte uten lovlig opphold har i tillegg til øyeblikkelig hjelp rett til helsehjelp som ikke bør vente til frihetsberøvelsen er over, jf. forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket § 5. Dette er et utvidet tilbud i forhold til det tilbudet personer uten lovlig opphold utenfor murene har. Dette tilbudet omfatter også forebyggende helsetjenester og rehabilitering. § 5 omfatter likevel ikke rett til å få utarbeidet individuell plan. Kommunen må da vurdere om det er hensiktsmessig og nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp at det utarbeides en individuell plan.

Asylsøkere har i utgangspunktet rett på utarbeidelse av individuell plan etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5. Det er imidlertid også her en forutsetning at det vil være behov for langvarige og koordinerte tjenester.

EØS-borgere har rett til å motta helsetjenester i Norge i henhold til norsk lovgivning, og EØS-borgere fra andre land skal ha de samme rettigheter under fengselsopphold som norske innsatte. I de tilfelle fengselsoppholdet er av kortere varighet, og EØS-borgeren samtidig bare har midlertidig opphold i Norge, vil individuell plan ikke være aktuelt.

3.1.7 Klageadgang

Den innsatte kan klage til Fylkesmannen dersom vedkommende mener at han eller hun ikke får nødvendig helsehjelp, jf. pasient- og brukerrettighetsloven (18) kap. 7. Klagen sendes den som har truffet enkeltvedtaket eller avgjørelsen.

En innsatt kan også etter helsepersonelloven § 55 be Fylkesmannen vurdere om helsepersonell og/eller virksomhet har opptrådt i strid med bestemmelsene i helsepersonelloven (16), for eksempel om taushetsplikten er brutt.

En og samme hendelse /klage kan foranledige både en rettighets- og en tilsynssak. Fylkesmannen skal da behandle klagen som rettighets sak samtidig som han oppretter en tilsynssak.

3.2 Legemidler

En del innsatte bruker legemidler ved innsettelsen og under soningen. Legemidler til innsatte i fengsel tilhører i prinsippet pasienten. Fengselshelsetjenesten og kriminalomsorgen har ikke anledning til å "omfordele" legemidler til andre innsatte.

Det er viktig at legemiddelbruk kontinuerlig vurderes, og at den ivaretas på en forsvarlig og kvalitetsmessig god måte. Et godt samarbeid mellom fengselshelsetjenesten og kriminalomsorgen er nødvendig for å ivareta dette.

3.2.1 Fengselshelsetjenestens ansvar

Legemiddelhåndteringen skal være faglig forsvarlig. Dette følger av helsepersonelloven, pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven. Hva dette nærmere innebærer er

regulert i [forskrift om legemiddelhåndtering](#)² (29) og [rundskriv IS-9/2008](#) til forskriften (30). Forskrift om legemiddelhåndtering er under revisjon. Forskriften regulerer krav til kompetanse og opplæring, og krever at alle virksomheter som yter helsehjelp må ha rutiner for legemiddelhåndteringen. Forskriften fastslår at det er et ledelsesansvar, jf. forskriftens § 4, å sørge for at det er ansatt personell med tilstrekkelig og nødvendig kompetanse til å utføre oppgaver innen legemiddelhåndtering på en forsvarlig måte.

Virksomhetsleder skal vurdere behovet for at det utføres ekstern kontroll av virksomhetens legemiddelhåndtering, jf. § 4, 6. ledd. Der det vurderes nødvendig, skal slik ekstern kontroll utføres. Kontrollen skal utføres av personell med medisinsk eller farmasøytisk kompetanse. Fungelshelsetjenesten/kommunen kan som en del av sitt kvalitetssikringsarbeid, inngå avtale med farmasøyt om regelmessig tilsyn.

I de tilfeller legemiddelhåndteringen vurderes som helsehjelp, vil hjelpen være av en slik karakter at det i hovedsak forutsetter autorisert helsefaglig kompetanse for å utføre oppgaven. Når medhjelper utfører legemiddelhåndtering som helsehjelp, må de ha gjennomgått nødvendig opplæring.

3.2.2 Kriminalomsorgens ansvar

Legemidler som praktisk bistand

Fungelshlegen vurderer de innsattes legemiddelbruk ved innkomst.

Dersom legemidlene, rekvirert av fastlegen, fungelshlegen eller annen lege, vurderes slik at pasienten/ den innsatte normalt sett ville ha administrert disse selv, kan den innsatte, ut ifra medisinske kriterier, administrere dem selv under fungelshoppholdet.

Dersom kriminalomsorgen likevel, av sikkerhetsmessige grunner fratrukker de innsatte legemidler, vil utlevering av disse legemidlene fra fungelshbetjentene anses som praktisk bistand og ikke utøvelse av helsehjelp. Kriminalomsorgen vil i slike tilfeller være ansvarlig for den praktiske håndteringen. Dette innebærer organisering, opplæring av ansatte og avvikshåndtering.

Helse- og omsorgstjenesten i kommunen bør, etter forespørsel fra kriminalomsorgen, bistå i den praktiske opplæringen av betjentene også når det gjelder utdeling av legemidler som praktisk bistand, for eksempel ved organisering av legemiddelkurs. Legemiddelhåndteringsforskriften gjelder ikke for praktisk bistand, men er et nyttig dokument som bør gjennomgås og være tilgjengelig sammen med internkontrollforskriften.

Når kriminalomsorgen gir legemidler som praktisk bistand, bør den innsatte informeres om at kriminalomsorgen da må ha tilgang til de helseopplysninger som fungelshelsetjenesten anser

² Forskriften er under revidering i november 2013.

nødvendig. Dersom den innsatte i slike tilfelle velger å avstå fra å få legemidlene utdelt, må legen informere pasienten om mulige konsekvenser.

Det bør fortrinnsvis benyttes multidose eller dosetter, klargjort av helsepersonell. Det bør journalføres hva som avtales om praktisk bistand fra kriminalomsorgen.

Kriminalomsorgen er ansvarlig for eventuelle avvik ved legemiddelutdelingen, men det er svært viktig at helsepersonell varsles for å vurdere om det er behov for oppfølging. I enkelte tilfeller må slik varsling skje umiddelbart for vurdering mht. tiltak.

Legemiddelhåndtering som helsehjelp

I noen tilfeller vil kriminalomsorgsansatte måtte inntre som helsepersonells medhjelpere og administrere legemidler til innsatte som innebærer at de utfører helsehjelp. Helsepersonellet er da ansvarlig for at kriminalomsorgens ansatte har fått tilstrekkelig opplæring slik at legemiddeladministreringen utføres på en forsvarlig måte. Helsepersonellet må gi det aktuelle fengselspersonalet grundig informasjon, veiledning og opplæring i den spesifikke situasjonen. I tillegg til punktene nevnt ovenfor i kapittelet om praktisk bistand, bør det legges vekt på muntlig og skriftlig informasjon og veiledning som fokuserer på tilstrekkelig kompetanse, kompetansehevende tiltak og å etterleve gode prosedyrer.

Det forutsettes at formidlingen av medisinske opplysninger ikke bryter med reglene om taushetsplikt. Samtykke fra den innsatte bør journalføres.

Også når fengselsansatte opptrer som helsepersonells medhjelpere og gir legemidler som helsehjelp, er det hensiktsmessig å benytte legemiddeldosett eller multidose.

3.2.3 Egenadministrering

Den innsatte kan selv oppbevare og/eller ta egne legemidler så fremt egenadministrering er helsefaglig og sikkerhetsmessig forsvarlig. A- og B-preparater bør som regel unntas. Å gi den innsatte muligheten til ansvar for egenomsorg mht. sin legemiddelbruk kan bidra til økt selvinnsikt i egen legemiddelbruk og sannsynligvis økt selvfølelse og selvrespekt. Det kan da være hensiktsmessig at den innsatte får sine legemidler i en ukedosett eller som multidose.

3.2.4 Medbragte legemidler

[Straffegjennomføringsloven](#) (17) § 26 gir hjemmel for beslag av eventuelle legemidler ved innsettelse. Medbragte legemidler som ikke benyttes av innsatte, kan derved beslaglegges og destrueres. Dette bør skje i samråd med fengselslegen.

Legemidler som er lovlig forskrevet av lege, kan oppbevares under soningen og utleveres ved løslatelsen, dersom det vurderes medisinsk forsvarlig.

3.2.5 Vanedannende legemidler

I følge [FAFO rapporten](#) (1) fra 2004 oppgir ca. 60 prosent av de innsatte at de har et rusmiddelproblem. Dette innebærer at mange før innsettelsen kan ha hatt et høyt forbruk av rusmidler og/eller vanedannende legemidler, enten legale eller illegale.

Innsatte skal ha adekvat og forsvarlig legemiddelbehandling. Samtidig krever

rusmiddelproblematikken at legen må vurdere indikasjonen nøye før legemidler rekvireres.

For nærmere råd om forskrivning og bruk av vanedannende legemidler vises til veileder IK-2755 "[Vanedannende legemidler, forskrivning og forsvarlighet](#)"³ (31). Denne veilederen omhandler også råd for nedtrapping.

3.2.6 Legemidler rekvirert av spesialisthelsetjenesten/ andre leger

Innsatte som er tilknyttet spesialisthelsetjenesten, vil i noen tilfeller få sine legemidler rekvirert fra helseforetaket, se også kap. 3.9.1 LAR og kap. 3.8.3 AD/HD. Ved konsultasjoner på legevakten kan det også bli rekvirert legemidler.

Fengselslegen kan ut fra forsvarlighets og/eller medisinske vurderinger i noen tilfeller endre medisineringen som er rekvirert av spesialisthelsetjenesten eller annen lege /legevakt. Det er viktig at rekvirentene, dersom det er mulig, i slike tilfeller konfererer med hverandre. Dersom en av partene vurderer rekvireringen som medisinsk uforsvarlig, bør det søkes om ny vurdering, eventuelt bør saken meldes inn for tilsynsmyndighetene.

3.2.7 Legemidler til varetektsinnsatte

[Straffegjennomføringsloven](#) (17) § 51 gir varetektsinnsatte rett til å få behandling av sin private lege der det er rimelig grunn til det. Medisinering skal skje i samråd med fengselshelsetjenesten. Ifølge forarbeidene til loven (32) kan fengselslegen ikke bestemme hvilke legemidler den enkelte skal få ved uenighet mellom fastlegen og fengselslegen. Fastlegen har da det avgjørende ord. Dette for ikke å krenke retten til bruk av fastlege.

Det forutsettes imidlertid i forarbeidene at fastlegen ved medisinsk oppfølging av den innsatte må møte opp i fengselet, eventuelt må det legges til rette for at pasienten kan fremstilles for legen. Mer om dette i kap. 4.2, om varetektsinnsatte.

³ Denne veilederen er under revidering. Ny versjon forventes ferdig i desember 2013.

3.3 Forebyggende tiltak

Kommunens plikt til å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester omfatter også forebyggende tjenester som for eksempel helseopplysning, vaksiner, fysisk aktivitet og kostholdsveiledning

For den enkelte innsatte vil det beste være at tiltak og ressurser settes inn så tidlig som mulig, slik at sykdomsutvikling hindres. Dette gir helsegevinst for den innsatte og forhindrer behov for mer kostbar og komplisert behandling senere i forløpet.

3.3.1 Smittevern

[Smittevernloven](#) (33) gjelder enhver person som oppholder seg i Norge, se § 1-2, 1 ledd. Loven gir rett til nødvendig smittevernhjelp i form av vaksinasjon, informasjon og annen nødvendig forebyggende hjelp dersom det er grunn til å anta at personen står i fare for å bli smittet med en allmennfarlig smittsom sykdom. En smittet person med en allmennfarlig smittsom sykdom har rett til medisinsk vurdering og utredning (diagnostikk), behandling, pleie og annen nødvendig smittevernhjelp i henhold til smittevernloven § 6-1, 2 ledd.

Smittevernarbeidet skal gjennomføres i samsvar med smittevernlovgivningen og kommunenes smittevernplan. I henhold til smittevernloven § 2-1 skal undersøkende eller behandlende lege snarest mulig gi individuell smittevernveiledning til personer med allmennfarlige smittsomme sykdommer. Det skal også iverksettes nødvendige undersøkelser, behandling og smitteoppsporing der det er aktuelt.

Legen er ansvarlig for å vurdere hvilke opplysninger som kan eller skal viderefordles for å avverge smittespredning av allmennfarlige smittsomme sykdommer.

Leger har meldingsplikt og sykepleiere og jordmødre varslingsplikt etter bestemmelsene i smittevernloven § 2-3. Se [Smittevernboka](#) kap. 04 om "Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) og Tuberkuloseregisteret" (34).

For helse- og omsorgstjenester i fengsel vil kartlegging, utredning, behandling, veiledning og informasjon til de innsatte være viktige oppgaver i smittevernsarbeid. Det bør gis tilbud om testing på blodsmittesykdommer som hepatitt B, C og HIV, og seksuelt overførbare sykdommer.

Uvaksinerte innsatte bør tilbys vaksinasjon dersom de befinner seg i målgruppen for det.

Følgende sykdommer/vaksiner kan være aktuelle:

[Hepatitt A og B vaksine - Folkehelseinstituttet](#) (35)

[BCG-vaksine \(tuberkulose\) - Folkehelseinstituttet](#)

[Pneumokokkvaksiner - Folkehelseinstituttet](#)

I følge Folkehelseinstituttet kan pneumokokkvaksine være aktuell for hepatitt C og HIV-smittede innsatte.

Alle undersøkelser og prøvetaking av den innsatte må være helsefaglig begrunnet ut fra livsstil, symptomer og generell helsetilstand. Informert samtykke må foreligge.

Unntak er de tilfeller hvor det i henhold til smittevernloven kap. 5 skal iverksettes tvangstiltak.

For mer informasjon om seksuelt overførbare sykdommer henvises til [folkehelseinstituttets hjemmesider](#), bl.a. om Hivsituasjonen, Klamydia, Syfilis og Gonoré.

Hepatitt C

Hepatitt C er en leverbetennelse som skyldes smitte av hepatitt C virus. Smitte skjer hovedsakelig gjennom blod. Hepatitt C utvikler seg til en kronisk tilstand for rundt 70 % av de smittede.

Undersøkelser har vist at forekomsten (prevalensen) av gjennomgått hepatitt C infeksjon blant norske personer med rusmiddelproblemer er 60-70 %. Alvorlig leversykdom i form av cirrhose (skrumplever) utvikles uten behandling hos ca. 20 %, men dette tar vanligvis 25-35 år. Stort forbruk av alkohol forverrer prognosen. Innsatte med påvist kronisk hepatitt C bør henvises til spesialisthelsetjenesten for vurdering mht. eventuell behandling. (36;37)

Hepatitt B

Hepatitt B er en leverbetennelse forårsaket av hepatitt B virus. Smitte kan gi akutt hepatitt (leverbetennelse), men kan også føre til en kronisk infeksjon. Den kroniske bærertilstanden kan være subklinisk, eller kronisk aktiv hepatitt med påfølgende leverskade. Nyoppdaget hepatitt B-smitte i Norge forekommer spesielt blant personer som injiserer rusmiddel og deres seksualkontakter. En annen gruppe som helse- og omsorgstjenesten bør være spesielt oppmerksom på er ikke-etnisk norske fra høyrisikoområder som i hovedsak er smittet i sitt hjemland.

Hepatitt A

Utbrudd av hepatitt A blant personer som injiserer rusmiddel og menn som har sex med menn rapporteres regelmessig i mange europeiske land⁴.

HIV

⁴ Landsomfattende utbrudd i Norge i miljø med rusmiddelproblemer er registrert i 1980-85, 1988 og 1995-99, og i homofile miljøer i 1997-98 og 2004. I perioden 1995-1999 ble det gjennom MSIS identifisert 1 360 misbrukere med akutt hepatitt A.

