

Veileder

IS-1971

## Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel

Heftets tittel: Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel

Utgitt: måned/år, eks. xx/xxxx

Bestillingsnummer: IS-1971

ISBN-nr. xx-xxxx-xxx-x [fås av Trykksaksteamet]

Utgitt av: Helsedirektoratet  
Kontakt: Avdeling minoritets helse 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](http://www.helsedirektoratet.no)

Hftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet  
v/ Trykksaksekspedisjonen  
e-post: [trykksak@helsedir.no](mailto:trykksak@helsedir.no)  
Tlf.: 24 16 33 68  
Faks: 24 16 33 69  
Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-xxxx

Forfattere: Fornavn Etternavn (linjeskift mellom flere)

Illustrasjon: Fornavn Etternavn (linjeskift mellom flere)

# Forord

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

Endringer i sykdomsbildet, 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 primærhelsetjenestetilbudet 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 og innenfor de rammer som kommunen har valgt for sin bemanning og øvrig organisering av fengselshelsetjenesten.

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](http://Helsedirektoratet.no) når vesentlige endringer gjør det nødvendig. Vi er takknemlig for tilbakemeldinger på innholdet i veilederen.

Vi takker lege Svein Erik Ekeid, Helsedirektoratets ressursgruppe, Kriminalomsorgens sentrale forvaltning og andre aktører som har levert vesentlige bidrag til revideringen av denne veilederen.

Mars 2012

Bjørn-Inge Larsen  
direktør

# Innhold

<b>1</b>	<b>Kunnskapsgrunnet</b>	<b>5</b>
1.1	Fengselshelsetjeneste	5
1.1.1	Importmodellen	5
1.2	Fengselsstatistikk	5
1.2.1	Fengsler, domsinnsatte og varetektsinnsatte	5
1.2.2	Isolasjon og tvangsmidler	6
1.2.3	Selvmord	6
1.3	Helsesituasjonen blant innsatte	6
<b>2</b>	<b>Ansvar- og oppgavefordeling</b>	<b>9</b>
2.1	Myndighetsansvar	9
2.2	Kommunens ansvar, oppgaver og organisering	9
2.2.1	Internkontroll og kvalitetssystem	10
2.3	Regionale helseforetaks ansvar	11
2.4	Fylkeskommunalt ansvar	11
2.5	Helsepersonellens ansvar	12
2.6	Kriminalomsorgens ansvar	12
2.7	Kommunens ansvar, oppgaver og organisering	13
2.7.1	Håndtering av uenighet mellom helsetjenesten og kriminalomsorgen	13
<b>3</b>	<b>Helse- og omsorgstjenester til innsatte</b>	<b>15</b>
3.1	Pasient - og brukerrettigheter	15
3.1.1	Rett til helsehjelp	15
3.1.2	Rett til medvirkning og informasjon	15
3.1.3	Samtykke til helsehjelp	16
3.1.4	Rett til fritt sykehusvalg	16
3.1.5	Rett til å velge fastlege	16
3.1.6	Klageadgang	17
3.2	Kommunale oppgaver	18
3.2.1	Individuell plan	18
3.2.2	Legemiddelhandtering	18
3.2.3	Forebyggende tiltak	22
3.2.4	Øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester	25
3.2.5	Tilretteleggelse for tiden etter løslatelsen	27
3.2.6	Bemanning i fengselshelsetjenesten	27
3.3	Fylkeskommunens oppgaver	29
3.3.1	Tannhelseundersøkelse og behandling	29
3.4	Helseforetakenes oppgaver	29
3.4.1	Sammensatte psykiske lidelser og personlighetsforstyrrelser	29

3.4.2	Ruslidelser	31
3.5	Kriminalomsorgens oppgaver	33
3.5.1	Rusmestringsenhet i fengsel	34
3.5.2	Ungdomsenheter i fengsel	34
3.5.3	Praktisk hjelp til medisiner	34
3.5.4	Fremstilling til helsebehandling utenfor fengselet	35
3.5.5	Straffegjennomføringsloven § 12	35
<b>4</b>	<b>Spesielle utfordringer</b>	<b>36</b>
4.1	Taushetsplikt og samarbeid	36
4.2	Varetekt	38
4.3	Isolasjon	39
4.4	Tolk 40	
4.5	Sultestreik	41
4.6	Tvungen undersøkelse for å avdekke bruk av rusmidler mv.	41
4.7	Bruk av tvangsmidler i fengsel	42
4.8	Funksjonshemmede i fengsel	43
4.8.1	Hjelpemidler	43
4.9	Sakkyndigrollen og behandlerrollen	44
4.9.1	Attester, erklæringer m.m. for innsatte	45
4.10	Soningsutsettelse og straffavbrudd	46
4.10.1	Soningsutsettelse	46
4.10.2	Straffavbrudd	47
4.10.3	Fremskyndet løslatelse fra varetekt	47
4.10.4	Benådning	47
4.10.5	Mulige negative konsekvenser ved soningsutsettelse og avbrudd	48
<b>5</b>	<b>Økonomiske forhold</b>	<b>49</b>
5.1	Finansiering av helsetjenester – forvaltningsansvar	49
5.1.1	Den kommunale fengselshelsetjenesten	49
5.1.2	Fylkeskommunal tannhelsetjeneste	49
5.1.3	Spesialisthelsetjenesten	50
5.1.4	Kriminalomsorgen	50
5.2	Finansiering av helsetjenester - individnivå	51
5.2.1	Innsatte uten lovlig opphold i riket	51
5.2.2	Varetektsinnsatte	52
5.2.3	Innsatte i overgangsbolig	52
5.3	Legemidler	52
5.4	Hjelpemidler	53
5.5	Tolketjenester	53
<b>6</b>	<b>Vedlegg</b>	<b>55</b>
<b>7</b>	<b>Referanseliste</b>	<b>57</b>

# Innledning

Denne veilederen er i første rekke beregnet på 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 helsetjenestetilbudet 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. For problemstillinger og anbefalinger vedrørende de ulike psykiske og somatiske lidelser vil det bli vist til relevante veiledere.

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

# 1 Kunnskapsgrunnlaget

## 1.1 Fengselshelsetjeneste

Helsetjenesten i fengslene skal være likeverdig med helsetjenesten for den øvrige befolkningen. Innsatte skal gis et helsetjenestetilbud 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 og helseproblemer.

### 1.1.1 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. Ordningen er ment å sikre helsetjenesten en fri og uavhengig rolle i forhold til kriminalomsorgen.

Det er kommunene som er ansvarlige for primærhelsetjenesten i fengslene. Ansvar er hjemlet i [helse- og omsorgstjenesteloven](#) kap. 3 § 3-9(1). Kommuner med fengsel skal ha tilbud om helse- og omsorgstjenester for de innsatte.

De regionale helseforetakene har ansvar for spesialisthelsetjenestens tilbud når det gjelder somatiske og psykiatriske helsetjenester.

Fylkeskommunen har ansvaret for tilbud om tannhelsetjeneste.

## 1.2 Fengselsstatistikk

Kriminalomsorgens årsstatistikker er benyttet i dette kapittelet for å gi en oversikt over forhold i fengsel som antas å ha betydning for fengselshelsetjenesten<sup>1</sup>. For feilkilder, begrepsavklaringer og utfyllende informasjon vises til årsstatistikker på Kriminalomsorgens hjemmeside.

### 1.2.1 Fengsler, domsinnsatte og varetektsinnsatte

Kriminalomsorgen hadde i 2010 i alt 50 fengsler, inkludert 8 overgangsboliger, spredt på 43 kommuner.

Fengslene hadde en total kapasitet per 31. desember 2010 på 3826 fengselsplasser mot 3573 i 2007. Omtrent 38 % av fengselsplassene er med lavt sikkerhetsnivå. De enkelte fengslene har en kapasitet fra 12 til nærmere 400 innsatte.

---

<sup>1</sup> Det er brukt varierende årstall for sammenligninger, avhengig av oppbyggingen på kriminalomsorgens årsstatistikk.

Det har vært en nedgang i antall nyinnsettelse i og utenfor fengsel fra 12 648 i 2008 til 11 678 i 2010 samtidig som fengselskapasiteten har økt. 8,8 % av alle nyinnsettelse i 2010 var kvinner mot 9,5 % i 2009. Gjennomsnitt sittedid for innsatte som soner dom har økt fra 96 døgn i 2007 til 123 døgn i 2010.

Varetekt som andel av alle nyinnsettelse har økt fra 25 % i 2007 til 34 % i 2010 og gjennomsnitt sittedid i avsluttede varetektsforhold har økt til 79 dager i 2010 fra 68 i 2009.

Per 1. mars var det i 2010 30,8 % utenlandske<sup>2</sup> innsatte av alle innsatte i fengsel, mens det i 2007 var 18,9 % utenlandske innsatte.

Antall beslag av narkotiske stoffer i norske fengsler har økt fra 653 i 2008 til 1095 i 2009, men var nede i 773 i 2010. 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. 91 menn og 1 kvinne var under 18 år ved innsettelsesdato i 2010 mot 84 menn og 4 kvinner i 2009.

### **1.2.2 Isolasjon og tvangsmidler**

Isolasjon over lang tid kan være svært belastende for den innsatte. Av 3 828 (3 674 i 2009) som avsluttet varetekt i 2010, ble 580 (505 i 2009) underlagt fullstendig isolasjon. Isolasjonen varte i 83 % (96 % i 2009 og 70 % i 2008) av tilfellene under 30 dager og ingen varte mer enn 89 dager.

Kriminalomsorgen benyttet i 2010 sikkerhetscelle 344 ganger, en reduksjon på 7 fra 2009 og en øking fra 275 i 2007. Det er en reduksjon i bruk av sikkerhetsseng fra 15 til 5 tilfeller fra 2009 til 2010. I 2007 ble sikkerhetsseng brukt i 15 tilfeller.

Det benyttes i liten grad andre tvangsmidler, men håndjern ble i 2010 benyttet i 572 tilfeller.

### **1.2.3 Selvmord**

Selvmordstallene på 2000-tallet varierer fra én til syv. Det er registrert syv selvmord i fengsler i 2008, ett i 2009 og to i 2010. Av disse ti satt syv i varetekt. Selvmordsproblematikken må ses i et videre perspektiv og da i forhold til selvmordsforsøk og selvskader.

## **1.3 Helsesituasjonen blant innsatte**

Resultater fra mange undersøkelser viser at en betydelig andel innsatte er preget av et alvorlig psykisk symptomtrykk og rusproblem. Nedenfor oppsummeres noen av funnene.

---

<sup>2</sup> Det fremkommer ikke av kriminalomsorgens årsstatistikk 2010 hvordan "utenlandsk" er definert i denne sammenligningen.



[Forskningsstiftelsen Fafo](#) (2) 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.

Forskningsstiftelsen 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 (3).

Sykkeligheten blant fengselsinnsatte 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 tungt rusmisbruk og problemer knyttet til helse, familiesituasjon og økonomi. Andre undersøkelser bekrefter at det er høyere forekomst av både rusmisbruk og psykiske lidelser 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 psykisk lidelse og spesielt alvorlig personlighetsforstyrrelse blant innsatte i fengsel. (4-7).

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 (8).

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 (7;9).

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 (10). Innsatte som har søvnproblemer eller psykiske plager, er mer misfornøyd med helsetjenestene enn andre innsatte.

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

Behandling av sykdommer er et sentralt aspekt i rehabiliteringsarbeidet. Vellykket reintegrering i samfunnet avhenger av en helhetlig forståelse av den innsattes situasjon. Soningstiden kan være en spesielt god anledning for helsetjenesten mht. forebyggende, diagnostiske og behandlingsmessige tiltak.

