

BACHELOROPPGAVE

Hva kan fremme rehabilitering av rusavhengige under soning?

Av
Kandidatnr; 19
Fredrik Haugen

Sosialt Arbeid

BSV5-300

Mai 2016



Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven (Skriv inn tittel) i Brage hvis karakteren A eller B er oppnådd.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og navn og sett kryss:

19 Fredrik Haugen

JA NEI

Innhold

1.0 Innledning.....	4
1.1 Valg av tema og problemstilling	4
1.2 Avgrensning	4
1.3 Oppgavens struktur.....	5
2.0 Metode	5
2.1 Kildekritikk	6
3.0 Teoretisk grunnlag.....	7
3.1 Fengsel	7
3.2 Fotlenke	8
3.3 Rehabilitering	9
3.4 Rehabilitering i fengsel	10
3.5 Empowerment i fengsel.....	11
3.6 Behandlingsstrategier	11
3.7 Individuell plan.....	13
4.0 Omfang av rus og psykisk helse i fengsel	14
5.0 Drøfting	16
5.1 Muligheter og utfordringer for å drive rusbehandling under soning	16
5.2 Kontaktbetjentene og motiverende intervju	17
5.3 Miljøarbeid	19
5.4 Rusmestringsenhet.....	21
5.5 LAR- brukere med fotlenke.....	23
6.0 Konklusjon	25
Litteraturliste	26

1.0 Innledning

Forskning viser at 60 % i norske fengsler har et rusproblem (St.meld. Nr 37, 2007 - 2008). Mange av disse har også andre former for lidelser, da særlig psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2013). Kriminalomsorgen har som mål at de innsatte skal komme bedre ut enn inn, og har en rekke tiltak som skal være med på å fremme rehabilitering hos den innsatte (St.meld, nr 37, 2007–2008). Kriminalomsorgen i Norge har vært møtt med mye kritikk opp gjennom årene. Thomas Mathiesen er en av de som har vært svært kritisk til fengsel (Mathiesen, 2007). Mathiesen bruker ord som «krise» når han beskriver den norske kriminalomsorgen. Han mener at fengslene ikke er en plass hvor personer blir rehabilitert. Det at 60 % av de innsatte har et rusproblem og at det til tider er mye narkotika smuglet inn i fengselet, er helt klart en utfordring for kriminalomsorgen (St.meld, nr, 37, 2007 - 2008). Flere og flere fengsler oppretter rusmestringsenheter for å forsøke å gjøre noe med det.

1.1 Valg av tema og problemstilling

Hva kan fremme rehabilitering av rusavhengige under soning?

Bakgrunn for valg av tema kommer av min erfaring fra kriminalomsorgen. Jeg hadde praksisplass hos kriminalomsorgen, på avdelingen for elektronisk kontroll – fotlenke soning, her jobbet jeg også tett opp mot mennesker som jobbet i fengsel. Jeg hospiterte også i fengsel og som ruskonsulent på utsiden. Dette gjorde at jeg satt igjen med litt erfaring fra feltet, men satt fortsatt igjen med spørsmål angående hva fengslene faktisk gjorde for å fremme rehabilitering blant de innsatte. Jeg hørte kommentarer fra kollegaer som kalte fengsel for «Barnehage for kriminelle», det ble også nevnt at de innsatte kom verre ut enn inn, noe som er det motsatt av kriminalomsorgens tanke bak soning. Hvor stort problem stoffmisbruk i fengselet faktisk var også et samtaleemne. Dette gjorde meg nysgjerrig på om dette faktisk stemte. Nettopp på grunn av min erfaring med fotlenke, ønsket jeg å ha med dette også. Dette fordi LAR- brukere har mulighet til å få fotlenke, og av den grunn at det er valgfritt for de straffedømte å søke om fotlenke.

1.2 Avgrensning

Problemstillingen min er ganske vid, for å gjøre oppgaven og problemstilling mest mulig konkret, har jeg valgt å avgrense den. Ved å bruke ordet soning kan jeg skrive om fotlenke og ikke kun fengsel. Riktignok innebærer soning §12 soning, men denne har jeg utelatt, i hovedgrunn for det er soning i institusjon og blir mer likt rusbehandling i institusjon. Jeg

kunne også nevnt narkotikaprogram med domstolskontroll, men igjen så ønsket jeg å holde det til en soning som foregår i enten fengsel eller i eget hjem. For å slippe at teoridelen skulle bli gjentatt for ofte i drøftingsdelen, har jeg valgt å skrive om rehabilitering på litt mer generelt nivå. I drøftingsdelen blir rehabiliteringstiltakene forklart og drøftet.

På bakgrunn av at rusavhengige er en gruppe som ofte har sammensatte problemer, ønsket jeg å ha med psykisk helse. Omfanget av psykiske lidelser i fengsel er stort, i likhet med omfanget av rusavhengige. Innenfor begrepet rusavhengige har jeg valgt å ta med de som mottar LAR- behandling også. De er på samme måte som andre rusavhengige, personer som har hatt langvarig bruk av rusmidler og vil derfor slite med mye av de samme problemene.

1.3 Oppgavens struktur

Første del av min bachelor vil være om avgrensning, i denne delen vil jeg få frem hvilke avgrensinger jeg har gjort for å holde problemstillingen konkret. I kapittel 2 vil jeg legge frem hvilken metode jeg har valgt å bruke og grunnlaget for dette. Kapittel 3 vil handle om kildekritikk og hvordan jeg har valgt litteratur. I Kapittel 4 vil jeg presentere generelt fengsel og fotlenke i Norge. Videre presenteres generelt om rehabilitering, definisjon og hva det innebærer, punktet etter vil inneholde hva det innebærer med rehabilitering i fengsel. Jeg vil i teoridelen også presentere empowerment i fengsel, hvilke behandlingsstrategier som blir brukt i arbeidet med rus og psykiatri pasienter og individuell plan. Mellom teoridel og drøftingen vil det bli presentert omfanget av rus og psykiatri i fengsel og hvem disse er. I kapittel 5 har jeg valgt å fokusere på tiltak som skal fremme rehabilitering under soning. I denne delen vil jeg drøfte mulighetene og utfordringene disse tiltakene møter på. Disse tiltakene vil være kontaktbetjentene og deres metode for å fremme rehabilitering, miljøarbeidet som drives i fengsel, rusmestringsenhetene som flere å flere tar i bruk og hvilke muligheter og utfordringer LAR- brukere har under soning med fotlenke. Til slutt vil jeg komme med konklusjon, hvor jeg oppsummerer mine funn.

2.0 Metode

Metode er en måte å få frem kunnskap eller å sjekke om påstander er sanne, gyldige eller holdbare (Dalland 2010). Dalland (2010) trekker frem Vilhelm Auberts definisjon av metode;

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2010, s.83).

Grunnen for å velge en form for metode er for at den kan gi oss den data vi trenger, og å fremheve spørsmålet/problemstillingen vi er ute etter å besvare (Dalland, 2010). Metoden hjelper oss til innsamling av litteraturen som vi trenger, det er også vårt redskap i arbeidet vi undersøker (Dalland, 2010).

Jeg har i min oppgave valgt å skrive litteraturstudie. Gjennom bruk av litteraturstudie blir det brukt andres forskning til å besvare oppgaven (Dalland, 2010). Jeg fant tidlig en doktoravhandling som omhandlet mitt tema, jeg ønsket også å bruke andres data for å få frem omfanget av brukergruppen jeg skriver om. Det ble derfor naturlig for meg å velge litteraturstudie.

Gjennom søkeprosessen min har jeg brukt databaser som oria, bibsys og ellers brukt google. Av relevante søkeord har jeg blant annet brukt «**Fengsel**», «**Rehabilitering**», «**Rusrehabilitering**», «Kriminalomsorgen», «Rus og psykisk helse». Jeg har også brukt koblinger som; «**Rehabilitering i fengsel**», «**Rusbehandling i fengsel**». Jeg har også funnet relevant litteratur gjennom masteroppgaver som jeg har lest. På bakgrunn av min fortid hos kriminalomsorgen, så hadde jeg kunnskap om noe litteratur allerede. Jeg har valgt å bruke primærlitteratur, grunnen for dette er fordi tidlig fant forskningen jeg ville bruke i en doktoravhandling. Originalartikler er forskningslitteratur som er presentert for første gang, ny kunnskap som er nytt om et emne. På grunn av at andre skal kunne forske videre på grunnlaget denne forskningen har gitt skal den kunne kontrolleres og etterprøves (Dalland, 2010). Teoretiske artikler er nye teorier som har et utgangspunkt i forskning som er blitt publisert. Original- og teoretiske artikler er det som blir kalt for primærlitteratur (Dalland, 2010).