I 2012 ble det diagnostisert 242 nye smittede tilfeller med humant immunsviktvirus, HIV, i Norge. Av disse var 166 (69 %) menn og 76 kvinner. Elleve av de smittede ble smittet gjennom sprøytemisbruk.

Tuberkulose

Norge er blant de land som har lavest insidens av tuberkulose i Europa. Nye tilfeller i Norge forekommer hovedsakelig hos personer som kommer fra land med høy forekomst av tuberkulose. I nærmere bestemte tilfeller skal det gjennomføres tuberkulosekontroll, jf. [forskrift om tuberkulosekontroll](#) (38). Personer fra land med høy forekomst av tuberkulose har plikt til å la seg undersøke når de oppholder seg mer enn 3 måneder i landet. [Forskrift om tuberkulosekontroll](#) (38) § 3-1, a, b, c definerer hvilke grupper som har plikt til å gjennomgå tuberkulosekontroll, gjennomføring og oppfølging mv. Folkehelseinstituttet skal angi hvilke land som har høy forekomst av tuberkulose. Personer med nedsatt immunforsvar, for eksempel HIV positive bør også undersøkes for tuberkulose, se folkehelseinstituttets [tuberkuloseveileder](#) som finnes som e-bok.

Folkehelseinstituttet har også laget [flytskjemaer](#) for oppfølging etter resultat av tuberkulinundersøkelse (Mantoux-test). Disse er tilgjengelig i den elektroniske versjonen av tuberkuloseveilederen.

3.3.2 Injisering av rusmidler i fengsel

Det er kjent at det forekommer ulovlig bruk, herunder injisering av rusmidler, også i fengsel. Dersom helsepersonell får informasjon om, eller mistenker at en innsatt injiserer rusmidler og/eller har en smittsom sykdom, er det viktig at vedkommende tilbys smitteveiledning, samt motiverende samtaler om sitt rusmiddelproblem. Behovet for behandling for rusmiddelproblemene må vurderes.

Gjeldende regelverk i fengsel er at sprøyter som innsatte har brukt til injeksjon av narkotika, kan den innsatte selv rense med klorin eller kloramin i henhold til retningslinjene i vedlagte rundskriv Fst 2/97 "Tilgjengelighet av desinfeksjonsvæske for innsatte". Det er viktig å være oppmerksom på at uriktig bruk av rensemidler med påfølgende injeksjon av klorin eller kloramin i seg selv kan være helseskadelig. Det er ikke åpnet for at innsatte i fengsel kan få utdelt rene sprøyter og spisser.

Kriminalomsorgen er ansvarlig for at det utarbeides gode rutiner, mht. tilgang for de innsatte til klorin eller kloramin, som også ivaretar muligheten for anonymisering av den innsatte. Dette samt beskrivelse av fremgangsmåte for bruk skal være lett tilgjengelig.

Kriminalomsorgen må legge forholdene til rette slik at dette fungerer i praksis.

3.3.3 Grupperettede tiltak og informasjon

Grupperettede tiltak kan være velegnet for å nå frem til og aktivt engasjere mange innsatte. Slike tiltak kan legges til grunn for samarbeid mellom fengselshelsetjenesten og kriminalomsorgen om aktuelle temaer knyttet til helse og livsstil. Målsettingene kan være å bidra til økt forståelse om egen helsesituasjon, og å bedre egenomsorg og sosiale ferdigheter.

Kriminalomsorgen har lang erfaring med samtalegrupper for innsatte, også i samarbeid med eksterne fagmiljøer. Eksempler på temaer kan være sex og samliv, rusmiddelproblemer, fysisk aktivitet, tannhelse, kost og ernæring, søvn og tobakk.

De innsatte skal ha trygg mat og et ernæringsmessig fullgodt kosthold. Helse- og omsorgstjenesten har utarbeidet «[Kosthåndboken](#) - veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten» (IS-1972). Det forventes at også offentlige institusjoner utenfor helse- og omsorgstjenesten, som for eksempel fengsler, gir et mattilbud som er i tråd med anbefalingene i denne veilederen.

Kriminalomsorgen har utarbeidet et eget kostholdsreglement (KSF 3/2004) (39) som skal sikre de innsatte et variert og næringsrikt kosthold. Fengselshelsetjenesten kan i enkelte tilfeller vurdere det slik at den innsatte, grunnet sykdom, har behov for tilpasninger i forhold til ordinært kosthold. De ansvarlige i kriminalomsorgen må da informeres, slik at dette kan gjennomføres.

Når innsatte av andre årsaker ønsker spesialkost, må han eller hun selv ta dette opp med kriminalomsorgen.

3.3.4 Miljørettet helsevern

Miljørettet helsevern omfatter de faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Disse omfatter bl.a. biologiske, kjemiske og fysiske miljøfaktorer. Generelle bestemmelser om miljørettet helsevern finnes i [lov om folkehelsearbeid](#) (folkehelseoven) (40) kap. 3 med forskrifter 2003 nr. 486 og [veileder i miljørettet helsevern](#) IS-1104 (41). Disse omfatter både fengslenes og kommunenes ansvar for miljørettet helsevern.

Justisdepartementet har ansvar for at fengslene planlegges, bygges, tilrettelegges og drives på en helsemessig tilfredsstillende måte med hensyn til både innsatte, ansatte og øvrig befolkning. Forskriftene inneholder ellers funksjonelle bestemmelser om inneklimate, støy, renhold, sanitære anlegg samt om forebygging av skader og ulykker foruten smittsomme sykdommer.

Fengselshelsetjenesten vil kunne være konsulent for fengselsledelsen i spørsmål om miljørettet helsevern. Som del av kommunen og dens helsetjeneste skal fengselshelsetjenesten bidra i kommunens folkehelsearbeid, bl.a. til oversikten over helsetilstand og faktorer som kan påvirke denne, og med generell og individuell helseopplysning mv., jf. også lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

Kommunen fører tilsyn med miljørettet helsevern og kan nytte virkemidler som omhandlet i folkehelseloven kap. 3.

3.4 Øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester

[Helse- og omsorgstjenesteloven](#) § 3-2 lister opp tjenester kommunene skal kunne tilby for å oppfylle ansvaret etter lovens § 3-1. Nedenfor omtaler denne veilederen utvalgte lovpålagte kommunale tjenester.

3.4.1 Legevakt

Dersom det oppstår behov for akuttmedisinske tjenester når fengselshelsetjenesten ikke er tilgjengelig, skal de innsatte sikres nødvendig helsehjelp jf. pasient og brukerrettighetsloven § 2-1a og [forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus](#) (42).

Samarbeidsrutiner mellom kriminalomsorgens ledelse, øvrige ansatte og helse- og omsorgstjenesten i og utenfor fengselet, mht. håndtering av akuttmedisinsk beredskap, bør være skriftlig og implementert i driften. Det er viktig at kriminalomsorgens personell videreformidler innsattes anmodning om helsehjelp slik at vurderinger foretas av tilgjengelig helsepersonell. Det anbefales at den innsatte selv får anledning til å snakke direkte med helsepersonell ved legevakten.

Det kan være hensiktsmessig med et tett samarbeid og felles kompetanseutvikling mellom legevaktstjenesten og fengselshelsetjenesten.

3.4.2 Helsetjenester i hjemmet

Tilbud om helsetjenester i hjemmet er en lovpålagt kommunal oppgave, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 punkt 6a.

Tilstander og sykdommer som normalt ivaretas og behandles i pasientens eget hjem, vil i de fleste tilfeller også kunne ivaretas i fengselet. Når det gjelder innsatte i fengsel, vil dette i praksis kunne bety hjelp til personlig hygiene og sårskift. Når fengselshelsepersonell er til stede i fengselet, vil det være naturlig at disse utfører oppgavene eller varsler kommunen om behov for slike tjenester.

Dersom fengselshelsetjenesten ikke er til stede, er det kriminalomsorgen som må varsle kommunen for at den innsatte skal få nødvendige tjenester.

3.4.3 Sosial, psykososial og medisinsk rehabilitering

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 punkt 5 skal kommunen ha tilbud om sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering. Kommunen er pålagt å tilrettelegge tjenestene slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud, og at det er tilstrekkelig fagkompetanse i tjenestene. Tjenestene som tilbys skal være forsvarlige.

De innsatte har begrensede muligheter for å bevege seg fritt. De kan derfor ha særlig behov for å delta i tilrettelagt fysisk aktivitet. Enkelte steder har fengselshelsetjenesten forebyggende grupperettete rehabiliteringstilbud i form av tilpasset fysisk aktivitet, gjerne med rettledning av fysioterapeut eller annet kompetent personell.

I fengsel er det nødvendig at helse- og omsorgspersonell er bevisst på skillet mellom fysisk aktivitet som helsefremmende tiltak og fysioterapi som behandling. Helsedirektoratet har utgitt et tipshefte om [tilrettelegging og planlegging av fysisk aktivitet](#) for personer med psykisk lidelser og problemer (43) (IS-1670).

Ansatte i fengselshelsetjenesten må vurdere behovet hos de innsatte for sosial og psykososial habilitering og rehabilitering, og evt. sørge for at nødvendige tiltak iverksettes. Et tett samarbeid med kriminalomsorgen er formålstjenlig. Se også kap. 3.1.6 om utarbeidelse av individuell plan.

3.4.4 Svangerskaps- og barselomsorg

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har ansvar for at de innsatte som har behov for det, får nødvendige helse- og omsorgstjenester ved svangerskap og fødsel, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 som pålegger kommunen å ha tilbud om svangerskaps- og barselomsorgstjenester.

3.4.5 Helsestasjonstjeneste

I de kommuner hvor det er ungdom innsatt i fengsel, har disse rettigheter til helsestasjonstjenester tilsvarende øvrig ungdom i kommunen.

3.5 Tilretteleggelse for tiden etter løslatelse

Innsatte har ofte mange og sammensatte problemer. Derfor blir det viktig å planlegge løslatelsen. Særlig er personer med rusmiddelproblemer en utsatt gruppe.

Kriminalomsorgen har ansvar for tilbakeføringsgarantien og skal legge til rette for at de innsatte får utløst sine rettigheter. Samarbeidende etater er forpliktet til å yte sine tjenester i forhold til

de straffedømte på en slik måte og lokalisert slik at de kan ha rimelig mulighet til å gjøre seg nytte av dem.

Samhandlingsreformen gir grunnlag for et tverrfaglig samarbeid som kan ivareta den innsattes behov for sammensatte tjenester ved planlegging av løslatelsen. Viktige arbeidsredskap er koordinator, individuell plan (IP) og kriminalomsorgens fremtidsplan. Helse- og omsorgstjenesten i fengsel skal bidra i et tverrfaglig samarbeid om rehabilitering til innsatte som er i målgruppen for IP, og kan også, der det er hensiktsmessig, bidra i samarbeid om andre innsatte.

Samarbeidsinstanser er kriminalomsorgen, og kan også være sosialkonsulenter og tilbakeføringskoordinatorer internt i fengselet, samt eksterne samarbeidsparter som fastlege og den kommunale sosialtjenesten /NAV. Planleggingsarbeidet bør påbegynnes på et tidlig tidspunkt i soningen. Den innsatte må samtykke før formidling av taushetsbelagte opplysninger.

[Helse- og omsorgstjenesteloven](#) § 3-7 pålegger kommunen å medvirke til å skaffe boliger til personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet, herunder boliger med særlig tilpasning og med hjelpe- og vernetiltak for dem som trenger det på grunn av alder, funksjonshemming eller av andre årsaker.

3.6 Bemanning i helse- og omsorgstjenesten i fengsel

Generelt er det et større behov for helse- og omsorgstjenester for innsatte i fengsel enn hos befolkningen for øvrig. Dette skyldes sammensetningen i fengselspopulasjonen. Mange innsatte vil ha behov for helse- og omsorgstjenester fra flere fagprofesjoner.

Kommunen er ansvarlig for at det er tilstrekkelig bemanning i helse- og omsorgstjenesten i fengsel, og at helsepersonellet har den nødvendige kompetansen. Helsepersonell forutsettes å holde seg faglig oppdatert og bør ha kontinuerlig kontakt med fagmiljøer utenfor fengselet.

Nettsiden til [helsebiblioteket](#) bidrar med aktuelle temaer og har etablert et diskusjonsforum for helse- og omsorgstjenester i fengsel.

3.6.1 Leger

Fengselslegen, eller annen tilknyttet lege, har det medisinskfaglige ansvaret for helse- og omsorgstjenester til de innsatte. Legen har ansvaret for henvisninger til spesialisthelsetjenesten der det er nødvendig.

Arbeidet i fengsel innebærer særegne problemstillinger og utfordringer som krever spesiell erfaring, kompetanse og forståelse for de forholdene innsatte lever under. Fengselslegen bør kjenne til dette, og konsultasjonene bør bare unntaksvis foregå utenfor fengselet.

Fangselslegen skal tilby konsultasjon innen rimelig tid til alle innsatte som har behov for eller ønsker en legetime. Fengselslegen bør være en del av allmennlegetjenesten i kommunen for å sikre likeverdighet i helsetjenestetilbudet, og for å unngå faglig isolering. Det bør tilstrebes kontinuitet i fangselslegestillinger.

Den norske legeforening har i samarbeid med andre legeforeninger og internasjonale menneskerettighetsorganisasjoner utviklet et nettkurs for fangselsleger som omhandler aktuelle utfordringer innen fangselsmedisin. Nettkurset finnes på sidene til World Medical Association og heter "[Doctor Working in Prison: Human Rights and Ethical Dilemmas](#)".

3.6.2 Annet personell i helse- og omsorgstjenesten i fengsel

Sykepleiere i fangselshelsetjenesten bør ha kompetanse på psykisk helse og rus.

Innsatte i fengsel har rett til rehabilitering på linje med andre som er bosatt i kommunen. Fangselshelsetjenesten må vurdere behovet for rehabilitering og om nødvendig henvise til personell med relevant kompetanse f.eks. fysioterapeut. Det bør være tilrettelagt egnet lokale med nødvendig utstyr som muliggjør behandling i fengselet. I noen fangsler er det kommunalt ansatte fysioterapeuter.

I fangsler som ikke har fysioterapeut, må de innsatte ved behov henvises til fysioterapeut utenfor fengselet. Kriminalomsorgen eller politiet har ansvar for å sørge for sikkerhet i forbindelse med transport av innsatte. Der det ikke er tilbud i fengselet, kan det benyttes avtalefysioterapeuter.

3.7 Tannhelseundersøkelse og behandling

Omfanget av tannhelseproblemer blant innsatte er større enn i voksenbefolkningen for øvrig. Dette har sammenheng med manglende munnhygiene og tannbehandling i perioder. En stor andel av de innsatte har problemer med bruk av rusmidler.

Tannhelsetjenesten i fangsler bør ha følgende omfang:

- Nødvendig akuttbehandling ved behov, uansett oppholdets varighet.
- Forebyggende tiltak med sikte på at den innsatte skal unngå forverring av tannstatus mens vedkommende soner og som et ledd i rehabilitering til et liv i frihet.

- Tilbud om tannhelseundersøkelse og tannbehandling ved opphold lenger enn tre måneder.

Den offentlige tannhelsetjenesten skal gi tilbud om tannhelseundersøkelse samt nødvendig forebyggelse og kurativ tannbehandling til innsatte med opphold lenger enn tre måneder og nødvendig akutt tannbehandling ved behov uansett oppholdets varighet. Det er rimelig å avgrense tannhelsetiltak for innsatte slik at behandlingsplan og mer omfattende rehabiliterende tannbehandling tilbys først når fengselsoppholdet er av noe lenger varighet. Ved forventet langtidsopphold utover tre måneder bør en enklere orienterende tannhelseundersøkelse utført av helsepersonell inngå i den generelle inntakundersøkelsen. Det er derfor av betydning at helsepersonell får informasjon om hvorvidt det er forventet opphold over tre måneder. Det vises for øvrig til Rundskriv IK-28/98: [Rundskriv om tannhelsetjenesten for innsatte i fengsler](#) (15).