## 2 Ansvar- og oppgavefordeling

### 2.1 Myndighetsansvar

**Helsedepartementet** har det overordnede ansvar for helsetjenesten.

**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 helsetjenestene. Fylkesmannen skal også påse at retningslinjer og veiledere for helsetjenesten blir kjent og overholdt, og at befolkningens behov for helsetjenester blir dekket.

**Statens helsetilsyn** har det overordnede faglige tilsyn med helsetjenestetilbudet i landet. 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 helsetjenesten i fengsel, innenfor de rammer som følger av lover og forskrifter.

**Fylkeskommunene** har ansvaret for organisering og utførelse av tannhelsetjenester.

### 2.2 Kommunens ansvar, oppgaver og organisering

I henhold til [helse- og omsorgstjenesteloven](#) kap. 3 § 3-1 skal kommunen sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunen har ansvar for å organisere og yte tjenester som den er pålagt, og står i stor grad fritt til å bestemme hvordan oppgavene skal organiseres. Forvaltningspolitisk er den rådende oppfatning i Norge at det er viktig at kommunene har frihet til å organisere og utvikle sine tjenester ut fra lokale forhold. Dette innebærer at kommunene selv fastsetter organisasjonsform for fengselshelsetjenesten. Vanligvis vil helsetilbudet gis i egnede lokaler i det aktuelle

fengselet. En hensiktsmessig organiseringsform kan være at nærliggende kommuner med fengsler eller større fengsler foretar en interkommunal organisering for derved å styrke den faglige kompetansen. En fengselslege kan da fungere som "fengselsoverlege" med spesialkompetanse og faglig veiledningsplikt. Det kan også være hensiktsmessig med en lokal helsefaglig leder i fengselet som har kjennskap til fengselshelsetjenestens spesielle utfordringer, som har et nært samarbeid med øvrig helsetjeneste i den aktuelle kommune og som har forankring i kommunens lederteam.

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

Etter [helse- og omsorgstjenesteloven](#) kap. 3 § 3-9 skal kommunen i de kommunene hvor det ligger fengsler i kriminalomsorgen, ha tilbud om helse- og omsorgstjenester for de innsatte. Helsetjenesten i fengselet skal være en likeverdig og integrert del av den kommunale helsetjenesten og sikre at de innsatte får nødvendig helsehjelp.

Kommunene skal tilby:

- helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder helsestasjon
- svangerskaps- og barselsomsorg
- 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](#) (1) § 6-1 at det fra 1. januar 2012 er innført en lovpålagt plikt til å inngå samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak eller med helseforetak som det regionale helseforetak bestemmer. 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](#) (11).

Kommunen skal også tilby helsepersonell i fengsel systematisk veiledning og har plikt til å legge til rette for nødvendig opplæring, herunder videre- og etterutdanning som kvalifiserer for arbeid i fengselshelsetjenesten. Helsepersonell plikter å delta i nødvendig etter- og videreutdanning jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 8-2.

### **2.2.1 Internkontroll og kvalitetssystem**

Kommunene 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 sosial- og helselovgivningen. 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 sosial- og helselovgivningen, jf. § 4 i internkontrollforskrift i sosial/helsetjenesten (12).

Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig. Internkontrollsystemet i fengselshelsetjenesten bør utarbeides i nært samarbeid med øvrig helsetjeneste i kommunen og implementeres i kommunens kvalitetssystem.

### **2.3 Regionale helseforetaks ansvar**

De regionale helseforetakene skal, der det vurderes som nødvendig, 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 som er relevante for både spesialist- og kommunehelsetjenesten, deriblant veileder IS-1505 "[Vurdering av henvisninger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling](#)".

Helseforetakene skal jevnlig vurdere om tjenestene er tilstrekkelig ivaretatt. De regionale helseforetakene har også ansvaret for faglig veiledning av fengselshelsepersonellet (13).

De polikliniske spesialisthelsetjenestene innen psykiatri og rus kan med fordel utføres av et fast og erfarent personell, gjerne med oppmøte i det aktuelle fengselet. Dette grunnet en svært sammensatt problematikk hos de innsatte, samt viktigheten av kjennskap til de spesielle omstendigheter det innebærer å sitte i fengsel og et nært samarbeid med fengselshelsetjenesten og øvrige ansatte i fengselet.

### **2.4 Fylkeskommunalt ansvar**

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 være i en definert gruppe av andre årsaker, for eksempel ungdom under 18 år og innsatte som er i LAR-behandling.

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 har ansvaret for transport av 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 Helsetilsynets<sup>3</sup> [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.

## 2.5 Helsepersonellens ansvar

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 kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. I henhold til [helse og omsorgstjenesteloven](#) § 8-2 3.ledd, har helsepersonell plikt til å gjennomgå opplæring, og å følge faglige retningslinjer (1).

Helsepersonelloven inneholder i tillegg regler 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.

## 2.6 Kriminalomsorgens ansvar

Kriminalomsorgen og politiet har gjennom samarbeid med andre offentlige etater, herunder helsetjenesten, 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 helsetjenesten får egnede lokaler med innredning tilpasset virksomheten, som for eksempel:

- Møbler
- Telefon
- Tilgang til telefaks og kopieringsmaskin
- Datamaskin med tekstbehandlingsprogram og mulighet for tilknytning til internett. Nettverket må være adskilt fra kriminalomsorgens IKT-system.
- Egnede arkivskap til journalopplysninger m.m.
- Utstyr til tannbehandling der hvor det er tannklinikk i fengselet, se [rundskriv IK-28/89](#). Se også kap. 3.3.1 om tannhelsetjenestetilbud.

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

Helsetjenesten må vurdere når det er behov for utskiftning av nødvendig utstyr. Det bør, dersom mulig, meldes til kriminalomsorgen i god tid.

---

<sup>3</sup> Dette er et rundskriv utgitt av Statens helsetilsyn før 1.1.2002 som nå forvaltes av Helsedirektoratet.

## 2.7 Kommunens ansvar, oppgaver og organisering

Kriminalomsorgen og helsetjenesten 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 helsetjenesten medføre risiko for helsetap. I de tilfellene den innsatte har behov for sammensatte tjenester, er samarbeid spesielt viktig for å oppnå gode resultater.

Helsetjenesten 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 helsetjenesten i fengselet.

### 2.7.1 Håndtering av uenighet mellom helsetjenesten og kriminalomsorgen

På tross av gode samarbeidsrutiner kan det, blant annet grunnet forskjellig målsetning, regelverk og organisering, oppstå uenighet mellom kriminalomsorgen og helsetjenesten om når, hvor og hvordan innsatte skal motta helsehjelpen. Helsetjenestens målsetning er å innfri pasientens rettigheter til nødvendig helsehjelp. Soningsforholdene reguleres imidlertid av straffegjennomføringsloven. Kriminalomsorgen har et berettiget krav på å kunne innskrenke den innsattes bevegelsesfrihet.

Det er kriminalomsorgen som har avgjørelsesmyndighet og vedtaksrett, men legens anbefalinger skal tillegges betydelig vekt, da fengselsledelsen sjelden innehar medisinsk kompetanse. I tillegg kan kriminalomsorgen mangle nødvendig informasjon om helsetilstanden grunnet helsepersonellets taushetsplikt, se kap. 4.1 om taushetsplikt og samarbeid. Det er særlig i tilfeller hvor det er fare for at domfelte vil begå nye straffbare handlinger at det kan være aktuelt å fravike fengselslegens eventuelle anbefalinger. Kriminalomsorgen plikter i så fall å sørge for nødvendig tilrettelegging slik at domfeltes helsetilstand kan ivaretas.

[De europeiske fengselsreglene](#) (18), som ble vedtatt av ministerkomiteen 11. januar 2006 og som Norge har sluttet seg til, omtaler i punkt 45.1 kompetanseforholdet mellom kriminalomsorg og helsepersonell slik:

- Direktøren skal vurdere de rapporter og råd legen eller annen kompetent myndighet presenterer i samsvar med regel 43 og 44, og skal, når han er enig i de anbefalinger som fremmes, straks treffe tiltak for å iverksette dem.

I punkt 45.2 angis en løsning dersom det oppstår en konfliktsituasjon:

- Hvis legens anbefalinger ikke ligger innenfor direktørens fullmakter, eller direktøren ikke er enig i dem, skal direktøren straks legge legens råd samt en personlig rapport fram for overordnet myndighet.

I henhold til Helse- og omsorgsdepartementets embetsoppdrag til fylkesmennene, kap. 84.4 " Helsetjenesten til innsatte i fengsel" skal fylkesmennene bistå kommunene og fengslene med å implementere de reviderte europeiske fengselsreglene (19).

Ved uenighet mellom fengselsledelsen og fengselshelsetjenesten eller øvrig helsetjeneste som spesialisthelsetjenesten m.m., bør problematikken løftes til henholdsvis kriminalomsorgens regionaldirektør og fylkeslegen. Dette gjelder også ved øyeblikkelig hjelp situasjoner.

Skriftlige rutiner for samarbeid bør foreligge og være godt implementert, både i kriminalomsorgen og fengselshelsetjenesten.

Helse- og justismyndighetene har til vurdering anbefalinger for praktisk gjennomføring av konflikthåndtering mellom kriminalomsorgen og helsetjenesten.



## 3 Helse- og omsorgstjenester til innsatte

### 3.1 Pasient - og brukerrettigheter

[Pasient- og brukerrettighetsloven](#) (20) skal sikre at pasienter får riktig og likeverdig tilgang på helsehjelp av god kvalitet.

Prinsippene for innsattes rett til helsehjelp er fastsatt i flere internasjonale konvensjoner (18;21-24). Europarådets Torturkomité har gitt en rekke uttalelser når det gjelder anvendelsen av disse prinsippene. Den europeiske menneskerettighetsdomstolen i Strasbourg har avvist at en fengselsdom i seg selv skal innebære begrensninger i menneskerettighetene eller påføre ytterligere straff utover frihetsberøvelsen.

#### 3.1.1 *Rett til helsehjelp*

Innsatte har rett til øyeblikkelig hjelp, og rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen.

Dersom det er behov for helse- og omsorgstjenester som fengselshelsetjenesten ikke kan ivareta, skal innsatte bringes til lege/sykehus eller annen legehjelp rekvireres.

Kriminalomsorgen har ansvaret for transportering og sikkerhetsvurderingen av den innsatte. De har imidlertid ikke kompetanse til å vurdere behovet for helsehjelp og må rådføre seg med tilgjengelig helsepersonell.

Dersom det oppstår uenighet mellom helsetjenesten og kriminalomsorgen må dette løses i tråd med det som er beskrevet i kap. 2.7.1.

#### 3.1.2 *Rett til medvirkning og informasjon*

Etter [pasient- og brukerrettighetsloven](#) (20) § 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 ansvarlig lege 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.

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 medvirkning på, 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.

### **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 helsetjenesten, 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). I utfyllende [retningslinjer](#) til straffegjennomføringsloven og til forskrift til loven (25) kap. 1.6 om forvaltningssamarbeid står 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 rømningsfaren, 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 (26) § 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 fastlegeforskriften 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, jf. [fastlegeforskriften](#) (27) § 7, til institusjonen<sup>4</sup>. I merknaden til bestemmelsen 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. Mht. varetektsinnsatte gjelder spesielle regler, se kap. 4.2 om varetekt. Domsinnsatte skal derfor i utgangspunktet forholde seg til fengselslegen og har ikke et rettslig krav på å benytte fastlegen eller andre allmennleger.

I merknadene til fastlegeforskriften § 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.

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

Ved utskriving vil ansvaret overtas av fastlegen. Ved behov for tilrettelegging av allmennlegetilbudet ved utskriving, må institusjonen kontakte fastlegen før utskrivingen. Med mindre personen motsetter seg det, skal epikrise og opplysninger som er nødvendig for å kunne gi forsvarlig legehjelp og oppfølging, gis fastlegen ved utskriving, jf. helsepersonelloven § 45. Eventuelt skal opplysninger 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.

