

HELSEDIREKTORATET  
Postboks 220 Skøyen  
0213  
OSLO

Deres ref.:

Vår ref: HSAK202300337

Dato: 19-06-2023

## **Høring – Nasjonale faglige råd for kommunale helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel**

Direktoratet skriver i høringsbrevet at hensikten med nasjonalt faglige råd om kommunale helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel er å bidra til kunnskapsbasert praksis, riktige prioriteringer, god samhandling og redusert uønsket variasjon i tjenestene. Det overordnede målet er å bidra til at innsatte får forsvarlige og likeverdige kommunale helse- og omsorgstjenester. Rådet skal være til klinisk og praktisk hjelp for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og gjøre det lovpålagte ansvar tydeligere. Direktoratet etterspør tilbakemeldinger på begrepsbruk, om noen råd mangler og om rådene er relevante for tjenesten og de innsattes helse og levekår.

### **Relevans og format**

Rådene er en oppdatering av en veileder som først ble publisert i 2013, og deretter oppdatert i 2016. Høringsutkastet innebærer en omarbeiding til et nasjonalt faglig råd og tilpasning til malen for slike. Det fremgår ikke klart for Legeforeningen hvorfor man har gjort en slik endring.

Legeforeningen mener at veilederen fra 2016 har et bedre egnet innhold og format, og at overgangen til nasjonalt faglig råd forringer verdien på produktet. En veileder har større tyngde enn nasjonale råd og kan i større grad bidra til mer ensartet helsehjelp.

### **Begrepsbruk og reelt innhold i helsetjenester til innsatte**

Legeforeningen mener begrepet "fengselshelsetjenester" er mer dekkende for innsattes behov enn begrepet "kommunale helse- og omsorgstjenester". Et normerende produkt fra Helsedirektoratet bør omfatte hele helsetjenesten i fengsel, og ikke reduseres til å omtale kommunale helse- og omsorgstjenester, men omtale fengselshelsetjenester inkludert spesialisthelsetjeneste, rus- og psykiatritjenester. Mange innsatte har omfattende og sammensatte helsemessige behov, og behov for både videreføring av eksisterende og opprettelse av nye behandlingsrelasjoner i både kommune- og spesialisthelsetjenesten. Ressurssterke straffedømte soner ofte med samfunnsstraff eller fotlenke. Fengselspopulasjonen har derfor i enda større grad enn tidligere en overhyppighet av rus,

psykiatrisk sykdom, lav helsekompetanse og manglende evne til å lese/skrive/snakke norsk. Det er derfor særlig viktig med et godt helsetilbud i norske fengsler.

Begrepet fengselshelsetjenesten er mer presist og lettere å forstå både for innsatte, pårørende og samarbeidspartnere innenfor og utenfor kommunens helse- og omsorgstjeneste. Tilsvarende begrepsbruk anvendes f.eks. om skolehelsetjenesten. Legen som er ansatt av kommunen til å yte allmennlegetjenester til de innsatte bør omtales som fengselslegen. Dette tilsvarer lege i sykehjem som kalles sykehjemslege.

Legeforeningen mener at fengselshelsetjenesten er selve kjernevirksomheten og bør vies en sentral plass i dokumentet. En beskrivelse av fengselshelsetjenestens organisering, ansvar og oppgaver vil være til nytte for alle målgruppene. Dette var bedre løst i veilederen som foreslås erstattet. Forordet og kunnskapsgrunnlaget i veilederen er spesielt viktige for at målgruppene har en mest mulig felles forståelse av utfordringene i fengselshelsetjenesten, og bør oppdateres og tas med videre.

