



Vurdering av det samlede tilbudet under straffegjennomføring for personer med rusmiddelproblematikk

Utarbeidet for Justis- og beredskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet

Om Oslo Economics

Oslo Economics utreder samfunnsrelaterte problemstillinger, utarbeider evalueringer og gir råd til bedrifter, myndigheter, helseforetak og organisasjoner. Oslo Economics er et samfunnsvitenskapelig rådgivningsmiljø med erfarne konsulenter med bakgrunn fra offentlig forvaltning og ulike forsknings- og analysemiljøer.

Vi tilbyr innsikt og analyse basert på bransjeerfaring, sterk fagkompetanse og et omfattende nettverk av samarbeidspartnere. Oslo Economics har gjennomført en rekke evalueringer, utredninger, samfunnsøkonomiske analyser og empiriske analyser innen ulike fagområder relatert til helse, velferd og kriminalomsorg.

Om Tyrili FoU

Tyrili Forskning og Utvikling (FoU) ble opprettet i 2000 og er en egen enhet i Tyrilistiftelsen. Tyrili FoU består i dag av 12 personer som jobber med forskning, veiledning, kommunikasjon og undervisning.

FoU driver forsknings- og utviklingsarbeid for Tyrilistiftelsen primært, men deltar også i samarbeidsprosjekter og påtar seg oppdrag fra eksterne oppdragsgivere.

*Vurdering av det samlede tilbudet under straffegjennomføring for personer med rusmiddelproblematikk/
nummer 2020_23*

© Oslo Economics, 17. april 2020

Kontaktperson:

Erik Magnus Sæther / Partner

ems@osloeconomics.no, Tel. 940 58 192

Foto: iStockphoto.com

Innhold

Sammendrag	4
1.1 Oppdraget og informasjonsgrunnlaget	4
1.2 Dagens tilbud til personer med rusmiddelproblematikk	4
1.3 Utvikling i bruken av rusrelaterte straffereaksjoner og tilbud	5
1.4 Vurdering av tilbudet som gis til personer med rusmiddelproblematikk under straffegjennomføring	5
1.5 Anbefalinger for å bedre dagens tilbud til personer med rusmiddelproblematikk under straffegjennomføring	8
1. Oppdrag og metode	10
1.1 Problemstillinger	10
1.2 Metode og informasjonsgrunnlag	11
1.3 Rapportstruktur	13
2. Beskrivelse av dagens tilbud til personer med rusmiddelproblematikk under straffegjennomføring	14
2.1 Rettsbestemte straffereaksjoner for rusrelatert kriminalitet	14
2.2 Tilrettelagt soning for innsatte med rusmiddelproblemer	16
2.3 Alternativ straffegjennomføring ved ubetinget fengselsstraff for domfelte med rusmiddelproblemer	17
2.4 Helse- og rusbehandlingstilbud under straffegjennomføring i fengsel	18
2.5 Tiltak for å redusere overdosedødsfall etter løslatelse	19
3. Utvikling i bruken av rusrelaterte straffereaksjoner og tilbud	20
3.1 Bruken av ulike rusrelaterte straffereaksjoner og tilbud	20
3.2 Andel av målgruppen som får rusrelaterte tilbud	23
4. Vurdering av tilbudet som gis til personer med rusmiddelproblematikk under straffegjennomføring	27
4.1 Tilbud ved gjennomføring av fengselsstraff	27
4.2 Rusenhetene	34
4.3 Vurdering av tilbud rettet mot kvinnelige domfelte med rusmiddelproblematikk	39
4.4 Rusrelaterte straffereaksjoner	40
5. Anbefalinger om tiltak	43
5.1 Mulige tiltak	43
5.2 Beskrivelse av tiltak og mulige virkninger – straffegjennomføring i fengsel	44
5.3 Beskrivelse av tiltak og mulige virkninger – straffegjennomføring i samfunnet	50
6. Referanser	51

Sammendrag

En rekke studier viser at en betydelig andel av domfelte har rusmiddelproblemer, både knyttet til narkotika, medikamenter og alkohol. Cramer (2014) anslår at omlag 65 prosent av domfelte har et rusmiddelproblem ved innsettelse i fengsel. Regjeringens hovedmålsetning er at domfeltes levekårsutfordringer må møtes med virkningsfulle tiltak for å lykkes bedre med å tilbakeføre tidligere domfelte i samfunnet og redusere tilbakefall til ny kriminalitet (Departementene, 2017). På oppdrag for Justis- og beredskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet har Oslo Economics i samarbeid med Tyrilistiftelsen, ved Tyrili FoU, vurdert det samlede tilbudet under straffegjennomføring for personer med rusmiddelproblematikk.

1.1 Oppdraget og informasjonsgrunlaget

Formålet med oppdraget har vært å kartlegge og vurdere det samlede tilbudet til personer med rusmiddelproblematikk under straffegjennomføring, og om innretningen av dette bør endres. Dette innebærer en samlet gjennomgang av de rusrelaterte straffereaksjonene, helsetilbud og andre tilbud til domfelte med rusmiddelproblemer. Kartleggingen og vurderingene er basert på en kombinasjon av ulike metoder og analyse av både kvalitative og kvantitative data. Vi har i oppdraget gjennomført spørreundersøkelser rettet mot ledere for fengsel og friomsorgskontor, rusenheter i fengslene (rusmestringsenheter, rusenheter etter stifinnermodell og Stifinnerteam) og fengselshelsetjenesten. I tillegg har vi gjennomført dybdeintervjuer med representanter for sentrale aktører i kriminalomsorgen og helsesektoren, samt interesseorganisasjoner og forskningsmiljøer. I oppdragets siste fase gjennomførte vi en workshop med sentrale aktører innenfor rusbehandling under straffegjennomføring for å diskutere og identifisere relevante utfordringer og mulige tiltak og forbedringer. Analysen bygger videre på eksisterende utredninger og forskning på feltet, i tillegg til gjeldende veiledere og retningslinjer.

1.2 Dagens tilbud til personer med rusmiddelproblematikk

Det finnes i dag ulike tilbud og tilrettelagte soningsformer for personer med rusmiddelproblematikk under straffegjennomføring, se Figur 1-1.

Figur 1-1: Tilbud til personer med rusmiddelproblematikk under straffegjennomføring

Tilpassede straffereaksjoner for personer med rusmiddelproblemer: <ul style="list-style-type: none">• Program mot ruspåvirket kjøring (RK)• Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND)	Alternativ straffegjennomføring for personer med rusmiddelproblemer: <p>Soning i institusjon etter § 12</p>
Tilrettelagt soning for personer med rusmiddelproblemer i fengsel: <ul style="list-style-type: none">• Stifinnerteam• Rusenheter inspirert av stifinnermodellen• Rusmestringsenheter	Helsetilbud i straffegjennomføringen: <ul style="list-style-type: none">• Primærhelsetjenester (fengselshelsetjenesten)• Spesialisthelsetjenester, herunder TSB
	Andre tiltak/prosjekter: <ul style="list-style-type: none">• Tiltak for å redusere overdosedødsfall (prosjekt)

Kilde: Oslo Economics, KDI, Justis- og beredskapsdepartementet

Som et alternativ til straffegjennomføring i fengsel, kan domfelte som har begått rusrelatert kriminalitet og oppfyller visse krav sone betingete dommer i egne programmer. Det finnes to slike programmer; Program mot ruspåvirket kjøring (RK) og Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND).

Innsatte i fengsel med rusmiddelproblematikk har mulighet til å søke seg til egne rusenheter. I denne rapporten bruker vi begrepet rusenhet som en samlebetegnelse på rusmestringsenheter, rusenheter etter stifinnermodell og stifinnerteam. Et fellestrekk for alle disse tilbudene er at det er forsterkede enheter innenfor fengslene som er spesielt tilrettelagt for innsatte med rusproblemer.

Det er også mulig å søke om å gjennomføre fengselsstraff i institusjon etter straffegjennomføringsloven § 12. Innsatte og andre domfelte har de samme pasientrettigheter som befolkningen generelt, og har rett på likeverdige helsetilbud som alle andre innbyggere. Behandling for rusmiddelavhengighet skjer i regi av, eller i samarbeid med, spesialisthelsetjenesten. Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) er den norske betegnelsen på tjenester som utfører rus- og avhengighetsbehandling på spesialistnivå (Nasjonal kompetansetjeneste TSB, 2019). Behandlingstilbudet innen TSB består av poliklinisk og/eller ambulante tjenester eller døgnbaserte tjenester.

1.3 Utvikling i bruken av rusrelaterte straffereaksjoner og tilbud

Det har de siste årene vært en økning i antall personer som har blitt overført til de 18 rusenhetene ved landets fengsel. I 2019 ble totalt 440 innsatte overført til en rusenhet i fengsel, sammenlignet med 399 innsatte i 2018 og 391 innsatte i 2017. Økningen skyldes primært opprettelsen av tre nye rusenheter etter stifinnermodell i 2017. Antall overføringer til rusmestringsenhetene var imidlertid lavere i 2018 og 2019 enn tidligere. KDI vurderer at en mulig årsak til dette er at innsatte de siste par årene har hatt lengre opphold på rusmestringsenhetene. I tillegg var en av rusmestringsenhetene stengt i store deler av 2018 på grunn av ombygging.

Antallet overføringer til soning i institusjon etter § 12 var også betydelig lavere i 2018 enn i de tre foregående årene. I 2018 ble 329 innsatte overført til soning i institusjon etter § 12, sammenlignet med henholdsvis 671, 675 og 650 i årene 2015, 2016 og 2017. Det har vært størst nedgang i antallet innsatte som gjennomfører deler av straffen i institusjon, såkalt delgjennomføring. Det kan være flere årsaker til nedgangen i antall som gjennomfører fengselsstraffen i institusjon etter § 12. Noe av nedgangen kan skyldes at det i perioden fra 2016 til 2018 var en nedgang i antallet som ble idømt ubetinget fengselsstraff på 16 prosent. Andre mulige årsaker til nedgangen, som det har blitt pekt på i intervjuer, er en dreining innenfor TSB mot mer bruk av polikliniske tilbud fremfor døgnbehandling, samt lang ventetid ved behandling av søknader om § 12-soning i kriminalomsorgen og ved henvisning og vurdering av pasientrettigheter i spesialisthelsetjenesten.

ND ble en landsdekkende ordning i 2016, og antall som ble idømt ND økte derfor betydelig i 2017 og 2018. Fra 2015 og frem til 2018 har det vært en nedgang i antallet som idømmes RK. I 2018 ble 388 personer idømt RK, sammenlignet med 468 året før. Nedgangen i bruken av RK kan ha flere årsaker, blant annet økt bruk av elektronisk kontroll (EK).

Vi har også vurdert hvilken andel av målgruppen med rusmiddelproblematikk som får rusrelaterte tilbud under soning. Ved beregning av anslagene har vi lagt til grunn av 65 prosent av alle innsatte i fengsel har en form for rusproblem, relatert til enten alkohol- eller substansmisbruk, slik Cramer (2014) finner i sin undersøkelse. Våre beregninger tilsier at under 20 prosent av innsatte i fengsel med rusmiddelproblematikk soner ved enten en rusenhet eller i institusjon, men det er usikkerhet knyttet til anslagene. Også bruken av RK og ND synes å være lav sammenlignet med størrelsen på målgruppen for disse straffereaksjonene.

1.4 Vurdering av tilbudet som gis til personer med rusmiddelproblematikk under straffegjennomføring

I spørreundersøkelsene og i dybdeintervjuene har vi kartlagt tilbudet som gis til personer med rusmiddelproblematikk og gitt de ulike aktørene mulighet til å vurdere hvilke utfordringer og forbedringsområder som finnes ved dagens tilbud. Under peker vi på noen sentrale funn fra vår kartlegging.

1.4.1 Ved gjennomføring av fengselsstraff

Kartlegging av rusmiddelproblematikk

For at innsatte med rusmiddelproblemer skal kunne få tilgang til nødvendige helsetjenester og annen hjelp, er det viktig at eventuelle rusmiddelproblemer kartlegges. Fengselets helse- og omsorgstjeneste har ansvaret for at innsatte får det helsetilbudet de har krav på, og de gjennomfører generell kartlegging av den innsattes helsetilstand. I tillegg gjennomfører kriminalomsorgen en kartlegging av de innsattes levekårsutfordringer gjennom en behovs- og ressurskartlegging (BRIK) som vurderer den innsattes behov for tiltak som kan legge til rette for tilbakeføring til et liv uten kriminalitet. Dette kan være tiltak som bolig, utdanning, arbeid, økonomi og helsehjelp (Justis- og beredskapsdepartementet, 2013).

Statistikk fra KDI viser at det over tid har vært en økning i antall domfelte som kartlegges med BRIK, men at andelen kartlagte fortsatt bare utgjør rundt 10 prosent av antall personer idømt samfunnsstraff, betinget eller ubetinget. Det synes derfor å være et stort potensial for å øke antall kartlegginger. I tillegg vurderer flere, både i intervjuer og i spørreundersøkelsen, at det er en utfordring at resultatene fra BRIK i mange tilfeller ikke følges godt nok opp. Enkelte har også kritisert at kartleggingsmetodikken av rusmiddelproblematikk i BRIK i liten grad er faglig kvalitetssikret av fagmiljøene innen rus, og at spørsmålene ikke bygger på standardiserte kartleggingsverktøy som eksempelvis AUDIT/DUDIT.

Flere vurderer også i intervjuer at det er behov for mer samordning og koordinering av kartleggingen av rusmiddelproblematikk som gjennomføres av henholdsvis fengselshelsetjenesten og/eller TSB og kriminalomsorgen. Manglende rutiner for informasjonsdeling bidrar i dag til at rusmiddelproblematikk kartlagt av én aktør ikke nødvendigvis blir gjort kjent for andre aktører som tilbyr rusrettede tiltak eller andre tjenester.

Kompetanse på rusmiddelproblematikk

Kartleggingen tyder på at ansatte i kriminalomsorgen til dels har for svak kompetanse på rusmiddelproblematikk. Flesteparten av fengselslederne (12 av 19 respondenter) vurderer i spørreundersøkelsen at kriminalomsorgens ansatte kun «(i noen grad)», «(i liten grad)» eller «(i svært liten grad)» har tilstrekkelig kompetanse på rusmiddelproblematikk. I intervjuer har også flere etterlyst at det er behov for flere tilbakeføringskoordinatorer og sosialkonsulenter i fengslene, og at fengselsbetjentene bør styrke den sosialfaglige kompetansen. Enkelte etterlyser også flere sykepleiere med videreutdanning innen rus og psykiatri i fengselshelsetjenesten. I intervjuer og i spørreundersøkelsen trekkes det frem at begrensede ressurser både i kriminalomsorgen og i fengselshelsetjenesten gjør det krevende å ivareta de innsattes behov i tilstrekkelig grad.

Flere har i intervjuer trukket frem at fast tilstedeværelse av TSB i fengslet kan fremme både kriminalomsorgens og fengselshelsetjenestens kompetanse på rusmiddelproblematikk, og derigjennom bidra et bedre tilbud for innsatte. Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at spesialisthelsetjenesten ved TSB er tilstede på faste dager i litt over halvparten av fengslene. Det er imidlertid store forskjeller på fengsel med og uten rusenhet. I fengslene med rusenhet svarer 8 av 9 fengsel at spesialisthelsetjenesten er fysisk tilstede i fengselet på faste dager. I fengsel uten rusenhet svarer kun 3 av 10 fengsel at spesialisthelsetjenesten er tilstede på faste dager i fengselet.

Helsetilbud og andre tilbud til innsatte med rusmiddelproblemer som ikke soner ved rusenhet

Det vil til enhver tid være innsatte med rusmiddelproblematikk i fengslene som av ulike årsaker ikke har mulighet til å sone ved kriminalomsorgens rusenheter.¹ I spørreundersøkelsen ble fengselslederne spurt om hvilke tilbud som gis til innsatte i fengselet med rusmiddelproblematikk som ikke soner på rusenhet.

Resultatene viser at polikliniske behandlingstilbud innenfor TSB, som individuelle samtaler med psykolog/psykiater, gis til innsatte i 10 av 19 fengsel. Russamtalen, som er et individuelt program i kriminalomsorgen til innsatte med rusmiddelproblematikk, benyttes ifølge resultatene fra spørreundersøkelsen kun i 12 av 19 fengsel.² Kriminalomsorgen har også utviklet egne rusprogrammer som retter seg mot innsatte med rusmiddelproblemer. Ut ifra resultatene fra spørreundersøkelsen synes det som at få fengsel gjennomfører slike rusprogrammer. Samlet sett er inntrykket fra spørreundersøkelsen og fra intervjuer at innsatte med rusmiddelproblemer som ikke soner ved rusenheter mottar et relativt begrenset tilbud.

I intervjuer har flere pekt på at enkelte grupper av innsatte vurderes som mindre egnet til å motta flere av de rusrettede tilbudene, og at de derfor i mindre grad får hjelp for sitt rusmiddelproblem. Dette gjelder særlig innsatte med ulike psykiske lidelser, innsatte med lettere psykisk utviklingshemming og seksuallovbruddsdømte. For å sone ved rusenheter stilles det også visse krav til norskkunnskaper. Innsatte som ikke mestrer norsk havner derfor utenfor målgruppen for rusenheter, selv om de har rusmiddelproblematikk.

¹ Dette kan skyldes at de ikke ønsker å søke om plass på en rusenhet, at det ikke er kapasitet på rusenheter eller at de ikke soner på et fengsel med rusenhet eller at de av ulike årsaker ikke er egnet for å sone på rusenhet.

² Russamtalen består av fire strukturerte samtaler med en ansatt fra kriminalomsorgen, hvor målet er å motivere til endring av problematiske rusvaner. Russamtalen brukes på to måter. Det kan være et frivillig tilbud til personer som ønsker en slik samtale. Det brukes også som alternativ til straffereaksjon dersom en innsatt har ruset seg i fengsel eller en domfelt har møtt i ruspåvirket tilstand under straffegjennomføring i samfunnet.

En Individuell plan gir en oversikt over helse- og sosialtjenester som anses som viktige for vedkommende under straffegjennomføringen og i fremtiden.³ Spørreundersøkelsen viser at en lav andel av innsatte med rusproblematikk har en Individuell plan. Flesteparten av respondentene (fengselshelsetjenesten og fengselsledere) anslår at under 20 prosent av innsatte med rusmiddelproblematikk, som har en Individuell plan. Enkelte peker på at kriminalomsorgen lager egne planer for innsatte som til dels er overlappende med Individuell plan (eks. «Fremtidsplan»). Dette kan tyde på at det er behov for bedre koordinering av planarbeidet i regi av helsesektoren og kriminalomsorgen.

Samhandling mellom kriminalomsorgen og helsetjenesten

I intervjuer har det blitt pekt på at kriminalomsorgen og helsesektoren har ulik tilnærming til noen problemstillinger knyttet til rusmiddelproblematikk. Spesielt vurderer enkelte at kriminalomsorgens praksis og regelverk ved inntak av rusmidler under straffegjennomføring kan være lite hensiktsmessig fra et behandlingsperspektiv ettersom de innsatte straffes for de symptomer som det behandles for. Dette gjelder også ved inntak av rusmidler under gjennomføring av fengselsstraff i institusjon etter § 12, ettersom det da fortsatt er kriminalomsorgenes regler og rutiner som gjelder.

Rusenheter i fengsel

Rusenhetene er organisert og innrettet ulikt fra fengsel til fengsel. Mens veilederen for rusmestringsenhetene legger opp til at enhetene skal være et tilbud til innsatte som tilfredsstillende oppfyller visse kriterier og får sone på egne avdelinger, jobber noen rusenheter etter en litt annen modell. Stifinnerteam gir eksempelvis tilbud til og har oppsøkende samtaler med innsatte i hele fengselet – ikke bare til dem som har blitt tildelt plass ved rusenheten.

Vi finner også at det er relativt store forskjeller i ressursituasjonen ved rusenhetene. For en rusenhet med rundt 10 plasser, viser resultatene fra spørreundersøkelsen at antallet ansatte som er tilstede på daglig basis varierer fra 2 til 8. Flere av rusenhetene opplever at ressursituasjonen gjør det krevende å ivareta et godt tilbud.

Ifølge veilederen for rusmestringsenheter bør TSB være en aktør i rusmestringsenhetene på daglig basis. Spørreundersøkelsen viser at de fleste, men ikke alle, rusenhetene følger denne anbefalingen. Personell fra TSB er fysisk tilstede på daglig basis på 9 av de 12 rusenhetene som har svart på undersøkelsen. Blant de øvrige tre rusenhetene har to svart at spesialisthelsetjenesten ved TSB kommer til rusenheten ved behov og én rusenhet har svart at det ikke er noe samarbeid mellom rusenheten og spesialisthelsetjenesten ved TSB. Denne rusenheten oppgir at avdelingen i dag, primært som følge av manglende ressurser, i praksis driftes som en ordinær avdeling.

Det varierer hva slags rolle og ansvarsoppgaver TSB har ved rusenhetene. Spørreundersøkelsen viser at TSB gjennomfører individuelle pasientsamtaler med psykolog på samtlige rusenheter hvor de er fast tilstede. Ved flere rusenheter er spesialisthelsetjenesten også involvert i oppgaver som å vurdere søknader og inntak på rusenheten, delta i ansvarsgrupper og tverrfaglig samarbeid. 7 av 11 rusenheter svarer at TSB er involvert i veiledning til personale fra kriminalomsorgen, mens kun én rusenhet svarer at TSB veileder helse- og omsorgstjenesten i fengselet.

Resultatene fra spørreundersøkelsen tyder på at det er et visst potensial for forbedring når det gjelder rutiner for å informere om tilbudet ved rusenhetene ved enkelte fengsel.

I spørreundersøkelsen svarer de fleste rusenhetene at de har gode og velfungerende rutiner for inntak til rusenheten. 4 av 12 rusenheter vurderer imidlertid at de bare til dels er enig i denne påstanden. En annen tilbakemelding fra intervjuer er at det stilles ulike krav til hvor tydelig motivasjonen til den innsatte må være for å få tildelt plass ved rusenhetene. Noen rusenheter er opptatt av at den innsatte skal ha en erklært motivasjon, mens andre vurderer det som mer hensiktsmessig å se på motivasjon som noe som kan opparbeides underveis i et behandlingsforløp.

Resultatene fra spørreundersøkelsen viser også at de fleste rusenhetene (11 av 12) anslår at under halvparten av de innsatte fortsetter behandling i TSB etter straffegjennomføringslovens § 12 etter endt opphold i rusenheten. Som drøftet over har det også over tid vært en nedgang i antall som gjennomfører fengselsstraffen i institusjon etter § 12.

³ Alle som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet en Individuell plan (jf. Lov om pasient- og brukerrettigheter § 2-5). Dette gjelder også under straffegjennomføring.

Tilbud rettet mot kvinnelige domfelte med rusmiddelproblematikk

Enkelte vurderer i intervjuer at kvinner i mindre grad har tilgang på likeverdige tjenester og tilbud som menn. Det er langt færre kvinnelige innsatte enn mannlige, og det er derfor naturlig at antallet ruseenheter for kvinner er lavere enn for menn. Alle tre ruseenheter for kvinner (Ravneberget, Bredtveit og Evje) er imidlertid lokalisert i region øst og sørvest, og tilgjengeligheten er derfor svært begrenset for domfelte bosatt i øvrige deler av landet. Flere vurderer også at det er større stigmatisering av kvinner med rusmiddelproblematikk, og at det derfor sitter lenger inne for kvinnelige domfelte å søke seg til rusrettede tilbud.

1.4.2 Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND)

ND er en relativt ny straffegjennomføringsform og inntrykket fra intervjuer og fra spørreundersøkelsen er at ordningen hittil vurderes å være velfungerende.

Tilbakemeldingene fra intervjuer og resultatene fra spørreundersøkelsen indikerer at samarbeidet mellom de ulike aktørene som er involvert i ND i all hovedsak fungerer godt. Modellen med ansvarsgrupper synes å lykkes i å skape et forpliktende samarbeid mellom ulike sektorer og forvaltningsnivåer. Ventetid i behandlingsapparatet for TSB skaper imidlertid i enkelte tilfeller utfordringer ved gjennomføring av ND. Enkelte peker også på at det kan være utfordrende for friomsorgskontorene å forholde seg til et stort antall kommuner med ulik grad av involvering og kvalitet på tilbud. Videre oppgir enkelte at det kan være krevende å finne gode tiltak for domfelte med svært tung rusmiddelproblematikk og personer med psykiske lidelser.

Friomsorgskontorene vurderer at det fremdeles er potensial for å øke bruken av ND, men at dette krever økt kjennskap blant forsvarere, påtalemyndighet og domstol. Friomsorgskontorene er samtidig tydelige på at oppfølgingen av ND-saker er ressurskrevende, og at økt bruk av ND kan gå på bekostning av kvaliteten på oppfølgingen i hver enkelt sak dersom det ikke tilføres flere ressurser til friomsorgskontorene og/eller ND-sentrene.

1.4.3 Program mot ruspåvirket kjøring (RK)

Basert på tilbakemeldingene fra intervjuer og resultatene fra spørreundersøkelsen blant friomsorgskontor synes det som at RK, i likhet med ND, i all hovedsak fungerer godt. En innvending til RK som har kommet frem i intervjuer, er at det bakenforliggende kriminalitetsbildet for en del personer som idømmes RK er mer sammensatt enn kun ruspåvirket kjøring og at øvrige kriminalitetsutfordringer ikke vies et tilstrekkelig fokus. Enkelte opplever imidlertid at fastlegen kan bli en flaskehals for henvisning til videre behandling i TSB. Både fordi utredningen av den domfelte ikke alltid er god nok og fordi en del ikke ønsker å innrømme rusmiddelproblemet overfor fastlegen. Enkelte har derfor i spørreundersøkelsen fremmet ønske om at friomsorgskontorene selv bør kunne henvise til TSB.

1.5 Anbefalinger for å bedre dagens tilbud til personer med rusmiddelproblematikk under straffegjennomføring

Basert på de identifiserte forbedringsområdene, har vi skissert mulige tiltak på ulike områder.

Tabell 1-1 Mulige tiltak for tilbud rettet mot domfelte under straffegjennomføring i fengsel og i samfunnet

Overordnet tiltakskategori	Mulige tiltak
Straffegjennomføring i fengsel	
Under soning i fengsel	Kartlegging av rusmiddelproblematikk <ul style="list-style-type: none">• Forbedre rutiner for å kartlegge rusmiddelproblematikk ved innsettelse• Gi alle kontaktbetjenter opplæring i BRIK• Revidere BRIKs kartlegging av rusmiddelproblematikk – vurdere innføring av standardisert kartlegging av rusmiddelproblematikk (eksempelvis AUDIT/DUDIT)• Fremskaffe bedre data på individnivå under straffegjennomføring som gjør det mulig å vurdere kvaliteten på og effekten av rusbehandlingstilbud• Etablere gode rutiner i alle fengsel, både i kriminalomsorgen og i helse- og omsorgstjenesten, for informering om tilbud ved ruseenhet og andre rusrelaterte tilbud
	Økt kompetanse på rusmiddelproblematikk <ul style="list-style-type: none">• Etablere områdefunksjon innen tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) for helseforetak med ansvar for fengsel• Inngå forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommunal helse- og omsorgstjeneste og helseforetak om spesialisthelsetjenester i alle fengsel

		<ul style="list-style-type: none"> • Sikre rutiner for tverrfaglig samarbeid mellom TSB og kriminalomsorgen både i fengsel med og uten ruseenheter • Styrke kompetanseutviklingen blant ansatte i kriminalomsorgen og fengselshelse-tjenesten om rusmiddelproblematikk
	Utvide tilbud til innsatte med rusmiddelproblematikk	<ul style="list-style-type: none"> • Styrke og sikre likeverdige tilbud til innsatte med rusmiddelproblemer som soner i ordinære avdelinger • Samkjøre og koordinere planarbeidet for den innsatte som gjøres i regi av spesialisthelsetjenesten, kommunal helse- og omsorgstjeneste, kriminalomsorgen og innenfor andre tjenesteområder • Gjennomgå kriminalomsorgens lovverk og sanksjoner ved rusrelaterte brudd, samt hvilke regler/rutiner som skal gjelde for personer som er overført til døgnbehandling i TSB etter § 12 • Sikre likeverdig tilbud på tvers av ruseenheter <ul style="list-style-type: none"> – Etablere minimumskrav som gjelder for alle typer ruseenheter – Sørge for deling av erfaringer og beste praksis for rusehøetene (eksempelvis gjennom faglige nettverk, mv.) – Styrke rutiner for kvalitetsstyring av rusehøetene • Sikre egnede lokaler for rusbehandling og rusrelaterte tilbud i samtlige fengsel • Vurdere behov for å forbedre tilbud rettet mot kvinnelige domfelte med rusmiddelproblematikk
	Økt samhandling	<ul style="list-style-type: none"> • Utarbeide nasjonale rutiner og systemer for informasjonsdeling av kartlagt rusmiddelproblematikk • Vurdere dagens praksis og rutiner for søknad og overføring til soning i institusjon etter § 12
Ved løslatelse	Planlegge og samhandle tilbakeføring	<ul style="list-style-type: none"> • Flere ressurser med sosialfaglig kompetanse med ansvar for å koordinere tjenestetilbud under soning, samarbeide med kommuner, koordinere videre behandling etter løslatelse, mv. • Gjennomgå, og ved behov revidere, eksisterende avtaler og regelverk, slik at betydningen av helhetlig ansvar og samarbeid om tilbakeføring av domfelte og innsatte kommer tydelig fram • Innføre tjenestemelding om løslatelse til samarbeidende etater (kommune, NAV osv.)
Straffegjennomføring i samfunnet		
RK	Kartlegging av rusmiddelproblematikk	<ul style="list-style-type: none"> • Lovfeste personundersøkelser⁴ i alle saker med gjentatt promillekjøring eller viss promille
RK/ND	Økt samhandling	<ul style="list-style-type: none"> • Øke kjennskapen til RK/ND i straffesakskjeden og sikre riktig valg av straffegjennomføring

Kilde: Oslo Economics

⁴ Personundersøkelser er en kartlegging av en siktet eller tiltalt person etter oppdrag fra påtalemyndighet eller domstol. Denne kartleggingen skal bidra til at domstolen gis et bedre grunnlag til å fastsette en riktig straffereaksjon.