For informasjon mht. økonomi henvises til kap. 5 om økonomi.

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

### **3.1.6 Klageadgang**

Den innsatte kan klage til Fylkesmannen dersom vedkommende mener at han eller hun ikke får nødvendig helsehjelp, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven](#) (20) kap. 7.

En innsatt kan også be Fylkesmannen vurdere om helsepersonell har opptrådt i strid med bestemmelsene i [helsepersonelloven](#) (16), for eksempel om taushetsplikten er brutt.

Ofte vil det ikke være noen klar grense mellom klage på grunn av påstått manglende nødvendig helsehjelp og klage på behandling.

---

<sup>4</sup> I forbindelse med samhandlingsreformen og nytt lov- og forskriftsverk vil det i 2012 komme en ny fastlegeforskrift og veilederen vil bli revidert i samsvar med denne.

## 3.2 Kommunale oppgaver

### 3.2.1 *Individuell plan*

De innsatte som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan, jf. [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 om pasienters og brukeres behov for individuell plan i henhold til [helsepersonelloven](#) (16) § 38a og § 4 2.ledd, og har selv plikt til å delta i arbeidet med planen. Koordinerende enhet skal oppnevne koordinator og sørge for at planprosessen kommer i gang. Koordinator skal sørge for nødvendig oppfølging og sikre samordning av tjenestetilbudet og framdrift i planarbeidet jf. [helse- og omsorgstjenesteloven](#) (1) § 7-2. Det skal legges til rette for at tjenestemottakeren kan delta i arbeidet med sin individuelle plan.

En stor andel fengselsinnsatte har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester. Det vil derfor i mange tilfeller være hensiktsmessig å igangsette arbeidet med individuell plan raskt etter innsettelsen.

Individuell plan erstatter ikke behovet for eventuelle delplaner som går mer i detalj på definerte områder. Den individuelle planen må bidra til at disse er i samsvar med brukers overordnede mål og inngår som deler av en større helhet. 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).

### 3.2.2 *Legemiddelhåndtering*

En del innsatte bruker medisiner ved innsettelsen og under soningen. Det er viktig at medisineringen kontinuerlig vurderes samt ivaretas på en forsvarlig og kvalitetsmessig god måte. Et godt samarbeid mellom fengselshelsetjenesten og kriminalomsorgen er nødvendig for å ivareta dette.

#### 3.2.2.1 *Fengselshelsetjenestens ansvar*

Legemiddelhåndteringen skal være faglig forsvarlig og i overensstemmelse med [forskrift om legemiddelhåndtering](#) (29) og [rundskriv IS-9/2008](#) til forskriften (30). 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.

Virksomheten skal vurdere behovet for at det utføres ekstern (farmasøyt)kontroll av virksomhetens legemiddelhåndtering, jf. § 4, 6. ledd. Der det vurderes nødvendig, skal slik ekstern kontroll utføres. Fengselshelsetjenesten/kommunen kan som en del av sitt kvalitetssikringsarbeide, inngå avtale med farmasøyt om regelmessig tilsyn.

I de tilfeller legemiddelhåndteringen vurderes som nødvendig helsehjelp, vil hjelpen være av en slik karakter at det i hovedsak forutsetter autorisert helsefaglig kompetanse for å utføre oppgaven. Hjemmesykepleie eller legevaktjeneste er mulige samarbeidsparter i de perioder fengselshelsetjenesten ikke er tilgjengelig.

### 3.2.2.2 *Kriminalomsorgens ansvar*

#### **Legemiddelhåndtering som praktisk bistand**

Fengselslegen vurderer de innsattes legemiddelbruk ved innkomst.

Dersom legemidlene, rekvirert av fastlegen, fengselslegen 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 fengselsoppholdet.

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

Fengselshelsetjenesten bør, etter forespørsel fra kriminalomsorgen, bistå i den praktiske opplæringen av betjentene.

Opplæringen bør minst omfatte:

- Administreringen av legemiddelet, hvordan ordinasjonen skal forstås m.m.
- Viktigheten av å dokumentere hva som utdeles av legemidler, og når utdeling er skjedd
- Oppbevaring av medikamentet, innlåsning, temperatur m.m
- Avvikshåndtering
- Videreformidling av bivirkninger til helsepersonell og ansvarlig leder
- Praktisk håndtering av dosett, multidose m.m.

Når kriminalomsorgen yter praktisk hjelp mht. legemiddelhåndteringen, bør den innsatte informeres om at kriminalomsorgen da må ha tilgang til nødvendige helseopplysninger. Den innsatte kan i slike tilfelle velge å avstå fra å få medisinene utdelt. I så fall må legen informere pasienten om mulige konsekvenser.

Kriminalomsorgen er ansvarlig for eventuelle avvik, 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 nødvendig helsehjelp**

I noen tilfeller vil kriminalomsorgsansatte måtte inntre som helsepersonells medhjelpere og administrere legemidler til innsatte som innebærer at de utfører nødvendig helsehjelp. Helsepersonellet er da ansvarlig for at kriminalomsorgens ansatte har fått tilstrekkelig opplæring slik at legemiddeladministreringen utføres på

en faglig forsvarlig måte. Helsepersonellet må gi det aktuelle fengselspersonellet grundig informasjon, veiledning og opplæring i den spesifikke situasjonen. I tillegg til punktene nevnt ovenfor (ved praktisk hjelp til legemiddeladministrering) bør det legges vekt på muntlig og skriftlig informasjon og veiledning:

- om den innsattes helsetilstand
- om legemiddelets administrasjonsmåte, virkning og bivirkning
- dersom det er behov for instruks om bruk av akuttmedisin
- dersom det er behov for overvåking av inntak og observasjon av reaksjoner
- dersom det er behov for kunnskap om førstehjelp og legemiddelhåndteringen ved akutte tilstander

Listen er ikke utømmende og avhenger av helsesituasjonens alvor og omfang.

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

Både når fengselsansatte gir legemidler som praktisk hjelp og når de utøver nødvendig helsehjelp, vil det kunne være hensiktsmessig å benytte legemiddeldosett eller multidose. Dette er et sikkert og tilrettelagt tilbud som vil kunne forebygge at feil skjer i forbindelse med utdelingen av legemidlene.

#### 3.2.2.3 *Egenadministrering*

Den innsatte kan selv oppbevare og/eller ta egne medisiner så fremt egenadministrering er medisinsk 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 selvinnsett i egen legemiddelbruk og sannsynligvis økt selvfølelse og selvrespekt.

Det kan være hensiktsmessig at den innsatte får sine medisiner i en ukedose eller som multidose.

#### 3.2.2.4 *Medbrakte legemidler*

[Straffegjennomføringsloven](#) (17) § 26 gir hjemmel for beslag av eventuelle legemidler ved innsettelse. Medbrakte 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.

#### 3.2.2.5 *Vanedannende legemidler*

I følge [FAFO rapporten](#) (2) 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, både legale og illegale. Innsatte skal ha adekvat og forsvarlig legemiddelbehandling. Samtidig krever rusmiddelproblematikken at legen må vurdere indikasjonen nøye før legemidler rekvireres.

Rekvirering av vanedannende legemidler kan gjøres der det foreligger klare medisinske indikasjoner. I henhold til godkjent indikasjon skal vanedannende

legemidler generelt sett brukes i korte perioder. Det er viktig at behandlingen dokumenteres og journalføres.

Bruk av legemidler som påvirker kognitive funksjoner bør, dersom det er medisinsk forsvarlig, unngås i forbindelse med fengslingsmøter og rettssaker.

Både enkeltdoser og lengre tids bruk av ulike vanedannende legemidler svekker de kognitive funksjoner (31-33).

Av ovenfor nevnte årsak anbefales heller ikke bruk av vanedannende legemidler ved psykologbehandling. For noen innsatte kan et SSRI-preparat<sup>5</sup> være et alternativ. Non-selektive betablokkere kan ha god effekt på essensiell tremor.

Ved nedtrapping eller seponering av vanedannende legemidler må dette gjennomføres medisinskfaglig forsvarlig etter gjeldende normer og retningslinjer. Ved nedtrapping av personer som har hatt et høyt alkoholforbruk er det viktig å være spesielt oppmerksom på faren for utvikling av delirium tremens. Krampedempende medisiner, vitamin B1 og sovemedisiner bør gis. Innleggelse på sykehus må vurderes.

For nærmere råd om forskrivning og bruk av vanedannende legemidler vises til veileder IK-2755 "[Vanedannende legemidler, forskrivning og forsvarlighet](#)" (34)<sup>6</sup>. For annen relevant litteratur om forskrivning av vanedannende legemidler vises til publikasjoner fra komiteen for kriminalvårdsmedisin<sup>7</sup>.

### 3.2.2.6 *Legemidler rekvirert av spesialisthelsetjenesten/ andre leger*

Innsatte som er tilknyttet spesialisthelsetjenesten, vil i noen tilfeller få sine medisiner rekvirert fra helseforetaket, se også kap. 3.4.2.1 LAR og kap. 3.4.1.2 ADHD. Ved konsultasjoner på legevakten kan det også bli rekvirert medisiner.

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 en "second opinion", eventuelt bør saken meldes inn for tilsynsmyndighetene.

### 3.2.2.7 *Legemidler til varetektsinnsatte*

I forarbeidene til [straffegjennomføringsloven](#) (17) § 51 står det at varetektsinnsatte har en generell adgang til å få behandling av sin private lege. Retten er begrenset til situasjoner hvor det er rimelig at innsatte benytter privat lege.

Medisinerings skal skje i samråd med fengselshelsetjenesten, jf. straffegjennomføringsloven § 51 annet punktum.

I merknadene til forarbeidene til loven (35) står det at fengselslegen ikke kan bestemme hvilke medisiner den enkelte skal få ved uenighet mellom den private legen og fengselslegen, men at den private legen da har det avgjørende ord. Dette for ikke å krenke retten til bruk av privat lege.

<sup>5</sup> Serotonin-reopptakshemmere

<sup>6</sup> IK-2755 er under revisjon

<sup>7</sup> Kriminalvården, 2008: *Basläkmedel inomkriminalvården* som kan bestilles fra Kriminalvården, Huvudkontoret, Förlaget, S-601 80 Norrköping, faks 0046-11 496 35 17



Imidlertid forutsettes det i merknadene til forarbeidene til straffegjennomføringsloven at den private legen 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.

### 3.2.3 **Forebyggende tiltak**

Kommunens plikt til ivaretagelse med hensyn til nødvendige helsetjenester omfatter også forebyggende helsetjenester.

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

#### 3.2.3.1 **Smittevern**

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 rusmisbrukere 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 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 injiserende stoffmisbrukere og deres seksualkontakter. En annen gruppe helsetjenesten bør være spesielt oppmerksom på er ikke-etnisk norske fra høyrisikoområder som i hovedsak er smittet i sitt hjemland.

Utbrudd av hepatitt A blant injiserende stoffmisbrukere og menn som har sex med menn rapporteres regelmessig i mange europeiske land<sup>8</sup>.

I 2010 ble det diagnostisert 258 nye smittede tilfeller med humant immunsviktvirus<sup>9</sup>, HIV, i Norge. Av disse var det 173 menn og 85 kvinner. Blant menn som har sex med menn er det epidemiologisk vedvarende høye smittetall med noe nedgang de siste årene. Elleve av de smittede var injiserende rusmisbrukere.

For informasjon om seksuelt overførbare sykdommer henvises til [folkehelseinstituttets hjemmesider](#), bl.a. om:

[Hivsituasjonen i Norge 2010](#)  
[Klamydia](#)

<sup>8</sup> Landsomfattende utbrudd i Norge i stoffmisbrukermiljøer 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.

