



Veileder rusmestringenhetene

Publikasjonens tittel: Veileder rusmestringsenhetene

Utgitt: November/2016

Bestillingsnummer: IS-2472

Utgitt av: Helsedirektoratet og Kriminalomsorgsdirektoratet
Kontakt: Avdeling psykisk helsevern og rus
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo
Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Kriminalomsorgsdirektoratet
Pb. 694, 4305 Sandnes
Besøksadresse: Solheimsgate 21, 2000 Lillestrøm
Tlf.: 404 388 00
www.kriminalomsorgen.no

Hefтет kan bestilles hos: Helsedirektoratet
v/ Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@helsedir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-2472

Utgitt i samarbeid med: Kriminalomsorgsdirektoratet

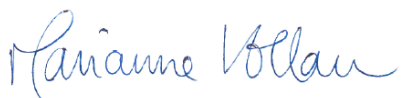
FORORD

Veilederen er utarbeidet for å gi tydelige organisatoriske og faglige rammer og praktiske råd for arbeidet i rusmestringsenhetene. Et viktig formål med veilederen har vært å etablere en mer enhetlig praksis for arbeidet i enhetene.

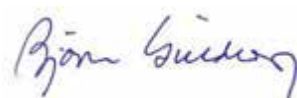
Veilederen er utarbeidet i et samarbeid mellom Kriminalomsorgsdirektoratet og Helsedirektoratet. Direktoratene håper at veilederen vil være et viktig bidrag i det daglige arbeidet og den videre utviklingen av enhetene. Rusmestringsenheten er en viktig arena for tverrfaglig samarbeid hvor flere yrkesgrupper skal samhandle og utnytte hverandres faglige kompetanse på en best mulig måte for den innsatte.

Direktoratene vil fortsette samarbeidet ved å følge med på den videre utviklingen av tjenestene i rusmestringsenhetene.

Vi vil rette en stor takk til arbeidsgruppen som har bistått underveis i arbeidet.



Marianne Vollan
Kriminalomsorgsdirektoratet



Bjørn Guldvog
Helsedirektoratet

SAMMENDRAG

Rusmestringsenhetene er et tilbud om rehabilitering og behandling til innsatte som har til dels omfattende rusmiddelproblemer, ofte med psykiske lidelser og andre tilleggsproblemer.

Veilederen gir utdypende forklaringer, gode råd for praksis og peker på viktige sider ved organisering, tilrettelegging og videreutvikling av enhetene.

Kriminalomsorgen er hovedansvarlig for driften av rusmestringsenhetene og utvikling av kriminalomsorgens rehabiliteringstiltak. Helsetjenesten er ansvarlig for helsetjenestetilbudet i rusmestringsenhetene.

Innsatte bør så snart som mulig etter innsettelse få informasjon om rusmestringsenhetene. Den som introduserer tilbudet bør har god kjennskap til enheten.

Rusmestringsenheten er en viktig arena for tverrfaglig samarbeid hvor flere yrkesgrupper skal samhandle og utnytte hverandres faglige kompetanse på en best mulig måte for den innsatte. Det understreker behovet for gode evner i samhandling for personalet. Like viktig som relasjonen mellom innsatte og ansatte, er forholdet mellom de innsatte. Det er viktig å legge til rette for og sikre at den innsatte blir involvert og deltakende i løpet av fengselsoppholdet så langt det er mulig. Opplevelsen av oppholdet og effektene av dette, vil ha stor betydning for den enkelte. Brukermedvirkning må tilpasses fengselets og rusmestringsenhetens rammer.

Planarbeidet i rusmestringsenhetene skal være nyttig for den innsatte og en hjelp i det daglige arbeidet. Planarbeid er også viktig i forbindelse med overføring til behandling og andre tiltak etter straffgjennomføring i fengsel.

Helsepersonell ansatt i spesialisthelsetjenesten ved tverrfaglig spesialisert rusbehandling vil være aktører i rusmestringsenhetene på daglig basis. Behandling gis både fra spesialisthelsetjeneste ved tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og kommunal helse – og omsorgstjeneste. Personell fra kommunal helse- og omsorgstjeneste er allerede på plass i alle landets fengsler, og vil bli benyttet i rusmestringsenhetene ved behov.

Kriminalomsorgens tilbud i rusmestringsenhetene er motiverende samtaler, russamtaler, miljøarbeid, tilbakeføringsarbeid m.m. Aktivitetene kan være deltakelse i program, opplæring eller arbeid. Kriminalomsorgen har ansvar for å tilrettelegge for samarbeid med kommunal helse- og omsorgstjeneste, spesialisthelsetjeneste og andre aktører om en god løslatelse og overføring til straffegjennomføring i samfunnet.

INNHold

FORORD	2
SAMMENDRAG	3
INNHold	5
INNLEDNING	8
1. METODE, PROSESS OG INVOLVERING	12
1.1 Kunnskapsgrunnlag	12
1.2 Prosess	13
1.3 Involvering av brukere og tjenestene	13
2. RUSMESTRINGSENHETENES FORMÅL OG MÅLGRUPPER	14
2.1 Formålet med rusmestringsenhetene	14
2.2 Målgruppen for rusmestringsenhetene	15
3. ANSVAR OG ORGANISERING	16
3.1 Helsetjenestens ansvarsområder	16
3.1.1 Spesialisthelsetjenestens ansvar	16
3.1.2 Kommunal helse- og omsorgstjenestes ansvar i fengselet	16
3.2 Medisinsk ansvar	17
3.3 Kriminalomsorgens ansvarsområder	17
3.4 Fengselsleders ansvar	18
3.5 Antall plasser i en rusmestringsenhet	19
3.6 Lokalene	19

3.7	Organisering og praktisk tilrettelegging	20
3.8	Møtestruktur	20
4.	BEMANNING, KOMPETANSE OG TVERRFAGLIG ARBEID	22
4.1	Stabilitet i bemanning	22
4.2	Kriminalomsorgen	22
4.3	Spesialisthelsetjenesten	23
4.4	Tverrfaglighet	24
5.	INFORMASJON OG INNTAK	26
5.1	Informasjon og motivering	26
5.2	Inntak	27
5.2.1	Kriterier for inntak i en rusmestringsenhet	27
5.2.2	Søknadsprosedyre	27
6.	TAUSHETSPLIKT OG SAMTYKKE	30
6.1	Bestemmelser om taushetsplikt og samtykke	30
6.2	Samtykkeerklæringer	31
6.3	Personopplysninger og databehandling	32
6.3.1	Databehandling i kriminalomsorgen	32
6.3.2	Databehandling i helsetjenesten	33
7.	BRUKERMEDVIRKNING	35
7.1	Deltakelse og innflytelse	35
7.2	Kontakt med pårørende	36
8.	PLANARBEID	37
8.1	Oppholdets lengde – planens innhold	37
8.2	Framtidsplan	37
8.3	Behandlingsplan	38
8.4	Individuell plan (IP) og koordinator	38

9. BEHANDLING AV RUSMIDDELPROBLEMER	41
9.1 Vurdering av rett til tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	41
9.2 Mulige resultater av rettighetsvurderingen	42
9.3 Utredninger	43
9.4 Behandling	44
9.5 Behandling og oppfølging av personer som får alvorlige psykiske problemer	45
10. GODE METODER OG VERKTØY FOR ARBEIDET I EN RUSMESTRINGSENHET	46
10.1 Miljøarbeid	46
10.2 Kriminalomsorgens kartleggingsverktøy BRIK	48
10.3 Motiverende samtale – metodikk	49
10.4 Russamtaler	50
10.5 Rusprogram	52
10.6 Opplæring og arbeid	53
11. OVERFØRING TIL STRAFFEGJENNOMFØRING I SAMFUNNET	55
11.1 Overføringsmuligheter	55
11.2 Overføring til behandlingsinstitusjon (§12)	56
11.3 Overføring til overgangsbolig	56
11.4 Overføring til §16.1 (hjemmesoning)	57
11.5 Overføring til §16.2 (elektronisk kontroll)	57
11.6 Prøveløslatelse med møteplikt	57
12. SAMARBEID OM TILBAKEFØRING	59
12. 1 Kriminalomsorgens ansvar - Løslatelse til kommune	59
12.2 Helsetjenestens ansvar - Løslatelse til kommune	61
12.3 Risiko for overdosedødsfall etter løslatelse	62
13 FRIVILLIGE ORGANISASJONER	63
13.1 Kontakt med frivillige organisasjoner, herunder brukerorganisasjoner	63
REFERANSELISTE	64

INNLEDNING

Mange innsatte har til dels omfattende rusmiddelproblemer, ofte med psykiske problemer og andre tilleggsproblemer. Bakgrunnen for etablering av rusmestringsenhetene var å gi et eget tilbud til denne gruppen innsatte.

Det er viktig å være oppmerksom på:

- Rusmestringsenhetene er et supplement til og erstatter ikke helse- og omsorgstjenesten verken på kommunalt nivå eller på spesialisthelsetjenestenivå.
- Innsatte i rusmestringsenhetene har de samme rettigheter etter helselovgivningen, selv om enhetene selv ikke skulle dekke disse alene.
- Rusmestringsenhetene er et tilbud i kriminalomsorgens regi og et samarbeid mellom kriminalomsorgen og spesialisthelsetjenesten ved tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) som gir tilbud inne i fengslene. Mange vil også ha behov utover dette, for eksempel gjennom tjenester fra psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten) og fra kommunal helse- og omsorgstjeneste (i fengselet).

En stor andel av innsatte i fengsel som har rusmiddelproblemer, har også andre levekårsproblemer som utfordringer med å skaffe seg bolig og arbeid, og mangler skolegang. For disse er det spesielt viktig at tjenestene de mottar preges av god samordning og koordinering mellom kriminalomsorgen, kommuner, NAV, fylker og spesialisthelsetjeneste (Revol, 2015).

Utviklingen av et godt helse- og omsorgstilbud, herunder psykisk helsetjenestetilbud, står sentralt i utviklingen av rusmestringsenhetene. Et samarbeid mellom kriminalomsorgen og helsetjenesten med sikte på å utvikle et målrettet og koordinert tilbud til de innsatte, er i

tråd med samhandlingsreformens intensjoner og vil være en styrke for arbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Rundskrivet om rusmestringsenhetene fra 2013 tydeliggjør rammebetingelser for eksisterende og framtidige enheter. Rundskrivet viser til sentrale regelverksbestemmelser og beskriver ansvar, oppgaver og samarbeid mellom kriminalomsorgen, spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten overfor innsatte med rusmiddelproblemer (Justis- og beredskapsdepartementet; Helse- og omsorgsdepartementet, 2013)

Et viktig førende dokument for rusmestringsenhetene er Helsedirektoratets veileder for helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel (Helsedirektoratet, 2013). Et annet bakgrunnsdokument er G8-rundskrivet som omhandler samarbeidet mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten og kriminalomsorgen overfor innsatte og domfelte rusmiddelavhengige (Justis- og politidepartementet; Helse- og omsorgsdepartementet, 2006).

[Straffegjennomføringsloven](#) (Lov om gjennomføring av straff mv., 2001) og forskrifter ligger til grunn for kriminalomsorgens virksomhet, også for tilbudet i rusmestringsenhetene. Nasjonale, faglige retningslinjer og veiledere utarbeidet på helseområdet av Helsedirektoratet er gjeldende også for innsatte som får et tilbud i en rusmestringsenhet. Det vises til de mest aktuelle i teksten. For øvrig vises til direktoratets nettsider for [nasjonale faglige retningslinjer og veiledere](#).

Utover dette vises det til utdypende informasjon om de ulike områdene som omhandles i veilederen på følgende viktige nettsider:

www.kriminalomsorgen.no

www.krus.no

www.helsedirektoratet.no

www.helsenorge.no

www.helsebiblioteket.no

Denne veilederen utgis i fellesskap av Kriminalomsorgsdirektoratet og Helsedirektoratet.

Formålet med veilederen er å gi utdypende forklaringer, gode råd for praksis og peke på viktige sider ved organisering, tilrettelegging og videreutvikling av enhetene.

Veilederen:

- tydeliggjør ansvar, oppgaver, samarbeid og koordinering mellom de ulike tjenestene i rusmestringsenhetene
- skal bidra til å styrke det faglige innholdet i rusmestringsenhetene
- skal bidra med kriminalomsorgsfaglige og helsefaglige anbefalinger om behandling og rehabilitering, basert på virksomme og kunnskapsbaserte metoder

Veilederen retter seg spesielt mot ledere og ansatte i kriminalomsorgen, spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste i fengselet og øvrige ansatte som er tilknyttet rusmestringsenhetene.

Med tanke på rekruttering til og samarbeid om innsatte i rusmestringsenhetene, vil målgruppen også omfatte hele kriminalomsorgen, øvrig spesialisthelsetjeneste og kommunal helse- og omsorgstjeneste, NAV og skoleverket. Veilederen vil også være relevant for innsatte, pårørende, brukerorganisasjoner og frivillige organisasjoner.

Kort historikk

Det er i dag 13 rusmestringsenheter i norske fengsler. De første tre rusmestringsenhetene ble etablert i 2007 og 2008. De resterende 10 rusmestringsenhetene ble etablert fra 2009 til 2012. I starten ble de sentrale føringene gitt i Kriminalomsorgens helhetlige russtrategi (Kriminalomsorgens sentrale forvaltning, 2008). For øvrig var det få føringer for rusmestringsenhetenes rammer og innhold.

Rusmestringsenhetene ble anmodet om å benytte opplæring og faglige tiltak på rusfeltet utarbeidet av Kriminalomsorgens utdanningssenter (KRUS). Det ble ved oppstart gitt tre ekstra stillinger fra Justis- og beredskapsdepartementet og én spesialisthelsetjenestestilling fra Helse- og omsorgsdepartementet til hver rusmestringsenhet.

Det viste seg etter hvert å være et behov for å etablere et konkret og felles rammeverk for virksomhetene og gi noen føringer for innholdet i enhetene. Justis- og beredskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet startet i 2011 arbeidet med å utarbeide et felles rundskriv for rusmestringsenhetene. Rundskrivet ble slutført i 2013.

Veilederens målgrupper

Veilederens primære målgrupper:

- Ledere og ansatte fra kriminalomsorgen i rusmestringsenhetene, spesialisthelsetjenesten ved TSB, psykisk helsevern og helse- og omsorgstjenesten i fengselet
- Øvrige ansatte tilknyttet enhetene
- Innsatte/pasienter/brukere

Veilederens sekundære målgrupper:

- Hele kriminalomsorgen, spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste
- NAV
- Skoleverket
- Innsattes pårørende
- Brukerorganisasjoner
- Frivillige organisasjoner

Direktoratenes ansvar

Kriminalomsorgsdirektoratet og kriminalomsorgen har hovedansvaret for virksomhetsstyring og oppfølging av rusmestringsenhetene.

Helsedirektoratet har et medansvar for helse- og omsorgsfaglig utvikling og oppfølging av enhetene.

Det felles ansvaret for rusmestringsenheten kommer til uttrykk gjennom:

- *Årlige dialogsamtaler mellom Kriminalomsorgsdirektoratet som hovedansvarlig og Helsedirektoratet som biansvarlig.*
- *Vurdering av rusmestringsenhetenes tertialrapporteringer til Kriminalomsorgsdirektoratet som mottar og sammenstiller statistikk.*
- *Vurdere utvikling og oppfølging av eventuelle standardiserte, årlige brukerundersøkelser blant innsatte og ansatte.*

Direktoratsansvaret

Kriminalomsorgen har hovedansvaret for virksomhetsstyring og oppfølging av rusmestringsenhetene.

