BERGEN KOMMUNE | BYRÅDET

Byrådssak /23 **Saksframstilling**

Vår referanse: 2023/36552-5

Høringsuttalelse - Nasjonale faglige råd for kommunale helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel

Hva saken gjelder:
Helsedirektoratet har utarbeidet forslag til ny veileder for fengselshelsetjenesten.

Direktoratet skriver i høringsbrevet at hensikten med nasjonalt faglige råd om kommunale helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel er:

- å bidra til kunnskapsbasert praksis
- riktige prioriteringer
- god samhandling
- redusert uønsket variasjon i tjenestene

Det overordnede målet er å bidra til at innsatte får forsvarlige og likeverdige kommunale helse- og omsorgstjenester. Rådene skal være til klinisk og praktisk hjelp for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og konkretisere det lovpålagte ansvaret.

Nasjonalt faglig råd om kommunale helse- og omsorgstjenester skal erstatte veilederen Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel (IS-1971).

Helsedirektoratet ønsker tilbakemelding på:
Begrepsbruk

- Begrepet innsatte er brukt gjennomgående i rådet - er det kapitler eller enkelte råd hvor det bør nyanseres eller endres?
- Begrepet fengselshelsetjeneste er erstattet med den kommunale helse- og omsorgstjenesten for å tydeliggjøre det helhetlige ansvaret kommunen har for helse og omsorgstjenester til innsatte. Er det faglige råd hvor dette bør nyanseres?

I tillegg ønsker direktoratet innspill på:

- Mangler det temaer?
- Mangler det råd?
- Er det lenker som ikke fungerer eller er feil?
- I hvilken grad er rådene relevante for den kommunale helse- og omsorgstjenesten?
- I hvilken grad er rådene relevante for innsattes helse og levekår?

Høringsfrist: 2. juni 2023. Helsedirektoratet har gitt utsatt frist til 28. juni.

Byrådets vurdering og forslag til høringsuttalelse:
Bergen kommune mener det er viktig å sikre en felles forståelse av innsattes rettigheter når det gjelder helse- og omsorgstjenester, og at det samtidig er sikret at det er mulig å innfri de rettigheter den innsatte har på nødvendige tjenester. En veileder kan være et redskap som kan bidra til dette. Hva som vurderes å være nødvendig helsehjelp og hvilket nivå denne bør ligge på, vil utvikle seg over tid. Det er derfor viktig at også veiledere oppdateres i tråd med

samfunnsutviklingen og hva som er mulig å tilby innbyggerne. Samtidig er det viktig at veiledere respekterer ansvarsfordelingen mellom stat og kommuner.

Vi vil innledningsvis også vise til Helsepersonellkommisjonens rapport som peker på store utfordringer med tanke på bærekraften i viktige helse- og omsorgstjenester. Det er allerede nå store rekrutteringsutfordringer i helsetjenestene. Bergen kommune har pr nå ca 500 ledige årsverk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten som følge av mangel på helsepersonell. Det jobbes med flere tiltak for å bedre rekruttering til tjenestene, men det vil uansett bli for lite personell tilgjengelig for helsetjenestene i Norge om dagens praksis fortsetter uendret på grunn av demografiske endringer og stadig økende forventninger i befolkningen. Utfordringene vil forsterke seg kraftig i kommende år som følge av store demografiske endringer. Kommisjonen skriver på side 5 i sin rapport:

> «Personellveksten i helse- og omsorgstjenesten har så langt vært vesentlig høyere enn befolknings-veksten. Bemanningsutviklingen i tjenesten er ikke bærekraftig. Det betyr at det må arbeides sys-tematisk på alle nivå for å begrense utviklingen. Utfordringen går til politikerne, eiere og ledelse, tilsynsmyndighetene, fagmiljøene og den enkelte ansatte i tjenesten. Tiltak som tilrettelegger for best mulig bruk av ansattes tid og kompetanse er avgjørende. Hovedprioriteten for helsepolitikerne i årene fremover, bør være å utvikle tiltak og investere i løsninger som gir lavest mulig personellvekst i helse- og omsorgstjenestene.»

Veilederen gir konkretiseringer som kan bidra til å gi tjenester til innsatte av god kvalitet, men forventningene som kommer til uttrykk i denne veilederen vil innebære en styrking av tjenestetilbudet til innsatte i forhold til dagens nivå. Dette kan være en riktig prioritering ut fra prinsippet om likeverdige tjenester, men det vil medføre behov for ytterligere innstramminger i andre deler av helsetjenesten for å opprettholde bærekraften i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Her er det nødvendig at staten tar den økonomiske konsekvensen av styrkingen og er oppmerksom på at fengselshelsetjenesten med denne veilederen gis økt prioritet og staten bør da samtidig peke på områder som skal gis lavere prioritet. Nødvendige ressurser må uansett tilføres kommuner som har ansvar for fengselshelsetjenestene jf det finansielle ansvarsprinsipp.