2.1 Kildekritikk

«Kildekritikk betyr å vurdere og å karakterisere den litteraturen som er benyttet.» (Dalland, 2010, s.81). Ut i fra kildekritikk skal leseren få innblikk i relevansen og gyldigheten litteraturen har for å belyse problemstillingen (Dalland, 2010).

Utgangspunktet mitt i oppgaven har vært Mjåland (2015) og Mathiesen (2007), disse kildene retter seg begge mot rehabilitering i fengsel. Doktoravhandlingen til Mjåland (2015) er kun 1 år gammelt og sitter på relevant forskning i forhold til det jeg ville skrive om, det var viktig at doktoravhandlingen var veldig fersk for å ha den nyeste informasjonen. Mjåland (2015) har skrevet en etnografisk analyse av rus og rehabilitering i et norsk fengsel.

Mathiesen (2007) har vært en av dem som har vært mest kritisk mot fengsel i Norge. Jeg fant det derfor interessant å ha med hans synspunkter. Første utgave av boken til Mathiesen (2007) kom ut på tidlig 1970-tallet, ved å bruke hans bok hadde jeg litteratur som kom tidlig ut, men som har blitt utgitt i nyere utgaver.

I praksisen min hos kriminalomsorgen fikk jeg anbefalt bøker til arbeidet med rusavhengige. Evjen, Øiern & Kielland (2012) har skrevet boken dobbelt opp, som sitter på mye kunnskap i arbeidet med rus og psykiatri pasienter. Det samme gjør boken til Lossius (2011) «Håndbok i rusbehandling». Begge disse bøkene fikk jeg anbefalt av ansatte i kriminalomsorgen, og fant derfor disse relevante til min oppgave.

3.0 Teoretisk grunnlag

3.1 Fengsel

Den norske kriminalpolitikken har et grunnlag som er bygget på humanitet, rettsikkerhet og likebehandling. Dette grunnlaget blir også kalt for de fem pilarene, formålet med straffen, det humanistiske menneskesynet, prinsippet om rettsikkerhet og likebehandling, det at domfelte har gjort opp for seg når han/hun er ferdig sonet og normalitetsprinsippet (St.meld 37, 2007-2008). Et av formålene med straffen er at det skal virke avskrekkende på resten av samfunnet. Straffen skal være individualpreventivt å frata den innsatte friheten, men også hindre at den innsatte begår nye kriminelle handlinger (St.meld 37, 2007-2008). Med pilaren humanistisk menneskesyn mener kriminalomsorgen at den innsatte skal være hovedaktør i sitt liv, den innsatte har selv retten til å bestemme. Noe av bakgrunnen for denne tilnærmingen er på bakgrunn av at rehabilitering oftes skjer på frivillighet (St.meld 37, 2007-2008). Prinsippet om rettsikkerhet og likebehandling tar for seg den individuelle delen av den innsatte, men også at kriminalomsorgen har en ensartet praksis og ikke forskjellsbehandler. Alle skal få en individuell behandling for den type rehabilitering de trenger, og en individuell behandling av

hvilken risiko det er for ny kriminell handling og hvilken motivasjon den innsatte har (St.meld, 37, 2007-2008). Når straffen til den innsatte er ferdig så har han gjort opp for seg. Kriminalomsorgen ønsker å hjelpe til med integrering av de innsatte, slik at arbeidsgivere lettere skal ta imot domfelte (St.meld, 37, 2007-2008). Forskjellene mellom utsiden og innsiden av et fengsel er en stor kontrast. Normalitetsprinsippet er verdien som skal gjøre forskjellene minst mulig, men på samme tid må alt være vurdert ut ifra risiko og sikkerhetsmessig. De innsatte har rett på samme helsehjelp som alle, etterhvert vil frigang og permisjon bli mulig, tilgang på medier for å holde seg oppdatert (St.meld, 37, 2007-2008).

I 2005 var det rundt 9300 mennesker som sonet i norske fengsler, og til enhver tid er det nærmere 4000 mennesker som soner en dom. Straffen en får av å sone i Norske fengsler er at friheten blir begrenset og innskrenket, men straffen skal ikke gå ut over de andre menneskerettighetene (Kriminalomsorgen.no, u.å.). Som innsatt i fengsel har man også rett til samme helsehjelp som resten av befolkningen, noe som er en del av likebehandlingen og humaniteten som kriminalpolitikken er bygget på. (kriminalomsorgen.no, u.å.).

3.2 Fotlenke

Som et alternativ til fengsel har vi elektronisk kontroll, mest kalt for fotlenke soning. De som soner med fotlenke er på samme måte som de innsatte i fengsel, dømt til fengsel, men har søkt om å få sone dommen med fotlenke. «Straffegjennomføring med fotlenke – elektronisk kontroll – er straffegjennomføring i samfunnet, og skal legge til rette for at du får mulighet til å ivareta dine sosiale og økonomiske forpliktelser under straffegjennomføringen.»

(Kriminalomsorgen.no, u.å.). Ved soning med fotlenke er man nødt til å være sysselsatt, dette kan være i form av jobb eller skole. De som er uten en form for sysselsetting, vil få mulighet til å skaffe seg en jobb på egenhånd før soningsstart eller bidra med samfunnsnyttig tjeneste ved en frivillig organisasjon. Bruk av rusmidler er strengt forbudt under soning med fotlenke, brudd på rusforbudet vil automatisk føre til fengselsoverføring. Legemidler vil være tillatt ved framlegg av dokumentasjon. Nettopp på grunn av det strenge rusforbudet, kan ikke alle få sone med fotlenke (Kriminalomsorgen.no, u.å.). Ved mistanke om hyppig rusbruk er grunn nok til å gi avslag på søknaden. (Kriminalomsorgen.no, u.å.). Elektronisk kontroll vil på samme måte som fengsel være frihetsberøvende, det er også en form for soning som er svært kontrollerende. Urinprøver, utåndingsprøver, uanmeldte kontroll besøk både i hjem og ved

sysselsettings- sted. Utenom kontrollene må domfelte møte til samtaler to ganger i uken. Her skal hovedfokus på samtalene være om lovbruddet den domfelte er dømt for (Kriminalomsorgen.no, u.å.). Siden oppstart i 2006 er det 7000 domfelte som har gjennomført straffen med fotlenke. Forskning har vist at kun 7,5% av de domfelte har tilbakefall og blir dømt på nytt etter to år og kun 5% bryter vilkårene som er satt for straffegjennomføringen (Kriminalomsorgen.no, u.å.).

3.3 Rehabilitering

For å sikre at mennesker som har behov for rehabilitering har vi forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011). Denne loven har som mål om å være der for de som behøver hjelp til sosial, psykisk og medisinsk rehabilitering. Tjenestene tilbys i et pasient og brukerperspektiv, i pasientens nærmiljø, samordnet, tverrfaglig og planmessig (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011).

«Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet» (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011).

Rehabilitering er et begrep som er vidt, men som har skade og en etterfølgende forbedringsfase som fellesnevner (Slettebø, 2012). Et eksempel på denne skaden kan være en livsstil som innebærer mye kriminalitet, og rusmisbruk (Slettebø, 2012). For svært mange med rusmisbruk og psykiske plager handler det om å få kontroll og styring over sitt eget liv, altfor ofte er det rusen og de psykiske symptomene som har makten. Mennesker med disse problemene har akkurat samme behov for sosialt liv, skikkelig bolig, mulighet for aktivitet og ta egne beslutninger slik som andre i samfunnet. Akkurat på grunn av disse nevnte tingene er det viktig at behandlingen er ønsket fra den det gjelder, selv om forskning har bevist at behandling med ulike former for tvang kan fungere. (Evjen, Kielland & Øiern, 2012). Ofte er det «kniven mot strupen» og ikke full frivillighet som trengs for å få til en endring. En form for tap som ikke er ønsket, miste barna, kjæreste, familie, venner og arbeid er eksempler på et

slik tap. Dommere som tilbyr betinget fengsel i istedenfor ubetinget, mot at personen søker behandling kan også være et eksempel på «kniven mot strupen (Evjen, .m.fl, 2012).