Kriminalomsorgen og spesialisthelsetjenesten har et gjensidig ansvar for å orientere hverandre dersom det oppdages mangler eller andre uønskede forhold ved virksomheten.

Kriminalomsorgsdirektoratet har hovedansvar og Helsedirektoratet medansvar for faglig utvikling og oppfølging av rusmestringsenhetene.

Rundskrivet (04.10.2013)

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling i rusmestringsenhetene er på vanlig måte forankret i det lokale helseforetaket som skal kvalitetssikre tjenestetilbudet i tråd med krav om systematisk kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, jf. § 3-4.a i spesialisthelsetjenesteloven. Tjenestene skal være forsvarlige og tilrettelagt slik at personellet som utfører tjenestene kan få overholdt sine plikter.

Når det gjelder kommunenes plikt til internkontroll, vises det til veileder for helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel og internkontrollforskriften som også gjelder for spesialisthelsetjenesten.

I arbeidet med implementering av veilederen har Kriminalomsorgsdirektoratet og Helsedirektoratet et felles ansvar for at veilederen gjøres kjent i kriminalomsorgen, helsetjenesten, herunder både spesialisthelsetjenesten ved TSB, psykisk helsevern og kommunal helse- og omsorgstjeneste.

1. METODE, PROSESS OG INVOLVERING

1.1 Kunnskapsgrunnlag

Rådene som gis i veilederen er basert på den erfaring og kunnskap som ansatte, klinikere og brukere/innsatte har opparbeidet gjennom praktisk arbeid. For øvrig er tilnærming og verktøy som foreslås brukt fra både kriminalomsorgen, spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten basert på det beste kunnskapsgrunnlag for tjenesteytingen.

Oppstarten av rusmestringsenhetene er evaluert i en masteroppgave fra Høyskolen i Oslo (Helgesen, 2013). I 2015 forelå en ph.d.-avhandling basert på et feltarbeid i en rusmestringsenhet med fokus på rehabilitering; "Makt, legitimitet og motstand: En etnografisk analyse av rus og rehabilitering i et norsk fengsel». ((Mjåland, 2015). Utover dette er det begrenset med systematisert kunnskap om rusmestringsenhetenes organisering og øvrige innretning, arbeidsmetoder og verktøy.

For Kriminalomsorgens del er metoder og verktøy basert på anbefalinger fra Kriminalomsorgens utdanningscenter (KRUS) og beste praksis i kriminalomsorgen internasjonalt. Rusmestringsenhetene er også inspirert av Stifinner-modellen som er et samarbeid mellom kriminalomsorgen og Tyrilistiftelsen om rehabilitering av innsatte i fengsel. Stifinnertiltaket i Oslo fengsel ble evaluert etter 20-års drift i 2012 og erfaringene er gode (Bergsgard & Danielsen, 2012).

Helsetjenesten er basert på de lover og regler som gjelder for tjenesten, og andre førende dokumenter, som gjeldende nasjonale faglige retningslinjer og veiledere. I referanseoversikten gis en oversikt over de mest relevante retningslinjer og veiledere.

Veilederen bygger i tillegg også på aktuell kunnskap om målgruppen gjennom forskningsrapporter o.l. Eksempelvis kan nevnes den landsdekkende undersøkelsen av forekomsten av psykiske lidelser hos domfelte i norske fengsler (Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, 2014) og den landsdekkende levekårsundersøkelsen av innsatte (Revol, 2015).

1.2 Prosess

Arbeidet med veilederen har vært organisert med en ekstern arbeidsgruppe ledet av Kriminalomsorgens sentrale forvaltning, nå Kriminalomsorgsdirektoratet, i tett samarbeid med Helsedirektoratet.

Arbeidsgruppen ble etablert i 2011 og har bestått av representanter fra brukere (Wayback), kommunal helse- og omsorgstjeneste i fengsel (Telemark fengsel), spesialisthelsetjenesten (Sykehuset Østfold HF), fengselsbetjent i rusmestringsenhet (Ravneberget fengsel), Kriminalomsorgen region sørvest og Kriminalomsorgens utdanningscenter.

Navn på deltakere i ekstern arbeidsgruppe:

Bjørge Lindebø: Kriminalomsorgen region sørvest

Kyrre Moen: Sykehuset Østfold HD, spesialisthelsetjenesten

Per Arne Heier: Ravneberget fengsel, kriminalomsorgen

Mette Berg Walaker: Kommunal helse- og omsorgstjeneste, Telemark fengsel, avdeling Skien

Bjørn Aanes og Terje Jenssen: Wayback

Janne Helgesen: Kriminalomsorgens utdanningscenter (KRUS)

Anne Dahl: Kriminalomsorgsdirektoratet

Stine Margrethe S. Jacobsen: Helsedirektoratet

1.3 Involvering av brukere og tjenestene

I tillegg til arbeidet i den eksterne arbeidsgruppen, er det lagt stor vekt på god involvering av berørte parter i arbeidet, herunder brukere av tjenestene og ansatte.

Det ble utarbeidet egne spørreskjema til bruk for brukere og ansatte. Disse ble formidlet gjennom deltakerne i arbeidsgruppen og rettet seg mot enkelte nøkkelpersoner blant tjenesteytere i kriminalomsorgen i rusmestringsenhetene, til ansatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste i fengslene og i spesialisthelsetjenesten, og mot deltakerne i Helsedirektoratets brukerråd på området rus og psykisk helse (BrukerRop).

Helsedirektoratets fagråd for fengselshelsetjenesten har også kommet med innspill.

2. RUSMESTRINGSSENHETENES FORMÅL OG MÅLGRUPPER

2.1 Formålet med rusmestringsenhetene

Rusmestringsenhetene er et styrket tilbud rettet mot innsatte som ønsker bistand for sine rusmiddelproblemer, eventuelt også i tillegg psykiske problemer.

De innsatte i rusmestringsenheten bør møtes på det stadiet de er i sin behandlings- og rehabiliteringsprosess med utgangspunkt i den enkeltes behov.

Det bør være mulig både å starte behandling i enheten og å videreføre påbegynt behandling. Uansett er det viktig å sikre god overføring etter endt opphold fra fengsel til samfunnet.

Formål

Formålet med rusmestringsenhetene

Formålet med rusmestringsenhetene er å gi et tilbud om rehabilitering og behandling, som kan gjøre innsatte bedre i stand til å mestre sitt rusproblem og egen livssituasjon.

Rundskrivet (04.10.2013)

Det skal kunne henvises til tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) dersom behovet tilsier det. Henvisningen bør gjelde for oppstart av behandling, videreføring av behandling og fortsettelse av behandling etter endt opphold i rusmestringsenheten. Dette gjelder også for innsatte som i tillegg har psykiske problemer og som trenger behandling for disse.

Henvisning til TSB skjer etter ordinære regler. For å få dekket utgifter til slik behandling i spesialisthelsetjenesten må henvisning enten sendes av lege i fengselet eller av andre som har rett til å henvise til TSB (fastlege, ruskonsulent i hjemkommune, barneverntjeneste) i aktuell vurderingsinstans. For øvrige tjenester innenfor spesialisthelsetjenesten, som psykisk helsevern, gjelder de vanlige regler om at henvisning normalt skal komme fra lege for at utgifter til behandlingen blir dekket.

For personer som får rett til tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal behandlingen kunne påbegynnes i rusmestringsenheten, fullføres eller videreføres etter oppholdet i rusmestringsenheten.

Fengselsoppholdet bør benyttes til rehabilitering av rusproblemet for innsatte som ønsker en framtid uten rusavhengighet og kriminalitet. Opphold i rusmestringsenhet kan gi innsatte gode verktøy og et innhold som motvirker framtidig rus og kriminalitet. Sammen med ansatte får innsatte mulighet til å planlegge oppfølging av kommune og helsetjeneste når de skal tilbake til samfunnet etter endt opphold.

2.2 Målgruppen for rusmestringsenhetene

Rusmestringsenhetene er et tilbud til personer med et rusmiddelproblem, og de som eventuelt har psykiske problemer i tillegg.

Det innebærer at tilbudet retter seg mot følgende målgrupper:

- De som allerede ved inntak i en rusmestringsenhet har et tilbud om TSB
- De som er henvist til TSB ved inntak
- De som kan henvises til TSB etter inntak i enheten
- De som ikke har behov for TSB

Personer i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er i målgruppen.

Tilbud om plass bør fortrinnsvis gis til domsinnsatte, selv om også varetekts- og forvaringsinnsatte kan være aktuelle. Oppholdet i en rusmestringsenhet bør være av en viss varighet for at innsatte skal kunne nyttiggjøre tilbudet på en god måte. Dette vil det være opptil den enkelte rusmestringsenhet å vurdere.

Målgruppen

Målgruppe for rusmestringsenhetene

Målgruppen for rusmestringsenhetene er de som, ved innsettelse i *fengsel* eller i løpet av fengselsoppholdet, har et rusproblem de ønsker hjelp og behandling for. Tilbudet bør fortrinnsvis gis til innsatte på dom, men varetekts- og forvaringsinnsatte kan også være egnet.

Rundskrivet (04.10.2013)

3. ANSVAR OG ORGANISERING

3.1 Helsetjenestens ansvarsområder

Helsetjenesten, herunder kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjeneste, har ansvar for helsehjelpen som ytes i rusmestringsenhetene, alt avhengig av den enkeltes behov for allmennhelsetjenester eller spesialiserte tjenester. Ansvarer innebærer også det faglige ansvaret (medisinske og helsemessige) for tjenestene. Dette tilsier at tjenestene har et særskilt behov for gjensidig informasjon, avklaringer og oppfølging.

Utover beskrivelsene nedenfor, henvises til en nærmere omtale av helsetjenestens ansvarsområder i veilederens kapittel 10 og i veileder for helse- og omsorgstjenester i fengsel (Helsedirektoratet, 2013).

3.1.1 Spesialisthelsetjenestens ansvar

Spesialisthelsetjenesten har på vanlig måte ansvar for å tilby spesialisert utrednings- og behandlingstilbud til de innsatte i rusmestringsenheten på områdene rus og psykisk helse. Fra spesialisthelsetjenesten er det personell fra TSB som deltar i den daglige driften i rusmestringsenheten, og ikke fra psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten.

3.1.2 Kommunal helse- og omsorgstjenestes ansvar i fengselet

Kommunene har ansvar for at de innsatte tilbys nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

Kommunene bestemmer selv hvilken organisasjonsform helse- og omsorgstjenesten til innsatte i fengslene skal ha. Kommunene kan ha helsepersonell (fengselslege/sykepleier og/eller psykiatrisk sykepleier) tilgjengelig i fengslene en eller flere dager i uken, avhengig av blant annet fengselets størrelse.

Fastlegeansvaret for domsinnsatte overføres til fengselslege under fengselsoppholdet og tilbakeføres til fastlege ved løslatelse. Kommunene har ansvar for oppfølging både før, under og etter soning. Varetektsinnsatte har mulighet til å benytte egen lege under fengselsoppholdet.

Helse- og omsorgstjenesten i fengselet har ansvar for å henvise til spesialisthelsetjenesten, både til TSB og psykisk helsevern ved behov. Her vises det til veileder for helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel (Helsedirektoratet, 2013).

3.2 Medisinsk ansvar

Fengselslegen vil, for de fleste innsatte, være deres primærlege under oppholdet i fengselet, se [Veileder for helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel](#), kap. 3.1.5. side 22 (Helsedirektoratet, 2013). Fengselslegen vil ha ansvaret for den medisinske oppfølgingen av den innsatte, herunder eventuell behandling med vanedannende legemidler. Ved behov kan medisinerings skje i nært samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Det bør da avklares med fengselslegen/fastlegen. I rehabiliteringsarbeidet rundt den innsatte, løslatelsen og forberedelsen til denne, bør den innsattes fastlege i hjemkommunen delta.

Når det gjelder behandling med vanedannende legemidler, bør blant annet indikasjon vurderes svært nøye av lege før rekvirering. Dette er også spesielt viktig for innsatte i behandling /deltakelse i rusmestringsenhetene da bruk av vanedannende legemidler, både i enkeltdoser og lengre tids bruk, kan svekke kognitive funksjoner (Helsedirektoratet, 2015a).

Det er spesialisthelsetjenesten som er ansvarlig for behandling av innsatte som er i legemiddelassistert behandling (LAR). Innsatte i rusmestringsenhetene vil få sine LAR - legemidler under tilsyn på lik linje med øvrige innsatte som er i LAR. Administrering av LAR- legemidler skal ivaretas av helsepersonell, eventuelt av fengselsbetjenter eller annet personell som har fått nødvendig opplæring som helsepersonells medhjelper. Denne praksisen endres ikke innenfor rammene av en rusmestringsenhet. Her vises det til veileder for helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel pkt. 3.2 (Helsedirektoratet, 2013), merknader til forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften), 2010) og Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet (Helsedirektoratet, 2010).

3.3 Kriminalomsorgens ansvarsområder

Kriminalomsorgen har hovedansvaret for administrativ tilrettelegging og faglig utvikling av kriminalomsorgens tilbud.

Kriminalomsorgen har ansvar for å tilby egnede lokaler med IKT-tilgang til samarbeidende etater som kommunal helse- og omsorgstjeneste i fengselet og spesialisthelsetjenesten i rusmestringsenhetene.

3.4 Fengselsleders ansvar

Fengselsleder, eller den han eller hun delegerer ansvaret til, har ansvar for rusmestringsenhetenes virksomhet, administrativ drift, tilrettelegging og bemanning.

Fengselsledelsen har ansvar for:

- *Formål og intensjon:*
 - skape og utvikle en felles forståelse for rusmestringsenhetens formål og intensjon
 - sikre det kriminalomsorgsfaglige innholdet i rusmestringsenhetene
- *Inntak og utskriving:*
 - beslutte inntak og utskriving av innsatte i rusmestringsenheten i tråd med pkt. 5.2.2 i denne veilederen
 - samarbeide med spesialisthelsetjenesten om inntak og utskriving av innsatte som har et tilbud fra TSB, herunder også psykisk helsevern
- *Personal:*
 - rekruttere og ansette kriminalomsorgsfaglig personell og personell med sosialfaglig og miljøfaglig kompetanse
 - faglig opplæring og veiledning av kriminalomsorgens personell, jf. pkt. 4.2 i denne veilederen
- *Samordnings- og tilretteleggingsansvar:*
 - sikre god samordning og tilrettelegging av virksomhetens aktiviteter og at disse er tilpasset den enkeltes behov
 - tilrettelegge for et godt samarbeid mellom kriminalomsorgen, helse- og omsorgstjenesten i fengselet og spesialisthelsetjenesten (herunder både TSB og psykisk helsevern der det er aktuelt)
 - tilrettelegge for behandling i rusmestringsenheten
 - tilrettelegge for veiledning fra spesialisthelsetjenesten
 - informasjon internt og eksternt til samarbeidspartnere

Fengselsleders ansvar

- . Overordnet fengselsfaglig ansvar
- . Administrativ tilrettelegging for god drift av enhetene
- . Forankring av enheten i fengselets daglige virksomhet
- . Sikre veiledning og opplæring

Lederen av rusmestringsenheten er ansatt av kriminalomsorgen og bør ha god kompetanse på rusmestring.

3.5 Antall plasser i en rusmestringsenhet

Antall plasser ved hver rusmestringsenhet avgjøres av Kriminalomsorgsdirektoratet. Det er viktig at antall deltakere gjør det mulig å sikre en god gruppedynamikk og gir de beste mulighetene for trivsel og utbytte av tilbudet.

3.6 Lokalene

Rusmestringsenhetene bør organiseres som egne enheter/avdelinger avgrenset fra øvrige avdelinger.