Ansvarsprinsippet betyr at det forvaltningsnivået som er tillagt ansvar og beslutningsmyndighet for en oppgave, også har ansvaret for å finansiere utgiftene til oppgaveløsningen. I praksis innebærer dette at det er staten som fastsetter inntektsrammen for kommunesektoren, og kommunene har ansvar for å tilpasse aktivitetsnivået til denne inntektsrammen. Hovedregelen skal være at øremerkede tilskudd er forbeholdt viktige nasjonale prioriteringsområder i en oppstartsperiode eller finansiering av oppgaver som få kommuner har ansvar for. Innlemming av øremerkede tilskudd bidrar til å øke det lokale selvstyret. Forutsetningen er imidlertid at øremerkede ordninger som innlemmes, fullfinansieres. I annet fall vil tilbudet kunne forsvinne, forringes eller gå på bekostning av andre helseprioriteringer.

I forhold til fengselshelsetjenesten står det i helse- og omsorgstjenestelovens § 11-5, første ledd, andre setning at: «Til de berørte kommuner yter dessuten staten årlig et særskilt tilskudd til fengselshelsetjenesten, jf. § 3-9». Det er med andre ord eksplisitt sagt i lovteksten at dette ikke er innlemmet i kommunens rammetilskudd og vi kjenner heller ikke til at dette har skjedd i ettertid.

Prop. 91 L (2010-2011) fastslår også at denne forståelsen av ansvarsprinsippet gjelder. I nr 13.2.10 står det: «Kommuner med fengsler (om lag 80 kommuner totalt), har dermed en lovpålagt plikt til å yte helsetjenester til innsatte. <u>Staten yter årlig et særskilt øremerket tilskudd til berørte kommuner for fengselshelsetjenesten. Tilskuddet skal sikre et like godt helsetjenestetilbud for innsatte som for befolkningen ellers</u>.» Her gjentas med andre ord at

dette er ment videreført som et øremerket tilskudd som skal dekke kommunens utgifter til ordningen.

På side 76 i utkast til ny veileder er dette beskrevet på en måte som ikke er korrekt: «Kommunen får tilskudd fra staten for å sørge for at innsatte fengsel får tilbud om nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Tilskuddet er ment som kompensasjon. Utover tilskuddsmidlene må kommunen bevilge nødvendig midler for å gi forsvarlige helse- og omsorgstjenester til de innsatte.»

Her bryter direktoratet med et svært viktig og grunnleggende prinsipp og skaper dermed en usikkerhet om ansvarsfordelingen mellom stat og kommuner og bidrar til å øke forventningsgapet mellom hva som er mulig å tilby av tjenester og hva som forventes.

Kommentarer til de enkelte råd i veilederen:

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal sikre at innsatte får nødvendig og forsvarlig helsehjelp

Veilederen viser til at kommunen må ha tilknyttet seg helsepersonell med ulik kompetanse for å gi innbyggerne nødvendige helse- og omsorgstjenester. Det vises her til helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2, andre ledd, 1. setning. Veilederen anbefaler at «i de fengsler hvor alle de nevnte profesjoner ikke er til stede til fastsatte tider, bør kommunen stille øvrige helse- og omsorgstjenester til disposisjon». Det fremstår her som i senere deler av veilederen, at fengselshelsetjenesten er en av flere kommunale tjenester som tilbys innsatte. Dersom helse- og omsorgstjenester til innsatte skal forstås som en del av de kommunale hjemmetjenestene, mener vi dette krever både en nærmere utredning og lovendringer.

Å gi tjenester i institusjon som et fengsel er, er noe annet enn å gi ambulante hjemmetjenester og stiller andre krav til helse- og omsorgstjenesten. Også bruk av virkemidler som enkeltvedtak bør vurderes annerledes i og utenfor institusjoner. Dette kommenteres senere i høringen.

