

Europeisk spørreskjema om institusjoner – fengsler

EFSQ-P

Metodiske retningslinjer

Januar 2025

Forfattere

Linda Montanari, EUDA

Els Plettinckx, Belgia

Luis Royuela, EUDA

Liesbeth Vandam, EUDA

Viktor Mravcik, Tsjekia

Katerina Grohmannova, Tsjekia

Alessandro Pirona, EUDA

Nadine Berndt, Luxembourg

Ludmila Carapinha, Portugal

Laura Isajeva, Latvia

Lina Jurgelaitiene, Litauen

Josefina Mavrou, Kypros

Marta Molino, Spania

Madeleine Kalisch, Tyskland

Ines Kvaternik, Slovenia

Fernando Mendez, Spania

Caroline Protais, Frankrike

Aurélia Roversi, Frankrike

Rita Cardoso Seixas, Luxembourg

Vana Sypsa, Hellas

Amber Vernoji, Nederland

Anna Tarjan, Ungarn

Bidragstere

Filipa Alves da Costa, WHO

Carina Ferreira Borges, WHO

Heino Stöver, Tyskland

Mark Johnson, Storbritannia

Maria Mafalda Castro, Portugal

Innhold

Innledning og formål med EFSQ-P	4
Gjennomføring av EFSQ-P: praktiske skritt og særlige hensyn	5
Praktiske skritt	5
Planlegging av undersøkelsen	5
Valg av datainnsamlingsmetode	6
Databehandling	6
Krav til dokumentasjon av opplysninger	6
Særlige hensyn	6
Informasjonsenhet.....	6
Minste kjernedatasett	6
Terminologi.....	7
Etiske implikasjoner	7
Triangulering av kilder	7
Retningslinjer etter avsnitt	8
Avsnitt 1 – Bakgrunnsdata	8
Avsnitt 2 – Tilgjengelighet av rusmiddelrelaterte tiltak	8
Avsnitt 3 – Personalets kvalitet på tjenestene og opplæringen	9
Avsnitt 4 – Rusmiddeltesting	10
Operasjonelle definisjoner av rusmiddelrelaterte tiltak.....	11
Helsekontroll.....	11
Avrusning	11
Rådgivning om rusrelaterte problemer.....	11
Støtte mellom likepersoner	12
Døgnbasert rusbehandling.....	12
Opioidagonistbehandling (unntatt opioidagonistbehandling med avrusning som formål)	12
Tiltak mot infeksjonssykdommer	13
Skadereduserende tiltak	14
Rusrelaterte tiltak som forberedelse til løslatelse	15
Rusrelaterte tiltak rettet mot bestemte befolkningsgrupper	16
Vedlegg	17
FNs ISO-koder for land	17
Referanser	19

Innledning og formål med EFSQ-P

Det europeiske spørreskjemaet om institusjoner – fengsler (EFSQ-P) er en modell for spørreskjema som er utformet for å samle inn informasjon om rusrelaterte tjenester og tiltak som tilbys i fengsler i europeiske land.

Spørreskjemaet er et av overvåkingsverktøyene som EUs narkotikabyrå (EUDA) har foreslått i sitt bidrag til et metodisk rammeverk for overvåking av rusmidler og fengsler i Europa, publisert i 2013. En pakke for å gjennomføre undersøkelser om de epidemiologiske aspektene ved rusmidler og fengsler er tilgjengelig, herunder det [europeiske spørreskjemaet om rusmiddelbruk blant fengselsinnsatte](#) (EQDP) og tilhørende metodiske retningslinjer.

EFSQ-P er basert på et eksisterende spørreskjema som brukes til å samle inn informasjon om tiltak som gjennomføres i samfunnet og andre miljøer ([European Facilities Survey Questionnaire](#), EFSQ). Siden fengsler skiller seg fra samfunnet for øvrig, er det imidlertid gjort betydelige endringer i originalen for å utarbeide EFSQ-P.

Formålet med EFSQ-P er å øke kunnskapen og forståelsen om tilgjengeligheten og omfanget av rusrelaterte tjenester og tiltak i fengsler. Denne informasjonen kan bidra til å forbedre eksisterende rusrelaterte tiltak for personer som soner i fengsel, og til å planlegge nye nødvendige tjenester og tiltak som oppfyller behovene til innsatte med rusrelaterte problemer. Bruken av EFSQ-P i de europeiske fengslene kan forbedre sammenlignbarheten og harmoniseringen av opplysninger om rusrelaterte tiltak. Opplysninger som samles inn med EFSQ-P, kan også brukes til å imøtekomme informasjonsbehovet til forskjellige institusjoner, fra EUDA til nasjonale myndigheter og internasjonale organisasjoner (f.eks. WHO, FN og andre).

Målet (datainnsamlingsenheten) for EFSQ-P er fengselet, dvs. alle fengsler i Europa og de tjenestene som tilbys fengselsbefolkningen med rusrelaterte problemer.

EFSQ-P kan tilpasses forskjellige nasjonale eller lokale kontekster. Slik tilfellet er for EQDP, finnes det to versjoner av EFSQ-P: en lang og en kort versjon. Spørsmålene handler om fengselskonteksten, tilgjengeligheten av og særtrekkene ved tiltak, personale og rusmiddeltesting i fengselet. De metodiske retningslinjene som er beskrevet i dette dokumentet, er utformet for å sikre kvalitet og sammenlignbarhet av opplysninger, og for å hjelpe den som samler inn opplysninger, med å rapportere opplysninger på riktig måte. I tillegg kan nasjonale retningslinjer og mer detaljerte instruksjoner og regler for gjennomføring av undersøkelsen utarbeides i henhold til nasjonale eller lokale behov og krav.

Gjennomføring av EFSQ-P: praktiske skritt og særlige hensyn

Praktiske skritt

Det bør treffes en rekke praktiske tiltak ved oppsett og gjennomføring av en undersøkelse om rusrelaterte tjenester i fengsler: planlegging av undersøkelsen, valg av metode for innsamling av opplysninger, forberedelse til innsamling av opplysninger, gjennomføring av selve innsamlingen av opplysninger, håndtering av opplysninger og dokumentasjon av innsamlingen av opplysninger.