### **Fengselslegens oppgaver og kompetanse**

Rådet vil være mer relevant for både fengselsleger, fengselshelsetjenesten og de andre målgruppene hvis det beskrev fengselslegens rolle, kompetanse og oppgaver. I veilederen er dette godt beskrevet:

*"Fengselslegen skal tilby allmennlegetjenester til de innsatte og har det medisinskfaglige ansvaret for helse- og omsorgstjenester til innsatte. Dette omfatter bla utredning, diagnostikk og behandling, svangerskapsomsorg, og deltagelse i forebygging, habilitering og rehabilitering. Det er også fengselslegen som samhandler med og henviser til 2. linjetjenesten, som samhandler med og skriver epikrise til den innsattes fastlege ved løslatelse. Arbeidet med innsatte i fengsel innebærer problemstillinger og utfordringer under soning som krever spesiell erfaring, kompetanse og forståelse fra fengselslegen. Konsultasjoner bør bare unntaksvis foregå utenfor fengselet. Fengselslegen 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. Fengselslegen bør av samme grunn være en del av et nasjonalt fengselslegenettverk. Den norske legeforening har i samarbeid med andre legeforeninger og internasjonale menneskerettighetsorganisasjoner utviklet et nettkurs for fengselsleger som omhandler aktuelle utfordringer innen fengselsmedisin. Nettkurset finnes på sidene til World Medical Association og heter "Doctor Working in Prison: Human Rights and Ethical Dilemmas" (48).*

Legeforeningen savner en beskrivelse av kommunens ansvar for at fengselslegen er faglig oppdatert, har riktig kompetanse, samarbeider med fagmiljøer i og utenfor fengselet og at kommunen tilrettelegger for kontinuitet i fengselslegestillinger. Kommunen skal legge til rette for at fengselslegen bidrar med sin medisinskfaglige kompetanse i utviklingsarbeid i fengselshelsetjenesten, f.eks. prosedyrer, samarbeidsavtaler, organisering, kvalitetsarbeid osv.

Legeforeningen anbefaler at det lokalt i alle kommuner med fengsel utarbeides en norm for fengselslegetjenesten som tar hensyn til overnevnte oppgaver. Slik bør nødvendig antall

fengselslegeårsverk beregnes og tilpasses lokale forhold. Der beregningen viser et behov for mer enn 0,2 årsverk mener Legeforeningen det av hensyn til fag, arbeidsmiljø, stabilisering, rekruttering og kontinuitet i fengselslegetjenesten må legges til rette for at flere fengselsleger kan jobbe i samme fengsel.

Det bør være helsemyndighetenes ansvar å sikre at fengselsleger og annet helsepersonell i fengsler har tilgang på fagmedisinske nettverk slik at kontinuerlig forbedringsarbeid kan foregå i fagmiljøet og ivareta de særegne utfordringene innsatte har. For fengselslegene og fastlegene ville en oppdatert versjon av eksisterende veileder og utvikling av en metodebok for fengselshelsetjenesten vært mer relevant enn høringsutkastet. En slik metodebok må utvikles i nært samarbeid med fengselslegene. Det samme gjelder kvalitetsindikatorer for fengselshelsetjenesten, som i utkastet anbefales utviklet av kommunens ledelse.

Legeforeningen savner en omtale av arbeidsforholdene for ansatte som skal yte hjelp til innsatte i fengsel. Alenearbeid og risiko for vold og trusler er kjente faktorer som det bør påpekes at arbeidsgiver plikter å ivareta i samarbeid med fengselsledelsen.

### **Forholdet mellom fengselshelsetjenesten og behandlere utenfor fengselet**

Veilederen gir inntrykk av at de fleste innsatte soner i eller nær hjemstedet og har tilgang til sine behandlere. Erfaringen tilsier derimot at det ved fengselsopphold kan være betydelig reiseavstand og vanskelig både å gjennomføre sykebesøk i fengsel og å stille til poliklinisk oppfølging hos faste behandlere. Denne problemstillingen burde adresseres tydeligere, og samspillet mellom fengselsinterne og eksterne behandlere beskrives bedre.