Det er viktig at det i helsetjenesten ikke oppstår usikkerhet om hvem som har ansvar for å gi nødvendig helsehjelp. I institusjoner som et fengsel er, er dette ivaretatt av kommunen ved at ansvarlig for fengselshelsetjenesten må sørge for at nødvendig kompetanse er tilgjengelig slik at tjenestene skal kunne utføres forsvarlig i det daglige. I fengselshelsetjenesten har fengselslege og sykepleiefaglig leder et ansvar for dette, og helse- og omsorgshjelp til innsatte dokumenteres i den enkeltes pasientjournal. Oppstår det behov for personell med annen kompetanse må dette meldes til kommuneledelsen som så må sikre at fengselshelsetjenesten tilføres nødvendig kompetanse, eller dersom den innsatte har behov for tjenester fra spesialisthelsetjenesten, må helsepersonellet selv henvise den innsatte dit. Dette gjelder ved all kommunal tjenesteyting.

Kommunen velger selv hvordan den skal organisere sin virksomhet, innenfor de rammer lovgiver setter. I en tid med økende mangel på helsepersonell er det svært viktig å organisere tjenestene slik at de blir effektive ved at innbyggernes behov kan løses med minst mulig ressursbruk. Å gi tjenester til innsatte krever en annen kompetanse enn det å gi tjenester til andre brukergrupper i kommunen. For kommunen vil det klart være mest effektivt å ha en fast gruppe personell som har spisskompetanse på det å gi tjenester til innsatte.

Ønsker departementet å sette faste særlige og felles krav til kompetanse i fengselshelsetjenesten, bør dette skje i form av egen forskrift slik det er gitt hjemmel for i helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2, andre ledd, 2. setning. Departementet har tidligere benyttet denne muligheten i Forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon. En slik forskrift vil i større grad enn en veileder bidra til å sikre likhet i tjenestetilbudet til innsatte.

Kommunen og kriminalomsorgen skal ivareta innsatte med behov for helse- og omsorgstjenester, herunder praktisk bistand

Kommunens plikt til å gi helse- og omsorgstjenester til innsatte, er hjemlet i helse- og omsorgstjenestelovens § 3-9. Når det vises til at det skal gjøres enkeltvedtak og tildeling av «praktisk bistand», mener vi dette bygger på en feil forståelse av loven. Praktisk bistand er en tjeneste som er videreført fra sosialtjenesteloven (L13.12.1991 nr. 81). Dette er en fellesbetegnelse for hjemmehjelpstjenester, samt annen hjelpevirksomhet for eldre, funksjonshemmede, barnefamilier og andre. Formålet er hjelp til dagliglivets praktiske gjøremål i hjemmet, samt hjelp til egenomsorg og personlig stell. Ved tildeling av helse- og sosialtjenester på andre områder, er det ikke et krav om at dette skal gjøres i form av et enkeltvedtak. Vi kan ikke se at dagens regulering er ment å skulle omfatte bistand gitt under fengselsopphold. Dette har heller aldri vært praksis.

Veilederen viser til at Fengselshelsetjenesten er hjemlet i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester §3-2 punkt 6a, og at kommunen derfor må følge de retningslinjer som kommer frem av «Veileder for saksbehandling - Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3- 8».

Det er korrekt at det for tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6 bokstavene a til c, 3-6 og 3-8, som forventes å vare lenger enn to uker, skal gjøres enkeltvedtak. Tjenester til innsatte er imidlertid hjemlet i § 3-9 og er dermed slik vi forstår det, ikke omfattet av reglene om enkeltvedtak. Vi kan derfor ikke se at det er korrekt at det skal gjøres enkeltvedtak om tildeling av helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel slik direktoratet skriver i utkast til ny veileder. Dersom direktoratets forståelse her er korrekt, fremstår det som inkonsekvent at det er vist til at det i loven kreves enkeltvedtak for tjenestene i §§ 3-6 og 3-8. Hvorfor er dette sagt eksplisitt i lovteksten for disse to tjenestene og ikke for tjenester til innsatte som er omtalt i § 3-9?

Dersom forvaltningslovens regler om enkeltvedtak skal gjøres gjeldende for innsatte i fengsel, bør dette utredes og det må gjøres en vurdering av om enkeltvedtak vil bedre rettsikkerheten for innsatte og om det er riktig prioritering i en tid hvor det er mangel på helsepersonell, å bruke helsepersonell til å skrive enkeltvedtak. Helsehjelp til innsatte kan uansett ikke basere seg på at den innsatte skal søke om tjenester da mange vil være i en tilstand hvor ønske og evne til å formulere en søknad ofte er svekket. Behov vil typisk avdekkes av fengselshelsetjenesten selv eller formidles av ansatte i kriminalomsorgen.

Muligheten til å klage på uforsvarlig hjelp eksisterer uavhengig av om det skrives enkeltvedtak eller ikke. Velger en allikevel gjennom lovendring å innføre krav om enkeltvedtak når helsetjenester gis i fengsel, må kommunen tilføres nødvendige ressurser for å kunne prioritere dette.