1. Oppdrag og metode

På oppdrag for Justis- og beredskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet har Oslo Economics og Tyrilistiftelsen, ved Tyrili FoU, kartlagt og vurdert det samlede tilbudet under straffegjennomføring for personer med rusmiddelproblematikk, samt om innretning av tilbudet bør endres. Kartleggingen og vurderingene bygger på et omfattende datagrunnlag bestående av spørreundersøkelser, intervjuer, ulike datakilder, samt dokumentstudier.

En rekke studier viser at en betydelig andel av de domfelte har rusmiddelproblemer, både knyttet til narkotika, medikamenter (ikke foreskrevne) og alkohol. Cramer (2014) anslår at omlag 65 prosent av domfelte har et rusmiddelproblem ved innsettelse i fengsel. Samtidig kan rusmiddelproblematikk øke risikoen for at det begås ny kriminalitet etter endt soning. Levekårsundersøkelsen blant innsatte gjennomført av SSB finner at stort forbruk av både alkohol og narkotika, er langt mer utbredt blant innsatte som tidligere har sonet enn blant de innsatte som sonet sin første dom (Revol, 2014). I Nasjonal strategi for samordnet tilbakeføring etter gjennomført straff 2017–2021 er Regjeringens hovedmålsetning at de domfeltes levekårsutfordringer og samordningsutfordringer må møtes med virkningsfulle tiltak for å lykkes bedre med å tilbakeføre tidligere domfelte i samfunnet og redusere tilbakefallet til ny kriminalitet (Departementene, 2017).

Det norske straffegjennomføringssystemet er basert på humanistiske prinsipper og på individuell tilrettelegging for de domfelte og innsatte. Straffegjennomføringen skal, så langt det er forenlig med hensynet til samfunnets sikkerhet og den almennelige rettsoppfatning, legge til rette for at den straffedømte gis mulighet til å endre livsførsel og hindre tilbakefall (Forskrift om straffegjennomføring § 1-1). Hensynet til samfunnets krav om beskyttelse mot kriminelle handlinger skal balanseres med hensynet til den enkelte domfeltes og innsattes muligheter for å vende tilbake til samfunnet som fremtidig lovlige borgere.

Innsatte har samme rettigheter til et likeverdig tilbud av tjenester og tilbud som befolkningen forøvrig (Hdir, 2016b). I straffegjennomføringsloven § 4 heter det at kriminalomsorgen i samarbeid med offentlige etater skal legge til rette for at domfelte og innsatte får tilgang til de tjenester de har krav på, herunder helse- og omsorgstjenester. Dette innebærer at innsatte skal

ha tilgang på kvalifisert personell med særlig kompetanse på forhold knyttet til innsattes spesielle levekår, livssituasjon og helseproblemer, og også rusmiddelproblemer.

Det har aldri blitt gjennomført en helhetlig gjennomgang av behandlingstilbudet til personer med rusmiddelproblemer under straffegjennomføring. Formålet med dette oppdraget har vært å vurdere det samlede tilbudet som gis under straffegjennomføring til personer med rusmiddelproblemer eller avhengighet, og om innretningen av dagens tilbud bør endres.

Kartleggingen og informasjonsinnhenting har omfattet ansatte i de ulike tjenestene og representanter for ulike bruker- og interesseorganisasjoner, men har ikke omfattet brukerne eller innsatte direkte. Se kapittel 1.2 for nærmere beskrivelse av metode og informasjonsinnhenting.

1.1 Problemstillinger

Formålet med oppdraget har vært å vurdere det samlede tilbudet til personer med rusmiddelproblematikk under straffegjennomføring, og om innretningen av dette bør endres. Ifølge oppdragets utlysning skal oppdraget innebefatte en samlet gjennomgang av de rusrelaterte straffereaksjonene, helsetilbud og andre tilbud til personer med rusmiddelproblemer, herunder:

- Program mot ruspåvirket kjøring (RK)
- Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND)
- Stifinnerenhetene
- Rusenheter inspirert av stifinnermodellen (2017)
- Rusmestringsenhetene
- § 12 soning
- Polikliniske tilbud innen Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB)
- Kommunal helse- og omsorgstjenestetilbudet til innsatte (fengselshelsetjenesten)
- Tiltak for å redusere overdosedødsfall (prosjekt)

Videre skal gjennomgangen både bidra med samlet informasjon om innretningen av tilbudet og hvor stor andel av aktuell målgruppe som har tilgang til relevant helsetilbud.

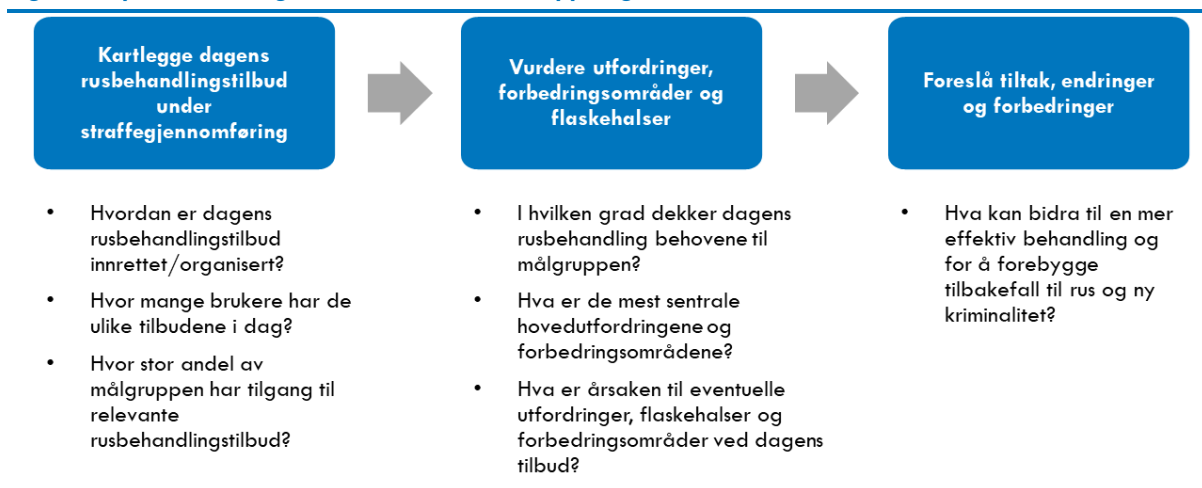
Hovedelementene i oppdraget har vært som følger:

- Kartlegge innretningen av det samlede rusbehandlingstilbudet under straffegjennomføring og straffereaksjoner for personer med rusmiddelproblemer eller avhengighet
- Identifisere hvor stor andel av den aktuelle målgruppen som har tilgang til relevant helsetilbud.

- Vurdere hvordan dagens helsetilbud bedre kan innrettes for å legge til rette for en mer effektiv behandling og for å forebygge tilbakefall til rus og ny kriminalitet.

Figur 1-1 oppsummerer problemstillingene i de ulike delene av oppdraget.

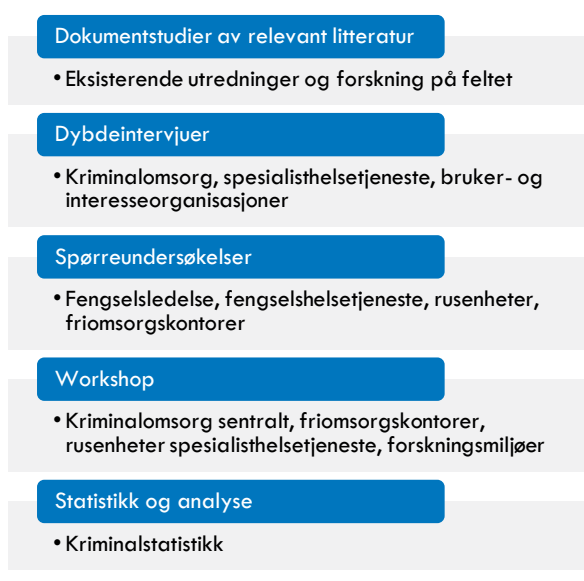
Figur 1-1: problemstillinger i de ulike delene av oppdraget:



1.2 Metode og informasjonsgrunnlag

Kartleggingen og vurderingene er basert på en kombinasjon av ulike metoder og analyse av både kvalitative og kvantitative data, som vist i Figur 1-2. Kartleggingen og informasjonsinnhenting har omfattet ansatte i de ulike tjenestene og representanter for ulike bruker- og interesseorganisasjoner, men har ikke omfattet brukerne eller innsatte direkte.

Figur 1-2: Metode for vurdering av rusbehandlingstilbud under straffegjennomføring



Kilde: Oslo Economics

1.2.1 Dokumentstudier

Analysen bygger på eksisterende utredninger og forskning på feltet, i tillegg til gjeldende veiledere og retningslinjer. Vi viser til referanselisten (Kapittel 6) for fullstendig oversikt over litteratur og dokumenter.

1.2.2 Dybdeintervjuer

For å kartlegge og vurdere det samlede straffereaksjons- og behandlingstilbudet for personer med rusmiddelproblematikk har vi gjennomført 26 dybdeintervjuer:

- Kriminalomsorgsdirektoratet (KDI)
- Kriminalomsorgen Region Nord, Region Øst og Region Vest
- Kriminalomsorgens Høgskole og Utdanningscenter (KRUS)
- Overdoseprosjektet
- Bergen fengsel
- Oslo fengsel
- Stifinnertiltaket i Bjørgvin fengsel
- Tyrilistiftelsen Stifinnerteam
- Rusmestringsenheten i Arendal fengsel, Evje avdeling
- Rusmestringsenheten i Ullersmo fengsel
- Buskerud friomsorgskontor
- Oslo friomsorgskontor
- Rogaland friomsorgskontor
- ND-senteret i Bergen
- Helsedirektoratet (representanter fra avdeling for spesialisthelsetjenester, avdeling kommunale helse- og omsorgstjenester og avdeling psykisk helse og rus)

- Nasjonal kompetansetjeneste TSB
- Helse Sør-Øst, avdeling for rusbehandling
- Helse Vest, Haukeland universitetssykehus, avdeling for rusmedisin
- Sykehuset Østfold HF, poliklinikk for rus- og avhengighetsbehandling, Sarpsborg
- Wayback
- Nettverk etter soning (Røde Kors)
- Actis
- Fagrådet – Rusfeltets hovedorganisasjon
- PriSUD

Intervjuene har blitt gjennomført som såkalte semistrukturerte dybdeintervjuer. I forkant av intervjuene utarbeidet vi en intervjuguide som inneholdt relevante spørsmål vi ønsket å få besvart. Under gjennomføringen fungerte spørsmålene som et verktøy for å sikre at alle relevante problemstillinger, temaområder og spørsmål ble dekket. Vi forholdt oss ikke slavisk til intervjuguiden, men tilstrebet at intervjuet forløp som en samtale. Dette var også intervjuobjektene informert om.

Intervjuguiden dekket både overordnede spørsmål knyttet til det samlede rusbehandlingstilbudet i straffegjennomføringen, i tillegg til spørsmål knyttet til definerte rusrelaterte tilbud (rusmestrings- og andre enheter, ND, RK, soning i institusjon etter § 12). I forkant av intervjuene sendte vi ut hele eller deler av intervjuguiden, avhengig av hvilke temaer som var relevante for de aktuelle intervjuobjektene.

Gjennom dybdeintervjuene har vi kartlagt hvilke tilbud som gis til personer med rusmiddelproblemer og hvordan disse tilbudene er organisert, hva som er mulige utfordringer og forbedringsområder på området samt hvordan de ulike aktørene vurderer at rusbehandlingstilbud og andre tilbud rettet mot personer med rusmiddelproblematikk kan forbedres.

1.2.3 Spørreundersøkelse

Som en del av oppdraget har det også blitt gjennomført spørreundersøkelser rettet mot fengselsledere, ledere for rusenheter, ledere for friomsorgskontor og helse- og omsorgstjenesten i norske fengsel. En mulig

svakhet ved undersøkelsene er at de primært ble besvart av ledere for rusenheter og fengsel, og perspektivene til fengselsbetjenter og andre ansatte i kriminalomsorgen er derfor i mindre grad dekket av spørreundersøkelsen. Undersøkelsene innhentet heller ikke synspunkter direkte fra innsatte i fengsel og andre domfelte. Spørreundersøkelsen ble benyttet som et supplement til dybdeintervjuer for å nå ut til samtlige fengsel og friomsorgskontor. Spørreundersøkelsen ble på samme måte som dybdeintervjuer brukt til å kartlegge tilbudet som gis til personer med rusmiddelproblemer i straffegjennomføringen, til å få belyst hvilke utfordringer og forbedringsområder som finnes og til å få innspill til mulige tiltak. Vi utarbeidet fem ulike spørreskjemaer, til henholdsvis 1) leder for fengsel med rusenhet, 2) leder for fengsel uten rusenhet, 3) leder for rusenhetene, 4) fengselshelsetjenesten og 5) friomsorgskontorer og ND-sentre. Før skjemaene ble sendt ut, ble utformingen av undersøkelsen kvalitetssikret i samarbeid med KDI.

Spørreundersøkelsene ble gjennomført i februar 2020. Invitasjon til spørreundersøkelsene ble sendt ut til fengselshelsetjenesten og friomsorgskontorer via e-post den 28. januar, og det ble sendt ut én purring. Spørreundersøkelsen ble sendt ut til fengselsledere og ledere ved rusenheter via e-post den 30. januar. Det ble sendt ut to puringer.

Tabell 1-1 viser antall mottakere, svar og svarprosent for de ulike spørreundersøkelsene. Totalt ble spørreundersøkelsen sendt ut til 116 mottakere fordelt på fengselsledere, ledere ved rusenheter, leder for fengselshelsetjenester og ledere for friomsorgskontor. Totalt svarte 59 respondenter på spørreundersøkelsene. Den totale responsraten blant alle respondenter var 50 prosent. Ser man på responsraten innenfor hver gruppe av respondenter var svarprosenten høyest blant fengsel med rusenhet (67 prosent) og lavest blant fengselshelsetjenesten (44 prosent) og friomsorgskontor (47 prosent). Blant rusenhetene er det eksempler på at enkelte respondenter har lederansvar for flere rusenheter samtidig og derfor har besvart undersøkelsen på vegne av flere rusenheter.

Tabell 1-1 Respondenter og svarprosent ved spørreundersøkelsene

Type respondenter	Antall mottakere	Antall svar	Svarprosent
Ledelse i fengsel med rusenhet	18	9	50%
Ledelse i fengsel uten rusenhet	18	10	56%
Ledelse i rusenhet	18	12	67%
Fengselshelsetjeneste	43	19	44%
Ledelse for friomsorgskontorer, ND-sentre	19*	9	47%
Totalt	116	59	50%

Kilde: Oslo Economics. *17 friomsorgskontorer og 2 ND-sentre

1.2.4 Workshop

Etter å ha gjennomført dybdeintervjuene og spørreundersøkelsen inviterte vi et utvalg av de mest sentrale aktørene innenfor rusbehandling under straffegjennomføring til en workshop. Formålet med workshopen var å presentere resultatene av analysen, samt å skape diskusjon om relevante utfordringer og mulige tiltak.

Workshopen ble gjennomført 25. februar 2020, og varte i tre timer. Deltakerne på workshopen representerte følgende aktører og instanser:

- En representant fra KDI
- Fire representanter fra Hdir
- Leder for rusmestringsenhet, Ullersmo fengsel
- Leder for rusmestringsenhet ved Indre Østfold avdeling Trøgstad og rusenhet etter stifinnermodell ved avdeling Eidsberg
- Leder for ND-senteret i Bergen
- Assisterende friomsorgsleder, Oslo friomsorgskontor
- Leder for Nasjonal kompetansetjeneste TSB
- Leder og forsker ved PriSUD

Representanter fra KRUS og Helse Vest, avdeling for rusmedisin var også invitert, men hadde ikke mulighet til å komme.

1.2.5 Statistikk og analyse

Vi fikk tilsendt relevant kriminalstatistikk fra KDI som omhandlet rusmestringsenheter, Stifinnerteam og rusenheter etter Stifinnermodell, ND, RK og soning i institusjon etter § 12.

- Statistikken om rusenhetene viser antall søkere og opptak fra 2013-2018. For 2017 og 2018 har vi

data på antall overføringer og løslatelser til annen avdeling eller soning, bruk av tiltak (russamtale, Individuell plan osv.) og gjennomføring av rusprogram

- ND-statistikken viser antall iverksatte dommer fra 2013 til 2019. Merk at programmet ble rullet ut nasjonalt i 2016, og at årene 2013 til 2015 kun dekker Oslo og Bergen. Fra 2017 har vi mer detaljerte data over blant annet aktive saker og gjennomførte ND-dommer, avholdte møter, rekviderte personundersøkelser og omgjøringer samt antall i ulik behandling (poliklinisk, døgn, LAR osv.)
- RK-statistikken viser nasjonale tall fra 2010 til 2018 over antall dommer og antall og andel fullførte saker. Videre har vi data over antall personundersøkelser, brudd, reaksjoner, nye og omgjorte dommer og avsluttede saker
- § 12-statistikken dekker perioden 2013 til 2018 for hele landet og per region. Dataene dekker antall døgn i behandling fordelt på tre store tilbydere og andre tilbydere, og antall personer i hel- og delgjennomføring under § 12

1.3 Rapportstruktur

Rapporten er inndelt som følger. Kapittel 2 beskriver dagens tilbud til personer med rusmiddelproblemer under straffegjennomføring. Kapittel 3 viser utviklingen i bruk av ulike rusrelaterte straffereaksjoner og tilbud. Kapittel 4 vurderer utfordringer og forbedringspotensial ved tilbudet som gis til domfelte med rusmiddelproblemer under straffegjennomføring. Kapittel 5 beskriver behov for tiltak og endringer og potensielle virkninger av tiltak.

2. Beskrivelse av dagens tilbud til personer med rusmiddelproblematikk under straffegjennomføring

Det finnes i dag ulike tilbud og tilrettelagte soningsformer for personer med rusmiddelproblematikk under straffegjennomføring. Dette inkluderer både rettsbestemte straffereaksjoner for rusrelatert kriminalitet, rusrelaterte tilbud ved soning av ubetinget fengselsstraff og soning i institusjon. Innsatte i fengsel og andre domfelte har dessuten de samme pasientrettigheter som alle andre innbyggere – uansett om dette gjelder spesialisthelsetjenester eller kommunale helse- og omsorgstjenester.

Straffegjennomføring kan gjennomføres både i fengsel og i samfunnet. Noen straffegjennomføringsformer idømmes i retten (rettsbestemt), mens andre er alternative straffegjennomføringsformer som den domfelte kan søke seg til innenfor en ubetinget fengselsstraff.

Program mot ruspåvirket kjøring (RK) og Narkotika-program med domstolskontroll (ND) er straffegjennomføringsprogrammer som under særvilkår idømmes domfelte som har begått rusrelatert kriminalitet.

Under soning av en ubetinget fengselsstraff kan innsatte med rusmiddelproblemer søke om å sone ved en rusmestringsenhet, Stifinnerteam eller rusenhet etter Stifinnermodell (heretter brukes rusenhet som en samlebetegnelse for slike enheter). Innsatte med rusmiddelproblemer har også mulighet til å søke om å sone hele eller deler av dommen i institusjon etter § 12.

Det er kriminalomsorgen som administrerer straffegjennomføringen, både i fengsel og i samfunnet. Kommunene har ansvar for primære helse- og omsorgstjenester (fengselshelsetjenesten), mens helseforetakene har ansvar for å tilby spesialisthelsetjenester til innsatte, herunder TSB. Figur 2-1 gir en oversikt over straffereaksjoner og ulike tilbud under straffegjennomføringsløpet rettet mot personer med rusmiddelproblematikk.

Figur 2-1: Straffereaksjoner og tilbud rettet mot domfelte med rusmiddelproblematikk

Tilpassede straffereaksjoner for personer med rusmiddelproblemer: <ul style="list-style-type: none">• Program mot ruspåvirket kjøring (RK)• Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND)	Alternativ straffegjennomføring for personer med rusmiddelproblemer: <ul style="list-style-type: none">• Soning i institusjon etter § 12
Tilrettelagt soning for personer med rusmiddelproblemer i fengsel: <ul style="list-style-type: none">• Stifinnerteam• Rusenheter inspirert av stifinnermodellen• Rusmestringsenheter	Helsetilbud i straffegjennomføringen: <ul style="list-style-type: none">• Primærhelsetjenester (fengselshelsetjenesten)• Spesialisthelsetjenester, herunder TSB
	Andre tiltak/prosjekter: <ul style="list-style-type: none">• Tiltak for å redusere overdosedødsfall (prosjekt)

Kilde: Oslo Economics

2.1 Rettsbestemte straffereaksjoner for rusrelatert kriminalitet

ND og RK er begge programmer som under særvilkår idømmes domfelte som har begått rusrelatert kriminalitet. I det følgende beskrives disse nærmere.

2.1.1 Program mot ruspåvirket kjøring (RK)

RK er en alternativ straffereaksjon til ubetinget fengsel, og stilles som særvilkår til en betinget dom. Det overordnede formålet med programmet er å motvirke ny straffbar handling i form av kjøring i ruspåvirket tilstand, skape et tryggere trafikkmiljø og minske antall trafikkulykker (Justis- og

beredskapsdepartementet, 2008). Programmet skal gi domfelte økt kunnskap og forståelse av og risiko forbundet med egen rusatferd, økt motivasjon til endring av slik atferd, samt gjøre den domfelte bedre rustet til å unngå ny ruspåvirket kjøring.

Tabell 2-1: Program mot ruspåvirket kjøring (RK)

Formål	Motvirke ny kjøring i ruspåvirket tilstand
Metode	Samtaleorientert undervisning, individuelle samtaler, kartlegging av rettighet til spesialisthelsetjeneste (TSB)
Målgruppe	Personer som ellers ville blitt dømt til ubetinget fengsel for ruspåvirket kjøring med problematisk forhold til alkohol og/eller andre rusmidler. Krever samtykke og egnethetsvurdering.
Tilbydere	Kriminalomsorgen gjennom friomsorgskontorene.

Kilde: KDI (2019a), KDI (2019c)

I henhold til forskriftene skal programmet inneholde 20-30 timer med samtaleorientert undervisning (strukturerte gruppesamlinger) over til sammen 12 samlinger. I tillegg innebærer programmet blant annet individuelle samtaler og kartlegging av behandlingsbehov med rett til rusbehandling i spesialisthelsetjenesten. Organiseringen av samlingene kan variere avhengig av praktiske løsningen og lokale forhold. Hele programmet gjennomføres som regel over en periode på 10 måneder.

Straffeaksjonen er rettet mot personer som ellers ville blitt dømt til ubetinget fengsel for alvorlige tilfeller av kjøring under påvirkning av rusmidler, både legale og illegale, og som har et problematisk forhold til alkohol og/eller andre berusende eller bedøvende midler. Personen må være egnet for deltagelse i programmet, herunder evne å møte til faste avtaler upåvirket av berusende eller bedøvende midler, og opplyse om bosted og andre forhold som er av betydning for gjennomføringen. I tillegg må personen oppvise en atferd som ikke er truende for sikkerheten til andre deltagere eller som påvirker miljøet i særlig negativ grad. Personen må selv samtykke til deltagelse.

Programmet tilbys ved friomsorgskontorene, som er en del av kriminalomsorgen og er lokalisert i alle landets fylker. Noen kontorer er tilstede med underkontorer i flere byer.

2.1.2 Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND)

ND er en alternativ straffereaksjon til ubetinget fengsel, og stilles som særvilkår til en betinget dom. Programmet har som formål å forebygge ny kriminalitet, fremme rehabilitering samt styrke og samordne praktiske hjelpe- og behandlingstilbud for den domfelte som er avhengige av narkotika og omfattes av ordningen (Justis- og beredskapsdepartementet, 2017).

Tabell 2-2: Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND)

Formål	Fremme rehabilitering, styrke og samordne praktiske hjelpe- og behandlingstilbud
Metode	Individuelt tilpasset kombinasjon av rehabiliterende og kriminalitetsforebyggende tiltak. Hyppig ruskontroll. Domfelte møter i retten flere ganger i løpet av programmet.
Målgruppe	Rusmiddelavhengige som dømmes for rusrelatert kriminalitet, med et erkjent rusmiddelproblem. Krever samtykke og egnethetsvurdering.
Tilbydere	Kriminalomsorgen gjennom friomsorgskontorene.

Kilde: KDI (2019b), KDI (2019c), Justis- og beredskapsdepartementet (2017)

ND tilrettelegges individuelt og tilpasses domfeltes behov og ønsker. Alle tiltakene skal være av rehabiliterende og kriminalitetsforebyggende art, og kan inneholde rusbehandling, utdanning, opplæring, arbeid, fysisk helse, psykisk helse, kriminalitetsforebygging, nettverk, økonomi, fritid m.m.

ND gjennomføres i fire faser; iverksettelsesfasen, stabiliseringsfasen, ansvarsfasen og videreføringsfasen. Hver fase har ulike vilkår, som settes for den enkelte domfelte. Domstolskontrollen utøves ved at domfelte møter i retten sammen med kriminalomsorgen i flere omganger i løpet av ND-programmet. I møtene sjekkes det om vilkårene som er satt for den domfelte overholdes. Det gjennomføres også hyppig og jevnlig ruskontroll.

Målgruppen for ND-programmet er rusmiddelavhengige som dømmes for kriminalitet relatert til rusmiddelavhengigheten. Den straffedømte må ha et erkjent rusmiddelproblem og være villig til å legge ned en betydelig innsats for å endre livsførsel. Det er et krav at siktede samtykker til straffereaksjonen, etter å ha fått grundig informasjon fra kriminalomsorgen om hva programmet innebærer. Personer som dømmes for voldslovbrudd eller seksuallovbrudd skal ikke idømmes ND. Ved voldslovbrudd av mindre alvorlig karakter kan det gjøres unntak.

I forkant av en ND-dom skal alltid foreligge en personundersøkelse (Justis- og beredskapsdepartementet, 2017). Personundersøkelsen er en kartlegging av den siktede eller tiltalte som skal bidra til at domstolen gis et bedre grunnlag til å fastsette riktig straffereaksjon, i dette tilfellet for å vurdere om den siktede er egnet for ND-programmet.

Kriminalomsorgen er ansvarlige for å tilrettelegge og gjennomføre ND i samarbeid med andre offentlige instanser for å sikre at den domfelte mottar et helhetlig behandlings- og rehabiliteringstilbud. Relevante samarbeidsaktører er spesialisthelsetjenesten, kommunale tjenester og opplæringssektoren. Andre aktører og tiltak kan være arbeids- og velferdsforvaltningen, og oppfølging av utdanning og bolig.

Alle domstoler kan avsi ND-dom, men det er domstolene i byer med friomsorgskontorer som har oppfølgingsansvaret av den domfelte.

2.2 Tilrettelagt soning for innsatte med rusmiddelproblemer

Rusmestringsenheter, Tyrili Stifinnerteam og rusenheter etter Stifinnermodell er tre varianter av rusenheter eller baser som innsatte med rusmiddelproblemer kan søke seg til. Formålet med enhetene og målgruppa for de ulike variantene er i all hovedsak er den samme, men det er noen forskjeller i tilbydere og historikk. Dette kapitlet gir en overordnet beskrivelse av rusmestringsenheter (2.2.1), Tyrili Stifinnerteam (2.2.2) og rusenheter etter Stifinnermodell (2.2.3). Se kap. 4.2. for nærmere beskrivelse av ulikheter i innretning, kompetanse og tilbud på tvers av rusenhetene.

2.2.1 Rusmestringsenheter

Rusmestringsenheter er et tilbud om rehabilitering og behandling rettet mot innsatte som ønsker hjelp med omfattende rusmiddelproblemer, ofte i kombinasjon med psykiske lidelser (KDI og Hdir, 2016). Formålet med enhetene er å gjøre innsatte bedre i stand til å mestre sitt rusmiddelproblem og egen livssituasjon.

Tabell 2-3: Rusmestringsenheter

Formål	Gjøre innsatte bedre i stand til å mestre sitt rusmiddelproblem og egen livssituasjon
Metode	Individuell og gruppebasert rusmestring basert på ulike programmer
Målgruppe	Innsatte med rusmiddelproblematikk, eventuelt i kombinasjon med psykiske lidelser
Tilbydere	Kriminalomsorgen i samarbeid med spesialisthelsetjenesten (TSB)

Kilde: KDI og Hdir (2016), KDI (2019d), KDI (2019c), Hdir

Tilbudet ved rusmestringsenhetene skal ifølge veilederen for rusmestringsenheter (KDI og Hdir, 2016) være et samarbeid mellom kriminalomsorgen og spesialisthelsetjenesten ved TSB. Bemanningen ved den enkelte rusmestringsenhet består av personell fra spesialisthelsetjenesten (som regel med psykolog) og ansatte i kriminalomsorgen. Tilbudet består av individuell og gruppebasert rusmestring basert på ulike programmer, og

planlagt tilbakeføring til kommune eller overføring til TSB etter løslatelse. Det er kriminalomsorgen som har ansvar for å tilrettelegge for samarbeid med kommunal helse- og omsorgstjeneste, spesialisthelsetjeneste og øvrige aktører om god løslatelse og overføring til straffegjennomføring i samfunnet.

Målgruppen for rusmestringsenhetene er innsatte med rusmiddelproblemer. Tilbudet er fortrinnsvis rettet mot domfelte, men varetektsinnsatte kan også vurderes. Det legges stor vekt på om søkeren vil kunne nyttiggjøre seg av tilbudet ved den enkelte rusmestringsenhet. Dette vurderes gjennom en inntakssamtale som skal belyse motivasjon, ønske om endring av rusatferd, vilje til samarbeid i fellesskap og mestring, tidligere behandlingserfaring o.l.

Veilederen for rusmestringsenheter presiserer at innsatte som har rett til TSB er førsteprioritet for inntak. Rusmestringsenheten skal motivere og forberede den rusavhengige til å fortsette rusbehandling etter fengselsoppholdet. Rehabiliteringen kan fortsette enten ved at innsatte overføres til § 12 soning i behandlings- eller omsorgsinstitusjon (se nærmere beskrivelse i kapittel 2.3.1) eller ved at innsatte etter løslatelse får behandling av en ruspoliklinikk ute i samfunnet (KDI, 2019d).

Det finnes i dag rusmestringsenheter i 13 av landets fengsel; Ravneberget, Stavanger, Bodø, Bergen, Romerike (avd. Ullersmo), Bastøy, Trondheim (avd. Leira), Arendal (avd. Evje), Indre Østfold (avd. Trøgstad), Halden, Hustad, Skien og Tromsø.