For at en skal lykkes med rusbehandlingen kreves det et tverrfaglig samarbeid som tar hensyn til alle de ulike faktorene i pasientens liv. Disse faktorene vil være rusavhengigheten, både psykisk og somatisk helse, sosiale problemer og nettverket (Lossius, 2011). Relasjonen mellom behandler og pasient er også en viktig faktor for vellykket rusbehandling. Forståelse, empati og respekt er nøkkelordene i behandlerens møte med en pasient (Lossius, 2011). I en rehabiliteringsprosess er det nødvendig at pasienten blir en aktiv del av prosessen for at det skal forekomme en endring. Langsiktige og kortsiktige mål og tiltak er noe av det pasienten i samarbeid med hjelpeapparatet må utforme (Lossius, 2011).

3.4 Rehabilitering i fengsel

Kriminalomsorgen følger ingen særlig definisjon på rehabilitering, men har som mål at innsatte som er ferdig sonet skal blant annet være rusfri eller har kontroll over rusmisbruket sitt, kunne lese og skrive, sted å bo, muligheter for arbeid og kunne ha et forhold til familie og venner. Som virkemidler til dette har kriminalomsorgen tradisjonelt sett brukt arbeidstrening, studier, kultur, aktiviteter og motivasjonsarbeid (St. Meld. nr. 37 (2007 - 2008).

Kriminalomsorgen krever derimot at det settes forventninger til den innsattes eget ønske til forandring og ønske om endret livsstil (St.meld. nr. 37 (2007 - 2008). Tett samarbeid med etatene på utsiden skal hjelpe til med rehabilitering på innsiden. Når en innsatt skal gjennomføre straffen sin skal det være en plan over hvordan straffegjennomføringen skal være (St.meld. nr. 37 (2007 - 2008). Rehabilitering i fengsel skal være kunnskapsbasert, og det skal være gjennom forskning vist at det fungerer. Mange innsatte soner dommer som er korte, noe som gjør det krevende å utføre rehabilitering, men disse innsatte ønsker kriminalomsorgen å få inn på et rehabiliteringsspor. Hovedgrunnen til dette er fordi svært ofte er det de største gjengangerne som soner de små dommene (St.meld. nr. 37 (2007 - 2008). Som nevnt tidligere er virksomheten til kriminalomsorgen bygget på fem pilarene. Særlig normalitetsprinsippet blir nevnt som et bærende prinsipp for straffegjennomføringspolitikken (St.meld. nr. 37 (2007 - 2008). Normalitetsprinsippet er der for å gjøre et fengselsopphold mest mulig likt samfunnet på utsiden av fengselet. Innsatte skal ha tilgang på massemedia, men også mulighet til besøk, permisjoner og telefonkontakt så lenge det er forsvarlig. Stortingsmelding nr. 37(2007 - 2008) legger riktig nok frem at rehabilitering i fengsel er krevende på grunn av forskjellene fra

innsiden av fengselet og utsiden er så store, men at det er nettopp på grunn av dette at normalitetsprinsippet har en viktig rolle (St.meld. nr. 37 (2007- 2008)). For å fremme rehabiliteringen under soningen har kriminalomsorgen flere tiltak som skal være virkemidler. Kontaktbetjentroller, miljøarbeid, rusmestringsenheter, fotlenke soning er alle tiltak som det vil bli sett nærmere på i drøftingen.

3.5 Empowerment i fengsel

Kriminalomsorgen i Norge er veldig opptatt av at det er de innsatte som selv må ta grep over sin livssituasjon. Kontaktbetjentene og andre tilsatte skal være en motivator for denne endringsprosessen, de innsatte skal selv oppsøke servicetorgene om de ønske hjelp til noe de ulike etatene kan tilby (St.meld 37, 2007-2008). For å få til en omfattende endringsprosess kreves det motivasjon, og et ønske om å ta styringen over sitt liv, her kommer begrepet «empowerment» inn (Haugsgjerd, Skårderud & Stänicke, 2010). Empowerment blir beskrevet som en prosess, noe som viser at personen foretar seg viktige endringer med større sannsynlighet for å etablere varige endringer (NOU: 1998:08). «Poenget er å mobilisere folks egen styrke, evne til å ta beslutninger og kanskje spesielt viktig, vi må finne fram til hva de er flinke til» (NOU: 1998:08, s. 11).

3.6 Behandlingsstrategier

Rus og psykiatripasienter har liv fylt med symptomer, kaos og vonde erfaringer (Randby, 2010). Her vil det legges frem litt av de mest vanligste behandlingsstrategiene som har blitt brukt tidligere og brukes i dagens samfunn, strategiene har fordeler og ulemper, noen stiller med bedre tall og data (Randby, 2010). Dette er skrevet ut i fra et generelt ståsted og ikke ut i fra arbeid i fengsel, men for å få en forståelse av hvilke metoder en tar i bruk under arbeid med rus og psykiatri pasienter.

I arbeidet som tidligere har blitt gjort med pasienter med dobbeltdiagnose, er det blitt diskusjon fordi disse pasientene ofte har blitt kasteballer i systemet. For mye rusmisbruk har gjort behandlingen av de psykiske lidelsene vanskelig, fordi mange ikke får tilgang til psykiatrisk behandling, på grunn av null toleranse for rus (Evjen, Kielland & Øiern. 2012). Dette har ført til at pasienter med dobbeltdiagnose må behandles for den ene ting først, før en får behandling for det andre (Evjen, m.fl 2012). Denne behandlingsstrategien risikerer at den ene lidelsen gjør den andre verre, at det er uenighet i hvilken lidelse som trengs først

behandling og at pasienten faller ut av begge behandlings tilbudene (Randby, 2010). Denne type behandling blir kalt for sekvensiell behandling. Dette er behandlingen som mange ROP-pasienter tidligere har fått tilbud om, og fortsatt får tilbudet om denne behandlingen (Randby, 2010).

Parallell behandling har også blitt, under denne behandlingen kreves det samarbeid mellom to ulike sektorer. Pasientene vil bli behandlet for de sammensatte problemene deres på samme tid, men av ulike team med ulik kompetanse (Evjen, m.fl. 2012). Denne brukergruppen er mennesker som sjeldent klarer å følge opp avtaler og de ulike behandlerne tar ikke hensyn til pasientens helhetlig behov (Randby, 2010). Som nevnt krever dette samarbeid og enighet mellom oppgavefordelingen. Dette krever at pasienten må forholde seg til flere team og personer, noe som ikke er optimalt for pasienten (Evjen, m.fl. 2012). Noe som igjen fører til at pasienter ofte faller mellom to stoler (Randby, 2010).

Den tredje type behandlingsstrategien som er blitt brukt i arbeidet med denne brukergruppen og har vist best effekt, er integrert behandling (Randby, 2010). Her behandles pasienten av et team som har kompetanse på begge felt. Ved denne type behandling slipper pasienten å forholde seg til ulike meninger og systemer som er svært ulike. Dette hjelper vedkommende til å få tilpasset sine behov. Denne type behandlingsstrategi blir langt lettere å forholde seg til, med ett sett med regler og mindre mengder med personer som skal «fikse» vedkommende (Evjen, m.fl. 2012). Gjennom integrert behandling har man sett at pasientene har fungert bedre psykososialt, var oftere tilgjengelige for behandlingen og de reduserte rusbruken sin. Dette førte også til en bedre livskvalitet hos den enkelte (Randby, 2010). Den integrerte behandling vil være avhengig av felles vurderinger, avgjørelser og beslutningsmyndighet, for at den skal være effektiv. Dette krever allsidighet som retter seg mot ikke bare rusproblematikken og de psykiske lidelsene, men også mot bolig, økonomi, helse, arbeid, hjelp daglige gjøremål og relasjonen til familien (Randby, 2010). For å få koordinert et slikt tiltak, kan individuell plan være et alternativ. (Randby, 2010). Annet tiltak for at den integrerte behandlingen skal være effektiv, er at behandleren selv er aktiv i å oppsøke sin pasient (Randy, 2010), for eksempel i fengsel. Gjennom det oppsøkende arbeidet, slipper pasientene å forholde seg til tider og avtaler. Dette fører også til at behandler og pasient kan ha jevnlig kontakt og starte tiltak tidligere enn planlagt (Randby, 2010). Gjennom redusert rusmisbruk, oppfølging av medikamentell behandling og tilrettelegging av livssituasjon kan behandler være med på å redusere skadeligheten av lidelsene (Randby, 2010).