Lokalene bør tilpasses enhetens virksomhet slik at hver enkel enhets særegne behov blir ivaretatt. Likevel bør rusmestringsenheten plasseres i en egen avdeling avgrenset fra fengselets øvrige avdelinger.

Både fengsler med høyere og lavere sikkerhetsnivå kan ha rusmestringsenheter. Det vil være variasjoner i antall plasser, kjønn, domskategorier og domslengder osv.

Det anbefales at:

- *alle har enkeltrom*
- *lokalene har egnede rom til sosiale aktiviteter, gruppeaktiviteter og individuelle samtaler med innsatte*
- *lokalene bør ha tilstrekkelig støyisolasjon*
- *enhetene har tilgang på møterom og kontorplass for de tilsatte*

Generelt bør det stilles høyere krav til lokalene ved nybygg enn der rusmestringsenhet blir etablert i eksisterende fengsler/lokaler, i samsvar med funksjons- og arealveilederen for fengselsbygg.

Lokaler

Kriminalomsorgen skal tilby egnede lokaler, helst en egen enhet i tilknytning til et fengsel, lokalisert fysisk avgrenset fra de øvrige avdelingene i fengselet.

Rundskrivet (04.10.2013)

3.7 Organisering og praktisk tilrettelegging

Prosjektorganisering med egen arbeidsgruppe og styringsgruppe kan nyttes ved nyetablering av rusmestringsenheter.

Rusmestringsenhetene bør organiseres slik at det gis mulighet for:

- *å motta veiledning utenfra*
- *nært samarbeid med fengselsledelse, arbeidsdrift, skole og NAV i fengsel*
- *miljøarbeid på enheten*
- *sosial trening utenfor fengselet*
- *grupper og kursvirksomhet*
- *samling av alle innsatte i enheten på én avdeling*

Viktige hensyn ved valg av organisering

- . *Veiledningsmuligheter*
- . *Tilgjengelighet til ledelse og kolleger*
- . *Aktivitets- og behandlingsmuligheter*
- . *Gode rammer for oppgaveløsning og beslutninger*

3.8 Møtestruktur

En god møtestruktur kan være av stor betydning for å sikre god samhandling og koordinering. Det tverrfaglige arbeidet i rusmestringsenhetene forutsetter at tjenestene finner egnede arenaer å kommunisere på og gode rutiner for samhandlingen.

Leder av rusmestringsenheten og ansatte fra TSB har i fellesskap ansvar for en god struktur for det tverrfaglige arbeidet i rusmestringsenheten og for at andre relevante samarbeidspartnere blir involvert på en hensiktsmessig måte.

Møter kan være pasient/brukerrelaterte gjennom direkte/indirekte pasient/brukerkontakt, eller de kan være systemfokuserede møter hvor agendaen er å organisere/forbedre/befeste virksomheten slik at den blir et best mulig sted for endring.

Møter

- . *Mellom ansatte*
- . *Med innsatte*
- . *Med eksterne samarbeidspartnere*
- . *Internt i spesialisthelsetjenesten*

1. Faste ukentlige interne samarbeidsmøter mellom ansatte

Her møtes alle ansatte på rusmestringsenheten; fra kriminalomsorgen og fra TSB. Skal det tas beslutninger av en viss betydning, bør en representant fra fengselsledelsen delta på møtet.

2. Pasientrelaterte interne samarbeidsmøter i fengselet

Det bør avholdes interne samarbeidsmøter mellom pasienten/brukeren, TSB, eventuelt også psykisk helsevern, kommunal helse- og omsorgstjeneste i fengselet, kontaktbetjent, miljøterapeut og tilbakeføringskoordinator ansatt i kriminalomsorgen og samarbeidende etater som NAV og skolen i fengsel ved behov.

Videre anbefales jevnlig bruk av trepartsamtaler: pasient/bruker – kriminalomsorg – og behandler fra TSB, ev. kommunal helse- og omsorgstjeneste i fengselet.

3. Pasientrelaterte eksterne samarbeidsmøter/ansvarsgruppemøter

Så snart som mulig etter inntak på en rusmestringsenhet bør det lages en oversikt over hvilke samarbeidsinstanser pasienten har kontakt med i hjemkommunen. Aktuelle samarbeidspartnere bør involveres så snart som mulig der det er behov for oppfølging etter løslatelse eller overføring til straffegjennomføring i samfunnet.

Skal poliklinisk kontakt innenfor TSB, herunder også psykisk helsevern, videreføres, bør man få til en overføringssamtale mellom pasient, behandler ved rusmestringsenhet og behandler ved lokal ruspoliklinikk eller et distriktpspsykiatrisk senter (DPS). Avstand til hjemkommune vil avgjøre om man klarer å få til et fysisk møte eller om dette bør foregå via telefon/videokonferanse.

4. Faste tverrfaglige teammøter ved poliklinikk/ruspoliklinikk

Spesialisthelsetjenestens representant(er) ved rusmestringsenheten bør delta i det ukentlige tverrfaglige teammøtet der vedkommende er ansatt. De tverrfaglige drøftingene i helseforetaket kan være rettighetsvurderinger, behandlingsplaner, selvmordsvurderinger og kartlegging av barn som pårørende. Møtene kan også være en arena for kompetanseutvikling.

4. BEMANNING, KOMPETANSE OG TVERRFAGLIG ARBEID

4.1 Stabilitet i bemanning

Et fast, stabilt og erfarent personell er viktig. Innsatte har ofte sammensatte utfordringer.

Personell fra kriminalomsorgen tilknyttet enhetene bør så langt det er mulig ikke benyttes i andre deler av fengselet med mindre innsatte i enhetene overflyttes til disse, eller dersom det er behov for kompetanseutvikling på området i fengselet for øvrig.

Helsepersonell ansatt i spesialisthelsetjenesten ved TSB vil være aktører i rusmestringsenhetene på daglig basis. Personell fra kommunal helse- og omsorgstjeneste er allerede på plass i alle landets fengsler, og vil bli benyttet i rusmestringsenhetene ved behov.

Samarbeidspartnere som ikke vil være fast tilknyttet enhetene, er for eksempel spesialisthelsetjenesten v/psykisk helsevern, NAV, sosialkonsulent, tilbakeføringskoordinator, skole, arbeidsdrift og aktuelle frivillige- og brukerorganisasjoner m.m.

4.2 Kriminalomsorgen

Fordi den samlede virksomheten i rusmestringsenheten er særskilt tilrettelagt for et samarbeid mellom ulike forvaltningsområder, vil gode evner i samhandling være viktig for ansatte.

Alle ansatte fra kriminalomsorgen bør ha følgende tilleggskompetanse i:

- *virkingen av rusmidler og avhengighetsproblematikk*
- *russamtalen som rehabiliterende tiltak*
- *russamtalen som alternativ og forpliktende reaksjon*
- *motiverende samtaler*
- *praktisk utforming av miljøarbeid*
- *kontaktbetjentens rolle i miljøarbeidet*
- *samarbeid med kommune/ NAV-kontor om bolig, arbeid, økonomi etc.*

I en rusmestringsenhet vil det være behov for personer som har kriminalomsorgsfaglig og/eller sosialfaglig kompetanse; eksempelvis ruskonsulenter og miljøterapeuter ansatt av kriminalomsorgen.

Ansatte i kriminalomsorgen bør tilbys faglig veiledning. Det kan ivaretas av interne og/eller eksterne fagpersoner.

4.3 Spesialisthelsetjenesten

Rusmestringsenhetene er gitt midler fra Helse- og omsorgsdepartementet til ansettelse av én fagperson som skal være ansatt i spesialisthelsetjenesten ved et helseforetak, fortrinnsvis psykolog. Dersom det er vanskelig å rekruttere psykolog eller lege, kan det unntaksvis ansettes eksempelvis en klinisk sosionom, psykiatrisk sykepleier eller annet relevant helsepersonell som inngår i et fagteam med psykologer ved den lokale poliklinikken.

Personellressurser

De regionale helseforetakene i den helseregionen rusmestringsenheten er lokalisert skal bidra med ressurser tilsvarende minimum en heltidsstilling med kvalifisert helsepersonell ved hver enhet.

Rundskrivet (04.10.2013)

TSB skal kunne utrede, diagnostisere og behandle innsatte på spesialistnivå i rusmestringsenheten. Lege¹/psykiater eller psykolog fra spesialisthelsetjenesten må derfor være tilgjengelig for rusmestringsenheten.

Psykolog ved en rusmestringsenhet vil gjennom sitt ansettelsesforhold ved en poliklinikk kunne bidra til å sikre at de innsatte får gode og tverrfaglige tjenester. Det vil også kunne være aktuelt med et samarbeid mellom TSB og psykisk helsevern, herunder også kommunal helse- og omsorgstjeneste i fengselet avhengig av den enkelte innsattes problem.

Lokal poliklinikk skal tilrettelegge for at spesialisthelsetjenestens personell i enheten får veiledning, jf. konsultasjons-, -veilednings- og undervisningsplikten. Utover dette kan det tilbys veiledning og undervisning til øvrige ansatte ved behov. Dette kan understøtte utvikling av et felles kunnskapsgrunnlag som vil bidra til helhet og sammenheng i de tilbud/tjenester som ytes.

Helsepersonell i spesialisthelsetjenesten skal gi den kommunale helse- og omsorgstjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er nødvendig for at den kommunale tjenesten skal kunne utføre sine oppgaver forsvarlig².

¹ Legespesialist i rus- og avhengighetsmedisin eller lege i slik utdanning.

² Spesialisthelsetjenesteloven § 6-3.

4.4 Tverrfaglighet

Rusmestringsenheten er en arena for tverrfaglig samarbeid. Den består av ulike yrkesgrupper som skal samhandle og utnytte hverandres faglige kompetanse på best mulig måte og til det beste for den innsatte. De har sin egen spesifikke yrkesfaglige kompetanse, men bør også ha noe felles kompetanse på rehabilitering og miljøarbeid/miljøterapi av personer med rusmiddelproblemer, også psykiske problemer.

Ansatte bør gjøre både felles oppgaver og spesifikke fagoppgaver. En fengselsbetjent har for eksempel spisskompetanse på sikkerhet, men alle ansatte må ha god kjennskap til sikkerhetsrutinene.

En miljøterapeut har kunnskap om miljøterapi og sosialfaglig arbeid med personer som har rusmiddelproblemer, og må kjenne sikkerhetsrutinene i fengselet og kunne samarbeid med og utfylle kontaktbetjentene i deres arbeid. En psykolog eller lege har behandlingsansvaret. De øvrige ansatte bør likevel ha kjennskap til hva behandlingen innebærer innenfor rammen av hva den innsatte har samtykket til, og hvordan kriminalomsorgens samtaler og andre opplegg kan utfylle og understøtte behandlingen.

Virkningsfull behandling forutsetter en god relasjon mellom tjenesteutøver og innsatte. Etablering av tillitsfulle og utviklingsfremmende relasjoner med de innsatte ved rusmestringsenhetene er et viktig utgangspunkt for rehabilitering og videre deltakelse i samfunnet. Rusmestringsenhetene må fungere som gode relasjonsskapende arenaer der innsatte, med tydelige ytre rammer og en hverdag uten rusmiddelbruk. For at rusmestringsenhetene kan bli en slik arena, er det særlig viktig at personalgruppen er stabil og kan tilby kontinuitet i relasjoner.

Det er derfor av stor betydning at det tilbud den enkelte mottar gjennom oppholdet på rusmestringsenheten, er koordinert og planlagt nøye med hensyn til omfang og varighet av ulike typer tiltak (utredning, behandling, skole, sysselsetting, program, aktivitet etc). Tiltakene bør settes sammen slik at det ene tiltaket ikke forstyrrer effekten av andre tiltak.

Samhandling

I rusmestringsenheten skal det legges til rette for god samhandling mellom kriminalomsorgen, spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i fengsel.

Rundskrivet (04.10.2013)

Tverrfaglighet – Hva det innebærer:

- . Samhandling mellom ulike yrkesgrupper
- . Oppgaveløsning i fellesskap og individbasert
- . Erfaringsutveksling og veiledning

Den enkelte bør gis rom og anledning til selverkjennelse gjennom refleksjon over den endringsprosess han/hun befinner seg i. Sammensetning av tiltak rundt den enkelte bør forsterke hverandre på en god måte.

Like viktig som relasjonen mellom innsatte og ansatte, er forholdet mellom de innsatte. Derfor er det av stor betydning at det legges til rette for gode relasjonsskapende aktiviteter.

5. INFORMASJON OG INNTAK

5.1 Informasjon og motivering

Alle innsatte bør så snart som mulig få informasjon om rusmestringsenhetene.

Det er viktig at den som introduserer tilbudet for den innsatte, har god kunnskap om rusmestringsenheten i det aktuelle fengsel, inntakskriterier og innhold - og om rusmestringstilbudet i andre fengsler dersom det er aktuelt.

Leder av rusmestringsenheten skal drive fortløpende informasjons- og rekrutteringsarbeid vis-a-vis de øvrige avdelingene i fengselet og sentrale eksterne samarbeidspartnere.

I praksis har imidlertid alle ansatte i fengselet et ansvar for å informere og motivere innsatte med et rusmiddelproblem til å søke seg til rusmestringsenheten. Kommunal helse- og omsorgstjeneste i fengselet har også ansvar for at den i sin kontakt med innsatte informerer aktuelle søkere og motiverer vedkommende til å ta imot tilbudet. Rollene bør avklares nærmere i det aktuelle fengsel.

Hvis den domfelte selv uttrykker ønske om inntak ved rusmestringsenheten, blir vedkommende satt i kontakt med fengselsbetjent/miljøterapeut ved enheten for ytterligere informasjon. Det ideelle er at den kommunale helse- og omsorgstjenesten og NAV bistår den enkelte i forkant av fengslingen.

Det bør utarbeides et informasjonshefte/folder om rusmestringsenheten ved hvert fengsel

Tilrettelegging og informasjon

Regionen skal legge til rette for at domfelte som antas å ha et rusproblem prioriteres til opphold i fengsler med rusmestringsenhet.

Fengselsleder skal tilrettelegge for at opphold i rusmestringsenheten tilbys innsatte med behov for hjelp for sitt rusproblem.

Kriminalomsorgen har hovedansvaret for å informere og motivere innsatte til å søke seg til rusmestringsenheten.

Rundskrivet (04.10.2013)

Informasjon

Et felles ansvar.

. Bør gis så tidlig som mulig.

. Bør gis fortløpende internt i fengselet og eksternt.

. Informasjonshefte bør utarbeides.

som har rusmestringsenhet.

Informasjonsheftet/folderen bør kvalitetssikres og sendes til aktuelle samarbeidspartnere som har domfelte i sin målgruppe. På denne måten kan et slikt tilbud gjøres kjent både i og utenfor fengsel.

5.2 Inntak

Både representanter fra TSB og kommunal helse- og omsorgstjeneste i fengselet kan bidra i inntaksarbeidet i samarbeid med kriminalomsorgen.

Inntaksansvar

Inntak i rusmestringsenhetene gjøres i samarbeid mellom kriminalomsorgen og spesialisthelsetjenesten og med helse- og omsorgstjenesten der dette er nødvendig.

Rundskrivet (04.10.2013)

5.2.1 Kriterier for inntak i en rusmestringsenhet

Det legges særskilt vekt på vurdering av hvorvidt søkeren vil kunne nyttiggjøre seg de tilbud/tiltak som er ved den enkelte rusmestringsenhet. Det bør også tas hensyn til alderssammensetningen og den samlede problematikk gruppen vil representere.

Førsteprioritet for inntak:

De som er vurdert og har rett til TSB.

Når det gjelder vurdering av henvisninger til TSB, skal disse skje i tråd med [prioriteringsveileder for tverrfaglig spesialisert rusbehandling \(TSB\)](#) (Helsedirektoratet, 2015b).

