

Kjernerud, 29.05.2023

NKROP sitt Høringsinnspill til Nasjonalt faglig råd om kommunale helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel

Vi viser til Helsedirektoratet sin høring vedrørende Nasjonalt faglig råd om kommunale helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel.

Hensikten med det nasjonale faglige rådet er å bidra til kunnskapsbasert praksis, riktige prioriteringer, god samhandling og redusert uønsket variasjon i tjenestene. Det overordnede målet er å bidra til at innsatte får forsvarlige og likeverdige kommunale helse- og omsorgstjenester. Rådene skal være til klinisk og praktisk hjelp for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og gjøre det lovpålagte ansvar tydeligere.

NKROP har valgt å kommentere på noen av punktene i hørings skjemaet, og det er disse som er gjengitt nedenfor.

Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester til innsatte

Kommunen skal inkludere den kommunale helse- og omsorgstjenesten i fengsel som en del av det ordinære rapporterings- og styringssystemet.

Det kan hende at dette hører under et annet punkt: Man hører stadig om at de som soner skriver lapper til betjentene om helsehjelp de ønsker og/eller trenger. Altså beskjeder som så skal formidles via betjent/fengslet til de som yter helsehjelp i kommunen.

Hvis det er representativ praksis per i dag, bør kriminalomsorgens krav til journalføring og faglig forsvarlig videreformidling og lagring av helseopplysninger (innhold og kommunikasjonsform) av helsebehov gjennomgå og endringer gjøres opp mot dokumentasjonskrav. Det samme gjelder krav til videreformidling innenfor en definert tidsramme fra kriminalomsorgen til helsetjenesten i kommunen.

Med en praksis som beskrevet over gis kommunen i prinsippet ikke anledning til å yte faglig forsvarlig helsehjelp når det er store sårbarheter/begrensninger for de innsatte til å oppnå kontakt med kommunenes helsetjenester.

Helse- og omsorgstjenester til særlige sårbare innsatte

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten bør tilby kartlegging av innsattes kognitive funksjon.

Side 16/84 (PDF): Her står det at «Utredning bør ikke gjennomføres dersom det er andre

forhold som i betydelig grad kan påvirke resultatene av utredningen. Eksempler er rus, smertetilstander, aktive psykiske lidelser eller tilfeller hvor forhold ved domfellelse/soning har ført til midlertidig dårligere fungering.»

Vi stiller spørsmål ved denne formuleringen og mener den bør omformuleres. Man kan ikke unngå å kartlegge for enhver pris fordi det foreligger flere faktorer som utfordrer presisjonen i vurderingene. At det foreligger flere mulige del- eller enkeltforklaringer, utløser desto større grunn til å få undersøkt og vurdert den innsattes situasjon. Vurderingene av kognisjon bør i praksis være en vedvarende prosess under soning, uavhengig av antatt eller medvirkende årsak (mulig spesifikk psykisk lidelse, midlertidig konsekvens som følge av rusmiddelbruk etc.). I ROP-retningslinjen står det eksempelvis at kartlegging bør gjennomføres tross pågående rusmiddelbruk.

Annet: Hva er en «aktiv» psykisk lidelse?

Side 17/84 (PDF): Det er henvist til rop.no i forbindelse med anbefalte kartleggingsverktøy. Listen det henvises til kan inneholde verktøy som fordrer spesifikke kompetansekrav for å kunne benyttes, eller at det enkelte verktøyet kun kan brukes av en lege/psykolog.

Henvisningen til denne listen trenger en presisering, eller med konkrete verktøy anbefalinger (hva er aktuelt i forbindelse med screening).

Det bør også fremheves nødvendigheten av å ha kompetanse på kartlegging av kognisjon (som er assosiert med nevropsykologisk utredning), med tanke på faglig forsvarlig praksis.