De siste årene har det vært vanlig å forsøke integrert behandling for dem som har en dobbeltdiagnose. Dette har gitt gode resultater for enkelte grupper, men ikke for alle. For noen grupper er det anbefalt å få behandling for begge diagnosene samtidig, for andre grupper er det anbefalt å behandle rusbruken først (Evjen, m.fl. 2012). Angst- og stemningslidelser er en av de gruppene hvor det er anbefalt å starte med rusmisbruket. Når en er ferdig behandlet med misbruket, vil det være en vurdering av hvilke psykiske symptomer som gjenstår (Evjen, m.fl. 2012).

3.7 Individuell plan

Under arbeid med rus og psykiatri-lidelser (ROP) nevnes individuell plan som et virkemiddel for å hjelpe til med rehabilitering av den det gjelder (Evjen,m.fl. 2012). Individuell plan er også et sentralt virkemiddel i rehabiliteringsarbeidet til kriminalomsorgen (Mjåland, 2015). Helsetjenesten eller sosialtjenesten i oppholdskommunen er de som har ansvaret for koordineringen av individuelle planer i fengselet. For at dette skal være vellykket kreves det et godt samarbeid mellom kriminalomsorgen og de øvrige etatene (St.meld. nr. 37 (2007 - 2008). 70% av de innsatte i Norske fengsler har behov og rett på en individuell plan (St.meld. nr. 37 (2007 - 2008).

«Behandlingen av ROP-lidelser skal foregå integrert og samtidig etter en samlet plan, fortrinnsvis forankret i individuell plan. Helseforetaket bør samordne vurderinger og inntak for at pasienter med en ROP-lidelse får samordnet og integrert behandlingstilbud» (Evjen, Kielland & Øiern, 2012, s.126)

De innsatte i fengsel har som nevnt tidligere i oppgaven, rett på de samme helsetilbudene som de på utsiden har, individuell plan er et av disse tilbudene (St.meld. nr. 37 (2007 -2008). Mennesker som har behov for langvarig og koordinert hjelp har rett på å få en individuell plan. Individuell plan handler om å gi pasienter et tilbud som er helhetlig og sammenhengende, og hvor ansvaret mellom de forskjellige etatene som pasienten trenger hjelp fra er avklart (Lossius, 2011). Den det gjelder har rett til å delta i arbeidet av sin egen individuell plan (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011). Tiltakene skal være knyttet til hva pasienten har som mål, hvilke ressurser han har, og hvilke behov for tjenester han måtte ha. Planen skal videre ha hvilke tiltak som kan være aktuelle, hvilket omfang det er av disse og hvordan disse tiltakene skal gjennomføres (Lossius, 2011). Individuell plan skal være

et hjelpemiddel som tar brukermedvirkning på alvor (Lossius, 2011). For at den som måtte trenge en individuell plan skal få den oppfølgingen, samt ha en fremdrift i arbeidet med planen, er det lovbestemt at kommunen skal tilby en koordinator. Koordinatoren skal også sikre samordning av tjenestetilbud (Breimo, Normann, Sandvin, Thommesen, 2015). Den som utfyller en koordinator rolle bør være lege, men om det anses som hensiktsmessig og forsvarlig, kan annet helsepersonell være koordinator (Breimo, m.fl. 2015). For å få til en vellykket individuell plan kreves det et helhetsperspektiv. Det hjelper ingen å gi en ROP pasient en leilighet etter han er ferdig sonet i fengsel, om han ikke får den hjelpen han trenger i hverdagen (Breimo, m.fl. 2015). Dette har en sammenheng med at problemer er komplekse, kan være uoversiktlige og bestå av ulike ting. Ofte henger disse problemene sammen og påvirker hverandre (Breimo, m.fl. 2015). Innsatte rusavhengige har ofte disse sammensatte problemene, dårlig økonomi, mental helse, noen mangler sted å bo, arbeidsledighet og ikke minst rusbruken (Evjen, m.fl. 2012).

4.0 Omfang av rus og psykisk helse i fengsel

Kriminalitet kan ofte knytte seg opp mot psykiske lidelser, forskning viser at 85 % norske innsatte lider av en eller flere psykiske lidelser (St.meld, 37, 2007-2008). Hans Olav Fekjær (2011) nevner at rusmisbruk har de samme risikofaktorene som psykiske plager har. Fekjær (2011) sier videre at risikofaktorer og likhetstegn mellom svært mange rusmisbrukere, er at de har opplevd en turbulent barndom, men at det også finnes unntak. Dette har vært med på at modningen og læringen som «det vanlige» menneske lærer seg gradvis, har uteblitt fra rusmisbrukerens liv (Fekjær, 2011). Dette sett i sammen med undersøkelser viser at rusmisbrukere hadde problemer før de ble narkomane, og at de fleste rusmisbrukerne som gjør kriminelle handlinger gjorde dette også før de ble rusmisbrukere (Fekjær, 2011). Gjennom data som Fekjær (2011) viser til, ser man at 70% av nærmere 800 stoffmisbrukere i behandling hadde hatt lærings og atferdsvansker i skolen. Halvparten hadde en eller begge foreldre som slet med alkoholproblem og skilte foreldre. Flere hadde blitt seksuelt misbrukt, noen av familiemedlemmer, andre utenfor familien. Blant de nærmere 800 stoffmisbrukerne var gjennomsnittsalderen for første arrestasjon 15,9 år (Fekjær, 2011).

I stortingsmelding 37 (2007 – 2008) skrives det at det er stor hyppighet av psykiske lidelser i norske fengsler. Mellom 2011 – 2013 ble den største undersøkelsen som er gjennomført i

norske fengsler når det gjelder psykisk helse. Undersøkelsen tar ikke for seg behandlingsbehovet blant de innsatte, og alvorlighetsgraden av de psykiske lidelsene er variert (Cramer, 2014). De 857 innsatte ble undersøkt og funnene viser at det er langt høyere forekomst av psykiske plager blant de innsatte, enn det er i den norske normalbefolkningen. Kun 8 % av de innsatte hadde ikke noen form for psykiske plager. Av de innsatte hadde 73 % personlighetsforstyrrelse, halvparten av de utvalgte hadde misbrukt narkotika eller vært avhengig (Cramer, 2014).

Angst er den psykiske lidelsen som forekommer oftest i undersøkelsen, dette samsvarer med tidligere undersøkelser. Av de utvalgte har 42 % hatt minst en form for angstlidelse (Cramer, 2014). Grunnen for at det er høy forekomst av angst kan være forskjellige faktorer, dette med å begå en kriminalitet, være i en livskrise, få en dom, det å sitte og vente på soningsstart og ikke minst gjennomføre soningen (Cramer, 2014).

Undersøkelsen viser videre at seks av ti innsatte har i løpet av livet slitt med depresjon, og at det på tidspunktet undersøkelsen ble tatt var to av ti som slet med depresjon (Cramer, 2014). «En rekke studier viser overhyppighet av psykisk lidelse, spesielt angst, depresjon og alvorlig personlighetsforstyrrelse, hos personer som har søkt hjelp for problemer med rus (Evjen, Kielland, Øiern, 2012, s. 84).

Kjennetegn med svært mange av de som sliter med rus og psykiske lidelser er at de er arbeidsløse, lav utdanning, dårlig økonomi og dårlige helse. Flere av dem har hatt en oppvekst preget av alvorlige problemer, kontakt med barnevernet og noen er også bostedsløse (Evjen, m.fl., 2012). Undersøkelsen som ble gjort mellom 2011 – 2013, viser statistikk på skolegangen til de 857 innsatte. Av 857 innsatte er det 265 som aldri har fullført grunnskole. Av de som har fullført grunnskole, men ikke har noe mer skolegang, var det kun 133 menn og kvinner som hadde fullført. (Cramer, 2014).

Dårlig psykisk helse er ikke kun et problem for innsatte i Norske fengsler. En omfattende studie gjort i 62 fengsler i hele verden, viser 10% av alle mennene og 12% av alle damene hadde alvorlig grad av depresjon. Hele 47% av 23 000 innsatte oppfylte kriteriene for antisosial personlighetsforstyrrelse. Studier fra Engelske fengsler, viser at 70% av deres innsatte har to eller flere psykiske lidelser (Strang, Walters & Wright, 2015).