2.2.2 Tyrili Stifinnerteam

Tyrili Stifinnerteam er et tilbud til straffedømte som ønsker å jobbe med rusmiddelproblemer sine. Tyrili Stifinnerteam er en videreutvikling av tilbudet som tidligere het «Stifinnerenheter» eller bare «Stifinner'n».

Tabell 2-4: Tyrili Stifinnerteam

Formål	Gi den innsatte mulighet til å øke livsmestring uten å være styrt av rus og kriminalitet
Metode	Samtalegrupper, individuelle samtaler, ansvarsgruppemøter og fritidsaktiviteter
Målgruppe	Innsatte med rusmiddelproblemer som er motiverte for endring mht. rus og kriminalitet
Tilbydere	Tyrilistiftelsen

Kilde: Tyrili (2020), KDI (2019d)

Behandlingen i Stifinnerteam består av samtalegrupper, individuelle samtaler, ansvarsgruppemøter, fritidsaktiviteter m.m. Den enkeltes soningsplan avgjør omfang og innretning på behandlingen.

Målgruppen for enhetene er innsatte som selv opplever et problematisk forhold til rusmidler og har et ønske om endring. For å kvalifisere for inntak må den innsatte a) ikke være dømt for seksuelle overgrep b) kunne klareres for straffegjennomføring med lavt sikkerhetsnivå, c) kunne delta og bidra til fellesskapet og d) beherske norsk muntlig.

Den innsatte er selv ansvarlig for å sende inn en personlig søknad. Søknaden sendes til Tyrili Stifinnerteam sammen med et vedlegg fra en kontaktbetjent. Det gjennomføres så et intervju for å kartlegge den innsattes motivasjon for deltagelse, samt mulighet til å nyttiggjøre seg av oppholdet.

Stifinnerteam er et samarbeid mellom Tyrilistiftelsen og kriminalomsorgen. Kriminalomsorgen har ansvar for driften av fengselsenheter. Teamet i Stifinnerteamene er tverrfaglig sammensatt, med helse- og sosialfaglig kompetanse, samt psykologkompetanse.

Tyrili Stifinnerteam har to avdelinger i Oslo; et for menn i Oslo fengsel og for kvinner i Bredtveit fengsel. I tillegg er Tyrilistiftelsen ved Tyrili Stifinnerteam med som samarbeidspartner i en avdeling i Østfold fengsel avdeling Eidsberg, som er en av tre rusenheter etter Stifinnermodell, opprettet i 2017. I Bredtveit og Eidsberg jobber Stifinnerteam oppsøkende i hele fengselet, slik at innsatte på andre avdelinger også kan få kartlagt og jobbet med rehabilitering fra sin rusmiddelproblematikk.

2.2.3 Rusenheter inspirert av stifinnermodellen

Gjennom opptrappingsplanen for rusfeltet (HOD, 2015) foreslo regjeringen blant annet «å utvikle og øke bruken av alternative straffereaksjoner og straffegjennomføringsformer». I Prop. 1 S (2016–2017) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016) for kriminalomsorgen foreslo regjeringen å bevilge 12 millioner kroner til kriminalomsorgen til etablering av tre nye stifinnerenheter. Enhetene skulle etableres i Bjørgvin fengsel, Trondheim fengsel og Indre Østfold fengsel, Eidsberg avdeling.

Enhetene etter Stifinnermodell skulle styrke tilbudet til innsatte med rusmiddelproblemer, fordi det ble vurdert at det eksisterende tilbudet ikke dekket de innsattes behov for behandling. Det ble opp til de tre fengslene hvordan de ønsket å løse oppdraget.

De tre enhetene ble opprettet i 2017 som et samarbeid mellom kriminalomsorgen og spesialisthelsetjenesten (TSB). Ved rusenheten i Eidsberg er også Tyrilistiftelsen inne i samarbeidet.

2.3 Alternativ straffegjennomføring ved ubetinget fengselsstraff for domfelte med rusmiddelproblemer

2.3.1 Soning i institusjon etter § 12

Straffegjennomføringslovens § 12 sier at straffen

«[...] i særlige tilfeller helt eller delvis gjennomføres ved heldøgnsopphold i institusjon dersom oppholdet er nødvendig for å bedre domfeltes evne til å fungere sosialt og lovlydig, eller andre tungtveiende grunner taler for det.»

Overføringen kan begrunnes med behov for rusmiddeiltak, helsemessige behov, behov for tilbakeføringstiltak eller sosial rehabilitering (KDI, 2017).

Tabell 2-5: Soning i institusjon etter § 12

Formål	Gi domfelte nødvendig behandling og rehabilitering, eller bidra til tilbakeføring etter lengre straffegjennomføring
Metode	Hele eller deler av fengselsstraffen gjennomføres ved heldøgnsopphold i institusjon
Målgruppe	Straffedømte som soner/skal sone fengselsstraff med særlig behov for behandling som ikke dekkes av kriminalomsorgens tilbud.
Tilbydere	Offentlige eller private institusjoner

Kilde: KDI (2019e), KDI (2019c)

Formålet med tilbudet er å gi domfelte nødvendig behandling og rehabilitering, eller å bidra til tilbakeføring etter lengre straffegjennomføring. Oppholdet kan vare i inntil 12 måneder, med mulighet for forlengelse. Straffegjennomføringen er fortsatt en ubetinget fengselsstraff, og overføring til institusjon kan skje når som helst under straffegjennomføringen.

Målgruppen for soning i institusjon etter § 12 er domfelte som soner eller skal sone en fengselsstraff og som har et særlig behov som ikke dekkes av kriminalomsorgens tilbud (KDI, 2017). § 12-soning kan ikke innvilges dersom det er grunnlag for å anta at innsatte vil begå nye straffbare handlinger, unndra seg straffegjennomføringen eller på annen måte bryte vilkårene for oppholdet. Det må også vurderes som sikkerhetsmessig forsvarlig.

Det er kriminalomsorgen som behandler søknader om soning i institusjon etter § 12. Før innvilgelse av § 12-soning må det foreligge et tilsagn om plass fra en institusjon og oppholdets lengde, og kriminalomsorgen kan ikke innvilge § 12-opphold før den domfelte har en plass på en godkjent institusjon. Det er domfelte selv som har ansvar for å fremme søknad om soning i

institusjon, men kriminalomsorgen kan bistå med råd i prosessen.

Institusjonsoppholdet kan gjennomføres som hel- eller delgjennomføring. Ved delgjennomføring kan oppholdet enten utgjøre et midlertidig institusjonsopphold under straffegjennomføringen eller utgjøre siste del av straffetiden og inngå som del av et utslusningsopplegg. § 12-opphold kan innvilges i behandlings- eller omsorgsinstitusjon for rusmiddelavhengige og/eller lettere psykiske lidelser. I særlige tilfeller kan domfelte overføres til aldershjem, pleiehjem, omsorgsinstitusjon eller lignende (KDI, 2017).

2.4 Helse- og rusbehandlingstilbud under straffegjennomføring i fengsel

Norske fengsel drives etter den såkalte importmodellen, som innebærer at instanser ute i samfunnet leverer tjenester til de innsatte i fengslene på lik linje med personer ute i samfunnet. Helsetjenestene inngår i de importerte tjenestene. Dette medfører at helse- og omsorgstjenesten i vertskommunen for fengselet har ansvar for primærhelsetjenesten (fengselhelsetjenesten), mens det respektive regionale helseforetak har ansvar for spesialisthelsetjenesten.

2.4.1 Fengselhelsetjenesten

Alle fengsel har etablert kommunale helse- og omsorgstjenester i fengselet. Denne skal være en likeverdig og integrert del av den kommunale helse- og omsorgstjenesten og sikre at alle innsatte får nødvendig hjelp. Tjenestetilbudet skal tilpasses den enkeltes behov etter individuell vurdering (Hdir, 2016b).

Tabell 2-6: Fengselhelsetjenesten

Formål	Likeverdig og integrert helse- og omsorgstjeneste til innsatte som til øvrig befolkning
Metode	Primærhelsetjeneste bestående av lege og sykepleiere. Fengselslege ivaretar fastlegeansvaret for de innsatte, og henviser til spesialisthelsetjeneste ved behov.
Målgruppe	Alle innsatte med behov for helsetjenester.
Tilbydere	Kommunene

Kilde: Helsedirektoratet, KDI (2019f), KDI (2018b)

Det er opp til hver enkelt kommune hvordan organisering av fengselhelsetjenesten legges opp, at det er tilstrekkelig bemanning i tjenesten og at helsepersonell har den nødvendige kompetansen. Hdirs anbefaling er at helsepersonell er til stede i fengselet til faste tider. Fengselhelsetjenestens kompetanse og bemanning vurderes nærmere i kapittel 4.

2.4.2 Spesialisthelsetjenesten innen Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB)

Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) er den norske betegnelsen på tjenester som utfører rus- og avhengighetsbehandling på spesialistnivå (Nasjonal kompetansetjeneste TSB, 2019). Tverrfagligheten innebærer at tjenestene utføres av personell med medisinsk, psykologisk og sosialfaglig kompetanse.

Tabell 2-7: Spesialisthelsetjeneste (TSB)

Formål	Spesialisthelsetjeneste for rus- og avhengighetsbehandling
Metode	Individuelt tilpasset behandling basert på kartlagte behov, både poliklinisk og døgntilbud.
Målgruppe	Personer med rusmiddelproblematikk, både i og utenfor straffegjennomføring
Tilbydere	Regionale helseforetak

Kilde: Helsedirektoratet (2016b), SIFER (2018)

TSB innebærer poliklinisk, ambulant, dag- og døgntilbud. Det tilbys også akuttbehandling, avgiftning, avrusning og legemiddelassistert behandling (LAR). Det gis behandling for rusmiddelavhengighet av lovlig og illegale rusmidler, samt behandling for anabole steroider og spilleavhengighet. Behandling utføres med grunnlag i kartlagte medisinske, psykiske og sosiale utfordringer og planlegges ut fra situasjon og målsetting (Nasjonal kompetansetjeneste TSB, 2019).

Målgruppen for TSB er personer med rusmiddelproblemer eller annen avhengighetsproblematikk, både i og utenfor fengsel. Mottakere av TSB må ha pasientrettigheter etter henvisning for utredning og/eller behandling av rusmiddelproblemer. I tillegg til lege kan også helse- og sosialtjenester/NAV kan henvise til TSB (Oslo Universitetssykehus, 2019).

De regionale helseforetakene har ansvaret for TSB, og har organisert tilbudet noe ulikt. Noen helseforetak har organisert tilbudet som en egen avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, der både poliklinikk, dag- og døgntilbud er samlet. I andre helseforetak er poliklinikk for rus og avhengighet underlagt distriktspsykiatriske senter (DPS). TSB tilbys enten av helseforetak, av private ideelle eller kommersielle virksomheter som har driftsavtale med det regionale helseforetaket eller av institusjoner godkjent av Hdir ved HELFO gjennom ordningen med fritt behandlingsvalg (FBV) (Helfo, 2020).

2.5 Tiltak for å redusere overdosedødsfall etter løslatelse

Forebygging av overdosedødsfall er en av innsatsområdene i pasientsikkerhetsprogrammet (Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7). Som del av Nasjonal overdosestrategi 2014-2017 testet pasientsikkerhetsprogrammet i 2016 ut en egen tiltakspakke for å forebygge overdosedødsfall etter løslatelse fra fengsel. Prosjektet ble høsten 2016 overført til kriminalomsorgen.

Formål

Tiltakene har som formål å øke bevisstheten rundt og risikoen for overdosedødsfall etter soning og på denne måten forebygge overdosedødsfall etter løslatelse.

Tabell 2-8: Overdoseprosjektet

Formål	Forebygge overdosedødsfall etter løslatelse
Metode	Øke bevissthet rundt risikoen for overdosedødsfall gjennom fire tiltak
Målgruppe	Alle innsatte som er i miljøer der det er fare for overdose
Tilbydere	Helse- og omsorgstjenesten i samarbeid med kriminalomsorgen

Kilde: KDI (2018a)

Metode

Overdoseprosjektet består av fire konkrete tiltak, som

alle fengsel involvert i prosjektet er forpliktet til å implementere som del av sin daglige drift:

Innkomstamtale med helse- og omsorgstjenesten i fengsel: Alle innsatte skal ha en samtale med helse- og omsorgstjenesten kort tid etter ankomst til fengselet. I denne samtalen kartlegges helse- og russituasjon. I tillegg informeres den innsatte som rus- og overdoseproblematikk og om overdoseprosjektet, samt tilbys deltagelse i prosjektet.

Informasjon om overdosefare og opplæring i hjerte- og lungeredning: Innsatte som er med i prosjektet skal få kunnskap om faren for overdose etter løslatelse og opplæring i hjerte- og lungeredning. De innsatte får også opplæring i bruk av Nalokson nesespray, samt tilbud om å få med seg dette ved løslatelse. Det er kriminalomsorgen, i samarbeid med fengselshelsetjenesten, som er ansvarlig for dette tiltaket.

Løslatelsessamtale: Den siste uken før løslatelse eller overføring skal innsatte ha en oppsummeringssamtale med ansatte i kriminalomsorgen eller med helse- og omsorgstjenesten i fengselet.

«Time i hånden» (Konkrete avtaler ved løslatelse): Den innsatte skal være sikret en avtale med en kontaktperson i løpet av de første dagene etter løslatelse. Dette kan være med frivillige organisasjoner, NAV, kommunen, spesialisthelsetjenesten m.m.

Det er kriminalomsorgen, i samarbeid med Hdir, som er ansvarlig for prosjektet. Prosjektet driftes av Kriminalomsorgens Høgskole og Utdanningssenter (KRUS) og finansieres av Hdirs overdosestrategi.

3. Utvikling i bruken av rusrelaterte straffereaksjoner og tilbud

Det har de siste årene vært en jevn økning i antall personer som har blitt overført til de 18 rusenhetene ved landets fengsel. Dette skyldes primært opprettelsen av tre nye rusenheter etter stifinnermodell i 2017. Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND) ble en landsdekkende ordning i 2016 og antall som ble idømt ND økte derfor betydelig i 2017 og 2018. Det har i samme periode vært en nedgang i antallet som soner i institusjoner og en nedgang i antall personer i Program mot ruspåvirket kjøring (RK). Våre beregninger tilsier at under 20 prosent av innsatte i fengsel med rusmiddelproblemer mottar et rusrelatert tilbud i form av soning på rusenhet eller i institusjon. Også bruken av RK og ND synes å være lav sammenlignet med størrelsen på målgruppen for disse straffereaksjonene.

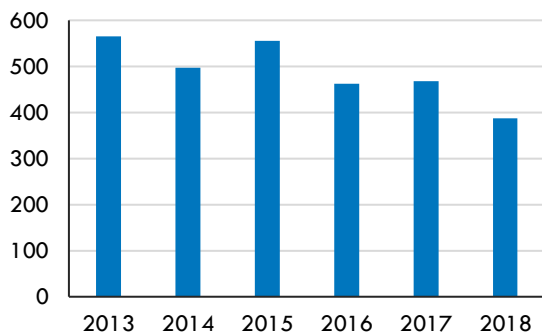
3.1 Bruken av ulike rusrelaterte straffereaksjoner og tilbud

I dette kapittelet vurderer vi først utviklingen i bruken av rusrelaterte straffereaksjoner og tilbud over tid. Deretter beregner vi andel av målgruppen som mottar rusrelaterte tilbud.

3.1.1 Program mot ruspåvirket kjøring (RK)

Det har de siste årene vært en liten nedgang i antall RK-dommer, se Figur 3-1.

Figur 3-1: Utvikling i antall som idømmes program mot ruspåvirket kjøring i perioden 2013-2018

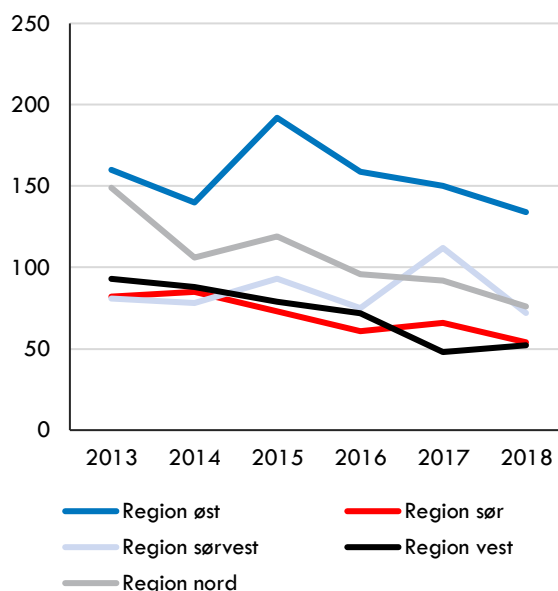


Kilde: KDI

⁵ EK innebærer at personer dømt til ubetinget fengselsstraff på fire måneder eller mindre, kan søke om å sone straffen hjemme med elektronisk fotlenke. Personer som allerede

I 2018 ble 388 personer idømt RK, sammenlignet med 468 året før. I 2013 ble 565 personer idømt RK. Nedgangen i bruken av RK kan skyldes flere forhold, blant annet økt bruk av elektronisk kontroll (EK). For personer som idømmes fengselsstraff for kjøring under påvirkning av legale og illegale rusmidler, vil straffutmålingen gjøre at det ofte er aktuelt å søke om å få gjennomført fengselsstraffen med EK.⁵ Dermed kan EK anses som å være et nært alternativ til en RK-dom. Figur 3-2 illustrerer utviklingen i bruken av RK fordelt på kriminalomsorgens fem regioner.

Figur 3-2: Utvikling i antall som idømmes program mot ruspåvirket kjøring i perioden 2013-2018 fordelt på region



Kilde: KDI

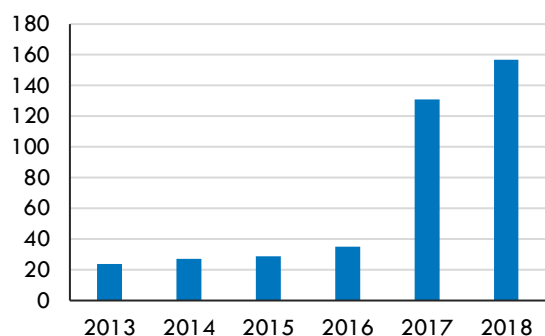
Antall RK-dommer har historisk vært høyere i region øst enn i de andre regionene. De andre regionene har ligget relativt jevnt, med unntak av region nord som jevnt over har hatt et litt høyere antall dommer. De siste årene har også region sørvest ligget på nivå med region nord i antall dommer.

3.1.2 Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND)

De siste årene har antall ND-dommer økt betydelig. I 2018 ble 157 personer dømt til ND, sammenlignet med 131 og 35 i henholdsvis 2017 og 2016, se Figur 3-3. Den kraftige økningen skyldes hovedsakelig at ND, som først var et prøveprosjekt som kun omfattet Oslo og Bergen, ble gjort landsdekkende i 2016.

gjennomfører en straff i fengsel, kan også søke om å overføres til EK de siste fire månedene før løslatelse.

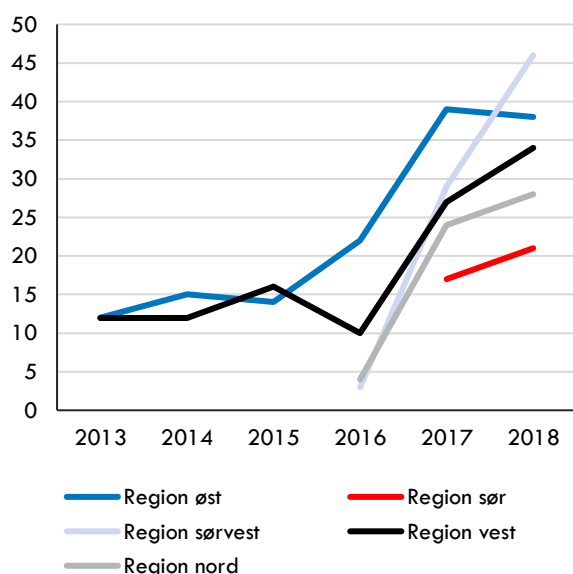
Figur 3-3: Utvikling i antall som idømmes narkotika-program med domstolskontroll (ND) i perioden 2013-2018



Kilde: KDI

Figur 3-4 illustrerer utviklingen i ND-dommer i perioden 2013 til 2018 fordelt på kriminalomsorgens fem regioner. Som det fremkommer av figuren var region sørvest den regionen med flest ND dommer i 2018, med totalt 46 personer som ble idømt ND. I region sør ble 21 personer idømt ND i 2018, noe som gjorde regionen til den med færrest ND-dommer.

Figur 3-4: Utvikling i antall som idømmes Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND) i perioden 2013-2018 fordelt på region



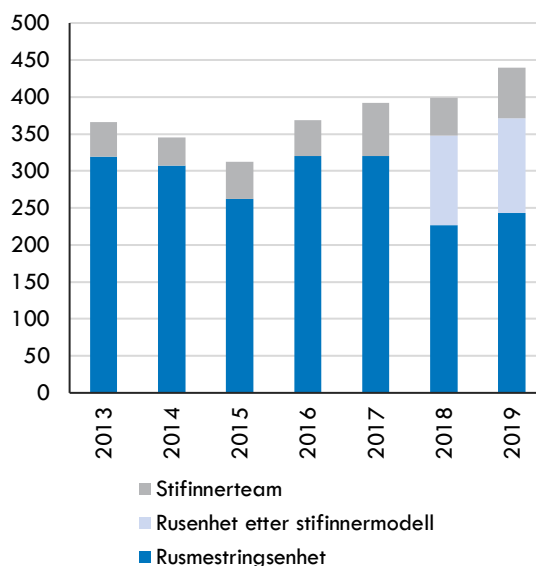
Kilde: KDI

3.1.3 Rusenheter

Det har de siste årene vært en jevn økning i antall personer som har blitt overført til de 18 rusenheter ved landets fengsel. I 2019 ble totalt 440 innsatte overført til en rusenhet, sammenlignet med 399 i 2018. Isolert sett har nivået på antall innsatte som ble overført til en rusmestringsenhet vært lavere de to siste årene enn tidligere år, se Figur 3-5. At det totale antallet som ble overført til en rusenhet har vært

økende de siste årene skyldes overføringer til de tre rusenhetene etter stifinnermodell, som ble opprettet i 2017.

Figur 3-5: Utviklingen i antall overføringer til rusmestringsenheter, rusenhet etter stifinnermodell og stifinnerteam i perioden 2013-2018

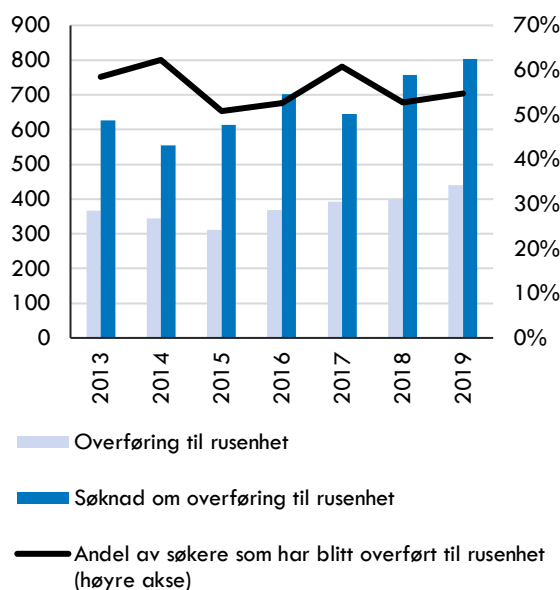


Kilde: KDI

Noe av nedgangen i overføringer til rusmestringsenheter fra 2017 til 2018 kan forklares med at Arendal fengsel avdeling Evje i 2018 var under ombygging og derfor er utelatt fra statistikken dette året. I 2019 er imidlertid alle de 13 rusmestringsenhetene inkludert i datagrunnlaget. Ifølge KDI har det ikke vært en endring i kapasiteten ved de øvrige rusmestringsenhetene som kan forklare nedgangen i antall overføringer til rusmestringsenheter i 2018 og 2019 enn tidligere, er at innsatte har lengre opphold på rusmestringsenhetene enn før. Dette er i stor grad en ønsket utvikling ettersom mange av rusmestringsenhetene vurderer at dette skaper et bedre grunnlag for å arbeide med endring. De siste to årene har det også vært en nedgang i antall søkere til rusmestringsenhetene. I 2017 søkte 560 innsatte om overføring til en rusmestringsenhet, mens antallet i 2018 og 2019 var henholdsvis 447 og 475. Dette kan følgelig også forklare noe av nedgangen i antall overføringer.

Figur 3-6 viser utvikling i antall innsatte som har søkt om plass ved en rusenhet og antall innsatte som har blitt overført til en rusenhet i perioden 2013-2019. I 2019 søkte totalt 803 innsatte om overføring til en rusenhet, mens 440 innsatte ble overført. Dette betyr at litt over 55 prosent av alle innsatte som søkte om overføring til en rusenhet fikk plass. Andelen søkere som har fått plass har variert mellom 50 og 62 prosent i perioden fra 2013 til 2019.

Figur 3-6: Utvikling i antall som har søkt plass ved en rusenhet og antall innsatte som har blitt overført til en rusenhet i perioden 2013-2018

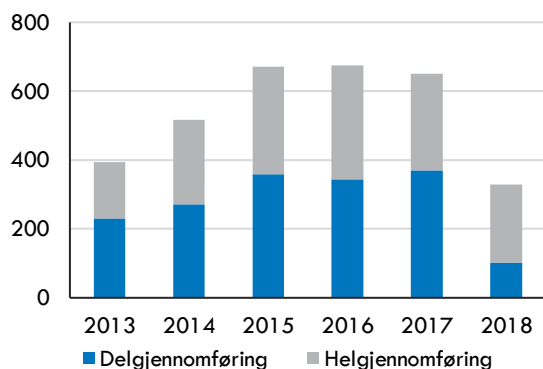


Kilde: KDI

3.1.4 Soning i institusjon etter § 12

Antallet overføringer til soning i institusjon etter straffegjennomføringsloven § 12 (heretter kalt § 12-soning) var betydelig lavere i 2018 enn i de tre foregående årene, se Figur 3-7. Merk at soning i institusjon i noen tilfeller er i andre typer institusjoner enn døgninstitusjoner innen TSB (se nærmere beskrivelse av § 12 i kap. 2.3.1). Ifølge KDI finnes det ikke noen oversikt over hvor stor andel av overføringene som skjer til behandlingsinstitusjoner for TSB. I 2019 var 75 prosent av fengselsdøgnene som ble gjennomført som § 12-soning på en behandlingsinstitusjon hvor TSB inngår sammen med andre typer behandlingsinstitusjoner. En stor andel av disse fengselsdøgnene antas ifølge KDI å være knyttet til behandlingsinstitusjoner for TSB, men det eksakte omfanget er usikkert.

Figur 3-7: Utvikling i antall overføringer til soning i institusjon etter § 12 i perioden 2013-2018, del- og helgjennomføring



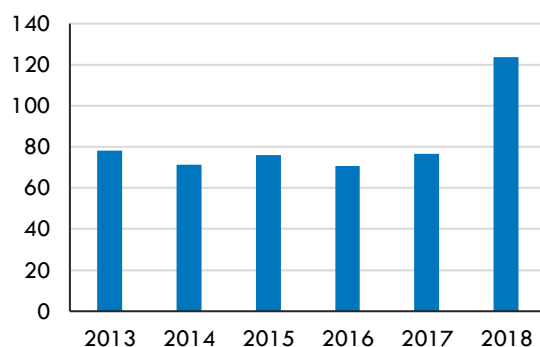
Kilde: KDI

I 2018 ble 329 innsatte overført til soning i institusjon etter § 12, sammenlignet med henholdsvis 671, 675 og 650 i årene 2015, 2016 og 2017. Det har vært størst nedgang i antall innsatte som gjennomfører deler av straffen i institusjon, såkalt delgjennomføring. Mens det i 2017 ble overført 370 innsatte til delgjennomføring, ble det i 2018 kun overført 102 innsatte. Utviklingen antall innsatte som gjennomførte hele straffen i institusjon, såkalt helgjennomføring har vært mer stabil, men også her er det en liten nedgang med 280 og 227 overføringer i henholdsvis 2017 og 2018.

Det kan være flere årsaker til nedgangen i antall som gjennomfører fengselsstraffen i institusjon etter § 12. Noe av nedgangen kan skyldes at det i den samme perioden har vært en nedgang i antall som idømmes fengselsstraff. Fra 2016 til 2018 var det en nedgang i antallet som idømmes ubetinget fengselsstraff med 16 prosent. Antall overføringer til § 12-soning er imidlertid nesten halvert fra 2017 til 2018, så dette er trolig ikke hele forklaringen på nedgangen. I intervjuer har flere pekt på at det har vært en dreining innenfor TSB mot mer bruk av polikliniske tilbud fremfor døgnbehandling og at dette kan ha medvirket til at færre som søker om å gjennomføre fengselsstraffen i institusjon etter § 12 får innvilget døgnbehandling innenfor TSB. Andre forklaringer på nedgangen, som det har blitt pekt på i intervjuer, er ventetid ved behandling av søknader om § 12-soning i kriminalomsorgen og ventetid ved henvisning og vurdering av pasientrettigheter i spesialisthelsetjenesten. Dette drøftes nærmere i kapittel 2. I tillegg har det også kommet frem i intervjuer at det har vært en dreining innenfor TSB mot mer bruk av polikliniske tilbud fremfor døgnbehandling. Dette kan i så fall også ha medvirket til at færre får innvilget døgnbehandling innenfor TSB.

Figur 3-8 viser utvikling i antall døgn per overføring til § 12-soning i perioden 2013 til 2018.

Figur 3-8: Utvikling i gjennomsnittlig antall døgn per overføring til soning i institusjon etter § 12 i perioden 2013-2018

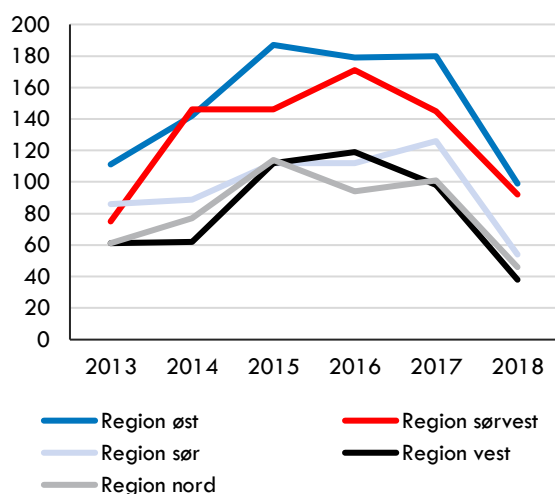


Kilde: KDI

Til forskjell fra utviklingen i overføringer økte gjennomsnittlig antall døgn per overføring vesentlig fra 2017 til 2018. I 2018 var gjennomsnittlig antall døgn per overføring 124, sammenlignet med 77 i 2017.