<sup>9</sup> Dette er en moderat nedgang fra 283 diagnostiserte tilfeller i 2009, og skyldes i hovedsak færre tilfeller påvist blant innvandrere smittet før ankomst til Norge.



## Syfilis Gonore

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. Plikt til å la seg undersøke har blant annet personer fra land med høy forekomst av tuberkulose 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 [flytskiemaer](#) for oppfølging etter resultat av tuberkulinundersøkelse (Mantoux-test). Disse er tilgjengelig i den elektroniske versjonen av tuberkuloseveilederen.

[Smittevernloven](#) (39) gjelder enhver person som oppholder seg i Norge, se § 1-2, 1 ledd. Loven gir rett til nødvendig smittevernhelp 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 smittevernhelp i henhold til smittevernloven § 6-1, 2 ledd.

I nærmere bestemte tilfeller skal det gjennomføres tuberkulosekontroll, jf. [forskrift om tuberkulosekontroll](#) (38) kap. 3.

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 videreformidles 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" (40).

For fengselshelsetjenesten 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 \(41\)](#)  
[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.

### 3.2.3.2 *Injisierende misbrukere i fengsel*

Gjeldende regelverk er at sprøyter som innsatte har brukt til injeksjon av narkotika, bør renses med klorin eller kloramin i henhold til retningslinjene i rundskriv "Tilgjengelighet av desinfeksjonsvæske for innsatte", se vedlagte rundskriv. 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. Helse- og omsorgsdepartementet har ikke åpnet for at innsatte i fengsel kan få utdelt rene sprøyter og spisser.

Dersom helsepersonell får informasjon om, eller mistenker at en innsatt har et injiserende misbruk og/eller smittsom sykdom, er det viktig at vedkommende tilbys smitteveiledning, samt motiverende samtaler om sitt rusmisbruk. Behovet for behandling for rusproblemer må vurderes.

Fengselshelsepersonell 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 og beskrivelse av fremgangsmåte for bruk skal være lett tilgjengelig.

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

### 3.2.3.3 *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
- alkohol- og narkotikamisbruk
- fysisk aktivitet
- tannhelse
- kost og ernæring
- søvn
- tobakk

### 3.2.3.4 Miljørettet helsevern

Justisdepartementet har hovedansvar for at fengslene planlegges, bygges, tilrettelegges og drives på en helsemessig tilfredsstillende måte både mht. til de innsatte, ansatte og øvrige befolkning.

[Folkehelseloven](#) (42) pålegger kommunene å organisere miljørettet helsevern. Miljørettet helsevern omfatter de faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Oppgaver som omfattes av miljørettet helsevern følger av folkehelselovens kap. 3 med forskrifter og veileder (43).

Ansvar for det miljørettede helsearbeidet er et felles ansvar for kriminalomsorgen og fengselshelsetjenesten.

En negativ miljøfaktor må oftest kombineres med dårlig almenntilstand eller svekket motstandskraft, før sykdom eller uhelse opptrer. Det bør derfor fokuseres på helheten.

Kommunen har ansvar for å føre tilsyn med biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale forhold. Kriminalomsorgen har ansvar for å ivareta bestemmelser om innemiljø, luftkvalitet, vann og vannforsyning, støy, omgivelseshygiene og forebygging av ulykker og skader mv., og at disse bestemmelsene overholdes slik at det ikke er helseskadelige forhold i fengselet.

Kommunens organisering av arbeidet skal være beskrevet i fengselshelsetjenestens kvalitetssystem for at bestemmelsene i de europeiske fengselsreglene kan antas oppfylt<sup>10</sup>.

## 3.2.4 Øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester

### 3.2.4.1 Omsorgstjenester

Enkelte innsatte har behov for omsorgstjenester. Tilbud om omsorgstjenester er en lovpålagt kommunal oppgave, jf. [helse- og omsorgstjenesteloven](#) § 3-2 punkt 6. Tilstander og sykdommer som normalt ivaretas og behandles i pasientens eget hjem, vil i de fleste tilfeller også kunne ivaretas i fengselet.

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.

### 3.2.4.2 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

<sup>10</sup> De europeiske fengselsreglene forutsetter at fengselshelsetjenesten engasjerer seg i miljørettet helsevern i fengselet:

43.3 Legen skal rapportere til direktøren dersom en innsatt antas å bli utsatt for alvorlig fysisk eller mental helserisiko [...]

44. Legen eller annen kompetent myndighet skal jevnlig inspisere eller på annet vis innhente opplysninger om, og underrette direktøren om

a. mengden, kvaliteten, tilberedningen og serveringen av mat og vann,

b. hygien og rensligheten ved institusjonen og hos de innsatte,

c. sanitærforholdene, oppvarmingen, belysningen og ventilasjonen i institusjonen,

d. egnetheten og renholdet av de innsattes klær og sengetøy."

koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud, og at det er tilstrekkelig fagkompetanse i tjenestene. Tjenestene som tilbys skal være forsvarlige.

Det er særlig viktig at de innsatte som har begrensede muligheter for å bevege seg fritt, deltar i tilrettelagt fysisk aktivitet. Enkelte steder har fengselshelsetjenesten forebyggende grupperettete rehabiliteringstilbud i form av tilpasset fysisk aktivitet, gjerne med rettleiding av fysioterapeut eller annet kompetent personell.

I fengsel er det nødvendig at helsepersonell er bevisst på skillet mellom fysisk aktivitet og fysioterapi som helsefremmende tiltak eller hjelp, og annen trening som i noen tilfeller også innbefatter samtidig bruk av steroider og lignende.

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.

#### 3.2.4.3 *Svangerskaps- og barselomsorg*

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

#### 3.2.4.4 *Kosthold*

Kriminalomsorgen har utarbeidet et eget kostholdsreglement som skal sikre de innsatte et variert og næringsrikt kosthold (25). Helsetjenesten kan i enkelte tilfeller vurdere at den innsatte, grunnet sykdom, har behov for tilpasninger i forhold til ordinært kosthold. De ansvarlige i kriminalomsorgen må da informeres, slik at dette effektueres.

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

#### 3.2.4.5 *Legevakt*

Dersom det oppstår behov for akuttmedisinske tjenester når fengselshelsetjenesten ikke er tilgjengelig, skal de innsatte sikres nødvendig helsehjelp jf. [forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus](#) (44). Samarbeidsrutiner mellom kriminalomsorgens ledelse, øvrige ansatte og helsetjenesten i og utenfor fengselet, mht. håndtering av akuttmedisinsk beredskap, bør være skriftlig og implementert i driften. Det er viktig at kriminalomsorgens personell ikke overprøver den innsattes anmodning om helsehjelp, men at slike vurderinger foretas av tilgjengelig helsepersonell. Det kan være hensiktsmessig at legevaktstjenesten og fengselshelsetjenesten samarbeider for å få en bedre forståelse av hverandres arbeidsområder. Spesielt viktig er det at fengselshelsetjenesten formidler kunnskap om de særegne forholdene et fengselsopphold innebærer.

### **3.2.5 Tilretteleggelse for tiden etter løslatelsen**

Innsatte har ofte mange og sammensatte problemer. Særlig er rusmisbrukere en utsatt gruppe. Derfor blir det viktig å planlegge løslatelsen etter endt soning. Ifølge tilbakeføringsgarantien<sup>11</sup> erkjenner regjeringen en forpliktelse til å bistå straffedømte med å få utløst sine rettigheter. Kriminalomsorgen skal legge til rette for det. 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 individuell plan (IP) og kriminalomsorgens fremtidsplan. Helsetjenesten 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.

Helsetjenesten kan innlede samarbeid med frivillige organisasjoner. En frivillig organisasjon er Wayback, som består av tidligere innsatte. Deres målsetning er at tidligere straffedømte skal integreres i samfunn og arbeidsliv. De retter sin innsats mot løslatelsesprosessen og tiden etter løslatelsen. De bidrar også med utflukter, temakvelder m.m. Sentralt står faddervirksomhet, hvor innsatte tildeles en fadder som møter dem under og etter soning. Andre aktuelle frivillige organisasjoner er Forening for fangers pårørende og Røde Kors besøkstjeneste.

### **3.2.6 Bemanning i fengselshelsetjenesten**

Generelt er det et større behov for helsetjenester for innsatte i fengsel enn i samfunnet for øvrig. Dette skyldes sammensetningen i fengselspopulasjonen. Hoveddelen av ansatte i den kommunale fengselshelsetjenesten består av leger, sykepleiere og fysioterapeuter. Disse omtales nærmere i kap. 3.2.6.1/2/3. Annen aktuell kompetanse for fengselshelsetjenesten kan være kommunale psykologer, vernepleiere og helsesekretærer.

Antall ansatte i fengselshelsetjenesten varierer i de ulike fengsler. Noe skyldes forskjeller mht. antall og sammensetning av innsatte, sikkerhetsgraderinger, domslengder og antall varetekts- eller domsinnsatte. Enkelte fengsler ivaretar også spesielt krevende innsatte.

Kommunen er ansvarlig for at det er tilstrekkelig bemanning i helsetjenesten og at helsepersonellet har den nødvendige kompetansen. Helsepersonell forutsettes å holde seg faglig oppdatert og bør ha kontinuerlig kontakt med øvrig fagmiljø.

---

<sup>11</sup> I St.meld. nr. 104 (1977–78) Om kriminalpolitikken ble det tatt til orde for at ansvaret for straffedømtes rehabilitering og tilbakeføring til samfunnet ikke bare var tillagt Justisdepartementet. Meldingen understreket at straffedømte ikke er fradømt sine borgerrettigheter, og at alle offentlige instanser er ansvarlige for å tilby sine tjenester også overfor domfelte og innsatte.

Nettsiden til [helsebiblioteket](#) bidrar med aktuelle temaer og har etablert et diskusjonsforum.

#### 3.2.6.1 *Leger*

Fengselslegen, eller annen tilknyttet lege, har det medisinskfaglige ansvaret for helsetjenesten 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 forholdene og være tilgjengelig, det er derfor hensiktsmessig å ha konsultasjonene inne i fengselet.

Fengselslegen skal tilby konsultasjon innen rimelig tid til alle innsatte som har behov for eller ønsker en legetime. Fengselslegen bør rekrutteres fra allmennlegetjenesten for å sikre likeverdighet i primærhelsetjenestetilbudet, og for å unngå faglig isolering. Det bør tilstrebes kontinuitet i fengselslegestillinger.

Den norske legeforening har i samarbeid med andre legeforeninger og internasjonale menneskerettighetsorganisasjoner utviklet et nettkurs for fengselsleger som omhandler aktuelle utfordringer innen fengselsmedisin: "Doctor Working in Prison: Human Rights and Ethical Dilemmas." Nettkurset finnes på sidene til World Medical Association. Det anbefales at fengselslegen og andre relevante leger gjennomfører nettkurset.

#### 3.2.6.2 *Sykepleiere*

Sykepleierne utgjør den største faggruppen i fengselshelsetjenesten, antall ansatte varierer mye i de forskjellige fengslene. Sykepleierne er mer til stede og har en høyere grad av kontinuitet enn noen annen faggruppe i fengselshelsetjenesten.

Fengselssykepleie krever spesiell erfaring og kompetanse. Særlig viktige områder er psykisk helsearbeid og rusomsorg.

I følge de europeiske fengselsreglene skal lege, eller kvalifisert helsepersonell, snarest mulig etter innsettelsen tilby alle innsatte en helsekartleggingssamtale. Samtalen vil være utgangspunktet for ivaretagelse av den innsattes rett til nødvendig helsehjelp. Kartleggingssamtalen vil ofte foretas av sykepleiere i fengsel.