Selv om rusmestringsenhetene er rettet mot alle innsatte som har et rusmiddelproblem de ønsker behandling for, er det viktig at sammensetningen av gruppen i rusmestringsenheten blir god. Dette er den enkelte enhets ansvar.

5.2.2 Søknadsprosedyre

Utfylling av søknadsskjema

Søknadsskjema bør foreligge ved hver enhet slik at innsatte, etter å ha blitt kjent med de gjeldende kriterier, får anledning til å søke.

Innsatt fyller ut søknadsskjema.

Søknaden blir formidlet til rusmestringsenheten, og søker får en skriftlig bekreftelse på at søknaden er mottatt og at vedkommende vil bli innkalt til inntakssamtale.

Vedlegg: Søknadsskjema

Inntakssamtale

Etter søknad fra innsatt bør det gjennomføres en inntakssamtale.

Gjennomføring av inntakssamtalen bør gjøres i et samarbeid mellom kriminalomsorgen og TSB.

Inntakssamtalen bør belyse den innsattes motivasjon, ønske om endring av rusatferd, vilje til samarbeid i fellesskap og mestring, tidligere behandlingserfaring o.l. Vedlagte skjema bør benyttes.

Inntaksforberedende samtaler sikrer god informasjon i en prosess også i de tilfeller man av ulike årsaker velger å utsette et inntak. Det kan være av betydning å opprettholde nødvendig motivasjon hos den innsatte det gjelder.

Vedlegg: Inntakssamtale - sjekkliste

Beslutning om inntak og avslag på søknad

Leder av rusmestringsenheten har endelig beslutningsmyndighet.

Beslutningsgrunnlaget skal være vurdert i samarbeid med TSB, og med kommunal helse- og omsorgstjeneste i fengselet der det er nødvendig. Deres oppfatning bør i tilfelle tillegges betydelig vekt (Helsedirektoratet, 2013).

Den som skal gjennomføre straff i en rusmestringsenhet bør forberedes før inntak, og oppholdet i rusmestringsenhet bør planlegges. Dette kan gjerne skje i samarbeid med ruskonsulent eller terapeut dersom vedkommende har pågående behandling før innsettelse.

På bakgrunn av tidligere innhentede opplysninger, inntakssamtale og intervju blir det til slutt gjort en innstilling om inntak eller avslag. Både inntak og avslag bør begrunnes skriftlig, eventuelt med råd om hvordan man senere kan få plass.

Inntak

- . *Søknadsskjema fylles ut*
- . *Inntakssamtale gjennomføres*
- . *Søknad vurderes*
- . *Innstilling lages*
- . *Beslutning fattes*
- . *Vedtak formidles til søker*

Beslutningen om hvorvidt innsatte skal innvilges inntak i rusmestringsenhet, er et enkeltvedtak som kan påklages.

Forvaltningslovens regler gjelder med de begrensninger som følger av straffegjennomføringsloven § 7.

6. TAUSHETSPLIKT OG SAMTYKKE

6.1 Bestemmelser om taushetsplikt og samtykke

Virksomheten og yrkesutøvelsen i kriminalomsorgen og helsetjenesten er forankret i ulike regelverk.

Helsepersonell har taushetsplikt om helseopplysninger og opplysninger om andre personlige forhold de blir kjent med i egenskap av å være helsepersonell. Pasienten kan samtykke til at opplysninger utleveres til andre. Utlevering av opplysninger kan bare skje så langt samtykket rekker. Helsepersonell kan utveksle informasjon som er nødvendig og relevant til annet helsepersonell som samarbeider om helsehjelpen til pasienten, med mindre pasienten motsetter seg slik utveksling.

Det er viktig at det legges til rette for at det kan samarbeides mellom kriminalomsorgen, spesialisthelsetjenesten, kommunal helse- og omsorgstjeneste i fengselet og andre berørte virksomheter. Samarbeid som innebærer utveksling av taushetsbelagt informasjon forutsetter at den innsatte samtykker. Rusmestringsenhetene må forholde seg til at innsatte ikke ønsker å dele informasjon mellom helsepersonell, helseavdeling, rusmestringsenheten og øvrig kriminalomsorg, når det gjelder informasjon som ikke er omfattet av et informert samtykke.

De innsatte må ha tillit til at rusmestringsenhetene behandler personopplysninger i tråd med regelverket og i samsvar med avgitt samtykke, på en slik måte at personvernet deres blir

Taushetsplikt

Kriminalomsorgen skal følge forvaltningslovens kapittel 3 om taushetsplikt, jf. straffegjennomføringsloven § 7.

Tjenesteytere innen helsetjenesten er i tillegg til forvaltningsmessig taushetsplikt, også underlagt yrkesmessig taushetsplikt.

Rundskrivet (04.10.2013)

Informert samtykke

Innhenting av informert samtykke skal implementeres i de rutiner man legger opp til i forkant av inntak til rusmestringsenhetene. Standardiserte skjema for samtykke innlemmes i pasientjournalen og som ordinært dokument i den innsattes journal.

Rundskrivet (04.10.2013)

godt ivaretatt. De skal kunne ta opp temaer i fortrolighet og være trygge på at informasjonen blir mellom partene.

Mye av utfordringene knyttet til informasjonsutveksling kan løses dersom den innsatte selv i stor grad er delaktig i behandlingsopplegget, for eksempel gjennom gode arenaer for samarbeid både internt i rusmestringsenheten og med andre aktører og samarbeidspartnere.

Likevel vil det være behov for utveksling av informasjon om den innsatte mellom de som jobber i en rusmestringsenhet. Det kan være nødvendig og en viktig forutsetning for at den innsatte skal få best mulig behandling og rehabilitering, og for at tjenestene skal fungere godt.

Reglene om taushetsplikt som gjelder for helsetjenesten forhindrer i utgangspunktet slik informasjonsutveksling med mindre det foreligger et samtykke som opphever taushetsplikten.

Eksempel på utveksling av informasjon

Samarbeidet rundt den innsatte i en rusmestringsenhet vil ofte foregå i ansvarsgruppemøter og andre samarbeidsmøter, hvor den innsatte selv er til stede og kan legge frem sin sak.

Helsepersonell som mener de sitter med viktig informasjon rundt den innsatte som kan være hensiktsmessig at samarbeidspartene er kjent med, kan oppfordre den innsatte til selv å ta opp dette på samarbeidsmøtene.

I de fleste tilfeller vil den innsatte fortelle "det meste" selv. I sjeldne tilfeller, hvor det er alvorlig fare for liv og helse, kan helsepersonellet ha opplysningsplikt og bør da informere den innsatte om at informasjonen må videreformidles.

6.2 Samtykkeerklæringer

Rusmestringsenhetene må benytte samtykkeskjema.

Informasjon som skal være med i et samtykkeskjema:

- Hvilke opplysninger det er aktuelt å videreformidle
- Til hvem opplysningene skal gis
- Hva som er formålet med videreformidlingen
- Eventuelle konsekvenser av videreformidlingen
- At samtykket til enhver tid kan trekkes tilbake

Viktige krav til at et samtykke er gyldig:

- Det er avgitt av en person med samtykkekompetanse
- Samtykket er avgitt frivillig

- Samtykket er informert, dvs. at den innsatte på forhånd har fått tilstrekkelig informasjon til å forstå rekkevidden av samtykket.

Et gyldig samtykke gir helsepersonell og personell fra kriminalomsorgen rett til å gi opplysninger videre så langt samtykket gjelder. Samtykket kan trekkes tilbake når som helst.

Personen må være over 16 år for å avgi samtykke.

Vedlegg: Samtykkeskjema

6.3 Personopplysninger og databehandling

Kriminalomsorgen og helsetjenesten er databehandlingsansvarlig for sine respektive fagsystemer. Registrering av opplysninger i pasientjournalssystemer og kriminalomsorgens registre har ulikt formål. Formålet med registrering av opplysninger i pasientjournaler er å sikre forsvarlig helsehjelp ved at opplysninger som er nødvendig og relevante for en forsvarlig behandling av pasienten, blir nedtegnet og kan gjenfinnes og brukes i det videre behandlingsforløp. Registrerte opplysninger kan bare brukes innenfor det formålet de opprinnelig er innsamlet for, med mindre det finnes lovhjemmel for annen bruk. Formålet med kriminalomsorgens registre er regulert i straffegjennomføringsloven og forskrift om behandling av personopplysninger i kriminalomsorgen. Personopplysninger kan behandles når det er nødvendig for å ivareta formålet i straffegjennomføringsloven. Kriminalomsorgen og helsetjenesten har ikke adgang til hverandres fagsystemer.

6.3.1 Databehandling i kriminalomsorgen

Det er bare kriminalomsorgens ansatte som har tilgang til kriminalomsorgens datasystemer. Samarbeidende etater, som eksempelvis helsetjenesten og NAV, har ikke tilgang til kriminalomsorgens datasystemer.

Søknad om inntak i og avslag på opphold i rusmestringsenhet registreres i saksbehandlings-systemet Doculive. Samtykkeerklæringer fra innsatte til utveksling av taushetsbelagte opplysninger mellom kriminalomsorgen og helsetjenesten, skal alltid innhentes, være skriftlige og lagres som eget dokument i Doculive. Når et samtykke trekkes tilbake, skal dette framgå både av journalen i KOMPIS og i Doculive. Søknader i rehabiliteringsarbeidet til kommuner, NAV etc. registreres i Doculive.

I innsattes journaler i KOMPIS-KIA, registreres samtaler med innsatte, besøk, hendelser, samarbeidsmøter med andre etater mv. I det utfyllende tekstfeltet i journalen kan

faktaopplysninger og vurderinger nedtegnes. Opplysningene er eksempelvis kortfattet informasjon om problemer og behov av betydning for den enkeltes rehabilitering, avtaler med samarbeidspartnere og endringer i planer. Informasjon som kriminalomsorgen har fått muntlig fra samarbeidende etater som helsetjenesten og NAV, kan nedtegnes i kriminalomsorgens journalsystem (KOMPIS) med referanse til at de er gitt av denne etat og med samtykke fra innsatte. Det vises for øvrig til at det ikke skal føres opplysninger i journalen som ikke har en saklig og nødvendig betydning for fengselsoppholdet., jf. rundskriv G-111/2000-Om journalføring og registrering i KOMPIS-KIA, § 3 (Justis- og beredskapsdepartementet, 2000).

Behandling av personopplysninger i kriminalomsorgen er regulert i straffegjennomføringslovens § 4.c og forskrift om behandling av personopplysninger i kriminalomsorgen § 2.g. Kapittel 1 A i straffegjennomføringsloven, med tilhørende forskrift, regulerer behandlingen av personopplysninger i kriminalomsorgen. Når det er nødvendig for å ivareta formålene i straffegjennomføringsloven § 4c, kan kriminalomsorgen blant annet behandle helseopplysninger, jf. forskriften § 2 første ledd bokstav g. (Forskrift om straffegjennomføring, 2002).

Det vises til rundskrivet for rusmestringsenhetene under overskriften «Dokumentasjon, oppbevaring av opplysninger og arkiv». For kriminalomsorgen gjelder reglene om arkivansvar og behandling av personopplysninger som er fastsatt i arkivlova kapittel II, personopplysningsloven kapittel II-V og KSF rundskriv 3/2011 «Om oppbevaring – og kassasjonsregler for kriminalomsorgens papirarkiver og fagsystemer» (Kriminalomsorgens sentrale forvaltning, 2011). Opplysningene skal føres inn i kriminalomsorgens dokumentasjonssystem KOMPIS jf. retningslinjene til straffegjennomføringsloven punkt 3.6.

6.3.2 Databehandling i helsetjenesten

Helsepersonell som yter helsehjelp har plikt til å dokumentere nødvendige og relevante opplysninger om pasienten og helsehjelpen.

Pasientjournalforskriften § 8 stiller krav til hvilke opplysninger som skal registreres i pasientjournalen (Forskrift om pasientjournal, 2000).

Kommunen eller virksomheter i spesialisthelsetjenesten skal sørge for forsvarlige pasientjournalsystemer ved institusjonen³. Taushetsplikten setter begrensninger for hvem som kan få tilgang til pasientopplysninger. Kun ansatte i helsetjenesten med tjenstlig behov kan få tilgang til en pasientjournal, dette

Dokumentasjon og arkiv

Regelverket tillater ikke sammenslåing av dokumentasjons- og arkivsystemer for helsetjenesten og kriminalomsorgen.

Rundskrivet (04.10.2013)

³ Helsepersonelloven §§ 39 og 40, helse- og omsorgstjenesteloven § 5-10. Spesialisthelsetjenesteloven § 3-2.

gjelder også for helsetjenester som ytes i rusmestringsenhetene. Fengselshelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten kan inngå avtale om samarbeid om behandlingsrettede registre i en rusmestringsenhet.

For helsetjenestens del reguleres sletting /retting av opplysninger etter de vanlige reglene i helsepersonelloven §§ 42 og 43. Det er svært strenge vilkår for å slette opplysninger i pasientjournaler. Det vil derfor ikke være avgjørende om den innsatte trekker tilbake samtykke til fritak fra taushetsplikten. Er det gitt helsehjelp som er dokumentert, vil det være helsepersonelloven §§ 42 og 43 som regulerer adgangen til å slette/rette.

Det bør etableres klare retningslinjer og gode rutiner for informasjonssikkerhet og personvern.

Taushetsplikten setter begrensninger for hvem som kan få tilgang til pasientopplysninger.

Hvis helsetjenesten skal ha tilgang til egne systemer i kriminalomsorgens lokaler må slik tilgang skje i tråd med gjeldende lovgivning, og i tillegg må kravene i Norm for Informasjonssikkerhet oppfylles. Normen er helsesektorens bransjenorm for informasjonssikkerhet. Alle virksomheter som er tilknyttet Norsk Helsenett er forpliktet til å følge retningslinjene i Normen⁴. Helsetjenesten er selv databehandlingsansvarlig for egne systemer som benyttes for å ivareta dokumentasjonsplikten.

Kriminalomsorgen har ansvar for å etablere nettilgang som åpner for bruk av helsetjenestens egne datasystemer og som ikke er koblet til kriminalomsorgens dokumentasjonsdatabaser. Helsetjenesten har ansvar for anskaffelse av PC og helsetjenestens programvare.

⁴ Se [Norm for informasjonssikkerhet \(ehelse.no\)](http://ehelse.no)

7. BRUKERMEDVIRKNING

7.1 Deltakelse og innflytelse

Den innsatte selv er den viktigste personen i løpet av fengselsoppholdet; det er personens opplevelse av oppholdet og effekten av denne, som får betydning for han/henne.

Selv om fengselsoppholdet innebærer frihetsberøvelse, er det viktig å legge til rette for og sikre brukermedvirkning så langt det er mulig.

Brukermedvirkning må tilpasses fengselets og rusmestringsenhetens rammer. Hvordan dette vil komme til uttrykk, bør forankres godt og i dialog med den enkelte innsatte.

Med brukermedvirkning menes den innflytelse en person har i forbindelse med beslutningsprosesser og utformingen av det/de tjenestetilbud der personen selv blir berørt. Brukermedvirkning forutsetter at personen ikke skal betraktes som en ensidig mottaker av tjenester, men at vedkommende skal kunne påvirke, samt innta en aktiv rolle, i egen behandlingsprosess.

Brukerinvolvering og innflytelse

Brukermedvirkning bør legges til grunn i alle faser i behandling- og rehabilitering – og i oppfølging etter oppholdet.

Brukermedvirkning forutsetter at det er et kontinuerlig fokus på personens opplevelse av behandling, samt at det gis informasjon om ulike behandlingsalternativer. Dette blir avgjørende for hvordan rusmestringsenheten blir i stand til å yte god behandling, og den innsatte blir således en sentral del av selve behandlingen.