Figur 3-9 viser utviklingen i overføringer til § 12-soning de siste fem årene fordelt på kriminalomsorgens fem regioner. Figuren viser at samtlige regioner har opplevd en kraftig nedgang i antall overføringer til § 12-soning i de siste årene.

Figur 3-9: Utvikling antall overføringer til soning i institusjon etter § 12 i perioden 2013-2018 fordelt på region, del- og helgjennomføring



Kilde: KDI

Antall overføringer har historisk vært høyere i region øst og sørvest enn i de tre andre regionene. Region øst har et vesentlig høyere antall innsatte enn de øvrige regionene og det er dermed naturlig at de har et høyere nivå på antall overføringer. Region sørvest er imidlertid jevnstore med region nord og region vest målt i antall fengselsplasser, mens region sør har enda flere fengselsplasser. Det synes dermed som at region sørvest relativt sett har flere overføringer til institusjoner enn de øvrige regionene.

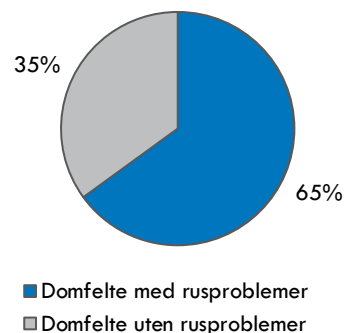
3.2 Andel av målgruppen som får rusrelaterte tilbud

3.2.1 Hvor stor andel av de domfelte har rusmiddelproblemer?

Det finnes flere undersøkelser som har kartlagt hvor stor andel av de innsatte i norske fengsel som har rusmiddelproblemer. SSBs levekårsundersøkelse finner at tung rusbruk er mer utbredt blant innsatte i fengsel enn blant tilsvarende grupper i den øvrige befolkningen (Revdal, 2014). 39 prosent av de innsatte i SSBs levekårsundersøkelse oppga at de drakk seg beruset mer enn en gang i uken i året før innsettelse, mens 56 prosent oppga at de brukte narkotika.

En landsdekkende undersøkelse av forekomst av psykisk lidelse blant domfelte i fengsel fant at 28,7 prosent av innsatte tilfredsstilte kriteriene for alkoholmisbruk/avhengighet, mens 51,3 prosent av innsatte tilfredsstilte kriteriene for substansmisbruk/avhengighet (Cramer, 2014). Totalt fant undersøkelsen at 65 prosent av alle innsatte hadde en form for rusmiddelproblem, enten relatert til alkohol- eller substansmisbruk, illustrert i Figur 3-10.

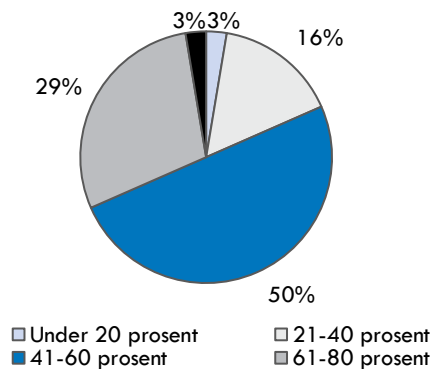
Figur 3-10: Anslag på innsatte med rusmiddelproblemer



Kilde: Cramer (2014)

I spørreundersøkelsen vi har gjennomført ba vi både fengselsledere og fengselshelsetjenesten om å gjøre en vurdering av hvor stor andel av de innsatte i fengselet som hadde et rusmiddelproblem ved innsettelse, se Figur 3-11. 50 prosent av respondentene svarte at anslagsvis 41 til 60 prosent av de innsatte hadde et rusmiddelproblem ved ankomst, mens 29 prosent anslo andelen til å være mellom 61 og 80 prosent. Resultatene viser at fengslenes vurderinger av hvor stor andel av de innsatte i norske fengsel som har rusmiddelproblemer stemmer overens med anslaget utarbeidet av Cramer (2014).

Figur 3-11: Anslagsvis, hvor stor andel av de innsatte i fengselet har et rusmiddelproblem ved ankomst? (n=38)



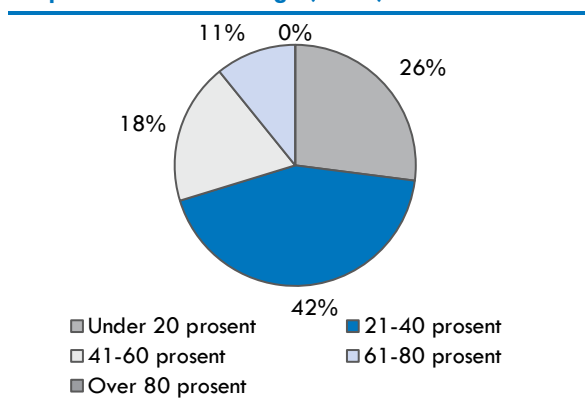
Kilde: Spørreundersøkelse rettet mot fengselsledere og fengselshelsetjenesten gjennomført av Oslo Economics.

3.2.2 Hvor stor andel av de domfelte er motivert for rusbehandling?

Å anslå hvor stor andel av innsatte i målgruppen som mottar et rusbehandlings- eller annet rusrettet tilbud er krevende. Dette gjelder både utfordringer tilknyttet data, samt operasjonalisering av definisjonen av målgruppen.

En sentral utfordring er at det for samtlige tilbud og straffereaksjoner er en forutsetning at den domfelte eller den innsatte er interessert i og motivert for å gjøre noe med sitt rusmiddelproblem. I spørreundersøkelsen ba vi både fengselsledere og fengselshelsetjeneren om å gjøre en vurdering av hvor stor andel av de innsatte i fengselet som viste interesse og motivasjon for rusbehandling, se Figur 3-12.

Figur 3-12: Anslagsvis, hvor stor andel av de innsatte med rusmiddelproblemer viser interesse/motivasjon for rusbehandling? (n=37)



Kilde: Spørreundersøkelse rettet mot fengselsledere og fengselshelsetjeneren gjennomført av Oslo Economics.

Hovedandelen av respondentene anslår at under 40 prosent av de innsatte med rusmiddelproblemer viser interesse og motivasjon for rusbehandling. Mer spesifikt svarte 42 prosent av respondentene at anslagsvis 21 til 40 prosent av de innsatte viste interesse og motivasjon for rusbehandling, mens 26 prosent anslå andelen til å være under 20 prosent. Selv om det er viktig å huske på at dette kun er omtrentlige anslag basert på subjektive vurderinger av andre personers interesse og motivasjon, kan svarene tyde på at det ikke nødvendigvis er realistisk å forvente at alle innsatte med rusmiddelproblemer kan motta hjelp med sitt rusmiddelproblem i løpet av straffegjennomføringen.

I det følgende avsnittet har vi forsøkt å gi et anslag på hvor stor andel av de domfelte med rusmiddelproblemer som får tilbud om relevant rusbehandling. I utregningene har vi ikke tatt høyde for hvor mange av

de domfelte i målgruppen som er motivert for rusbehandling. Manglende motivasjon kan følgelig være en forklaring på hvorfor innsatte ikke får relevante tilbud.

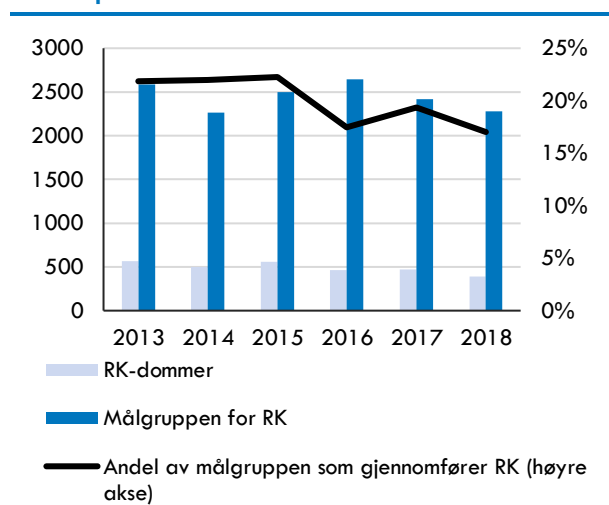
3.2.3 Hvor stor andel av de domfelte med rusmiddelproblemer får tilbud?

Program mot ruspåvirket kjøring (RK)

Figur 3-13 viser et anslag på hvor stor andel av målgruppen for RK som har blitt idømt straffereaksjonen de siste årene. I figuren er antall i målgruppen definert som antall personer dømt til ubetinget fengsel for ruspåvirket kjøring pluss antall personer idømt RK det samme året. I 2018 ble 17 prosent av personene som oppfylte kriteriene idømt RK, sammenlignet med 19 prosent året før.

En svakhet ved anslaget er at det ikke vil være alle som er dømt til ubetinget fengsel for ruspåvirket kjøring som vil være i målgruppen for programmet og som er egnet til å gjennomføre RK. Se kap. 2.1.1 for nærmere beskrivelse av målgruppen for RK. Egnethet vurderes av kriminalomsorgen i personundersøkelser. Det er derfor sannsynlig at dette anslaget er for lavt.

Figur 3-13: Anslag på hvor stor andel av målgruppen for program mot ruspåvirket kjøring som fikk tilbud i perioden fra 2013 til 2018



Kilde: Beregning av Oslo Economics basert på data fra KDI og SSB.

Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND)

Figur 3-14 viser et anslag på hvor stor andel av personene i målgruppen for ND som har blitt idømt denne straffereaksjonen de siste årene. I figuren er antall i målgruppen definert som antall personer dømt til ubetinget fengsel i ett til seks år for et rusmiddellovbrudd⁶ pluss antall personer idømt ND det samme året. I 2018 ble 34 prosent av den definerte målgruppen

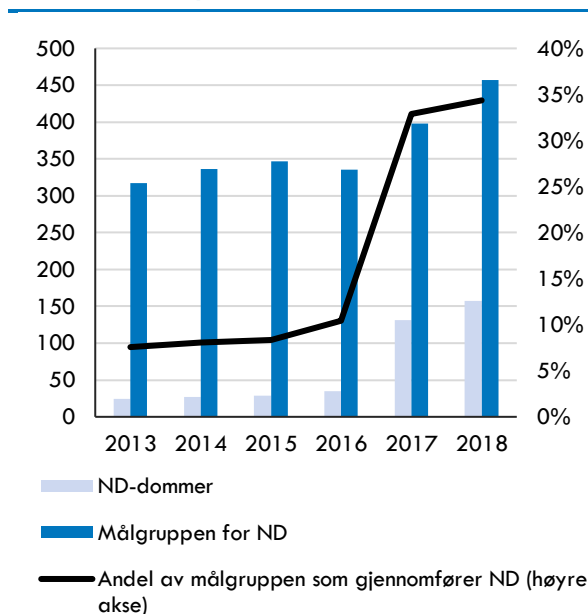
⁶ Rusmiddellovbrudd består av lovbruddstypene: Narkotikalovbrudd, doping, ruspåvirket kjøring, alkoholovertrudelse og annet eller uspesifisert rusmiddellovbrudd

idømt ND, sammenlignet med 33 prosent året før. Som nevnt i 3.1.2 skyldes den kraftige økningen fra 2016 til 2017 at ND frem til 2016 var et prøveprosjekt som kun omfattet Oslo og Bergen, mens det fra 2017 var et landsdekkende program.

Som for RK er det flere svakheter ved dette anslaget. En utfordring er at tilgjengelig data ikke muliggjør å inkludere personer som har blitt dømt for lovbrudd begått under påvirkning av narkotika eller lovbrudd begått for å finansiere eget narkotikamisbruk, noe som kan trekke i retning av at anslaget er overestimert. En annen utfordring er at anslaget på antall i målgruppen trolig inneholder straffedømte som ikke kvalifiserer for ND, herunder personer dømt for doping eller personer med alkohol som hovedproblem. Dette kan trekke i retning av at anslaget er noe underestimert.

Se kap. 2.1.2 for nærmere beskrivelse av målgruppen for ND.

Figur 3-14: Anslag på hvor stor andel av målgruppen for Narkotikaprogram med domstolskontroll som fikk tilbud i perioden fra 2013 til 2018



Kilde: Beregning av Oslo Economics basert på data fra KDI og SSB.

Rusenheter og soning i institusjon etter § 12

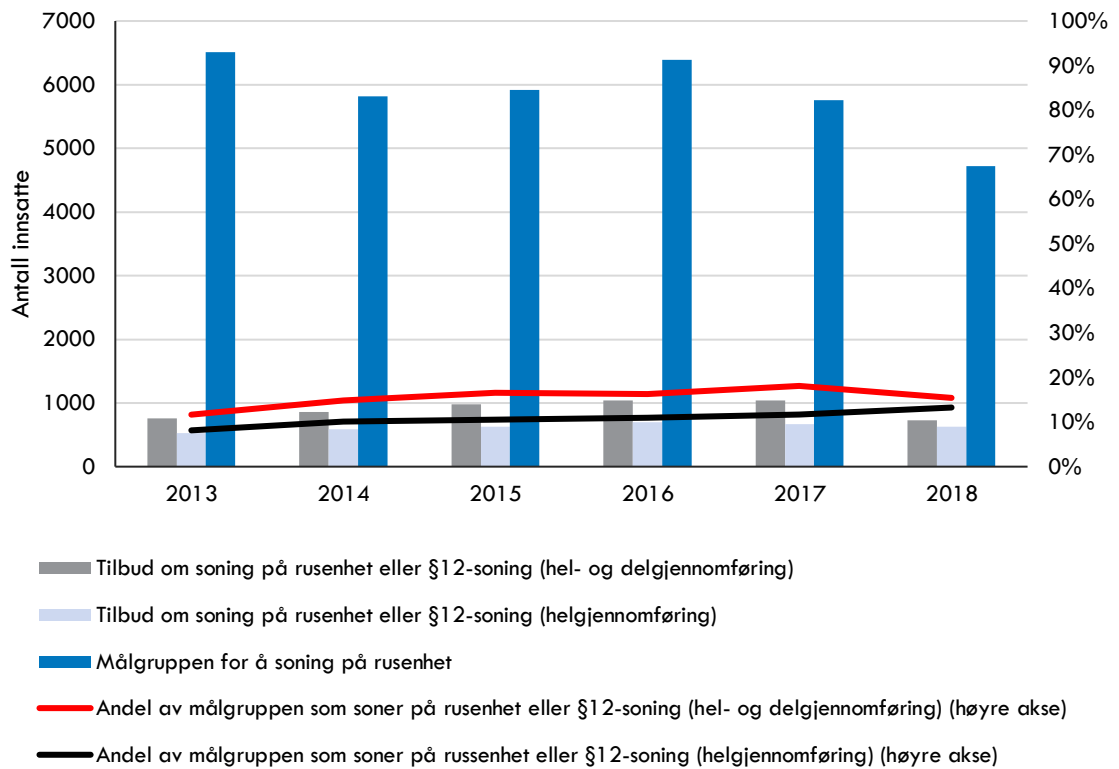
Figur 3-15 viser to ulike anslag på hvor stor andel av målgruppen for soning på rusenhet eller i institusjon som mottar et slikt tilbud. For begge anslag har vi lagt til grunn av 65 prosent av alle innsatte i fengsel har en form for rusproblem, relatert til enten alkohol- eller substansmisbruk, slik Cramer (2014) finner i sin undersøkelse. I figuren er antall i målgruppen for de to tilbudene derfor definert som 65 prosent av antall nyinnsettelse i fengsel.

Det første anslaget inkluderer både domfelte som soner deler av straffen sin i institusjon og domfelte som soner hele straffen i institusjon, i tillegg til innsatte som soner på rusenhet. For å ta høyde for at innsatte som gjennomfører deler av straffen i institusjon kan ha blitt overført fra soning på rusenhet samme år, og på denne måten kan ha blitt telt i statistikken både som en innsatt på rusenhet og en innsatt som gjennomfører deler av straffen i institusjon, er det også blitt utarbeidet et anslag som ekskluderer domfelte som soner deler av straffen i institusjon. Det andre anslaget er således et mer restriktivt anslag enn det første.

Uavhengig av anslag viser figuren at andelen av målgruppen for soning på rusenhet eller i institusjon etter § 12 som fikk tilbud har vært nokså stabil over de siste fem årene. Våre beregninger viser at mellom 13 og 15 prosent av målgruppen sonet ved rusenhet i fengsel eller i institusjon i 2018, sammenlignet med mellom 12 og 18 prosent i 2016. Det har likevel vært en liten økning i både nedre og øvre anslag i perioden. For 2013 er anslaget mellom 8 og 12 prosent.

En svakhet ved begge anslagene er at det dataene på antall nyinnsettelse omfatter innsatte med alle typer dommer, også innsatte som av ulike grunner ikke kvalifiserer for soning på rusenhet eller i institusjon, f.eks. innsatte dømt for seksuallovbrudd. Statistikken omfatter også innsatte med korte dommer, som det ikke nødvendigvis er realistisk å forvente at skal overføres til en rusenhet eller institusjon i løpet av soningstiden. Begge anslag er således relativt restriktive.

Figur 3-15: Anslag på hvor stor andel av inn målgruppen for soning på rusenhet eller i institusjon etter § 12 som fikk tilbud i perioden fra 2013 til 2017



Kilde: Beregning av Oslo Economics basert på data fra Kriminalomsorgens årsstatistikk for årene 2013 til 2018

4. Vurdering av tilbudet som gis til personer med rusmiddelproblematikk under straffegjennomføring

Våre undersøkelser tyder på at det er behov for mer systematisk kartlegging av rusmiddelproblematikk blant domfelte. Kompetansen på rusmiddelproblematikk blant de ansatte i kriminalomsorgen er også til dels svak. Undersøkelsene avdekker også at tilbudet til innsatte med rusmiddelproblemer som soner i ordinære avdelinger er relativt begrenset og at det er variasjon i tilstedeværelsen til spesialisthelsetjenesten ved TSB i fengslene. Vi finner også at det er relativt store forskjeller i ressursituasjonen ved rusenhetene, og at enkelte rusenheter i liten grad drives i samsvar med veilederen for rusmestringsenheter.

I dette kapittelet drøftes og vurderes ulike forhold ved tilbudet som gis til personer med rusmiddelproblematikk under straffegjennomføring. Vi vurderer først tilbudet som gis til personer med rusmiddelproblematikk ved gjennomføring av fengselsstraff, deretter vurderer vi mer konkret tilbudet ved rusenhetene i fengslene, og til sist de rusrelaterte straffereaksjonene (Narkotika-program med domstolskontroll (ND) og Program mot ruspåvirket kjøring (RK)).

4.1 Tilbud ved gjennomføring av fengselsstraff

Vurderingene under gjelder primært det tilbudet som gis til innsatte i fengsel som ikke soner på rusenheter.

4.1.1 Kartlegging av rusmiddelproblematikk

For at innsatte med rusmiddelproblemer skal kunne få tilgang til nødvendig helsetjenester og annen hjelp, er det viktig at eventuelle rusmiddelproblemer kartlegges og utredes tidlig i straffegjennomføringen. Ansvaret for å gjennomføre kartlegging av rusmiddelproblematikk er i dag til dels delt. Fengselets helse- og omsorgstjeneste har ansvaret for at de innsatte får det helsetilbudet de har krav på og de gjennomfører en generell kartlegging av den innsattes helsetilstand. I tillegg gjennomfører kriminalomsorgen en kartlegging av de innsattes levekårsutfordringer gjennom en behovs- og ressurskartlegging (BRIK). I intervjuer og spørreundersøkelser har vi bedt fengselsledere og helse- og omsorgstjenesten om å vurdere utrednings- og kartleggingsarbeidet som gjøres av rusmiddelproblematikk i dag. Under drøfter vi resultatene nærmere.

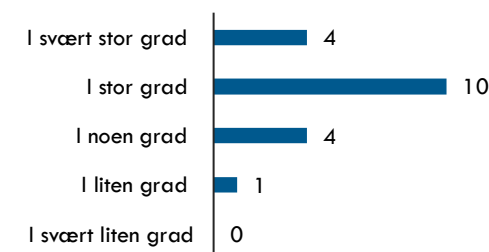
Kartlegging av fengselshelsetjenesten

Ved innkommst i fengselet skal alle innsatte, helst innen det første døgnet etter innsattelse, få gjennomført en helsekartlegging med fengselets helsetjeneste. I tillegg skal den innsattes helsesituasjon kartlegges gjennom en inkomstsamtale med fengselsansatte (KDI, 2019i). Hdir har utarbeidet en veileder for helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel (Hdir, 2016b). Her anbefales det at inkomstsamtale gjennomføres kort tid etter innsattelse. Det er spesielt viktig at eventuell medisnbruk kartlegges umiddelbart.

Basert på resultatene fra spørreundersøkelsen og tilbakemeldinger i intervjuer synes det som at det i stor grad gjennomføres inkomstsamtaler med kommunal helse- og omsorgstjeneste i fengselet. I en kartlegging utført av Hdir oppgir samtlige av de 47 fengslene som har besvart undersøkelsen at de gjennomfører inkomstsamtale innen 7 dager (Hdir, 2019b). Samme undersøkelse viser at 70 prosent av fengslene gjennomfører inkomstsamtale innen 24 timer etter innsattelse i fengsel.

Det er imidlertid usikkerhet knyttet til hvor grundig rusmiddelproblematikk behandles i inkomstsamtalene og hvor systematisk fengselshelsetjenesten generelt jobber med kartlegging av rusmiddelproblematikk. Det er også usikkerhet knyttet til hvor ærlig den innsatte vil være om sine rusmiddelproblemer i dialogen med fengselet. I spørreundersøkelsen ble fengselshelsetjenesten spurt om i hvilken grad det arbeides systematisk med å kartlegge rusmiddelproblematikk, Figur 4-1.

Figur 4-1: I hvilken grad jobbes det systematisk med å kartlegge rusmiddelproblemer? (N=19) (spørsmål til fengselshelsetjeneste)



Kilde: Spørreundersøkelse til fengselshelsetjenesten gjennomført av Oslo Economics

Hovedparten av respondentene fra fengselshelsetjenesten vurderer at det foregår et systematisk arbeid med å kartlegge rusmiddelproblemer. Likevel er det verdt å merke seg at om lag 25 prosent av respondentene oppgir at det «i noen grad» eller «i liten

grad» er et godt og systematisk arbeid med å kartlegge rusmiddelproblematikk. Dette kan tyde på at det er noe variasjon i kartleggingspraksisen på tvers av helse- og omsorgstjenesten i fengsel. Forskjellene kan også skyldes at respondentene har ulike oppfatninger og krav til hva som menes med systematisk kartlegging av rusmiddelproblemer.

Dersom fengselshelsetjenesten gjennom kartlegging avdekker at de innsatte har rusmiddelproblemer, vil det være sentralt å vurdere om den innsatte bør henvises til spesialisthelsetjenesten for eventuell rusbehandling. I spørreundersøkelsen ble fengselshelsetjenesten spurt om i hvilken grad personer med rusmiddelproblemer utredes for pasientrettigheter innen spesialisthelsetjenesten, se Figur 4-2.

Figur 4-2: I hvilken grad utredes innsatte med rusmiddelproblemer for pasientrettigheter innen spesialisthelsetjenesten? (N=16)

(spørsmål til fengselshelsetjeneste)

I svært stor grad	2
I stor grad	6
I noen grad	7
I liten grad	1
I svært liten grad	0

Kilde: Spørreundersøkelse til fengselshelsetjenesten gjennomført av Oslo Economics

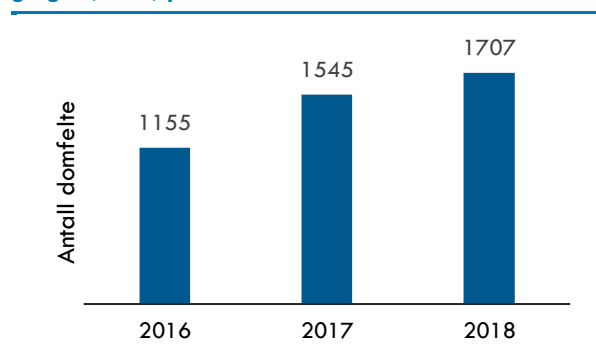
Svarene viser at fengselshelsetjenesten er delt i dette spørsmålet. Halvparten svarer at de «i svært stor grad» eller «i stor grad» utreder pasienter for rettigheter til TSB. Det er imidlertid noe påfallende at halvparten av respondentene svarer at dette kun skjer «i noen grad» eller «i liten grad». Det kan være ulike årsaker til at de innsatte i liten grad utredes for pasientrettigheter til TSB eller andre spesialisthelsetjenester. Som mulige årsaker nevnes både manglende motivasjon hos de innsatte og begrensede ressurser i fengselshelsetjenesten. Fokuset er først og fremst på å ivareta de innsattes behov for legemiddelassistert rehabilitering (LAR).

BRIK-kartlegging

I tillegg til den kartleggingen som skjer i regi av helsetjenesten, skal alle innsatte få tilbud om, og motiveres til, en behov- og ressurskartlegging (BRIK) som gjennomføres av kriminalomsorgen. BRIK kartlegger den innsattes behov for tiltak som kan legge til rette for tilbakeføring til et liv uten kriminalitet, blant annet behov tilknyttet bolig, utdanning, arbeid, økonomi og helsehjelp (Justis- og beredskapsdepartementet, 2013). Dersom det under BRIK-kartleggingen avdekkes behov for videre tiltak, herunder rusbehandling, skal den innsatte henvises til helsetjenesten.

BRIK er et viktig verktøy for kriminalomsorgen for å avdekke ulike former for levekårsproblemer hos de innsatte. Kriminalomsorgen bringer videre opplysninger om levekårsproblemer som avdekkes i kartleggingen til velferdsetater som NAV, skole, og helsetjeneste, som på grunnlag av dette tar initiativ til tiltak overfor domfelte. Kriminalomsorgens årsrapport viser at antall domfelte som blir kartlagt med BRIK har vært økende over tid, se Figur 4-3.

Figur 4-3: Gjennomførte behov- og ressurskartlegginger (BRIK) per år



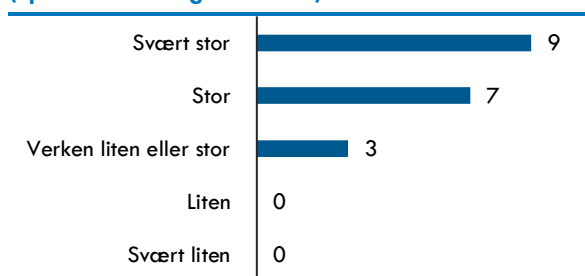
Kilde: KDIs årsrapport for 2017 og 2018

I 2018 ble det gjennomført 1707 kartlegginger av domfelte med BRIK, noe som tilsvarer rundt 10 prosent av antall personer idømt samfunnsstraff, betinget eller ubetinget fengsel det samme året. Den lave andelen av antall domfelte som kartlegges med BRIK kan antyde at det er fortsatt et potensial for å øke antall kartlegginger med BRIK ytterligere. Ytterligere 770 domfelte fikk tilbud, men takket nei. Kriminalomsorgen vurderer selv i årsrapporten for 2018 at bruken av BRIK viser at verktøyet er godt implementert i det daglige arbeidet i kriminalomsorgen. I intervjuer har flere pekt på at BRIK er en relativt omfattende kartlegging, og det gjerne må settes av en time eller mer for å gjennomføre en kartlegging. Det er videre ofte vanskelig for kontaktbetjentene å finne tid til å gjennomføre BRIK i en hverdag hvor sikkerhet og andre oppgaver skal ivaretas. Resultatet er at BRIK ofte blir nedprioritert, og det er en risiko for at ikke alle blir kartlagt. BRIK er dessuten frivillig, og det er flere innsatte som takker nei. Flere påpeker at dette trolig også har sammenheng med at kriminalomsorgen bruker for lite tid på å motivere de innsatte.

BRIK skal gjennomføres av ansatte i kriminalomsorgen som har fått opplæring i å gjennomføre behovskartlegging (KDI, 2019). I spørreundersøkelsen spurte vi om kriminalomsorgens ansatte har fått opplæring i BRIK, se Figur 4-4.

Figur 4-4: I hvilken grad har kriminalomsorgens ansatte i fengselet fått opplæring i BRIK? (N=19)

(spørsmål til fengselsledere)



Kilde: Spørreundersøkelse til fengselsledere gjennomført av Oslo Economics.

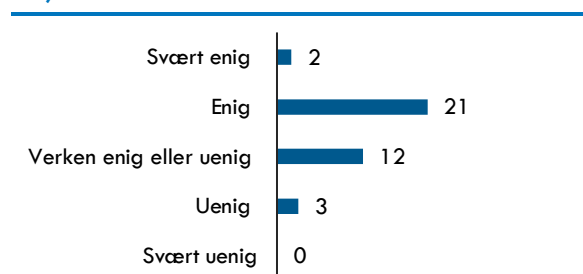
Resultatene viser at det store flertallet av fengselslederne vurderer at kriminalomsorgens ansatte i stor grad har fått opplæring i BRIK. I intervjuer har imidlertid enkelte påpekt at det generelt er behov for bedre opplæring i kartlegging og motivasjonsarbeid. Selv om mange har fått opplæring i BRIK betyr det ikke nødvendigvis at de er tilstrekkelige kvalifiserte til å gjennomføre kartlegging av rusmiddelproblematikk. Flere spør også om ikke kartlegging av rusmiddelavhengighet i større grad bør gjøres av personer med formell helse- og/eller sosialfaglig kompetanse.

Et tema som er løftet frem i både fritekstsvar i spørreundersøkelsen og i intervjuer, er knyttet til oppfølgingen av resultater fra BRIK. Flere peker på at det til dels er utfordringer knyttet til rutinene for oppfølgingen av BRIK. I prinsippet skal kriminalomsorgen bringe videre opplysninger om levekårsproblemer som avdekkes i kartleggingen til de relevante instansene som NAV, skole, og helsetjeneste, som på grunnlag av dette tar initiativ til tiltak overfor domfelte. Enkelte etterlyser imidlertid tydeligere rutiner og strukturer for oppfølging av resultater fra BRIK. I mange tilfeller er det en opplevelse av at resultatene fra BRIK i liten grad følges opp videre av de ulike aktørene. Flere påpeker også at kontaktbetjentene i mange tilfeller er mer opptatt av å registrere at BRIK er gjennomført, enn å faktisk følge opp de kartlagte behovene.