Planlegging av undersøkelsen

Før gjennomføringen av EFSQ-P planlegges, er det viktig å få en klar forståelse av den «administrative og organisatoriske konteksten» for tilbudet av rusrelaterte tjenester i fengselet og av de forskjellige institusjonene og organene som er involvert. Det er avgjørende å forstå deres underliggende agendaer før undersøkelsen gjennomføres.

Det må innhentes tillatelse fra fengselsmyndighetene for å gjennomføre forskning i fengsler. Deres samarbeid er nødvendig for å organisere datainnsamlingen (se også de [metodiske retningslinjene for EQDP](#)).

Når det er besluttet å gjennomføre EFSQ-P i ett eller flere fengsler, er det viktig å identifisere de forskjellige tiltakene som må treffes for å få tilgang til fengselet for å gjennomføre undersøkelsen samt de administrative prosedyrene som må følges. Denne prosessen bør starte så snart som mulig fordi, avhengig av landet og fengselsadministrasjonene, kan det ta lang tid å få tilgang og fullføre de nødvendige administrative prosedyrene.

Når tillatelse til å gjennomføre undersøkelsen er innhentet, er det nødvendig å sikre samtykke fra både fengselsadministrasjonen og helse- og sosialtjenestene om prosessen for innsamling av opplysninger og etablere et godt samarbeid med (den sentrale) fengselsadministrasjonen. Videre er det nødvendig å undersøke hvordan tiltakene gjennomføres i fengselet, og kartlegge systemet for rusrelaterte tiltak, deriblant en klar beskrivelse av logistikken rundt tjenestetilbudet. Dette kan innebære forhandlinger med fengselsadministrasjonen om hvordan data skal samles inn, legges fram og brukes. Det er alltid nyttig å identifisere en person i den sentrale fengselsadministrasjonen som kan fungere som koordinator og hjelpe til med denne prosessen.

Når prosessen er avklart og avtalt mellom alle parter, bør en person fra fengselsadministrasjonen identifiseres som kontaktpunkt (**kontaktperson**) for gjennomføringen av undersøkelsen og innsamlingen av opplysninger.

Hvert land, fengsel eller forskningsprosjekt kan iverksette forskjellige tiltak, avhengig av den sosiale, juridiske og administrative konteksten.

Det finnes forskjellige alternativer når data om rusrelaterte tiltak i fengsel skal samles inn. Noen alternativer er lagt fram nedenfor.

- Identifiser en kontaktperson for hvert fengsel, og organiser kapasitetsopplæring på nett eller ansikt til ansikt før undersøkelsen gjennomføres. Hvis alle fengsler i landet er involvert, bør opplæringen koordineres på nasjonalt plan.
- Hvis opplysningene samles inn på nasjonalt plan, er det nødvendig å utpeke en sentral koordinator og en hjelpesentermedarbeider som koordinerer innsamlingen av opplysninger på nasjonalt plan og rådfører seg med alle som er involvert i innsamlingen av opplysninger på fengselsnivå. Koordinatoren kan henvende seg til fengselets kontaktperson hvis det utfylte spørreskjemaet fortsatt er uklart.

Valg av datainnsamlingsmetode

Spørreskjemaet kan selv administreres av ansatte eller administreres av intervjuere til ansatte som arbeider med rusrelaterte tiltak i fengsel. Informasjonen må fylles ut og leveres tilbake av kontaktpersonen. Hvis det er behov for avklaring, kan det avtales et intervju med kontaktpersonen eller andre særskilte medarbeidere.

Informasjon kan samles inn på papir eller elektronisk (f.eks. ved hjelp av datamaskiner, smarttelefoner, nettbrett). For å lette innsamling av opplysninger og sikre bedre kontroll over kvaliteten på opplysningene på nasjonalt plan anbefales det at alle opplysninger som samles inn i et land, sendes til et sentralt punkt, for eksempel en utpekt person i den sentrale administrasjonen, der opplysningene kan samles, renses og analyseres.

Databehandling

Kontaktpersonen vil være ansvarlig for å samle inn og håndtere opplysninger samt for opplysningene kvalitet, og for å svare på spørsmål om avklaring og validering av opplysninger. Den nasjonale koordinatoren vil være ansvarlig for håndtering av opplysninger, kvalitet og validering av de innsamlede opplysningene på nasjonalt plan. REITOXs nasjonale kontaktpunkt (NFP) kan fungere som nasjonal koordinator eller kommunisere med den nasjonale koordinatoren eller kontaktpersonene ved hver institusjon.

Organiseringen av datahåndteringen og rollen til NFP kan avhenge av organiseringen av landet og den sentrale fengselsadministrasjonen. I validerings- og analysefasen bør det gjennomføres en kryssvalidering av den innsamlede informasjonen ved å triangulere undersøkelsens resultater med andre informasjonskilder, som kan komme fra gjennomføringen av EQDP og andre studier, rutinemessig innsamling av opplysninger eller andre, uoffisielle informasjonskilder (Carpentier et al., 2012).

Krav til dokumentasjon av opplysninger

De generelle prosedyrene som brukes i gjennomføringen av undersøkelsen og den påfølgende håndteringen av opplysninger, må dokumenteres tydelig av de institusjonene som leder og gjennomfører undersøkelsen blant fengslene. Ideelt sett bør dette være en del av en fullstendig teknisk rapport som beskriver prosedyrene, de involverte medarbeiderne, de problemene som oppsto under gjennomføringen av undersøkelsen, og den måten disse problemene ble løst på, og det bør gi en fullstendig redegjørelse for svarene.

Særlige hensyn

Ved gjennomføringen av undersøkelsen bør det tas særlige hensyn til den konkrete fengselssituasjonen. Det bør tas hensyn til informasjonsheten, minste kjernedatasett, triangulering av kilder, terminologi og etiske implikasjoner.

Informasjonshet

Informasjonsheten skal være det eneste fengselet. Det skal samles inn informasjon om tilhørende institusjoner og tiltak som er utført i fengselet. Hvis et fengsel består av forskjellige avsnitt, skal dette angis. Det er viktig å angi hvilken rolle kontaktpersonen skal ha i gjennomføringen av undersøkelsen. Det er viktig å identifisere informasjonsheten og avklare på hvilket nivå informasjonen skal samles inn.