Som et ledd i rehabilitering til et normalt samfunnsliv skal behandlingstilbudet og behandlingsplan ta sikte på å opprette tannstatus som innebærer akseptabel oral helse. Tilbudet skal gis innenfor den samme standarden som fylkeskommunens tiltak for øvrige pasientgrupper og innenfor de økonomiske rammene som tilskuddet fra staten legger opp til.

Tannhelsetjenester kan gis enten i tannklinik i fengselet, eller ved fremstilling utenfor fengselet.

3.8 Spesialisthelsetjeneste

Det er et stort behov for kartlegging og utredning av innsatte i forhold til rus- og psykiske lidelser/problemer og somatisk sykdom. Tiden den innsatte soner kan gi gode rammer for å få til en god utredning, spesielt for personer med rusmiddelproblemer som under fengselsoppholdet i større grad vil være rusfrie.

De regionale helseforetakene er ansvarlig for å tilby de innsatte i fengsel helsehjelp på spesialisthelsetjenestnivå jf. [spesialisthelsetjenesteloven](#) (13) § 2-1 a og [pasient- og brukerrettighetsloven](#) § 2-1 b (18).

Ved behov for akuttinnleggelser vil det være hensiktsmessig at den innsatte innlegges i den helseregionen hvor fengselet ligger. Ved behov for mer langvarig behandling bør det vurderes om tilbudet fra spesialisthelsetjenesten kan gis i den regionen der den innsatte er hjemmehørende. Dette avhenger blant annet av type tjeneste, resterende soningstid og behov for oppfølging etter løslatelsen. Kriminalomsorgen vurderer dette med hensyn til straffegjennomføringen. Det er hensiktsmessig at behandling som iverksettes under soning og ikke er avsluttet før løslatelsen, følges opp i bostedskommunen etter løslatelsen.

Helsedirektoratet utarbeider og reviderer retningslinjer og veiledere innen rusmiddelfeltet og psykisk helsefeltet. Disse finnes på Helsedirektoratets hjemmeside.

3.8.1 Gjennomføring av straff i sykehus

Dersom legen vurderer at behandling av sykdom gjør det nødvendig med sykehusinnleggelse, kan kriminalomsorgen beslutte at straffen gjennomføres ved heldøgnsopphold i sykehus. Opphold i sykehus skal i utgangspunktet regnes som en del av straffetiden og skal ikke tas igjen etter utskriving, jf. [straffegjennomføringsloven](#) § 13.

Dersom lege anser at domfelte har behov for behandling i sykehus, skal kriminalomsorgen fremstille for innleggelse. Unntak kan være dersom det etter uttalelse fra lege anses medisinsk forsvarlig at innleggelsen utsettes til etter endt straffegjennomføring.

Tvungent psykisk helsevern kan anvendes dersom vilkårene i [lov om psykisk helsevern](#) (44) § 3-3 er oppfylt. Selv om lovens vilkår ellers er oppfylt, kan tvungent psykisk helsevern bare finne sted der det etter en helhetsvurdering fremtrer som den klart beste løsningen for vedkommende, med mindre han eller hun utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse. Ved vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet vil medføre for vedkommende.

3.8.2 Samtidige lidelser – sammensatte behov

Innsatte i fengsel er overrepresentert med hensyn til forekomsten av psykiske lidelser som angst, depresjon og psykoser, ofte i kombinasjon med rusmiddelproblemer og/eller store lærevansker. De er også overrepresentert når det gjelder forekomst av alvorlige personlighetsforstyrrelser (7).

Med denne sammensatte problematikken er det viktig at spesialisthelsetjenesten, fengselshelsetjenesten og ansatte i kriminalomsorgen tilstreber et godt og tett samarbeid, sammen med den innsatte, om felles mål. Individuell plan vil i mange tilfeller være aktuelt. Det er viktig at helsepersonellet som jobber med innsatte i fengsel har grunnleggende kunnskaper om sykdomsforekomst i fengselspopulasjonen og god kjennskap til innsattes livssituasjon og helsetilstand. Innsatte med alvorlig psykisk lidelse eller mistanke om dette skal henvises videre for behandling og/eller utredning.

For mer informasjon om psykisk helsearbeid for voksne henvises til veileder IS-1332 "[Psykisk helsearbeid for voksne i kommunen](#)" (45). Denne veilederen vil bli erstattet av ny veileder om psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne i kommunene, sannsynligvis i 2013.

For innsatte med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse henvises til retningslinje IS-1948 "[Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser](#)" (46).

3.8.3 Hyperkinetisk forstyrrelse / AD/HD

I følge diagnosesystemet ICD-10 er AD/HD eller hyperkinetisk forstyrrelse karakterisert ved de tre kjernesymptomene; konsentrasjonssvikt, hyperaktivitet og impulsivitet. AD/HD står for Attention Deficit / Hyperactivity Disorder. For mer informasjon vises til IS-1244 "[Veileder for diagnostisering og behandling av AD/HD](#)" (47). Denne skal revideres og ventes ferdig våren 2014.

Det er spesialisthelsetjenesten som fastsetter endelig diagnose og igangsetter eventuell behandling med legemidler. Deretter kan ansvaret overføres til fastlegen.

Innsatte med AD/HD har samme rettigheter til utredning og behandling som andre pasienter. For dem vil medisinsk oppfølging og rekvirering av legemidler være fengselslegens ansvar, med noen unntak, se kap. 4.2 om varetektsinnsatte.

Dersom den innsatte er ferdig utredet og har startet med behandling før innsettelsen, vil det i noen tilfeller være naturlig at fastlegen rekvirerer aktuell medikasjon.

Oppfølging etter løslatelsen vil være svært viktig. Etter samtykke fra pasienten kan fengselslegen ta kontakt med pasientens fastlege for videre oppfølging etter løslatelsen. Særlig bør man være oppmerksom på varetektsinnsatte som kan løslates på kort varsel.

Det skal ikke gis behandling med sentralstimulerende legemidler til personer som aktivt ruser seg. Tre måneders rusfrihet skal dokumenteres før oppstart.

3.9 Rusmiddelproblemer

De innsatte er overrepresentert med hensyn til forekomst av rusmiddelproblemer, ofte i kombinasjon med psykiske lidelser.

Det er utarbeidet et felles retningsgivende rundskriv med betegnelsen [G-8 2006](#) (48) fra de berørte departementer om samarbeid mellom kommunenes helse- og sosialtjeneste, spesialisthelsetjenesten og kriminalomsorgen når det gjelder innsatte som har rusmiddelproblemer. De fleste kriminalomsorgsregioner og helseregioner har utarbeidet regionale avtaler om ansvaret for denne gruppen innsatte.

For kommunenes rusmiddelpolitiske handlingsplaner vises til "[Veileder for kommunal rusmiddelpolitisk handlingsplan](#)" IS-1362 (49).

Fengselslegen skal henwise innsatte til spesialisthelsetjenesten dersom det vurderes at det er behov for utredning og/eller behandling av rusmiddelproblemer. Behandlingen og utredningen kan gis poliklinisk i fengselet og/eller på institusjonen, Se kap. 3.10.4.

Kriminalomsorgen har opprettet rusmestringsenheter i flere fengsler. Rusmestringsenheter omtales nærmere i kap. 3.10.1.

3.9.1 Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

Substitusjonsbehandling med metadon eller buprenorfin i legemiddelassistert rehabilitering (LAR), er en viktig del av behandlingstilbudet til opioidavhengige. LAR er både en medikamentell og psykososial behandlingsmetode for opioidavhengighet. Alle opioidavhengige skal få tilbud om vurdering for LAR. Substitusjonsbehandlingen i Norge foregår hovedsakelig innenfor rammen av LAR slik dette er beskrevet i [LAR- forskriften](#) (50) og [LAR- retningslinjen](#) (51). Fengselet kan være en god arena for henvisning, vurdering og eventuelt oppstart av substitusjonsbehandling i regi av LAR.

Det regionale helseforetak er ansvarlig for vurderinger av oppstart, vedlikehold og eventuelt avslutning av LAR. Både opp- og nedtrapping av substitusjonslegemiddelet skal derved skje i samråd med spesialisthelsetjenesten. Etter stabilisering på substitusjonslegemiddel skal pasienten normalt følges opp av fengselslegen/fastlegen i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Påbegynt substitusjonsbehandling kan kun avsluttes av spesialisthelsetjenesten, eller etter pasientens ønske.

Når den innsatte er godkjent for LAR ved innsettelsen, skal fengselshelsetjenesten bidra til at behandlingen videreføres. Ved oppstart i fengsel bør det vurderes om det er mest hensiktsmessig at fengselslegen blir den forskrivende / ansvarlige lege. Det må da kvalitetssikres at den innsatte får nødvendig oppfølging / forskrivning etter løslatelsen.

Administrasjonen av LAR - legemiddel skal ivaretas av helsepersonell, eventuelt fengselsbetjenter eller annet personell som har fått nødvendig opplæring som helsepersonells medhjelper.

Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder om utlevering av substitusjonslegemiddel: "[Utlevering av substitusjonslegemiddel i og utenfor LAR](#)". (IS – 2022) (52). Den erstatter IS-1255: "Veileder for apotekansatte i forbindelse med legemiddelassistert rehabilitering (LAR)" (53).

En særlig utfordring utgjør innsatte med rusmiddelproblemer som er under "uformell substitusjonsbehandling" hos sin fastlege og ønsker å videreføre behandlingen i fengselet. Slike pasienter må enten henvises til vurdering hos LAR, eller trappes ned på en faglig forsvarlig måte. Fastlegen bør informeres.

For gravide vises til "[Nasjonal retningslinje for gravide i legemiddelassistert rehabilitering \(LAR\) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder](#)" (IS-1876) (54).

3.9.2 Somatisk sykdom relatert til rusmiddelproblemer og psykiske lidelser/problemer

En rekke undersøkelser viser at personer med alvorlige rusproblemer også har dårlig somatisk og psykisk helse. En undersøkelse i Oslo har vist at underernæring varierer fra 5 % til 30 %. Moderat og alvorlig undervekt var mest fremtredende blant kvinner. Det er påvist svært lavt inntak av en rekke vitaminer, foruten fiber og protein (55). Infeksjonssykdommer, særlig hepatitt B og C (56), er utbredt blant personer som tar stoff med sprøyte. Langvarig og/eller høyt forbruk av alkohol kan gi alvorlige somatiske skadevirkninger. Alkoholabstinenser kan også gi alvorlige bivirkninger som utvikling av delirium tremens.

Samtidig forekomst av problemer med psykisk helse er vanlig i denne pasientgruppa.

Ubehandlet kan slike problemer være en viktig hindring for at pasientene kan nyttiggjøre seg behandlingstiltak rettet mot rusmiddelproblemene. For å oppfylle kravet om nødvendig helsehjelp bør innsatte med rusmiddelproblemer normalt henvises til utredning også for sin somatiske og psykiske helse. Det er viktig at helsepersonellet i fengselet har kunnskaper om og fokus på somatisk sykdom blant innsatte. Fengselsoppholdet med allsidig kosthold og nødvendig behandling kan bidra til bedret helsesituasjon for mange av dem som har rusmiddelproblemer.

3.10 Kriminalomsorgens oppgaver

Kriminalomsorgen har iverksatt en rekke tiltak for å forebygge ny kriminalitet blant innsatte, bedre soningsforholdene for innsatte med spesielle behov og bidra til at soningstiden benyttes til rehabiliteringstiltak. Tiltakene omtales utfyllende i [Stortingsmelding nr. 37 \(2007-2008\)](#) 37 (2007-2008) Straff som virker – mindre kriminalitet – tryggere samfunn (57).

Blant disse tiltakene er et prøveprosjekt med etablering av ungdomsenheter. Det skal etableres til sammen ti plasser, i utgangspunktet fire i Bergen og seks på østlandsområdet. Se mer i kap. 3.10.2.

Kriminalomsorgen arbeider også aktivt mht. innsattes rusmiddelproblemer. Hovedstrategien i arbeidet er, ifølge kriminalomsorgens russtrategi, å øke kriminalomsorgens egne rehabiliteringstiltak, blant annet ved mer bruk av narkotikaprogram med domstolskontroll samt § 12 soning. Det er også etablert 2 Stifinnerenheter og 13 rusmestringsenheter, se kap 3.10.1.

Kriminalomsorgen har ansvar for et varierende antall personer som av ulike grunner bør undergis en tettere oppfølging. Utfordringene knytter seg særlig til noen grupper:

- Personer med en borderline-diagnose som har psykotiske gjennombrudd i fengsel, men som i et sykehus med et terapeutisk miljø klarer å kontrollere symptomene.
- Personer med store personlighetsforstyrrelser og mye utagering som kan være farlige for seg selv og andre.
- Personer med lett psykisk utviklingshemming.

3.10.1 Rusmestringsenhet i fengsel

Det er opprettet rusmestringsenheter i 13 fengsler. Kriminalomsorgen har ansvaret for drift av enhetene. Enhetene er tverrfaglig bemannet med personell fra kriminalomsorgen og helsepersonell ansatt i spesialisthelsetjenesten. Behandlingen består av samtaler enkeltvis og i grupper, miljøarbeid og eventuelt medisiner. Den kommunale helsetjenesten i fengselet bør delta i samarbeid og oppfølging av denne gruppen innsatte.

Det ble høsten 2013 utarbeidet rundskriv for rusmestringsenhetene med tittelen: «*Rammebetingelser for drift av rusmestringsenheter i fengsel. Samarbeid mellom Kriminalomsorgen, spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.*» Dette rundskrivet er å finne på [Kriminalomsorgsdirektoratets hjemmesider](#) under rusmestringsenheter.

Kriminalomsorgen og Helsedirektoratet samarbeider om utvikling av en veileder for rusmestringsenhetene. Denne forventes ferdig i 2014.

3.10.2 Ungdomsenheter i fengsel

Regjeringens mål er at barn ikke skal i fengsel (58). Bare unntaksvis og for en kortere periode kan det forsvares å sette ungdom under 18 år i fengsel. FNs barnekonvensjon gjelder for barn under 18 år. Kriminalomsorgens årsstatistikk 2012 viser likevel at det har vært 70 innsettelse⁵ av 51 barn.

Høsten 2013 hadde bare Bergen fengsel et spesialtilpasset tilbud for barn under 18 år med 4 plasser. Avdelingen er skjermet fra øvrige innsatte og er tilknyttet eget helsepersonell. Det skal etableres tilbud på Østlandet, men plassering er ikke bestemt.

For mer informasjon om ungdom i fengsel henvises til stortingsmelding 37 (2007-2008) (kriminalomsorgsmeldingen) og stortingsmelding 20 (2005-2006) om "[Alternative straffereaksjoner overfor unge lovbrøytarar](#)".

⁵ Flere barn har vært innsatt flere ganger.

3.10.3 Fremstilling til helsehjelp utenfor fengselet

For at den innsatte skal motta nødvendig helsehjelp, kan det i noen tilfeller være påkrevd med helsetjeneste utenfor fengselet. Den innsatte må da "fremstilles", dvs. følges av politi eller fengselsbetjenter, eller det kan gis helsehjelp under permisjoner. Kriminalomsorgen eller politi har ansvar for å vurdere sikkerhet og evt. vakthold i forbindelse med transport, undersøkelse og behandling.

Ett av grunnprinsippene i de europeiske fengselsreglene er at manglende ressurser ikke rettfærdiggjør krenkelse av de innsattes menneskerettigheter (21). Pkt. 46.1 sier at "*Syke innsatte som har behov for spesialistbehandling, skal overføres til spesialiserte institusjoner eller til sivile sykehus når slik behandling ikke er tilgjengelig i fengsel*".