Innsatte bør få være med å utforme kjøreregler for hvordan miljøet bør være i rusmestringsenheten.

Brukermedvirkningen kan foregå på flere måter; gjennom nettverksbygging, gjennom bruker- og interesseorganisasjoner og kanskje gjennom egne brukerutvalg/kontaktutvalg i fengslene der slike finnes.

Som pasient og bruker er det en lovfestet rett til å medvirke til gjennomføring av helse- og omsorgstjenester, og tilbudet skal så langt det er mulig utformes i et samarbeid med

pasient/bruker. Her vises det til pasient- og brukerrettighetsloven. Brukermedvirkning følger av [pasient- og brukerrettighetslovens §3-1](#) (Lov om pasient- og brukerrettigheter, 1999). Det skal sørges for at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter.

7.2 Kontakt med pårørende

Kriminalomsorgen bør legge til rette for at personer med rusmiddelproblemer kan opprettholde og bedre kontakten med sine pårørende under straffegjennomføringen. Innsatte bør derfor gis besøksmuligheter og telefontid med pårørende innenfor rammene av straffegjennomføringsloven.

Det er innført en ordning i kriminalomsorgen med barneansvarlige ved alle fengselsenheter, jf. Retningslinjer for funksjon som barneansvarlig i kriminalomsorgen (Kriminalomsorgsdirektoratet, 2015a) Barneansvarlig skal ivareta og tilrettelegge for barn i møte med kriminalomsorgen. Barna bør sikres mulighet til å opprettholde kontakten med sine foreldre, der det er til det beste for barnet. Flere organisasjoner har som mål å hjelpe pårørende til innsatte. For eksempel har organisasjonen For fangers pårørende som hovedformål å bistå pårørende til innsatte i fengslene. Se referanseoversikten for andre aktuelle organisasjoner.

Liknende ordning med barneansvarlig er også hjemlet i [spesialisthelsetjenesteloven § 3-7a](#) hvor det heter at spesialisthelsetjenesten har plikt til å ha barneansvarlig personell med ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige barn av psykisk syke, rusmiddelavhengige og alvorlig somatisk syke eller skadede pasienter.

Kommunene har på sin side i henhold til [helsepersonelloven § 10](#) en generell plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende.

8. PLANARBEID

8.1 Oppholdets lengde – planens innhold

Oppholdets lengde har betydning både for det faglige fokuset til TSB, psykisk helsevern og kommunal helse- og omsorgstjeneste i fengselet, og for de tiltak kriminalomsorgen kan tilby. Et kort opphold på noen få måneder i en rusmestringsenhet vil ha et annet forløp enn et langt opphold.

Det er viktig at det lages planer som tar hensyn til dette og som er enkle å forholde seg til for alle impliserte. Det er også viktig at planarbeidet omfatter planer for overføring til straffegjennomføring i samfunnet og videre deltakelse i samfunnet.

Planer

- . bør starte så snart som mulig etter inntak*
- . bør tilpasses den enkeltes behov både når det gjelder antall planer og innhold*
- . bør være relevante og realistiske*
- . bør være enkle å forholde seg til*
- . bør kunne følges opp og evalueres*
- . bør videreføres om nødvendig etter løslatelse*

8.2 Framtidsplan

Framtidsplanlegging brukes om det planarbeidet kriminalomsorgen tilbyr domfelte i en målrettet straffegjennomføring. Alle innsatte bør tilbys framtidsplan. Dette er en frivillig plan, ikke en rettighet slik som tilfellet er for Individuell plan. Hver innsatt får tildelt en kontaktperson/kontaktbetjent. I dette samarbeidet kartlegges behov på områder som økonomi, bolig, helse, arbeid/utdanning, nettverk/fritid eller andre områder den innsatte ønsker å jobbe med.

Framtidsplanarbeidet skal dokumenteres i kriminalomsorgens fagsystemer.

Planprosessene som settes i gang bør ha som mål å motivere den domfelte til å arbeide med de problemområdene som kan relateres til hans eller hennes kriminelle handlinger. De skal også fremme læring gjennom muligheten til å tenke langsiktig, se konsekvensene av egne handlinger og treffe ansvarlige valg. Videre søkes det gjennom planprosessen å styrke den domfelte til å dra bedre nytte av de tilbud som finnes under straffegjennomføringen, herunder skole, arbeidsdrift, program, og ved behov videreføre dette ute i samfunnet etter fullført opphold.

Ved overføring til overgangsbolig, § 12 soning, elektronisk kontroll og møteplikt i friomsorgen etc., bør det være overlappende samarbeid både i forkant og etterkant av overføring. Det er viktig for å sikre at tiltak startet opp i rusmestringsenhet i fengsel kan videreføres i samfunnet.

8.3 Behandlingsplan

Ved oppstart danner ukentlige samtaler med behandler fra TSB grunnlag for vurdering av pasientrettigheter og utarbeidelse av behandlingsplan for oppholdet i rusmestringsenheten. En slik behandlingsplan kan inngås som del av en individuell plan dersom det er hensiktsmessig. Ved utskrivning fra rusmestringsenheten vil behandler, i samråd med den innsatte, legge til rette for videre behandling/oppfølging gjennom henvisning til aktuelle tjenester.

8.4 Individuell plan (IP) og koordinator

Kommunene og spesialisthelsetjenesten har plikt til å utarbeide individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Dette er hjemlet i [helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1](#) (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., 2011), [spesialisthelsetjenesteloven § 2-5](#) (Lov om spesialisthelsetjenesten m.m., 1999), [psykisk helsevernloven § 4-1](#) (Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, 1999) og [sosialtjenesteloven § 28](#) (Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen, 2009). Dette gjelder innsatte i rusmestringsenheter på samme måte som øvrige innsatte i fengsel.

Rett til individuell plan

Retten til individuell plan gjelder for innsatte i rusmestringsenheter.

Rundskrivet (04.10.2013)

Et opphold i en rusmestringsenhet kan være en god anledning til å starte arbeidet med individuell plan dersom den innsatte har rett på det.

Helse – og omsorgstjenesten i fengselet og TSB, herunder også psykisk helsevern der det er aktuelt, bør bli enige om i hvert enkelt tilfelle hvordan dette skal håndteres og forankres. For eksempel vil det være viktig å avklare raskt hvem som skal være koordinator.

Individuell plan utarbeides etter skriftlig samtykke for personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Planens innhold og omfang skal tilpasses den enkeltes behov og skal blant annet inneholde:

- *oversikt over samarbeidspersoner/tjenesteytere og deres rolle*
- *oversikt over den innsattes mål, ressurser og behov, oversikt over aktuelle tiltak, ansvarspersoner for disse*
- *beskrivelse av hvordan tiltakene skal gjennomføres*
- *tidsangivelse for når planen gjelder*

Alle som har rett til individuell plan har også rett til å få en koordinator dersom de mottar kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester samtidig.

Det er koordinator som i samarbeid med den innsatte som har individuell plan, finner ut av hva som er den mest hensiktsmessige arbeidsformen. Det kan for eksempel være gjennom en ansvarsgruppe. Denne bør i tilfelle (re-)etableres så raskt som mulig etter inntak. Der den geografiske avstand til innsattes hjemkommune er stor, anbefales bruk av videomøter hvis det er mulig.

Individuell plan er ment å være et nyttig verktøy for innsatte og for involverte hjelpeinstanser. Det bør legges opp på en slik måte at det gjør innsatte mer bevisst egne behov. Å jobbe med planen i ansvarsgruppemøte, vil kunne gi den innsatte et eierforhold til egen framdrift. Videre vil synliggjøring av ansvar- og oppgavefordeling være avgjørende.

Retten til individuell plan er forankret i helsetjenestens lovverk. Det betyr likevel at enkelte innsatte ikke vil ha individuell plan, enten fordi de ikke ønsker det eller fordi de ikke har behov for langvarige og koordinerte tjenester som er en forutsetning for å få en slik plan. Det kan også være at innsatte ikke har god nok kunnskap og informasjon om de muligheter som bruk av individuell plan åpner for. Derfor er det viktig at informasjon til innsatte i rusmestringsenhetene om individuell plan – og forholdet til andre planer-, gis så tidlig som mulig.

Dersom den innsatte ikke har slik plan, er det viktig å sikre at innsattes behov i løpet av oppholdet og ved utskriving og overføring videre, blir godt ivaretatt.

Individuell plan kan for mange fungere som en overordnet plan der andre planer inngår som delområder. Her bør det gjøres en skjønnsmessig vurdering i det enkelte tilfellet hvordan kriminalomsorgens framtidsplan og individuelle plan kan ses i sammenheng og samordnes.

I de tilfeller den innsatte har Individuell plan og gjennomfører et kort opphold på noen få måneder i rusmestringsenhet, må det vurderes om framtidsplan er nødvendig.

9. BEHANDLING AV RUSMIDDELPROBLEMER

Det bør legges til rette for fleksible ordninger for innsatte i rusmestringsenheten slik at alle kan få den behandling de har rett til uavhengig av domslengde etc.

9.1 Vurdering av rett til tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Alle som får inntak ved en rusmestringsenhet, bør få tilbud om vurdering av sin helsetilstand dersom det ikke er gjort tidligere.

[Prioriteringsveileder for tverrfaglig spesialisert rusbehandling](#) (Helsedirektoratet, 2015b) skal legges til grunn for vurderingsarbeidet. Den innsatte kan også henvises til psykisk helsevern dersom det vurderes som nødvendig. [Prioriteringsveilederen psykisk helsevern for voksne](#) vil da ligge til grunn for vurdering av rettighet og eventuelt tilbud (Helsedirektoratet, 2015c).

Vurdering av rett til TSB kan foregå i forkant av fengselsoppholdet, i fengselet før inntak i rusmestringsenheten, eller under oppholdet i rusmestringsenheten. Som hovedregel er det vurderingsinstans i TSB som rettighetsvurderer henvisninger.

Unntaksvis vil ikke vurderingen av rett til tverrfaglig spesialisert behandling bli ferdig i løpet av oppholdet i rusmestringsenheten, men må slutføres etter fengselsoppholdet. Vurdering kan også startes etter løslatelse eller overføring til straffegjennomføring i samfunnet.

Dersom den innsatte pasient allerede har pasientrettigheter i spesialisthelsetjenesten for samme lidelse før innsettelse i fengsel, er det ikke nødvendig å gjøre en ny vurdering ved inntak.

Den innsatte er hovedkilden til relevante opplysninger. I den grad det er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp og den innsatte ikke motsetter seg det, skal helsepersonell gis

Helsefaglig vurdering

Det vil være opp til spesialisthelsetjenesten å vurdere når det skal foretas en helsefaglig vurdering av den enkelte innsatte og vurdere det innholdsmessige behandlingstilbudet tilpasset den enkeltes behandlingsbehov.

Rundskrivet (04.10.2013)

nødvendige og relevante helseopplysninger om tidligere behandling. Det stilles ikke krav om at det innhentes eksplisitt samtykke, men er det grunn til å tro at den innsatte ville motsatt seg, bør vedkommende forespørres. Foreligger det en slik situasjon, kan opplysninger fra tidligere behandling hentes inn under disse forutsetningene. Dette arbeidet vil kunne påbegynnes samtidig med at søknad om inntak behandles og/eller påbegynnes umiddelbart etter inntak ved rusmestringsenheten.

9.2 Mulige resultater av rettighetsvurderingen

Etter at vurderingen er ferdig får den innsatte svar med kopi til henviser og eventuelt fastlege.

Det er særlig tre alternative utfall som vil være aktuelle resultater av vurderingen. Disse vil være mer eller mindre aktuelle for den enkelte rusmestringsenhet, avhengig av fengselets sikkerhetsnivå og varighet av tiden i fengsel:

a) Rett til TSB – poliklinisk behandling/utredning

Den innsatte starter behandling/utredning gjennom kontakt med fagpersonell fra TSB som jobber i rusmestringsenheten. Behandlingsbehovet vil nødvendigvis ikke samsvare i tid med fengselsoppholdet. I tilfelle vil den innsatte overføres til videre behandling/utredning utenfor fengsel.

I unntakstilfeller vil behovet for behandling fullt og helt imøtekommes innenfor oppholdet ved rusmestringsenheten. Det kan bety at den innsatte avslutter TSB-behandling før endt straffegjennomføring.

b) Rett til TSB – døgnbasert behandling/utredning

Den innsatte henvises til rusbehandling i døgninstitusjon. Ønsket om behandling og frist for behandlingsstart må tas hensyn til.

Rusbehandling i døgninstitusjon er hjemlet i straffegjennomføringslovens §12 og kan være aktuelt i løpet av eller etter et opphold i en rusmestringsenhet. Sannsynligvis vil det være ventetid fra henvisningen sendes til den innsatte får inntak. I denne perioden vil den innsatte være ved rusmestringsenheten og delta i de tilbud som er der. Videre kan han/hun fortsette sin kontakt med TSB-personell ved rusmestringsenheten og gjennom det motta et poliklinisk tilbud i forkant av innleggelsen. Dette tilbudet kan eksempelvis bestå i motiverende samtaler og/eller kartlegging/utredning som forberedelse til døgninnleggelse.

c) Ikke grunnlag for å tildele rett til TSB

Den innsatte vil da likevel kunne delta i tilbudet som er på den enkelte rusmestringsenheten (program, grupper, en-til-en, osv.). Spesialisthelsetjenestens representant ved

rusmestringsenheten vil i disse tilfellene yte indirekte bistand gjennom konsultasjon/veiledning til de øvrige ansatte ved rusmestringsenheten.

9.3 Utredninger

Utredninger gjøres av spesialisthelsetjenesten ved TSB, eventuelt med bistand fra psykisk helsevern. Som et resultat av kartleggingsarbeidet som gjennomføres i forbindelse med vurdering av henvisningen, vil det foreligge opplysninger som gir grunnlag for å anbefale videre utredning.

Dette gjennomføres både med standardiserte undersøkelses- og kartleggingsmetoder og gjennom klinisk intervju. Den enkelte behandler legger frem og drøfter resultater fra utredningen i tverrfaglig team ved lokal poliklinikk. Diagnose og vurdering av behandlingstiltak vil således bli kvalitetssikret og underlagt tverrfaglig fokus.

Det som framkommer i en utredning bør ta hensyn til og settes i relasjon til den innsattes evne til å ikke bruke rusmidler. Den innsatte bør alltid informeres om de resultat som framkommer i utredningen og hva resultatet innebærer. Formidlingen skal gjøres på en måte som er forståelig og uten at den oppleves som krenkende.

Utredningens svar skal sees i sammenheng og anvendes i forhold til forståelse og tiltak knyttet til andre av den innsattes livsområder. I utredningene anvendes først og fremst det kliniske intervjuet, samt ulike psykometriske tester.

Ved rusmestringsenheter i fengsel som har lavere sikkerhetsnivå og kortere gjennomføringstid, vil det være aktuelt at hovedinnsatsen fra spesialisthelsetjenesten ytes i form av utredning av behandlingsbehov. Konklusjonen kan gi grunnlag for å anbefale videre behandlingstiltak utenfor fengsel.

Utredningsbehov

- . for å avdekke helseproblemer som må behandles eller utredes i spesialisthelsetjenesten*
- . ved mistanke om redusert kognitiv funksjon etter langvarig misbruk*
- . for diagnostisk vurdering*

9.4 Behandling

Fagpersonell fra spesialisthelsetjenesten, vanligvis fra TSB, ved en rusmestringsenhet tilbyr samtalebehandling/psykoterapi. Valg av terapeutisk metode tas av behandler med støtte fra tverrfaglig team.