#### 3.2.6.3 *Fysioterapeuter*

I en del fengsler er det kommunalt ansatte fysioterapeuter. Fysioterapi til innsatte i fengsel krever spesiell kompetanse, bl.a. fordi ikke alle innsatte kan bevege seg fritt over større avstander.

Innsatte har rett til fysikalsk behandling på linje med andre som er bosatt i kommunen. Fengselshelsetjenesten må vurdere behovet for fysikalsk behandling og om nødvendig henvise til fysioterapeut. Det bør være tilrettelagt egnet lokale med nødvendig utstyr som muliggjør behandling i fengselet. I fengsler som ikke har

fysioterapitjenester, må de innsatte ved behov henvises til fysioterapeut utenfor fengselet. Kriminalomsorgen har da ansvar for å sørge for transport av de innsatte. Der det ikke er tilbud i fengselet bør det lages avtaler med samarbeidende aktører, slik at den innsatte får ivaretatt sin rett til nødvendig helsehjelp.

### 3.3 Fylkeskommunens oppgaver

#### 3.3.1 *Tannhelseundersøkelse og behandling*

Omfanget av tannproblemer blant innsatte er større enn i voksenbefolkningen for øvrig. Dette har sammenheng med en uregelmessig livsførsel hos mange innsatte. En stor andel av de innsatte har problemer med rusmisbruk.

Tannhelsetjenesten i fengsler 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<sup>12</sup> og nødvendig akutt tannbehandling ved behov uansett oppholdets varighet. Det er rimelig å avgrense tannhelsetiltak for fengselsinnsatte slik at behandlingsplan og mer omfattende rehabiliterende tannbehandling tilbys først når fengselsoppholdet er av noe lenger varighet. 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.

### 3.4 Helseforetakenes oppgaver

Det er høyere forekomst av både rusmisbruk og psykiske lidelser blant innsatte i fengsel enn hos den øvrige befolkning (2;4-7). 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 (8). Flere studier viser en spesielt høy forekomst av ADHD i fengselspopulasjoner (7;9). For mer informasjon om fengselspopulasjonen henvises til kap. 1.

---

<sup>12</sup> Ved forventet langtidsopphold utover tre måneder bør en enklere orienterende tannhelseundersøkelse utført av helsepersonell inngå i den generelle inntakundersøkelsen.



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

Helseforetakene er ansvarlig for å tilby de innsatte i fengsel nødvendig helsehjelp på spesialisthelsetjenestenivå jf. [spesialisthelsetjenesteloven](#) (13).

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 det fylket der den innsatte er hjemmehørende. Dette avhenger av type tjeneste og oppfølgingsbehov etter løslatelsen. Kriminalomsorgen vurderer dette i forhold til straffegjennomføringsmessige hensyn.

Det er under arbeid en rekke veiledere innenfor rus- og psykiske lidelser. Disse er bl.a.

- Nasjonal faglig retningslinje for behandling av psykoselidelser. (i løpet av 2012.)
- Nasjonal faglig retningslinje for behandling av bipolare lidelser. (i løpet av 2012.)
- Nasjonal faglig retningslinje for avrusing. (Forventes ferdig 2013.)
- Nasjonal faglig retningslinje for utredning og behandling av spiseforstyrrelser. (Forventes ferdig 2013.)

#### **3.4.1 Sammensatte psykiske lidelser og personlighetsforstyrrelser**

De innsatte er overrepresentert med hensyn til forekomsten av psykiske lidelser som angst, depresjon og psykoser, ofte i kombinasjon med rusmiddelproblemer. De er også overrepresentert når det gjelder forekomst av alvorlige personlighetsforstyrrelser (8).

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 fengselspopulasjonens sykdomsbilde. Innsatte med alvorlig psykisk sykdom eller mistanke om dette skal henvises videre for behandling og/eller utredning.

For mer informasjon om psykiske lidelser henvises til veileder IS-1332 "[Psykisk helsearbeid for voksne i kommunen](#)" (45).

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).



#### 3.4.1.1 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 utskrivning, 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](#) (47) § 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.

#### 3.4.1.2 Hyperkinetisk forstyrrelse / AD/HD

I følge diagnosesystemet ICD-10 er AD/HD eller hyperkinetisk forstyrrelse karakteristisk 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](#)" (48). Denne skal revideres og ventes ferdig ultimo 2012.

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

Innsatte har samme rettigheter til utredning og behandling som andre pasienter. For innsatte i fengsel 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.

#### 3.4.2 Ruslidelser

Det er utarbeidet et felles retningsgivende rundskriv med betegnelsen [G-8 2006](#) (49) fra de berørte departementer om samarbeid mellom kommunenes helse- og sosialtjeneste, spesialisthelsetjenesten og kriminalomsorgen når det gjelder innsatte

som er rusmiddelavhengige. De fleste kriminalomsorgsregioner og helseregioner har utarbeidet regionale avtaler om ansvaret for rusmiddelavhengige innsatte.

For kommunenes rusmiddelpolitiske handlingsplaner vises til "[Veileder for kommunal rusmiddelpolitisk handlingsplan](#)"

IS-1362 (50). Flere faglige retningslinjer er under arbeid. Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelmissbrukere forventes ferdig i 2014. Nasjonal faglig retningslinje for avrusing forventes ferdig i 2013.

Fengselslegen skal henvise innsatte til spesialisthelsetjenesten dersom det vurderes at det er behov for utredning og/eller behandling for rusmiddelavhengighet. Behandlingen og utredningen kan gis poliklinisk i fengselet og/eller på institusjonen, Se kap. 3.5.5.

Kriminalomsorgen har opprettet rusmestringsenheter i flere fengsler.

Den innsatte kan søke seg til disse dersom han ønsker hjelp for sin rusmiddelavhengighet. Rusmestringsenheter omtales nærmere i kap. 3.5.1

#### 3.4.2.1 *Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)*

Substitusjonsbehandling med metadon eller buprenorfin i LAR, legemiddelassistert rehabilitering, er en viktig del av behandlingstilbudet til opioidavhengige.

LAR er både en medikamentell og psykososial behandlingsmetode for opioidavhengige. 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](#) (51) og [LAR- retningslinjen](#) (52).

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

Fengslet kan være en god arena for henvisning, vurdering og eventuelt oppstart av substitusjonsbehandling i regi av LAR.

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.

Medisinsk bistand i forbindelse med LAR anses som nødvendig helsehjelp.

Administrasjonen av LAR - legemiddel må således ivaretas av helsepersonell, eventuelt fengselsbetjenter eller annet personell som har fått nødvendig opplæring.

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.

Helsedirektoratet har under utarbeidelse en ny veileder, "Utlevering av substitusjonslegemiddel i og utenfor LAR". Den får nummer IS-1936, planlegges ferdigstilt i 2012 og skal erstatte IS-1255 "[Veileder for apotekansatte i forbindelse med legemiddelassistert rehabilitering \(LAR\)](#)" (53).

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

#### 3.4.2.2 *Somatisk sykdom relatert til rus og psykiske lidelser*

Undersøkelser viser at personer med samtidig rus og psykiske lidelser (ROP) også har dårlig somatisk helse.

Undersøkelse av stoffmisbrukere i Oslo har vist at underernæring varierer fra 5 til 30 % avhengig av misbrukshistorie, utdanning og inntekt. 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, som hepatitt B<sup>13</sup> og C (56), er også utbredt blant rusmisbrukere.

Langvarig og/eller høyt forbruk av alkohol kan gi alvorlige somatiske skadevirkninger. Blant de viktigste er polynevropati, skade på nervevev i hjernen, betennelse og kreft i spiserør, leverskader, betennelse og kreft i bukspyttkjertel, muskelskader inkludert kardiomyopati, høyt blodtrykk og hjerneslag.

Alkoholabstinenser kan også gi alvorlige bivirkninger som utvikling av delirium tremens. Mer om dette i kap. 3.2.2.5 om vanedannede medisiner.

Det er viktig at helsepersonellet i fengselet har kunnskaper om og fokus på somatisk sykdom blant innsatte.

Fengselslegen må henvise den innsatte til somatiske utredninger og/eller behandling der det vurderes nødvendig for å oppfylle kravet om nødvendig helsehjelp.

Fengselsoppholdet med allsidig kosthold og nødvendig behandling kan bidra til bedret helsesituasjon for mange rusmisbrukere.

### 3.5 **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 \(2007-2008\)](#) Straff som virker – mindre kriminalitet – tryggere samfunn (57).

Blant disse tiltakene er et 2-årig prøveprosjekt med etablering av ungdomsenheter med til sammen inntil 10 plasser i Bergen fengsel og Oslo fengsel.

Kriminalomsorgen arbeider også aktivt mht. innsattes rusproblemer. Hovedstrategien i arbeidet er, ifølge kriminalomsorgens russtrategi, å øke kriminalomsorgens egne rehabiliteringstiltak, blant annet ved mer bruk av

---

<sup>13</sup> Hepatitt B overvåkes i Meldingssystemet for smittsomme sykdommer MSIS ved folkehelseinstituttet og er i Norge mest utbredt hos personer fra områder med høy forekomst og hos injiserende stoffmisbrukere.

narkotikaprogram med domstolskontroll samt § 12 soning. Det er også etablert rusmestringsenheter i 13 fengsler.

Det er foreslått etablering av ressursavdelinger for innsatte med alvorlige atferdsavvik, lett grad av psykisk utviklingshemming og lettere/moderate psykiske lidelser.

Vanligvis utfører ikke kriminalomsorgen helsehjelp, men i enkelte tilfeller vil kriminalomsorgen opptre som helsepersonells medhjelpere.

### **3.5.1 Rusmestringsenhet i fengsel**

Av sikkerhetshensyn er det hensiktsmessig at noen innsatte får hjelp med sitt rusmisbruk i fengsel. Det er opprettet rusmestringsenheter i 13 fengsler i løpet av 2011. Enhetene er tverrfaglig bemannet med personell fra kriminalomsorgen og helsepersonell ansatt i spesialisthelsetjenesten. Behandlingen består av samtaler enkeltvis og i grupper, miljøarbeid og eventuelt medisinerer.

Kriminalomsorgen har ansvaret for drift av enheten. I samarbeid med spesialisthelsetjenesten skal kriminalomsorgen legge til rette for at innsatte kan overføres fra rusmestringsenheten til straffegjennomføring i institusjon etter straffegjennomføringsloven (17) § 12 eller til poliklinisk- eller institusjonsbehandling etter løslatelse. Den kommunale helsetjenesten i fengselet bør delta i samarbeid og oppfølging av denne innsattgruppen.

Det arbeides med et rundskriv vedrørende rusmestringsenhetene. I tillegg skal Helsedirektoratet og Kriminalomsorgen lage en felles faglig veileder for rusmestringsenhetene. Både veileder og rundskriv ventes ferdig i 2012.

### **3.5.2 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. Kriminalomsorgens årsstatistikk 2010 viser likevel at det har vært 82 nyinnsettelse av 64 barn fordelt på 22 fengsler (59).

Ved årsskiftet 2011/2012 hadde bare Bergen fengsel et spesialtilpasset tilbud for ungdom under 18 år. 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 lovbrytarar".

### **3.5.3 Praktisk hjelp til medisiner**

Når kriminalomsorgen fratar de innsatte medisiner de innsatte vanligvis ville hatt ansvaret for selv, er den bistand innsatte da trenger for å ta sine medisiner, å anse som en praktisk bistand og derved kriminalomsorgens ansvar. Se forøvrig kap. 3.2.2 om legemiddelhandtering.