Forskning viser at 60 % av de innsatte i norske fengsler er rusavhengig, 80 % av disse oppgir å være blandingsmisbrukere (St.meld, nr, 37, 2007-2008). Rusmidler har de siste 20 årene blitt et langt større samfunnsproblem enn tidligere, fra 1993 til 2006 økte antall narkotika relaterte forbrytelsessaker fra 10 % til 40 % (St. Meld, nr, 37, 2007-2008). Rusmisbrukerne står også for en høy tilbakefallsprosent, blant siktede i 2000 var det 68 % som hadde tilbakefall mellom 2001 og 2006. Ingen andre grupper har like store straffereaksjoner (St. Meld, nr, 37, 2007-2008).

5.0 Drøfting

5.1 Muligheter og utfordringer for å drive rusbehandling under soning

Kriminalomsorgen har ikke noe definisjon på rehabilitering under soning, men de ønsker at den innsatte skal komme bedre ut enn inn (St. meld, nr. 37, 2007-2008). De legger også stor vekt på at den innsatte skal ønske endring, og starte den prosessen selv. For at dette skal være mulig, har dem noen tiltak som virke- og hjelpemidler. Jeg vil her drøfte mulighetene for å fremme rehabilitering med disse tiltakene og hvilke utfordringer disse tiltakene møter på.

Så hvilke tiltak er det kriminalomsorgen har for å fremme rehabilitering blant de straffedømte? Et tiltak som skal være en slags motivasjon for de innsatte er progresjonssoning. Dette er for motiverte innsatte som ønsker forandring og arbeide med seg selv. Meningen bak er at det skal være muligheter for de innsatte å gå mot en mer åpen soning (St. meld, nr. 37, 2007-2008). Med et fokus på at de innsatte må ta ansvar over egen endring, så må de få vise seg tilliten verdig. Progresjonen i soningen må riktig nok inneholde et strukturert og planlagt innhold, etterhvert vil det bli gitt mer frihet en tidligere (St. meld, nr, 37, 2007-2008). Det skal være et tilbud som er lagt opp til bruk av alle de ulike gruppene mennesker i fengselet, men sikkerhetsmessige vurderinger vil bli tatt (St.meld, nr. 37, 2007-2008).

«I et solidarisk perspektiv er det viktig at også de svake gruppene, de fattige med omfattende levekårsproblemer, får et tilbud om hjelp til et framtidig liv med fravær av kriminalitet. Kriminalomsorgen skal særlig legge vekt på å fange opp de svakere gruppene blant de innsatte» (St. meld, nr. 37, 2007-2008 s.122).

Det som derimot er en utfordring for kriminalomsorgen når det gjelder progresjonssoning er at gjengangerne i fengsel ofte har korte dommer (St. Meld, nr. 37, 2007-2008). Når målet deres er å få ned tilbakefallet på ny kriminalitet og rehabiliterer den innsatte, så finnes det lite tid og rom for at alle kan få progresjonssoning. De med korte dommer vil ikke ha mulighet til å vise seg tilliten verdig, og når det ofte er de med narkotika straff som er gjengangerne, vil progresjonssoning ha vanskeligheter med å dra med seg de svakeste gruppene. På en annen side er ikke progresjonssoning tiltaket jeg fokuserer mest på men jeg har valgt å ta det med fordi det belyser viktigheten av empowerment.

5.2 Kontaktbetjentene og motiverende intervju

Fengselsbetjentene skal være med på å motivere de innsatte til å ønske endring, dette er en del av kontaktbetjent ordningen. Alle ny- innsatte skal tildeles en kontaktbetjent, dette blir betjenten som de skal forholde seg til og betjenten vil ha et ekstra ansvar for at «deres innsatt» blir fulgt opp (St. Meld, nr. 37, 2007-2008). Kontaktbetjent skal også fungere som et bindeledd mellom den innsatte og øvrige etater/tjenester. Denne ordningen har blitt omtalt som ryggraden i fengselets endringsarbeid (Kriminalomsorgen.no, u.å.). Grunnlaget for denne omtalelsen er fordi kontaktbetjenten vil ha en stor rolle i tilbakeføringsgarantien som fengselet ønsker at de innsatte skal ha. At de skal ha et sted å bo, finne arbeid og ha en utdanning, dette er noe kontaktbetjenten vil ha mulighet til å være med å påvirke i kontakt med andre etater og forvaltninger (Kriminalomsorgen.no). For å gjøre det lettere å komme i kontakt med andre etater ønsket departementet at flest mulig fengsler skulle få et servicetorg (St. Meld, nr. 37, 2007-2008). Et servicetorg i fengselet gjør det lettere for de innsatte å komme i kontakt med den etaten de vil. Det legges ekstra vekt på at det er opptil den innsatte om han/hun ønsker å oppsøke torget. Dette er også med på å frigjøre kontaktbetjenten fra noe tidkrevende arbeid, slik at han/hun kan fokusere mer på andre arbeidsoppgaver, som for eksempel endringsarbeid med den innsatte (St. Meld, nr. 37, 2007-2008).

For å hjelpe de innsatte til å få i gang endringsprosessen har kriminalomsorgen valgt å bruke en metode for å motivere. Motiverende intervju, forkortet til MI, er et hjelpemiddel for å få personer til å reflektere over sin egen situasjon og til å ta ansvar over egen endringsprosess. Denne metoden er noe kriminalomsorgen har konkret tatt i bruk for å påvirke de innsatte til en positiv endring (Børtveit & Fjærestad, 2006). Metoden blir også kalt for russamtalen av kriminalomsorgen (Mjåland, 2015).

«Med bruk av denne metodikken i kriminalomsorgen har vi et konkret hjelpemiddel til å realisere målsettingen om å få innsatte og klienter til selv å ta aktivt ansvar for sitt eget liv og legge til rette for at de kan redusere sitt kriminelle atferdsmønster» (Børtveit & Fjærestad, 2006, s.188).

Ved å gi de tilsatte i kriminalomsorgen og friomsorgen opplæring i MI vil en gjennom daglig kontakt kunne være med på å påvirke endringsmønsteret til de innsatte. Utgangspunktet for samtale mellom tilsatte og innsatte vil være de innsattes egne tanker og opplevelser. MI går for å være en veldig klientsentrert rådgivning (Børtveit & Fjærestad, 2006). Som et hovedgrunnlag for å utøve MI trengs det at det bygges opp en aksepterende og forståelsesfull plattform. Når en skal gjøre en forandring, trengs det ofte at en må se de dårlige sidene og svakheten en har. Empati fra den tilsatte blir derfor en viktig egenskap for at den innsatte skal føle seg respektert og støttet (Barth, Børtveit & Prescott, 2011). For å gjennomføre en endring skal den tilsatte tilføye kunnskap, andre perspektiver på et problem, handlingsplaner, informasjon og fremgangsmåter (Barth, m.fl., 2011). I samtaler med innsatte som er veldig ambivalente, er det viktig for den tilsatte å tenke over hvordan han/hun forholde seg og takler denne ambivalensen. Den tilsatte må også kunne skape en god atmosfære under samtalen, for å få den innsatte til å reflektere over sin egen situasjon. Atmosfæren er også essensiell for å få den innsatte til å vurdere endring (Børtveit & Fjærestad, 2006). For unngå misnøye og motstand fra den innsatte, skal den tilsatte unngå store argumentasjoner og ikke prøve for hardt å overtale. De innsatte kan oppleve dette som demotiverende. Motstand fra den innsatte blir sett på noe som er nyttig for arbeidet videre, det gjelder å bruke motstanden på rett måte. Akkurat denne ferdigheten har fått navnet «å rulle med motstand». Motstanden blir sett på som et uttrykk for ambivalens, noe som er helt vanlig i en endringsprosess. (Børtveit & Fjærestad, 2006).

Forskning viser at relasjonen mellom kontaktbetjenten og den innsatte kan være noe ambivalent (Mjåland, 2015). Motiverende intervju er noe av grunnen til det. I kriminalomsorgen blir motiverende intervju kalt for russamtale, dette fordi russamtalen bygger i hovedsak på motiverende intervju, men også på BAM- Bygging av mestringstillit (Mjåland, 2015).

« Kontaktbetjentene skulle ivareta sikkerhet, forebygge konflikter, motivere fanger til

å endre seg, gjennomføre terapeutiske russamtaler, foreta celledjekker, urinprøver og kroppvisitasjoner, være et bindeledd mellom fangen og det øvrige velferdsapparatet, og, ikke minst, oppnå en tillitsfull relasjon med fangene» (Mjåland, 2015, s.140).