Tidlig i behandlingsforløpet skal det, i samarbeid med den innsatte, utarbeides en behandlingsplan. Denne inneholder blant annet mål/delmål, ansvar, oppgaver og tidsperspektiv for behandlingskontakten. Planen evalueres regelmessig og revideres ved behov.

Valg av psykoterapeutisk metode vil kunne ta hensyn til den innsattes problematikk, varighet på oppholdet i enheten, evnen til å nyttiggjøre seg behandlingen og uttrykte ønsker fra den innsatte.

Den psykoterapeutiske behandlingen kan ha ett eller flere hovedmål samt delmål. Eksempel på mål kan være:

- *Psykoedukasjon – gi den innsatte kunnskap om rusens funksjon*
- *Forståelse for rusmiddelbrukens innvirkning på tanker, følelser og oppførsel*
- *Lære seg teknikker for å forebygge tilbakefall*
- *Gi den innsatte økt forståelse for å se hvordan motivasjonen til å ikke bruke rusmidler varierer og bakenforliggende årsaker til variasjonen*
- *Redusere angst og depressive symptom*
- *Øke evnen til å regulere affekter*
- *Utvikle relasjonskompetanse*
- *Lære seg å håndtere tidligere traumatiske opplevelser*
- *Øke evnen til å se andres perspektiv*
- *Gi den innsatte en mulighet til å omdefinere sin framtid*
- *Utvikle evnen til å se seg selv utenfra og andre innenfra*
- *Frigjøre seg fra vanskelige tanker om seg selv*
- *Konsekvenstenkning*

For mer kunnskap om behandling og rehabilitering på rusområdet vises til [nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet](#) (Helsedirektoratet, 2016a). Når det gjelder behandling av personer som er i LAR, vises det til gjeldende [nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet](#) (Helsedirektoratet, 2010). For øvrig vises det også til [nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler](#) (Helsedirektoratet, 2016b) og [nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelser](#) (Helsedirektoratet, 2012).

9.5 Behandling og oppfølging av personer som får alvorlige psykiske problemer

Dersom en innsatt ved oppstart eller underveis i rusmestringsenheten får alvorlige psykiske problemer, må kommunal helse- og omsorgstjeneste i fengselet og/eller TSB vurdere om det er behov for henvisning til psykisk helsevern eller om eventuelt kommunalt psykisk helsearbeid kan bistå.

10. GODE METODER OG VERKTØY FOR ARBEIDET I EN RUSMESTRINGSSENHET

Det er av stor betydning at det tilbud den enkelte mottar gjennom oppholdet på rusmestringsenheten, er koordinert og planlagt nøye med hensyn til omfang og varighet av ulike typer tiltak (utredning, behandling, skole, sysselsetting, program, aktivitet etc). Tiltakene bør settes sammen slik at det ene tiltaket ikke forstyrrer effekten av andre tiltak.

Den enkelte bør gis rom og anledning til selverkjennelse gjennom refleksjon over den endringsprosess han/hun befinner seg i. Sammensetning av tiltak rundt den enkelte bør forsterke hverandre på en god måte.

10.1 Miljøarbeid

Like viktig som relasjonen mellom innsatte og ansatte, er forholdet mellom de innsatte. Derfor er det av stor betydning at det legges til rette for gode relasjonsskapende aktiviteter.

Dagliglivet i rusmestringsenhetene må bygge opp under motivasjons- og læringsprosesser. Ved å bruke miljøterapi/ miljøterapi vil man kunne oppnå et helhetlig og sammenhengende læringsmiljø hvor problemløsning og mestring er sentralt. Miljøarbeid vil kunne underbygge og styrke effekten av programmer, arbeidsaktiviteter, opplæring, samtaler og andre rehabiliteringstiltak. Miljøarbeidet kan også fungere som en relasjonsskapende arena. I et trygt miljø vil det være god anledning til å synliggjøre og motivere innsatte til å endre atferd. Miljøet i rusmestringsenheten bør være et lærende og korrigerende miljø der innsatte kan utvikle nye verdier, holdninger og ferdigheter som kreves for å kunne leve et liv uten rusmiddelavhengighet.

Begrepene miljøterapi og miljøarbeid

Begrepene miljøterapi og miljøarbeid brukes om hverandre og er nært beslektet. "Felles for begrepene målrettet miljøarbeid og målrettet miljøterapi er den systematiske bruken av ressurser som ligger i miljøet, forskjellen ligger i hva som er målet med arbeidet", s. 22 (

(Linde & Nordlund, 2006). Miljøterapi har behandling som hovedfokus, og miljøarbeid har tilrettelegging som fokus. Miljøterapibegrepet er ofte knyttet til mer avgitte behov i kortere perioder og stammer fra idéene til Maxwell Jones om det terapeutiske samfunn. Det ideologiske grunnlaget i tanken om det terapeutiske samfunn er at miljøet brukes aktivt i behandlingen av pasientene.

Tilnærmingene i en rusmestringsenhet

I rusmestringsenheten bør den faglige og helhetlige tilnærming baseres på målrettet miljøarbeid. Miljøarbeid i fengsel kan defineres som: «At daglige rutiner, aktiviteter, gjøremål og hendelser bevisst og konsekvent skal anvendes til læring av sosiale ferdigheter, problemløsning, mestring og utvikling av alternativer til uhensiktsmessige handlings- og reaksjonsmønstre» (KRUS, 2006).

Miljøarbeid bør være en overordnet og strukturerende tilnærming ved rusmestringsenhet. I praksis kan det innebære at tiltak som kontaktbetjentordning, framtidsplanlegging, programvirksomhet, opplæring, arbeid og fritidsaktiviteter settes sammen slik at det utgjør et helhetlig og sammenhengende læringsmiljø for den enkelte og for gruppen. Daglige rutiner, aktiviteter, gjøremål og hendelser skal bevisst og konsekvent anvendes til læring av sosiale ferdigheter, problemløsning, mestring og utvikling av alternativer til uhensiktsmessige handlings- og reaksjonsmønstre.

Andre områder det er viktig å arbeide sammen med de innsatte om er å mestre boforhold og sosiale ferdigheter. Dette er områder som rusmestringsenhetene bør ha fokus på og aktivt motivere de innsatte til jobbe målrettet med.

Miljøterapeutiske tiltak – eksempler på miljøarbeid

På tross av flere fellestrekk vil målgruppen for rusmestringsenhetene variere til dels betydelig med hensyn til funksjonsnivå, problemomfang, ressurser og hjelpebehov. Noen vil for eksempel ha behov for å lære seg basale ferdigheter, mens andre har et høyere funksjonsnivå. Den målrettede miljøterapien bør omfatte samtlige aktiviteter som foregår i en rusmestringsenhet og tilrettelegges både utfra individuelle behov og felles behov. Godt miljøterapeutisk arbeid innebærer at det hele tiden er en hensikt med det arbeidet man gjør.

Eksempler på gode miljøterapeutiske intervensjoner i en rusmestringsenhet kan være:

- ***Fellesframstillinger***

Fellesframstillinger fungerer som en fin trening i å være ute i samfunnet samtidig som man er uten rusmidler, møte andre mennesker (sosial ferdighetstrening) og utfordre sosial angst (eksponeringstrening). Aktiviteter som for eksempel skiturer eller klatring kan gi stimulerende opplevelser uten bruk av rusmidler.

- *Matlagningsgrupper*

Matlagningsgrupper kan ha fokus på gjennomgang av økonomi når det gjelder matbudsjett og opplæring i matlagning.

- *Felles fysisk trening*

Felles fysisk trening kan fungere som en fin samværsform med andre samtidig som det gir oppmerksomhet rundt betydningen av regelmessig sunn fysisk aktivitet.

- *Sosialt samvær på avdelingen*

Sosialt samvær er viktig for å trene på sosiale ferdigheter og lære seg å kommunisere med andre mennesker på en mer sosialt akseptert måte.

- *Gruppe/forelesning/kurs*

Det kan arrangeres korte fokuserte gruppesamtaler med for eksempel tema som økonomi, hygiene, kostlære, søvn osv.

Felles verdi- og kunnskapsgrunnlag

For å lykkes med målrettet miljøarbeid kreves det at de ansatte fremstår enhetlig. Dette forutsetter felles verdier og holdninger, felles forståelse av struktur og regelverk, og en felles faglig plattform. Det er viktig at alle ansatte har tilstrekkelig kompetanse i de metoder som brukes og forståelse av aktuelle regelverk. Innenfor en personalgruppe kan det være til dels store forskjeller i utdanning og arbeidserfaring. Dette underbygger behovet for en felles faglig og verdimessig plattform.

Regelmessig veiledning for alle ansatte kan være et av flere tiltak for å bygge en slik felles plattform. Felles opplæring i Motiverende samtale kan være et annet slikt tiltak.

Det er viktig at ledere på alle nivåer forstår hvorfor enhetene arbeider, slik at de kan kommunisere dette tydelig til sine ansatte. Et godt klima i personalgruppen bidrar til å nøytralisere motstridende oppfatninger. Ledelsen har stor innflytelse på de ansattes holdninger og verdier.

Her vises også til anbefaling om miljøterapiens arbeidsmåte og teoretiske forankring i [nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet](#).

10.2 Kriminalomsorgens kartleggingsverktøy BRIK

Kriminalomsorgen innførte 1.1.2015, et nasjonalt kartleggingsverktøy som har fokus på domfeltes behov og ressurser for å iverksette tiltak som kan lette tilbakeføring til et kriminalitetsfritt liv. Kartleggingsverktøyet BRIK (Kriminalomsorgens behovs- og ressurskartlegging) skal benyttes i hele kriminalomsorgen, herunder i rusmestringsenhetene.

Aktuelle livsområder som kartlegges er blant annet økonomisk situasjon, opplæring, arbeid, bolig, sosialt nettverk, fysisk og psykisk helse, rusmidler, behov for behandling m.v. Behovs- og ressurskartleggingen skal være utgangspunktet for de tiltak kriminalomsorgen tilbyr innsatte i rusmestringsenheten.

BRIK består av:

- Forskrift om forsøksprosjekt om kartlegging av behov for å lette tilbakeføring til et kriminalitetsfritt liv (Kriminalomsorgsdirektoratet, 2013)
- Digitalt kartleggings skjema
- Manual for BRIK-kartlegging

Metoden er å fokusere på:

- *Kriminogene faktorer* som er risikofaktorer som kan bidra til redusert kriminalitet.
- «Desistance» theory som handler om eget ønske om å slutte med kriminell adferd og «Restorative Justice» som omhandler gjenoppretting av skaden offeret har blitt utsatt for gjennom en kriminell handling.
- *Samarbeid*. Planlegge tilbakeføring i samarbeid med aktuelle samarbeidspartnere som skole, helse og NAV mfl.
- Samtalemetodikken Motiverende samtale (MI) brukes i kartleggingen.

BRIK har vært evaluert av Høgskolen i Østfold som anbefaler at kriminalomsorgen også bruker dette kartleggingsverktøyet i tilbakeføringsarbeidet (Hansen, Dahl, & Samuelsen, 2014)).

10.3 Motiverende samtale – metodikk

Motiverende samtale (MI) er en metodikk som allerede er vel etablert både innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling og kriminalomsorgen. Den bør også benyttes ved rusmestringsenhetene.

Motiverende samtale er en målrettet samtalemetode for å motivere til atferdsendring og bistå ved endringsprosesser. Metoden ble opprinnelig utviklet med utgangspunkt i klinisk arbeid med mennesker med rusmiddelproblemer, men inngår nå i en rekke motiveringstilnærminger og behandlingsprogrammer rettet mot ulike målgrupper.

Den beskriver verdier, holdninger og metoder i kommunikasjonen mellom domfelte/innsatte og den ansatte og uttrykker et felles faglig og verdimesig ståsted for flere viktige samarbeidspartnere innen helsetjenestene, rusbehandling, NAV, kriminalomsorgen m.m.

Gjennom MI fremmes motivasjon for endring. Aktiv lytting, aksept og samarbeid er viktig for å hente frem en beslutning om endring, styrke autonomi og rett til å ta egne valg. Bruk av

åpne spørsmål, oppsummering, refleksjoner på flere nivåer, og bekreftelser er viktig. Fokuset i samtalen endres avhengig av hvor i rehabiliteringen den enkelte er.

Metoden er samarbeidende og målrettet og har fokus på å fremme motivasjon til endring ved å fremkalle og utforske personens egne argumenter for endring i en atmosfære av aksept og medfølelse. MI bygger i stor grad på den klientsentrerte psykologien der empati, aktelse og ekthet er grunnleggende.

De grunnleggende verdiene og holdningene i MI er:

- Samarbeid – det skal være et likeverdig samarbeid mellom den innsatte og den profesjonelle.
- Å hente frem – å bekrefte den innsattes tro på egen verdi og hente frem egne argumenter for endring.
- Det er viktig å fokusere på hva som er den innsattes beste, samtidig som dennes egne mål og ønsker for fremtiden skal vektlegges.
- Aksept – den profesjonelle skal være empatisk og gi uttrykk for empati. Det er viktig å bekrefte likeverd og engasjement, respektere autonomi og absolutte verdi.

MI benytter følgende kommunikasjonsferdigheter:

- Åpne spørsmål – Et åpent spørsmål gir klienten anledning til å reflektere over sin situasjon.
- Refleksjoner – Gjennom refleksjon er det viktig å få ta i den underliggende meningen i utsagn og følelser, samt gi uttrykk for empati.
- Bekreftelse – For å styrke troen på endring.
- Oppsummering – Her oppsummeres hva som er kommet frem i samtalen og samtalen rettes mot forhold som styrer mot mål.

Det vises til nettsidene www.krus.no for informasjon om motiverende samtaler i kriminalomsorgen og den opplæring som Kriminalomsorgens utdanningscenter (KRUS) tilbyr og som også helsepersonell kan benytte. Det vises også til [filmer om motiverende intervju](#).

Motiverende samtale som metode i samtale med pasienter/brukere med rusmiddelproblemer er også en anbefaling i [nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet](#).

10.4 Russamtaler

Russamtalen er et frivillig, rehabiliterende tiltak i kriminalomsorgen til bruk både i fengsel og ved friomsorgskontorene. Den kan brukes enten som et alternativ til reaksjon etter § 40 i straffegjennomføringsloven eller som et frivillig tilbud om rehabilitering som nevnt under.

Russamtalen i rehabilitering

Målgruppen for russamtalen er innsatte og domfelte som erkjenner rusmiddelbruk, eget rusmiddelproblem og som ut fra egen motivasjon ønsker å bruke russamtalen som en del av sitt endringsarbeid, jf. retningslinjer for bruk av russamtalen som alternativ til reaksjon etter straffegjennomføringsloven §40 (Kriminalomsorgsdirektoratet, 2014).

Mål for russamtalen

- . *Innsatte opplever seg hørt, forstått og respektert.*
- . *Legge til rette for refleksjon om domfeltes situasjon og forhold til rus.*
- . *Redusere og forebygge nye rusepisoder i fengsel.*
- . *Legge til rette for videre endringsarbeid og tiltak.*

Russamtalen er et tilbud om tre samtaler som bygger på metodikkene Motiverende samtale (MI) og Bygging av mestringstillit (BAM).

En viktig forutsetning for alle samtalene er felles forståelse av at endring skjer i en prosess som ikke kan styres av den tilsatte, men av den domfelte selv. Når russamtalen er gjennomført, kan videre oppfølgingstiltak iverksettes dersom den domfelte selv ønsker det.

Den ansvarlige for gjennomføringen av russamtalen i rusmestringsenhetene, er som regel fengselsbetjenter og/eller miljøterapeuter som er gitt den nødvendige opplæring i regi av Kriminalomsorgens utdanningscenter (KRUS), og som har tilbud om veiledning.

Håndboken i [Russamtalen \(KRUS.no\)](https://www.krus.no) fra KRUS bør benyttes.

Russamtalen som alternativ til reaksjon ved brudd på rusforbudet

Sikkerhetshensyn i fengsel gjør det ofte nødvendig med en strengt regulert hverdag. I en rusmestringsenhet vil det være viktig å finne fram til hensiktsmessige reaksjonsmåter overfor regelbrudd, slik at rehabiliteringsarbeidet kan fortsette og tillitsforhold i minst mulig grad blir skadelidende. Kriminalomsorgen tar jevnlig rusmiddeltester av innsatte i fengsel. Slike kontrolltiltak bør benyttes som en støtte i rehabiliteringsarbeidet.

Brudd på rusforbudet i rusmestringsenhet bør følges opp med samtaler. Samtalene bør ta hensyn til innsattes motivasjon og rehabiliteringsbehov. Innsatte bør ved misbruk av rusmidler, så langt det er mulig, få tilbud om russamtaler i stedet for disiplinærtiltakene i straffegjennomføringsloven § 40.

Kriminalomsorgsdirektoratet har gitt retningslinjer for bruk av denne typen russamtaler (Kriminalomsorgsdirektoratet, 2014a). Som alternativ til reaksjoner etter § 40 kan fengselet – dersom innsatte ønsker det, benytte russamtalen som alternativ til reaksjon ved brudd på rusforbudet. Innsatte som har avlagt en positiv urinprøve, har erkjent bruk av rusmidler og er motivert for rehabilitering, skal som hovedregel få tilbud om russamtalen som alternativ til reaksjon etter § 40. Motivasjonen tolkes som tilstrekkelig dersom innsatte frivillig samtykker til å gjennomføre samtalerekken som er beskrevet i håndboken fra KRUS.

I forkant av de tre samtaleene som gjennomføres, må det foretas en avklaringsamtale. Avklaringsamtalen er en kort kartleggingssamtale som skal dokumenteres i hendelsesjournalen i datasystemet KOMPIS. Hensikten med denne form for russamtaler er å bruke metoder som støtter opp under innsattes rehabilitering og videre motivasjon for endring. Russamtalen skal også bidra til å ansvarliggjøre og forplikte innsatte til å avstå fra rusmidler og endre sin rusmiddelavhengighet.

Innsatte som er synlig ruset, kan ikke ha fellesskap med andre innsatte. Ved gjentatte brudd på rusforbudet, vurderes innsatte overført til annen avdeling eller fengsel.

Brudd på rusforbudet

- . gjør bruk av russamtalen*
- . ta hensyn til motivasjon for endring*
- . unngå å svekke behandling og rehabilitering*

Kriminalomsorgen bør informere TSB og kommunal helse- og omsorgstjeneste i fengselet ved positive rustester etter samtykke, slik at de kan følge opp med behandlingssamtaler.

For en nærmere gjennomgang av russamtale som alternativ til reaksjon, vises det til retningslinjene i [rundskriv fra Kriminalomsorgsdirektoratet](#) (Kriminalomsorgsdirektoratet, 2014a).

10.5 Rusprogram

Rusprogrammer drives av kriminalomsorgen. Programmene har som formål å gi innsatte ny kunnskap og motivasjon til endring. Rusprogram i kriminalomsorgen skal drives i samsvar med Kriminalomsorgsdirektoratets rundskriv – «Retningslinjer for programvirksomheten i kriminalomsorgen» (Kriminalomsorgsdirektoratet, 2015b).

Lengden på oppholdet i rusmestringsenhetene varierer. Det er derfor behov for rusprogrammer av både kort og lengre varighet. For at programvirksomheten skal være en integrert del av den øvrige virksomheten, er det viktig at ansatte i enheten, arbeidsdriften,

skolen i fengsel og andre kjenner programinnholdet og hvilke prosesser gruppedeltakerne gjennomgår.

Kriminalomsorgens utdanningscenter (KRUS) gir faglige vurderinger innenfor programvirksomheten og tilbyr opplæring i flere anbefalte programmer.

Mer informasjon om programvirksomheten og opplæringstilbudet er tilgjengelig på nettsidene www.krus.no.

10.6 Opplæring og arbeid

Aktivitetssinnhold – koordinering og planlegging

Kriminalomsorgen har ansvar for å tilrettelegge for at alle domsinnsatte får et aktivitetstilbud. Domsinnsatte har i motsetning til varetektsinnsatte, en plikt til å være i aktivitet samtidig som de har en viss valgmulighet i forhold til hvilket innhold aktiviteten skal fylles med. Det er av stor betydning at det tilbud den enkelte mottar under oppholdet på rusmestringsenheten, er koordinert og planlagt nøye med hensyn til omfang og varighet av ulike typer tiltak.

Det er et viktig prinsipp innenfor helsetjenesten og kriminalomsorgen at innsatte ikke skal tvinges til behandling.

Skole

Mange innsatte mangler ikke bare faglige kunnskaper, men også ferdigheter til å delta i og nyttiggjøre seg en normal opplærings situasjon. Som en viktig daglig fellesskapsarena, utgjør skolen et sentralt element i det totale aktivitetstilbudet. Målet for opplæringstilbudet er så langt det lar seg gjøre å fullføre grunnskole og videregående opplæring og gi mulighet for studier og kortere kurs. Formålet er å øke den innsattes mulighet på arbeidsmarkedet, eller videre utdanning. Skolen gir et opplæringstilbud i alle fengsler, både yrkesfaglig og studiespesialisering innen videregående skole og visse studiemuligheter. Det bør tilrettelegges for at innsatte kan delta i opplæring på deltid, eventuelt på heltid, når de er i rusmestringsenhet.

Kvalifiserende arbeid

Trolig er arbeidsdriften i fengsel en av de virksomheter innsatte deltar i under straffegjennomføringen som har flest fellestrekk med aktiviteter ute i samfunnet. I arbeidsdriften kan innsatte gis mestringsopplevelser, fellesskap og likeverd. Innsatte i rusmestringsenhet bør få tilbud om arbeid som kan gi dem relevant arbeidstrening og/eller kvalifisere dem til framtidig arbeid etter endt opphold. Dersom NAV tilbyr kurs i fengselet, kan det kombineres med opphold i rusmestringsenhet. Samarbeidet mellom

rusmestringsenhetene og arbeidsdriften i fengsel, er forankret i «Strategi for utvikling av kriminalomsorgens arbeidsdrift 2015-2018» (Kriminalomsorgsdirektoratet, 2015c).

Ut fra den erfaring og kjennskap arbeidsdriften har til de innsatte, vil det være viktig at arbeidsdriften samarbeider med rusmestringsenheten og integreres i miljøarbeidet.

Innsatt i rusmestringsenhetene bør så langt det er mulig også delta i fengselets skoletilbud og i arbeidsdrift som kan kvalifisere dem for videre yrkesdeltakelse etter endt opphold.

11. OVERFØRING TIL STRAFFEGJENNOMFØRING I SAMFUNNET

11.1 Overføringsmuligheter

En tidlig planlagt og god progresjon i straffegjennomføringen som er tilpasset domfeltes individuelle behov for rehabilitering og behandling er viktig. Innsatte i rusmestringsenheter i fengsel med høyt sikkerhetsnivå bør mot slutten av fengselsstraffen gis mulighet til overføring til rusmestringsenhet i fengsel med lavere sikkerhetsnivå eller straffegjennomføring utenfor fengsel. De kan overføres til § 12 til behandlingsinstitusjon eller i eget hjem etter straffegjennomføringsloven § 16, første og annet ledd. Saksbehandlingen for slike overføringer er beskrevet i regelverket til straffegjennomføringsloven.

Overføringsmuligheter

- . Overføring §12 (behandlingsinstitusjon)
- . Overføring til overgangsbolig
- . Overføring §16.1 (hjemmesoning)
- . Overføring §16.2 (elektronisk kontroll))
- . Prøveløslatelse med møteplikt

Det bør også vurderes muligheten for å kombinere overføring til § 12 og § 16.

11.2 Overføring til behandlingsinstitusjon (§12)

Mange innsatte i rusmestringsenhetene kan ha behov for behandling av sine rusmiddelproblemer, eventuelt også psykiske problemer, som vanskelig kan gis i et fengsel. Overføring fra rusmestringsenhet til rusbehandlingsinstitusjon i spesialisthelsetjenesten etter straffegjennomføringsloven § 12, er et mål for innsatte med rusmiddelproblemer basert på en individuell vurdering.

Overføring etter § 12 er fortrinnsvis det siste året av en fengselsstraff, men det er også mulig å overføres etter § 12 midt i et lengre fengselsopphold for innsatte med rusmiddelproblemer.

Planlegging av §12

I rusmestringsenhetene skal kriminalomsorgen i samarbeid med den innsatte planlegge overgang til §12.

Rundskrivet (04.10.2013)

Det er viktig at kriminalomsorgen, spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste i fengselet samarbeider om informasjon om, motivasjon og henvisning til § 12 soning. Fengslene bør ha veiledningsmateriell om § 12 soning tilgjengelig.

Den innsatte må selv søke om slik overføring. Helsetjenesten vurderer først de helsemessige behov. Kriminalomsorgen vurderer deretter om overføring er sikkerhetsmessig forsvarlig.

Rundskrivet om endringer i retningslinjene til straffegjennomføringsloven § 12 fra Kriminalomsorgsdirektoratet omhandler tilgjengeligheten av og muligheten for § 12 overføringer for innsatte i rusmestringsenhet (Kriminalomsorgsdirektoratet, 2014b).

Her vises også til anbefaling om straffegjennomføring og planlegging av §12-opphold i [nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet](#).

11.3 Overføring til overgangsbolig

Opphold i overgangsbolig kan vedtas når innsatte har et særlig behov for bo- eller sosial trening, planlegging av løslatelse, nettverksarbeid og liknende. Innsatte som bor i overgangsbolig skal være i arbeid eller opplæring ute i samfunnet. Poliklinisk rusbehandling bør videreføres ved overgang fra rusmestringsenhet til overgangsbolig.

Innsatte kan overføres til overgangsbolig når en del av fengselsstraffen er gjennomført. Overføringen må være hensiktsmessig for å fremme en positiv utvikling og for å motvirke ny kriminalitet. Innsatte må ha oppnådd ordinær permisjonstid og ha gjennomført permisjoner uten svikt, før eventuelt overføring kan innvilges. Innsatte må sende egensøknad til overgangsboligen. Til søknaden må det legges ved uttalelse fra fengselet og bekreftelse på sysselsetting.

11.4 Overføring til §16.1 (hjemmesoning)

Dersom det er hensiktsmessig for å sikre en fortsatt særlig positiv utvikling og motvirke ny kriminalitet, kan fengselet overføre innsatte til å gjennomføre straffen utenfor fengsel med særlige vilkår når halvdelen av straffetiden er gjennomført. Domfelte må ha tilfredsstillende sysselsetting og bolig under straffegjennomføring §16-1. Ulike former for behandlingstiltak, som poliklinisk rusbehandling, kan inngå som hele eller deler av sysselsettingen. Domfelte følges opp av kriminalomsorgen ved friomsorgskontorene med obligatoriske samtaler og jevnlig ruskontroll.

Det er fengselet som i samarbeid med aktuelt friomsorgskontor avgjør søknad om overføring til hjemmesoning (Kriminalomsorgsdirektoratet, 2015d).

11.5 Overføring til §16.2 (elektronisk kontroll)

Straffegjennomføring med elektronisk kontroll gir mulighet for å sone i hjemmet samtidig som de vil få støtte og bli kontrollert av kriminalomsorgen ved friomsorgskontorene gjennom obligatoriske samtaler, uanmeldt kontroll og jevnlig ruskontroll. Det er krav om sysselsetting under straffegjennomføringen med elektronisk kontroll etter § 16.2. Poliklinisk behandling og oppfølging kan inngå som sysselsetting.

Overføring fra fengsel til straffegjennomføring med elektronisk kontroll kan skje når 1/3 av fengselsstraffen er gjennomført, og det gjenstår inntil fire måneder til forventet løslatelse. Det er friomsorgskontoret som avgjør søknad om overføring til straffegjennomføring med elektronisk kontroll. Fengselet skal medvirke til at søknaden foreligger i god tid før en eventuell overføring er aktuell (Kriminalomsorgsdirektoratet, 2013).

11.6 Prøveløslatelse med møteplikt

Før prøveløslatelse, jf. straffegjennomføringsloven § 43, annet ledd, bør fengsel og friomsorgskontorene samarbeide om overføringen, blant annet via fremtidsplan, og i

samarbeid med domfelte. Forberedelsene kan for eksempel gjøres i ansvarsgruppe og med bruk av individuell plan.

Innholdet i møteplikten vurderes individuelt. Ved prøveløslatelse fra rusmestringsenhet kan innholdet i møteplikten være russamtaler og/eller behandling fra spesialisthelsetjenesten.

Innsatte søker selv om prøveløslatelse fra fengsel. Det er viktig at planlegging av progresjon og løslatelse starter tidlig, og i tett samarbeid med innsatt, fengsel og friomsorgskontoret.

Ved overføringer

- . God informasjon til domfelte*
- . Videreføre rehabilitering*
- . Tidlig oppstart av samarbeid med friomsorgen*

12. SAMARBEID OM TILBAKEFØRING

12.1 Kriminalomsorgens ansvar - Løslatelse til kommune

Planlegging av løslatelsen er særlig viktig for personer med rusmiddelproblemer, og tilbakeføringsarbeidet bør begynne så tidlig som mulig. Allerede ved inntak i en rusmestringsenhet bør løslatelse og eventuelt overføring til straffegjennomføring i samfunnet være et tema i den innsattes framtidsplan og annet planarbeid som startes.

Kriminalomsorgen har et informasjonsansvar til samarbeidende etater om løslatelsesdato og eventuelle endringer i planer for løslatelse.

Kriminalomsorgen har i sitt tilbakeføringsarbeid ansvar for å samarbeide med kommunal helse- og omsorgstjeneste i fengselet og innsattes hjemkommune om bolig, sosiale tjenester mv. Kommunen har et sammenhengende ansvar for den innsatte før, under og etter fengselsoppholdet.

Overføringer

Rusmestringsenheten skal tilrettelegge for god samhandling mellom de kommunale tjenester for helse, omsorg og bolig, arbeids- og velferdsforvaltningen, opplæringssektoren mv. ved tilbakeføringen av innsatte til samfunnet.

Rundskrivet (04.10.2013)

Samarbeid med NAV

NAV-kontoret i innsattes hjemkommune er en viktig samarbeidspartner. Arbeidsrettet oppfølging og sosiale tjenester fra NAV kan ha stor betydning for innsattes rehabiliteringsmuligheter. Mange innsatte har også en gjeldsbyrde hvor blant annet NAV kan bistå med råd og veiledning. Dersom fengselet har NAV-veileder fra Arbeids- og velferdsforvaltningen til stede, skal tilbakeføringsarbeidet samordnes med NAV-veileder i fengsel.

Samarbeidet med NAV er forankret i den reviderte «Samarbeidsavtale mellom kriminalomsorgen og Arbeids- og velferdsetaten» av 13. oktober 2014.

(Kriminalomsorgsdirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2014).

Tilbakeføringsarbeidet skal utføres i samsvar med «Rundskriv: Retningslinjer for kriminalomsorgens ansvar og oppgaver i samarbeidet med NAV-veiledere i fengsel» (Kriminalomsorgsdirektoratet, 2015e). Tilsvarende har Arbeids- og velferdsdirektoratet i 2014 laget «Retningslinjer for ansvar og oppgaver for NAV-veileder i fengsel».

Arbeids- og velferdsdirektoratet laget informasjonsheftet «NAV- med blikk på kriminalomsorg» i 2013. Dokumentene er tilgjengelige på kriminalomsorgens intranett og internettsidene www.kriminalomsorgen.no.

Boligsosialt arbeid

Det er viktig at den innsatte selv er delaktig i løslatelsesarbeidet. Planlegging av samarbeid med innsattes hjemkommune om egnet bolig bør starte tidlig.

I den siste kartleggingen av bostedsløse fra 2012 (NIBR, 2013) kom det frem at en av tre var bostedsløse da de ble innsatt i fengsel, mens to av tre var bostedsløse da de ble løslatt.

Kriminalomsorgen bør i det boligsosiale arbeidet:

- kartlegge og avklare innsattes boligsituasjon og framtidig bosetting
- tilrettelegge for, koordinere og bistå innsatte med å få bolig utover midlertidig bolig
- bistå innsatte med å beholde bolig under fengselsoppholdet
- samarbeide med NAV—veileder og innsattes hjemkommune i det boligsosiale arbeidet

Husbanken koordinerer et arbeid med å utarbeide en nasjonal digital «Boligveiviser» for kommunene og andre velferdsetater. Det er et arbeidsverktøy for tilsatte som jobber med boligsosiale arbeidsprosesser og vil gi veiledning og oppdatert kunnskap. Planen er at den skal ferdigstilles i 2016.

For øvrig vises det til nasjonal strategi for boligsosialt arbeid 2014-2020 (Kommunal – og moderniseringsdepartementet, 2014).

12.2 Helsetjenestens ansvar - Løslatelse til kommune

Samarbeid med kommune om tilbakeføring

Den innsattes hjemkommune har et viktig ansvar for oppfølging både under og etter fengselsoppholdet. Dette gjelder både kommunale helse- og omsorgstjenester og sosiale tjenester, inkludert kommunale tjenester på området rus og psykisk helse. I enkelte tilfeller kan samarbeid med tidligere oppholdskommune være aktuelt.

Det er viktig at det så tidlig som mulig planlegges for løslatelse, i samarbeid med kriminalomsorgen og de tjenester den innsatte vil ha behov for i sin hjemkommune.

Kommunale helse- og omsorgstjenester bør være på plass i god tid før løslatelse, herunder overføring av ansvar fra fengselslege til fastlege. Fastlegen er en særlig viktig samarbeidspartner.

Eventuelle behov for sosialtjenester bør være gjennomgått, vurdert og tilrettelagt i god tid før løslatelse i samarbeid med NAV.

Kommunene har ulike helse- og omsorgstilbud for personer med rusmiddelproblemer og psykiske helseproblemer. Her vises blant annet til [Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne - Sammen om mestring](#) (Helsedirektoratet, 2014a).

Samarbeid med helseforetak om tilbakeføring

Spesialisthelsetjenesten skal legge forholdene til rette for at den innsatte får innfridd sine pasientrettigheter i et videre behandlingsforløp i institusjon eller poliklinikk etter endt fengselsopphold og endt dom. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal kunne startes i enhetene og eventuelt videreføres dersom innsatte i rusmestringsenhetene overføres til andre straffegjennomføringsformer.

Når innsatte har startet et behandlingsforløp i spesialisthelsetjenesten, skal spesialisthelsetjenesten sørge for at den innsatte får forsvarlig helsehjelp etter endt fengselsopphold.

En innsatt med pasientrettighet beholder sin rettighet etter endt fengselsopphold dersom det fortsatt er behandlingsbehov. En viktig oppgave under oppholdet vil være å henvise/overføre til videre TSB-behandling, eventuelt også psykisk helsevern, utenfor fengsel. Det bør være direkte overlapping mellom endt fengselsopphold og oppstart i ordinær TSB-behandling, eventuelt også psykisk helsevern. Dette er viktig for å forhindre tilbakefall som det anses å være økt risiko for i perioden direkte etter løslatelse.

Dato for løslatelse bør derfor foreligge så tidlig som mulig, slik at man i et overføringsbrev kan gi konkret informasjon om når pasienten er i behov av videre behandling. Behandler fra TSB formidler brev til lokal spesialisthelsetjeneste med aktuelle opplysninger inkludert vurdering av videre behandlingsbehov. Før et slikt brev formidles bør det også opprettes telefonisk kontakt etter initiativ fra TSB rusmestringsenheten. Det anses avgjørende at det blir minimal ventetid fra løslatelse til første behandlingstime i lokal poliklinikk.

Der det foreligger behov for behandling bør det også legges til rette for direkte overføring fra fengsel til døgningstusjon. Det optimale vil være at pasienten har en konsultasjon hos ny behandler/institusjon allerede før løslatelse. Dette forutsetter mulighet for fremstilling fra kriminalomsorgen eller at behandler/institusjon kan møte i fengselet. En slik praksis vil med stor sannsynlighet minske faren for at den innsatte avbryter behandling og styrke en videre behandlingsallianse etter overføringen.

12.3 Risiko for overdosedødsfall etter løslatelse

Det er stor risiko for overdosedødsfall etter løslatelse fra fengsel; særlig er de to første ukene etter løslatelse kritiske (Senter for rus- og avhengighetsforskning, 2011). I hovedsak skyldes dette nedsatt toleranse etter opphør av rusmiddelbruk under fengselsopphold. Bruk av flere rusmidler sammen med opioidene, særlig benzodiazepiner og alkohol, øker dødelighetsrisikoen. En slik forhøyet dødelighet etter løslatelse er en stor utfordring som helsetjenesten og kriminalomsorgen står overfor.

Oppholdet i en rusmestringsenhet vil være en god anledning til å ha et fokus på risikofaktorene og samarbeide godt med den innsatte om dette. For opiatavhengige kan substitusjonsbehandling drøftes i løpet av oppholdet for å redusere risiko for tilbakefall til illegalt misbruk og redusere fare for overdose etter løslatelse.

[Nasjonal overdosestrategi 2014–2017](#) (Helsedirektoratet, 2014b) har fokus på tiden etter behandling i TSB og tiden etter løslatelse. Pasientsikkerhetskampanjen har utviklet en tiltakspakke for å redusere overdosedødelighet etter utskrivning fra TSB som nå blir innført som standard prosedyre i alle TSB-enheter i spesialisthelsetjenesten. I tillegg er det utført tre piloter i fengsler, og det tas sikte på en nasjonal implementering.

Selvmondsrisiko og overdoserisiko omhandles i [nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet](#).

13 FRIVILLIGE ORGANISASJONER

13.1 Kontakt med frivillige organisasjoner, herunder brukerorganisasjoner

Etablering i samfunnet etter et fengselsopphold kan være en utfordring med tanke på det sosiale nettverket. Det gjelder ikke minst de som har brutt med både venner og familie på grunn av sitt rusmiddelproblem. Derfor kan de ha behov for konstruktive sosiale nettverk i tillegg til bolig, utdanning og arbeid. Mange har kanskje allerede arbeid og bolig – de trenger «bare» nettverk. Uten slike nettverk er ofte veien meget kort tilbake til fengslet.

Frivillige organisasjoner, herunder brukerorganisasjoner, kan bidra med å knytte kontakter som åpner for tilhørighet, relasjoner og gode nettverk etter løslatelse.

Et bredt spekter av organisasjoner yter tjeneste inne i fengslene tilbyr nettverk også etter løslatelse og formidler i tillegg bolig og arbeid. Selvhjelpsgrupper kan også være aktuelle miljøer å benytte. Her kan vises til [Nasjonal plan for selvhjelp 2014–2018](#) (Helsedirektoratet, 2014c).

Her vises også til anbefaling om selvhjelpsgrupper i [nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet](#).

Den som virkelig har erfart hva det vil si å komme seg ut av rus og kriminalitet, kan ofte være den beste til å hjelpe andre til det samme. Her er det virksomheter som driver kameratstøttearbeid. De begynner sitt kontaktarbeid lenge før løslatelsen og fortsetter til domfelte kan klare seg selv og har skaffet seg sitt eget nettverk. Det er også mange aktuelle brukerorganisasjoner som har god kunnskap og erfaring på området.

Rusmestringsenheten bør legge til rette for slik kontakt, og det kan være aktuelt å etablere faste avtaler med de frivillige organisasjonene og brukerorganisasjoner som tilbyr denne type støtte til innsatte.

I de tilfeller det er sikkerhetsmessig forsvarlig, kan det legges opp til framstilling for deltakelse i ulike relevante nettverk utenfor fengselet.

REFERANSELISTE

- Bergsgard, N. A., & Danielsen, T. (2012). *Når veien er målet. En evaluering av Stifinner'n*. IRIS.
- Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften). (2010). FOR-2009-12-18-1641.
- Forskrift om pasientjournal. (2000). FOR-2000-12-21-1385.
- Forskrift om straffegjennomføring. (2002). FOR-2002-02-22-183.
- Hansen, G. V., Dahl, U., & Samuelsen, F. (2014). *Evaluering av BRIK - Behovs- og ressurskartlegging i kriminalomsorgen*. Høgskolen i Østfold.
- Helgesen, J. H. (2013). *Godt begynt er halvt fullendt? Iverksetting av rusmstringsenheter i norsk kriminalomsorg*. Høgskolen i Lillehammer.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Meld. St. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted til rett tid*. Oslo.
- Helsedirektoratet. (2010). *Legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet*.
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelser*.
- Helsedirektoratet. (2013). *Helse og omsorgstjenester til innsatte i fengsel*.
- Helsedirektoratet. (2014a). *Lokalt psyksisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Sammen om mestring - Veileder i lokalt psyksisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*.
- Helsedirektoratet. (2014b). *Nasjonal overdosestrategi 2014-2017*.
- Helsedirektoratet. (2014c). *Nasjonal plan for selvhjelp 2014-2018*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2015a). *Vanedannende legemidler. Nasjonal faglig veileder for vandedannende legemidler - rekvirering og forsvarlighet*.
- Helsedirektoratet. (2015b). *Prioriteringsveileder - tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)*.
- Helsedirektoratet. (2015c). *Psykisk helsevern for voksne. Prioriteringsveileder - psykisk helsevern for voksne*.
- Helsedirektoratet. (2016a). *Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*.
- Helsedirektoratet. (2016b). *Avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler*.
- Justis- og beredskapsdepartementet. (2000). *Rundskriv G-111/2000-Om journalføring og registrering*.
- Justis- og beredskapsdepartementet; Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Rundskriv. Rammebetingelser for drift av rusmstringsenheter i fengsel. Samarbeid mellom kriminalomsorgen, spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten*.
- Justis- og politidepartementet; Helse- og omsorgsdepartementet. (2006). *Rundskriv G-8 2006. Samarbeid mellom kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, kommunenes sosialtjeneste og kriminalomsorgen overfor innsatte og domfelte rusmiddelavhengige*.

- Kommunal – og moderniseringsdepartementet. (2014). *Bolig for velferd. Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid 2014-2020*.
- Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri. (2014). *Forekomst av psykiske lidelser hos domfelte i norske fengsler*. Oslo: Oslo Universitetssykehus.
- Kriminalomsorgens sentrale forvaltning. (2008). *Kriminalomsorgens helhetlige russtrategi 2008-2011*.
- Kriminalomsorgens sentrale forvaltning. (2011). *Bevarings- og kassasjonsregler for Kriminalomsorgens papirarkiver og fagsystemer*.
- Kriminalomsorgsdirektoratet. (2013). *Forskrift om forsøksprosjekt om kartlegging av domfeltes behov for tiltak med sikte på å lette tilbakeføring til et kriminalitetsfritt liv. FOR 2011-09-30 nr 978*.
- Kriminalomsorgsdirektoratet. (2013). *Reviderte retningslinjer for straffegjennomføring med elektronisk kontroll av 08.10.2013*. Hentet mai 31, 2016 fra www.kriminalomsorgen.no
- Kriminalomsorgsdirektoratet. (2014). *Rundskriv 12/2014. Retningslinjer for bruk av russamtalen som alternativ til reaksjon etter straffegjennomføringsloven*. .
- Kriminalomsorgsdirektoratet. (2014a). *Rundskriv om saksbehandlingsrutiner i soningsoverføringsaker*.
- Kriminalomsorgsdirektoratet. (2014b). *Rundskriv - endringer i retningslinjene til straffegjennomføringsloven § 12*.
- Kriminalomsorgsdirektoratet. (2015a). *Rundskriv 4/2015 - Retningslinjer for funksjon som barneansvarlig i kriminalomsorgen*.
- Kriminalomsorgsdirektoratet. (2015b). *Rundskriv KDI 3/2015 - "Retningslinjer for programvirksomheten i kriminalomsorgen"*.
- Kriminalomsorgsdirektoratet. (2015c). *Strategi for utvikling av kriminalomsorgens arbeidsdrift 2015-2018*.
- Kriminalomsorgsdirektoratet. (2015d). *Reviderte retningslinjer for straffegjennomføringsloven §16 første ledd av 09.10.2015*.
- Kriminalomsorgsdirektoratet. (2015e). *Rundskriv 9/2015. Retningslinjer for kriminalomsorgens ansvar og oppgaver i samarbeidet med NAV-veiledere i fengsel*.
- Kriminalomsorgsdirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet. (2014). *Samarbeidsavtale mellom kriminalomsorgen og Arbeids- og velferdsdirektoratet*.
- KRUS. (2006). *Miljøarbeid i fengsel*. Oslo: Kriminalomsorgens utdanningscenter KRUS.
- Linde, & Nordlund. (2006). *Strategi for faglig virksomhet. 2003-2007*.
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. (1999). *LOV-1999-07-02-62*.
- Lov om gjennomføring av straff mv. (2001). *LOV-2001-05-18-21* .
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. . (2011). *LOV 2011-06-24 nr 30*.
- Lov om pasient- og brukerrettigheter. (1999). *LOV-1999-07-02-63*.
- Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen. (2009). *LOV-2009-12-18-131*.
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (1999). *LOV 1999-07-02 nr 61*.
- Lovdata. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. *LOV-1999-07-02-63*.
- Lovdata. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)*. *LOV 1999-07-02 nr 61*.
- Lovdata. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)*. *LOV-1999-07-02-61*.
- Mjåland, K. (2015). *Rusmestringsenheter i norsk kriminalomsorg - drøft idégrunnlaget, samfunnsoppdraget de skal løse samt innebygde konflikter i ordningen*. Universitetet i Bergen.
- NIBR. (2013). *Bostedsløse i Norge 2012 - en kartlegging*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionsforskning.
- Revolv, K. M. (2015). *Innsattes levekår 2014*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Senter for rus- og avhengighetsforskning. (2011). *Dødelige overdoser i Oslo 2006 til 2008 en helhetlig gjennomgang*. SERAF.

Andre nyttige referanser

Nettsteder:

www.kriminalomsorgen.no

www.helsedirektoratet.no

www.krus.no

www.kunnskapssenteret.no

www.hivportalen.se

Drægebø, Heidi et al.: *Miljøarbeid i fengsel*. KRUS. 2006.

Gjersing, Linn et al.: *Dødelige overdoser i Oslo 2006 – 2008*. SERAF-rapport 2/2011

Haugen, Stian (2013): *Endring fra innsiden*. Gyldendal forlag.

Lauritzen et al: *Gjennom 10 år*. Rapport 6/2012. SIRUS.

Linde og Nordlund, 2006: *Strategi for faglig virksomhet*. 2003-2007

Miller, William R. og Rollnick, Stephen: *Motiverande samtal Att hjälpa människor till förändring* .
Natur & Kultur ISBN: 9789127135390

St.meld. nr. 37 (2007-2008): *Straff som virker – mindre kriminalitet – tryggere samfunn*
(Kriminalomsorgsmelding)