Minste kjernedatasett

Den foreslåtte undersøkelsen er utformet for å tilby et minste kjernedatasett som er felles for alle europeiske land, og som sikrer konsekvens og sammenlignbarhet mellom de opplysningene som

samles inn i de forskjellige landene. Hvert land kan utvide sin egen undersøkelse ved å legge til elementer for å dekke nasjonale eller lokale informasjonsbehov. Det finnes to versjoner av spørreskjemaet: en kort versjon, som representerer kjernedatasettet, og en lang versjon, som inneholder mer detaljerte spørsmål om særtrekkene ved utvalgte tiltak.

Terminologi

Når verktøyet oversettes fra engelsk til nasjonale språk, bør man være nøye med å beholde den nøyaktige betydningen av den ordlyden som brukes i det europeiske spørreskjemaet for å sikre harmonisering av opplysningene.

Etiske implikasjoner

Gjennomføring av enhver form for forskning i fengsler har alltid etiske implikasjoner som må tas i betraktning. Internasjonale standarder for respekt for menneskerettigheter og etiske prinsipper skal følges ved gjennomføring av undersøkelsen om rusrelaterte tiltak.

Opplysninger som samles inn gjennom EFSQ-P, aggregeres på fengselsnivå. Det er imidlertid alltid viktig å ta hensyn til behovet for å sikre konfidensialitet og anonymitet og respektere personvernregler når informasjon om tjenestebruk samles inn. Dette er en av grunnene til at denne modellen for spørreskjema samler inn data om kunder i aggregert form. Forskere bør vurdere om den endelige virkningen av forskningsresultatene på tiltak og politikk er i samsvar med menneskerettighetsetikk.

Triangulering av kilder

I validerings- og analysefasen bør det gjennomføres en kryssvalidering av den innsamlede informasjonen ved å triangulere undersøkelsens resultater med andre informasjonskilder, som kan komme fra gjennomføringen av EQDP og andre studier, rutinemessig innsamling av opplysninger eller andre, uoffisielle informasjonskilder (Carpentier et al., 2012).

Retningslinjer etter avsnitt

Følgende retningslinjer gir en forklaring på de variablene som inngår i spørreskjemaet.

Avsnitt 1 – Bakgrunnsdata

Formålet med dette avsnittet er å samle inn bakgrunnsinformasjon om fengselet, deriblant grunnleggende beholdningsindikatorer, og identifisere den tjenesten som er ansvarlig for innsamlingen av opplysningene. Det er viktig å angi hvilke kilder opplysningene stammer fra, herunder registre, administrative data, sakkyndige uttalelser mv. Når det finnes flere kilder, skal det om mulig angis hvilke kilder som er brukt i hver gruppe spørsmål.

- 1. Fengsel
Dette spørsmålet ber om identifikasjonskoden og navnet på institusjonen. I tillegg samler det inn informasjon om typen fengsel og de avdelingene som finnes i fengselet. For den typen fengsel skal sikkerhetsnivået (høyt, middels eller lavt) angis, sammen med lukket, åpent eller halvåpent regime, fengselspsykehus eller annen informasjon som kan være relevant for å forstå fengselets særtrekk.
For fengsler med avdelinger skal antall og type avdelinger (f.eks. kvinner, varetektsfengslede, mindreårige mv.) angis.
Tallverdier iht. ISO 3166-1 finnes i vedlegg.
f.eks. et fengsel i SPANIA-MADRID: 724-28001-MAD
- 2. Kontakter
Formålet med dette spørsmålet er å identifisere den tjenesten som fyller ut undersøkelsen. Datoen (DD.MM.ÅÅÅÅ) for utfylling av spørreskjemaet og enkelte kontaktopplysninger er påkrevd. Det krever også navnet på den personen som fyller ut spørreskjemaet. Hvis bare den første opplysningen er tilgjengelig, kan den andre stå tom.
- 3. Beholdningsindikatorer
Den sentrale fengselsadministrasjonen kan konsulteres for å innhente de beholdningsindikatorene som er nødvendige for å besvare denne gruppen spørsmål.

Avsnitt 2 – Tilgjengelighet av rusmiddelrelaterte tiltak

Formålet med dette avsnittet er å vurdere tilgjengeligheten av rusrelaterte tiltak i fengsler, beskrive hva disse tiltakene er, og hvem som tilbyr dem. For noen av disse rusrelaterte tiltakene blir det bedt om mer detaljert informasjon om deres særtrekk i den lange versjonen av EFSQ-P.

- 4. Tilgjengelige tiltak
Dette spørsmålet handler om typene rusmiddelbehandling og de tiltak som er tilgjengelige i fengsler. Målet er å samle inn informasjon om hvilke typer tiltak som er tilgjengelige, og om tjenestene tilbys i fengselet, utenfor eller begge deler. Det er gitt operasjonelle definisjoner for hvert tiltak [nedenfor](#), siden de kan omhandle flere spørsmål og avsnitt. Definisjonene kan integreres i spørreskjemaets utforming eller holdes separat, avhengig av hva som er den mest praktiske løsningen for landet.
- 5. Behandlingsinntak
Formålet med dette spørsmålet er å samle inn informasjon om antall personer som får tilgang til rusbehandling. Informasjonen henviser til det samlede antallet personer som får tilgang til behandling i løpet av året, og om de får tilgang til tjenestene for første gang i livet. Definisjonen av behandlingsepisoder finnes i [TDI-protokollen, versjon 3.0](#) (første behandling i løpet av livet og første behandling i løpet av året) (EMCDDA, 2012). Hvis det ikke er mulig å skille mellom pasienter som inntas til behandling for første gang i livet, og pasienter som tidligere har vært i behandling, kan det samlede antallet pasienter rapporteres. Hvis det ikke er mulig å oppgi et nøyaktig tall, skal et omtrentlig tall oppgis og kilden til dette tallet (f.eks. sakkyndig uttalelse, klinisk database og sakkyndig uttalelse mv.) forklares.

- 6. Primærrusmiddel i behandlingsanmodninger
 Dette spørsmålet samler inn informasjon om antall og prosentandel av pasienter som har fått behandling i løpet av året, fordelt på det primærrusmiddelet de har fått behandling for. Når det gjelder definisjonen av primærrusmiddelet, skal den definisjonen som er rapportert i TDI-protokollen, versjon 3.0, brukes.
- 7. Mer informasjon om tjenester/tiltak
 Formålet med denne gruppen spørsmål er å samle inn opplysninger om særtrekkene ved utvalgte tiltak som er rapportert i spørsmål 4. Hopp over eventuelle tiltak som du har angitt som ikke tilgjengelige.
- 7a. Helsekontroll
 Dette spørsmålet handler om hvordan helsekontrollen foregår (tilbudt/frivillig mv.), hvem som utfører kontrollen, og hva slags problemer som undersøkes.
- 7b. Opioidagonistbehandling
 Dette spørsmålet samler inn informasjon om de mest brukte legemidlene i opioidagonistbehandling og kriteriene for å kunne få slik behandling.
- 7c. Testing for infeksjonssykdommer
 Dette spørsmålet ber om informasjon om hvordan tester for infeksjonssykdommer som HIV, HBV og HCV blir utført.
- 7d. Utdeling av kondomer
 Dette spørsmålet handler om hvordan kondomer deles ut, og hvor mange kondomer som deles ut. Det henviser bare til kondomer som utdeles utenfor partnerbesøk.
- 7e. Kanyle- og sprøyteprogrammer
 Dette spørsmålet spør om de nærmere bestemmelsene for kanyle- og sprøyteutdeling og antall utdelte sprøyter.
- 7f. Tilgjengelighet av rusbehandling rettet mot bestemte befolkningsgrupper
 Formålet med dette spørsmålet er å samle inn informasjon om tilgjengeligheten av rusbehandlingstjenester for bestemte befolkningsgrupper.

Avsnitt 3 – Personalets kvalitet på tjenestene og opplæringen

Formålet med dette avsnittet er å beskrive omfanget av rusrelaterte tiltak og vurdere særtrekkene og omfanget av menneskelige ressurser som er avsatt til dem. Et spørsmål om årsaken til at det bes om tiltak, har som mål å gjøre det mulig å knytte de tjenestene som tilbys, til de problemene som er identifisert.

- 8. Bemanningskilder
 Formålet med dette spørsmålet er å forstå hvem som er de viktigste medarbeiderne som leverer tjenestene, og om fengsels- og helsepersonell er involvert. Målet er å forstå hvordan prosessen er organisert med interne og eksterne leverandører og deres forskjellige roller.
- 9. Bemanningskategorier og -typer
 Formålet med dette spørsmålet er å samle inn informasjon om typer og antall ansatte som er involvert i rusrelaterte tiltak, de menneskelige ressursene som er involvert, og hvem som er personalets arbeidsgiver. Frivillige og selvhjelpsgrupper er også tatt med: I så fall er informasjon om heltidsansatte og arbeidsgiver ikke relevant (IR).
- 10. Benyttede retningslinjer
 Dette spørsmålet fokuserer på kvalitetssikringsmekanismer og eksisterende retningslinjer for gjennomføring av legemiddelbehandling i fengsel for å sikre kvaliteten på tiltakene.
- 11. Kvalitetssikring
 Dette spørsmålet handler om hvordan kvaliteten på tiltakene overvåkes: internt, eksternt, gjennom regelmessige møter mv.
- 12. Opplæring
 Dette spørsmålet handler om tilgjengeligheten av opplæringsaktiviteter i fengselet.
- 13. Kildemateriale og dokumentasjon.
 Dette spørsmålet spør om dokumentasjon som kan være nyttig for bedre å forstå konteksten rundt tilbudet av rusrelaterte tiltak i fengsel. Det henvises til nasjonale eller lokale dokumenter,

herunder grå litteratur, retningslinjer, lovgivningsdokumenter mv. om kvalitetssikring og opplæring for gjennomføring av rusrelaterte tiltak i fengselet.

Avsnitt 4 – Rusmiddeltesting

Formålet med dette avsnittet er å samle inn informasjon om rusmiddeltesting. Rusmiddeltesting utføres i fengsler for forskjellige formål: rutinemessig kontroll, kontroll av smugling av illegale rusmidler, mistanke om rusmiddelbruk, etterlevelse av rusmiddelbehandling. Formålet med dette avsnittet er å forstå om og for hvilke formål rusmiddeltesting gjennomføres i fengselet.

- 14. Rusmiddeltesting – tilgjengelighet
Dette spørsmålet krever informasjon om tilnærmingen til rusmiddeltesting, om den er frivillig eller obligatorisk, og når testen utføres.
- 15. Rusmiddeltesting i referanseperioden
Dette spørsmålet gjelder antall personer som er testet for narkotika og antall positive resultater for utvalgte stoffer.
- 16. Konsekvenser av positive rusmiddeltester
Det siste spørsmålet søker informasjon om konsekvensene av et positivt resultat av rusmiddeltesting hvis testen ikke er utført i forbindelse med rusbehandling.

Operasjonelle definisjoner av rusmiddelrelaterte tiltak

I dette avsnittet er det gitt operasjonelle definisjoner for de forskjellige typene tiltak. I de fleste tilfeller er referansene for disse definisjonene hentet fra EUDA-publikasjonene: Prison and drugs Insights (EMCDDA, 2022) og Health and social responses guide (EMCDDA, 2017).

Selv om EFSQ-P ikke inneholder et generelt spørsmål om rusbehandling, finnes det henvisninger til rusbehandling gjennom hele spørreskjemaet. En generell definisjon av legemiddelbehandling finnes i TDI-protokollen versjon 3.0, der det er definert som enhver aktivitet som retter seg mot personer som har problemer med sin rusmiddelbruk og har som mål å oppnå definerte mål med hensyn til lindring og/eller eliminering av disse problemene, levert av erfarne eller akkrediterte fagfolk, innenfor rammen av anerkjent medisinsk, psykologisk eller sosialhjelpsfaglig praksis (EMCDDA, 2012).

Helsekontroll

En helsekontroll og vurdering av rusmiddelbruk og relaterte problemer gjennomføres innen 48 timer etter ankomst til fengselet. Dette er en kjerne- og standardpraksis innen fengselshelsetjenester når folk kommer i fengsel. Den består av en medisinsk og psykologisk undersøkelse. Målet med dette tiltaket er å diagnostisere fysiske eller psykiske lidelser, gi nødvendig behandling og sikre videreføring av medisinsk behandling i samfunnet. Helsekontrollen bør omfatte en vurdering av forekomsten av abstinenssymptomer fra bruk av illegale rusmidler, alkohol eller legemidler ⁽¹⁾. Det omfatter vanligvis legekontroll, vurdering av rusmiddelbruk og rusrelaterte problemer, vurdering av psykiske helseproblemer samt andre særskilte tester, for eksempel for kjønnsbasert vold, seksuell helse og graviditet.

Avrusning

Farmakologiske eller rusfrie tiltak mot abstinenser som følge av opphør av bruk av psykoaktive stoffer, utført etter medisinsk vurdering av abstinenssymptomer. Avrusning kan være tilgjengelig ved ankomst til fengselet etter helsekontrollen, og på andre tidspunkt senere i fengselsoppholdet. De fleste europeiske land tilbyr avrusning med farmakologiske tiltak i fengsel, hovedsakelig med metadon eller buprenorfin, selv om det i noen land brukes andre opioider eller andre uspesifiserte ikke-opioide midler. Detaljene om avrusningsbehandling (krav, varighet, former) varierer fra land til land. Ved farmakologisk behandling av misbruksrelaterte lidelser brukes det legemidler til å redusere intensiteten av abstinenssymptomer, redusere rusbehovet og redusere sannsynligheten for bruk eller tilbakefall for bestemte rusmidler ved å blokkere virkningen av dem.

Rådgivning om rusrelaterte problemer

Atferdsmessige og psykososiale tiltak, gitt individuelt eller i grupper, for å håndtere de psykologiske og sosiale aspektene ved rusmiddelbruk. Rådgivning kan omfatte korte tiltak, strukturerte psykologiske behandlinger, motivasjonstiltak, beredskapsplanlegging og atferdsterapi. Rådgivning brukes ofte i forbindelse med farmakologiske tiltak ⁽²⁾.

Rådgivning ved rusproblemer kan omfatte individuell rådgivning eller grupperådgivning.

Individuelle rådgivningstiltak omfatter behovsvurdering og behandlingsplanlegging, psykologisk rådgivning, krisetiltak, motivasjonsprogrammer, korte tiltak, tilbakefallsforebygging og skadereduksjon. Blant de vanligste rådgivnings- og behandlingsmetodene som brukes i europeiske land, er motiverende samtaler, kognitiv atferdsterapi og sosio-pedagogiske tiltak (f.eks. opplæring i sosiale ferdigheter).

Grupperådgivningstiltak omfatter opplæring, informasjon og gruppeterapi. De tilnærmingene som brukes, kan omfatte kognitiv atferdsterapi (CBT) (American Psychological Association, 2017) og 12-

(1) Tilpasset fra EMCDDA, 2022.

(2) Tilpasset fra EMCDDA, 2017.

trinns programmer, som kan utfylle individuelle tiltak. De fleste land tilbyr grupperådgivning som i stor grad er basert på en avholdenhetsorientert tilnærming. Gruppene bruker psykososiale teknikker, blant annet motivasjonsterapi, opplæring i mestring / sosiale ferdigheter, opplæring i atferdsmessig selvkontroll, gjensidig hjelp, livsferdigheter og familiearbeid, med det mål å takle problemer som angst, stress, lav selvfølelse, konfliktløsning, sosiale ferdigheter og problematiske familieforhold.

Støtte mellom likepersoner

Tiltak levert av likepersoner som tar sikte på å forbedre helsen og redusere risikofaktorer. Det er identifisert forskjellige former for likepersonaktiviteter, blant annet likepersonopplæring, likepersonstøtte, likepersonveiledning og brobyggerroller (South et al., 2017).

Døgnbasert rusbehandling

Rusrelaterte tiltak som tilbys i fengsler i separate enheter, fløyer eller deler av fløyer for personer med rusrelaterte problemer. Denne kategorien kan omfatte rusfrie enheter, med eller uten behandlingskomponenter, og terapeutiske fellesskap. I rusfrie enheter med behandlingskomponenter og terapeutiske fellesskap i fengsler gjennomgår personer med rusproblemer behandling gjennom forskjellige typer aktiviteter som tar sikte på å løse rusproblemene deres.

Rusfrie enheter

Rusfrie enheter er soningsområder i fengsler som har som mål å være fri for rusmidler, der personer som ikke bruker rusmidler, og som ikke ønsker å bruke det, kan sone i et rusfritt miljø under fengselsoppholdet. De som soner i disse enhetene, forplikter seg til ikke å bruke rusmidler og kan signere en kontrakt om å gjennomgå regelmessige urinprøver for å dokumentere avholdenhet. De som samtykker i å oppholde seg i en rusfri sone, får vanligvis særlige rettigheter (f.eks. mer tid utenfor cellen, besøk utenfra mv.), avhengig av fengsel, land eller regime .

Som angitt ovenfor finnes det to typer rusfrie enheter: enheter med behandlingskomponenter og enheter uten.

I *rusfrie enheter med behandlingskomponenter* tilbys folk støtte hvis de ønsker å slutte med all form for rusmiddelbruk. Folk kan bli rutinemessig testet, delta på regelmessige og ofte intensive rådgivningsprogrammer og gruppeaktiviteter, som kan omfatte kognitive atferdsprogrammer. Disse enhetene fokuserer på å få slutt på rusmiddelbruk under soningen, og kan også tilby ettervernstjenester når de innsatte løslates.

I rusfrie enheter uten behandlingskomponenter kan det bli utført urinprøver regelmessig.

Gjennomføringen og definisjonen av rusfri med eller uten behandlingskomponenter varierer sterkt mellom landene, og det er ikke mulig å gi en harmonisert europeisk definisjon.

Terapeutiske samfunn

Terapeutiske fellesskap i fengsler kan være særlige enheter atskilt fra hoveddelen av fengselet eller bestemte fløyer eller deler av fengselet. De tilbyr strukturerte programmer, deriblant helsetjenester samt psykologiske og sosiale tjenester, for å hjelpe personer med å tilbakeføres til samfunnet og opprettholde kontrollen over rusvanene sine når de løslates fra fengsel. De kan også tilby farmakologisk behandling.

Opioidagonistbehandling (unntatt opioidagonistbehandling med avrusning som formål)

Opioidagonistbehandling er en farmakologisk behandling som behandler opioidrelaterte lidelser ved bruk av metadon eller buprenorfin, men andre stoffer kan også brukes. Opioidagonistbehandling er den vanligste og mest effektive behandlingen for opioidrelaterte lidelser. Dette farmakologiske tiltaket involverer vanligvis metadon eller buprenorfin. For personer som ikke responderer på behandling med metadon eller buprenorfin, kan heroinassistert behandling være et alternativ.

Opioidagonistbehandling kan enten fortsette fra samfunnet eller startes i fengselet, og det kan fortsette etter løslatelse og tilbakeføring til samfunnet.

Når opioidagonistbehandling er tilgjengelig i fengselet, kan behandlingen fortsette i fengselet for personer som startet den ute i samfunnet. Kontinuitet i behandlingen ved ankomst og løslatelse fra fengsel er et kritisk spørsmål for personer som er i opioidagonistbehandling, fordi det er høy risiko for overdose og overføring av hepatitt C når behandlingen avbrytes. I noen land er det mulig å gjenoppta opioidagonistbehandling før dommen er sonet for å redusere risikoen for overdose ved løslatelse. De stoffene som oftest brukes i opioidagonistbehandling i fengsel, ligner på dem som brukes i samfunnet i hvert land, hovedsakelig metadon, buprenorfin mv. (EMCDDA, 2021).

Tiltak mot infeksjonssykdommer

Tiltak for å forebygge og behandle rusrelaterte infeksjonssykdommer, blant annet HIV, hepatitt B, hepatitt C og tuberkulose. Hepatitt C er en leversykdom forårsaket av infeksjon med hepatitt C-viruset (HCV).

Sprøytebruk utgjør en betydelig andel av befolkningen som lever med blodbårne infeksjoner, særlig HIV og HCV. Dette avsnittet handler om alle tiltak som har til formål å forebygge eller behandle rusrelaterte infeksjonssykdommer, som HIV og hepatitt B og C.

Testing for HIV, HBV, HCV og tuberkulose

Rutinemessig frivillig og konfidensiell testing med informert samtykke for HIV, HCV og andre infeksjoner, herunder tuberkulose og HBV for uvaksinerte personer, kan tilbys i fengsler. I flere land er testing for infeksjonssykdommer knyttet til henvisning til behandling og kan omfatte rådgivning før og etter testen.

Under den medisinske vurderingen ved ankomsten til fengselet kan det bli utført en røntgenundersøkelse for å teste for tuberkulose. ECDCs veiledning antyder at tidlig påvisning av tuberkulose kan følges opp med forebyggende tiltak, for eksempel isolering av pasienten i smitteperioden for å redusere risikoen for luftbårne infeksjonssykdommer i lukkede omgivelser (ECDC/EMCDDA, 2018).

Hepatitt B-vaksinasjon

Fengsler kan tilby vaksinasjon mot hepatitt B for sårbare personer som er uvaksinerte. Fengsel kan være et egnet sted for å øke vaksinedekningen blant utsatte og sosialt marginaliserte grupper og for å målrette innsatsen mot bestemte grupper med høyere risiko, for eksempel sprøytebrukere.

BCG-vaksinasjon for tuberkulose

Tuberkulosevaksinering er et svært relevant tiltak på grunn av forekomsten av tuberkulose i fengsler, og risikoen for å spre infeksjonen på grunn av fengselsopphold.

Antiretroviral behandling for HIV

Behandling av HIV og AIDS med høyeffektiv antiretroviral terapi (HAART) er vitenskapelig evaluert og har vist seg å være effektiv når det gjelder å undertrykke HIV-virusmengden, bevare immunfunksjonen, forbedre livskvaliteten og redusere HIV-relatert dødelighet og sykkelighet. Etter at HAART ble tatt i bruk, er HIV gått fra å være en livstruende til å bli en behandlingsbar, kronisk sykdom (Stöver et al., 2008).

Behandling av hepatitt C med DAA

WHO anbefaler behandling med pan-genotypiske direktevirkende antivirale midler (DAA) for alle voksne, ungdommer og barn ned til 3 år med kronisk hepatitt C-infeksjon. Den korte, orale, kurative DAA-behandlingen har få eller ingen bivirkninger. DAA-er kan kurere de fleste personer med HCV-infeksjon, og behandlingsvarigheten er kort (vanligvis 12 til 24 uker), avhengig av om det foreligger skrumpelver eller ikke (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>).

Behandling av hepatitt B

Kronisk hepatitt B-infeksjon kan behandles med legemidler, deriblant orale antivirale midler. Behandling kan bremse utviklingen av skrumplever, redusere forekomsten av leverkreft og forbedre langtidsoverlevelsen. WHO anbefaler bruk av orale behandlinger (tenofovir eller entecavir) som de mest potente legemidlene for å undertrykke hepatitt B-viruset. De fleste som starter behandling for hepatitt B, må fortsette behandlingen resten av livet (WHO, 2024).

Tuberkulosebehandling

Det er viktig å fullføre behandlingen for å kurere pasientene og hindre smitte. Tuberkulosebehandling innebærer å ta en kombinasjon av legemidler i flere måneder. Behandlingen gir ofte bivirkninger og kan være kostbar. Ikke fullført behandling eller manglende overholdelse av den foreskrevne behandlingen er problematisk, siden det kan føre til legemiddelresistens. Tuberkulosepasienter har ofte vanskeligheter med å følge behandlingen og trenger derfor pasientfokusert støtte for å kunne gjennomføre hele behandlingsforløpet (ECDC, 2018).

HIV-profylakse

Profylakse før eksponering (PrEP) er en strategi basert på antiretroviral terapi for å forebygge eller i det minste redusere risikoen for HIV-smitte hos voksne som ikke er smittet med viruset, men som har høy risiko for smitte. Bruk av antiretrovirale legemidler for PrEP er godkjent i EU. Som et ekstra forebyggende tiltak har det potensial til å redusere HIV-smitte og bidra til å reversere økningen i nye smittetilfeller i Europa (ECDC, 2024).

HIV/HCV/HBV-rådgivning

Rådgivning knyttet til testing for infeksjonssykdommer kan omfatte rådgivning før og etter testen samt helseråd for å legge til rette for testing, forebygge reinfeksjoner og fremme sunn atferd.

Skadereduserende tiltak

Tiltak som tar sikte på å redusere helsemessige og sosiale skadevirkninger av rusmiddelbruk for enkeltpersoner, i dette tilfellet i fengselsmiljøer. Skadereduksjonstiltak er basert på et kjerneprinsipp: utvikling av pragmatiske tiltak for å håndtere rusmiddelbruk gjennom et hierarki av tiltaks mål som først og fremst legger vekt på å redusere helserelaterte skader ved fortsatt rusmiddelbruk (EMCDDA, 2010).

Kanyle- og sprøyteprogrammer

Kanyle- og sprøyteprogrammer gir sprøytebrukere sterilt injeksjonsutstyr for å hindre overføring av blodbårne infeksjoner.

Desinfeksjonstabletter/blekemidler

Desinfeksjonsmidler til rengjøring av utstyr til rusmiddelbruk kan deles ut for å redusere risikoen for overføring av infeksjonssykdommer blant personer som deler slikt utstyr.

Utdeling av annet sterilt materiale

Tilgang til annet injeksjonsutstyr enn nåler, for eksempel gratis tilgang til injeksjonsutstyr, som en del av en tilnærming med flere komponenter som omfatter skadereduksjon, rådgivning og behandlingsprogrammer.

Utdeling av kondomer

Formålet med programmer for utdeling av kondomer i fengsler er å forebygge seksuelt overførbare sykdommer. I fengsler bør kondomer være lett og diskret tilgjengelige. Utdelingen kan utføres av helsepersonell, utdelingsautomater, opplærte kollegaer eller gjennom en kombinasjon av disse metodene. Hvert fengsel skal avgjøre hvordan kondomer best kan gjøres tilgjengelige for å sikre enkel og diskret tilgang. Konsekvent og korrekt bruk av kondomer for menn kan redusere seksuell overføring av HIV og andre seksuelt overførbare infeksjoner med opptil 94 %.

Utdeling av glidemidler

Glidemidler bidrar til å hindre at kondomer sprekker eller glir av. Derfor er utdeling av glidemidler i fengselet et viktig tiltak for å redusere skadevirkningene, sikre effektiv bruk av kondomer og dermed hindre spredning av kjønnssykdommer blant fengselsbefolkningen.

Opplæring i tryggere sprøytebruk

Formålet med opplæring i tryggere injeksjon er å øke bevisstheten om risikoen ved sprøytebruk, og det gir informasjon om hvordan man skal håndtere risikoen knyttet til injeksjonsutstyr (f.eks. bruk av rent, nytt utstyr, utstyr som er egnet for de blodårene som skal brukes) injeksjonsprosedyrer (f.eks. rengjøring av hender og injeksjonsområdet, valg av egnet blodåre, injeksjonsteknikk), involverte stoffer (f.eks. finne en trygg balanse mellom mengdene av de forskjellige stoffene som brukes) og kontekst (f.eks. selvinjeksjon versus injeksjon utført av andre, tilstedeværelse av andre, trygghet i omgivelsene).

Trygg tatovering (opplæring og utdanning)

Formålet med trygge tatoveringsprogrammer i fengsel er å forebygge overføring av infeksjonssykdommer. Noen fengsler rapporterer om at informasjonstiltak om risikoen ved tatovering og piercing er tilgjengelige. Foreløpig er det bare Luxembourg som rapporterer om strukturerte, trygge tatoveringsprogrammer i fengsel, som har som mål å tilby et tryggere alternativ til hemmelig tatovering. Disse programmene tilbyr en tatoveringssalong der utdannede tatovører kan tilby gratis tatoveringer ved hjelp av sikre tatoveringsmaterialer og -standarder.

Rusrelaterte tiltak som forberedelse til løslatelse

Tiltak som forberedelse til løslatelse fra fengsel, herunder tiltak som omhandler tilbakeføring til samfunnet, forebygging av overdoser og infeksjonssykdommer samt kopling til og samarbeid med ekstern omsorg.

Tiltak som tilbys som forberedelse til løslatelse kan være rettet mot tilbakeføring til samfunnet (herunder bolig, opplæring og sysselsetting), forebygging av tilbakefall til rusmiddelbruk etter løslatelse, forebygging av overdoser og overdosedødsfall, forebygging av infeksjonssykdommer samt kopling til ekstern omsorg, med sikte på å sikre en enklere overgang til behandling i samfunnet og godt samarbeid mellom tjenester som opererer i fengselet og helse- og sosialtjenester i samfunnet.

Følgende tiltak som forberedelse til løslatelse er inkludert.