### 3.5.4 **Fremstilling til helsebehandling utenfor fengselet**

For at den innsatte skal motta nødvendig helsehjelp kan det i noen tilfeller være påkrevd med spesialisthelsetjeneste på sykehus eller annen institusjon, eller innleggelse på behandlingsinstitusjon. Den innsatte må da "fremstilles", dvs. følges og overvåkes av politi eller kriminalomsorgspersonell for å motta helsehjelp. Kriminalomsorgen har ansvar for å vurdere sikkerhetshensyn i forbindelse med behandling utenfor fengselet, og det er kriminalomsorgens ansvar å sørge for transport til sykehus eller annen behandler. Eventuelt kan det gis helsehjelp under permisjoner.

I følge grunnprinsipp 4 i de europeiske fengselsreglene kan ikke manglende ressurser eller personell rettferdiggjøre krenkelse av de innsattes rettigheter til nødvendig helsehjelp (18). Å nekte en innsatt tilgang til nødvendig helsehjelp vil kunne betraktes som en tilleggstraff uten hjemmel i lov.

Det er viktig at helsetjenesten 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. 2.7.1 om håndtering av uenighet mellom helsetjenesten og kriminalomsorgen.

### 3.5.5 **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 institusjon<sup>14</sup>. 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 (26).

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](#) (60).

<sup>14</sup> "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."

## 4 Spesielle utfordringer

### 4.1 Taushetsplikt og samarbeid

Helsepersonell har taushetsplikt 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” jf. helsepersonelloven § 21 (16).

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 omsorgssvikt.

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 (39). 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.

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 (61).

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

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 kriminalomsorgen kan be om det de vil av opplysninger fra helsepersonell. 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 videreformidles i større omfang enn nødvendig. Kriminalomsorgen må så langt som mulig konkretisere hva slags opplysninger de ønsker.

For håndtering av eventuell uenighet henvises til denne veilederens kap. 2.7.1.

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 medhjelper der de bistår helsepersonell i konkrete situasjoner og står under helsepersonells instruksjon og kontroll, men ikke ved utdeling av legemidler som de innsatte selv ville hatt ansvar for utenfor fengselet. For utfyllende informasjon om legemiddelhåndtering, se kap. 3.2.2.

Helsedirektoratet anbefaler at samtykke fra pasienten så langt det er mulig innhentes og journalføres ved formidling av taushetsbelagte opplysninger til samarbeidende personell, og at helseopplysninger med pasientens samtykke kan oversendes ved overføringer eller løslatelser.

Dersom pasienten ikke motsetter seg det, kan 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.

Helsetjenesten bør utarbeide rutiner slik at journalopplysninger så raskt som mulig kan følge den innsatte ved overføring til annet fengsel eller institusjon eller ved løslatelse til fastlegen.

Samtykke til taushetsfritak må innhentes fra den innsatte når det er en situasjon hvor det er aktuelt.

Den innsatte skal ikke skrive under på et generelt fritak til at fengselshelsetjenesten kan formidle taushetsbelagte opplysninger til Kriminalomsorgen. Helsetjenesten bør

imidlertid oppfordre domfelte til å informere kriminalomsorgen om særlige behov knyttet til hennes/hans helsetilstand.

Ved uenighet mellom helsetjenesten og kriminalomsorgen mht. håndtering av helsehjelp til den innsatte henvises til kap. 2.7.1: Håndtering av uenighet mellom helsetjenesten og kriminalomsorgen.

## 4.2 Varetekt

For 2010 utgjorde varetekt 34 % (62) av alle nyinnsettelse i norske fengsler. Varetektsinnsatte har ikke fått rettskraftig dom og har til dels andre rettigheter og plikter enn domsinnsatte.

Varetektsinnsatte utgjør en særlig sårbar gruppe (63). De kan ikke innvilges permisjon, frigang, overføring til åpent fengsel eller institusjon. De vil den første tiden ofte være underlagt ytterligere frihetsinnskrenkninger, som brev- og besøksforbud eller besøkskontroll. Varetektsinnsatte kan derfor ha begrenset eller ingen adgang til felleskap med andre innsatte og lite eller ingen mulighet til å snakke med sine nærmeste.

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

Det er registrert ti selvmord i fengsler i perioden 2008 - 2010. Av de ti satt syv i varetekt. De fleste selvmord skjer i løpet av de første tre ukene etter innsettelsen (64;65). Dette utløser et særlig ansvar hos kriminalomsorgen, politiet og helsetjenesten i fengselet for at de innsatte får nødvendig helsehjelp.

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 fengselsreglene<sup>15</sup>. 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 har ressurser til det, og dersom det er rimelig grunn til det.

Det å benytte sin fastlege kan medføre en del praktiske utfordringer. Forholdene i et fengsel og geografisk avstand kan gjøre det vanskelig med tett medisinsk oppfølging, og fastlegene har ofte lite kjennskap til de spesielle forholdene en fengsling innebærer. Det vil derfor være naturlig at de varetektsinnsatte behandles av fengselslegen på lik linje med de domsinnsatte. Dette er også i tråd med praksis på andre institusjoner hvor pasientene primært behandles av ansvarlig lege på den institusjonen de befinner seg.

---

<sup>15</sup> R (87) 3 Europarådet artikkel 98.



Ved bruk av eksterne behandlere er samarbeid med fengselshelsetjenesten viktig av ovenfor nevnte grunner. Helsepersonellet i fengsel bør følge de varetektsinnsatte nøye opp.

Se for øvrig kap. 3.2.2.7 om legemiddelbruk.

### 4.3 Isolasjon

Ved isolasjon kan det oppstå motsetninger mellom fengselets straffe- og bevoktningsoppgaver og hensynet til den innsattes helse (63). 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 (2;66). 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 (63).

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

I følge kriminalomsorgens retningslinjer til straffegjennomføringsloven (25), 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 fengselsreglenes regel nr. 43.2, fastslår at lege, eller en kvalifisert sykepleier 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.

Kravet om at innsatte skal tilses daglig av medisinsk personell vil kunne oppleves etisk betenkelig ved at helsepersonell i realiteten kan få i oppgave å erklære innsatte fortsatt skikket til isolat<sup>16</sup>. Dette vil kunne skade tillitsforholdet mellom helsepersonell og pasient.

Hvis kriminalomsorgen ber om en helsemessig vurdering i forbindelse med isolasjon, skal helsepersonell gi beskjed dersom det vurderes at fortsatt isolasjon vil være medisinsk uforsvarlig.

Helsepersonell skal ikke uttale seg på forhånd om det vil være forsvarlig å utelukke en innsatt fra fellesskapet eller å fortsette å holde en person isolert.

Fengselshelsetjenesten bør følge særskilt med på den fysiske og psykiske helsesituasjonen til innsatte som sitter isolert.

---

<sup>16</sup> Da denne rekommendasjonen ble vedtatt tok Danmarks representant forbehold om rett for sin regjering til å stå fritt til å etterkomme regel 43.2 i de europeiske fengselsreglene, vedtatt 2006. Norge har ikke gjort tilsvarende reservasjon.

Det gjelder også innsatte som av forskjellige årsaker selv har valgt å isolere seg fra fellesskapet.

#### 4.4 Tolk

Lik tilgang til helse- og omsorgstjenester av god kvalitet kan forutsette tilrettelagt informasjon og kommunikasjon ved hjelp av tolking. 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 (16) og pasient- og brukerrettighetsloven (20).

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 medinnsatte skal ikke brukes som tolk. I utgangspunktet bør heller ikke ansatte med aktuell minoritetsspråklig bakgrunn benyttes som tolk.

Det er viktig å etterspørre tolk med dokumenterte kvalifikasjoner. Som et minimumskrav skal 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. Tolking 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.

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 (67), og veileder om helsetjenestetilbudet til flyktninger asylsøkere og familieegjenforente IS-1022 (68) og IMDi.

Mer om finansiering av tolketjenester finnes i kap. 5 om økonomi.

## 4.5 Sultestreik

Helsepersonellets plikt til å yte øyeblikkelig hjelp følger av helsepersonelloven § 7. 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<sup>17</sup>.

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 næringsvegring utvikler seg i livstruende retning, må innleggelse på sykehus vurderes.

World Medical Association (W.M.A.) utarbeidet i 1991 etiske retningslinjer for helsepersonells håndtering av faglige og etiske utfordringer.<sup>18</sup> W.M.A. har også utarbeidet et nettkurs som omhandler fengselsmedisin, og sultestreikspørsmålet.

## 4.6 Tvungen 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 bruk av rusmidler, bedøvelsesmidler, hormonpreparater eller andre kjemiske stoffer som ikke er lovlig foreskrevet.

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 skal være innhentet og tatt i betraktning før tiltaket blir satt i verk. Under oppholdet skal domfelte ha jevnlig tilsyn av helsepersonell.

---

<sup>17</sup> 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.

<sup>18</sup> WMA Declaration on Hunger Strikers. <http://www.wma.net/e/policy/h31.htm>

Article 6 of the 1975 [World Medical Association](http://www.wma.net/e/policy/h31.htm)

*The World Medical Association Declaration of Malta on Hunger Strikers (see: <http://www.wma.net/e/policy/h31.htm>). Among many changes, it unambiguously states that force feeding is a form of inhuman and degrading treatment in its Article 21.*

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.

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

Radiologiske undersøkelser kan i spesielle tilfeller benyttes for å påvise ulovlig stoff skjult i kroppen. Undersøkelsen må i så fall rekvireres av lege som skal vurdere om bruken av stråling er berettiget, jf. strålevernloven § 13 (69).

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. Særlig utfordrende er dette dersom det er fengselslegen som rekvirerer eller foretar undersøkelsene.

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

Det hører ikke inn under fengselshelsetjenestens ansvarsområde å delta i vurderingen mht. 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.

Fengselshelsetjenesten bør være spesielt oppmerksom på innsatte under slike tiltak og gi den innsatte nødvendig helsehjelp dersom hun/han eller kriminalomsorgen anmoder om det.

#### **4.8 Funksjonshemmede i fengsel**

I 2011 kom Fafo-rapporten "Straffet og isolert. Innsatte med funksjonsnedsettelse i norske fengsler". Rapporten beskriver en del mangler mht. ivaretagelse av de funksjonshemmede i fengsel (70).

Kriminalomsorgen har ansvaret for tilretteleggelse for funksjonshemmede, slik at innsatte i fengsel får et likeverdig tilbud uavhengig av funksjonsevne. Mangel på et likeverdig tilbud vil kunne være i strid med diskriminerings- og tilgjengelighetsloven (71) § 4 om direkte og indirekte diskriminering. Et likeverdig tilbud vil omfatte tilgjengelighet til fengselets aktiviteter, celle med tilpasset bad/toalett, tilpasset calling anlegg og brannvarsling, hjelp til daglige gjøremål, som foreksempel renhold av cella, alternativ telefonløsning og lydanlegg i fellesarealer, samt mulighet for kommunikasjon ved for eksempel tegnspråktolkning.

Kommunens helsetjeneste har ansvaret for ivaretagelse av nødvendig helsehjelp i fengselet, noe som bør vies særlig oppmerksomhet jf. Fafo-rapport nevnt ovenfor.

##### **4.8.1 Hjelpemidler**

###### **Formidling av individuelt tilpassede hjelpemidler**

Helsetjenesten i kommunen hvor fengslet befinner seg har basisansvaret for formidling av individuelt tilpassede hjelpemidler, både ved kortvarig og langvarig behov. Søknad sendes NAV Hjelpemiddelsentral i hjemstedsfylke og utleveres vanligvis fra NAV Hjelpemiddelsentral i fylket man befinner seg. Behov for spesialtilpassing av hjelpemiddel rettes til hjemsteds hjelpemiddelsentral.