I spørreundersøkelsen ba vi både fengselsledere og fengselshelsetjenesten om å gjøre en vurdering av om kriminalomsorgen har velfungerende og gode rutiner og verktøy for å kartlegge rusmiddelproblematikk hos innsatte. Figur 4-5 viser at over halvparten av respondentene er «Svært enig» eller «Enig» i at kriminalomsorgen har velfungerende og gode rutiner og verktøy for å kartlegge rusmiddelproblematikk hos innsatte. Det er kun tre respondenter som er helt uenig i påstanden, mens rundt 32 prosent oppgir at de er «Verken uenig eller enig».

Figur 4-5: Vurdering av påstanden: «Kriminalomsorgen har velfungerende og gode rutiner og verktøy for å kartlegge rusmiddelproblematikk hos innsatte» (N=38)

(spørsmål til fengselsledere og fengselshelsetjenesten)



Kilde: Spørreundersøkelse til fengselshelsetjenesten og fengselsledere gjennomført av Oslo Economics.

I intervjuer har enkelte også kritisert kartleggingsmetodikken av rusmiddelproblematikk i BRIK. Det er pekt på at kartleggingen som gjøres av rusmiddelavhengighet i BRIK i liten grad er faglig kvalitetssikret av fagmiljøene innen rus og at spørsmålene i BRIK ikke bygger på spørsmålene som benyttes i standardiserte kartleggingsverktøy som eksempelvis AUDIT/DUDIT. Andre vurderer i intervjuer at kriminalomsorgens kartlegging av rusmiddelproblematikk gjøres for sent, og at det må gjøres bedre kartlegging av innsatte ved innsettelse for å tidlig få oversikt over hvem som potensielt har et behandlingsbehov.

Enkelte vurderer også at det burde vært enda større grad av tverrfaglig samarbeid mellom helse og omsorgstjenesten og/eller TSB og kriminalomsorgen om kartleggingen av rusmiddelproblematikk. I dag blir i mange tilfeller informasjon om kartlagt rusmiddelproblematikk ikke delt mellom helse- og omsorgstjenesten og kriminalomsorgen som følge av manglende rutiner for informasjonsdeling.

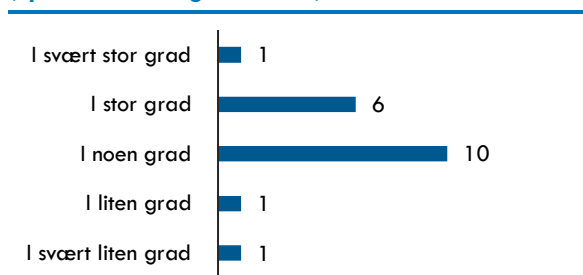
4.1.2 Kompetanse på rusmiddelproblematikk

Innsatte med rusmiddelproblematikk har ofte sammensatte og komplekse problemer. Dette fordrer dermed god kompetanse hos de ansatte både i kriminalomsorgen, i helse- og omsorgstjenesten og hos andre offentlige aktører som møter denne gruppen i fengselet. I spørreundersøkelse og intervjuer har vi kartlagt hvordan respondentene vurderer dagens kompetanse i kriminalomsorgen og helse- og omsorgstjenesten i fengselene på rusmiddelproblematikk.

Kompetanse i kriminalomsorgen

Figur 4-6 viser hvordan fengselslederne vurderer kriminalomsorgens ansattes kompetanse på rusmiddelproblematikk.

Figur 4-6: I hvilken grad har kriminalomsorgens ansatte tilstrekkelig kompetanse til å ivareta behovene til innsatte med rusmiddelproblemer? (N=19) (spørsmål til fengselsledere)



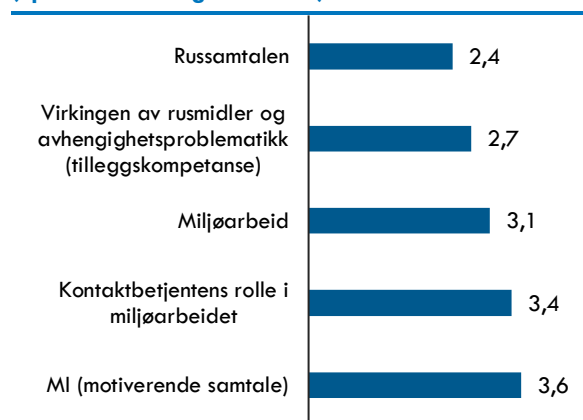
Kilde: Spørreundersøkelse til fengselsledere gjennomført av Oslo Economics.

Blant fengselslederne vurderer 7 av respondentene at kriminalomsorgens ansatte «(i stor grad)» eller «(i svært stor grad)» har tilstrekkelig kompetanse til å ivareta behovene til innsatte med rusmiddelproblemer. De resterende vurderer at kriminalomsorgens ansatte «(i noen grad)» eller «(i liten grad)» har tilstrekkelig kompetanse. Blant dem som vurderer kriminalomsorgens kompetanse som svak, pekes det på at kriminalomsorgens ansatte først og fremst skal ivareta sikkerheten i fengselet, og at fengselsbetjenter gjennom sin utdanning ikke får tilstrekkelig kompetanse for å ivareta innsatte med rusmiddelavhengighetsproblematikk. Det nevnes at særlig kompetansen om ulike behandlingstilbud og pasientrettigheter ofte er svak.

I intervjuer har også flere etterlyst at fengselsbetjentene burde styrke kompetansen på de mer sosialfaglige rollene en betjent skal fylle. Enkelte etterlyser flere sosialkonsulenter i fengslene som kan ha oversikt over ulike tjenester og tilbud, og som kan knytte kontakter til hjelpeapparatet i innsattes hjemkommuner. Det er en opplevelse av at en krevende økonomisk situasjon i kriminalomsorgen gjør at stillinger som miljøterapeuter og sosialkonsulenter nedprioriteres.

Spørreundersøkelsen kartla også i hvilken grad kriminalomsorgens ansatte har tilleggskompetanse i i) virkningen av rusmidler og avhengighetsproblematikk, ii) russamtalen, iii) Motiverende samtale (MI), iv) praktisk utforming av miljøarbeid og v) kontaktbetjentens rolle i miljøarbeidet. Russamtalen er et individuelt program i kriminalomsorgen bestående av fire strukturerte samtaler med en ansatt fra kriminalomsorgen, hvor målet er å motivere til endring av problematiske rusvaner. Russamtalen brukes på to måter. Det kan være et frivillig tilbud til personer som ønsker en slik samtalerekke. Det brukes også som alternativ til straffereaksjon dersom en innsatt har ruset seg i fengsel eller en domfelt har møtt i ruspåvirket tilstand under straffegjennomføring i samfunnet. Resultatene fremgår av Figur 4-7.

Figur 4-7: I hvilken grad har kriminalomsorgens ansatte fått opplæring i følgende? Gjennomsnittsverdi for hvert alternativ fra 1- «(i svært liten grad)» til 5- «(i svært stor grad)» (N=19) (spørsmål til fengselsledere)



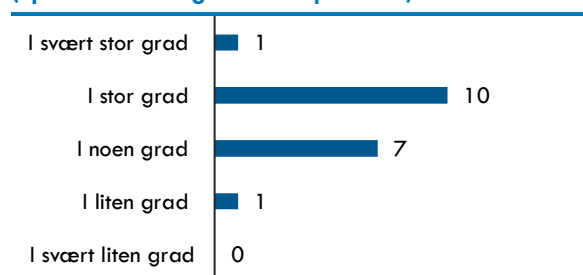
Kilde: Spørreundersøkelse til fengselsledere gjennomført av Oslo Economics.

Resultatene viser at det er relativt få som har fått opplæring i russamtalen eller som har tilleggskompetanse på virkningen av rusmidler og avhengighetsproblematikk. Fengselslederne vurderer at kompetansen på miljøarbeid og på gjennomføring av motiverende samtale (MI) er noe sterkere. MI er en samarbeidsbasert samtalestil som har som mål å styrke en persons indre motivasjon for og forpliktelse overfor endring.

Kompetanse i fengselshelsetjeneste

Respondentene fra fengselshelsetjenesten er noe mer positive i vurderingen av om de har tilstrekkelig kompetanse til å ivareta behovene til innsatte med rusmiddelproblemer, se Figur 4-8.

Figur 4-8: I hvilken grad har fengselshelsetjenestens ansatte tilstrekkelig kompetanse til å ivareta behovene til innsatte med rusmiddelproblemer? (N=19) (spørsmål til fengselshelsetjenesten)



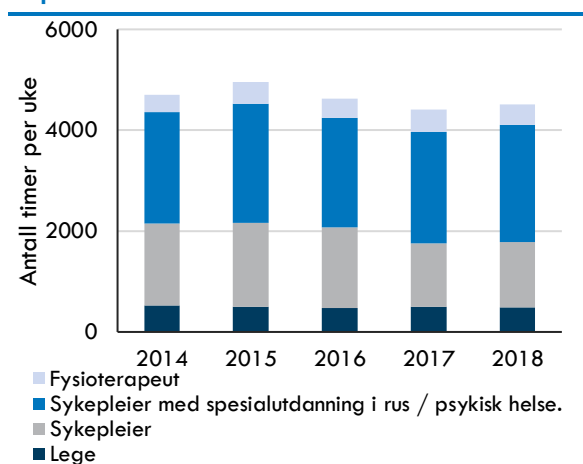
Kilde: Spørreundersøkelse til fengselsledere gjennomført av Oslo Economics.

Flertallet av respondentene i fengselshelsetjenesten vurderer at de «(i svært stor grad)» eller «(i stor grad)» har tilstrekkelig kompetanse til å ivareta behovene til innsatte med rusmiddelproblemer. Fengselsledere ble også bedt om å vurdere fengselshelsetjenestens evne

til å ivareta behovene til de innsatte med rusmiddelproblemer. Mange trekker frem at dagens ressurstilstand i fengselshelsetjenesten gjør det krevende for fengselshelsetjenesten å ivareta de innsattes behov i tilstrekkelig grad. Enkelte peker på at det er mest fokus på kortsiktige behov for legemiddelassistert rehabilitering (LAR), mens de i mindre grad har kompetanse og/eller ressurser til å arbeide med rusmiddelavhengigheten utover medikamentbehandling. Enkelte etterlyser også flere sykepleiere med videreutdanning innen rus og psykiatri i fengselshelsetjenesten.

Hdir har kartlagt utviklingen i bemanningen i fengselshelsetjenesten (Hdir, 2019b). Figur 4-9 viser utviklingen i antall timer per uke for ulike typer helsepersonell.

Figur 4-9: Utviklingen i bemanningen i fengselshelsetjenesten



Kilde: Årsrapport 2018 - Helse- og omsorgstjenester og tannhelsetjenester til innsatte i fengsel

Figuren viser at bemanningen i fengselshelsetjenesten over tid er noe redusert (om lag 5 prosent reduksjon fra 2014 til 2018). Det er særlig antallet sykepleiere uten spesialutdanning som er redusert, men det har også vært en reduksjon i antallet leger. Bemanningen av sykepleiere med spesialutdanning innen rus og psykisk helse og fysioterapeuter er imidlertid styrket over tid, og flertallet av sykepleierne har spesialutdanning innen rus/psykisk helse. Ifølge Hdirs kartlegging er det 60 sykepleiere uten spesialutdanning og 89 sykepleiere med utdanning i rus/psykisk helse tilgjengelig i fengsel. Leger er tilgjengelig i samtlige fengsel. Kommunal psykolog er mindre vanlig. Kun 3 av 47 fengsel svarer at det har kommunal psykolog tilgjengelig for innsatte.

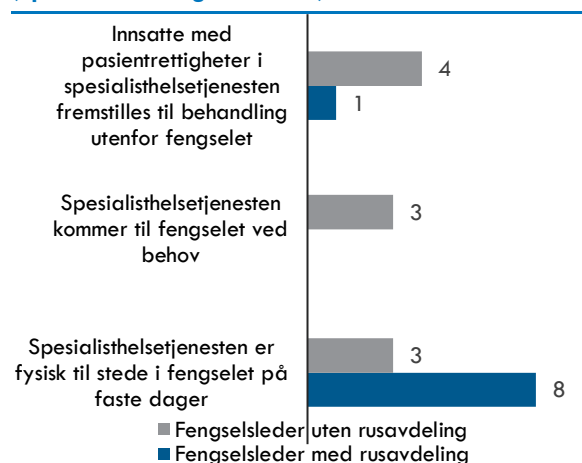
Tilstedeværelse av spesialisthelsetjenesten i fengsel

Vi har i vår kartlegging spurt fengslene om hva slags samarbeidsmodell de har med spesialisthelsetjenesten om rusbehandlingstilbudet som gis til innsatte i fengselet (som ikke soner på rusenhet). Figur 4-10 viser at i

litt over halvparten av fengslene er spesialisthelsetjenesten til stede på faste dager. Det imidlertid store forskjeller på fengsel med og uten rusenhet. I fengslene med rusenhet svarer 8 av 9 fengsel av spesialisthelsetjenesten er fysisk tilstede i fengselet på faste dager. I fengsel uten rusenhet svarer kun 3 av 10 fengsel at spesialisthelsetjenesten er tilstede på faste dager i fengselet.

Figur 4-10: Hva slags samarbeidsmodell har fengselet og spesialisthelsetjenesten om rusbehandling? (N=19)

(spørsmål til fengselsledere)

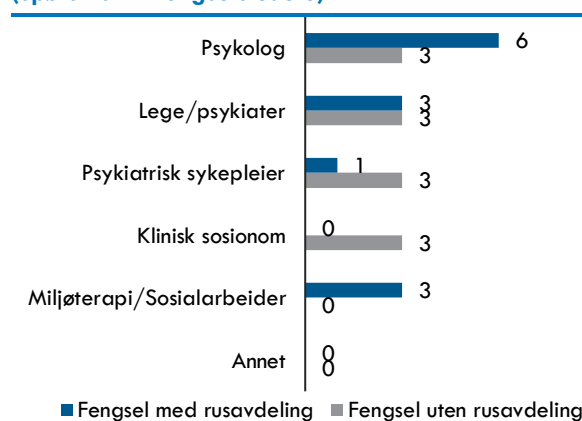


Kilde: Spørreundersøkelse til fengselsledere gjennomført av Oslo Economics. Note: Spørsmålet til fengselsleder med rusenhet var formulert på følgende måte: «Hva slags samarbeidsmodell har fengselet og spesialisthelsetjenesten om rusbehandling til innsatte utenfor rusenheten?»

I spørreundersøkelsen ble fengslene hvor spesialisthelsetjenesten var tilstede på faste dager eller ved behov også spurt om hvilken type kompetanse fra spesialisthelsetjenesten som er tilstede i fengselet, se Figur 4-11.

Figur 4-11: Hva slags formell kompetanse hadde de ansatte fra spesialisthelsetjenesten som var tilstede ved fengselet i 2019? (N=14)

(spørsmål til fengselsledere)



Kilde: Spørreundersøkelse til fengselsledere gjennomført av Oslo Economics.

Svarene viser at 11 av de 14 fengslene som har fast tilstedeværelse av spesialisthelsetjenesten i fengselet, har enten psykolog eller lege/psykiater fra TSB.

Hdirs kartlegging viser at spesialisthelsetjenesten er tilgjengelig med psykolog i 29 av 47 fengsel (Hdir, 2019b). Det varierer imidlertid hvor ofte og hvor mange timer psykolog er tilstede. Tre kommuner svarer at spesialisthelsetjenesten er tilstede ved behov. Ellers varierer tilstedeværelsen til psykolog med mellom 3 til 150 timer per uke. Hdir har i sin kartlegging også vurdert i hvilken grad fengslene samarbeider med kommunal rus-/psykiatritjeneste. Resultatene viser at 17 av 47 fengsel har et samarbeid med kommunal rus-/psykiatritjeneste. Dette gjelder også 9 fengsel hvor det ikke er et fast samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Helse- og omsorgstjenestene viser også at 8 av 47 fengsel hverken har psykolog/psykiater tilstede fra spesialisthelsetjenesten eller kommunal psykolog.

I intervjuer har også flere påpekt at det er stor variasjon i hvor godt samarbeidet med TSB fungerer. Ofte finnes det samarbeidsavtaler mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten, men det er ikke alltid det er konkrete samarbeidsavtaler om spesialisthelsetjenester ved det enkelte fengsel. Det finnes også ulike måter å organisere samarbeidet mellom fengselet og TSB på. I Østfold er TSB til innsatte i fengsel organisert som en egen områdefunksjon. I praksis har poliklinikk for rus- og avhengighetsbehandling i Sarpsborg ansvaret for å følge opp TSB for fengslene i Østfold på oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF og Sykehuset Østfold HF. Helse- og omsorgstjenestene har anbefalt lignende organisering av TSB for fengsel også i andre helseforetak. Vi drøfter denne anbefalingen nærmere i neste kapittel.

4.1.3 Helsetilbud og andre tilbud til personer med rusmiddelproblemer

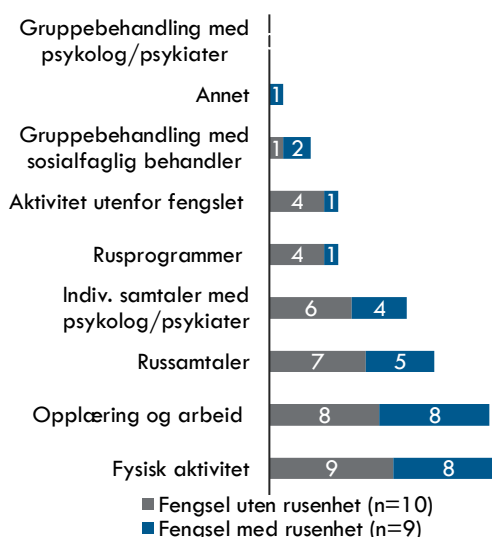
I fengslene vil det til enhver tid være innsatte med rusmiddelproblematikk som av ulike årsaker ikke har mulighet til å sone ved rusenhet. Dette kan skyldes at de ikke ønsker å søke om plass på en rusenhet, at det ikke er kapasitet på rusenheter eller at de ikke soner på et fengsel med rusenhet eller at de av ulike årsaker ikke er egnet for å sone på rusenhet. Ettersom det til enhver tid vil være innsatte med rusmiddelproblematikk som ikke soner på rusenheter, er det viktig at også denne gruppen får de behandlingstilbudene de har rett på mens de soner i fengsel. I spørreundersøkelsen ble fengselslederne spurt om hvilke tilbud som gis til innsatte i fengselet med rusmiddelproblematikk som ikke soner på rusenhet. Figur 4-12 viser at innsatte med rusmiddelproblemer får tilbud om opplæring, arbeid og fysisk aktivitet i de aller fleste fengsel. Dette er imidlertid generelle tilbud som gis til innsatte i fengsel. Behandlingstilbud som individuelle samtaler

med psykolog/psykiater gis ved 10 av 19 fengsel. Det er ingen fengsel som oppgir at de benytter gruppebehandling med psykolog/psykiater. Ifølge resultatene fra spørreundersøkelsen benytter 12 av 19 fengsel russamtalen som et tilbud til innsatte med rusmiddelproblematikk.

Rusprogrammer kan være undervisning, ferdighetstrening og strukturerte samtaler i regi av kriminalomsorgen som gjennomføres i grupper eller individuelt og som retter seg mot innsatte med rusmiddelproblemer. Ut fra resultatene fra spørreundersøkelsen synes det som at få fengsel gjennomfører rusprogrammer. Videre er det ytterligere 3 fengsel som oppgir at de tilbyr gruppebehandling med sosialfaglig behandling. Samlet sett viser resultatene at tilbudet til innsatte med rusmiddelproblemer er relativt begrensede. Dette er også et inntrykk som er bekreftet i intervjuer.

Figur 4-12: Hvilke tilbud får innsatte i fengselet med rusmiddelproblemer (som ikke soner på rusenhet)? (N=19)

(spørsmål til fengselsledere)



Kilde: Spørreundersøkelse rettet mot fengselsledere gjennomført av Oslo Economics.

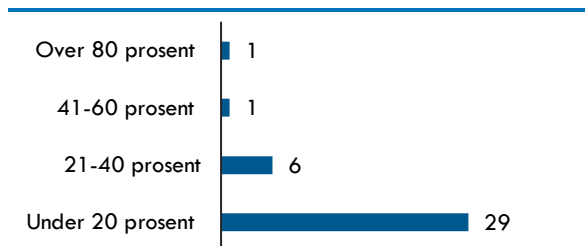
Individuell plan

Alle som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet en Individuell plan (jf. Lov om pasient- og brukerrettigheter § 2-5). Dette gjelder også under straffegjennomføring. En Individuell plan som utarbeides under straffegjennomføringen, gir en oversikt over helse- og sosialtjenester som anses som viktige for vedkommende under straffegjennomføringen og i fremtiden. Individuell plan gir imidlertid ikke domfelte større rett til helse- og omsorgstjenester og/eller andre tjenester enn det som følger av øvrig regelverk. Ved utarbeidelse av Individuell plan skal det utpekes en ansvarlig koordinator.

I spørreundersøkelsen ble både fengselsledere og fengselshelsetjenesten bedt om å anslå hvor stor andel av de innsatte som har en Individuell plan. Resultatene fremgår i Figur 4-13.

Figur 4-13: Anslagsvis, hvor stor andel av de innsatte med rusmiddelproblemer i fengselet har en Individuell plan? (N=37)

(spørsmål til fengselsledere og fengselshelsetjeneste)



Kilde: Spørreundersøkelse rettet mot fengselsledere og fengselshelsetjenesten gjennomført av Oslo Economics.

Som figuren viser er det en relativt lav andel av innsatte med rusmiddelproblematikk, som har en Individuell plan. At få innsatte har Individuell plan, er også et av funnene i Helsedirektoratets kartlegging (Hdir, 2019b). De nevner særlig at korte dommer begrenser mulighetene til å jobbe med Individuell plan. Om lag 55 prosent av alle innsatte løslates innen 90 dager og da er mulighetene til å arbeide med Individuell plan begrenset.

I fritekstsvar har fengslene fått oppgi årsaker til at en lav andel har Individuell plan, og følgende årsaker nevnes:

- at de innsatte ikke selv uttrykker et ønske om dette og derfor ikke søker om det
- manglende kompetanse i kriminalomsorgen
- korte dommer
- at det er vanskelig å samkjøre Individuell plan med kriminalomsorgens egne planer for den innsatte
- at kriminalomsorgen lager egne planer for den innsatte, eks. «Fremtidsplan», som vurderes å tilsvare en ordinær Individuell plan
- manglende rutiner/fokus i kriminalomsorgen

Flere av respondentene peker på at hensikten med Individuell plan er uklar når kriminalomsorgen allerede har tilsvarende planer (eks. «Fremtidsplan»). Samlet sett synes det å være et behov for å samordne kriminalomsorgens planverktøy for innsatte opp mot Individuell plan. Det er trolig ikke hensiktsmessig å utarbeide overlappende planer, men samtidig må det sikres at innsatte med rusmiddelproblemer får utarbeidet planer som gjør det mulig å arbeide langsiktig med deres rusmiddelproblematikk.

4.1.4 Samhandling mellom ulike aktører

I intervjuer har det blitt fremhevet at kriminalomsorgen og helsesektoren kan ha ulik tilnærming til noen problemstillinger. Spesielt er det enkelte som vurderer at kriminalomsorgens praksis og regelverk ved inntak av rusmidler kan være lite hensiktsmessig fra et behandlingsperspektiv. Flere vurderer at kriminalomsorgens regelverk innebærer at de innsatte straffes for de symptomer som det behandles for. Dette gjelder både kriminalomsorgens regelverk ved rusrelaterte brudd i fengsel, samt regelverket som gjelder ved rusrelaterte brudd ved § 12-soning i institusjon.

Ved § 12-soning i institusjon er det fortsatt kriminalomsorgens regler og rutiner som gjelder ved inntak av rusmidler. Det betyr at det er nulltoleranse for inntak av rusmidler, og institusjonene er pliktige til å informere kriminalomsorgen ved brudd. Konsekvensen er at mange tilbakeføres til fengsel etter rusrelaterte brudd.

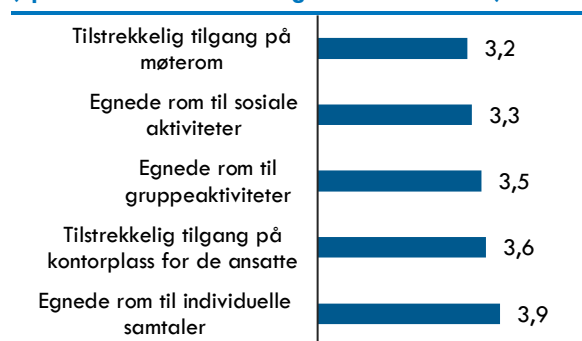
Ved straffegjennomføring i fengsel er det også flere som påpeker at praktiseringen av regelverket ved rusrelaterte brudd kan være lite hensiktsmessig. Rus samtalen kan benyttes som et alternativ til straffereaksjon dersom den innsatte har ruset seg i fengsel. Likevel er det mange som peker på at rus samtalen i liten grad benyttes som reaksjon ved påvist rusinntak.

4.1.5 Lokaler og fasiliteter

For sikre et godt tilbud til innsatte med rusmiddelproblemer er det behov for egnede lokaler til samtaler, behandlingsaktiviteter, samt møterom for tverrfaglig samarbeid. I spørreundersøkelsen ble fengselslederne bedt om å ta stilling til fem ulike påstander om fengselets lokaler og fasiliteter. Hver påstand ble vurdert fra 1 til 5, der 1 gis dersom personen var «svært uenig» i påstanden og 5 dersom personen var «svært enig». Gjennomsnittsverdien per påstand fremgår av Figur 4-14.

Figur 4-14: Påstander om fengselets lokaler og fasiliteter. Gjennomsnittsverdi for hver påstand fra 1- «svært uenig» til 5- «svært enig» (N=10)

(spørsmål til leder for fengsel uten rusenhet)



Kilde: Spørreundersøkelse rettet mot fengselsledere gjennomført av Oslo Economics.

Som figuren viser, er respondentene bare til dels enige i at fengselet har egnede rom og lokaler til individuelle samtaler og gruppeaktiviteter. I intervjuer er det også pekt på at manglende lokaler er en flaskehals for å drive med rusbehandling, og at bygningsmassen derfor begrenser hvilke tiltak det er mulig å gjennomføre.

4.2 Rusenhetene

Under beskriver vi nærmere tilbudet til de innsatte ved de ulike rusenhetene; rusmestringsenheter, Tyrili Stifinnerteam og rusenheter etter Stifinnermodell.

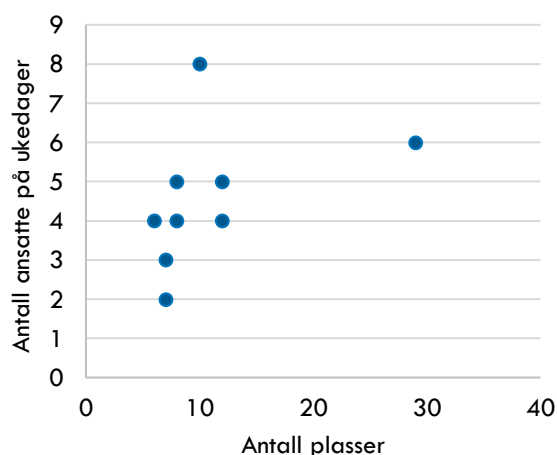
4.2.1 Innretning av rusenheter

Funnene fra intervjuer tyder på at rusenhetene har en litt ulik organisering og innretning i ulike fengsel. For det første varierer det i hvilken grad rusenhetene gir tilbud til øvrige innsatte i fengselet. Mens veilederen for rusmestringsenhetene legger opp til at rusmestringsenhetene skal være et tilbud til innsatte som tilfredsstillende visse kriterier ved at disse kan sone på egne avdelinger, jobber noen rusenheter etter en litt annen modell. Stifinnerteam gir eksempelvis tilbud til og har oppsøkende samtaler med innsatte i hele fengselet – ikke bare til dem som har blitt tildelt plass ved rusenheten. Også rusenhet etter stifinnermodell i Bjørgvin fengsel arbeider med alle innsatte som har utfordringer knyttet til rus og som ønsker endring. De har derfor heller ikke inntaksprosedyrer ettersom en ikke trenger å søke for å få et tilbud ved rusenheten.

4.2.2 Kompetanse og bemanning på rusenhetene

I spørreundersøkelsen ble rusenhetene spurt om hvor mange ansatte som er daglig tilstede på rusenheten og hvor mange plasser rusenheten har, se Figur 4-15.

Figur 4-15: Antall plasser og antall ansatte ved rusenheter (N=9)



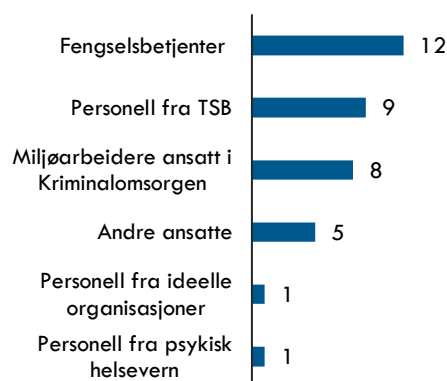
Kilde: Spørreundersøkelse rettet mot ledere for rusenheter gjennomført av Oslo Economics.

Resultatene fra spørreundersøkelsen viser for det første at det er relativt store variasjoner i ressursituasjonen ved rusenhetene. For en enhet med rundt 10 plasser, varierer antallet ansatte som er tilstede på daglig basis fra 2 til 8. Det synes heller ikke å være noen tydelig systematikk mellom antall ansatte og hvilket sikkerhetsnivå rusenheten har.

I spørreundersøkelsen ble også rusenhetene spurt om hvilke ansatte som var tilstede ved rusenheten på daglig basis, se Figur 4-16.