Innsatte med behov for langvarige og koordinerte helse og omsorgstjenester skal få tilbud om individuell plan og kommunen skal oppnevne koordinator selv om innsatte ikke ønsker individuell plan

Det er laget egne veiledere for både individuell plan og koordinator som det heller bør vises til. Å utarbeide egne veiledere for bestemte grupper gir liten mening. Forøvrig vil vi påpeke at det vil være vesentlig mindre koordineringsbehov når tjenesten gis av en ansvarlig kommunal enhet og ikke av flere kommunale deltjenester.

Behovet for koordinering vil for innsatte særlig være knyttet til tjenester som ytes i samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten.

Nødvendig oppfølging av ulike personer med kognitiv funksjonsnedsettelse, kvinner, eldre, selvskading og ungdom m.fl.

Det er viktig at helse- og omsorgspersonell alltid er oppmerksomme på den enkeltes individuelle behov. Innsatte har ofte sammensatte og komplekse tilstander som kan være utfordrende å behandle. En veileder kan bidra til å peke på viktige områder, men vil aldri kunne bli et tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag for fengselshelsetjenesten. Vi vil her påpeke at det finnes lite relevant forskning på helse- og omsorgstjenester til innsatte i norske fengsler, og oppfordrer direktoratet til å bidra slik at vi får mer kunnskap om hvordan man skal ivareta helsen til innsatte i norske fengsler. Å gi faglige råd i en veileder for en bestemt tjeneste kan være bra, men krever løpende oppdatering slik at den til enhver tid er oppdatert med ny kunnskap. Vi forutsetter at direktoratet ivaretar dette på forsvarlig vis.

En bærekraftig helsetjeneste forutsetter også at vi lager bygg som sikrer at personer med ulike behov kan fungere mest mulig selvstendig, utnytter mulighetene teknologi gir, bruker kompetansen hos de ansatte best mulig og løser oppgavene så effektivt som mulig. Ulike tilstander krever ulik tilrettelegging og dette tilsier at utformingen av fengslene tilpasses de innsattes behov. Dette er ikke omtalt i veilederen og er heller ikke noe kommunene kan påvirke i vesentlig grad, men behovet for tjenester og kostnader knyttet til å gi helsehjelp til innsatte, vil i stor grad kunne påvirkes av bygg og teknologiske løsninger. Siden staten finansierer tjenestene og kommunen skal utføre dem, er det en felles interesse å sikre at det etableres bygg som reduserer behov for tjenester og personell. Med økende mangel på helse- og omsorgspersonell blir dette kritisk i årene som kommer.

Når personer med ulik funksjonssvikt skal sone, må det sikres at byggene soningen skal gjennomføres i ikke øker helseproblemene. Bygg som ikke er tilpasset personenes tilstand og fravær av teknologiske løsninger er ikke bærekraftig. Bergen fengsel er for eksempel ikke tilrettelagt for personer med ulike helseproblemer og for å kunne gi helse- og omsorgstjenester på en effektiv måte.

Det er ønskelig at helse- og omsorgstjenesten i kommuner der det er fengsler blir involvert i planlegging av nybygg og ombygging for å kunne ivareta hensynene til innsatte med funksjonssvikt og behandlingsbehov. Utformingen av rommene de innsatte skal bo og oppholde seg i har stor betydning for gjennomføring av helsehjelp, rehabilitering og bevaring av helse og mestring. Ettersom det er en lang kjede av aktører mellom kommunen og Statsbygg er det en klar risiko for at ønsker fra kommunen forsvinner i formidlingen mellom alle leddene. I tillegg til at ansvaret for å ta kommunen med på råd må forankres hos kriminalomsorgen vil det være behov for prosedyrer som sikrer at de oppgaver som kommunen har ansvar for, og de hensyn som har betydning for gjennomføringen av kommunens oppgaver, blir ivaretatt allerede fra planleggingsfasen.

Helsepersonellets ansvar ved bruk av isolasjon og sikkerhetscelle/sikkerhetsseng

Det presiseres i veilederen at den kommunale helse- og omsorgstjenesten ikke skal ha noen rolle i beslutningen om bruk av tvangstiltak, men at kriminalomsorgen fortrinnsvis skal innhente vurdering fra lege i forkant av slike tiltak. Helse- og omsorgstjenesten skal «utelukkende vurdere behov for helsehjelp … ». Videre skal helsepersonell se til vedkommende daglig.