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

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

Folketrygden har ansvar for hjelpemidler som er individuelt tilpasset for et mer permanent behov, for eksempel slik som.:

- individuelt tilpasset rullestol til personlig bruk (inkl. tilleggsutstyr)
- enkle ganghjelpemidler/rullator til personlig bruk
- kommunikasjonshjelpemidler til personlig bruk
- i gitte tilfeller også hjelpemidler som er beregnet til bruk etter utskrivning<sup>19</sup>

###### **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

<sup>19</sup> Dette gjelder når tidspunktet for utskrivning er fastsatt, men hvor hjelpemidlene må anskaffes under oppholdet i institusjonen på grunn av opplæring i bruken av hjelpemidlene.

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 medlemskapsvilkårene i folketrygden har fortsatt rett til midlertidig utlån av hjelpemidler fra kommunen, som en del av retten til nødvendige helsetjenester.

#### 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.](#) (72). Den innsatte kan reservere seg mot å delta i en sakkyndigvurdering eller undersøkelse, med mindre det finnes lovhjemmel for dette.

Fagpersoner kan ellers på eget initiativ utstede erklæringer til forvaltningen. Forvaltningen er ikke bundet av en fagpersons uttalelser, men skal foreta en konkret helhetsvurdering, der sakkyndiges arbeid og uttalelse er ett av flere relevante forhold.

Sakkyndigoppdrag forutsetter i utgangspunktet en fri og uavhengig rolle.

Pasient/behandlerforhold kan derved være vanskelig eller umulig å kombinere med en sakkyndigrolle, se også [rundskriv IS-9/2006](#) om krav i forbindelse med utstedelse av attester, helseerklæringer o.l. (73).

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 (72).

Politi, påtalemyndighet 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 (60).

#### **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 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 til helsedirektoratets rundskriv IS-9/2006 (73). Jf. også forskrift om krav til helsepersonells attester, erklæringer og lignende (72) og Graverutvalgets rapport fra 2006 (60).

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.

Helsepersonell skal ikke ha en aktiv rolle i straffegjennomføringen og ikke ta del i avgjørelser og vurderinger som gjelder straffetiltak.

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 straffavbrudd

”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.” (73)

Ved spørsmål om soningsutsettelse ved soningsudyktighet reguleres dette etter [straffeprosessloven](#) (74) § 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 har et ansvar for at den innsatte får forsvarlig helsehjelp og for å dokumentere behovet for helsehjelp, eventuelt behov for soningsutsettelse, straffavbrudd, § 12 eller § 13 soning, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven](#) (20) kap. 2 og [helsepersonelloven](#) (16) §§ 4 og 7.

Den domfelte har selv et ansvar for å innhente nødvendig informasjon, dersom det er spesielle forhold mht. helse eller annet som vil kunne ha innvirkning på sonings situasjonen (73).

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

##### 4.10.1 Soningsutsettelse

Etter [straffeprosessloven](#) (74) § 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 medisinsk faglig vurdering må innhentes med mindre det er åpenbart unødvendig.

Ifølge [rundskriv G-2/2010](#) (75) 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](#) (76) § 5 og [rundskriv G-2/2010](#) (75).



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 Straffavbrudd**

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 avhjelpest 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 straffeavbrudd vises til kap. 4.9 om sakkyndigrollen 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 fremskyndt (74). Innleggelse på sykehus kan bli nødvendig.

Det er påtalemyndighetene som er ansvarlig for den varetektsinnsatte, og som har vedtaks- og avgjørelsesrett mht. løslatelse. [IS-9/2006](#)

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 soning vurderes som helsemessig uforsvarlig.

#### **4.10.4 Benådning**

I følge kriminalomsorgens årsrapport 2010 fikk 5 personer innvilget 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](#) (74) § 458 1.ledd<sup>20</sup>. Det er derfor lite hensiktsmessig at fengselslegen skriver uttalelser i slike saker.

---

<sup>20</sup> Jf Grunnloven paragraf 20.

#### **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 døgnbehandling 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

## 5 Økonomiske forhold

### 5.1 Finansiering av helsetjenester – forvaltningsansvar

#### 5.1.1 *Den kommunale fengselshelsetjenesten*

Etter [lov om kommunale helse- og omsorgstjenester](#) (1) har kommunen ansvar for å yte helse- og omsorgstjenester til alle som oppholder seg i kommunen. Kommuner med fengsel får et øremerket tilskudd til helsetjenester til innsatte.

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](#) (77).

[Folketrygdloven](#) (78) § 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 i utgangspunktet ikke for innsatte i fengsel som får helsetjenester gjennom kommunens fengselshelsetjeneste.

#### 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. Rundskrivet skiller ikke mellom doms- og varetektsinnsatte, eller mellom innsatte med og uten lovlig opphold i riket. Innsatte uten lovlig opphold har etter prioriteringsforskriften rett på tilnærmet samme helsehjelp som andre innsatte, uavhengig av oppholdsstatus. 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.

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 statlige tilskuddet er ikke ment å skulle dekke utgifter til tannhelsehjelp for personer som soner mindre enn 3 måneder, innsatte som er overført til overgangsboliger og personer som har elektronisk soning. 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](#) (79) og [folketrygdloven](#) (78).

Imidlertid har rusmiddelavhengige under kommunal omsorg som mottar legemiddelassistert rehabilitering, LAR, fortsatt rett til offentlig finansiert tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten både under hele soningen og etter løslatelsen så lenge de mottar LAR. (80)

I perioden 2001-2003 ble det gjennomført en forsøksordning som viste at personer med rusmiddelproblemer har utvidet behov for tannhelsetjenester. En betydelig andel innsatte i norske fengsler har rusmiddelproblemer. På bakgrunn av dette ble tilskuddet til tannbehandling i fengsel økt med 4 millioner i 2006, se rundskriv I-2/2006: "[Utvidet fylkeskommunalt tannhelsetilbud i 2006](#)" (81).

### **5.1.3 Spesialisthelsetjenesten**

Spesialisthelsetjenesten finansieres ved rammetilskudd til helseforetakene.

I henhold til § 4 nr. 3 i [forskrift om utgifter til poliklinisk helsehjelp](#) (82) 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.

Dersom pasienten henvises til psykolog/privatpraktiserende legespesialist eller annen behandler med driftsavtaler med RHF, skal utgiftene også i sin helhet dekkes av helseforetaket. Den innsatte skal ikke betale egenandel for tjenestene.

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 universal tilrettelegging for innsatte med funksjonsnedsettelse jf. [diskriminerings- og tilgjengelighetsloven](#) (71) § 4.

Utgifter til transport ved innleggelse og utskrivelse fra sykehus dekkes av henholdsvis kriminalomsorgen (domsinnsatte) og politiet (varetektsinnsatte).

Dersom det er nødvendig med ikke medisinsk begrunnet vakthold (ut ifra unnvikelsesfare og/eller av sikkerhetshensyn) skal dette dekkes av kriminalomsorgen (domsinnsatte) og politiet (varetektsinnsatte).

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

## 5.2 Finansiering av helsetjenester - individnivå

Helsetjenester til innsatte i fengsel finansieres av kommunen eller av foretaket, 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.

Det er fengselshelsetjenestens primære ansvar å følge opp de 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](#) (83).

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

Det er imidlertid enkelte spesielle forhold avhengig av innsattstatus 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 [prioriteringsforskriften](#) (84) § 1, 4. ledd, pkt. e, gitt med hjemmel i [pasient- og brukerrettighetsloven](#) (20). 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](#) (78) § 2-17 er ikke trådt i kraft medio mars 2012, da noe forskriftsarbeid gjenstår. Etter hvert vil følgende gjelde i henhold til § 2-17 fjerde ledd: *”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 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 innsatte må selv dekke alle legens utgifter i forbindelse med behandling hos 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**

For innsatte medlemmer av folketrygden som er overført til overgangsbolig, yter det offentlige ikke stønad etter annen lovgivning (jf. folketrygdloven kap. 5), og derfor vil stønad ytes etter regelverk i folketrygden.

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 medisiner, inkludert egenandeler. Dette gjelder både domsinnsatte og varetektsinnsatte. For personer som ikke er lovlig i riket, skal medikamenter til nødvendig helsehjelp dekkes.

Alle fengselsinnsatte har rett til ytelser etter [blåreseptforskriften](#) (85). Dette fremkommer av [rundskriv til folketrygdlovens § 5-14](#) om legemidler, næringsmidler og medisinsk forbruksmateriell (86), jf. forskriften § 1a. Blåreseptforskriften er hjemlet i [folketrygdloven](#) (78) § 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 [prioriteringsforskriften](#). 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, henvises til [folkehelseinstituttets](#) hjemmeside.

#### **5.4 Hjelpemidler**

Helsetjenesten i den kommunen fengselet befinner seg, har ansvaret for primærhelsetjenester til innsatte. Dette omfatter også basisansvaret for formidling av hjelpemidler. Kommunen har også ansvaret for finansiering av hjelpemidler ved midlertidig behov (under 2 år).

Ved tilrettelegging for innsatte med en varig funksjonsnedsettelse vil det være et delt finansieringsansvar mellom fengselet og folketrygden (NAV Hjelpemiddelsentral).

Individuelt tilpassede hjelpemidler til medlemmer i folketrygden som er innsatt i fengsel, dekkes etter folketrygdloven. Dersom den innsatte har hjelpemidler i egen bolig som ikke kan medbringes i fengsel, kan fengsel defineres som bolig II. Det skilles ikke mellom varetektsinnsatte og domsinnsatte medlemmer i folketrygden.

Det 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.

#### **5.5 Tolketjenester**

Utgifter til tolketjenester for å gi nødvendig helsehjelp, skal finansieres av den som utfører tjenesten (67;87). Utgifter til tolketjenester ved undersøkelse og behandling i primærhelsetjenesten, inkludert fengselshelsetjenesten, skal dekkes av kommunen. Helseforetaket skal, via sin rammefinansiering, dekke utgifter til tolketjenester i forbindelse med undersøkelser og behandling i sykehus og offentlige poliklinikker.

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

Utgifter til tolking innenfor arbeidskontor, trygdekontor, politi- og lensmannsetat og andre statlige instanser skal dekkes av disse (87).

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 \(67\) og rundskriv UDI 23/94 \(87\) "Veiledende retningslinjer for dekking av utgifter ved bruk av tolketjenester"](#).



## 6 Vedlegg

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:

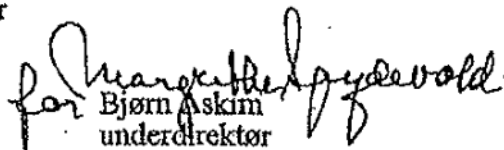
1. Som et smitteforebyggende tiltak skal klorin, eventuelt kloramin være tilgjengelig for innsatte, jfr. brev datert 28.1.97 fra Statens helsetilsyn. Andre klorholdige produkter eller andre typer desinfeksjonsvæsker eller -preparater godtas ikke.

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

### Reference List

1. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) LOV-2011-06-24-30. Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no>.
2. Friestad C, Hansen ILS. Levekår blant innsatte. 429 utg. Oslo: Forskningsstiftelsen FAFO; 2004. Tilgjengelig fra: <http://www.fafo.no/>.
3. Skardhamar T. Oppvekstkår og registrert kriminalitet. I: Norman TM, red. Ungdoms levekår. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2007. s. 146-57. Tilgjengelig fra: [http://www.ssb.no/emner/00/02/sa\\_ungdoms\\_levekar/sa93/](http://www.ssb.no/emner/00/02/sa_ungdoms_levekar/sa93/)
4. 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. Tilgjengelig fra: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/08039480802571044>
5. Gamman T, Linaker OM. Screening for psychiatric disorders among prison inmates. Tidsskr Nor Lægeforen 2000;120(18):2151-3.
6. Langeveld H, Melhus H. Are psychiatric disorders identified and treated by in-prison health services? Tidsskr Nor Lægeforen 2004;124(16):2094-7.
7. 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. Tilgjengelig fra: <http://www.jaapl.org/content/29/2/186.short>
8. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. Lancet 2002;359(9306):545-50. Tilgjengelig fra: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(02\)07740-1/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(02)07740-1/abstract)
9. 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.
10. Bjorngaard JH, Rustad AB, Kjelsberg E. The prisoner as patient - a health services satisfaction survey. BMC Health Serv Res 2009;9:176. Tilgjengelig fra: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/176>
11. Samhandlingsreformen - Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak. Tilgjengelig fra:

[http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/veiledninger\\_og\\_brosjyrer/2011/samhandlingsreformen---lovpalagte-samarb.html?id=661886](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/veiledninger_og_brosjyrer/2011/samhandlingsreformen---lovpalagte-samarb.html?id=661886).

12. Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. FOR-2002-12-20-1731. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20021220-1731.html>.
13. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). LOV-1999-07-02-61. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no>.
14. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven - hlspl.) LOV-1999-07-02-64. Tilgjengelig fra: [http://lovdata.no/](http://lovdata.no).
15. Rundskriv om tannhelsetjenesten for innsatte i fengsler IK-28/89. Tilgjengelig fra: <http://www.helsetilsynet.no/no/Regelverk/Rundskriv/Rundskriv-helsetjenesten/Rundskriv-Helsetilsynet-1-januar-2002/Rundskriv-tannhelsetjenesten-innsatte-fengsler-ik-28-89/>.
16. Lov om gjennomføring av straff mv. (straffegjennomføringsloven - strgfjl.). LOV-2001-05-18-21. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no>.
17. Europeiske fengselsregler. Tilgjengelig fra: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=955747&BackColorInternet=9999CC&BackColorIntranet=FFBB55&BackColorLogged=FFAC75>.
18. Embetsoppdraget til fylkesmennene 2011. Tilgjengelig fra: <http://www.fm-nett.no>.
19. Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven - pasrl.) LOV-1999-07-02-63. Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no/>.
20. Recommendations on the ethical and organisational aspects of health care in prison. Tilgjengelig fra: [http://www.coe.int/t/dg3/health/recommendations\\_en.asp](http://www.coe.int/t/dg3/health/recommendations_en.asp).
21. Recommendations concerning prison and criminological aspects of the control of transmissible diseases including AIDS and related health problems in prison. Tilgjengelig fra: <http://www.coe.int/portal/web/coe-portal>.
22. Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners. 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. Tilgjengelig fra: <http://www.un.org/en/documents/index.shtml>.
24. Retningslinjer til lov om gjennomføring av straff mv. (straffegjennomføringsloven) og til forskrift til loven. Tilgjengelig fra: <http://www.kriminalomsorgen.no/index.php?id=431725>.
25. Forskrift til lov om straffegjennomføring. FOR-2002-02-22-183. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no>.

27. Forskrift om fastlegeordning i kommunene. FOR-2000-04-14-328. Tilgjengelig fra: <http://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: <http://www.lovdatab.no>.
29. Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp FOR-2008-04-03-320. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no>.
30. Rundskriv om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no>.
31. Felleskatalogen [Oslo]: [Felleskatalogen A/S]. Tilgjengelig fra: <http://www.felleskatalogen.no/medisin/>
32. Retningslinjer for fylkesmennene ved behandling av førerkortsaker. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/retningslinjer-for-fylkesmennene-ved-behandling-av-forerkortsaker/Sider/default.aspx>.
33. Simmons MM, Cupp MJ. Use and abuse of flunitrazepam. Ann Pharmacother 1998;32(1):117-9. Tilgjengelig fra: <http://www.theannals.com/content/32/1/117.abstract>
34. Vanedannende legemidler, forskrivning og forsvarlighet IK-2755. Tilgjengelig fra: <http://helsetilsynet.no>.
35. Ot.prp. nr. 5 (2000-2001) Om lov om gjennomføring av straff mv.. (straffegjennomføringsloven). Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/jd/dok/regpubl/otprp/20002001/otprp-nr-5-2000-2001-.html?id=162307>.
36. Dalgard O. New guidelines for investigation and treatment of hepatitis C. Tidsskr Nor Lægeforen 2011;131(1):15. Tilgjengelig fra: <http://tidsskriftet.no/article/2060526>
37. Bell H, Dalgard O, Bjoro K, Hellum KB, Myrvang B. Treatment of chronic hepatitis C. Tidsskr Nor Lægeforen 2002;122(9):926-8. Tilgjengelig fra: <http://tidsskriftet.no/article/520425>
38. Forskrift om tuberkulosekontroll FOR-2009-02-13-205. Tilgjengelig fra: [www.lovdatab.no](http://www.lovdatab.no).
39. Lov om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven). LOV-1994-08-05-55. Tilgjengelig fra: <http://lovdatab.no>.
40. Smittevernboka. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no>.
41. Retningslinjer for immunisering mot hepatitt A og B som refunderes av trygden. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no>.

42. Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) LOV-2011-06-24-29. Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no>.
43. Veileder i miljørettet helsevern IS-1104. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-i-miljorettet-helsevern/Sider/default.aspx>.
44. Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus FOR-2009-12-18-1641. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no>.
45. Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene IS 1332. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/psykisk-helsearbeid-for-voksne-i-kommunene/Sider/default.aspx>.
46. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser IS-1948. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser/Sider/default.aspx>.
47. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven). LOV-1999-07-02-62. Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no>.
48. Veileder for diagnostisering og behandling av AD/HD IS-1244. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-for-diagnostisering-og-behandling-av-adhd/Sider/default.aspx>.
49. Samarbeid mellom kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, kommunenes sosialtjeneste og kriminalomsorgen overfor innsatte og domfelte rusmiddelavhengige. Rubdskriv G-8 2006.
50. Veileder for kommunal rusmiddelpolitisk handlingsplan IS-1362. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-for-kommunal-rusmiddelpolitisk-handlingsplan/Sider/default.aspx>.
51. Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften) FOR-2009-12-18-1641. Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no>.
52. Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet IS-1701. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner>.
53. Veileder for apotekansatte i forbindelse med legemiddelassistert rehabilitering (LAR) IS-1255. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-for-apotekansatte-i-forbindelse-med-legemiddelassistert-rehabilitering-lar/Sider/default.aspx>.
54. Nasjonal retningslinje for gravide i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder IS-1876. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-retningslinje-for-gravide-i-lar-og-oppfolging-av-familiene-frem-til-barnet-nar-skolealder/Sider/default.aspx>.
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. Tilgjengelig fra:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18549520>
56. Kristiansen MG, Gutteberg T, Berg LK, Sjursen H, Mortensen L, Florholmen J. Hepatitis C in Northern Norway--an 8-year material. Tidsskr Nor Laegeforen 2002;122(20):1974-6.
  57. Straff som virker - mindre kriminalitet - tryggere samfunn (kriminalomsorgsmelding).
  58. Alternative straffereaksjonar overfor unge lovbrytarar St.meld. nr. 20 (2005-2006). Tilgjengelig fra:  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/jd/dok/regpubl/stmeld/20052006/stmeld-nr-20-2005-2006-.html?id=332074>.
  59. Kriminalomsorgens årsstatistikk 2010. Tilgjengelig fra:  
<http://www.kriminalomsorgen.no>.
  60. Helse- og omsorgsdepartementet. 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. 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](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: <http://www.lovdata.no>.
  62. Kriminalomsorgens årsstatistikk 2010. Tilgjengelig fra:  
<http://www.kriminalomsorgen.no>.
  63. Rua M. Fengsel, isolasjon og varetekt sett fra fengselslegens ståsted: en institusjonell-etnografisk studie. Oslo: M. Rua; 2009.
  64. Kriminalomsorgens årsstatistikk 2010. Tilgjengelig fra:  
<http://www.kriminalomsorgen.no>.
  65. Kriminalomsorgens årsstatistikk 2009. Tilgjengelig fra:  
<http://www.kriminalomsorgen.no/>.
  66. Skarøhamar T. Levekår og livssituasjon blant innsatte i norske fengsler. Oslo: Instituttet; 2002. nr 1/2002.
  67. Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse og omsorgstjenestene. IS-1924. Tilgjengelig fra:  
<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-om-kommunikasjon-via-tolk-for-ledere-og-personell-i-helse-og-omsorgstjenestene/Sider/default.aspx>.
  68. Veileder om helsetjenestetilbudet til flyktninger asylsøkere og familiegjenforente. IS-1022. Tilgjengelig fra:  
<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/helsetjenestetilbudet-til-asyloskere-flyktninger-og-familiegjenforente/Sider/default.aspx>.

69. Lov om strålevern og bruk av stråling [strålevernloven]. LOV-2000-05-12-36. Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no>.
70. Haualand HM. Straffet og isolert: innsatte med funksjonsnedsettelse i norske fengsler. 2011:01 utg. Oslo: Forskningsstiftelsen FAFO; 2011. Tilgjengelig fra: <http://www.faf.no/pub/rapp/20192/index.html>.
71. Lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne (diskriminerings- og tilgjengelighetsloven) LOV-2008-06-20-42. Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no/>.
72. Forskrift om krav til helsepersonells attester, erklæringer o.l. FOR 2008-12-18-1486. Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no/>.
73. Rundskriv: Krav i forbindelse med utstedelse av attester, helseerklæringer o.l. IS-9/2006. Tilgjengelig fra: <http://www.hesledirektoratet.no/publikasjoner/krav-i-forbindelse-med-utstedelse-av-attester-helseerklæringer-ol/Sider/default.aspx>.
74. Lov om rettergangsmåten i straffesaker (Straffeprosessloven) LOV-1981-05-22-25. Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no/>.
75. Rundskriv G-2/2010 Kriminalomsorgen får ansvar for å innkalle til soning og behandle søknad om soningsutsettelse- nærmere orientering om iverksettingen. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/id/dok/rundskriv/2010/Kriminalomsorgen-far-ansvar-for-a-innkalle-til-soning-og-behandle-soknad-om-soningsutsettelse--narmere-orientering-om-iverksettingen.html?id=599378>.
76. Forskrift om innkalling og utsettelse ved fullbyrding av straff FOR-2010-03-19-408. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no>.
77. Reglement for økonomistyring i staten FOR-2003-12-12-1938. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no>.
78. Lov om folketrygd (folketrygdloven) LOV-1997-02-28-19. Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no>.
79. Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen LOV-2009-12-18-131. Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no>.
80. Vederlagsfrie tannhelsetjenester for personer under legemiddelassistert rehabilitering (LAR) fra 2008 - økning av rammebevilgningen til fylkeskommunene for 2008. Rundskriv I-4/2008. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rundskriv/2008/rundskriv-i-42008-vederlagsfrie-tannhels.html?id=499755>.
81. Utvidet fylkeskommunalt tannhelsetilbud i 2006 Rundskriv I-2/2006. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rundskriv/2006/i-22006.html?id=109595>.
82. 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:  
<http://www.lovdatab.no>.

83. Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege FOR-2011-06-23-675. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no>.
84. Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften) FOR-2000-12-01-1208. Tilgjengelig fra:  
<http://www.lovdatab.no>.
85. Forskrift om stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler mv. (blåreseptforskriften) FOR-2007-06-28-814. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/>.
86. Rundskriv til folketrygdlovens § 5-14 - Legemidler, næringsmidler og medisinsk forbruksmateriell. Tilgjengelig fra: <http://www.nav.no/rettskildene>.
87. Veiledende retningslinjer for dekning av utgifter ved bruk av tolketjenester Rundskriv UDI 23/94 TIA.

Veiledere fra Helsedirektoratet utarbeides innenfor helsefaglige temaområder der det er behov for utdypende beskrivelser av faglige spørsmål, løvverk, administrative, organisatoriske og institusjonelle forhold. Metode for utarbeiding er beskrevet i hver enkelt veileder.

Helsedirektoratet

Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)