Russamtalen ble som et redskap brukt for å avdekke rusmisbruk i fengselet, motivasjon hos den innsatte, sikkerhet, behov og endringsoppriktighet. Samtalen var individuell med den innsatte og betjenten, og var både en reaksjonsmåte og et terapeutisk tiltak. Dette skapte forvirring, ambivalens, motstand, frustrasjon og usikkerhet blant de innsatte (Mjåland, 2015). Ved bruk av denne type metode som MI og russamtalen er, stiller relasjonen mellom brukeren og behandleren sterkt (Barth, m.fl., 2011). Når da de innsatte føler seg urettferdig behandlet, på grunn av for eksempel ransaking av celle, vil dette være med på å skape frustrasjon (Mjåland, 2015). Forskningen viser at de innsatte bruker stoffbruk som en form for motstand. Tilgjengelig narkotika deles gratis ut, (Mjåland, 2015). Dette blir en helt annen form for motstand, enn det MI tar utgangspunkt i når det snakkes om «å rulle med motstand». Dette er fordi kontaktbetjentene ikke kan rulle med denne motstanden å tillate bruk av rusmidler. De innsatte hadde tilgang til tjenester og tiltak som var rehabiliterende, men hvor stor grad de hadde tilgang til dem varierte etter relasjonen de innsatte og de ansatte hadde (Mjåland, 2015). De innsatte måtte også vise en oppriktig vilje til å arbeide med sine problemer og seg selv. «Fanger som ikke ønsket å delta i dette «spillet», eller som ikke behersket det, risikerte å få mindre hjelp.» (Mjåland, 2015, s. 139).

5.3 Miljøarbeid

Miljøarbeidet som blir gjort i fengsel er en viktig bit i rehabiliteringsarbeidet med de innsatte (Drægebø, 2006). Det har blitt nevnt tidligere at arbeid, undervisning og programvirksomhet er noe kriminalomsorgen har fokus på blant de innsatte. Undervisning og programmene kan regnes som miljøarbeid, men at det heller vil være riktig å se på disse tiltakene som en helhet. En helhet som bygger og støtter hverandre, men som også har en ben innenfor den helhetlige miljøarbeidet (Drægebø, 2006). «Man må altså ikke tenke miljøarbeid som et supplement til det allerede eksisterende, men se det som en overordnet helhet som innebærer at de ulike momentene er satt inn i en struktur» (Drægebø, 2006, s.16).

Miljøarbeid er et tiltak som skal være i alle norske fengsler, uansett om enheten har et lavt eller høyt sikkerhetsnivå. I miljøarbeidet skal det være et fokus på arbeid både i felleskap,

gruppeprosesser og individuelt med de innsatte. Det skal også være fokus på de innsattes behov, deres behov skal være med å utforme hvordan miljøarbeidet blir i de forskjellige fengslene. Hovedoppgaven er å gjøre det mulig at de innsatte kan arbeide med sin forandring og utvikling (Drægebø, 2006). Det skal utvikle miljøet gjennom utnyttelse av mulighetene i aktiviteter, samvær og rutiner. Endring av innsatte skal være målet med miljøarbeid, men at det ved enkelte enheter vil være mest riktig å ha skadereduksjon som mål. På grunn av de kriminelle holdningene og skadene som kan forekomme av isolasjon, ønskes det at miljøarbeidet skal være med på å redusere disse skadene (Drægebø, 2006). Miljøarbeidet vil være forskjellig i forhold til hvilken type fengsel det er snakk om. Et fengsel med mye korttidsdommer, vil ha fokus på arbeid og å få de innsatte til å fungere best mulig i en arbeidsdag. Sammenlignet med et fengsel som har forvarings dømte innsatte, vil fokuset ligge mer på endrings- og evalueringsarbeid i soningen. I arbeidet med de som sitter i forvaring vil miljøarbeidet være i en sammenheng med andre tjenester og tilbud (Drægebø, 2006).

Aktivitetsplikten som fengslene i dag har er de samme aktivitetene som inngår i miljøarbeidet. Arbeid, opplæring og program, er tilbud lagt til rette av Kriminalomsorgen for at de innsatte skal ha et tilbud på dagtid (Mathiesen, 2007). Av disse tilbudene, så er det arbeid som sees på som det viktigste rehabiliteringstilbudet. Arbeidet som er lagt opp er forskjellig fra fengsel til fengsel, men i de større fengslene har det vært fokus på mekaniske fag og trevareproduksjon. I andre har det vært montering og pallespikring som har vært i fokus (Mathiesen, 2007). Mathiesen (2007) stiller seg kritisk til dette, han mener det ikke nødvendigvis er slikt arbeid som passer dagens fanger, mindre og mindre av dagens befolkning arbeider i industrien. Av de andre arbeidsoppgavene i fengsel er ganggutt, kokk, vask og stell, gartneriarbeid, noe som Mathiesen ser på som lite kompetansegivende. Arbeidet blir av de innsatte karakterisert som noe som får tiden til å gå. (Mathiesen, 2007). Mange av de innsatte har en lang fartstid i rusmiljøet, hvor hverdagen har bestått av å skaffe rusmidler (Lossius, 2011). Overgangen fra å ha nærmere lik null rutiner i hverdagen, til å plutselig måtte forholde seg til klokkeslett og arbeid kan nok for noe bli litt vel stor. Relevansen til arbeidet har blitt nevnt, innsatte nevner også lite å gjøre og alt for mange innsatte på samme plass som problematisk (Mathiesen, 2007). Arbeidet er heller ikke lønnet, men de innsatte får en liten form for arbeidsgodtgjørelse, ca 5 kroner i timen (Mathiesen, 2007). Hadde de innsatte fått lønn for arbeidet de gjorde, kunne de på samme tid vært en bidragsyter på lik linje med dem på utsiden av fengslet. I form av å betale skatt og betalt for opphold sitt i fengselet, de kunne også hatt penger til løslatelse og familien (Mathiesen, 2007). Skolegangen i fengslet møter problemer i

forhold til fangers overføring fra fengsel til fengsel, det samme gjelder overføring fra avdelinger. Lærerne opplever kontroll tiltak som et hinder i undervisningen, og at sikkerheten er det viktigste (Mathiesen, 2007). Programvirksomheten i fengsler har vært stor, i 2005 var det totalt 371 ulike programmer som ble gjennomført (Mathiesen, 2007). Problemet med programvirksomheten har vært at de innsatte har følt på programmene som et kontrolltiltak. Dette på grunn av det er betjentene som driver programmene, dette har skapt frykt for å bli rapportert og at betjenten ikke skal overholde taushetsplikten (Mathiesen, 2007).

På en annen side gir arbeidet kjærkommen erfaring for mange, fordi arbeidsledigheten blant rusavhengige er høy (Fekjær, 2011). Arbeidet er også med på å skape rutiner for den innsatte. Noe livet tidligere ikke har hatt overflod av tidligere. Overgangen kan nok være stor i starten, men over tid vil det gå over til en vane og rutine.

5.4 Rusmestringsenhet

Ved 14 av dagens fengsler finnes det rusmestringsenheter, en enhet med tilrettelagt opplegg for innsatte med rusproblemer. Enhetene er et tverrfaglig samarbeid mellom kriminalomsorgen, spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten. Disse har ikke bare et fokus på rusbehandling i fengselet, men også tilbakeføringen til samfunnet (kriminalomsorgen.no, u.å.). På bakgrunn av at det er veldig mange i norske fengsler som sliter med rusmisbruk, men også psykiske lidelser ble det vedtatt å få i gang et særegent tilbud til denne gruppen (Kriminalomsorgen, 2013). Spesialisthelsetjenesten har et fokus på at den innsatte vil få pasientrettighetene sine innfridd, og får mulighet til å fortsette behandlingen i institusjon eller poliklinikk når dommen er ferdig sonet. Selve rusmestringsenheten er der for å motivere og forberede den innsatte til å fortsette rusbehandling etter fengsel. De innsatte vil også ha mulighet til å overføres til § 12 soning i behandlings eller omsorgsinstitusjon (kriminalomsorgen.no, u.å.). De innsatte ved avdelingen skal på samme linje som andre innsatte ha plikt om aktivitet, men et annerledes opplegg. Rusprogram, russamtaler, motiverende samtaler, planarbeid og opplæring er de aktiviteten det vil legges størst vekt på (Kriminalomsorgen.no, 2013). Mange av de innsatte som har et omfattende rusproblem har også psykiske lidelser, derfor bør innsatte med slike problem henvises til å få behandling for dette i tillegg til å bli behandlet for rusmisbruket. Derfor er det viktig at helsepersonellet i disse avdelingene har kunnskap om dette området også (Helsedirektoratet, 2013). Bruk av illegale midler ved enheten vil bli slått ned på, i form av overføring til annen avdeling, bruk

av russamtale og/eller anmeldelse (Kriminalomsorgen.no, 2013).