Det vises til Mandelareglene, de europeiske fengselsreglene og europarådets torturovervåkingskomite. Å gjøre vurderinger med hensyn til hvilke medisinske tilstander som gjør spesielt inngripende tiltak uakseptable for den enkelte, krever innsikt i internasjonale konvensjoner og rettsregler og mulighet til å få innsikt i den innsattes psykiske og fysiske helsetilstand. I de fleste tilfeller vil dette kreve utredninger av høyt spesialisert helsepersonell og fremstår derfor som en oppgave for 2. linjetjenesten. Skal kommunen stå for disse

vurderingene, må det etableres kompetanse på dette for at oppgaven skal kunne ivaretas på forsvarlig vis. Dette vil ta tid og kreve mye ressurser.
Innsatte i fengsler er under Kriminalomsorgens ansvar og det er viktig å tydeliggjøre hvilken omsorg Kriminalomsorgen skal ha for innsatte og når kommunens helse- og omsorgstjenester skal dekke innsattes behov for omsorg. Veilederen omtaler dette i liten grad selv om dette er en praktisk problemstilling allerede i dag. Utdeling av medikamenter er et eksempel, men ansvar for bistand til ulike praktiske gjøremål bør i større grad beskrives slik at både ansvar og finansiering blir korrekt. Skal flere oppgaver ivaretas av kommunens helse- og omsorgstjeneste må det også utredes hvilken finansiering dette vil kreve.

Bergen kommune er selvsagt enige i at innsatte skal ha helse- og omsorgstjenester av god kvalitet, men mener en tydeliggjøring av hvor kriminalomsorgens ansvar stanser og hvor den offentlige helsetjenestes plikt til å yte helse- og omsorgstjenester starter, er svært viktig. Vi mener veilederen i liten grad gir veiledning på dette.

Som en del av en tydeliggjøring av omsorgsansvaret for innsatte, må det selvsagt også gjøres en kostnadsvurdering og budsjettstyrking slik at de anbefalinger direktoratet kommer med er mulig å etterleve for henholdsvis kriminalomsorgen og kommunens helse- og omsorgstjeneste. Vi opplever at det har vært gjennomført store innsparinger i kriminalomsorgen som har hatt negative konsekvenser for innsattes helse. Dette ser vi fører til større behov for helsetjenester og kostnaden for samfunnet blir gjennomgående høyere når knapp bemanning i fengselsomsorgen fører til behov for mer helsetjenester. Her vil vi også vise til Helsepersonellkommisjonens rapport som viser at det allerede er krevende å rekruttere helsepersonell. I årene som kommer øker dette problemet og det er svært viktig at samfunnet organiseres slik at behovet for helsetjenester reduserer der det er mulig.

I veilederen som er sendt på høring vises det til at kommunen får tilskudd fra staten for å sørge for at innsatte fengsel får tilbud om nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Tilskuddet er ment som kompensasjon. *Utover tilskuddsmidlene må kommunen bevilge nødvendig midler for å gi forsvarlige helse- og omsorgstjenester til de innsatte*. Ansvar for fengselshelsetjenester er ikke en del av rammeoverføringen til norske kommuner og skal derfor finansieres særskilt.

Bergen kommune har over de senere år sett at statens tilskudd til helse- og omsorgstjenester ikke har vært tilstrekkelig for å gi innsatte et forsvarlig tilbud. I år er tjenesten subsidiert fra kommunens side med 1,4 millioner. Utviklingen av tilskuddet må knyttes til utviklingen i utgiftene til tjenesten med høyere forekomst av helseproblemer og høyere alder hos innsatte. Vi forutsetter at tilskuddet fra staten økes slik at tiltaket fullfinansieres som forutsatt.

Begrunnelse for framleggelse til bystyret:
Byrådets fullmakter § 6, vedtatt av bystyret 16. desember 2020 i sak 378/20:
Høringsuttalelser i prinsipielle saker som samtidig innebærer politiske avveininger, skal avgis av bystyret. Saken anses å være prinsipiell og innebære politiske avveininger.

Forretningsutvalget behandlet saken 11.04.2023 i sak 103/23 og fattet følgende vedtak:
Utvalg for helse og sosial innstiller til bystyret som avgir høringssvar til «Høring - Nasjonale faglige råd for kommunale helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel» på vegne av Bergen kommune.

Byrådet innstiller til bystyret å fatte følgende vedtak:
Bergen kommune avgir høringsuttalelse til «Nasjonale faglige råd for kommunale helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel» slik den fremkommer av byrådets forslag.

Dato: 16. mai 2023

Rune Bakervik
Byrådsleder

Ingrid Nergaard Fjeldstad
settebyråd for helse og omsorg

Dokumentet er godkjent elektronisk.

Vedlegg:
Høringsbrev
Høringsutkast- Kommunale helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel