

# Fengselssykepleieres erfaringer med samarbeidet med spesialisthelsetjenesten og fastleger om legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

## [Nina Jobling](#)

Psykiatrisk sykepleier  
Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, Sørlandet sykehus HF

## [Kristian Mjåland](#)

Førsteamanuensis  
Institutt for sosiologi og sosialt arbeid, Fakultet for samfunnsvitenskap, Universitetet i Agder

## [Bente Birkeland](#)

Førsteamanuensis  
Institutt for psykososial helse, Fakultet for helse- og idrettsfag, Universitetet i Agder

## [Substitusjonsbehandling](#)

## [Buprenorfin](#)

## [Fengselshelsetjeneste](#)

## [Samhandling](#)

## [Kvalitativ forskning](#)

Sykepleien Forskning 2023;18(91849):e-91849

DOI: [10.4220/Sykepleienf.2023.91849](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2023.91849)

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er forankret i spesialisthelsetjenesten og har siden oppstarten i 1998 hatt en kriminalitetsreducerende effekt. Det er likevel mange LAR-pasienter som jevnlig soner dommer i norske fengsler. For at denne pasientgruppen skal få en adekvat LAR-behandling i fengsel, forutsetter det et godt samarbeid mellom ansatte i LAR og fengselshelsetjenesten, hvor også pasienten bør ha en aktiv rolle i sin egen rehabilitering. Det finnes mye forskning på samhandling i helsetjenesten, men det mangler studier som undersøker samhandlingen mellom fengselshelsetjenesten og LAR.

**Hensikt:** Utforske fengselssykepleieres opplevelse av samarbeid med ansatte i LAR-tjenesten.

**Metode:** Undersøkelsen har et kvalitativt design med en induktiv tilnærming. Datasamlingen ble utført med semistrukturerte, individuelle intervjuer. Vi gjorde en tematisk analyse av datamaterialet basert på Johannessen, Rafoss og Rasmussens versjon etter Braun og Clarke.

**Resultat:** Undersøkelsen viser at fengselssykepleierne opplever samhandlingen med LAR-tjenesten som utfordrende ut fra følgende hovedfunn: Det er lite kommunikasjon, informasjonsutveksling og gjensidig forståelse mellom fengselshelsetjenesten og ansatte i LAR. Knappe ressurser og fysisk avstand mellom LAR-foretakene og fengslene kan bidra til at pasienter ikke prioriteres av LAR-ansatte under soning. Fengselssykepleierne erfarer at det er store forskjeller mellom LAR-foretakene på hvordan samarbeidet fungerer, og det er komplisert å finne rett LAR-behandler. Det er særlig utfordrende når fastlegen har behandlingsansvaret.

**Konklusjon:** Studien viser at fengselssykepleiere ved flere fengsler i Norge erfarer trepartssamarbeidet rundt LAR-innsatte som fraværende. LAR-retningslinjen oppfordrer til trepartssamarbeid, noe som ikke ser ut til å fungere i praksis. Konsekvensen kan være at pasienter som mottar LAR-behandling i fengsel, ikke får nødvendig oppfølging i tråd med LAR-retningslinjen.

## Introduksjon

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR), som et ledd i behandling av opioidavhengighet, tilbys av spesialisthelsetjenesten ved de ulike helseforetakene. I Norge er LAR et poliklinisk tilbud i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) (1, 2).

Per 31. desember 2021 mottok 8099 pasienter LAR-behandling (3). Selv om LAR-behandling siden oppstarten i 1998 har hatt en kriminalitetsreducerende effekt (4), soner LAR-pasienter jevnlig dommer i norske fengsler. I 2016 var 10 prosent av innsatte i norske fengsler LAR-pasienter (5).

Innsatte med rusrelaterte utfordringer, spesielt LAR-pasienter, har sammensatte helserelaterte utfordringer som omfatter psykososiale, atferdsmessige og økonomiske problemer, lavere utdanningsnivå og sysselsetting, redusert livskvalitet og økt morbiditet og mortalitet grunnet sykdom, overdoser og selvmordsrisiko (6–9).

Ulike studier viser til svært høy overdose- og selvmordsfare den første uken etter løslatelse. Da er faren for overdose 90 prosent høyere enn tredje uken etter løslatelse (10, 11).

LAR-foretakene benytter seg av et trepartssamarbeid med kommunehelsetjenesten og fastlegene. Trepartssamarbeidet utgjør selve grunnmodellen i LAR (1). Dette trepartssamarbeidet er videreført i ny nasjonal faglig retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet, heretter kalt ny LAR-retningslinje (2). Der beskrives det at når pasienter har behov for langvarige og koordinerte tjenester, skal spesialisthelsetjenesten og kommunen samhandle om pasienten i en ansvarsgruppe. Pasienten skal ha høy grad av brukermedvirkning.

I Helsedirektoratets veileder, «Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel»(12), fremheves det at fengselshelsetjenesten kan henvise og starte opp substitusjonsbehandling samt ivareta LAR-pasienter som allerede mottar behandling. Fengselshelsetjenesten skal følge opp og ivareta pasienter i LAR i samråd med spesialisthelsetjenesten.

Det er imidlertid spesialisthelsetjenesten som er ansvarlig for vurderinger, vedlikehold, opp- og nedtrappinger og eventuelt avslutning av den medisinske behandlingen. De skal dessuten gjøre utredninger og annen spesialisert behandling i fengselet i nært samarbeid med fengselshelsetjenesten (12). Tverrfaglig og tverretattlig samarbeid anses som viktig i denne sammenhengen for å kunne tilby en forsvarlig LAR-behandling under soning samt for å forebygge overdoser og selvmord etter soning (2, 7, 9–11).

I norsk kontekst foreligger det noe forskning på LAR i fengsel (6, 8, 10, 11, 13–15), men ingen studier har til nå utforsket samhandlingsrelasjoner mellom fengselshelsetjenesten og ansatte i LAR. Vi har derfor lite forskningsbasert kunnskap om hvordan trepartssamarbeidet fungerer i praksis overfor denne pasientgruppen i fengsel.

Studier på samhandling generelt i helsetjenesten med relevans for fengselsbasert LAR-behandling vektlegger ulike faktorer som fremmer samhandling (16–19): at vellykket samarbeid er avhengig av kunnskaps- og informasjonsutveksling om de samhandelnde partenes profesjonsutøvelse, felles forståelse av hvilke problemstillinger som skal løses, samt fysiske møteplasser hvor relasjoner på tvers av organisasjoner og nivå kan etableres (18, 20, 21).

Iversen og Hauksdottir (16) påpeker at samarbeid på tvers av organisatoriske grenser ofte er vanskelig å få til. Årsaker er kulturforskjeller og manglende kjennskap til samarbeidspartneres kompetanse, arbeidsform eller utfordringer. Andre faktorer som kan hindre et godt samarbeid, er å ikke forstå ulike profesjoners faglige uttrykk, terminologier og kunnskapsgrunnlag (17). Pedersen (19) viser til en annen viktig faktor og betingelse for å lykkes med samarbeid, nemlig *tid*. Paradokset med tid er at samarbeid er tidkrevende å etablere, samtidig som det på sikt er tidsbesparende.

### **Studiens hensikt**

For å kunne gi pasientene adekvat og god LAR-behandling i fengsel, med forsvarlig og riktig medisinerings samtidig som vedkommende får psykososial rehabilitering, er det viktig at samarbeidet mellom LAR-tjenesten og fengselshelsetjenesten fungerer. I fengselshverdagen har fengselssykepleierne en nøkkelrolle i oppfølgingen av LAR-pasienter. Hensikten med denne undersøkelsen var derfor å utforske fengselssykepleierens opplevelse av samarbeidet med LAR-tjenesten og LAR-behandlerne.

I denne artikkelen har vi følgende problemstilling:

«Hvilke erfaringer har fengselssykepleiere med samarbeidet med spesialisthelsetjenesten og fastleger om innsatte i LAR?»

### **Metode**

Studien har et kvalitativt design med en induktiv tilnærming (22, 23). Datainnslingsmetoden var semistrukturerte individuelle intervjuer med åpne spørsmål.

### **Organiseringen av LAR-foretakene**

LAR-tilbudet er organisert forskjellig i helseforetakene, noe som utgjør en sentral kontekst for studien. Noen helseforetak har valgt å ha sitt LAR-tilbud samlokalisert med distriktspsykiatriske sentre (DPS), mens andre har LAR-tilbudet i egne ruspoliklinikker. I noen regioner er det vanlig at ansvaret for LAR-behandlingen overlates til fastlegene. I 2021 var andelen pasienter som fikk forskrevet LAR-medikasjon av sin fastlege, 35 prosent. LAR-foretakene er ordnet etter seks ulike organisasjonsmodeller (24).

Innsatte flyttes gjerne mellom ulike fengsler under soningen, og de soner ofte i fengsler utenfor egen hjemkommune. Helseforetaket i helseregionen der fengselet er plassert, skal sørge for at innsatte LAR-pasienter får de legemidlene som inngår i LAR-behandlingen (25).

### **Utvalg**

Fengselssykepleiere i sju ulike fengsler i to av kriminalomsorgens regioner ble invitert til å delta i studien. Vi kontaktet ledere for fengselshelsetjenesten i de aktuelle kommunene og informerte dem om undersøkelsen. Samtlige ledere viste interesse og fikk tilsendt informasjonsskriv. Lederne informerte selv sykepleierne i sin helseavdeling om studien. Interesserte sykepleiere tok deretter kontakt med førsteforfatteren for ytterligere informasjon.

Inklusjonskriteriet var at deltakeren måtte ha minst tre års erfaring som fengselssykepleier. Sykepleiere ble valgt som informanter i denne studien, da de innehar en nøkkelrolle for LAR-behandlingen under soning. Vi valgte sykepleiere med minst tre års erfaring for å sikre at sykepleierne hadde vært tilstrekkelig i kontakt med innsatte i LAR og opparbeidet seg nok erfaring med behandlingen til å kunne svare på intervju spørsmålene.

Ni fengselssykepleiere ble inkludert i studien. Utvalget besto av sju kvinner og to menn med en gjennomsnittlig arbeidserfaring i fengsel på 13 år. Utvalget representerer høysikkerhets- og lavsikkerhetsfengsler samt fengsler for mannlige innsatte og fengsler for kvinner. Fengslene er geografisk spredt og varierer i størrelse fra et titalls innsatte og opptil et par hundre.

### Intervjuer

Intervjuene ble gjennomført av førsteforfatteren i tidsrommet september 2020 til januar 2021. To av intervjuene ble gjennomført utenfor fengsel, da fengslene hadde innført restriksjoner for besøkende på grunn av koronapandemien.

Intervjuguidens temaer var delt inn i fengselssykepleieres erfaring med 1) medikamentell behandling, og 2) rehabilitering av innsatte i LAR. Samarbeid mellom fengselshelsetjenesten og LAR-behandlere viste seg å være et viktig tema sykepleierne hadde gjort seg mange erfaringer med. Vi justerte derfor intervjuguiden (22, 23) for å utforske temaet samarbeid mellom fengselshelsetjenesten og LAR-tjenesten. Spørsmål vi inkluderte i intervjuguiden, var blant annet: «Hvordan opplever du samarbeidet med LAR-tjenesten?» og «Hvilke erfaringer har du med å samarbeide med ulike LAR-foretak?». Se [vedlegg A](#).

Alle intervjuene ble tatt opp på lydfil og transkribert ordrett umiddelbart etter gjennomføringen (22). Intervjuene varte fra 25 minutter til nærmere to timer.

### Analyse av dataene

Førsteforfatteren har samarbeidet med artikkelens medforfattere i analysen av datamaterialet. Vi benyttet Johannessen, Rafoss og Rasmussens (26) versjon av tematisk analyse etter Braun og Clarke (27). Denne versjonen viser til fire faser, der det i første fase skaffes oversikt over datamaterialet. Etter transkribering gjennomgikk førsteforfatteren intervjuene flere ganger, som til slutt ble oppsummert, og viktige ord og utsagn markert.

I fase to ble dataene kodet og viktige poeng notert. Vi brukte tankekart og skjematisk fremstillinger for å finne sammenhenger og kombinasjoner. Vi markerte ulike temaer med forskjellige farger og koder.

I tredje fase kategoriserte og sorterte vi dataene i ulike temaer til en større helhet etter å ha prøvd ut og endret inndelingen gjentatte ganger. «Samarbeid» var et slikt hovedtema, og gjennom analysearbeidet identifiserte vi tre beslektede undertemaer: 1) «Lite kommunikasjon mellom LAR-behandlere og fengselshelsetjenesten», 2) «Lite rehabiliterende fokus», og 3) «Store variasjoner mellom LAR-foretakene». I fjerde og siste fase beskrev vi temaene i resultatdelen av undersøkelsen (26). Se tabell 1.

Tabell 1. Analyseprosessen

Utsagn	Ord og uttrykk	Hovedtema
«Som regel får vi bestillingene om at de skal ha den dosen av det preparatet, på en eller annen form for skriftlig.»	Skriftlig kommunikasjon	Lite kommunikasjon mellom LAR-behandlere og fengselshelsetjenesten
«Det er de som er ansvarlige [...] jeg kan ikke huske sist de var innenfor dørene her.»	Fravær Lite tilstedeværelse Ser ikke pasienten under soning	Lite rehabiliterende fokus
«Jeg opplever kanskje at vi sitter litt for mye på hver vår tue.»	Lite tilstedeværelse Manglende samhandling og gjensidig forståelse	Lite rehabiliterende fokus
«Føler det mange ganger kommer an på hvem den konsulenten i LAR er, for hvordan samarbeidet er.»	Personavhengig Forskjeller	Store variasjoner mellom LAR-foretakene

### Forskningsetikk og personvern

Studien ble tilrådet av Norsk senter for forskningsdata (NSD), referansenummer 403074, samt godkjent av etisk komité ved Fakultet for helse- og idrettsvitenskap (FEK), Universitetet i Agder, referansenummer RITM0075475.

Da vi rekrutterte deltakere, informerte vi om at det var frivillig å delta. Før informantene signerte informert samtykke og vi gjennomførte intervjuene, presiserte vi at deltakerne når som helst kunne trekke seg fra studien.

Datamaterialet har blitt oppbevart i anonymisert form på en privat PC med kodelås. Lydopptakene ble slettet etter transkripsjonen.

## Resultater

### ***Lite kommunikasjon mellom LAR-behandlere og fengselshelsetjenesten***

Fengselssykepleierne erfarte at det generelt var lite dialog med LAR-behandlere, og at det som regel var dem som tok kontakt med LAR-tjenesten. De opplevde sjelden å ha samtaler med LAR-behandlere knyttet til behandlingen for å dele informasjon og drøfte saker med hverandre.

Fengselssykepleierne uttrykte et behov for mer dialog med ansatte i LAR-tjenesten gjennom hele soningen, ikke bare når pasienten møtte til soning for å ordne med resept på medisiner. Videre var det vanskelig for sykepleierne å forstå hvorfor LAR-legen og behandlerne unnlot å ta med fengselshelsetjenesten i vurderingene av medisinske endringer, da sykepleierne mente de kunne fått nyttig informasjon i slike saker. En av fengselssykepleierne uttrykte det slik:

«Jeg skulle ønske at helseavdelingen hadde vært mer med i de vurderingene, for det er vi som ser dem. Og det er klart det er for så vidt vanskelig å se om noen er abstinent eller får for lite medisiner, men vi kan i hvert fall se litt hvordan de fungerer i hverdagen» (informant 3).

Når LAR hadde vurdert at det skulle gjøres endring i dose, opplevde fengselssykepleierne at kommunikasjonen rundt dette varierte. Noen sykepleiere erfarte at LAR-behandleren ringte og informerte helseavdelingen i fengselet. Andre ble informert av pasienten og måtte selv kontakte LAR for nødvendig informasjon, eller de opplevde at all informasjonen ble gitt skriftlig. Fengselssykepleieren savnet *dialogen* og uttrykte seg slik:

«Gjennomsnittlig har jeg veldig lite å gjøre med de lokale LAR-kontorene. Som regel får vi bestillingene om at de skal ha den dosen av det preparatet, på en eller annen form for skriftlig. Og det er det. Og hvis det er snakk om noen endring, så får vi beskjed om det også, skriftlig» (informant 4).

Sykepleierne i fengsel tok ofte kontakt med LAR når det var brudd på retningslinjene ved medisinutlevering. Brudd på retningslinjer gjaldt gjerne «unnaluring» av medisiner, noe de opplevde som en stor utfordring. Flere fengselssykepleiere erfarte at ansatte i LAR ikke lyttet til deres tilbakemeldinger når pasienter lurte unna medisiner. De uttrykte frustrasjon rundt den manglende interessen og engasjementet til LAR ved slik «unnaluring»:

«Ja, vi ringer ofte LAR, hører om vi skal trappe ned, skal vi halvere, men det er jo LAR som bestemmer. Det er ofte lite konsekvenser. Noen ganger må vi ta det med fengselslegen [...] Det blir uforsvarlig å fortsette på full dose i tilfelle de har lurt unna over lang tid» (informant 3).

Sykepleierne savnet å få forståelse for at fengselsbasert LAR er noe annet enn LAR-behandling utenfor murene, som en av dem uttrykte slik:

«Jeg opplever kanskje at vi sitter litt for mye på hver vår tue. Ja, at LAR ute er noe helt annet enn LAR inne i fengsel. For jeg opplever jo at de ikke forstår oss, og jeg forstår ikke dem. Jeg prøver, men jeg lykkes nok ikke» (informant 6).

Denne manglende forståelsen handlet blant annet om at «unnaluring» av medisin reiser andre dilemmaer i en fengselskontekst. Sykepleierne opplevde å ha et stort ansvar for LAR-pasientene, men også for andre innsatte som kunne få tilgang til LAR-medikasjon i fengsel, da med fare for overdose og utvikling av opiatavhengighet under soning. For å lykkes med å gi en mest mulig forsvarlig LAR-behandling i fengsel etterlyste fengselssykepleierne møtepunkter med LAR-tjenesten, slik at «man får utvekslet litt erfaringer og kanskje skjønt hverandre bedre» (informant 9).

En av fengselssykepleierne i utvalget skilte seg imidlertid ut ved å beskrive en jevnlig og god dialog med det lokale LAR-foretaket. Sykepleieren opplevde at LAR-behandlere viste interesse og involverte seg, og mente at det skyldtes gode samarbeidsrelasjoner, lav terskel for gjensidig kontakt og kort geografisk avstand mellom fengselet og LAR-foretaket.

### ***Lite rehabiliterende fokus***

Flere fengselssykepleiere erfarte at LAR-behandlere var mer opptatt av den medisinske behandlingen og hadde mindre oppmerksomhet på rehabilitering, R-en i LAR. Sykepleierne mente at forholdene ligger til rette for å sette i gang med rehabiliterende tiltak under soning, ettersom det er enklere å få etablert kontakt med pasienter i fengsel. I tillegg er deres fysiske og psykiske helse gjerne bedre enn utenfor fengselet:

«Veldig mye kan tilrettelegges mens de er i fengsel, veldig mye kan påbegynnes. Jeg tenker det hadde vært en gyllen anledning for LAR, ikke minst, som skal få tilbake pasienten» (informant 7).

En annen sykepleier opplevde at LAR hadde endret seg med årene. Tidligere var LAR-behandlere mer til stede i fengslene for samtaler og møter med innsatte og fengselssykepleiere. Nå var erfaringen at LAR-tjenesten har overlatt LAR-behandlingen under soning til fengselssykepleierne. Det lille som var av kontakt, omhandlet medisiner:

«Det er de som er ansvarlige. Jeg kan ikke huske sist de var innenfor dørene her. Det er som at de har distansert seg. Vi lever jo egentlig i vår egen lille boble her inne og gjør det vi får beskjed om. Så før i tiden så synes jeg vi hadde et mye [...]. Kanskje LAR hadde et strengere lovverk å forholde seg til, for det var enklere å samarbeide» (informant 9).

### ***Store variasjoner mellom LAR-foretakene***

Fengselssykepleierne syntes at det kunne være utfordrende å forholde seg til de ulike LAR-foretakene, ettersom helseforetakene har organisert LAR-tjenesten ulikt. Sykepleierne erfarte at det kan by på store utfordringer å få tak i resept når pasienter møter til soning uten forhåndsinformasjon til fengselshelsetjenesten. Dette var spesielt vanskelig når pasienten kom fra en annen landsdel.

Fengselssykepleierne beskrev at det var enklere å forholde seg til det lokale LAR-foretaket enn LAR-foretak i andre regioner, og at det nærmest var umulig å komme i kontakt med behandlingsansvarlige fastleger. Sykepleierne erfarte at fastlegene fornyet resepter uten å kommunisere med verken fengselshelsetjenesten eller pasienten:

«Det er sjelden vi snakker med fastlegen som spør hvordan det går og sånne ting. Det tror jeg aldri jeg har opplevd. De bare skriver ut» (informant 9).

Flere fengselssykepleiere erfarte at kvaliteten på relasjonen med LAR-behandleren ble førende for samarbeidet:

«Det kommer jo litt an på det, da. Føler det mange ganger kommer an på hvem den konsulenten i LAR er, for hvordan samarbeidet er» (informant 2).

Fengselssykepleierne skulle gjerne sett at LAR-foretakene og LAR-behandlerne opererte mer likt, med tydeligere retningslinjer som premiss for samarbeidet rundt pasientene:

«Jeg savner litt at det må være noen andre retningslinjer, og blant annet det at de faktisk kanskje må komme og se dem, hvordan de ser ut, før de trapper opp og trapper opp. Jeg tenker også det at LAR kanskje må bli mer likt» (informant 3).

Fengselssykepleieren som opplevde et godt samarbeid med LAR-behandlerne, mente at et lite fengsel og et LAR-foretak med få ansatte var avgjørende for det gode samarbeidet. Med få involverte i samarbeidet var det enklere å etablere gode samarbeidsrelasjoner- og rutiner.

## **Diskusjon**

Funnene i undersøkelsen viser at lite kommunikasjon, lite oppmerksomhet på rehabilitering og forskjeller i organiseringen av LAR-tjenesten gjør det utfordrende for fengselssykepleierne og LAR-behandlerne å ha et godt samarbeid. Dessuten er LAR som behandlingssystem krevende.

### ***Avstand i forståelsen av hverandres arbeid og ansvarsoppgaver***

Den manglende felles forståelsen som fengselssykepleierne formidlet, kan innebære at LAR-tjenesten og fengselshelsetjenesten har mindre kunnskap om hverandres arbeid og oppgaver. Spesialisthelsetjenesten har delegert til fengselssykepleierne å ivareta LAR-behandlingen. Fengselssykepleierne uttrykker et behov for å samarbeide mer med behandlerne og legen i LAR for å drøfte utfordringer og utveksle erfaringer. De opplevde et stort behov for mer kunnskap og gjensidig forståelse. Fengselssykepleierne følte at de sto mye alene med ansvaret for å ivareta LAR-behandlingen.

Elstad (18) fant i sin studie at gjensidig deling av informasjon gir oversikt, slik at man lettere ser seg selv som en del av en større helhet og får mer trygghet i arbeidssituasjonen. En slik informasjonsdeling var noe fengselssykepleierne savnet. Vi kan også relatere våre funn til det Iversen og Hauksdottir (16) beskriver om samarbeid: På tvers av organisatoriske grenser er samarbeid utfordrende, hvor én faktor kan være kulturforskjeller.

Fengselssykepleierne i vår undersøkelse opplevde at ansatte i LAR ikke helt forsto hvilke utfordringer fengselkonteksten gir for LAR-behandlingen. Særlig kom det til uttrykk ved «unnaluring» av medisiner. Flere fengselssykepleiere var frustrert over at deres bekymring for risikoen for at de innsatte skulle utvikle opiatavhengighet eller ta en overdose, ikke ble tatt på alvor av LAR-behandlerne.

Samhandlingsreformen skulle legge til rette for at pasienter med behov for koordinerte tjenester ble sikret en god helsetjeneste (28). For å lykkes med det var et hovedmål å fremme samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (16). I den nye LAR-retningslinjen presiseres det at spesialisthelsetjenesten og kommunen er pålagt å samarbeide for å kunne gi pasienter et helhetlig og koordinert tjenestetilbud (2).

Samhandlingsreformen og LAR-retningslinjen ansvarliggjør de involverte yrkesgruppene for å samhandle om pasientene. Likevel tyder vår undersøkelse av fengselsbasert LAR-behandling på at det ikke fungerer godt nok i praksis. Fengselssykepleierne erfarte at LAR-behandlerne tok lite initiativ til dialog og samarbeidsmøter, og de opplevde generelt at det i LAR-tjenesten er lite interesse for pasientene under soning.

## ***Dårlig samarbeid – et spørsmål om knappe ressurser?***

Det fengselssykepleierne opplevde som et dårlig samarbeid, kan også ses i sammenheng med ressurs- og bemanningssituasjonen i spesialisthelsetjenesten. LAR-behandlere har fått flere pasienter til oppfølging (3), økte krav til dokumentasjon og kortere tidsfrister enn tidligere (29). Det er usikkert hvorvidt LAR-foretakene i TSB har fått økt sine ressurser i takt med økende antall pasienter. Nedleggelsen av sju fengsler med lavere sikkerhetsnivå de siste årene kan ha ført til at flere innsatte LAR-pasienter soner geografisk lenger unna sitt lokale LAR-foretak (30).

I en studie fra 2018 (19) argumenteres det for at tid er en sentral betingelse for å lykkes med pasientrettet arbeid. Utviklingstrekk i LAR-tjenesten og kriminalomsorgen kan ha bidratt til at tid er blitt en knappere ressurs. Mangelen på fysiske møter mellom LAR-behandlere og fengselssykepleiere, som denne studien viser til, kan forstås i et slikt lys. Fysiske møter er mer tidkrevende å gjennomføre. Tidligere forskning tyder imidlertid på at fysiske møter er det som særlig fremmer tillitsfulle og positive samarbeidsrelasjoner, samtidig som det virker konfliktforebyggende (18).

## ***Ulik organisering av LAR-tjenesten: en samarbeidsutfordring***

Et siste forhold som kan gi bedre forståelse for det manglende samarbeidet er hvor ulikt LAR-foretakene er organisert, samt hvordan TSB har valgt å organisere sine helsetjenester til innsatte i fengsel. Vår studie tyder på at noen fengselssykepleiere har vansker med å finne frem til riktig LAR-behandler for nyinnsatte. Når fastlegene har behandlingsansvar, er dette oversiktlig sett fra fengselshelsetjenestens perspektiv. Utfordringen med organiseringen er imidlertid at fengselssykepleierne synes det er særskilt vanskelig å få til en god dialog med fastlegene.

Videre er det helseforetaket i den helseregionen der fengselet er plassert, som har et sørge-for-ansvar for innsatte LAR-pasienter. Det betyr at LAR-pasienter skal tilhøre fengselets lokale LAR-foretak under soning og ofte et annet LAR-foretak etter løslatelsen. Forskjellene i organiseringen av LAR-foretakene og det at innsatte gjerne bytter fengsel opptil flere ganger i løpet av soningen, er med på å gjøre det vanskelig å etablere et godt samarbeid mellom pasienten, fengselssykepleieren og LAR-behandleren.

I etterkant av datasamlingen for studien har Helse- og omsorgsdepartementet etablert en områdefunksjon for TSB for innsatte i fengsel. Områdefunksjon forstås som en styrking av helsetjenester i fengsel innen TSB, med forventninger om at det skal etableres faste stedlige helsetjenester i de fleste fengslene. Bakgrunnen for satsingen var at tilbudet var svært ulikt organisert nasjonalt, der muligheten for et likeverdig behandlingstilbud i fengsel var begrenset (31). Hvorvidt denne satsingen vil bidra til å løse noen av samarbeidsutfordringene mellom fengselshelsetjenesten og TSB med LAR-behandling, bør være et prioritert forskningsspørsmål fremover.

## ***Metodediskusjon***

En styrke ved studien er at de ni fengselssykepleierne representerer sju fengsler av ulik størrelse og sikkerhetsnivå; utvalget har bredde, variasjon og mangfold. Det taler for at funnene er overførbare til andre kontekster og fengselssykepleiere. Imidlertid kan vi ikke vite med sikkerhet om utvalgets erfaringer er representative for erfaringene til fengselssykepleiere i andre fengsler.

Studien kan gi økt forståelse og innsikt i fengselssykepleiernes erfaringer med samhandling med ansatte i LAR. Den brede enigheten innad i utvalget om at samarbeidet med LAR oppleves som mangelfullt, gir grunnlag for å tro at studiens resultater kan være gyldige i liknende kontekster.

En begrensning ved studien er at samhandling kun analyseres fra fengselssykepleierens perspektiv, uten at erfaringene til verken LAR-behandlerne, andre profesjoner i fengsel eller de innsatte er utforsket. Ettersom datasamlingen pågikk under koronapandemien, kan vi heller ikke utelukke at studiens funn ble preget av de til tider strenge koronarestriksjonene.

## ***Konklusjon***

Målet med denne undersøkelsen var å utforske samhandlingen mellom LAR og fengselssykepleierne. Fengselssykepleierne opplevde lite kommunikasjon mellom partene, og kommunikasjonen var gjerne skriftlig eller korte beskjeder om medikamentelle endringer over telefon. Fengselssykepleierne ønsket seg mer støtte fra LAR og skulle gjerne sett at det ble gjennomført flere møter i fengselet for å bygge relasjoner og etablere samhandling.

Ulik organisering av LAR-foretak, utfordringene med å komme i kontakt med fastlegen, LAR-foretaket og LAR-behandleren samt innsatte som bytter fengsel flere ganger i løpet av samme soning, så ut til å påvirke etableringen av et godt samarbeid.

LAR-pasienter i fengsel har samme rettigheter i helsetilbud som befolkningen ellers, og de har rett på samme oppfølging og ivaretagelse som utenfor fengselet. Konsekvensen av lite samarbeid kan resultere i at subpopulasjonen av innsatte ikke får nødvendig tverrfaglig og tverretattlig samhandling om LAR-behandlingen sin.

Lite samhandling kan medføre redusert kvalitet på behandlingen og høyere risiko for uønskede utfall under soning og i etterkant av løslatelse. Samhandlingsreformen, med intensjon om bedre samhandling på tvers av nivåer i helsetjenesten, samt LAR-retningslinjen, med oppfordring om trepartssamarbeid, ser ikke ut til å fungere i praksis for LAR-pasienter under soning i denne studien.

Vi foreslår å etablere konkrete systemer for bedre samhandling i tråd med LAR-retningslinjen, uavhengig av hvordan LAR er organisert. Vi trenger mer forskning som belyser samarbeidet fra LAR-ansattes perspektiv. Ikke minst bør LAR-pasienters erfaringer utforskes for å få flere perspektiver på samhandling rundt innsatte i LAR-behandling. Et viktig forskningsspørsmål videre er hvordan samhandling mellom TSB og fengselshelsetjenesten fungerer etter innføring av områdefunksjon for TSB i fengsel.

*Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.*



REDUSERT KVALITET: LAR-pasienter i fengsel har samme rettigheter i helsetilbud som befolkningen ellers. Ulik organisering av LAR-foretak og problemer med å komme i kontakt med fastlegen gjorde det vanskelig å etablere et godt samarbeid. *Illustrasjonsfoto: Maskot/NTB og Mostphotos. Montasje: Hilde Rebård Evensen*

1. HelseDirektoratet. Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet. Oslo: HelseDirektoratet; 2010.
2. HelseDirektoratet. Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved opioidavhengighet. Nasjonal faglig retningslinje. Oslo: HelseDirektoratet; 2022. Tilgjengelig fra: <https://www.helseDirektoratet.no/retningslinjer/behandling-ved-opioidavhengighet> (nedlastet 03.06.2022).
3. Lobmaier P, Skeie I, Lillevold P, Waal H, Bussesund K, Clausen T. Statusrapport 2020. LAR behandling under første året med covid-19 pandemi. Oslo: Senter for rus- og avhengighetsforskning (Seraf); 2021. Seraf-rapport 4/202. Tilgjengelig fra: <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2021/seraf-rapport-nr-4-2021-statusrapport-2020.pdf> (nedlastet 24.03.2023).
4. Skeie I, Clausen T, Bukten A. Legemiddelassistert rehabilitering – viktig behandling med dilemmaer. Tidsskrift for Den norske legeförening. 2014;134(11):1156–8. DOI: [10.4045/tidsskr.13.1429](https://doi.org/10.4045/tidsskr.13.1429)
5. Aleric M. Legemiddelets makt og mening i fengsel. I: Lundeberg IR, Rye JF, red. Fengslende sosiologi. Makt, straff og identitet i Trondheims fengsel. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2018. s. 77–95. DOI: [10.23865/noasp.41](https://doi.org/10.23865/noasp.41)
6. Bukten A, Lund IO, Kinner SA, Rognli EB, Havnes IA, Muller AE, et al. Factors associated with drug use in prison – results from the Norwegian offender mental health and addiction (NorMA) study. Health & Justice. 2020;8(1):1–10. DOI: [10.1186/s40352-020-00112-8](https://doi.org/10.1186/s40352-020-00112-8)
7. St.meld. 37 (2007–2008). Straff som virker – mindre kriminalitet – tryggere samfunn (kriminalomsorgsmelding). Oslo: Det kongelige justis- og politidepartement; 2008. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d064fb36995b4da8a23f858c38ddb5f5/no/pdfs/stm200720080037000dddpdfs.pdf> (nedlastet 24.03.2023).
8. Bukten A, Lokdam NT, Skjærvø I, Ugelvik T, Skurtveit S, Gabrhélik R, et al. PriSUD-Nordic – Diagnosing and treating substance use disorders in the prison population: protocol for a mixed methods study. JMIR Research Protocols. 2022;11(3). DOI: [10.2196/35182](https://doi.org/10.2196/35182)



9. Montanari L, Royuela L, Hasselberg I, Vandam L, European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction. Prison and drugs in Europe: current and future challenges. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2022. DOI: [10.2810/420042](https://doi.org/10.2810/420042)
10. Bukten A, Stavseth MR, Skurtveit S, Tverdal A, Strang J, Clausen T. High risk of overdose death following release from prison: variations in mortality during a 15-year observation period. *Addiction*. 2017;112(8):1432–9. DOI: [10.1111/add.13803](https://doi.org/10.1111/add.13803)
11. Bukten A, Skjærvø I, Stavseth MR. The association of prison security level with mortality after release from prison: a retrospective national cohort study (2000–16). *The Lancet Public Health*. 2022;7(7):583–92. DOI: [10.1016/S2468-2667\(22\)00107-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00107-4)
12. Helsedirektoratet. Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel – veileder. Oslo: Helsedirektoratet; 2016. IS-1971. Tilgjengelig fra: [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/helse-og-omsorgstjenester-til-innsatte-i-fengsel/Helse-%20og%20omsorgstjenester%20til%20innsatte%20i%20fengsel%20E2%80%93%20Veileder.pdf/\\_attachment/inline/54b7b100-9415-4bc0-993e-66175a4cd4c1:5537f215b0ba85ca4a0159612413ab7450b23467/Helse-%20og%20omsorgstjenester%20til%20innsatte%20i%20fengsel%20E2%80%93%20Veileder.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/helse-og-omsorgstjenester-til-innsatte-i-fengsel/Helse-%20og%20omsorgstjenester%20til%20innsatte%20i%20fengsel%20E2%80%93%20Veileder.pdf/_attachment/inline/54b7b100-9415-4bc0-993e-66175a4cd4c1:5537f215b0ba85ca4a0159612413ab7450b23467/Helse-%20og%20omsorgstjenester%20til%20innsatte%20i%20fengsel%20E2%80%93%20Veileder.pdf) (nedlastet 24.03.2023).
13. Mjåland K. The paradox of control: an ethnographic analysis of opiate maintenance treatment in a Norwegian prison. *International Journal of Drug Policy*. 2015;26(8):781–9. DOI: [10.1016/j.drugpo.2015.04.020](https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.04.020)
14. Mjåland K. 'A culture of sharing': Drug exchange in a Norwegian prison. *Punishment & Society*. 2014;16(3):336–52. DOI: [10.1177/1462474514527149](https://doi.org/10.1177/1462474514527149)
15. Mjåland K. Makt, legitimitet og motstand. En etnografisk analyse av rus og rehabilitering i et norsk fengsel [doktoravhandling]. Bergen: Sosiologisk institutt, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Bergen; 2015. Tilgjengelig fra: [https://www.researchgate.net/publication/344510701\\_Makt\\_legitimitet\\_og\\_motstand\\_En\\_etnografisk\\_analyse\\_av\\_rus\\_og\\_rehabilitering](https://www.researchgate.net/publication/344510701_Makt_legitimitet_og_motstand_En_etnografisk_analyse_av_rus_og_rehabilitering) (nedlastet 24.03.2023).
16. Iversen A, Hauksdottir N. Tverrprofesjonell samhandling og samarbeid: kjernekompetanse for fremtidens helse- og velferdstjenester. 1. utg. Oslo: Gyldendal; 2020.
17. Brodtkorb E, Rugkåsa M. Mellom mennesker og samfunn: sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene. 3. utg. Oslo: Gyldendal; 2019.
18. Elstad TA, Antonsen S, Tillerli H, Storli M. Vi møtes på tvers og ser hva vi kan få til sammen: ansattes erfaringer fra et samarbeidsforum i psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 2017;13(3):232–43. DOI: [10.18261/issn.1504-3010-2017-03-04](https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2017-03-04)
19. Pedersen L-ML. Samarbeid som arbeid: betydningen av tid. *Tidsskrift for velferdsforskning*. 2021;24:49–61. DOI: [10.18261/issn.2464-3076-2021-01-0520](https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2021-01-0520).
20. Vik E. Helseprofesjoners samhandling – en litteraturstudie. *Tidsskrift for velferdsforskning*. 2018;21(2):119–47. DOI: [10.18261/issn.2464-3076-2018-02-03](https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-02-03)
21. Skjærpe JN, Kristoffersen M, Storm M. Brukermidvirkning i samhandling i psykisk helsearbeid. *Sykepleien Forskning*. 2020;15(80125):e-80125. DOI: [10.4220/Sykepleienf.2020.80125](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2020.80125)
22. Kvale S. Det kvalitative forskningsintervju. 2. utg. I: Brinkmann S, Anderssen TM, Rygge J, red. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2009.
23. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin- og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
24. Waal H, Clausen T, Håseth A, Lillevold PH, Senter for rus- og avhengighetsforskning (Seraf), Universitetet i Oslo, Oslo universitetssykehus. SERAF rapport 1/2010. Siste år med gamle retningslinjer – Statusrapport 2009. Oslo: Seraf; 2010. Tilgjengelig fra: <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2010/SERAF-rapport-nr-1-2010-Statusrapport-2009-revidert.pdf> (nedlastet 29.03.2023).
25. Helsedirektoratet, Kriminalomsorgen. Helsetjenesten og Kriminalomsorgens ansvar og oppgaver ved utdeling og overvåking av LAR-medisiner. Sandnes: Kriminalomsorgen; 2021. Tilgjengelig fra: [https://www.helsedirektoratet.no/tema/rus-og-avhengighet/Fellesbrev%20ansvarsfordeling%20LAR.pdf/\\_attachment/inline/320c9003-64d0-4db2-9087-c94c03047627:d5105c8d8e44b16f2ae00d2072aa155074dc1108/Fellesbrev%20ansvarsfordeling%20LAR.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/tema/rus-og-avhengighet/Fellesbrev%20ansvarsfordeling%20LAR.pdf/_attachment/inline/320c9003-64d0-4db2-9087-c94c03047627:d5105c8d8e44b16f2ae00d2072aa155074dc1108/Fellesbrev%20ansvarsfordeling%20LAR.pdf) (nedlastet 19.05.2021).
26. Johannessen LEF, Rafoss TW, Rasmussen EB. Hvordan bruke teori? Nyttige verktøy i kvalitativ analyse. Oslo: Universitetsforlaget; 2018.
27. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006;3(2):77–101. DOI: [10.1191/1478088706qp063oa](https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa)



28. St.meld. nr. 47. Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2008–2009. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/?ch=1> (nedlastet 07.01.2021).

29. Helsedirektoratet. Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018–2020. Oslo: Helsedirektoratet; 2018. IS-2734. Tilgjengelig fra: [https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/dokumenter-pakkeforlop%20psykisk%20helse%20og%20rus/Pakkeforl%C3%B8p%20for%20psykisk%20helse%20og%20rus%20-%20nasjonal%20plan%20for%20implementering%202018-2020.pdf/\\_/attachment/inline/8b6fb586-8e1c-423a-a054-376abee6827e:cd98f32681d7c5c52fad3a578d709ffcdbe744a2/Pakkeforl%C3%B8p%20for%20psykisk%20helse%20og%20rus%20-%20nasjonal%20plan%20for%20implementering%202018-2020.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/dokumenter-pakkeforlop%20psykisk%20helse%20og%20rus/Pakkeforl%C3%B8p%20for%20psykisk%20helse%20og%20rus%20-%20nasjonal%20plan%20for%20implementering%202018-2020.pdf/_/attachment/inline/8b6fb586-8e1c-423a-a054-376abee6827e:cd98f32681d7c5c52fad3a578d709ffcdbe744a2/Pakkeforl%C3%B8p%20for%20psykisk%20helse%20og%20rus%20-%20nasjonal%20plan%20for%20implementering%202018-2020.pdf) (nedlastet 29.03.2023).

30. Kriminalomsorgen. Årsrapport 2019. Lillestrøm: Kriminalomsorgen; 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.kriminalomsorgen.no/statistikk-og-publikasjoner.518716.no.html> (nedlastet 20.09.2022).

31. Oslo universitetssykehus (OUS). TSB går i fengsel [internett]. Oslo: OUS; 01.02.2021 [oppdatert 25.08.2022, hentet 02.01.2023]. Tilgjengelig fra: <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/nasjonal-kompetansetjeneste-for-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-tsb/Sider/TSB-g%C3%A5r-i-fengsel.aspx#omradefunksjoner-for-tsb-i-norske-fengsler>