Figur 4-16: Hva slags ansatte er tilstede ved rusenheten på daglig basis? (N=12)

(spørsmål til leder for rusenheter)



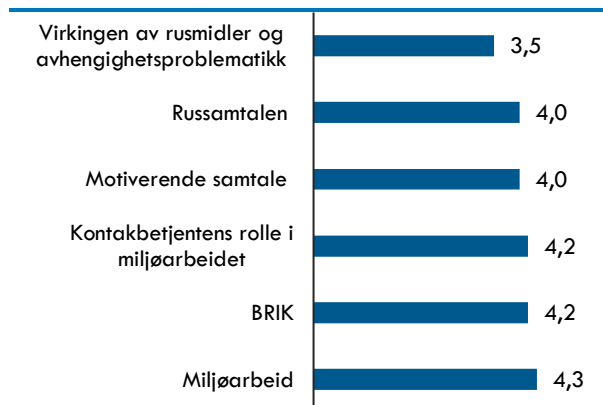
Kilde: Spørreundersøkelse rettet mot ledere for rusenheter gjennomført av Oslo Economics. Note: *Med TSB menes Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Svarene viser at det er en viss grad av variasjon i hvilke ansatte som er tilstede på rusenhetene. Samtlige rusenheter har fængselsbetjenter tilstede. I tillegg er det personell fra TSB tilstede på 9 av de 12 rusenhetene som har svart på undersøkelsen. Det er også relativt vanlig at miljøarbeidere ansatt i kriminalomsorgen jobber på rusenhetene – 8 av 12 avdelinger har slike ansatte. 3 rusenheter har andre typer ansatte tilstede. Kun én rusenhet oppgir å ha personell fra ideelle organisasjoner tilstede på daglig basis. Det er også én rusenhet som oppgir å ha personell fra psykisk helsevern tilstede på daglig basis.

I veilederen for rusmestringsenhetene heter det at alle ansatte fra kriminalomsorgen som jobber ved en rusmestringsenhet bør ha tilleggskompetanse i rusmiddelproblematikk og rusbehandling, herunder virkningen av rusmidler og avhengighetsproblematikk, russamtalen, motiverende samtaler, miljøarbeid, samt kontaktbetjentens rolle i miljøarbeidet. Resultatene fra spørreundersøkelsen til fængselsledere tyder på at de kriminalomsorgens ansatte ved rusenheten i stor grad har slik kompetanse, se Figur 4-17. Det er imidlertid færre som har tilleggskompetanse på virkningen av rusmidler og avhengighetsproblematikk.

Figur 4-17: I hvilken grad har Kriminalomsorgens ansatte på rusenheten i fengselet fått opplæring i følgende? Gjennomsnittsverdi for hvert alternativ fra 1- «(I svært liten grad)» til 5- «(I svært stor grad)» (N=6)

(spørsmål til fengselsledere)



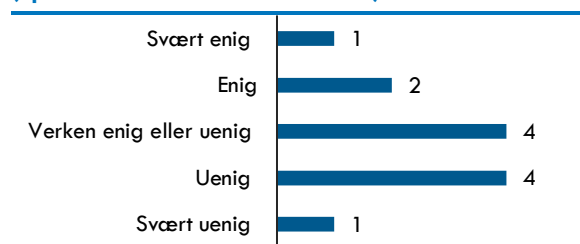
Kilde: Spørreundersøkelse rettet mot fengselsledere og fengsels-helsetjenesten gjennomført av Oslo Economics.

Ifølge veilederen for rusmestringsenhetene er et fast, stabilt og erfarent personell ved rusmestringsenhetene viktig: «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.» I spørreundersøkelsen ble rusenhetene spurt om personellet fra kriminalomsorgen ruller mellom rusenheten og øvrige avdelinger i fengselet. 8 av 13 rusenheter svarer at de ansatte ruller mellom rusenheten og øvrige avdelinger, men at det kun er fengselsbetjentene som ruller. De øvrige fem rusenhetene svarer at det ikke er rulling av ansatte. Dette tyder på at anbefalingen i veilederen om fast personell i dag i liten grad følges på hovedparten av rusenhetene.

Flere av rusenhetene opplever at ressursituasjonen gjør det krevende å ivareta et godt tilbud ved rusenheten. I spørreundersøkelsen ble rusenhetene bedt om å vurdere påstanden «Det er nok ressurser for å gjøre en god og tilfredsstillende jobb, herunder gi de innsatte de beste mulighetene for trivsel og utbytte av tilbudet». Figur 4-18 viser at rusenhetene er delt i dette spørsmålet, og det kan tyde på at det er store ulikheter i ressursituasjonen på rusenhetene som drøftet innledningsvis. Én av rusenhetene driftes i praksis som en ordinær avdeling med kun fengselsbetjenter som følge av begrensede økonomiske rammer. Flere etterlyser i intervjuer behov for øremerkede midler til rusenhetene for å sikre en forsvarlig drift.

Figur 4-18: Vurdering av påstand: «Det er nok ressurser for å gjøre en god og tilfredsstillende jobb, herunder gi de innsatte de beste mulighetene for trivsel og utbytte av tilbudet» (N=12)

(spørsmål til leder for rusenheter)



Kilde: Spørreundersøkelse rettet mot ledere for rusenheter gjennomført av Oslo Economics.

Ifølge veilederen for rusmestringsenhetene bør helsepersonell ansatt i spesialisthelsetjenesten ved TSB være aktører i rusmestringsenhetene på daglig basis. De regionale helseforetakene i den helseregionen rusmestringsenheten er lokalisert, skal bidra med ressurser tilsvarende minimum en heltidsstilling med kvalifisert helsepersonell ved hver enhet (Rundskriv 3.10.2013). Rusmestringsenhetene er gitt midler til ansettelse av én fagperson som skal være ansatt i spesialisthelsetjenesten ved et helseforetak, fortrinnsvis en psykolog. I spørreundersøkelsen ble derfor rusenhetene spurt om hva slags samarbeidsmodell de har med TSB, se Figur 4-19.

Figur 4-19: Hva slags samarbeidsmodell har rusenheten og spesialisthelsetjenesten om rusbehandling? (N=12)

(spørsmål til leder for rusenheter)



Kilde: Spørreundersøkelse rettet mot ledere for rusenheter gjennomført av Oslo Economics.

Ved 9 av 12 rusenheter er spesialisthelsetjenesten fysisk tilstede på faste dager. Én rusenhet oppgir at det ikke er samarbeid med spesialisthelsetjenesten, og to rusenheter oppgir at spesialisthelsetjenesten kommer til rusenheten ved behov. På de fleste, men ikke på alle rusenhetene, oppfylles dermed anbefalingen i veilederen om at spesialisthelsetjenesten bør være en aktør som er daglig tilstede på rusmestringsenheten.

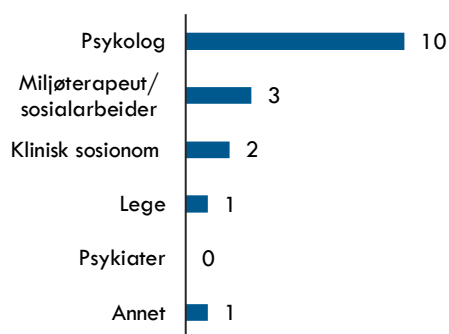
De rusenhetene som oppga at spesialisthelsetjenesten var tilstede på faste dager ble også spurt om hvor

mange dager i uken spesialisthelsetjenesten er fysisk tilstede på rusenheten. 3 av 9 rusenheter svarer at spesialisthelsetjenesten er tilstede 1-3 dager i uken, mens 6 av 9 rusenheter svarer at spesialisthelsetjenesten er tilstede 4 til 5 dager i uken.

Rusenhetene ble også spurt om hva slags personell fra TSB som er tilstede ved rusenheten, se Figur 4-20.

Figur 4-20: Hva slags formell kompetanse hadde de ansatte fra spesialisttjenesten som var tilstede på rusenheten i 2019? (N=11)

(spørsmål til leder for rusenheter)



Kilde: Spørreundersøkelse rettet mot ledere for rusenheter gjennomført av Oslo Economics.

Personellet fra TSB er hovedsakelig psykologer, men TSB har også miljøterapeuter og sosionomer på rusenhetene i noen tilfeller. Enkelte har i fritekstsvar oppgitt at TSB også har musikkterapeut, fysioterapeut, etc. tilstede ved rusenheten.

Ifølge veilederen for rusmestringsenheter skal TSB kunne utrede, diagnostisere og behandle innsatte på spesialistnivå i rusmestringsenheten. I tillegg kan spesialisthelsetjenesten tilby 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.

Figur 4-21 viser hvilke oppgaver som utføres av spesialisthelsetjenesten på rusenhetene. Hovedoppgaven til spesialisthelsetjenesten på rusenhetene er å gjennomføre individuelle pasientsamtaler med psykolog. Det varierer noe hvilke øvrige oppgaver spesialisthelsetjenesten har på rusenhetene. På en del rusenheter er spesialisthelsetjenesten også involvert i oppgaver som å vurdere søknader og inntak på rusenheten, delta i ansvarsgrupper og tverrfaglig samarbeid. 7 av 11 rusenheter svarer også at rusenheten er involvert i veiledning til personale fra kriminalomsorgen, mens kun én rusenhet svarer at spesialisthelsetjenesten også veileder helse- og omsorgstjenesten i fengselet.

Figur 4-21: Hvilke oppgaver utføres av spesialisthelsetjenesten på rusenheten? (N=11)

(spørsmål til leder for rusenheter)

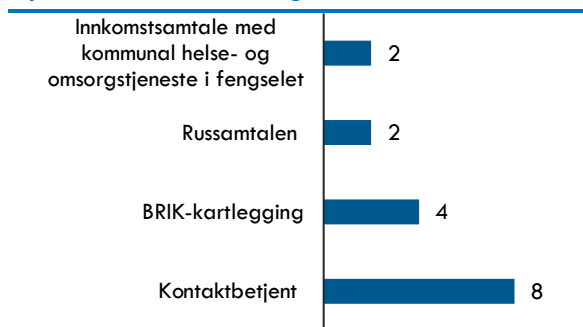


Kilde: Spørreundersøkelse rettet mot ledere for rusenheter gjennomført av Oslo Economics.

4.2.3 Søknad og inntak til rusenheter

Ifølge veilederen bør de innsatte så tidlig som mulig få informasjon om rusmestringsenhetene i kriminalomsorgen. Videre presiseres det at det er viktig at den som informerer om tilbudet har god kjennskap til rusmestringsenheten i fengselet og rusmestringsenheter i andre fengsel. Figur 4-22 viser hvilke kanaler som benyttes for å kartlegge aktuelle søkere til rusenheten. De fleste oppgir at kontaktbetjenten har en viktig rolle for å informere om rusenheter og motivere den innsatte til å søke. Enkelte fengsel oppgir også at de har egne presentasjoner i fellesskap eller ved innkommst for å informere om rustilbudet som gis i fengselet. Andre har også informasjonsmøter for de ansatte i fengselet om hva rusenheten tilbyr og kriterier for inntak slik at kontaktbetjenter kan informere de innsatte de har ansvar for. Innkommstamtale både i regi av helse- og omsorgstjenesten og kriminalomsorgen er en også en informasjonskanal som benyttes. Alle fengsel med rusenheter (som har besvart undersøkelsen) oppgir at det foreligger søknadsskjemaer til rusenheter i fengslene. Enkelte har i fritekstsvar gitt uttrykk for at det burde lages bedre rutiner for å informere om tilbudet ved rusenhetene som er mindre avhengig av kontaktbetjenten enn i dag.

Figur 4-22: Gjennom hvilken av disse kanalene kartlegges aktuelle søkere til rusenheten? (N=9)
(spørsmål til leder for fengsel med rusenheter)



Kilde: Spørreundersøkelse rettet mot fengselsledere gjennomført av Oslo Economics.

Ifølge veilederen for rusmestringsenhetene skal innsatte som er vurdert og har rett til TSB, ha førsteprioritet for inntak. I spørreundersøkelsen ble rusenhetene også spurt om hvem som er i målgruppen for rusenheten og hvilke grupper av innsatte som eventuelt ikke er egnet til å sone ved rusenheten. De fleste oppgir at målgruppen er innsatte med et rusmiddelproblem som de ønsker hjelp og behandling. Enkelte av rusenhetene oppgir også at det er et inntakskriterium at dommen er av en viss lengde (minimum 2-4 måneders sonings-tid). Når det gjelder grupper av innsatte som ikke er egnet for å sone på rusenheten nevnes følgende grupper:

- Innsatte med manglende motivasjon
- Innsatte med en del psykiske lidelser, særlig dersom disse forverres i gruppesamtaler
- Seksuallovbruddsdømte
- Innsatte med lettere psykisk utviklingshemming
- Innsatte med manglende norskkunnskaper

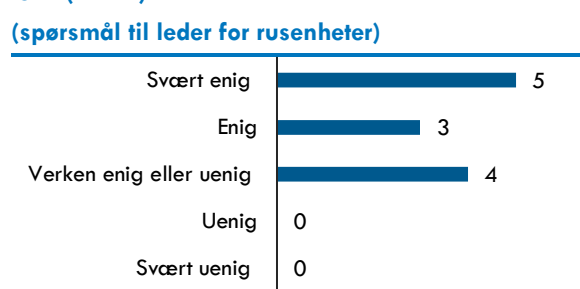
Ifølge veilederen bør beslutning om inntak baseres på både en skriftlig søknad fra den innsatte og en inntakssamtale med den det gjelder. Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at de fleste gjennomfører slike inntakssamtaler. 11 av 13 rusenheter gjennomfører inntakssamtale med innsatte som søker seg til rusenheten. De to rusenhetene som «(i liten grad)» gjennomfører inntakssamtaler, begrunner det med at rusenhetene driftes som ordinære avdelinger og at plassene på rusmestringsenheten i stor grad tildeles innsatte utenfor målgruppen.

En av tilbakemeldingene fra intervjuer er at det er en opplevelse av at det stilles litt ulike krav til hvor tydelig motivasjonen til den innsatte må være for å få tildelt plass ved rusenhetene. En av tilbakemeldingene fra intervjuer er imidlertid at det er en opplevelse av at det stilles litt ulike krav til hvor tydelig motivasjonen til den innsatte må være for å få tildelt plass ved rusenhetene. Noen rusenheter er opptatt av at den innsatte skal ha en tydelig erklært motivasjon, mens

andre vurderer det som mer hensiktsmessig å se på motivasjon som noe som kan opparbeides underveis i et behandlingsforløp.

Et annet inntrykk fra intervjuer er at det i ulik grad oppleves å være en systematisk prosess for å tildele plasser ved rusenhetene. I spørreundersøkelsen ble rusenhetene spurt om i hvilken grad de har velfungerende og gode rutiner og verktøy for vurdering og utvelgelse av hvem som bør overføres til rusenheten, se Figur 4-23.

Figur 4-23: Vurdering av påstand: «Vi har velfungerende og gode rutiner og verktøy for vurdering og utvelgelse av hvem som bør overføres til rusenheten» (N=12)
(spørsmål til leder for rusenheter)



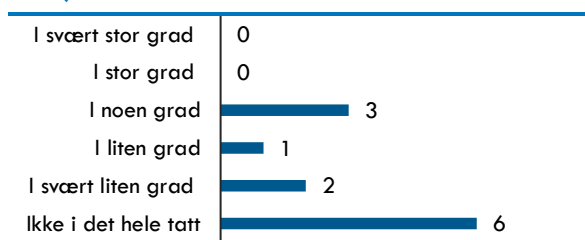
Kilde: Spørreundersøkelse rettet mot ledere for rusenheter gjennomført av Oslo Economics.

De aller fleste er enig i denne påstanden. 4 rusenheter vurderer imidlertid at de bare til dels er enig i denne påstanden.

Ifølge veilederen skal det være et tverrfaglig samarbeid mellom kriminalomsorgen og TSB om inntak på rusenhetene. Inntakssamtalene bør gjennomføres i samarbeid mellom kriminalomsorgen og TSB. Videre bør beslutningsgrunnlaget for inntak vurderes i samarbeid med TSB, og eventuelt også med kommunal helse- og omsorgstjeneste i fengselet der det er nødvendig. Som vist i Figur 4-21, oppgir 8 av 12 rusenheter at spesialisthelsetjenesten er involvert i vurdering og søknad om inntak på rusenhet. Dette tyder på at spesialisthelsetjenesten er lite involvert i inntaksprosessen på 4 av rusenhetene – som strider mot veilederens anbefalinger.

I spørreundersøkelsen ble rusenhetene spurt om fengselet måtte avslå søknader om plass ved rusenheten som følge av manglende kapasitet i 2019, se Figur 4-24. Kun 3 av 12 rusenheter oppgir at de i «(noen grad)» har gitt avslag på søknad om plass av kapasitetshensyn og 6 av 12 rusenheter sier at dette ikke forekom i det hele tatt. Samtidig viser statistikken for antall søkere til rusenhetene at om lag 55 prosent av søkerne til rusenhetene fikk tildelt plass i 2019. Dette kan tyde på at det stilles relativt strenge krav for å komme inn på rusenhetene og at mange vurderes som lite egnet.

Figur 4-24: Måtte fengselet avslå søknader om plass ved rusenheten som følge av manglende kapasitet i 2019? (N=12) (spørsmål til leder for rusenheter)



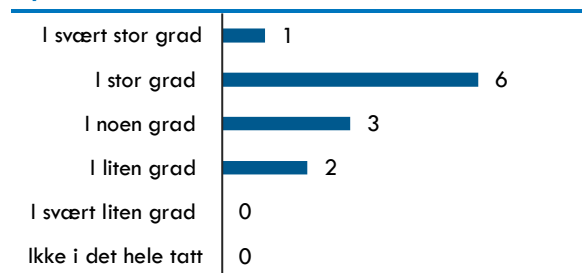
Kilde: Spørreundersøkelse rettet mot ledere for rusenheter gjennomført av Oslo Economics.

Samtidig oppgir også rusenhetene at det er relativt vanlig at det tildeles plasser på rusenheten til personer som ikke er i målgruppen for rusenheten av kapasitetshensyn eller andre årsaker. 4 av 12 rusenheter oppgir at dette skjer «i noen grad» og én rusenhet oppgir at dette skjer «i stor grad». Denne rusenheten oppgir imidlertid også at rusmestringsenheten i praksis driftes som en ordinær avdeling. De øvrige rusenhetene oppgir at dette i liten grad forekommer. Enkelte rusenheter påpeker også at regionen i enkelte tilfeller har overprøvd fengselets vurdering av inntak og tildeelt plass ved rusenheten til innsatte som fengselet ikke vurderte at var egnet for tilbudet.

4.2.4 Behandlingstilbudet ved rusenhetene

Ved oppstart i en rusenhet skal, ifølge veilederen, ukentlige samtaler med behandler fra TSB legge grunnlag for vurdering av pasientrettigheter og utarbeidelse av behandlingsplan for oppholdet i rusmestringsenheten. Behandlingsplanen skal inneholde mål/delmål, ansvar, oppgaver og tidsperspektiv for behandlingssamtalen. En slik behandlingsplan kan inngå som del av en Individuell plan dersom det er hensiktsmessig. I tillegg gjennomfører kriminalomsorgen eget planarbeid som kalles fremtidsplanlegging. Dette planarbeidet dekker områder som økonomi, bolig, helse, arbeid/utdanning, nettverk/fritid eller andre områder den innsatte ønsker å jobbe med, og dokumenteres i kriminalomsorgenes fagsystemer. I spørreundersøkelsen ble rusenhetene spurt om i hvilken grad de utarbeider en behandlingsplan for de som soner på rusenheten, se Figur 4-25.

Figur 4-25: I hvilken grad utarbeides det en behandlingsplan for alle som soner på rusenheten? (N=12) (spørsmål til leder for rusenheter)

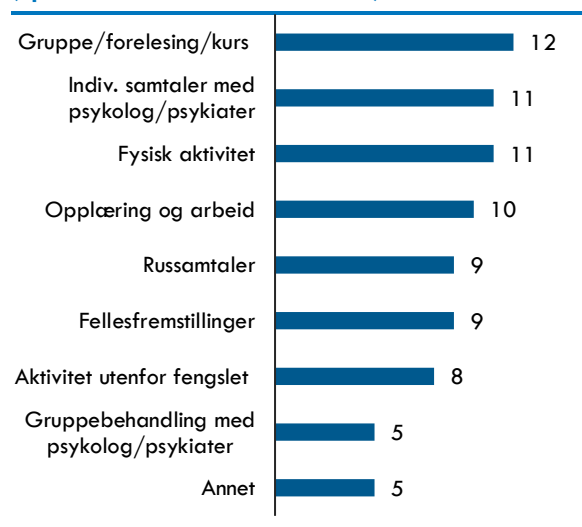


Kilde: Spørreundersøkelse rettet mot ledere for rusenheter gjennomført av Oslo Economics.

7 av 12 rusenheter oppgir at de «i stor grad» eller «i svært stor grad» utarbeider behandlingsplaner. 5 rusenheter oppgir imidlertid at de kun lager behandlingsplaner «i noen grad» eller «i liten grad». Blant de som i liten grad utarbeider behandlingsplaner nevnes både personellens kompetanse og mangel på ressurser som årsaker.

I spørreundersøkelsen ble rusenhetene også spurt om tilbudet ved rusenheten, se Figur 4-26. I tillegg til behandlingssamtaler med TSB, understreker også veilederen behovet for at det legges til rette for gode relasjonsskapende aktiviteter. 11 av 12 rusenheter tilbyr individuelle samtaler med psykolog/psykiater og 5 rusenheter har også gruppebehandling med psykolog/psykiater. Av andre tilbud er det i fritekstsvar nevnt rusprogrammer og samtalegrupper. Samlet sett synes det imidlertid å være en viss variasjon i tilbudet som tilbys på rusenhetene, men det er positivt at alle avdelinger med unntak av én tilbyr behandlingssamtaler med psykolog/psykiater.

Figur 4-26: Hvilke tilbud gis på rusenheten? (N=12) (spørsmål til leder for rusenheter)



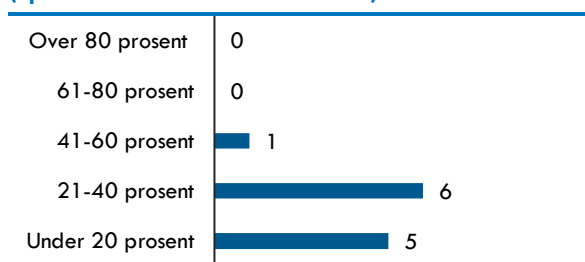
Kilde: Spørreundersøkelse rettet mot ledere for rusenheter gjennomført av Oslo Economics.

4.2.5 Kontinuitet i behandling

Ifølge veilederen vil mange innsatte i rusmestringsenhetene ha behov for behandling av sine rusmiddelproblemer, eventuelt også psykiske problemer, som vanskelig kan gis i et fengsel. For enkelte innsatte vil det derfor være hensiktsmessig å overføres fra rusmestringsenheten til en rusbehandlingsinstitusjon i spesialisthelsetjenesten etter straffegjennomføringsloven § 12. I spørreundersøkelsen ble rusenhetene bedt om å anslå andelen av de innsatte som har gjennomført eller som har planer om å overføres til § 12-soning etter endt opphold på rusenheten, se Figur 4-27.

Figur 4-27: Andel som har gjennomført eller har planer om å overføres til § 12-soning etter endt opphold på rusenheten (N=12)

(spørsmål til leder for rusenheter)



Kilde: Spørreundersøkelse rettet mot ledere for rusenheter gjennomført av Oslo Economics.

Resultatene viser at rusenhetene anslår at under halvparten av de innsatte fortsetter behandling i institusjon gjennom § 12-soning. I intervjuer har enkelte problematisert at rusenheter og soning ved institusjon er relativt like rusbehandlingstilbud og at det er usikkert hvilken tilleggsverdi § 12-soning gir. Andre vurderer imidlertid at overføring til § 12-soning er positivt ettersom det bidrar til progresjon i behandlingsforløpet. Det er også pekt på ulike forhold som vurderes som problematiske i forbindelse med § 12-soning. For det første vurderer enkelte at kriminalomsorgen har en for restriktiv praksis ved behandling av søknader om § 12-soning og at dette kombinert med en lang behandlingstid på søknader om § 12-soning utgjør en barriere for overføring til § 12-soning. Det kan også oppstå ventetid for å få henvisning til TSB og i vurderingsenhetene for TSB.

Det er noe mer uklart basert på intervjuer i hvilken grad kapasitetsbegrensninger på institusjonsplasser utgjør en barriere for overføring til § 12-soning. I enkelte tilfeller er det imidlertid ventetid på institusjonsplasser som kan skape usikkerhet i soningsforløpet. KDI kommenterer også at det oppleves som relativt vanskelig å få overført innsatte fra RME til døgntil behandling TSB etter § 12, fordi TSB ofte anbefaler oppfølging ute i samfunnet i stedet for i institusjon.

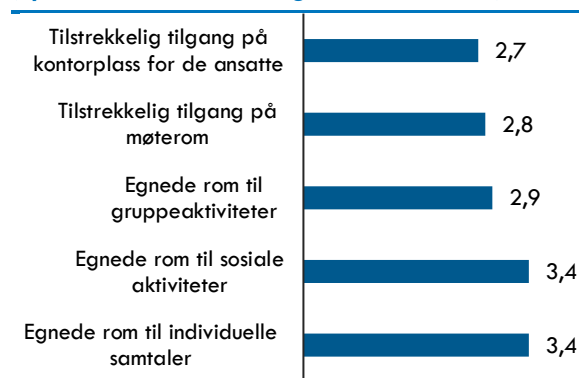
4.2.6 Lokaler og fasiliteter

Ifølge veilederen for rusmestringsenhetene heter det at kriminalomsorgen skal tilby egnede lokaler, helst i en egen enhet som er fysisk avgrenset fra øvrige avdelinger i fengselet. Videre er det anbefalt lokalene har egnede rom til sosiale aktiviteter, gruppeaktiviteter og individuelle samtaler med innsatte, samt at det er tilgang på møterom og kontorplass for de tilsatte.

I spørreundersøkelsen ble fengselslederne bedt om å ta stilling til fem ulike påstander om fengselets lokaler og fasiliteter. Hver påstand ble vurdert fra 1 til 5, der 1 gis dersom personen var «svært uenig» i påstanden og 5 dersom personen var «svært enig». Gjennomsnittsverdien per påstand fremgår av Figur 4-28.

Figur 4-28: Påstander om fengselets lokaler og fasiliteter. Gjennomsnittsverdi for hver påstand fra 1- «svært uenig» til 5- «svært enig» (N=9)

(spørsmål til leder for fengsel med rusenhet)



Kilde: Spørreundersøkelse rettet mot fengselsledere gjennomført av Oslo Economics.

Som figuren viser, er ledelsen i fengsel med tilknyttet rusenhet i mindre grad enig i at fengselet har tilstrekkelig tilgang på møterom og kontorplass for de ansatte, samt egnede rom til gruppeaktiviteter. Når det gjelder sosiale aktiviteter og individuelle samtaler er respondentene bare til dels enige i påstanden om at fengselet har egnede rom til disse aktivitetene.

I fritektsvar påpeker flere at et av kriminalomsorgens største forbedringsområder når det gjelder evnen til å ivareta innsatte med rusmiddelavhengighet er lokaler egnet til å tilby rusbehandling skjermet fra innsatte som ikke er motivert for behandling.

4.3 Vurdering av tilbud rettet mot kvinnelige domfelte med rusmiddelproblematikk

Det hersker ulike oppfatninger blant dem vi har intervjuet om i hvilken grad kvinner med rusmiddelproblematikk har tilgang til likeverdige tjenester som menn. Ved spørsmål om det er grupper som i mindre grad får tilbud om likeverdige tjenester, både i intervjuene

og i spørreundersøkelsen til rusenhetene, var det et mindretall som nevnte kvinner.

Enkelte vurderer imidlertid at kvinner i mindre grad har tilgang på likeverdige tjenester og tilbud som menn – i alle fall i deler av landet. Det er langt færre kvinnelige innsatte enn mannlige, og det er derfor naturlig at antallet rusenheter for kvinner er lavere enn for menn. Alle tre rusenheter for kvinner (Ravneberget, Bredtveit og Evje) er imidlertid lokalisert i region øst og sørvest, og tilgjengeligheten er derfor svært begrenset for domfelte bosatt i øvrige deler av landet.

Flere vurderer også at det er større stigmatisering av kvinner med rusmiddelproblematikk, og at det derfor sitter lenger inne for kvinnelige domfelte å søke seg til rusrettede tilbud. Igjen nevnes kvinnelige domfelte med barn som ekstra utsatte – av frykt for å redusere eller miste samvær med barn lar flere være å søke seg til tilbud som de egentlig er i målgruppen for. Dette samsvarer med Sallaup et al (2016), som mener at deres funn om at problematisk rusbruk blir oversett hos kvinner i større grad enn hos menn, kan tyde på at det fins mye stigma rundt rus og kvinner, særlig kvinner som har barn.

Videre er det flere som poengterer at kvinner er særlig sårbare under soning, og at det er avgjørende at tilbud rettet mot kvinner holdes atskilt fra tilsvarende tilbud for menn. Dette gjelder også ved soning utenfor fengsel. Et av friomsorgskontorene vi intervjuet var tydelig på at soning i institusjon for begge kjønn var svært uheldig for kvinner, og at seksuell trakassering er utbredt.

4.4 Rusrelaterte straffereaksjoner

Gjennom intervjuer og en spørreundersøkelse som er besvart av friomsorgskontor, har vi også vurdert de rusrelaterte straffereaksjonene ND og RK.

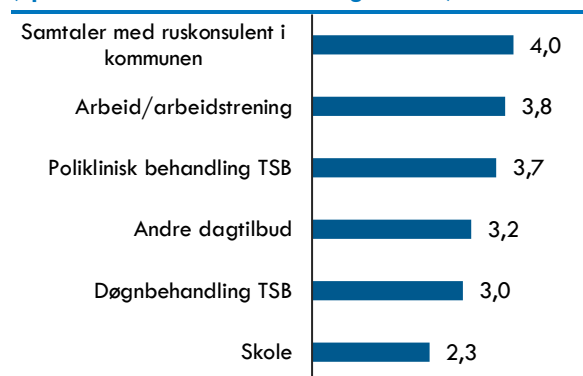
4.4.1 Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND) Tilbud til domfelte

Som drøftet i kapittel 2, skal ND være individuelt tilrettelagt og tilpasset domfeltes behov og ønsker. Tiltakene som benyttes skal være av rehabiliterende og kriminalitetsforebyggende art og kan omfatte rusbehandling, utdanning, opplæring, arbeid, fysisk helse, psykisk helse, kriminalitetsforebygging, nettverk, økonomi, fritid m.m.