Helse- og omsorgstjenester til særlige sårbare innsatte

Den kommunale helse og omsorgstjenesten skal gi ungdom i fengsel individuelt tilpassede helse- og omsorgstjenester

Side 25/84 (PDF): Det henvises i teksten til kommunens plikt til samarbeid og samhandling. Skal en slik anbefaling treffe godt i målgruppen for veilederen bør den samme juridiske plikten gjelde andre samarbeidspartnere i et gjensidig forhold mellom samarbeidspartene. At det kun henvises til kommunens ansvar kan fremstå ensidig, og bidra til en ansvarsfraskrivelse eller forventninger fra andre om hvem som skal ta initiativ i videre oppfølging. De faglige rådene bør fremheve at sammenvevd hjelp i praksis er et felles tverretatlig og samtidigansvar?

Innkomst og løslatelse

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten bør gjennomføre innkomstsamtale med alle innsatte

Side 27/84 (PDF): Det henvises til «..hensiktsmessig å spørre innsatte om samtykke til å oppheve taushetsplikten».

Denne setningen kan være et eget råd i veilederen. Proaktivt arbeid av alle involverte, for å «fjerne» hindringer for integrert behandling er svært viktig.

Enkelte personer eller tjenester er ikke proaktive (nok) i innhenting av samtykke fra pasienter eller innsatte, om deling av relevante opplysninger på tvers av aktuelle tjenester.

Eksempelvis er det ikke lokalkultur for det, eller noen uttrykker at det er et problem som nærmest ikke kan løses (skjult argument for noe annet, motstand, unnvikelse og ansvarsfraskrivelse).

Side 28/84 (PDF): Innhold i inntakssamtale. Bør økonomi være et tema? Eksempelvis en anbefaling: "Økonomi bør være et tema i inntakssamtalen."

Økonomiske forhold påvirker psykisk helse i stor grad og er relevant for samarbeidspartner NAV, med tanke på viderefremføring/samarbeid (uformell/formell gjeld, håndtering av gjeld, stønader/inntektstype, ubetalte regninger av nyere dato som kanskje ikke er fanget opp i forbindelse med overgang til fengsel, kan miste bolig på grunn av ubetalt husleie etc.).

Inntak og løslatelse

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten bør samarbeide med andre tjenester i forkant av løslatelsen

Side 29/84 (PDF): «I forkant» bør konkretiseres. Eksempelvis noe om minimum av tid i forkant, eller si noe konkret om hva som bør være avklart før løslatelse (bolig, økonomi, avtaler med ulike aktuelle instanser, praktisk hjelp i forbindelse med flytting/innkjøp osv.). Er det noe som bør settes i gang umiddelbart med tanke på at alle aktuelle parter bør være kjent med hverandre, og starte prosess allerede ved inntak. Hvis man ikke konkretiserer tidsrammen, er det en viss risiko for at uønsket praksis opprettholdes.

Dette er viktig fordi «i forkant» i prinsippet kan tolkes å være dagen før. Det skal kanskje søkes/avklares ting i ulike tjenester, du skal rekke å få tak på/kontakte aktuelle parter, det er saksbehandlingstid, henvisninger som skal utarbeides osv. Eksterne instanser må få nødvendig tid til å få avklart aktuelle problemstillinger før løslatelse. Det hvis en ønsker en så reell integrert behandling som mulig, samt begrense sannsynlighet for tilbakefall osv. En realistisk forberedelses-tid er fort 1,5-2 måneder «i forkant». En annen tidsmessig konkretisering, som tar høyde for all type soningslengde, er en anbefaling som beskriver at aspekter knyttet til løslatelse bør igangsettes når soningen starter, som en vedvarende, aktiv «steg for steg» prosess frem til løslatelse.

Rådet handler kun om kommunen, men i praksis er det snakk om en gjensidig forpliktelse/dynamikk mellom flere parter, hvor hver kjenner sin rolle og plan (ansvarsfordeling, ha felles ansvar for en person). Da blir det kunstig å bare si noe om kommunen. Uten en nyansering kan det i verste fall tolkes som at det er kommunen som skal være initiativtaker eller alltid ha hovedansvaret også videre.

Hvilken rolle har kontaktbetjent eller tilbakeføringskoordinator i denne dynamikken? Bør kriminalomsorgens ulike roller beskrives ytterligere, for å presisere gjensidig forpliktelse, samarbeid og felles ansvar - med tydelig spesifikk rolle/ansvarsfordeling?

Annet: Kanskje hører det ikke hjemme under dette punktet, men vi vil likevel spille det inn - det er et viktig problem:

Det er kjent at det dukker opp problemstillinger hvor spesialisthelsetjenesten avviser en henvisning (for eksempel i forbindelse med løslatelse), der begrunnelsen er at personen er rusfri og dermed ikke behandlingstrengende. Altså til en viss grad en kunstig avvisning, med

en etter vår vurdering for enkel tolkning på gruppenivå om at fordi noen har vært innelåst (sonet), så har rusmiddelproblemet vedkommende hadde da hen startet soningen blitt borte, fordi hen ikke har hatt tilgang til rusmidler.

De faglige rådene underkommunerer betydningen av det praktiske tilbakeføringsaspektet (planlegging, tilrettelegging) med tanke på ulike tjenesters bidrag med hjelp for den innsatte: Flytting, innkjøp, henting, bæring, skru møbler etc. Har noen ansvar for dette kommunalt, eller skal den type «helse/livskvalitetshjelp» baseres på tilfeldigheter ala lokal goodwill, familie, venner eller andre? Det er kjent at mange som har sonet har liten tilgang til slike ressurser.

Innvendingen henger sammen med anbefalingen «Den kommunale helse- og omsorgstjenesten bør samarbeide med kriminalomsorgen slik at etatene i fellesskap kan tilrettelegge og tilby tjenester den enkelte har behov for.»

Dette hører kanskje til under denne anbefalingen: Er det behov for å vurdere / se på overlapp mellom tiltak som omhandler helse/livskvalitet: For eksempel profilen på hva kommunen skal tilby av helsehjelp opp mot for hjelpeprogrammer i fengsel, eksempelvis livsmestringsbaserte «Er-vil-kan»: Er det faglig harmoni mellom helsehjelp og assosierte fengselsprogram? Drar det innholdsmessig i samme retning (i samme tidsrom)?

Bør IDDT nevnes (iddt.no), som beskriver grunnleggende prinsipper om samhandling og integrasjon av tjenester, med tanke på alle parter felles ansvar for å vurdere og følge opp rus og psykiske lidelser samtidig og sammen?

Innsattes rettigheter

Utenlandske innsatte skal tilbys helse- og omsorgstjenester i tråd med deres rettigheter
Side 43/84 (PDF): Her står det: «Sykdom og helse forstås og behandles på forskjellige måter i ulike samfunn og kulturer, ikke minst når det gjelder psykisk helse. Kulturelle og sosiale faktorer påvirker kommunikasjonen av sykdom og forventninger om hjelp og omsorg.»
I den forbindelse, kan det lages en anbefaling om å bruke Kulturformuleringsintervjuet (KFI, rop.no/kfi). KFI er et nyttig verktøy for alle som følger opp, men nytten bør spesielt fremheves når de ansatte i kriminalomsorgen og ansatte i kommunen har en annen kulturell bakgrunn enn den innsatte.

Psykiske helse- og rusmiddelproblemer

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten bør jobbe systematisk for å avdekke psykiske problemer hos innsatte

Side 44/84 (PDF): Her står det «...har utageringsproblematikk og havner i konflikt med andre innsatte og/eller betjenter». Her kan det legges til noen momenter: Det kan handle om eksempelvis den innsattes interpersonlige problemer og/eller hvordan andre innsatte og betjenter oppfører seg (eksempelvis betjenter som har en sanksjonerende stil i stedet for en involvering som demper konfliktpotensiale- og/eller øker forståelsen for atferden – hos den innsatte og/eller hos de som skal ivareta den innsatte). Det er ikke alltid den enkelte innsatte som skal «problematiseres» i forbindelse med konflikter/utageringer, det kan også være

problemstillinger knyttet til soningsforholdene mer generelt. Dette må det tas høyde for hvis helse og omsorgstjenester i kommunen ber om opplysninger fra kriminalomsorgen om den innsattes atferd for planlegging av en videre oppfølging etter løslatelse.

Side 45/84 (PDF): I listen med psykiske lidelser bør også moderate eller alvorlige personlighetsforstyrrelser og bipolar lidelse nevnes.

«Psykoselidelser» og «psykose» nevnes: Bør slås sammen?

Side 45/84 (PDF): Det er henvist til en lenke til KORUS Øst om kartlegging i kommunen. KORUSene holder på å slå sammen nettsidene sine til korus.no. Derfor bør lenken byttes med denne: <https://korus.no/verktoy-og-kartlegging/kartleggingsverktøy-psykisk-helse-og-rus>

Roller og informasjonsinnhenting/deling: Hensedelen av (frivillig) BRIK-kartlegging (for eksempel rusmiddelbruk, psykiske problemer): Noe overlapp mot kartlegging som gjøres av helsepersonell i fengsel? Bør det poengteres betydningen av informasjonsdeling, for å unngå at en og samme person blir spurt om det samme flere ganger i samme tidsrom av flere parter (som x antall innsatte kanskje forventer snakker sammen om helse)?

Psykiske helse- og rusmiddelproblemer

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal tilby innsatte med rusmiddelproblemer et individuelt tilpasset tjenestetilbud

Side 47/84 (PDF): Det står at kommunene skal tilby «kartlegging, utredning...»

Utredninger er i hovedsak et anliggende for spesialisthelsetjenesten. Kommunene kan i prinsippet gjøre noe eller bidra i et utredningsforløp, men med tanke på kompetanse og/eller kapasitet, så hører dette området i praksis/i hovedsak til spesialisthelsetjenesten. Bør ordet «utredning» fjernes?

Helsepersonellens ansvar ved bruk av isolasjon og sikkerhetscelle/sikkerhetseng

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal følge opp innsatte som er isolert

Side 63/84 (PDF): Bør det være en tydelig anbefaling om oppfølging av innsatte etter at de er utsatt for tvang. Eksempelvis holde noen fast over lang tid eller bruk av belteseng. Tiltak, eksempelvis oppfølgingssamtaler? Vi viser her til tiltak beskrevet i psykisk helsevernloven: ettersamtaler med mer.

Bør helse ha samtaler med betjent(er) involvert i beltelegging, med tanke på å få best mulig innsikt og ulike perspektiver fra hendelsen(e), foranledning for bruk av tvang, med mer?

Generell undring: Er det tydelig nok hvem (rolle) som har kommunikasjonsansvar (innen «rimelig tid») til helsetjenesten i kommunen, for å informere om bruk av belteseng (eller andre tvangsmidler)

I hvilken grad er de Nasjonale faglige råd relevante for den kommunale helse- og omsorgstjenesten?

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

I hvilken grad er de nasjonale rådene relevante for innsattes helse og levekår?

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

Generelle kommentarer til de nasjonale faglige råd.

Vi mener det er bra at veilederen oppdateres, og at det fremheves at personer som soner har samme rettigheter til helsehjelp som andre.

En bekymring vi har er at kommuner som per i dag ikke har på plass mye av det som står anbefalt vil fortsatt ha utfordringer med tanke på det pågående økonomiske/driftsmessige presset mange kommuner har. Er det kapasitet i både små og store kommuner til å følge opp anbefalingene i tilstrekkelig grad? Med dette mener vi om det er samsvar mellom normerende produkters føringer og realiteten i mange kommuner?