Gjennom forskning vises det at det aldri har vært mer narkotiske stoffer i norske fengselet (Mjåland, 2015). Narkotikaen er veldig lett tilgjengelig og flere innsatte ga gjennom forskningen uttrykk for at de hadde narkotika gjemt vekke flere plasser i fengselet (Mjåland 2015). Innsatte innrømmer å ha tilgang på både tabletter, amfetamin, subutex og nåler. Noe av amfetaminen var til eget bruk, resten ble delt ut til andre innsatte. Det var derimot subutex som var det dominerende stoffet i fengselet. Dette foregikk på fengselets rusmestringsenhet, men var et enda større problem på den «åpne» avdelingen (Mjåland, 2015). Som motiv for deling nevnes det ønsker om å hjelpe andre som sårt trenger det, på grunn av abstinenser (Mjåland, 2015). Flere innsatte som aldri før hadde brukt opioder, men som på grunn av tilgang til subutex hadde falt for fristelsen og var nå avhengig av subutex. Dette ble også gjenfortalt av flere av intervjuobjektene (Mjåland, 2015). Forskning viser også mye uklarhet i forhold til rusmestringsenhetene. Det var uklarhet rundt hvem som fikk sone ved disse enhetene, også rundt lengden på oppholdet der var uvisst. Noen ble ilagt strenge konsekvenser ved bruk av narkotika, andre fikk midlere straff (Mjåland, 2015). I ett forsøk på å forhindre lekkasje av subutex ble rettighetene til LAR- brukerne innskrenket i fengselet hvor forskningen er gjort. Dette førte til en følelse av diskriminering og stigmatisering hos brukerne, og noe som er en kontrast i forhold til hvordan både kriminalomsorgen og LAR ser på rehabiliteringsformål (Mjåland, 2015). Forskning gjort i opprettelse av LAR- enhet i fengsel viste en kollektiv protest, undergraving og konfrontasjon av dette tiltaket (Mjåland, 2015). Etter opprettelsen viste det seg at spredningen av subutex ble enda høyere enn det hadde vært tidligere. På grunn av følelsen av å bli urettferdig behandlet, oppsto det en kollektiv motstand som førte til mer illegal fordeling av subutex (Mjåland, 2015). De innsatte ved denne avdelingen etterlyste også individuell behandling og mer likebehandling, noe av grunnen til dette var de ulike straffene og sanksjonene de innsatte fikk (Mjåland, 2015). Strengere og mer kontroll av de innsatte ved avdelingen og mindre kontakt med andre innsatte var hovedgrunnene for protestene (Mjåland, 2015). Forskning viser også at mange innsatte ønsket å gjøre noe med situasjonen sin, og ønsket å være en del av rusmestringsenhetene. Dette ønsket de på grunn av et ønsket å ha bedre grunnlag når de kom ut, i forhold til bosituasjon, mulighet for skole og arbeidstrening og rydde opp i økonomien (Mjåland 2015). Dette anså ikke de ansatte som gode nok grunner, de ønsket at de innsatte skulle ta tak i sine rusproblemer ved å jobbe med seg selv (Mjåland, 2015).

«Fanger forsøkte strategisk å fremvise en oppriktig interesse for å endre seg selv, mens ansatte forsøkte å avdekke graden av oppriktighet i fangenes påstander om endringsvillighet. Det kan diskuteres hvorvidt dette er et konstruktivt utgangspunkt for rehabilitering.» (Mjåland, 2015, s. 139).

På en annen side har også rusmestringsenhetene sine fordeler for de innsatte. Oppstarten av disse enhetene har ført til flere ansatte ved fengslene, mer ressurser har blitt tildelt fengselet, og de har vært med på å skape flere muligheter for en gruppe mennesker som har en vanskelig livssituasjon (Mjåland, 2015). Rusenhetene har også et tettere tverrfaglig samarbeid med spesialisttjenester på utsiden, noe som er på å bedre tilbakeføringen. De innsatte møter også ansatte som er der for å hjelpe dem. Gjennom forskning kommer det frem at de fleste innsatte ved rusmestringsenheten foretrakk heller å sone der, enn i vanlig soningsforhold (Mjåland, 2015). Når det gjelder LAR- enheten som ble opprettet i fengselet, må det tas i betraktning at enheten var i oppstart fasen når forskningen ble gjort (Mjåland, 2015).

«Noen av betjentene og ruskonsulentene strakk seg langt for å følge opp «sine» fanger, også etter at oppholdet ved rusmestringsenheten var over.» (Mjåland, 2015, s. 141).

5.5 LAR- brukere med fotlenke

Fotlenke er først et tiltak for at straffedømte skal kunne opprettholde kontakt med jobb og nettverket sitt. Det har også et tiltak som er med på å sikre positiv utvikling hos den straffedømte, og det motvirker kriminalitet (Kriminalomsorgen.no, 2009). Kriminalomsorgen ønsker å rehabiliterer straffedømte, slik at det blir mindre tilbakefall og kriminalitet (St.meld, nr, 37, 2007-2008). Fotlenke soning blir derfor et tiltak som skal være med på å fremme rehabilitering (kriminalomsorgen.no). LAR- er på samme måte et tiltak som skal fremme rehabilitering hos de opiodavhengige (Fekjær, 2011). Rusavhengige straffedømte har vanskeligheter med å få innvilget fotlenke, på grunn av faren for tilbakefall. LAR- brukere har derimot mulighet til å søke om soning med fotlenke, ettersom disse legemidlene blir sett på som legale (Kriminalomsorgen.no, u.å.). For at noen skal få elektronisk kontroll skal det lav risiko for tilbakefall eller liten sjanse for ny kriminell handling (St.meld, nr 37, 2007-2008). Ved å unngå å at enkelte LAR- brukere slipper å sone i fengsel, så vil dette være med på å hindre lekkasje av subutex i fengselet. Mange viser med å velge oppstart av LAR at de ønsker en forandring i livssituasjonen sin. Ofte krever dette at en bryter med sitt «normale» sosiale

liv og miljø (Fekjær, 2011). Etter oppstart av LAR har brukerne vist nedgang i kriminalitet, heroin bruk og helseplager (Fekjær, 2011).

På den ene siden opplevde jeg ved min praksisplass det litt problematisk å ha LAR- brukere med fotlenke. Av de seks ulike personene vi hadde med fotlenke som var en del av LAR, var det fire som hadde straffeavbrudd på grunn av brudd på rusforbudet. Sidemisbruket til LAR- brukere viser seg ofte å være det samme etter 1 til 2 år på LAR (Fekjær, 2011). På spørsmål om hvorfor de valgte å misbruke rusmidler illegalt igjen, svarte samtlige at presset fra ulike kanter ble for stort. Noen fant soningen ensom, på grunn av brudd med tidligere nettverk og venner. Under straffegjennomføring med fotlenke, er det kun lov å forlate boligen sin når det er avtalt med kriminalomsorgen (Kriminalomsorgen.no, 2009). Andre hadde ikke brutt med tidligere rusavhengige venner, å falt for fristelsen. Kriminalomsorgen innebærer mye kontroll, uanmeldte hjemmekontroller, urin og utåndingsprøver er noen av tiltakene for kontroll (kriminalomsorgen.no, .u.å.). På en annen side kan derimot ikke kriminalomsorgen gjøre noe med hvem vedkommende har besøk av. En fellesnevner for alle seks brukerne vi hadde, var mangel på motivasjon når det gjaldt jobb. Mange rusavhengige har over lengre tid vært arbeidsledige (Fekjær, 2011). Noen klarte seg helt fint med arbeid før de ble overført til fengsel, men for andre ble overgangen mellom å ha vært arbeidsledig i mange år til å plutselig være nødt til å arbeide, for stor.

På den andre siden det som derimot er med på å fremme rehabilitering under fotlenke soning, er at den domfelte får en soning som er i sitt vante og nærmiljø. Her får vedkommende være nær familie og venner som kan være med på å påvirke individet. I forskriften om rehabilitering er noe av det forskriften skal være med på å sikre, at brukeren skal være i eller nærmest mulig pasientens nærmiljø (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011). Riktignok var eksempelet i forrige avsnitt en person uten noe særlig tett familie som kunne være støttende for personen. Ut i fra forskning og data som er gjort, virker det å være langt bedre oppfølging av domfelte med fotlenke kontra i fengsel (Rokkan, 2012). Dette kan nok noe skyldes på grunn av domfelte per ansatt, men allikevel verdt å legge merke til at halvparten av de fra elektronisk kontroll har fått tilbud om en individuell plan/fremtidsplan. Kun 13% har fått tilbud om det samme i fengsel (Rokkan, 2012).

6.0 Konklusjon

Ut i fra min problemstilling som er «**Hva kan fremme rehabilitering av rusavhengige under soning**» har jeg i litteraturstudien tatt for meg de ulike soningstypene som er relevante for oppgaven. Jeg har sett på rehabilitering og hensikten med den, men også hvilke rehabiliteringsideologi kriminalomsorgen har for soning. På bakgrunn av kriminalomsorgens fokus på de innsatte og deres motivasjon for endring, har jeg dratt inn empowerment. Videre har jeg sett på mer generelle behandlingsstrategier i arbeid med rus- og psykiatripasienter, og bruk av individuell plan.

I drøftingen har jeg sett på tiltak som fremmer rehabilitering av rusavhengige under soning. Samtidig ser jeg at tiltakene kan by på utfordringer for de innsatte, men også de ansatte i fengslene. Kriminalomsorgen har lagt opp rehabiliteringen etter empowerment hos den innsatte, dette skinner igjennom i tiltakene som er i fengselet. Kontaktbetjentene er der for å motivere til endringsprosess og empowerment, hjelpemiddel dem har tatt i bruk for å få dette til er motiverende intervju. Samtidig ser jeg utfordringene ved dobbeltrollen kontaktbetjenten får, ved å være både den som skal hjelpe dem videre og den som gir dem straff.

Aktivitetsplikten som er i fengsel får kritikk i forhold til relevansen, men den har allikevel positive sider gjennom rutinene den skaper og erfaringen som de innsatte ikke har.

Rusmestringsenhetene er blitt tatt godt imot, men møter på utfordringene i form av uklarhet rundt hvem som er kvalifiserte og ulik behandling av innsatte. I litteraturen jeg har brukt kommer det veldig godt frem at norske fengsler har et narkotikaproblem, men narkotika vil alltid være et problem, enten det er på innsiden eller utsiden av fengselet. De siste årene er det subutex som har blitt det dominerende narkotiskestoffet. Dette gjør det vanskelig å fremme rehabilitering, men her vil fotlenke være et godt alternativ. Andre alternativer som jeg ikke har gått inn på, men som kan og gjerne burde blitt brukt mer er §12 soning i institusjon og narkotikaprogram med domstolkontroll. Alle tiltakene har potensiale til å fremme rehabilitering, men når de møter på utfordringer så risikere kriminalomsorgen at de ikke er like effektive. Brukergruppen er svært krevende og det er ikke uten grunn. Fengselet er vår vanligste straffegjennomføring og vil nok alltid være det, derfor ser jeg at de har et klart forbedringspotensial, men at grunnlaget for å fremme rehabilitering er der.

Litteraturliste

- Barth, T., Børtveit, T., & Prescott, P. (2011). *Endringsfokusert rådgivning*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Breimo, J., Normann, T., Sandvin, J., & Thommesen, H. (2015). *Individuell plan : Samspill og unoter*. Oslo: Gyldendal.
- Børtveit, T., & Fjærestad, K. (2006). *Motiverende intervju (MI) – Innovasjon av en samtaleform*, 188 – 192. Hentet fra;
<https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/160534/Motiverende%20samtale.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Cramer, V. (2014). Forekomst av psykiske lidelser hos domfelte i norske fengsler. (Kompetansesenterets prosjektrapport 2014-1). Hentet fra;
http://sifer.no/files/Forekomst_av_psykiske_lidelser_hos_domfelte_i_norske_fengsler.pdf
- Dalland, O. (2010). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Drægebø, H. (red.). (2006). *Miljøarbeid i fengsel*. Oslo: Kriminalomsorgens utdanningscenter KRUS.
- Evjen, R., Øiern, T., & Kielland, K. (2012). *Dobbelt opp* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Fekjær, H. (2011). *Rus : Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historie* (3. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. Hentet fra; <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>
- Helsedirektoratet. (2013). *Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel*. Hentet fra;
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/172/IS-1971-Helse-og-omsorgstjenester-til-innsatte-i-fengsel.pdf>
- Kriminalomsorgen (u.å.). *Elektronisk kontroll over hele landet*. Hentet fra
[<http://www.kriminalomsorgen.no/elektronisk-kontroll-over-hele-landet.5500460-237613.html>]
- Kriminalomsorgen (u.å.). *Helsetilbud og rusavhengighet*. Hentet fra
[<http://www.kriminalomsorgen.no/helsetilbud-og-rusavhengighet.237882.no.html>]
- Kriminalomsorgen (u.å.). *Rusmestringsenheter*. Hentet fra
[<http://www.kriminalomsorgen.no/rusmestringsenheter.253069.no.html>]

- Kriminalomsorgen (u.å.). *Straff i fengsel*. Hentet fra [<http://www.kriminalomsorgen.no/straff-i-fengsel.237611.no.html>]
- Kriminalomsorgen (u.å.). *Tilbake til samfunnet*. Hentet fra [<http://www.kriminalomsorgen.no/tilbake-til-samfunnet.280288.no.html>]
- Kriminalomsorgen (u.å.). *Type fengsel og sikkerhet*. Hentet fra [<http://www.kriminalomsorgen.no/index.php?cat=237877>].
- Kriminalomsorgen (u.å.). *Ønsker du fotlenke – elektronisk kontroll*. Hentet fra [<http://www.kriminalomsorgen.no/fotlenke-elektronisk-kontroll.237878.no.html>]
- Mathiesen, T. (2007). *Kan fengsel forsvares?* (3. utg. ed.). Oslo: Pax.
- Kriminalomsorgen. (2009). *Retningslinjer til straffegjennomføring med elektronisk kontroll*. Hentet fra [<http://www.kriminalomsorgen.no/retningslinjer-til-straffegjennomfoering-med-elektronisk-kontroll.4574933-127066.html>]
- Kriminalomsorgen. (2013). *Rammebetingelser for drift av rusmestringsenheter i fengsel, samarbeid mellom kriminalomsorgen, spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten*. Hentet fra; <http://www.kriminalomsorgen.no/g-rundskriv-fra-departementet.237913.no.html>
- Lossius, K. (Red.). (2011). *Håndbok i rusbehandling : Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Mjåland, K. (2015). *Makt, legitimitet og mostand. En etnografisk analyse av rus og rehabilitering i et norsk fengsel*. (Doktorgradsavhandling, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Bergen, Bergen.
- NOU 1998: 18 (1998). *Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*. Hentet fra; <https://www.regjeringen.no/contentassets/7208dd51a36340a6b4e7401d6854f603/no/pdfa/nou199819980018000dddpdfa.pdf>
- Randby, M. (2010). *Å leve med alvorlige rus- og psykiatriproblemer : På vei mot en bedre hverdag*. Oslo: Kommuneforl.
- Rokkan, T. (2012). *Straffegjennomføring med elektronisk kontroll. Evalueringsrapport 2: Hva er innhold i straffegjennomføring med elektronisk kontroll?* (KRUS Rapport nr. 3/2012). Hentet fra; <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/160608/KRUS-rapport-3-2012.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Skårderud, F., Stänicke, E., Haugsgjerd, S. (2010). *Psykiatriboken : Sinn - kropp - samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Solvang, P., & Slettebø, Å. (2012). *Rehabilitering : Individuelle prosesser, fagutvikling og*

samordning av tjenester. Oslo: Gyldendal akademisk.

St.meld. Nr. 37 (2007-2008). (2008). *Straff som virker – mindre kriminalitet – tryggere samfunn – (kriminalomsorgsmelding)* Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet.

Strang, J., Walters, P., & Wright, N. (2015). *Dual diagnosis in prisons: Management of co-existing substance use and mental health disorders*. Hentet fra;
<http://www.emeraldinsight.com/doi/full/10.1108/ADD-12-2015-0025>