I spørreundersøkelsen ble friomsorgskontorene spurt om i hvilken grad de benytter ulike tiltak blant dem som idømmes ND. Tiltakene ble vurdert fra 1 - «(i svært liten grad)» til 6 - «(i svært stor grad)». Gjennomsnittsverdien per tiltak fremgår av Figur 4-29.

Figur 4-29: Tiltak som gis til ND-domfelte. Gjennomsnittsverdi for hvert tiltak fra 1 – «(i svært liten grad)» til 6 – «(i svært stor grad)» (N=6)

(spørsmål til leder for friomsorgskontor)



Kilde: Spørreundersøkelse rettet mot ledere ved friomsorgskontor gjennomført av Oslo Economics.

Som figuren viser, er samtale med ruskonsulent i kommunen et tiltak som benyttes i stor grad. Dette gjelder også arbeid/arbeidstrening og poliklinisk behandling i TSB. Døgnbehandling i TSB og skole benyttes i noe mindre grad. Av andre dagtilbud som benyttes nevnes ulike fritidstilbud i regi av frivillige organisasjoner og ulike kommunale tilbud (frisklivssentral, etterverngruppe og kommunal tiltakstjeneste, mv.). Det tilbys også aktiviteter på ND-senteret for de som ikke har andre tilbud.

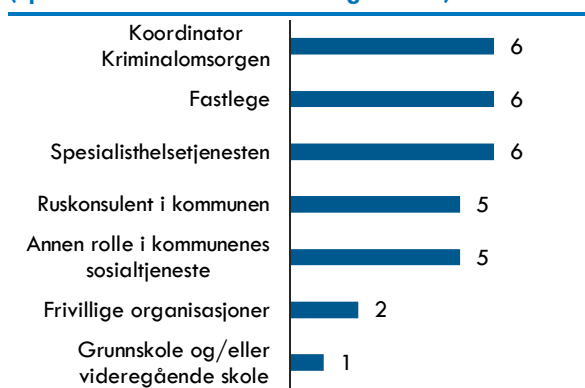
I intervjuer og i spørreundersøkelsen har vi også belyst i hvilken grad det er grupper av ND-domfelte som i mindre grad får et godt rusbehandlingstilbud i dag. Det påpekes at det særlig kan være vanskelig å tilpasse ND til personer med tunge psykiske lidelser, særlig antisosiale. Dessuten kan det være utfordrende å finne egnede tiltak for de tyngste brukerne. Disse brukerne er i mange tilfeller gitt opp av systemet og aktørene rundt etter å ha prøvd mange former for behandling tidligere. Da er det krevende for kriminalomsorgen å motivere både den domfelte og de ulike aktørene til å prøve nye former for tilbud og/eller behandling.

Samhandling mellom ulike aktører

Gjennomføringen av ND krever en felles innsats og et forpliktende samarbeid mellom ulike sektorer og forvaltningsnivåer, herunder kriminalomsorgen, spesialisthelsetjenesten, kommunale tjenester og opplæringssektoren. Dette samarbeidet organiseres gjennom ansvarsgrupper som følger opp den enkelte domfelte. I spørreundersøkelsen kartla vi hvilke aktører som vanligvis deltar i ansvarsgruppen, se Figur 4-30.

Figur 4-30: Hvilke aktører er vanligvis representert i ansvarsgruppene til den domfelte? (N=6)

(spørsmål til leder for friomsorgskontor)



Kilde: Spørreundersøkelse rettet mot ledere ved friomsorgskontor gjennomført av Oslo Economics.

Resultatene viser at det er vanlig at både fastlege, og ev. representant fra spesialisthelsetjenesten deltar. I tillegg deltar gjerne en ruskonsulent i kommunen og ev. en annen rolle i kommunens sosialtjeneste. Frivillige organisasjoner og representanter fra skole deltar i mindre grad. Dette skyldes trolig at skole også er et lite brukt tiltak, som drøftet tidligere.

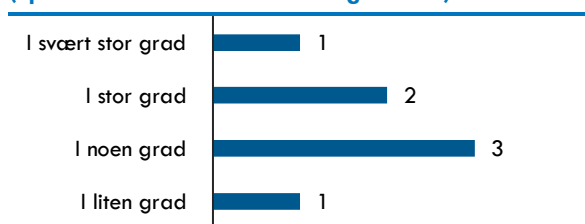
Tilbakemeldingene indikerer at samarbeidet mellom de ulike aktørene som er involvert i ND i all hovedsak fungerer godt. Ventetid i behandlingsapparatet innen TSB er også noe enkelte peker på som en utfordring.

Potensial for økt bruk av Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND)

ND er foreløpig en relativt ny straffegjennomføringsform. I spørreundersøkelsen ble respondentene bedt om å vurdere i hvilken grad det er potensial for økt bruk av ND, se Figur 4-31.

Figur 4-31: I hvilken grad er det potensial for mer bruk av ND enn i dag? (N=7)

(spørsmål til leder for friomsorgskontor)



Kilde: Spørreundersøkelse rettet mot ledere ved friomsorgskontor gjennomført av Oslo Economics.

Ettersom det er relativt få respondenter er det usikkerhet knyttet til tolkningen av svarene, men en del av respondentene vurderer at det er potensial for mer bruk av ND enn i dag.

I fritekstsvar påpeker mange at det er ulik grad av kjennskap til programmet i straffesaksjeden i dag og

at mer informasjon om tilbudet trolig hadde bidratt til at straffesaksjeden i større grad husker på dette alternativet til ubetinget fengselsstraff. Det er behov for økt informasjon rettet mot både forsvarere, påtalemyndighet og domstolen. Flere påpeker også at informasjon om straffereaksjonen til øvrige offentlige aktører som møter brukergruppen, som kommunale sosiale tjenester og til behandlingstilbud og poliklinikker innen TSB og andre, også kan ha en positiv effekt.

Kompetanse og ressurser

Flere påpeker imidlertid at ND er en ressurskrevende straffereaksjon for friomsorgskontorene, og at det krever høy sosialfaglig kompetanse ettersom friomsorgskontorenes innsats skal fremme rehabilitering og bidra til å styrke og samordne praktiske hjelpe- og behandlingstilbud. Det er spesielt ressurskrevende for friomsorgskontorene å håndtere samarbeidet med alle de ulike aktørene. Spesielt nevner flere at det er krevende for friomsorgskontorene å forholde seg til et stort antall kommuner med store ulikheter med tanke på grad av involvering og kvalitet på tilbud. Enkelte peker også på at det er «unødvendig» og ressurskrevende for friomsorgskontorene å ta seg av rus- og urintester.

Ved økt bruk av ND, bør det derfor også sikres tilstrekkelige ressurser ved friomsorgskontorene til å følge opp de domfelte. ND-sentrene/friomsorgskontorene kan ikke avvise noen pga. kapasitet, så dersom det blir for mange deltakere sammenlignet med ressursene i friomsorgskontorene vil det føre til at oppfølgingen av den enkelte blir mindre tett enn det programmet legger opp til.

4.4.2 Program mot ruspåvirket kjøring (RK)

Tilbud til domfelte

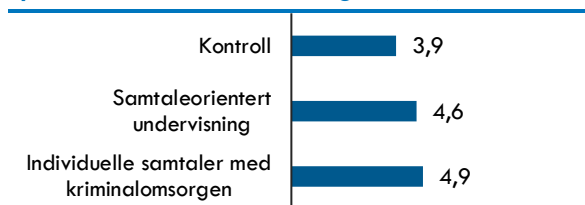
Ifølge forskrift om program mot ruspåvirket kjøring skal programmet være individuelt tilpasset, men det skal inneholde individuelle samtaler med kriminalomsorgen, samtaleorientert undervisning, kartlegging av eventuelt behandlingsbehov og kontroll. Samtalene og samtalehyppigheten skal tilpasses den enkeltes behov, men skal så langt det er mulig gjennomføres minimum hver 14. dag. I spørreundersøkelsen ble friomsorgskontorene spurt om i hvilken grad programmet inneholder disse tiltakene, Figur 4-32.

Resultatene viser at individuelle samtaler med kriminalomsorgen og samtaleorientert undervisning i stor grad benyttes. Kun én har oppgitt at samtaleorientert undervisning benyttes i «(i noen grad)», mens de øvrige respondentene oppgir at dette benyttes «(i stor grad)» eller «(i svært stor grad)». For Kontroll er det tre friomsorgskontor som oppgir at dette er noe de benytter «(i noen grad)». I fritekstsvar har en kommentert at det kan være vanskelig å tilby gruppebasert undervisning

ettersom det ikke alltid er tilstrekkelig antall domfelte innenfor friomsorgskontorets dekningsområde.

Figur 4-32: I hvilken grad benyttes følgende tiltak blant RK-domfelte? Gjennomsnittsverdi for hvert tiltak fra 1 – «i svært liten grad» til 6 – «i svært stor grad» (N=8)

spørsmål til leder for friomsorgskontor)

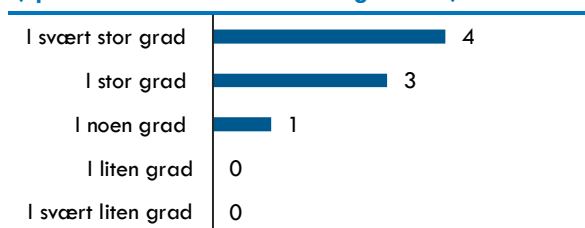


Kilde: Spørreundersøkelse rettet mot ledere ved friomsorgskontor gjennomført av Oslo Economics.

Som en del av RK skal det også gjennomføres kartlegging av eventuelt behandlingsbehov. I Forskrift om program mot ruspåvirket kjøring står det i § 6 at «kriminalomsorgen bistår domfelte med å kontakte primærhelsetjenesten eller sosialtjenesten for henvisning til spesialisthelsetjenesten som kartlegger behandlingsbehov og vurderer rett til tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Kriminalomsorgen skal gjøres kjent med konklusjonen eller tilrådingen helsetjenesten kommer fram til.» I spørreundersøkelsen spurte vi derfor også friomsorgskontorene om i hvilken grad de domfelte får kartlagt sitt behov for rusbehandling og rett til TSB, se Figur 4-33.

Figur 4-33: I hvilken grad får de domfelte kartlagt sitt behov for rusbehandling og rett til TSB som en del av program mot ruspåvirket kjøring? (N=8)

(spørsmål til leder for friomsorgskontor)



Kilde: Spørreundersøkelse rettet mot ledere ved friomsorgskontor gjennomført av Oslo Economics.

Som figuren viser, svarer friomsorgskontorene at de i stor grad kartlegger behov for rusbehandling og rett til TSB som en del av program mot ruspåvirket kjøring. Enkelte opplever imidlertid at fastlegen kan bli en flaskehals for henvisning til videre behandling i TSB. Både fordi utredningen av den domfelte ikke alltid er god nok og fordi en del ikke ønsker å innrømme rusmiddelproblemet overfor fastlegen. Enkelte har derfor i spørreundersøkelsen fremmet ønske om at friomsorgskontorene selv bør kunne henvise til TSB.

En innvending til RK som har kommet frem i intervjuer, er at det i en del tilfeller er et mer sammensatt kriminalitetsbilde som ligger bak enn kun ruspåvirket kjøring. RK-dommen kan innebære at det blir for stort fokus på ruspåvirket kjøring og at de øvrige kriminalitetsutfordringene til den domfelte ikke får tilstrekkelig fokus. Det er også et ønske at det i større grad burde vært mulig å tilpasse RK-dommen til den enkelte gjennom bestemte vilkår. I en del tilfeller kan det også gå lang tid fra lovbruddet skjedde til soning, og dette kan også påvirke hvor godt programmet fungerer.

Samhandling mellom ulike aktører

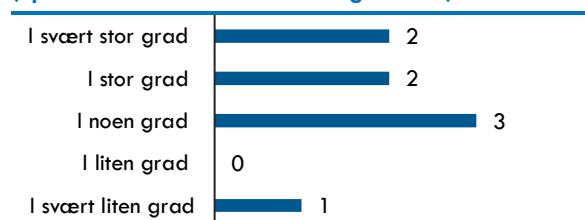
Gjennomføring av RK-dommer krever samhandling mellom friomsorgskontorene, kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten. En del peker på at det er et visst forbedringspotensial i samarbeidet mellom friomsorgskontorene, rustjenesten i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Flere fremhever også at det er behov for bedre dialog med aktørene i straffesakskjeden (klienter, forsvarere og påtalemyndighet) for å styrke kjennskapet til RK som straffereaksjon.

Potensial for mer bruk av Program mot ruspåvirket kjøring (RK)

På samme måte som for ND, ble friomsorgskontorene spurt om det er potensial for mer bruk av RK enn i dag, se Figur 4-34.

Figur 4-34: I hvilken grad er det potensial for mer bruk av RK enn i dag? (N=8)

(spørsmål til leder for friomsorgskontor)



Kilde: Spørreundersøkelse rettet mot ledere ved friomsorgskontor gjennomført av Oslo Economics.

Ifølge friomsorgskontorene synes det til en viss grad å være potensial for mer bruk av RK enn i dag. Særlig elektronisk kontroll vurderes å være en «konkurrent» til RK.

For å øke omfanget av RK-dommer, vurderer friomsorgskontorene at det er behov for mer informasjon til klienter, forsvarere og påtalemyndighet om RK som straffealternativ. Den største flaskehalsen er ifølge friomsorgskontorene antall rekvirerte personundersøkelser ettersom det er et inntrykk at domstolene ofte dømmer til RK dersom det foreligger en personundersøkelse som sier at vedkommende er egnet.

5. Anbefalinger om tiltak

For å legge til rette for en mer effektiv behandling av personer med rusmiddelproblematikk i fengsel foreslår vi en rekke mulige tiltak og forbedringer innenfor ulike områder. Noen sentrale forslag er å bedre rutineene for å kartlegge rusmiddelproblematikk ved innsettelse, å styrke kompetanseutviklingen blant ansatte i kriminalomsorgen og fengselshelsetjenesten om rusmiddelproblematikk og å sikre innsatte bedre tilgang på rusbehandling innen TSB.

5.1 Mulige tiltak

Basert på identifiserte forbedringsområder (se kapittel 4) har vi skissert mulige tiltak på ulike områder. Tiltakene er utformet basert på innhentet informasjon gjennom dybdeintervjuer og spørreundersøkelser, samt diskusjoner og vurderinger i workshop. Videre har vi

vurdert tiltak for å bedre tilbudet til domfelte med rusmiddelproblemer som er forslått i tidligere arbeid.

I 2016 utarbeidet Hdir og KDI forslag til tiltak for å bedre oppfølgingen av innsatte med rusmiddelproblemer (KDI og Hdir, 2016). Mange av disse tiltakene er etter vår vurdering fortsatt relevante. Et av tiltakene som ble foreslått i den nevnte arbeidsrapporten var områdefunksjon for spesialisthelsetjenester til innsatte med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. Som en oppfølging utarbeidet SIFER på oppdrag fra Hdir en rapport om områdefunksjon for spesialisthelsetjenester til innsatte med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer (SIFER, 2018). Videre foreslår også Nasjonal strategi for samordnet tilbakeføring etter gjennomført straff (Departementene, 2017) tiltak for å bedre tilbudet til innsatte med rusmiddelproblemer. Flere av de anbefalte tiltakene i denne strategien er blitt fulgt opp videre av ulike arbeidsutvalg. Vi har, der det er relevant, redegjort for statusen for de ulike tiltakene.

Tabell 5-1 Mulige tiltak for tilbud rettet mot domfelte under straffegjennomføring i fengsel og i samfunnet

Overordnet tiltakskategori	Mulige tiltak
Straffegjennomføring i fengsel	
Under soning i fengsel	<p>Kartlegging av rusmiddelproblematikk</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forbedre rutiner for å kartlegge rusmiddelproblematikk ved innsettelse • Gi alle kontaktbetjenter opplæring i BRIK • Revidere BRIKs kartlegging av rusmiddelproblematikk – vurdere innføring av standardisert kartlegging av rusmiddelproblematikk (eksempelvis AUDIT/DUDIT) • Fremskaffe bedre data på individnivå under straffegjennomføring som gjør det mulig å vurdere kvaliteten på og effekten av rusbehandlingstilbud • Etablere gode rutiner i alle fengsel, både i kriminalomsorgen og i helse- og omsorgstjenesten, for informering om tilbud ved rusenhet og andre rusrelaterte tilbud
	<p>Økt kompetanse på rusmiddelproblematikk</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etablere områdefunksjon innen tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) for helseforetak med ansvar for fengsel • Inngå forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommunal helse- og omsorgstjeneste og helseforetak om spesialisthelsetjenester i alle fengsel • Sikre rutiner for tverrfaglig samarbeid mellom TSB og kriminalomsorgen både i fengsel med og uten rusenheter • Styrke kompetanseutvikling blant ansatte i kriminalomsorgen og fengselshelsetjenesten om rusmiddelproblematikk
	<p>Utvide tilbud til innsatte med rusmiddelproblematikk</p> <ul style="list-style-type: none"> • Styrke og sikre likeverdige tilbud til innsatte med rusmiddelproblemer som soner i ordinære avdelinger • Samkjøre og koordinere planarbeidet for den innsatte som gjøres i regi av spesialisthelsetjenesten, kommunal helse- og omsorgstjeneste, kriminalomsorgen og innenfor andre tjenesteområder • Gjennomgå kriminalomsorgens lovverk og sanksjoner ved rusrelaterte brudd, samt hvilke regler/rutiner som skal gjelde for personer som er overført til døgnbehandling i TSB etter § 12 • Sikre likeverdige tilbud på tvers av rusenheter

		<ul style="list-style-type: none"> – Etablere minimumskrav som gjelder for alle typer rusenheter – Sørge for deling av erfaringer og beste praksis for rusenhetene (eksempelvis gjennom faglige nettverk, mv.) – Styrke rutiner for kvalitetsstyring av rusenhetene • Sikre egnede lokaler for rusbehandling og rusrelaterte tilbud i samtlige fengsel • Vurdere behov for å forbedre tilbud rettet mot kvinnelige domfelte med rusmiddelproblematikk
	Økt samhandling	<ul style="list-style-type: none"> • Utarbeide nasjonale rutiner og systemer for informasjonsdeling av kartlagt rusmiddelproblematikk • Vurdere dagens praksis og rutiner for søknad og overføring til soning i institusjon etter § 12
Ved løslatelse	Planlegge og samhandle tilbakeføring	<ul style="list-style-type: none"> • Flere ressurser med sosialfaglig kompetanse med ansvar for å koordinere tjenestetilbud under soning, samarbeide med kommuner, koordinere videre behandling etter løslatelse, mv. • Gjennomgå, og ved behov revidere, eksisterende avtaler og regelverk, slik at betydningen av helhetlig ansvar og samarbeid om tilbakeføring av domfelte og innsatte kommer tydelig fram • Innføre tjenestemelding om løslatelse til samarbeidende etater (kommune, NAV osv.)
Straffegjennomføring i samfunnet		
RK	Kartlegging av rusmiddelproblematikk	<ul style="list-style-type: none"> • Lovfeste personundersøkelser⁷ i alle saker med gjentatt promillekjøring eller viss promille
RK/ND	Økt samhandling	<ul style="list-style-type: none"> • Øke kjennskapen til RK/ND i straffesakskjeden og sikre riktig valg av straffegjennomføring

Kilde: Oslo Economics

5.2 Beskrivelse av tiltak og mulige virkninger – straffegjennomføring i fengsel

5.2.1 Kartlegging av rusmiddelproblematikk

Vi har identifisert en rekke tiltak som på ulike måter forventes å bidra til en bedre kartlegging av innsattes rusmiddelproblematikk.

Forbedre rutiner for å kartlegge rusmiddelproblematikk ved innsettelse

For å best mulig kunne planlegge tjenester og eventuelt henvise til utredning og/eller behandling under eller etter soning er det viktig at kartlegging av rusmiddelproblematikk skjer tidlig i straffegjennomføringen. Dette gjelder særlig ved soning av kortere dommer. Samtidig er det flere som påpeker at kriminalomsorgens kartleggingsverktøy BRIK er omfattende og krever at det er opprettet en relasjon mellom den som kartlegger (kontaktbetjent) og den som kartlegges

(innsatt). Dette hensynet tilsier at BRIK bør gjennomføres kort tid etter innsettelse. Et alternativ kan være å gjøre en mer overordnet kartlegging av rusmiddelproblematikk ved innsettelse, og avvente BRIK til noe senere i straffegjennomføringsløpet.

Fengselshelsetjenesten gjør allerede en kartlegging av rusmiddelproblematikk under inntakssamtalen. Denne vil, dersom den deles med kriminalomsorgens ansatte, kunne fungere som en første kartlegging. En slik informasjonsdeling forutsetter samtykke av den innsatte, og krever motivering og forklaring av hvorfor informasjonsdeling om rusmiddelproblematikk vil komme den enkelte innsatte til gode. Det er også behov for bedre rutiner og systemer for informasjonsdeling mellom kriminalomsorgen og helsetjenesten. Dette er behandlet som et eget tiltak, beskrevet i kap. **Feil! Fant ikke referanse kilden..**

Gi alle kontaktbetjenter opplæring i BRIK

Som beskrevet i kapittel 4, har det over tid vært en økning i antall domfelte som har gjennomført BRIK. Samtidig er det fortsatt en lav andel av domfelte

⁷ Personundersøkelser er en kartlegging av en siktet eller tiltalt person etter oppdrag fra påtalemyndighet eller domstol. Denne kartleggingen skal bidra til at domstolen gis et bedre grunnlag til å fastsette en riktig straffereaksjon.

gjennomfører BRIK (rundt 10 prosent av antall personer idømt samfunnsstraff, betinget eller ubetinget fengsel). Gjennom intervjuer og workshop har flere oppgitt at manglende tilbud om BRIK kan skyldes knapphet på tid, men også manglende opplæring blant fengselsbetjenter.

Å gi alle kontaktbetjenter opplæring i BRIK forventes å øke andelen innsatte som får tilbud om BRIK, og derigjennom også andelen som takker ja. Det er usikkert hvor mange kontaktbetjenter som fortsatt ikke har opplæring i BRIK og som vil trenge opplæring. For å gi disse opplæring, må de tas ut av ordinært arbeid for å delta på kurs, eller eventuelt delta på kurs utenom arbeidstid. De budsjettmessige konsekvensene av å gi alle kontaktbetjenter opplæring i BRIK forventes ikke å være betydelige.

Revidere BRIKs kartlegging av rusmiddelproblematikk – vurdere innføring av standardisert kartlegging av rusmiddelproblematikk (eksempelvis AUDIT/DUDIT)

Det finnes en rekke ulike tilbud rettet mot innsatte med rusmiddelproblematikk, men det eksisterer lite forskning som viser hva effekten av tiltakene er. Et mulig tiltak for å muliggjøre forskning på effekter av tilbudene er å innføre standardiserte kartleggingsverktøy, som AUDIT/DUDIT, i kartleggingen av rusmiddelproblematikk i BRIK. Dette vil også kunne øke kvaliteten på kartleggingen av rusmiddelproblematikk som gjøres gjennom BRIK. Spørsmålene i AUDIT/DUDIT er enkle å stille og enkle å svare på. Det forventes heller ikke at kontaktbetjentene som gjennomfører BRIK vil ha særlige kostnader knyttet til opplæring i og implementering av den reviderte undersøkelsen. Kostnadene ved dette tiltaket er knyttet til selve revideringsprosessen. Det er usikkert hvor omfattende en slik revideringsprosess vil være, men det forventes ikke at en innføring av AUDIT/DUDIT vil ha større økonomiske eller administrative konsekvenser.

Fremskaffe bedre data på individnivå under straffegjennomføring som gjør det mulig å vurdere kvaliteten på og effekten av rusbehandlingstilbud

Et annet tiltak for å muliggjøre forskning på effekter av tilbudene rettet mot innsatte med rusmiddelproblematikk er å fremskaffe data på individnivå. I dag er rapporteringen ikke knyttet til hvert enkelt individ, og det er derfor ikke mulig å følge individet gjennom straffegjennomføringen for å se hvilke programmer eller rusbehandlingstilbud vedkommende har mottatt. Ved å fremskaffe data på individnivå er det mulig å vurdere kvaliteten på og effekten av rusbehandling. Individdataene må omfatte opplysninger både fra kriminalomsorgen, kommunal helse- og omsorgstjeneste og eventuelt spesialisthelsetjenesten.

For å få til dette vil det trolig kreve store tilpasninger av både systemer og regelverk, ettersom tiltaket forutsetter at informasjon fra systemene til kriminalomsorgen og helse- og omsorgstjenesten sammenstilles på individnivå. Det er usikkert om et slikt tiltak forutsetter en forskriftsendring eller andre juridiske endringer. Uansett vurderes det at de økonomiske og administrative konsekvensene av et slikt tiltak vil være store.

Etablere gode rutiner i alle fengsel, både i kriminalomsorgen og i helse- og omsorgstjenesten, for informering om tilbud ved rusenhet og andre rusrelaterte tilbud

For å sikre at alle innsatte er informert om hvilke rusmiddelproblematikkrelaterte tilbud som finnes, er det viktig å etablere gode rutiner for informering. Kartleggingen presentert i kapittel 4 viser at fengslene i dag har litt ulike rutiner og at informasjonsarbeidet i hovedsak skjer via kontaktbetjent. Flere informanter vurderer at det er potensial for å forbedre rutinene for å informere om tilbudet ved rusenheter og andre rusrelaterte tilbud i kriminalomsorgen. Informasjon om muligheten for soning i rusenhet bør ikke bare rettes mot innsatte i fengselet der rusenheten er lokalisert, men også mot innsatte som soner i andre fengsel og domfelte som venter på soning slik at også disse gis mulighet til å søke om å sone i rusenheten.

Gode rutiner for informasjon forventes ikke medføre store kostnader, men kostnadene vil variere avhengig av størrelse og geografisk plassering på fengselet. I forbedringen av informasjonsarbeidet vil fengslene kunne lære av hverandre. Utveksling av beste praksis, enten fengslene imellom eller gjennom kriminalomsorgen sentralt, vil langt på vei kunne bidra til etablering av bedre rutiner for informasjonsspredning.

5.2.2 Økt kompetanse på rusmiddelproblematikk Etablere områdefunksjon innen TSB for helseforetak med ansvar for fengsel

SIFER har på oppdrag fra Hdir utarbeidet en rapport om områdefunksjon for spesialisthelsetjenester til innsatte med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer (SIFER, 2018). For å sikre innsatte likeverdige TSB-tjenester anbefales det å opprette områdefunksjon for TSB. Dette skal bidra til å sikre faste stedlige tjenester i alle fengsel med utgangspunkt i opptaksområdene for helseforetakene. Det er foreslått at det for de fleste helseforetak vil være en enhet som har ansvaret for fengslene i opptaksområdet. Helse- og omsorgsdepartementet har i oppdragsbrev for 2020 gitt helseforetakene i oppdrag, i samarbeid med KDI, å utarbeide en konkret plan for etablering av områdefunksjon for spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern og TSB for innsatte. KDI har fått tilsvarende oppdrag i sitt tildelingsbrev for 2020.

For de domfelte vil områdefunksjon kunne medføre et bedret rusbehandlingstilbud gjennom bedre tilgjengelighet på spesialisthelsetjenester. De økonomiske og administrative virkningene oppstår primært for spesialisthelsetjenesten, men kriminalomsorgen må legge til rette for egnede lokaler for spesialisthelsetjenesten for å sikre forsvarlige og effektive stedlige tjenester samt utdeling av medisiner. Resultatene fra kartleggingen presentert i kapittel 4 kan tyde på at ikke alle fengsel har egnede lokaler hvor TSB kan yte tjenester i dag.

Nasjonal Kompetansetjeneste TSB anslår at opprettelsen av områdefunksjon vil medføre en merkostnad som ikke kan gjennomføres innenfor dagens økonomiske ramme. De vurderer at de økonomiske virkningene i spesialisthelsetjenesten primært er knyttet til behov for et økt antall psykologspesialister. Med utgangspunkt i en kostnad for en stilling for en psykologspesialist inklusiv sosiale kostnader på rundt 880 000 kroner, er det beregnet et generelt antatt ressursbehov til nye stillinger på rundt 20 millioner kroner per år. Dette tilsvarer om lag 23 nye stillinger.

Inngå forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommunal helse- og omsorgstjeneste og helseforetak om spesialisthelsetjenester i alle fengsel

Vår vurdering tilsier at det i en del fengsel er behov for et mer forpliktende samarbeid mellom helseforetak og det enkelte fengsel for å sikre god tilgang på spesialisthelsetjenester innen TSB til innsatte med rusmiddelproblemer. Et mulig virkemiddel er samarbeidsavtaler mellom kommunal helse- og omsorgstjeneste og helseforetak om spesialisthelsetjenester i alle fengsel. En del fengsel har allerede slike samarbeidsavtaler i dag, og tiltaket vil primært gå ut på å sikre at de fengslene som ikke har slike avtaler i dag etablerer det. Dette er tidligere blitt foreslått av Hdir og KDI i en arbeidsrapport fra 2016. Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6 forplikter kommuner til å inngå samarbeidsavtaler med regionale helseforetak for å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester. Helseforetakene er forpliktet til å inngå slike samarbeidsavtaler med kommuner etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1-e. Kommuner med fengsel skal i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-9 ha tilbud om helse- og omsorgstjenester til innsatte.

Hdir og KDI vurderer i sin arbeidsrapport at tiltaket ikke vil ha vesentlige økonomiske og administrative konsekvenser for kriminalomsorgen eller helsetjenesten. For de innsatte vil slike samarbeidsavtaler kunne bidra til bedre tilgang på spesialisthelsetjenester innen TSB til innsatte med rusmiddelproblemer.

Sikre rutiner for tverrfaglig samarbeid mellom TSB og kriminalomsorgen både i fengsel med og uten rusenheter

I en del fengsel er det i liten grad et tverrfaglig samarbeid mellom TSB og kriminalomsorgen. Psykologspesialister fra TSB gjennomfører kanskje individuelle behandlingssamtaler, men er i mindre grad involvert i et tverrfaglig samarbeid om tilbudet som gis til innsatte ved fengselet. Et slikt tverrfaglig samarbeid kan eksempelvis bestå av veiledning av kriminalomsorgens ansatte og/eller fengselshelsetjenestens ansatte, veiledning i forbindelse med kartlegging av rusmiddelproblematikk og søknadsprosess og inntak på rusenheter, etc. Vi foreslår derfor at det etableres gode rutiner for tverrfaglig samarbeid mellom TSB og kriminalomsorgen i de fengslene som ikke har et godt samarbeid i dag.