Det er viktig at fengselshelsetjenesten og kriminalomsorgen samarbeider godt slik at pasienten får innfridd sine rettmessige krav på nødvendig helsehjelp, og at dette gjennomføres på en sikkerhetsmessig forsvarlig måte. Kriminalomsorgen og fengselshelsetjenesten i det enkelte fengsel bør utarbeide rutiner for fremstilling ved behov for helsehjelp.

Fengselslegen/helsepersonellet må definere hvor raskt pasienten trenger helsehjelp, særlig i de tilfellene hvor det er behov for øyeblikkelig hjelp. Ved eventuell uenighet mht. fremstillinger, se kap. 2.10.1 om håndtering av uenighet mellom fengselshelsetjenesten og kriminalomsorgen.

Ved fremstilling av varetektsinnsatte er det politiet som har ansvaret for å bistå. Se kap. 4.2 om varetektsinnsatte og kap. 5.1.5 når det gjelder finansiering.

3.10.4 Straffegjennomføringsloven § 12

Dersom innsatte har behov for behandling som ikke kan tilbys innenfor kriminalomsorgen, kan straffen i særlige tilfeller helt eller delvis gjennomføres ved heldøgnsopphold i institusjon⁶, eksempelvis rusbehandling, bo- og/eller arbeidstrening. Dette gjelder særlig innsatte med rusmiddelproblemer, ofte sammen med lettere psykiske problemer, atferdsforstyrrelser og/eller tilpasningsproblemer.

Institusjonen må godkjennes av kriminalomsorgen. Overføring til institusjon kan skje når som helst under straffegjennomføringen. Oppholdet bør normalt ikke vare mer enn tolv måneder, men kan forlenges ved særlige og tungtveiende grunner, se [forskrift til lov om straffegjennomføring](#) § 3-5 (25). Fengselslegen har ansvar for nødvendige henvisninger til spesialisthelsetjeneste.

⁶ "Straffen kan i særlige tilfeller helt eller delvis gjennomføres ved heldøgnsopphold i institusjon dersom oppholdet er nødvendig for å bedre domfeltes evne til å fungere sosialt og lovlidig, eller andre tungtveiende grunner taler for det. Den domfelte skal kunne holdes tilbake mot sin vilje og hentes tilbake ved unnvikelse, om nødvendig med tvang og med bistand fra offentlig myndighet. Kriminalomsorgen skal ikke beslutte slik gjennomføring hvis sikkerhetsmessige grunner taler mot det eller det er grunn til å anta at domfelte vil unndra seg gjennomføringen." (Straffegjennomføringsloven § 12.)

Kriminalomsorgen har beslutningsrett mht. § 12-soning, men legens medisinskfaglige opplysninger vil utgjøre en viktig del av kriminalomsorgens beslutningsgrunnlag. For råd og anvisninger vedrørende legeerklæringer henvises til rapport for [vurdering av bruk av sakkyndig helsepersonell innen justissektoren](#) (59).

4. SPESIELLE UTFORDRINGER

4.1 Taushetsplikt og samarbeid

Helse- og omsorgspersonell omfattes av forvaltningslovens alminnelige regler om taushetsplikt som gjelder alle ansatte i offentlig forvaltning. I tillegg har helse- og omsorgspersonell taushetsplikt etter [helsepersonelloven](#) § 21 (16) og ”skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell”. Helsepersonellovens bestemmelser gjelder tilsvarende også for annet personell som yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven.

Taushetsplikten kan fravikes hvis pasienten samtykker til det, jf. helsepersonelloven § 22. Det skal i så fall foreligge et informert samtykke, dvs. at pasienten blant annet er kjent med hvilke opplysninger som skal videreformidles, og hvem opplysningene skal formidles til. Noen lovbestemmelser gir helsepersonell rett eller plikt til å viderebringe taushetsbelagte opplysninger i spesielle situasjoner. Helsepersonelloven § 23 nr. 4 sier at taushetsplikt ikke er til hinder for at opplysninger gis videre når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør dette rettmessig. Det er bare i spesielt alvorlige tilfeller det kan være aktuelt å sette til side taushetsplikten etter denne bestemmelsen. Det kan for eksempel være situasjoner der helsepersonell vurderer det som helt nødvendig å gi slike opplysninger for å forhindre suicid eller for å avverge alvorlig skade på den innsatte selv eller andre.

Helsepersonell som yter helsehjelp kan ha en lovpålagt opplysningsplikt, se helsepersonelloven kap. 6 (16). Det gjelder for eksempel i forhold til barneverntjenesten når det er grunn til å tro at et barn blir utsatt for mishandling i hjemmet eller andre former for alvorlig omsorgsvikt.

Ved fare for overføring av allmennfarlige smittsomme sykdommer gjelder egne bestemmelser om fritak fra taushetsplikt. Informasjon skal så langt som råd baseres på pasientens samtykke og medvirkning, se [smittevernloven](#) § 2-2 (33). Hvis pasienten ikke samtykker, kan legen likevel på visse vilkår gi opplysning om smittestatus og andre opplysninger som er helt nødvendige av hensyn til smittevernet. Loven angir nærmere vilkårene for å formidle taushetsbelagte opplysninger, og hvem som kan informeres.

4.1.1 Taushetsplikt i forhold til kriminalomsorgen

Kriminalomsorgens ansatte er ikke underlagt samme lov- og forskriftsverk som helsepersonell mht. taushetsplikt, men omfattes av forvaltningslovens alminnelige regler om taushetsplikt, jf. [forvaltningsloven](#) § 13, som gjelder alle ansatte i offentlig forvaltning (60). Ansatte i kriminalomsorgen har også taushetsplikt etter straffegjennomføringslovens § 7.

Uten at det foreligger hjemmel for å gjøre unntak fra helsepersonells taushetsplikt, skal helsepersonell ikke formidle til fengselets ledelse eller andre ansatte i kriminalomsorgen opplysninger om helsemessige og andre personlige forhold som de har mottatt som helsepersonell.

I enkelte undersøkelses- og behandlingssituasjoner vil det være nødvendig at ansatte fra kriminalomsorgen er tilstede for å ivareta helse- og omsorgspersonellens sikkerhet i forbindelse med undersøkelsen/behandlingen. I slike tilfeller kan det være et motsetningsforhold mellom kravet til tilstedeværelse av ansatte fra kriminalomsorgen og helsepersonellovens taushetspliktbestemmelser. Dette kan løses ved at pasienten gir sitt samtykke til tilstedeværelsen og at samtykket journalføres.

Dersom pasienten motsetter seg at ansatte fra kriminalomsorgen er til stede, må det vurderes av helse- og omsorgspersonell om undersøkelse/behandling kan gjennomføres uten ansatte fra kriminalomsorgen. Dersom helsepersonell finner at fengslesbetjenter likevel må være tilstede for at undersøkelsen eller behandlingen skal kunne gjennomføres, må begrunnelsen journalføres. Dersom pasienten fortsatt nekter undersøkelse/behandling med ansatte fra kriminalomsorgen til stede, må pasienten informeres om eventuelle konsekvenser også når det gjelder eventuelle prognoser, og dette må journalføres.

Straffegjennomføringsloven § 7 a punkt c) gir kriminalomsorgen rett til å innhente opplysninger fra helsepersonell hvis opplysningene er "strengt nødvendige for å avverge fare for liv og helse for den innsatte selv, andre innsatte og tilsatte" (17). Dette gjelder for eksempel medisinske opplysninger som kan være nødvendige for å bidra til å forhindre overdosedødsfall, selvmord og smittespredning, men kan også gjelde psykiske lidelser eller andre forhold.

Bestemmelsen i § 7 a punkt c innebærer ikke at helsepersonell er forpliktet til å gi kriminalomsorgen alt de ønsker av opplysninger. Siden det er et vilkår at opplysningene skal være "strengt nødvendige for å avverge fare for liv og helse" vil taushetsplikten vanligvis gjelde også overfor kriminalomsorgen.

Helsepersonell må vurdere hvilke opplysninger som kan unntas taushetsplikt, og har ansvar for at taushetsbelagte opplysninger ikke viderefordles i større omfang enn nødvendig. Kriminalomsorgen må konkretisere hva slags opplysninger de ønsker.

Den innsatte kan selv gi samtykke til formidling av taushetsbelagte opplysninger. Samtykke må innhentes når det er en situasjon hvor det er aktuelt med taushetsfritak. Den innsatte skal ikke skrive under på et generelt fritak til at fengselshelsetjenesten kan formidle taushetsbelagte opplysninger til kriminalomsorgen. Fengselshelsetjenesten bør imidlertid oppfordre varetektsinnsatte og domfelte til å informere kriminalomsorgen om særlige behov knyttet til hennes/hans helsetilstand.

4.1.2 Samarbeidende personell

Ifølge helsepersonelloven § 25 kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp, hvis ikke pasienten motsetter seg det. Bestemmelsen er blant annet aktuell i forholdet mellom helsepersonell og deres medhjelpere etter helsepersonelloven § 5 og i tverretattlig samarbeid innenfor kommunen.

Ansatte i kriminalomsorgen vil kunne anses som medhjelpere der de bistår helsepersonell i konkrete situasjoner og står under helsepersonells instruksjon og kontroll. Det kan for eksempel oppstå en situasjon som må håndteres mens helsepersonell ikke er til stede i fengselet, og der helsepersonell kan gi de ansatte i fengselet veiledning over telefon. De ansatte i kriminalomsorgen vil ikke være å anse som medhjelpere ved utdeling av legemidler som de innsatte selv ville hatt ansvar for utenfor fengselet. For utfyllende informasjon om legemidler, se kap. 3.2.

Dersom pasienten ikke motsetter seg det, skal relevante og nødvendige helseopplysninger formidles til fastlegen eller til andre som skal yte helsehjelp til pasienten, i den grad det er nødvendig for å kunne gi pasienten forsvarlig helsehjelp, jf. helsepersonelloven § 45. Det er særlig viktig med informasjon om hva slags utredninger/undersøkelser som er gjort og at endringer i bruk av legemidler m.m., videreformidles til fengselshelsetjenesten etter utskrivning fra eller undersøkelse i spesialisthelsetjenesten.

Helsedirektoratet anbefaler at det så langt det er mulig innhentes samtykke fra pasienten der det er tvil om pasienten aksepterer at taushetsbelagte opplysninger skal formidles til samarbeidende personell. Samtykke bør journalføres. Hvis helseopplysninger skal, oversendes til annet helsepersonell ved overflytting til nytt fengsel eller løslatelse fra fengsel, bør det opplyses at samtykke er innhentet og omfanget av samtykket.

Fengselshelsetjenesten bør utarbeide rutiner slik at journalopplysninger så raskt som mulig kan følge den innsatte ved overføring til annet fengsel eller institusjon. Ved løslatelse bør helseopplysninger oversendes fastlegen dersom pasienten samtykker til dette. Samarbeidsavtaler mellom kommunen, spesialisthelsetjenesten og kriminalomsorgen bør inneholde rutiner for utveksling av slik informasjon.

Ved uenighet mellom fengselshelsetjenesten og kriminalomsorgen mht. håndtering av helsehjelp til den innsatte henvises til kap. 2.10.1: Håndtering av uenighet mellom fengselshelsetjenesten og kriminalomsorgen.

4.2 Varetekt

Varetektsinnsatte utgjør ca. 1/3 av alle nyinnsettelse og er en særlig sårbar gruppe (61). De kan ikke innvilges permisjon, frigang eller overføring til åpent fengsel. De vil den første tiden ofte være underlagt ytterligere frihetsinnskrenkninger, som brev- og besøksforbud eller besøkskontroll.

Søvnproblemer, angst, depresjon og anspenthet med hodepine og nakke/ryggsmerter er vanlige lidelser blant innsatte i varetekt. Plagene knyttes til inaktivitet, usikkerhet og "tankekjør" som følge av stressituasjonen ved det å være innesperret. Personer med rusproblemer kan også ha abstinensproblematikk.

Det er registrert ti selvmord i fengsler i perioden 2008 – 2010, syv av disse i varetekt. De fleste selvmord skjer i løpet av de første tre ukene etter innsettelsen (62;63). Dette utløser et særlig ansvar hos kriminalomsorgen, politiet og helsetjenesten i fengselet for at de innsatte får nødvendig helsehjelp. Helsedirektoratet fikk i 2012 ansvar for å utarbeide en handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading. Handlingsplanen ferdigstilles sannsynligvis i 2013.

Varetektsinnsatte har i følge straffegjennomføringsloven (17) § 51 adgang til å bli behandlet av sin egen lege eller tannlege "dersom det er rimelig grunn til det". Dette er også i tråd med de europeiske fengselsreglene⁷. Det fremgår av forarbeidene til loven at departementet forutsetter at § 51 skal forstås slik at legen/tannlegen rent faktisk må møte opp i fengslet for å behandle den varetektsinnsatte. Det bør imidlertid legges til rette for at den varetektsinnsatte kan fremstilles for den private legen/tannlegen i den grad det anses sikkerhetsmessig forsvarlig og politiet/fengselet har ressurser til det, og dersom det er rimelig grunn til det.

Mens fremstilling av domsinnsatte er kriminalomsorgens ansvar, er det politiet som har ansvaret for å bistå ved fremstilling av varetektsinnsatte. Rutiner for fremstilling av varetektsinnsatte for nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, bør avtales med politiet, slik at den innsatte får den helsehjelp han eller hun har krav på.

Det kan ellers være hensiktsmessig at varetektsinnsatte behandles av fengselslegen på lik linje med de domsinnsatte, da det kan by på geografiske og praktiske utfordringer å benytte seg av

⁷ R (87) 3 Europarådet artikkel 98.

egen fastlege. Ved bruk av eksterne behandlere er samarbeid med fengselshelsetjenesten viktig av ovenfor nevnte grunner.

Helsepersonellet i fengsel bør følge varetektsinnsatte nøye opp.

Se for øvrig kap. 3.2.7 «Legemidler til varetektsinnsatte».

4.3 Isolasjon – utelukkelse fra fellesskapet

Ved isolasjon kan det oppstå motsetninger mellom fengselets straffe- og bevokningsoppgaver og hensynet til den innsattes helse (61). Isolasjon kan være et resultat av rettens vedtak om fengslingen, eller en reaksjon fra kriminalomsorgen i henhold til straffegjennomføringsloven § 37.

Det er påvist at innsatte som under et fengselsopphold er atskilt fra fellesskapet, preges av større psykisk belastning enn de som ikke er underlagt slike restriksjoner (1;64). Symptomene kan endres og utvikles over tid, og individuelle reaksjoner og evne til mestring vil variere. Negative helseeffekter kan oppstå etter bare noen dager i isolasjon, og helserisikoen stiger for hver dag (61).

Innsatte som er helt utelukket fra fellesskapet, skal flere ganger daglig ha tilsyn av ansatte i kriminalomsorgen. Lege skal varsles uten ugrunnet opphold om utelukkelse fra fellesskapet, i følge straffegjennomføringsloven § 37.

I følge kriminalomsorgens retningslinjer til straffegjennomføringsloven (24), skal lege snarest se til den innsatte som er helt utelukket fra fellesskapet, dersom det foreligger opplysninger som tyder på at innsatte er syk eller for øvrig trenger legehjelp. Helsepersonell skal varsle fengselsledelsen dersom innsattes fysiske eller psykiske helsetilstand tilsier lemping i tiltaket eller iverksettelse av alternative tiltak.

De europeiske fengselsreglens regel nr. 43.2, fastslår at lege, eller en sykepleier ("qualified nurse") som rapporterer til legen, skal legge særskilt vekt på helsen til innsatte som holdes i isolat. De skal besøke innsatte i isolat daglig og gi dem omgående medisinsk bistand og behandling når disse innsatte eller de fengselsansatte anmoder om det, sier de europeiske fengselsreglene.

Helsedirektoratet anbefaler at de ansatte i helse- og omsorgstjenesten i fengselet skal se til en innsatt på isolasjon når det er medisinske grunner for tilsyn. Det kan være når den innsatte ber

om det, eller når opplysninger fra kriminalomsorgen eller andre gir grunn til å tro at den innsatte har behov for tilsyn.

Fengselshelsetjenesten bør følge særskilt med på den fysiske og psykiske helsesituasjonen til innsatte som sitter isolert. Det gjelder også innsatte som av forskjellige årsaker selv har valgt å isolere seg fra fellesskapet.

Helsepersonell i fengselet bør ikke uttale seg på forhånd om det vil være forsvarlig å utelukke en innsatt fra fellesskapet eller å fortsette å holde en person isolert. Uttalelser bør være basert på tilsyn som er gjennomført på medisinske indikasjoner.

4.4 Tolk

Ca. 30 % av alle innsatte har utenlandsk bakgrunn. Bruk av tolk kan være helt avgjørende for at pasientens rettigheter og helsepersonellens plikter skal kunne oppfylles.

Det er helsetjenesten som har hovedansvaret for at kommunikasjonen er entydig og forståelig, jf. helsepersonelloven § 10 (16) og pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5 og § 3-2 (18). Helse- og omsorgspersonell har ansvar for å vurdere behovet for og bestille kvalifisert tolk i møte med personer med begrensede norskkunnskaper, samiskspråklige nordiske statsborgere, døve, hørselshemmede og døvblinde.

Tolken skal utføre sitt arbeid i overensstemmelse med retningslinjer for god tolkeskikk som definerer og avgrenser tolkens ansvarsområde. For tegnspråktolkene gjelder Tolkeforbundets yrkesetiske retningslinjer.

Barn, familiemedlemmer, venner eller andre innsatte skal ikke brukes som tolk. I utgangspunktet bør heller ikke ansatte med aktuell minoritetsspråklig bakgrunn benyttes som tolk da disse ikke er kvalifiserte tolker.

Det er viktig å etterspørre tolk med dokumenterte kvalifikasjoner. Som et minimumskrav bør tolken stå oppført i [nasjonalt tolkeregister](#) som er et innsynsregister med oversikt over tolkers formelle kompetanse. Det finnes en egen tolketjeneste for døve, hørselshemmede og døvblinde. Tjenesten er organisert i NAV Hjelpemiddelsentraler i alle fylker.

Frammøtetolking er i de fleste tilfeller å foretrekke. Når kvalifisert tolk ikke er tilgjengelig lokalt, kan tolking via skjerm og telefon være et alternativ. For at telefontolking skal fungere tilfredsstillende, er det noen minimumskrav som må være oppfylt. Det tekniske utstyret må være tilfredsstillende, og det må sikres at tolken befinner seg på egnet/skjermet sted, av hensyn

til taushetsplikten. Tolkning via telefon er særdeles krevende for tolken, og det er derfor spesielt viktig at tolken gis mulighet til å forberede seg på samtalens tematikk før selve samtalen starter. Fjerntolkning er også en mulighet for døve innsatte, forutsatt at fengselet har bildetelefonutstyr eller 3G mobil (mer informasjon på www.nav.no/Helse/Hjelpemidler/Tolketjenesten).

For mer informasjon om lovgrunnlag, bestilling, bruk og betaling av tolk i helsetjenesten, se [Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse og omsorgstjenestene](#) IS-1924 (65), og [veileder om helsetjenestetilbudet til flyktninger asylsøkere og familiegjenforente](#) IS-1022 (66) og [IMDi](#).

Finansiering av tolketjenester omtales i kap. 5 om økonomi.

4.5 Sultestreik

Helsepersonellet har plikt til å yte øyeblikkelig hjelp. Det følger av helsepersonelloven § 7 som sier at *”Helsepersonell skal straks gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig. Med de begrensninger som følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-9, skal nødvendig helsehjelp gis selv om pasienten ikke er i stand til å samtykke, og selv om pasienten motsetter seg helsehjelpen”*⁸.

Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-9 har en pasient på grunn av alvorlig overbevisning rett til å nekte å motta blod eller blodprodukter eller til å nekte å avbryte en pågående sultestreik. Helsepersonellet må forsikre seg om at pasienten er myndig, og at vedkommende er gitt tilfredsstillende informasjon og har forstått konsekvensene for egen helse ved behandlingsnektelsen.

Pasientens rett til å nekte å avbryte en pågående sultestreik med grunnlag i en alvorlig overbevisning, vil gå foran helsepersonells plikt til å yte øyeblikkelig hjelp.

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.

Dersom den innsattes helsetilstand som følge av væske- og/eller næringsvegning utvikler seg i livstruende retning, må innleggelse på sykehus vurderes.

⁸ 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.

World Medical Association (W.M.A.) utarbeidet i 1991 etiske retningslinjer for helsepersonells håndtering av faglige og etiske utfordringer. W.M.A. har også utarbeidet et nettkurs som omhandler fengselsmedisin, og sultestreikspørsmålet.

4.6 Undersøkelse for å avdekke bruk av rusmidler mv.

Straffegjennomføringsloven § 29 har regler om tvungne undersøkelser for avdekking av bruk av rusmidler m.v. Kriminalomsorgen kan pålegge domfelte som gjennomfører straff å avgi urinprøve, utåndingsprøve og blodprøve eller å medvirke til andre undersøkelser som kan skje uten fare, eller særlig ubehag, for å avdekke ulovlig bruk av rusmidler, bedøvelsesmidler, hormonpreparater eller andre kjemiske stoffer.

Dersom det er sannsynlig at en innsatt skjuler rusmidler, bedøvelsesmidler, hormonpreparater eller andre kjemiske stoffer i kroppen, som ikke er lovlig forskrevet, kan kriminalomsorgen beslutte at domfelte skal settes i enerom med spesialtoalett. Uttalelse fra lege (fengselslege eller legevaktslege) skal være innhentet og tatt i betraktning før tiltaket blir satt i verk. Ifølge straffegjennomføringsloven § 29 skal domfelte under oppholdet ha jevnlig tilsyn av helsepersonell.

På bestemte vilkår kan kriminalomsorgen også beslutte at det skal foretas kroppslig undersøkelse eller andre tiltak for å bringe frem stoff som ikke er lovlig forskrevet. Inngrepet kan bare utføres av helsepersonell. Samtykke fra regionalt nivå skal foreligge hvis det er praktisk mulig. Uttalelse fra lege skal også her være innhentet og tatt i betraktning før tiltaket iverksettes.

Ifølge norsk helselovgivning er det kun helsepersonell som kan ta blodprøver og visse andre undersøkelser.

Radiologiske undersøkelser kan benyttes for å påvise ulovlig stoff skjult i kroppen når det er sannsynlig at den domfelte skjuler stoffer som ikke er lovlig foreskrevet. Undersøkelsen må i så fall rekvireres av lege som skal vurdere om bruken av stråling er berettiget, jf. strålevernloven § 13 (67).

Tvungen kroppslig undersøkelse og lignende tiltak som beskrevet ovenfor, er etisk utfordrende og kan bringe helsepersonell og innsatte i en situasjon som svekker den nødvendige tilliten i behandlingsforholdet

Oppgaver som skal utføres av helsepersonell i henhold til straffegjennomføringsloven § 29, bør derfor praktisk løses ved bruk av helsepersonell som ikke har tilknytning til

fengselshelsetjenesten eller har en behandlerrolle overfor den innsatte. Fengselshelsetjenesten bør heller ikke involveres i forkant av tvungen undersøkelse og behandling.

Dersom det er behov for røntgenundersøkelse ved mistanke om stoff i kroppens hulrom, bør dette rekvireres av andre enn fengselslegen. Fengselsledelsen bør inngå avtale med helseforetaket/røntgenavdeling om hvordan dette praktisk kan løses.

4.7 Bruk av tvangsmidler i fengsel

I følge straffegjennomføringsloven § 38 kan kriminalomsorgen ta i bruk sikkerhetscelle, sikkerhetsseng eller andre godkjente tvangsmidler for å avverge alvorlige angrep eller skade på person, trusler eller betydelig skade på eiendom, rømningsfare m.m. Kriminalomsorgen skal bare bruke tvangsmidler dersom forholdene gjør det strengt nødvendig, og dersom mindre inngripende tiltak forgjeves har vært forsøkt eller åpenbart vil være utilstrekkelig. Tvangsmidler skal brukes med varsomhet slik at ingen blir påført unødig skade eller lidelse. Uttalelse fra lege skal så vidt mulig innhentes og tas i betraktning ved vurderingen av om det skal besluttes bruk av sikkerhetscelle eller sikkerhetsseng, heter det i § 38, 2.ledd (17).

Det hører ikke inn under fengselshelsetjenestens ansvarsområde å delta i vurderingen med hensyn til bruk av tvangsmidler etter straffegjennomføringsloven § 38. Fengselshelsepersonellet som kjenner den innsatte og forholdene i fengselet, kan, dersom det er hensiktsmessig, gi råd til eksternt helsepersonell eller kriminalomsorgen. Samtykke fra den innsatte må da innhentes.

Kriminalomsorgen skal fortløpende vurdere om det er grunnlag for å opprettholde tiltaket.

Helse- og omsorgstjenesten i fengselet bør være spesielt oppmerksom på innsatte under slike tiltak og gi den innsatte helse- og omsorgstjenester dersom hun/han eller kriminalomsorgen anmoder om det.

4.8 Innsatte med nedsatt funksjonsevne

I 2011 kom Fafo-rapporten "Straffet og isolert. Innsatte med funksjonsnedsettelse i norske fengsler". Rapporten beskriver en del mangler mht. ivaretagelse av innsatte med nedsatt funksjonsevne (68).

Kriminalomsorgen har ansvaret for tilretteleggelse for innsatte med nedsatt funksjonsevne, slik at innsatte i fengsel får et likeverdig tilbud uavhengig av funksjonsevne. Mangel på likeverdig

tilbud vil kunne være i strid med diskriminerings- og tilgjengelighetsloven (69) § 4 om direkte og indirekte diskriminering.

Fengslet vil i henhold til dette ha et ansvar for å tilrettelegge for at den innsatte skal kunne delta i det som kan regnes for de daglige aktivitetene innenfor institusjonen, både på cellen og når det gjelder tilgang til fellesaktiviteter.

Et likeverdig tilbud vil kunne omfatte tilgang til fengselets aktiviteter, celle med tilpasset bad/toalett, tilpasset callinganlegg og brannvarsling, eventuelt hjelp til daglige gjøremål som for eksempel renhold av cella, alternativ telefonløsning og lydanlegg i fellesarealer, samt mulighet for kommunikasjon ved for eksempel tegnspråktolkning.

4.8.1 Hjelpemidler

Tilrettelegging og formidling av individuelle hjelpemidler

Personlige hjelpemidler kan medbringes fra brukerens hjem eller formidles under fengselsoppholdet.

NAV Hjelpemiddelsentraler har det overordnede og koordinerende ansvar for hjelpemidler i sitt fylke og rådgivende funksjon ved helhetlige vurderinger av tilretteleggingsmuligheter.

Helse- og omsorgstjenesten i kommunen hvor fengselet befinner seg, har basisansvaret for formidling og tilrettelegging av individuelle hjelpemidler, både ved kortvarig og langvarig behov. Helse- og omsorgstjenesten i den kommunen hvor fengselet befinner seg, vil også kunne utrede den innsattes hjelpemiddelbehov og bistå med eventuelle søknader. Ved et varig hjelpemiddelbehov (over 2 år) kan søknad sendes NAV Hjelpemiddelsentral i hjemstedsfylke og utleveres vanligvis fra NAV Hjelpemiddelsentral i fylket man befinner seg.

Hjelpemidler fra folketrygden lånes ut til den enkelte bruker (ikke fengselet) og skal returneres til hjelpemiddelsentralen når behovet opphører. Bruker kan eventuelt ta hjelpemiddelet med hjem hvis han/hun har et fortsatt behov for hjelpemiddelet etter fengselsoppholdet.

De regionale helseforetakene har ansvaret for formidling og opplæring mht. høreapparat.

Hjelpemidler til innsatte som ikke er medlem av folketrygden

Folketrygdens ansvar avgrenses i forhold til innsatte som ikke er medlemmer av folketrygden. Som hovedregel forutsetter medlemskap at den innsatte kan regnes som bosatt i Norge, det vil si har lovlig opphold i Norge som har vart eller er ment å vare minst 12 måneder. Personer som ikke fyller medlemsvilkårene i folketrygden, har rett til midlertidig utlån av hjelpemidler fra kommunen, som en del av retten til nødvendige helse- og omsorgstjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1.

Se også kap. 5.4 vedrørende finansiering av hjelpemidler.

4.9 Sakkyndigrollen og behandlerrollen

Kriminalomsorgen henvender seg i en del tilfeller til fengselshelsetjenesten for å få en vurdering av innsattes helsetilstand. Blant annet ved søknad om straffavbrudd, eller ved soning utenfor fengsel. Når helsepersonell påtar seg slike oppdrag, har de en funksjon som sakkyndig. Det er viktig å skille mellom rollen som behandler og rollen som sakkyndig.

Helsepersonelloven (16) § 21 pålegger helsepersonell å "hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell". Opplysninger helsepersonell har mottatt som behandler er derfor taushetsbelagt og kan ikke brukes i oppdraget som sakkyndig uten pasientens samtykke.

Ifølge helsepersonelloven § 27 kan helsepersonell som opptrer som sakkyndig, likevel gi opplysninger til oppdragsgiver, dersom opplysningene er mottatt under utførelse av sakkyndigoppdraget og har betydning for dette. Det er et krav i loven at den som opptrer som sakkyndig, skal gjøre pasienten oppmerksom på oppdraget og hva dette innebærer, se også merknad til § 3 i forskrift om krav til helsepersonells attester, erklæringer o. l. (70). Den innsatte kan reservere seg mot å delta i en sakkyndigvurdering eller undersøkelse, med mindre det finnes lovhjemmel for å kreve en slik vurdering.

Sakkyndigoppdrag forutsetter i utgangspunktet en fri og uavhengig rolle. Pasient/behandlerforhold kan derved være vanskelig eller umulig å kombinere med en sakkyndigrolle, se også forskrift om krav til helsepersonells attester, erklæringer o.l. (70).

Fengselshelsetjenesten og kriminalomsorgen bør, så langt det er mulig, sørge for å verne om fengselshelsetjenesten som de innsattes behandlere. Dette er viktig for å opprettholde tillitsforholdet mellom den innsatte og behandleren. Dersom kriminalomsorgen likevel ber om en sakkyndiguttalelse, bør den utformes skriftlig og være mest mulig konkret (70).

Politi, påtalemyndighet, forsvarer/advokat eller domstol henvender seg i noen tilfeller til fengselshelsetjenesten og ber om en helsefaglig vurdering av en innsatt. Dette vil også være å betrakte som et sakkyndig oppdrag, med de krav det stiller til blant annet å skille mellom behandler- og sakkyndigrollen. Fengselslegen skal primært ta seg av behandling av de innsattes helseproblemer og bør derfor være varsom med å ta på seg den type oppdrag.

Det henvises for øvrig til kap. 4.10.2 om soningsavbrudd og kap. 4.10.3 om fremskyndet løslatelse fra varetekt. For ytterligere informasjon om sakkyndigvurderinger henvises til Graverutvalgets rapport fra 2006 (59).

4.9.1 Attester, erklæringer m.m. for innsatte

Fengselslegen kan bli forespurt om å skrive helseattester og erklæringer for de innsatte, blant annet ved søknad om straffavbrudd og § 12 og § 13-soning.

Det følger av helsepersonelloven § 15 "Krav til attester, erklæringer o.l." at den som utsteder attest, erklæring o.l. skal være varsom, nøyaktig og objektiv. Attest, erklæring o.l. skal være korrekt og bare inneholde opplysninger som er nødvendige for formålet. Attest, erklæring o.l. skal inneholde alle opplysninger som helsepersonellet bør forstå er av betydning for mottageren og for formålet med attesten, erklæringen o.l.

Kriminalomsorgen vil på generelt grunnlag ikke kunne avvise uttalelser fra søkerens behandlende helsepersonell for i stedet å kreve at det vedlegges attest fra uavhengig helsepersonell. Imidlertid vil en uttalelse fra en uavhengig sakkyndig normalt veie tyngre enn en uttalelse fra helsepersonell som har behandlet søkeren. I noen situasjoner vil kriminalomsorgen tilnærmet alltid stille krav om at det skal foreligge en uttalelse fra uavhengig helsepersonell, som ikke er domfeltes behandler for eksempel ved søknad om benådning.

For nærmere opplysninger om helseuttalelser/erklæringer henvises også til forskrift om krav til helsepersonells attester, erklæringer og lignende (70) og Graverutvalgets rapport fra 2006 (59).

Behandler skal kun uttale seg om medisinskfaglige eller psykologifaglige spørsmål, slik som beskrivelse av den innsattes helsetilstand, tidligere gjennomført behandling og utredning samt beskrivelse av nødvendig behandling og mulige konsekvenser dersom ikke slik behandling tilbys m.m.

Attester/helseerklæringer bør ikke inneholde uttalelser om konkrete spørsmål vedrørende straffegjennomføringen. Spørsmål som gjelder straffegjennomføringen, må vurderes av kriminalomsorgen ut fra aktuelle opplysninger, herunder helseattester og erklæringer.

Ved utarbeidelse av helseattest og uttalelser anbefales det at fengselslegen innhenter komparentopplysninger fra aktuelle instanser. Samtykke fra den innsatte er en forutsetning.

4.10 Soningsutsettelse og straffeavbrudd

Kriminalomsorgen har ansvaret for straffegjennomføringen og innholdet i denne. Helsepersonell har ikke anledning til å fatte beslutninger som gjelder de domfeltes soningsform eller soningsinnhold på annen måte.

Spørsmål om soningsutsettelse ved soningsudyktighet reguleres etter [straffeprosessloven](#) (71) § 459, mens [straffegjennomføringsloven](#) (17) §§ 35 og 57 har bestemmelser om straffavbrudd fra henholdsvis fengselsstraff og samfunnsstraff.

Formell vedtaksmyndighet ligger hos kriminalomsorgen, men det må legges stor vekt på helsepersonellens vurderinger. Innsatte har rett på nødvendig helsehjelp, og helsepersonell skal utføre sitt arbeid i tråd med kravet om faglig forsvarlighet. For at den innsatte skal få forsvarlig helsehjelp, kan det være nødvendig for helsepersonell å dokumentere behovet for helsehjelp, eventuelt behov for soningsutsettelse, straffavbrudd, § 12 eller § 13 soning, jf. pasient- og brukerrettighetsloven (18) kap. 2 og helsepersonelloven (16) §§ 4 og 7.

Den domfelte har selv et ansvar for å innhente nødvendig informasjon, eller gi fullmakt til andre å innhente denne, dersom det er spesielle forhold mht. helse eller annet som vil kunne ha innvirkning på soningssituasjonen.

For varetektsfengslede gjelder egne regler jf. kap. 4.10.3 om fremskyndet løslatelse fra varetekt.

4.10.1 Soningsutsettelse

Etter [straffeprosessloven](#) (71) § 459, første ledd skal det gis soningsutsettelse dersom "domfelte er blitt alvorlig sinnslidende eller hans helsetilstand ellers gjør fullbyrding utilrådelig". I slike tilfeller har domfelte krav på å få utsatt fullbyrdingen og trenger ikke søke om utsettelse, men utsettelsesgrunnene må dokumenteres. En uavhengig medisinskfaglig vurdering må innhentes med mindre det er åpenbart unødvendig.

Ifølge [rundskriv G-2/2010](#) (72) fra Justisdepartementet må det foreligge en dokumentert risiko for at soningen kan medføre at en fra før alvorlig eller svak helsetilstand forverres, eller mulighetene for helbredelse i vesentlig grad blir mindre, før fullbyrdingen kan sies å være utilrådelig. Fullbyrding av straffen skal også utsettes når domfelte er gravid og forventet nedkomst vil inntreffe før domfelte kan løslates, med mindre domfelte selv ønsker å sone en del av straffen og det ikke er medisinsk utilrådelig.

En domfelt som er innkalt til soning, kan ellers søke om soningsutsettelse "når andre

vektige grunner taler for det”, jf. straffeprosessloven § 459, 2. ledd. Ifølge rundskriv G-2/2010 kan det blant annet gis en kortere utsettelse hvis domfelte er syk, men sykdommen ikke er alvorlig nok til at han har krav på utsettelse.

Det er kriminalomsorgen som har avgjørelsesmyndighet mht. soningsutsettelse, jf. [Forskrift om innkalling og utsettelse ved fullbyrding av straff](#) (73) § 5 og rundskriv G-2/2010 (72).

Fengselslegen har det medisinskfaglige ansvaret for innsatte i fengsel, og har ikke ansvar for domfelte før soning. Vurdering i forhold til soningsutsettelse bør derved ikke foretas av fengselslegen.

4.10.2 Straffeavbrudd

Etter straffegjennomføringsloven (17) § 35 kan kriminalomsorgen beslutte at gjennomføringen av påbegynt soning skal avbrytes, dersom helsetilstanden tilsier det, eller det foreligger andre særlig tungtveiende grunner som ikke kan avhjelpes på annen måte.

Straffegjennomføringslovens § 57 gjelder tilsvarende ved gjennomføring av samfunnsstraff.

Fengselslegen, eller annet helsepersonell, skal varsle kriminalomsorgen dersom det vurderes at fortsatt soning er helsemessig utilrådelig. Den innsatte kan også selv søke om soningsavbrudd.

Når det gjelder fengselshelsetjenestens rolle ved søknad om straffavbrudd vises til kap. 4.9 om sakkynndigrollen og behandlerrollen samt det som står ovenfor i kap. 4.10.

4.10.3 Fremskyndet løslatelse fra varetekt

Dersom de varetektsinnsatte har særlig tungtveiende, helsemessige grunner, kan i noen tilfeller løslatelsen vurderes fremskyndet (71). Det er påtalemyndighetene som er ansvarlig for den varetektsinnsatte, og som har vedtaks- og avgjørelsesrett mht. løslatelse.

Varetektsinnsatte pågripes ofte akutt i situasjoner, settes i politiarresten og overføres deretter til fengselet. Dermed er det ofte lite eller ingen tilgjengelige helseopplysninger om den innsatte.

Ved mistanke om alvorlige helseproblemer bør det innhentes opplysninger fra fastlege, spesialist og andre aktuelle instanser. Det må gjøres en kontinuerlig helsevurdering. Helsepersonell må varsle kriminalomsorgen eller påtalemyndighetene dersom fortsatt varetekt vurderes som helsemessig uforsvarlig.

4.10.4 Benådning

Benådning innebærer at ekstraordinære omstendigheter gjør det urimelig å fullbyrde dommen. Forutsetningen er at disse omstendighetene har oppstått etter domstidspunktet, eller var ukjent for retten da dommen ble avsagt. Praksisen er meget restriktiv. Benådning innvilges av Kongen i statsråd etter forberedelse av Justisdepartementet. Departementet har fullmakt til å avslå søknader.

Det er tilnærmet alltid krav om uttalelse fra uavhengig helsepersonell, jf. straffeprosessloven (71) § 458 1.ledd⁹ Det er derfor lite hensiktsmessig at fengselslegen skriver uttalelser i slike saker.

4.10.5 Mulige negative konsekvenser ved soningsutsettelse og avbrudd

Det å utsette soningen innebærer at man på et senere tidspunkt vil bli innkalt til soning. Dersom situasjonen da er uendret kan det medføre nye utsettelse. I verste fall kan prosessen rundt en kort dom på noen få uker pågå i mange år. Dette kan være belastende for den innsatte og vanskeliggjøre eventuell rehabilitering.

Det er derfor viktig at den innsatte, hans behandler eller andre aktuelle instanser om mulig gjør nødvendige tiltak for å endre situasjonen som medfører soningsudyktighet. Eksempler på det kan være døgntilrettelagt eller poliklinisk behandling i sykehus, som medfører bedring i den innsattes helsesituasjon.

Det anbefales at både kriminalomsorgen og fengselshelsetjenesten i stor grad forsøker å legge til rette for at den innsatte skal kunne gjennomføre sin straff, ved å se på forskjellige soningsformer, soning på ressursavdelinger, åpne fengsler, § 12 soning m.m. Fengselshelsetjenesten og ansatte i kriminalomsorgen bør også på forhånd, og i samarbeid med den domfelte, planlegge soningen, med aktuelle tiltak og nødvendige tilpasninger. Motivering av den innsatte kan være et viktig tiltak.

I ekstraordinære tilfeller vil det imidlertid ikke bli aktuelt med gjennomføring av straff og den innsatte må søke om benådning, se kap. 4.10.4.

⁹ Jf Grunnloven paragraf 20.

5. ØKONOMISKE FORHOLD

I dette kapitlet er det redegjort for hovedreglene vedrørende regelverk for finansiering av helse- og omsorgstjenester for innsatte i fengsel. Det finnes unntak fra hovedreglene som ikke er nevnt i dette kapitlet.

5.1 Finansiering av helse- og omsorgstjenester – forvaltningsansvar

5.1.1 Den kommunale fengselshelsetjenesten

Etter [lov om kommunale helse- og omsorgstjenester](#) (11) har kommunen ansvar for å yte helse- og omsorgstjenester til alle som oppholder seg i kommunen. Kommuner med fengsel får et øremerket tilskudd til fengselshelsetjenester.

Tilskuddet fastsettes årlig i statsbudsjettet og tildeles via Helsedirektoratet. Kommunen har plikt til å rapportere om virksomheten og legge frem årlig revisorattestert regnskap til Helsedirektoratet, jf. [Reglement for økonomistyring i staten](#) (74).

[Folketrygdloven](#) (75) § 5-1 siste ledd fastslår at bestemmelsene i kap. 5 om stønad ved helsetjenester kun kommer til anvendelse i den utstrekning det ikke gis dekning/stønad etter annen lovgivning. Folketrygdloven kap. 5 gjelder således ikke for innsatte i fengsel som får helse- og omsorgstjenester fra kommunen.

5.1.2 Fylkeskommunal tannhelsetjeneste

[Rundskriv om tannhelsetjenesten for innsatte i fengsler](#) (IK-28/89) (15) definerer tilbud og finansiering fra den offentlige tannhelsetjenesten til innsatte i fengsel.

I henhold til rundskrivet skal innsatte få tilbud om nødvendig akutt tannbehandling ved behov av innsatte uansett oppholdets varighet. Dessuten tilbud om tannhelseundersøkelse samt nødvendig forebyggelse og vanlig tannbehandling til innsatte med opphold lenger enn tre måneder. Øvrige utgifter til tannbehandling inklusive tanntekniske utgifter dekkes etter søknad til sosialkontoret i hjemkommunen dersom den innsatte ikke selv er i stand til å dekke utgiftene. Generelt skal sosialt bidrag til tannbehandling bidra til å vedlikeholde/gjenoppbygge en tilfredsstillende tyggefunksjon på rimelig måte.

Rundskrivet skiller ikke mellom doms- og varetektsinnsatte, eller mellom innsatte med og uten lovlig opphold i riket. Innsatte uten lovlig opphold har etter Forskrift av 15. desember 2011 nr. 1255 om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket, tilnærmet samme rett til helsehjelp som andre innsatte. Det er rimelig at det anvendes samme prinsipp for tannhelsetjenester som for andre helsetjenester. Det er kun helsehjelp som uten nevneverdige konsekvenser ikke kan vente til frihetsberøvelsen er over, som innsatte uten lovlig opphold i riket ikke har rett til. Det vil si at helsehjelp som uten nevneverdige konsekvenser kan vente til frihetsberøvelsen er over, har innsatte uten lovlig opphold i riket ikke rett til.

Utgifter i forbindelse med tannhelsehjelp til innsatte i fengsel som har krav på slik hjelp, finansieres av statlige øremerkede tilskudd til den fylkeskommunen hvor fengselet er plassert. Midlene skal dekke lønnsutgifter, utgifter til nødvendig undersøkelsesutstyr, instrumenter og materialer til tannbehandlingen. Det skal også dekke utgifter til nødvendig tanntekniske arbeider av rimelig omfang.

Dersom fylkeskommunen har inngått avtale om kjøp av tjenester i privat praksis, skal tilskuddet dekke utgiftene fylkeskommunen har i en slik ordning.

Det følger av rundskriv IK-28/89 at det påligger fengselsvesenet å bære utgiftene til etablering av tannklinikker i fengslene. Når finansieringsansvaret ved nyetableringer legges til fengselsvesenet synes det rimelig å anta at også utskiftingen av de komponentene som er nødvendig for å opprettholde tannklinikken legges til samme instans. Særlig må dette gjelde i og med rundskrivets taushet vedrørende ansvarsfordelingen ved utskifting av de enkelte komponentene i tannklinikken. I tillegg legges det til fylkeskommunen å bære kostnadene til «*enkler undersøkelsesutstyr/instrumenter for tannlege/tannpleier der det ikke er etablert tannklinikk ved anstalten*».

Det statlige tilskuddet er ikke ment å skulle dekke utgifter til tannhelsehjelp for personer som soner mindre enn 3 måneder, personer som har elektronisk soning e.l. Disse må i utgangspunktet benytte seg av de ordinære tannhelsetjenester og økonomiske støtteordningene for tannbehandling som finnes i samfunnet for øvrig, jf. [lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen](#) (76) og [folketrygdloven](#) (75).

5.1.3 Spesialisthelsetjenesten

Ved behandling hos psykolog ved distriktpsykiatrisk senter (DPS) er den innsatte fritatt for egenandel etter forskrift om utgifter til poliklinisk helsehjelp (77) §4 nr. 3. Det er Helfo som står for utbetalingen.

Kun legehjelp:

- **Poliklinisk:**
Spesialisthelsetjenesten finansieres ved rammetilskudd til helseforetakene. I henhold

til § 4 nr. 3 i forskrift om utgifter til poliklinisk helsehjelp (77) yter staten gjennom rammefinansieringen til foretaket, full godtgjørelse for utgifter til legehjelp (refusjonstakst og egenandel) ved behandling av personer som er innsatt i kriminalomsorgens anstalter mv. dersom legehjelpen gis ved annet personell enn det som er knyttet til fengselshelsetjenesten.

- **m/driftsavtale:**

Dersom pasienten henvises til privatpraktiserende legespesialist med driftsavtale med RHF, skal utgiftene også i sin helhet dekkes av helseforetaket. Den innsatte skal ikke betale egenandel for tjenestene, jf. forskrift om stønad til dekning av legeutgifter § 3 nr. 3 (78). Dette forutsetter at legehjelpen gis ved annet personell enn det som er knyttet til fengselshelsetjenesten.

Psykologhjelp hvor psykologen har driftsavtale:

- Det er ikke hjemmel for at psykologhjelp hos psykolog som er spesialist i klinisk psykologi med driftsavtale, kan dekkes fullt ut. Den innsatte må dermed betale egenandel. Psykologen kan få refusjon for andre utgifter etter avtale med helseforetaket.

Legehjelp og psykologhjelp hvor behandler mangler avtale:

- Behandling hos legespesialister uten avtale og psykologer uten spesialistkompetanse i klinisk psykologi, må fullt ut (refusjon og egenandel) dekkes av den innsatte selv.

Helseforetaket er økonomisk ansvarlig for substitusjonsbehandling i LAR. Det omfatter utgifter til medisiner og administrering av disse.

5.1.4 Kriminalomsorgen

Kriminalomsorgen finansierer bygningsmasse, kontormøbler m.m. slik at helsepersonellet kan utføre sine tjenester på en tilfredsstillende måte. Kriminalomsorgen har også ansvar for bygningsmessige tilpasninger og universell tilrettelegging for innsatte med funksjonsnedsettelse jf. [diskriminerings- og tilgjengelighetsloven](#) (69) § 4.

5.1.5 Reiseutgifter og vakthold

Reiseutgifter til helse- og omsorgstjenester utenfor fengsel dekkes av helseforetaket etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6. Dette gjelder både domsinnsatte og varetektsinnsatte og deres ledsagere når ledsager er en forutsetning for at helsehjelpen kan oppsøkes. Når kvalifisert ledsager er en forutsetning for at helsehjelpen kan oppsøkes, dekkes også reiseutgifter for politi og fengselsbetjenter. Det kan i tillegg gis arbeidsgodtgjørelse som kvalifisert ledsager, men dette

forutsetter at pasienten ikke kan reise uten at ledsager med aktuelle kvalifikasjoner er tilgjengelig.

Røntgenundersøkelser som er rekvirert i henhold til [straffegjennomføringsloven](#) (17) § 29 skal finansieres av kriminalomsorgen, eventuelt politi.

5.2 Finansiering av helse- og omsorgstjenester - individnivå

Helsetjenester til innsatte i fengsel finansieres av kommunen eller av helseforetaket, og det gis ikke refusjon etter folketrygden.

Hovedregelen er at innsatte i fengsel har rett til vederlagsfri helsehjelp fra fengselshelsetjenesten, finansiert av kommunen. Gjennom rammefinansieringen til helseforetakene har de også rett til vederlagsfri behandling i spesialisthelsetjenesten, både poliklinisk og ved innleggelse, såfremt tjenesten utføres av helseforetak eller privat behandler med avtale med et foretak.

Forbruksmateriell dekkes av helseforetaket ved innleggelse, mens den innsatte selv, må dekke forbruksmateriell ved poliklinikk. Den innsattes betalingsevne er ikke avgjørende for å motta helsehjelpen.

Kommunen har det primære ansvaret for å yte helse- og omsorgstjenester til innsatte under soning. Fengselslegen har ikke anledning til å benytte takst 14 eller andre refusjonstakster for innsatte pasienter.

Det gis normalt heller ikke refusjon fra folketrygden dersom innsatte behandles av egen lege utenfor fengsel. Unntak er møter i forbindelse med innsettelse og løslatelse fra fengsel. Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege takst 14 - møtegodtgjørelse ved tverrfaglige samarbeidsmøter - kan benyttes av fastlegen der han blir innkalt til møte i forbindelse med inn- og utskrivning av innsatte i kriminalomsorgens anstalter når hensikten med møtet er å gi nødvendig informasjon ved overlevering av behandlingsansvar til fengselshelsetjenesten eller ved overtagelse av ansvar fra fengselshelsetjenesten.

I tillegg kan takst 14 brukes av fastlegen når det gjelder oppfølging av innsatte pasienter med individuell plan eller i forbindelse med legemiddelassistert rehabilitering, jf. [forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege](#).(78)

Legevaksleger kan benytte Normaltariffen når innsatte tas til behandling for øyeblikkelig hjelp, enten ved fremstilling på legevakten eller ved sykebesøk i fengsel. Stønad dekkes da etter honorartakst, jf. § 3 nr 3.

Det er imidlertid enkelte spesielle forhold avhengig av innsattes status og av hvorvidt vedkommende har lovlig opphold i riket. Dette omtales nedenfor.

5.2.1 Innsatte uten lovlig opphold i riket

Utenlandske statsborgere uten lovlig opphold i riket har rett til *"nødvendig helsehjelp som ikke bør vente til frihetsberøvelsen er opphørt, dersom vedkommende er undergitt frihetsberøvelse som nevnt i folketrygdloven § 2-17"*. Dette fremgår av forskrift av 16. desember 2011 nr. 1255 om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket. Ifølge merknadene fra helse- og omsorgsdepartementet innebærer det at personer som er undergitt frihetsberøvelse skal ha tilnærmet samme rett til helsehjelp som andre innsatte, uavhengig av vedkommendes oppholdsstatus og oppholdstid i landet. Også forebyggende og rehabiliterende behandling omfattes. Det er bare helsehjelp som uten nevneverdige konsekvenser kan utsettes til frihetsberøvelsen er over, som innsatte uten lovlig opphold i riket ikke har rett til.

Folketrygdlovens (75) § 2-17 trådte i kraft 1. juli 2012. Det følger av § 2-17 fjerde ledd at *"Utgifter til helsetjenester for personer som ikke er medlemmer i trygden under frihetsberøvelse, dekkes som om vedkommende var medlem i trygden, forutsatt at utgiftene ikke dekkes av andre eller av vedkommendes egne midler."*

5.2.2 Varetektsinnsatte

Til forskjell fra domsinnsatte har varetektsinnsatte rett til å la seg behandle av sin fastlege/private lege hvis det er rimelig grunn til det, jf. straffegjennomføringsloven (17) § 51. Personer som er i varetekt i fengsel, er å betrakte som innsatt i fengselsvesenets anstalter og har vederlagsfritt helsetjenestetilbud gjennom fengselshelsetjenesten og foretak.

Siden det offentlige yter stønad etter annen lovgivning, ytes det ikke stønad etter folketrygdloven kap. 5, jf. § 5-1. Det kan derfor ikke sendes inn krav om refusjon til trygden når den innsatte benytter sin fastlege. Den varetektsinnsatte må selv dekke alle legens utgifter i forbindelse med behandling av sin fastlege.

Dersom den varetektsinnsatte eventuelt benytter privat lege eller annen behandler uten avtale med kommune eller helseforetak, kan disse behandlerne kreve høyere egenbetaling fordi honoraret i sin helhet må dekkes av den innsatte. Dette gjelder uavhengig av om den innsatte har bestilt timen selv eller er henvist av fengselslegen. Dette gjelder også ved bruk av jordmor,

fysioterapeut, psykologtjeneste eller annen behandler som ikke er ansatt i kommunen eller har driftsavtale.

5.2.3 Innsatte i overgangsbolig

Overgangsbolig er en del av fengselsvesenets anstalter. Innsatte som er medlemmer av folketrygden og som er overført til overgangsbolig, har krav på helsetjenester fra kommunen og spesialisthelsetjenesten på linje med andre innsatte. Dette samme gjelder for finansiering av disse tjenestene.

Det er et mål med overgangsbolig at innsatte skal tilbakeføres på en god måte, og tilvennes levemåte utenfor fengsel. Det er derfor også et mål at disse oppsøker sin fastlege/ private lege utenfor fengselet.

5.3 Legemidler

Fengselshelsetjenesten skal dekke de innsattes utgifter til legemidler, inkludert egenandeler. Dette gjelder både domsinnsatte og varetektsinnsatte. For personer som ikke er lovlig i riket, skal legemidler til nødvendig helsehjelp dekkes.

Alle fengselsinnsatte har rett til ytelser etter [blåreseptforskriften](#) (79). Dette fremkommer av [rundskriv til folketrygdlovens § 5-14](#) om legemidler, næringsmidler og medisinsk forbruksmateriell (80), jf. forskriften § 1a. Blåreseptforskriften er hjemlet i folketrygdloven (75) § 5-14.

Fengselshelsetjenesten skal dekke egenandeler ved bruk av medisiner og nødvendig medisinsk utstyr foreskrevet på blå resept. Hvis fengselshelsetjenesten har betalt egenandeler høyere enn maksimumsbeløpet for egenandeler, blir overskytende beløp inntil videre tilbakeført til den innsatte.

Ved planlegging av løslatelse er det viktig å være oppmerksom på at personer uten lovlig opphold ikke har rett til å få dekket utgifter til legemidler etter blåreseptforskriften når de er løslatt, se forskrift av 16. desember 2011 nr. 1255 om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket. Det kan få alvorlige følger dersom medisiner brått seponeres eller viktig behandling ikke følges opp.

For informasjon om hvem som har rett til å få dekket utgiftene til vaksine jf. blåreseptforskriften § 4 og § 2, henvises til folkehelseinstituttets hjemmeside.

5.4 Hjelpemidler

Kriminalomsorgen har som nevnt i kap. 4.8 ansvaret for tilretteleggelse for funksjonshemmede, slik at innsatte i fengsel får et likeverdig tilbud uavhengig av funksjonsevne.

Individuelle hjelpemidler kan finansieres over folketrygden når den innsattes behov er av varig karakter (over 2 år) eller av kommunen når behovet er midlertidig (under 2 år).

Folketrygden finansierer hjelpemidler som er individuelt tilpasset for et mer varig behov, for eksempel slik som.:

- individuelt tilpasset rullestol til personlig bruk (inkl. tilleggsutstyr)
- ganghjelpemidler/rullator til personlig bruk
- kommunikasjonshjelpemidler til personlig bruk
- personlig syns- eller hørselshjelpemidler

Det kan ytes stønad gjennom Folketrygden når:

- Funksjonsevnen er nedsatt på grunn av sykdom, skade eller lyte
- Funksjonsevnen er vesentlig og varig nedsatt (to års varighet)
- Hjelpemiddel er både nødvendig og hensiktsmessig for å bedre funksjonsevnen.

Det skiller ikke mellom varetektsinnsatte og domsinnsatte medlemmer i folketrygden.

Folketrygden finansierer ikke hjelpemidler til innsatte som ikke er medlem av folketrygden.

Hjelpemidler finansiert over folketrygden skal returneres til hjelpemiddelsentralen når behovet opphører.

5.5 Tolketjenester

Utgifter til tolketjenester for å gi nødvendig helsehjelp, skal finansieres av den som har ansvar for tjenesten (65;81). Utgifter til tolketjenester ved undersøkelse og behandling i den kommunale fengselshelsetjenesten, skal dekkes av kommunen. Når det er behov for tolk til tannhelsetjenester, dekkes dette av fylkeskommunen innenfor rammen for det øremerkede tilskuddet. Helseforetaket skal, via sin rammefinansiering, dekke utgifter til tolketjenester i forbindelse med undersøkelser og behandling i sykehus og offentlige poliklinikker.

Helsetjenester etter folketrygdens kapittel 5, samt poliklinisk undersøkelse og behandling gitt av helseforetak til døve og døvblinde innsatte i eller utenfor fengselet kan få finansiert tegnspråktolking over folketrygden.

Når helsetjenesten anvender tolk mer enn sporadisk, bør utgifter til tolketjeneste legges inn i budsjettet og synliggjøres i regnskapsføringen.

Utgifter til tolking innenfor NAV, politi- og lensmannsetat og andre statlige instanser skal dekkes av disse (81).

For mer informasjon henvises til kap. 14 (Finansiering av tolketjenester) i Helsedirektoratets veileder om [kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene](#) (65) og rundskriv UDI 23/94 (81) "[Veiledende retningslinjer for dekking av utgifter ved bruk av tolketjenester](#)".

6. VEDLEGG

6.1 Tilgjengelighet av desinfeksjonsvæske for innsatte

FENGSELSSTYRET

RUNDSKRIV Fst 2/97

Jnr. 96/94 634 JBj/sp 04.07.1997

Fengselsdirektøren (KIA/KRUS)
Kontorsjefen (KIF)

TILGJENGELIGHET AV DESINFEKSJONSVÆSKE FOR INNSATTE

I brev til direktørene av 23.11.94 og i rundskriv Fst 4/96, gitt 18.12.96, har Fengselsstyret gitt pålegg om at klorin som et smitteforebyggende middel skal være tilgjengelig for innsatte.

I vedlagte brev av 28.1.97 har Statens Helsetilsyn anbefalt kloramin som alternativ til klorin for innsatte i fengsler. Helsetilsynet opprettholder anbefalingen om klorin utenfor fengslene. Vi viser til brevet, se særlig side 2 og 3 hvor ulike aktuelle desinfeksjonsvæsker, virketider m.v. nærmere er omtalt. Spørsmålet ble for øvrig drøftet i landskonferansen for fengselshelsetjenesten 28. og 29. april d.å. i regi av Statens helsetilsyn samt i møte mellom Statens helsetilsyn og Fengselsstyret den 3.6.97.

I tråd med helsetilsynets nye anbefaling, kan kloramin benyttes som alternativ for klorin dersom direktøren finner det hensiktsmessig. Vi gjør oppmerksom på at helsetilsynet har påpekt som viktig at de anstalter som tilbyr kloramin som alternativ til klorin, også benytter kloramin som standard desinfeksjonsmiddel. For øvrig finner Fengselsstyret grunn til å påpeke at virketiden for kloramin er opplyst å være 60 minutter, mens tilsvarende tid for klorin er 5 minutter. Dette forhold bør det tas hensyn til ved valg av desinfeksjonsmiddel.

Som tillegg til direktiv gitt i rundskriv Fst 4/96 skal etter dette følgende gjelde :

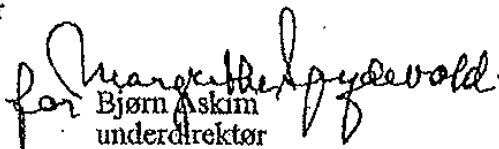
1. Som et smitteforebyggende tiltak skal klorin, eventuelt kloramin være tilgjengelig for innsatte, jfr. brev datert 28.1.97 fra Statens helsetilsyn. Andre klorholdige produkter eller andre typer desinfeksjonsvæsker eller -preparater godtas ikke.

2. Klorin, eventuelt kloramin, skal være tilgjengelig i ren (ikke utvannet) form. Klorin/kloramin bør primært være lett tilgjengelig i porsjonspakninger, som også tillates oppbevart på cellene. Subsidiært bør klorin/kloramin være tilgjengelig i avdelingene, eventuelt via ganggutt.
3. Pålegget gjelder som tidligere anført samtlige anstaltkategorier, også frigangshjem og hybelhus tilknyttet kriminalomsorg i frihet.

Det tilligger for øvrig direktørens/kontorsjefens ansvarsområde å bestemme nærmere på hvilken måte tilgjengeligheten av desinfeksjonsvæske ellers bør være.

Etter fullmakt


Bernt Bahr
avdelingsdirektør


Bjørn Askim
underdirektør

Vedlegg: Brev av 28.01.97 fra Statens helsetilsyn

Saksbehandler:
Johnny Bjørkli
førstekonsulent

Kopi til :
-Statens helsetilsyn
-Sosial- og helsedepartementet
-Statens institutt for folkehelse
-Norsk fengselstjenestemannsforbund

7. REFERANSELISTE

1. Friestad C, Hansen ILS. Levekår blant innsatte. Oslo: Forskningsstiftelsen FAFO; 2004. FAFO-rapport 429. Tilgjengelig fra: www.fafo.no/pub/rapp/429/index.htm
2. Skardhamar T. Oppvekstkår og registrert kriminalitet. I: Norman TM, red. Ungdoms levekår. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2007. s. 146-57. Statistiske analyser (SA 93). Tilgjengelig fra: www.ssb.no/emner/00/02/sa_ungdoms_levekar/sa93/
3. Friestad C, Kjelsberg E. Drug use and mental health problems among prison inmates--results from a nation-wide prison population study. Nord J Psychiatry 2009;63(3):237-45.
4. Gamman T, Linaker OM. Screening for psychiatric disorders among prison inmates. Tidsskr Nor Lægeforen 2000;120(18):2151-3.
5. Langeveld H, Melhus H. Are psychiatric disorders identified and treated by in-prison health services? Tidsskr Nor Lægeforen 2004;124(16):2094-7.
6. Rasmussen K, Almvik R, Levander S. Attention deficit hyperactivity disorder, reading disability, and personality disorders in a prison population. J Am Acad Psychiatry Law 2001;29(2):186-93.
7. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. Lancet 2002;359(9306):545-50.
8. Rosler M, Retz W, Retz-Junginger P, Hengesch G, Schneider M, Supprian T, et al. Prevalence of attention deficit-/hyperactivity disorder (ADHD) and comorbid disorders in young male prison inmates. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2004;254(6):365-71.
9. Bjørngaard JH, Rustad ÅB, Kjelsberg E. The prisoner as patient - a health services satisfaction survey. BMC Health Serv Res 2009;9:176.
10. Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. FOR-2002-12-20-1731. Tilgjengelig fra: www.lovdata.no/.
11. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). LOV-2011-06-24-30. Tilgjengelig fra: www.lovdata.no.
12. Samhandlingsreformen: lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter%20SAM/Nasjonal-Veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf>.

13. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). LOV-1999-07-02-61. Tilgjengelig fra: www.lovdato.no.
14. Lov om tannhelsetjenesten (Tannhelsetjenesteloven - tannhl.). LOV-1983-06-03-54. Tilgjengelig fra: www.lovdato.no/.
15. Rundskriv om tannhelsetjenesten for innsatte i fengsler. Oslo: Helsedirektoratet; 1989. Rundskriv IK-28/89. Tilgjengelig fra: http://www.helsetilsynet.no/upload/regelverk/rundskriv/htil_gamle_rundskriv/IK-28-1989.pdf
16. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven - hlspl.). LOV-1999-07-02-64. Tilgjengelig fra: www.lovdato.no.
17. Lov om gjennomføring av straff mv. (straffegjennomføringsloven - strgjfl.). LOV-2001-05-18-21. Tilgjengelig fra: www.lovdato.no.
18. Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven - pasrl.). LOV-1999-07-02-63. Tilgjengelig fra: www.lovdato.no/.
19. Europarådets ministerkomité. Recommendation No R (98) 7 concerning the ethical and organisational aspects of health care in prison. Strasbourg: Council of Europe, Committee of Ministers; 1998. Tilgjengelig fra: www.coe.ba/pdf/Recommendation_No_R_98_7_eng.doc.
20. Europarådets ministerkomité. Recommendations concerning prison and criminological aspects of the control of transmissible diseases including AIDS and related health problems in prison. Strasbourg: Council of Europe, Committee of Ministers; 1993. RECOMMENDATION No. R (93)6. Tilgjengelig fra: <https://wcd.coe.int/com.instranet.InstraServlet?command=com.instranet.CmdBlobGet&InstranetImage=577651&SecMode=1&DocId=611564&Usage=2>
21. Europarådets ministerkomité. Ministerkomiteens rekommandasjon Rec(2006)2 til medlemsstatene om de europeiske fengselsreglene. Strasbourg: Europarådet, Ministerkomiteen; 2006. Rec(2006)2. Tilgjengelig fra: <http://img3.custompublish.com/getfile.php/292935.823.dtccdvcyvf/europeiske%20fengselsreglene.pdf?return=www.kriminalomsorgen.no>
22. Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners. Geneva: United Nations; 1955. Tilgjengelig fra: <http://www.unhcr.org/refworld/docid/3ae6b36e8.html>.
23. Body of Principles for the Protection of All Persons under Any Form of Detention or Imprisonment. New York: United Nations; 1988. A/RES/43/173. Tilgjengelig fra: <http://www.un.org/documents/ga/res/43/a43r173.htm>
24. Retningslinjer til lov om gjennomføring av straff mv (straffegjennomføringsloven) og til forskrift til loven. Oslo: Kriminalomsorgens sentrale forvaltning; 2002. Tilgjengelig fra: <http://img3.custompublish.com/getfile.php/958978.823.uqcrbuvuq/Retningslinjer%2017.%20juli%202009.pdf?return=www.kriminalomsorgen.no>

25. Forskrift til lov om straffegjennomføring. FOR-2002-02-22-183. Tilgjengelig fra: www.lovdatab.no.
26. Forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen FOR-2012-08-29-843. Tilgjengelig fra: www.lovdatab.no.
27. Forskrift om fastlegeordning i kommunene. FOR-2012-08-29-842. Tilgjengelig fra: www.lovdatab.no.
28. Forskrift om habilitering og rehabilitering. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. FOR-2011-12-16-1256. Tilgjengelig fra: www.lovdatab.no.
29. Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp. FOR-2008-04-03-320. Tilgjengelig fra: www.lovdatab.no.
30. Rundskriv om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2008. Rundskriv IS-9/2008. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/legemiddelhandtering-for-virksomheter-og-helsepersonell-som-yter-helsehjelp/Sider/default.aspx>
31. Vanedannende legemidler: forskrivning og forsvarlighet. Oslo: Helsetilsynet; 2001. IK-2755. Tilgjengelig fra: http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/andrepublikasjoner/vanedannende_legemidler_forskrivning_forsvarlighet_ik-2755.pdf
32. Justis- og politidepartementet. Om lov om gjennomføring av straff mv. (straffegjennomføringsloven). Ot.prp. nr. 5 (2000-2001). Tilgjengelig fra: www.regjeringen.no/nb/dep/jd/dok/regpubl/otprp/20002001/otprp-nr-5-2000-2001-.html?id=162307
33. Dalgard O. New guidelines for investigation and treatment of hepatitis C. Tidsskr Nor Lægeforen 2011;131(1):15.
34. Bell H, Dalgard O, Bjoro K, Hellum KB, Myrvang B. Treatment of chronic hepatitis C. Tidsskr Nor Lægeforen 2002;122(9):926-8.
35. Forskrift om tuberkulosekontroll. FOR-2009-02-13-205. Tilgjengelig fra: www.lovdatab.no.
36. Lov om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven). LOV-1994-08-05-55. Tilgjengelig fra: www.lovdatab.no.
37. Folkehelseinstituttet. Nettbasert veileder i smittevern (Smittevernboka) [e-bok]. Oslo: Folkehelseinstituttet. Smittevern 18. [opdatert 3 Aug 2012; lest 8 Nov 2012]. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/publikasjoner-og-haandboker/smittevernboka>
38. Retningslinjer for immunisering mot hepatitt A og B som refunderes av folketrygden. Gitt av Sosial- og helsedepartementet 19. mai 2000 [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [opdatert 17 Jun 2011; lest 8 Nov 2012]. Tilgjengelig fra: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5631&MainArea_5661=5631:0:15,3429:1:0:0::0:0&MainLeft_5631=5544:26817::1:5641:1::0:0

39. Kosthold. Retningslinjer til forskrift § 3-23 til lov om straffegjennomføring. Oslo: Kriminalomsorgen; 2004. Rundskriv KSF 3/2004. Tilgjengelig fra: http://www.kriminalomsorgen.no/getfile.php/159960.823/rundskr_ksf20043.pdf
40. Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). LOV-2011-06-24-29. Tilgjengelig fra: www.lovdato.no.
41. Veileder i miljørettet helsevern. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2004. IS-1104. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-i-miljorettet-helsevern/Publikasjoner/veileder-i-miljorettet-helsevern.pdf>
42. Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. FOR-2005-03-18-252. Tilgjengelig fra: www.lovdato.no.
43. Fysisk aktivitet og psykisk helse : et tipshefte for helsepersonell om tilrettelegging og planlegging av fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser og problemer. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. IS-1670. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/fysisk-aktivitet-og-psykisk-helse-et-tipshefte-for-helsepersonell-/Sider/default.aspx>
44. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven). LOV-1999-07-02-62. Tilgjengelig fra: www.lovdato.no.
45. Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2005. IS-1332. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/psykisk-helsearbeid-for-voksne-i-kommunene/Publikasjoner/psykisk-helsearbeid-for-voksne-i-kommunene.pdf>
46. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser: sammensatte tjenester - samtidig behandling. Oslo: Helsedirektoratet; 2011. IS-1948. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser/Publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser.pdf>
47. Veileder for diagnostisering og behandling av AD/HD: diagnostikk og behandling av hyperkinetisk forstyrrelse/attention deficit hyperactivity disorder (AD/HD) hos barn, ungdom og voksne. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2007. IS-1244. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-for-diagnostisering-og-behandling-av-adhd/Publikasjoner/veileder-for-diagnostisering-og-behandling-av-adhd.pdf>
48. Samarbeid mellom kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, kommunenes sosialtjeneste og kriminalomsorgen overfor innsatte og domfelte rusmiddelavhengige. Oslo: Justis og beredskapsdepartementet; 2006. Rundskriv G-8 2006.
49. Veileder for kommunal rusmiddelpolitisk handlingsplan. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2006. IS-1362. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-for-kommunal-rusmiddelpolitisk-handlingsplan/Publikasjoner/veileder-for-kommunal-rusmiddelpolitisk-handlingsplan.pdf>
50. Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften). FOR-2009-12-18-1641. Tilgjengelig fra: www.lovdato.no.

51. Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet. Oslo: Helsedirektoratet; 2011. IS-1701. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-retningslinje-for-legemiddelassistert-rehabilitering-ved-opioidavhengighet/Sider/default.aspx>
52. Helsedirektoratet. Veileder for utlevering av substitusjonslegemiddel i og utenfor LAR (legemiddelassistert rehabilitering). Oslo: Helsedirektoratet; 2013. IS-2022. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-for-utlevering-av-substitusjonslegemiddel-i-og-utenfor-lar-legemiddelassistert-rehabilitering/Sider/default.aspx>
53. Veileder for apotekansatte i forbindelse med legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2005. IS-1255. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-for-apotekansatte-i-forbindelse-med-legemiddelassistert-rehabilitering-lar/Publikasjoner/veileder-for-apotekansatte-i-forbindelse-med-legemiddelassistert-rehabilitering-lar.pdf>
54. Nasjonal retningslinje for gravide i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder. Oslo: Helsedirektoratet; 2011. IS-1876. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-retningslinje-for-gravide-i-lar-og-oppfolging-av-familiene-frem-til-barnet-nar-skolealder/Publikasjoner/nasjonal-retningslinje-for-gravide-i-lar-og-oppfolging-utgave-som-trykkes-lar-l5-mars.pdf>
55. Saeland M, Haugen M, Eriksen FL, Smehaugen A, Wandel M, Bohmer T, et al. Living as a drug addict in Oslo, Norway--a study focusing on nutrition and health. *Public Health Nutr* 2009;12(5):630-6.
56. Kristiansen MG, Gutteberg T, Berg LK, Sjursen H, Mortensen L, Florholmen J. Hepatitis C in Northern Norway--an 8-year material. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002;122(20):1974-6.
57. Justis- og beredskapsdepartementet. Straff som virker - mindre kriminalitet - tryggere samfunn (kriminalomsorgsmelding). St.meld. nr. 37 (2007-2008).
58. Justis- og beredskapsdepartementet. Alternative straffereaksjonar overfor unge lovbyrtarar - St.meld. nr. 20 (2005-2006). St.meld. nr. 20 (2005-2006). Tilgjengelig fra: www.regjeringen.no/nb/dep/jd/dok/regpubl/stmeld/20052006/stmeld-nr-20-2005-2006.html?id=332074
59. Kriminalomsorgens årsstatistikk 2010. Oslo: Kriminalomsorgens sentrale forvaltning; 2011. Tilgjengelig fra: <http://www.kriminalomsorgen.no/getfile.php/1640752.823.befyrrfee/%C3%A5rsstatistikk+2010.pdf>
60. Varsom, nøyaktig og objektiv - krav til attester og erklæringer fra helsepersonell, rapport fra arbeidsgruppen oppnevnt av helse og omsorgsministeren for å vurdere bruk av sakkyndig helsepersonell innen justissektoren. Helse- og omsorgsdepartementet; 2006. Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rapporter_planer/rapporter/2006/varsom-noyaktig-og-objektiv---krav-til-a.html?id=106590

61. Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven). LOV-1967-02-10. Tilgjengelig fra: www.lovdata.no.
62. Rua M. Fengsel, isolasjon og varetekt sett fra fengselslegens ståsted: en institusjonell-etnografisk studie [Masteroppgave i sosiologi]. Oslo: Universitetet i Oslo; 2009.
63. Kriminalomsorgens årsstatistikk 2009. Oslo: Kriminalomsorgens sentrale forvaltning; 2009. Tilgjengelig fra: <http://www.kriminalomsorgen.no/getfile.php/1990237.823.ytqvqrdsxe/%C3%85rsstatistikk+09.pdf>
64. Skarðhamar T. Levekår og livssituasjon blant innsatte i norske fengsler. Oslo: Institutt for kriminologi og retts sosiologi, Avdeling for kriminologi, Universitetet i Oslo; 2002. K-serien nr 1/2002.
65. Helsedirektoratet. Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse og omsorgstjenestene. Oslo: Helsedirektoratet; 2011. IS-1924. Tilgjengelig fra: www.helsedirektoratet.no/publikasjoner
66. Veileder om helsetjenestetilbudet til flyktninger asylsøkere og familiegjenforente. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. IS-1022. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/helsetjenestetilbudet-til-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente/Publikasjoner/helsetjenestetilbudet-til-asylsokere-flyktninger.pdf>
67. Lov om strålevern og bruk av stråling [strålevernloven]. LOV-2000-05-12-36. Tilgjengelig fra: www.lovdata.no.
68. Haualand HM. Straffet og isolert: innsatte med funksjonsnedsettelse i norske fengsler. Oslo: Forskningsstiftelsen FAFO; 2011. FAFO-rapport 2011:01. Tilgjengelig fra: www.faf.no/pub/rapp/20192/index.html
69. Lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne (diskriminerings- og tilgjengelighetsloven). LOV-2008-06-20-42. Tilgjengelig fra: www.lovdata.no/.
70. Forskrift om krav til helsepersonells attester, erklæringer o.l. FOR 2008-12-18-1486. Tilgjengelig fra: www.lovdata.no/.
71. Lov om rettergangsmåten i straffesaker (Straffeprosessloven). LOV-1981-05-22-25. Tilgjengelig fra: www.lovdata.no/.
72. Kriminalomsorgen får ansvar for å innkalle til soning og behandle søknad om soningsutsettelse- nærmere orientering om iverksettingen. Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet; 2010. Rundskriv G-2/2010. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/upload/JD/Rundskriv/G-2-2010.pdf>
73. Forskrift om innkalling og utsettelse ved fullbyrding av straff. FOR-2010-03-19-408. Tilgjengelig fra: www.lovdata.no.

74. Reglement for økonomistyring i staten. FOR-2003-12-12-1938. Tilgjengelig fra: www.lovdatab.no.
75. Lov om folketrygd (folketrygdloven). LOV-1997-02-28-19. Tilgjengelig fra: www.lovdatab.no.
76. Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen. LOV-2009-12-18-131. Tilgjengelig fra: www.lovdatab.no.
77. Forskrift om godtgjørelse av utgifter til helsehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak. FOR-2007-12-19-1761. Tilgjengelig fra: www.lovdatab.no.
78. Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege FOR-2013-06-27-843. Tilgjengelig fra: www.lovdatab.no.
79. Forskrift om stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler mv. (blåreseptforskriften). FOR-2007-06-28-814. Tilgjengelig fra: www.lovdatab.no/.
80. Rikstrygdeverket. Rundskriv: § 5-14 - Legemidler, næringsmidler og medisinsk forbruksmateriell. Rev. utg. Oslo: Rikstrygdeverket; 2012. Rundskriv. Tilgjengelig fra: <https://www.nav.no/rettskildene/Rundskriv/147624.cms>
81. Veiledende retningslinjer for dekning av utgifter ved bruk av tolketjenester. Oslo: Utlendingsdirektoratet; 1994. Rundskriv UDI 23/94 TIA. Tilgjengelig fra: <http://www.udi.no/upload/rundskriv/utgifter.pdf>



Helsedirektoratet

Postadresse: Pb. 7000,
St. Olavs plass, 0130 Oslo

Telefon: +47 810 20 050

Faks: +47 24 16 30 01

E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no