Domsinnsatte vil som regel motta sine helsetjenester fra fengselet. Dette er en hensiktsmessig ordning. Samtidig er det en utfordring for personer som er i behandling utenfor fengselet dersom pågående behandler-relasjoner blir avbrutt under soning. Det er opparbeidet mye kunnskap om at kontinuitet i lege-pasientforholdet er viktig for kvaliteten på helsehjelpen. Mange innsatte er sårbare, og tap av kontinuitet til fastlegen og andre faste behandlere er en uønsket merbelastning. Det må legges til rette for at den innsatte kan fremstilles for behandlere utenfor fengselet og for oppfølgingen kan skje pr telefon eller digitalt i de tilfellene dette vurderes som forsvarlig. Tolketjeneste bør være tilgjengelig per telefon eller digitalt, det senker terskelen for bruk av tolk.

Legeforeningen mener det er ønskelig at varetektsinnsatte har tilgang til fengselshelsetjenesten på lik linje med domsinnsatte. Det kan by på geografiske og praktiske utfordringer å benytte seg av egen fastlege. Denne forståelsen avspeiles også ved at en denne type oppgave ikke inngår som en del av normaltariffen. Det må være en rimelig grunn dersom at varetektsinnsatte skal behandles av sin fastlege, slik det står i loven og gjengitt i veilederen sist oppdatert i 2016. Om det foreligger en rimelig grunn til at fastlege skal stå for behandlingen må avgjøres i et samarbeid mellom varetektsinnsatte, fengselslege og fastlege og ikke være opp til den varetektsinnsatte alene, slik det beskrives i høringsutkastet.

Varetektsfengslede har rett til gratis helse- og omsorgstjenester som andre innsatte. Det fremstår uheldig at en varetektsfengslet – en person som ikke er dømt – mister rettigheter i folketrygden i den perioden hen sitter i varetekt.

Norge har gjentatte ganger fått kritikk for sin utstrakte og langvarige bruk av varetekt og sin bruk av isolasjon. Dette er tiltak som kan skade innsattes helse og representere brudd på menneskerettigheter. Når innsatte isoleres "store deler av døgnet (men mindre enn 22 timer)" bør rådene spesifisere hva slags personell som tilser pasienten og hvor hyppig.

Det anbefales at innkomstsamtale gjennomføres innen 24 timer "av for eksempel ansatte i den stedlige kommunale helse- og omsorgstjenesten, legevakt eller annet helsepersonell fra kommunen". Dette er ikke en egnet oppgave for legevakt, som er en akuttmedisinsk tjeneste. Legevakten har dessuten en stor personellgruppe uten fast tilknytning, som vil få lite mengdetrening på oppgaver som dette. Legevakt bør derfor kun benyttes ved akutte behov, og ikke for rutinemessige innkomstsamtaler.

Det er avgjørende for den helsemessige oppfølgingen av at man ved løslatelsestidspunktet har planlagt videre helsemessig oppfølging, og oversendt nødvendig informasjon til helsetjenesten utenfor sykehus (epikrise må foreligge på løslatelsesdagen). Hos personer med rusmisbruk må det gjøres tiltak for å forebygge overdose i tiden etter utskriving.

#### **Andre merknader til rådene**

- I rådet "Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal melde til kriminalomsorgen dersom innsattes soningsforhold er helseskadelige og tilgang til helse- og omsorgstjenester ikke er dekket" fremgår det ikke om det enkelte helsepersonell selv skal melde eller om det er lederen av kommunal helse- og omsorgstjeneste som skal gjøre det. Det bør også poengteres at helsetjenesten i fengsel er underlagt de samme melde- og tilsynsregler som annen helsetjeneste.
- Det er en skrivefeil i rådet "Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal tilby innsatte nødvendige helsetjenester for seksuell og reproduktiv helse." Siste kulepunkt i den øverste rekken lyder "innsatte som er dømt for seksuallovbrudd domfelte for seksuallovbrudd".
- Vanedannende legemidler er gjenstand for utstrakt kjøp og salg i fengsel. Dette kan få uheldige helsemessige konsekvenser for pasienten selv eller andre innsatte. Vanedannende bør som hovedregel administreres av kriminalomsorgen.

Med hilsen  
Den norske legeforening

Siri Skumlien  
Generalsekretær

Johan Torgersen  
Fagdirektør

Jon Ørstavik  
Spesialrådgiver/lege

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)