Etter vår vurdering vil dette kunne bidra til å heve kvaliteten på tilbudet som gis til innsatte med rusmiddelproblematikk. I utgangspunktet trenger det ikke å ha vesentlige økonomiske og administrative konsekvenser for kriminalomsorgen eller helsetjenesten å få til bedre rutiner for tverrfaglig samarbeid. På enkelte enheter vil det imidlertid kreve at TSB bruker mer ressurser i fengselet enn i dag. Etablering av områdefunksjon for TSB, vil trolig øke mulighetene for et godt tverrfaglig samarbeid mellom TSB og kriminalomsorgen i fengslene.

Styrke kompetanseutvikling blant ansatte i kriminalomsorgen og fengselshelsetjenesten om rusmiddelproblematikk

Kartleggingen i kapittel 4 viser at en del respondenter vurderer at kriminalomsorgens ansatte har svak kompetanse på psykisk helse og rusmiddelproblematikk. I fengselsbetjentutdanningen har psykisk helse og rusmiddelproblematikk over tid fått økt fokus ifølge KDI og Hdir (2016). Det bør imidlertid vurderes om det er behov for at rusmiddelproblematikk får et enda større fokus. Å styrke etter- og videreutdanningstilbudet om psykisk helse og rusmiddelproblematikk for ansatte i fengsel og friomsorgskontor vil også kunne bidra til kompetanseheving blant de ansatte i kriminalomsorgen. Mer tverrfaglig samarbeid mellom TSB og kriminalomsorgen, og mer veiledning fra spesialister innen fagfeltet vil også kunne bidra positivt.

Det er også behov for å styrke kompetanseutviklingen om rusmiddelproblematikk blant ansatte i fengselets helse- og omsorgstjeneste. Som vist i Figur 4-9, har det over tid vært en økning i antallet sykepleiere med spesialutdanning i rus/psykisk helse i fengslene. Dette er positivt, men samtidig viser kartleggingen at en del fortsatt ikke vurderer at de har tilstrekkelig kompetanse til å ivareta behovene til innsatte med rusmiddelproblematikk. For å styrke kompetanseutviklingen i

helse- og omsorgstjenesten vil økt veiledning fra spesialisthelsetjenesten innen TSB og de nasjonale kompetansetjenestene kunne bidra positivt. I tillegg bør det legges til rette for at flere fra helse- og omsorgstjenesten kan delta på etter- og videreutdanningskurs (eksempelvis nettkurs) som sikrer tilstrekkelig kompetanse på rusmiddelproblematikk og økt kunnskap om innsattes helsetilstand.

Å styrke kompetanseutviklingen blant ansatte i kriminalomsorgen og kommunal helse- og omsorgstjeneste om rusmiddelproblematikk ble også foreslått av KDI og Hdir (2016). For å legge til rette for økt kompetanseutvikling i helse- og omsorgstjenesten kan det være behov for å styrke helse- og omsorgstjenesten i fengsel med flere ressurser. For å illustrere så vil en økning i helse- og omsorgstjenestens ressursinnsats med 5 prosent antas å koste om lag 5 millioner kroner. Beregningen er gjort med utgangspunkt i antall timer utført i helse- og omsorgstjenesten i dag, at det primært er antall sykepleiere i fengslene som øker og en antatt årsverkskostnad for en sykepleier på 736 000 kroner inkludert sosiale kostnader.

For kriminalomsorgen antas det at det ikke vil ha vesentlige økonomiske og administrative konsekvenser å styrke kompetanseutviklingen i kriminalomsorgen og/eller helse- og omsorgstjenesten.

5.2.3 Utvide tilbud til innsatte med rusmiddelproblematikk

Vi vurderer at det også er behov for bedre tilbud til innsatte med rusmiddelproblematikk under straffegjennomføring. Vi har identifisert en rekke tiltak som vil utvide tilbudet både til innsatte som soner i ordinære avdelinger, og i rusenheter.

Styrke og sikre likeverdige tilbud til innsatte med rusmiddelproblemer som soner i ordinære avdelinger

Det er behov for å gi et enda bedre tjenestetilbud til innsatte med rusmiddelproblemer på ordinære avdelinger. Spesielt er det behov for å forbedre tilbudene som gis til innsatte med ROP-lidelser, lettere psykisk utviklingshemming og innsatte med manglende norskkunnskaper. Kartleggingen viser at disse gruppene i mindre grad er egnet til å sone ved rusenheter og til å benytte seg av andre rusrelaterte tilbud i kriminalomsorgen. For å sikre et godt tilbud til innsatte i ordinære avdelinger vil det være behov for flere ressurser og økt kompetanse på rusmiddelproblematikk i fengslene. Etablering av områdefunksjon for TSB vil gjennom å sikre stedlige tjenester for TSB i alle fengsel kunne bidra til at denne gruppen av innsatte får bedre tilgang på spesialisthelsetjenester innen TSB. I tillegg til å styrke TSB, vil det trolig også være behov for å styrke helse- og omsorgstjenesten i fengslene og sørge for økt kompetanseutvikling innen rusmiddelproblematikk. Hvor stort behovet for å styrke fengselets

helse- og omsorgstjeneste er, er usikkert. Dersom eksempelvis helse- og omsorgstjenesten i alle fengsel styrkes med et halvt årsverk (sykepleier med spesialutdanning på rusmiddelproblematikk) antas det å koste om lag 17 millioner kroner.

Samkjøre og koordinere planarbeidet for den innsatte i regi av spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste og planarbeid i regi av kriminalomsorgen

Alle som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan (jf. Lov om pasient- og brukerrettigheter § 2-5). Videre lages det innen TSB behandlingsplaner for dem som har rett på spesialisthelsetjenester. Kriminalomsorgen utarbeider egne fremtidsplaner for de innsatte. Det er viktig at de ulike planene samkjøres på en måte som gir god og helhetlig oppfølging av innsatte med rusmiddelproblematikk. Kartleggingen viser at det er relativt få innsatte med individuell plan. Det bør vurderes om det bør iverksettes tiltak for å sikre at flere domfelte får individuell plan og om det er behov for tiltak for å sikre mer tverrfaglig samarbeid om planarbeidet rettet mot de innsatte. Tiltaket forventes ikke å ha vesentlige økonomiske og administrative virkninger for verken helse- og omsorgstjenesten, kriminalomsorgen eller spesialisthelsetjenesten.

Gjennomgå kriminalomsorgens lovverk og sanksjoner ved inntak av rusmidler, samt hvilke regler/rutiner som skal gjelde for personer som er overført til døgntil behandling i TSB etter § 12

En av tilbakemeldingene fra kartleggingen er at kriminalomsorgens lovverk og sanksjoner for inntak av rusmidler i noen tilfeller er lite hensiktsmessige fra et behandlingsperspektiv. Dette gjelder både reaksjoner ved rusinntak i fengselet og etter overføring til døgntil behandling i TSB etter § 12. Etter vår vurdering er det behov for å gjennomgå og vurdere om dagens regelverk og praksis i kriminalomsorgen er hensiktsmessig ut fra et behandlingsperspektiv. Det bør også vurderes nærmere hvilke regelverk og rutiner som skal gjelde ovenfor personer som er overført til døgntil behandling i TSB, dvs. om det er kriminalomsorgens regelverk eller behandlingstilbudets regelverk som skal gjelde.

Tiltaket berører primært kriminalomsorgen og forventes ikke å ha vesentlige økonomiske og administrative virkninger.

Sikre likeverdig tilbud på tvers av rusenheter

Kartleggingen viser at det er stor variasjon i organiseringen av og tilbudet ved de ulike rusenhetene i kriminalomsorgen i dag, og at ikke alle driftes i samsvar med veilederen. Det er etter vår vurdering ikke nødvendigvis et mål at alle rusenheter skal driftes helt likt, men det bør legges til rette for kunnskaps- og erfa-

ringsdeling på tvers av rusenhetene slik at avdelingene kan videreutvikles basert på det som anses å være beste praksis. Videre må alle enheter kunne oppfylle visse kvalitetsmessige minimumskrav.

Som en del av opprettelsen av områdefunksjon, er det anbefalt at det i regi av Nasjonal kompetansetjeneste TSB opprettes et faglig nettverk for fagpersonell i TSB innenfor kriminalomsorgen som omfatter TSB i fengsel, ND, rusmestringsenheter, rusenheter etter stifinnermodell og § 12-soning. Dette nettverket skal bidra til kompetanseutvikling og fagutvikling innenfor rusmiddelproblematikk i straffegjennomføringen. Et slikt nettverk vil også kunne brukes for å sikre faglig utvikling av tilbudet ved rusenhetene. I tillegg mener vi det bør vurderes å innføre minimumskrav for tilbudet ved rusenhetene for å sørge for at tilbudet ved samtlige rusenheter holder en viss kvalitet. Slike minimumskrav bør utarbeides i samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, helse- og omsorgstjenesten og kriminalomsorgen.

Dersom det stilles slike minimumskrav vil det kunne være behov for økte ressurser i kriminalomsorgen for å sikre at samtlige avdelinger etterlever kravene. Styrringsdialogen mellom enhetene, regionene og KDI bør brukes for å sikre at tilbudet ved rusenhetene holder god nok kvalitet. Det kan også vurderes om det er behov for andre rutiner for å sikre faglig kvalitetssikring av tilbudet ved rusenhetene. Tilsvarende bør også rutinene for kvalitetssikring av tilbudet som gis til øvrige innsatte med rusmiddelproblematikk videreutvikles.

Det må også vurderes nærmere om det er behov for tilleggsbevilgninger til spesialisthelsetjenesten og/eller kriminalomsorgen for å sørge for at disse minimumskravene etterleves. Opprettelse av områdefunksjon for TSB vil også kunne bidra til å gjøre tilbudene ved rusenheter mer likeverdige.

Sikre egnede lokaler for rusbehandling og rusrelaterte tilbud i samtlige fengsel

I intervjuer har det blitt pekt på at enkelte fengsel, spesielt eldre fengsel, i liten grad har egnede lokaler til å gi rusbehandling i form av individuelle pasientsamtaler og/eller andre rusrelaterte tilbud. For at det skal kunne være mulig å tilby stedlige tjenester innen TSB og/eller psykisk helsevern i fengslene er det en forutsetning at kriminalomsorgen tilbyr egnede lokaler i fengslene. Ifølge SIFER-rapporten bør kontorer og samtalerom/ undersøkelsesrom være av en standard som er tilnærmet lik den standarden som benyttes ellers i spesialisthelsetjenesten, og ansatte må kunne ha tilgang til elektronisk pasientjournal i kontorene. Det bør vurderes nærmere i hvilken grad bygningsmassen begrenser mulighetene til å tilby stedlige tjenester innen TSB og/eller psykisk helsevern i dag og mulighetene til å gi andre rusrelaterte tilbud i regi av kriminal-

omsorgen, og ev. behov for utbedringer av bygningsmassen. Dersom behovet for å forbedre bygningsmassen er stort, vil tiltaket kunne ha store økonomiske konsekvenser for kriminalomsorgen.

Vurderer behov for å forbedre tilbud rettet mot kvinnelige domfelte med rusmiddelproblematikk

Vi anbefaler også at det vurderes nærmere om det er behov for å forbedre tilbudene som gis til kvinner med rusproblematikk i enkelte deler av landet. Eksempelvis om det er behov for å opprette flere rusenheter for kvinner utenfor Sør- og Østlandet eller om det kan etableres andre rusbehandlingstilbud som gir kvinner et likeverdig tilbud i alle landsdeler. Konkrete tiltak vil kunne ha økonomiske og administrative konsekvenser i både kriminalomsorgen, fengselshelsetjenesten og/eller i spesialisthelsetjenesten.

5.2.4 Økt samhandling

Utarbeide nasjonale rutiner og systemer for informasjonsdeling av kartlagt rusmiddelproblematikk

Fordi tiltakene som rettes mot innsatte med rusmiddelproblematikk i all hovedsak tilbys gjennom et samarbeid mellom kriminalomsorgen og fengselshelsetjenesten og/eller spesialisthelsetjenesten, er det en forutsetning at samhandlingen mellom de ulike tjenestene fungerer godt. Dette gjelder både på sentralt nivå, på regionalt nivå og på fengselsnivå. En forutsetning for at det skal kunne gis gode og koordinerte tilbud til domfelte med rusproblemer, er at det er god informasjonsdeling på tvers av ulike tjenester.

Ifølge KDI skjer det allerede informasjonsdeling løpende gjennom hele straffegjennomføringen. Arbeid med tilbakeføring er ett av flere hensyn som begrunner nødvendigheten av deling av informasjon. Andre hensyn kan handle om sikkerhet, helsemessige spørsmål som har betydning for innsattes situasjon, planlegging av soningsprogresjon, herunder planlegge for skole og arbeid under straffegjennomføringen mv. Informasjonsdelingen er i utgangspunktet samtykkebasert og domfelte må underskrive på et samtykkeskjema.

Som en oppfølging til Nasjonal strategi for samordnet tilbakeføring etter gjennomført straff 2017-2020 (Departementene, 2017) er det nedsatt et direktoratsutvalg som vurderer dagens informasjonsdeling ved tilbakeføring og behov for tiltak. Fra deres arbeid fremkommer det at det i dag er noe usikkerhet i kriminalomsorgen og blant samarbeidspartnerne om hva som kan deles av informasjon og om dagens utforming av samtykkeskjemaet er korrekt. Det er derfor behov for kvalitetssikring av arbeidet med informasjonsdeling og etablering av tydelige rutiner for hvordan informasjonsdeling kan gjennomføres på best mulig

måte. Det oppfattes også gjennomgående som en begrensning at de ulike aktørene har egne systemer som ikke kommuniserer sammen.

Utarbeidelse av nasjonale rutiner og systemer for informasjonsdeling er et overordnet tiltak som må utredes og spesifiseres før en kan vurdere virkninger av det konkrete tiltaket. På generell basis vurderes det at rutiner som omhandler informasjonsdeling vil kunne innføres uten særlige administrative eller økonomiske konsekvenser. Endringer som omfatter innføringer av nye systemer eller systemendringer vil derimot kunne ha store økonomiske og administrative konsekvenser.

Vurdere dagens praksis og rutiner for søknad og overføring til soning i institusjon etter § 12

Vi anbefaler at det gjøres en nærmere vurdering av hvordan praksis og rutiner for søknad og overføring til soning i institusjon etter § 12 kan forbedres. Lang tid fra søknad til en innsatt faktisk kan overføres innebærer at det for en del er for lite tid igjen av fengselsstraffen til at det er aktuelt å overføres til en behandlingsinstitusjon. Det bør vurderes nærmere hvilke konkrete tiltak som eventuelt bør iverksettes for å bedre dagens praksis og rutiner for søknad og overføring til soning i institusjon etter § 12. Denne vurderingen bør gjøres av kriminalomsorgen og spesialisthelsetjenesten i samarbeid. Det forventes ikke at en slik vurdering vil ha vesentlige økonomiske og administrative konsekvenser i verken kriminalomsorgen eller spesialisthelsetjenesten. Økonomiske og administrative konsekvenser av eventuelle tiltak for å bedre praksis og rutiner for søknad og overføring til soning i institusjon etter § 12 må vurderes nærmere som en del av dette arbeidet.

5.2.5 Planlegge og samhandle tilbakeføring

Tilbakeføring til samfunnet er et viktig satsningsområde i kriminalomsorgens arbeid. For innsatte med rusmiddelproblemer, som under tiden i fengsel har hatt redusert tilgang på rusmidler og vært underlagt jevnlig kontroll, vil overgangen til samfunnet kunne være ekstra vanskelig.

Flere ressurser med sosialfaglig kompetanse med ansvar for å koordinere tjenestetilbud under soning, samarbeide med kommuner, koordinere videre behandling etter løslatelse, mv.

Flere fengsel har egne tilbakeføringskoordinatorer, sosialkonsulenter og/eller løslatelseskoordinatorer som blant annet koordinerer og samarbeider tverrfaglig og tverretattlig med kriminalomsorgenes samarbeidspartnere. Slike dedikerte ressurser er sentrale for å unngå glippsoner etter løslatelse og for å sikre et godt samarbeid mellom de ulike aktørene som er involvert i tilbakeføringsarbeidet.

KDI sin oversikt per 5. mars 2019 viser at det var 26 tilbakeføringskoordinatorer, 42 sosialkonsulenter og 2 løslatelseskoordinatorer i kriminalomsorgen, totalt 70

slike fagstillinger. For å få til en bedre ivaretagelse av innsatte med rusproblemer, har flere i spørreundersøkelse og dybdeintervjuer pekt på at det er behov for å få flere ressurser i fengslene med sosialfaglig kompetanse som kan koordinere tjenestetilbud under soning, samarbeide med kommuner om tilbakeføringsarbeid, mv.

Det er usikkert hvor stort behovet er for nye stillinger og dermed hvor store de økonomiske konsekvensene vil være.

Gjennomgå og ved behov revidere eksisterende avtaler og regelverk, slik at betydningen av helhetlig ansvar og samarbeid om tilbakeføring av domfelte og innsatte kommer tydelig fram

Et annet overordnet tiltak for å bedre tilbakeføringsprosessen er å gjennomgå og ved behov revidere eksisterende avtaler og regelverk, for å tydeliggjøre ansvar og behov for samarbeid i tilbakeføringsarbeidet.

En slik gjennomgang og mulig revidering av eksisterende avtaler og regelverk vil angå både kriminalomsorgen, og helsevesenet (både kommunalhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten). Det overordnede ansvaret for tilrettelegging og samarbeid av tilbakeføringsarbeidet ligger hos kriminalomsorgen, og hovedvekten av de administrative og økonomiske konsekvensene vil derfor tilfalle kriminalomsorgen.

Innføre tjenestemelding om løslatelse til samarbeidende etater (kommune, NAV osv.)

Et konkret tiltak for å styrke tilbakeføringsprosessen og unngå glippsoner, som anbefales av KDI og Hdir (2016), er at kriminalomsorgen gis en plikt om å informere samarbeidende etater om løslatelse. Også i Nasjonal strategi for samordnet tilbakeføring etter gjennomført straff 2017-2020 er det foreslått å gjennomgå regelverk og praksis, slik at det blir større forutsigbarhet om løslatelsestidspunktet og overføringer mellom fengsel, både for forvaltningspartnere og den innsatte selv (Departementene, 2017).

Direktoratsutvalget som er nedsatt for å følge opp Nasjonal strategi for samordnet tilbakeføring etter gjennomført straff 2017-2020 har anbefalt at det innføres en tjenestemelding i straffegjennomføringsloven. Tjenestemeldingen skal gå fra kriminalomsorgen til forvaltningssamarbeidspartnere og kommuner for å sikre større forutsigbarhet knyttet til løslatelse og overføringer mellom fengsel. Forslaget er til behandling i departementet.

Det er usikkert hvilke økonomiske og administrative konsekvenser tiltaket vil ha i kriminalomsorgen og i samarbeidende etater.

5.3 Beskrivelse av tiltak og mulige virkninger – straffegjennomføring i samfunnet

Under foreslår vi tiltak og mulige virkninger for de rusrelaterte straffereaksjonene Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND) og Program mot ruspåvirket kjøring (RK).

5.3.1 Kartlegging av rusmiddelproblematikk

Program mot ruspåvirket kjøring er en straffereaksjon som i mange tilfeller innebærer et bedre og mer tilrettelagt soningsinnhold til personer med rusmiddelproblemer enn eksempelvis en fengselsstraff som sones hjemme med elektronisk kontroll. Samtidig begrenses bruken av denne straffereaksjonen av at påtalemyndigheten eller retten i mange tilfeller ikke rekvirerer personundersøkelser fra kriminalomsorgen. Dette kan skyldes manglende bevissthet rundt denne straffereaksjonen i straffesakskjeden. Bedre og mer informasjon i straffesakskjeden til forsvarere, påtalemyndigheter og domstol, vil kunne bidra til å øke bruken av denne straffereaksjonen i saker med promillekjøring. Flere har også foreslått at personundersøkelser burde lovfestes i saker med gjentatt promillekjøring eller i saker av en viss alvorlighet.

Personundersøkelsen gjennomføres av friomsorgskontorene og en lovfesting av personundersøkelser i visse saker vil påvirke friomsorgskontorene ved at de må

gjennomføre flere personundersøkelser. En slik endring kan også innebære en økning i antall RK-dommer, som vil kunne utløse et behov for ytterligere økning av ressurser ved friomsorgskontorene. Ressursbehovet ved friomsorgskontorene må utredes nærmere. Som en illustrasjon vil en økning på eksempelvis ett årsverk på hvert av de 15 friomsorgskontorene medføre et årlig budsjettbehov på om lag 10 millioner kroner.⁸ I hvilket omfang ressursene i friomsorgskontorene må økes ved en lovfesting av personundersøkelser må utredes nærmere.

5.3.2 Økt samhandling

Kartleggingen tyder også på at det er behov for å øke kjennskapet til disse straffereaksjonene i straffesakskjeden. Dette vil kunne bidra til at disse straffereaksjonene i større grad benyttes der det er hensiktsmessig. For å få til dette, er det behov for informasjonstiltak rettet mot straffesakskjeden, herunder til forsvarere, påtalemyndigheter og domstoler. Det er naturlig at kriminalomsorgen får ansvaret for slike informasjonstiltak – eksempelvis ved KDI og/eller de to ND-sentrene i Bergen og Oslo. Det er usikkert i hvilket ressursbehov som vil være tilknyttet informasjonstiltak.

En mulig konsekvens av økt kjennskap til disse straffegjennomføringsformene kan være at flere idømmes RK og ND. Det vil i så fall kunne medføre et økt ressursbehov ved friomsorgskontorene og ND-sentrene. I hvilket omfang ressursbehovet ved friomsorgskontorene øker må utredes nærmere.

⁸ Forutsetter en årsverkskostnad ved friomsorgskontorene på 660 000 kroner per år som tilsvarer gjennomsnittlig årlig

lønnskostnad på 507 000 kroner, samt 30 prosent påslag for sosiale kostnader.

6. Referanser

Bergander, K., Iversen, H., Skotte, S.-E. & Sund, A., 2004. *Evaluering av sammenheng mellom tiltak*, s.l.: Kriminalomsorgens Utdanningscenter KRUS .

Bukten, A. et al., 2016. *Rusmiddelbruk og helsesituasjon blant innsatte i norske fengsel*, Oslo: Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF).

Cramer, V., 2014. *Forekomst av psykiske lidelser hos domfelte i norske fengsler*, Oslo: Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels-, og rettspsykiatri .

Departementene, 2017. *Redusert tilbakefall til ny kriminalitet - Nasjonal strategi for samordnet tilbakeføring etter gjennomført straff 2017-2021*, Oslo: Departementene.

Det kongelige justis- og beredskapsdepartement , 2008. *St.meld. nr. 37 Straff som virker – mindre kriminalitet – tryggere samfunn*, s.l.: Justis- og politidepartementet .

Fazel, S., Bains, P. & Doll, H., 2006. *Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review*, s.l.: Addiction .

Hdir, 2016a. *Tverrfaglig spesialisert rusbehandling - Prioriteringsveileder*, Oslo: Helsedirektoratet.

Hdir, 2016b. *Veileder - Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel*, Oslo: Hdir.

Hdir, 2017. *Årsrapport 2017 for helse- og omsorgstjenester og tannhelsetjenester til innsatte i fengsel*, Oslo: Hdir.

Hdir, 2019a. *Nasjonal overdosestrategi 2019-2022*, Oslo: Helsedirektoratet.

Hdir, 2019b. *Årsrapport 2018 - Helse- og omsorgstjenester og tannhelsetjenester til innsatte i fengsel*, Oslo: Hdir.

Helfo, 2020. *Godkjente FBV-leverandører*. [Internett]

Available at: <https://www.helfo.no/fritt-behandlingsvalg/godkjente-fbv-leverandorer>
[Funnet 7 4 2020].

Helse- og omsorgsdepartementet, 2016. *Prop. 1 S (2016-2017)*, s.l.: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement.

Justis- og beredskapsdepartementet, 2008. *Forskrift om program mot ruspåvirket kjøring*. [Internett]

Available at: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-10-10-1100>
[Funnet 7 4 2020].

Justis- og beredskapsdepartementet, 2013. *Forskrift om forsøksprosjekt om kartlegging av domfeltes behov for tiltak med sikte på å lette tilbakeføring til et kriminalitetsfritt liv*. [Internett]

Available at: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-09-30-978>
[Funnet 02 mars 2020].

Justis- og beredskapsdepartementet, 2017. *Forskrift om narkotikaprogram med domstolskontroll*. [Internett]

Available at: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-10-20-1650?q=narkotikaprogram%20med%20domstolskontroll>
[Funnet 7 4 2020].

KDI og Hdir, 2016. *Oppfølging av innsatte med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer*, Oslo: KDI og Hdir.

KDI og Hdir, 2016. *Veileder rusmestringsenhetene*, Oslo: KDI og Hdir.

KDI, 2017. *Gjennomføring av straff i institusjon. Retningslinjer til straffegjennomføringsloven, revidert 28. april 2017*, Oslo: Kriminalomsorgen.

KDI, 2018a. *Forebygging av overdosedødsfall etter løslatelse fra fengsel*. [Internett]

Available at: <https://www.kriminalomsorgen.no/forebygging-av-overdosedoedsfall-etter-loeslatelse-fra-fengsel.6082296-237613.html>
[Funnet 5 1 2020].

- KDI, 2018b. *Tilbakeføring.no; Aktører, roller og ansvar*. [Internett]
Available at: <https://tilbakeføring.no/roller-og-aktorer/>
[Funnet 20 1 2020].
- KDI, 2018c. *Tilbakeføring.no; Om individuell plan*. [Internett]
Available at: <https://xn--tilbakefring-2jb.no/innsikt/om-individuell-plan/>
[Funnet 02 mars 2020].
- KDI, 2019a. *Program mot ruspåvirket kjøring*. [Internett]
Available at: <https://www.kriminalomsorgen.no/program-mot-ruspaavirket-koering.237892.no.html>
[Funnet 12 11 2019].
- KDI, 2019b. *Narkotikaprogram med domstolskontroll*. [Internett]
Available at: <https://www.kriminalomsorgen.no/narkotikaprogram-med-domstolskontroll.237893.no.html>
[Funnet 12 11 2019].
- KDI, 2019c. *Tilbakeføring.no; Straffemeny*. [Internett]
Available at: <https://tilbakeføring.no/innsikt/straffemeny/>
[Funnet 2 12 2019].
- KDI, 2019d. *Rusmestringsenheter*. [Internett]
Available at: <https://www.kriminalomsorgen.no/rusmestringsenheter.253069.no.html>
[Funnet 5 11 2019].
- KDI, 2019e. *Straff i institusjon*. [Internett]
Available at: <https://www.kriminalomsorgen.no/straff-i-institusjon.237880.no.html>
[Funnet 5 12 2019].
- KDI, 2019f. *Helsetilbud og rusavhengighet*. [Internett]
Available at: <https://www.kriminalomsorgen.no/helsetilbud-og-rusavhengighet.237882.no.html>
[Funnet 5 12 2019].
- KDI, 2019g. *Kriminalomsorgens årsrapport for 2017*, Lillestrøm: Kriminalomsorgen.
- KDI, 2019h. *Kriminalomsorgens årsrapport for 2018*, Lillestrøm: Kriminalomsorgen.
- KDI, 2019i. *Tilbakeføring.no; Helse*. [Internett]
Available at: <https://xn--tilbakefring-2jb.no/helse/>
[Funnet 02 mars 2020].
- KDI, 2019j. *Tilbakeføring.no; Om BRIK*. [Internett]
Available at: <https://xn--tilbakefring-2jb.no/innsikt/om-brik/>
[Funnet 02 mars 2020].
- KDI, 2020. *Tilbakeføring.no; Rusavhengighet*. [Internett]
Available at: tilbakeføring.no/rusavhengighet
[Funnet 20 mars 2020].
- KRUS, 2013. *RK - Program mot ruspåvirket kjøring*. [Internett]
Available at: <https://www.krus.no/rk-program-mot-ruspaavirket-koering.307210.no.html>
[Funnet 4 April 2020].
- Lintonen, T. P. et al., 2011. *Drug use among prisoners: by any definition, it's a big problem.*, s.l.: Substance use & misuse.
- Nasjonal kompetansetjeneste TSB, 2019. *Introduksjon til TSB*. [Internett]
Available at: <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tsb/om-tsb/introduksjon-til-tsb>
[Funnet 5 1 2020].
- Oslo Universitetssykehus, 2019. *Rutiner for henvisning til TSB*. [Internett]
Available at: <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tsb/om->

[tsb/behandle-ruslidelser/rutiner-for-henvisning-til-tsb](#)
[Funnet 7 4 2020].

Ottar, H. B., 2013. *Russamtalen*. [Internett]
Available at: <https://www.krus.no/russamtalen.309878.no.html>
[Funnet 02 mars 2020].

Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7, u.d. *Forebygging av overdosedødsfall*. [Internett]
Available at: <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomrader/forebygging-av-overdosedødsfall>
[Funnet 7 4 2020].

Prop. 15 S (2015-2016), 2017. *Opptappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)*, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Revoll, M. K., 2014. *Innsattes levekår 2014: Før, under og etter soning*, Oslo: Statistisk Sentralbyrå.

Sallaup, T., Vaaler, A., Iversen, V. & Guzey, I., 2016. *Challenges in detecting and diagnosing substance use in the acute psychiatric department: a naturalist cohort study*. *PMC Psychiatry*, 16(1). [Internett]
Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27855664>
[Funnet 8 4 2020].

SIFER, 2018. *Områdefunksjon for spesialisthelsetjenester til innsatte med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer*, Oslo: SIFER - Et nasjonalt kompetansesenternettverk for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri.

Tyrlistiftelsen, 2020. *Tyrlil Stifinnerteam*. [Internett]
Available at: <https://www.tyrlil.no/behandlingssteder/tyrlil-stifinnerteam-article224-155.html>
[Funnet 19 2 2020].

oslo**economics**

www.osloeconomics.no

post@osloeconomics.no
Tel: +47 21 99 28 00
Fax: +47 96 63 00 90

Besøksadresse:
Kronprinsesse Märthas plass 1
0160 Oslo

Postadresse:
Postboks 1562 Vika
0118 Oslo