1. Tilbakeføring til samfunnet, herunder bolig og sysselsetting.
Formålet med slike tiltak er å støtte og legge til rette for tilbakeføring til samfunnet av personer etter løslatelse, med tiltak som tar hånd om problemstillinger knyttet til bolig og sysselsetting.
2. Utdanning/yrkesopplæring.
Formålet med disse tiltakene er å støtte og legge til rette for tilbakeføring til samfunnet av personer etter løslatelse fra fengsel, med fokus på utdanning og yrkesopplæring for å øke mulighetene de har til å finne arbeid.
3. Overdoseforebygging/-rådgivning.
Effektiv kommunikasjon med brukerne kan fungere som en katalysator for å redusere skader, siden mange som bruker rusmidler, undervurderer eller ikke er klar over overdoserisikoen. Ideelt sett bør tiltak for forebygging av overdoser, opplæring og rådgivning rutinemessig tilbys av utdannede fagpersoner i helse- og primærhelsetjenesten, deriblant skadereduserende tjenester. Mens forebygging av overdoser har som mål å redusere risikoen for overdoser blant personer som løslates fra fengsel, omfatter rådgivning om overdoser også opplærings- og rådgivningstiltak som kan være rettet mot personer som allerede har opplevd en overdose. Screening av opioidbrukere for overdoserisiko kan redusere den samlede dødeligheten, mens vurderinger av overdoserisiko kan gi tidlig identifisering av svært utsatte personer.
4. Naloksonutdeling og -opplæring.
Nalokson er en opioidantagonist som brukes av ambulanspersonell og i akuttmottak på sykehus

for å reversere virkningen av opioidoverdoser (EMCDDA, 2016) I tillegg kan man redusere antall overdosedødsfall som følge av opioider ved å lære opp rusbrukere og andre som kan bli vitne til overdoser, for eksempel familiemedlemmer og fengselsansatte, i hvordan man gjenkjenner og håndterer overdoser, kombinert med utdeling av nalokson. Personer som får opplæring i forebygging av overdoser og lærer hvordan de skal administrere nalokson på en sikker og effektiv måte til andre, kan redde livet til personer som tar overdose i deres nærvær. Ny kunnskap om effekten av nalokson ved intranasal administrering er lovende og kan gjøre det lettere for et bredere spekter av mennesker å bruke det i framtiden.

5. Henvisninger til eksterne rusbehandlingstjenester
Formålet med dette tiltaket er å sikre kontinuitet i behandlingen mellom helsetjenesteleverandører i fengselet og i samfunnet, både i overgangen mellom samfunnet og fengselet (ankomst til fengselet) og i overgangen mellom fengselet og samfunnet (løslatelse fra fengselet).
6. Kopling til opioidagonistbehandling i samfunnet (om nødvendig)
Formålet med dette tiltaket er å sikre overføring av informasjon og kontinuitet i opioidagonistbehandling mellom fengselet og samfunnet, både i overgangen mellom samfunnet og fengselet (ved ankomst til fengselet) og i overgangen mellom fengselet og samfunnet (ved løslatelse fra fengselet).
7. Kopling til HIV-behandling ved løslatelse (om nødvendig)
Formålet med dette tiltaket er å sikre overføring av informasjon og kontinuitet i HIV-behandlingen mellom helsetjenesteleverandører i fengselet og i samfunnet, både i overgangen mellom samfunnet og fengselet (ved ankomst til fengselet) og i overgangen mellom fengselet og samfunnet (ved løslatelse fra fengselet).
8. Kopling til HCV-behandling ved løslatelse (om nødvendig)
Formålet med dette tiltaket er å sikre overføring av informasjon og kontinuitet i HCV-behandlingen mellom helsetjenesteleverandører i fengselet og i samfunnet, både i overgangen mellom samfunnet og fengselet (ved ankomst til fengselet) og i overgangen mellom fengselet og samfunnet (ved løslatelse fra fengselet).
9. Kopling til behandling av andre infeksjonssykdommer (f.eks. tuberkulose, hepatitt B) (om nødvendig)
Formålet med dette tiltaket er å sikre overføring av informasjon og kontinuitet i behandlingen av andre infeksjonssykdommer (f.eks. tuberkulose, hepatitt B) mellom fengselet og helsetjenesteleverandører i samfunnet. Dette gjelder overføring og kontinuitet i behandlingen mellom helsetjenesteleverandører i fengselet og samfunnet, særlig i fasen etter løslatelse fra fengselet.
10. Henvisninger til eksterne helsetjenester for andre helserelaterte problemer (ikke rusrelaterte)
Formålet med dette tiltaket er å sikre henvisning til eksterne helsetjenester for behandling av andre helserelaterte problemer som ikke er nevnt ovenfor. Dette gjelder overføring og kontinuitet i behandlingen mellom helsetjenesteleverandører i fengselet og samfunnet, særlig i fasen etter løslatelse fra fengselet.
11. Henvisninger til eksterne sosialtjenester
Formålet med disse tiltakene er å sikre henvisning til eksterne sosialtjenester som forberedelse til løslatelse fra fengsel. Disse tiltakene har vanligvis som mål å støtte og legge til rette for tilbakeføring til samfunnet av personene etter at de er løslatt fra fengsel.

Rusrelaterte tiltak rettet mot bestemte befolkningsgrupper

Tiltak rettet mot befolkningsgrupper som er særlig sårbare i fengselssammenheng og mulige målgrupper for særskilte tiltak, herunder kvinner, utenlandske statsborgere og LGBTQI+.

Vedlegg

FNs ISO-koder for land

Land	Alfa-2-kode	Alpha-3-kode	Tallverdier iht. ISO 3166-1
Albania	AL	ALB	008
Armenia	AM	ARM	051
Aserbajdsjan	AZ	AZE	031
Hviterusland	BY	BLR	112
Belgia	BE	BEL	056
Bosnia-Hercegovina	BA	BIH	070
Bulgaria	BG	BGR	100
Kroatia	HR	HRV	191
Kypros	CY	CYP	196
Tsjekkia	CZ	CZE	203
Danmark	DK	DNK	208
Estland	EE	EST	233
Finland	FI	FIN	246
Frankrike	FR	FRA	250
Georgia	GE	GEO	268
Tyskland	DE	DEU	276
Hellas	GR	GRC	300
Ungarn	HU	HUN	348
Island	IS	ISL	352
Irland	IE	IRL	372
Italia	IT	ITA	380
Kasakhstan	KZ	KAZ	398
Latvia	LV	LVA	428
Litauen	LT	LTU	440
Luxembourg	LU	LUX	442
Nord-Makedonia	MK	MKD	807
Malta	MT	MLT	470
Montenegro	ME	MNE	499
Nederland	NL	NLD	528

Norge	NO	NOR	578
Polen	PL	POL	616
Portugal	PT	PRT	620
Romania	RO	ROU	642
Russland	RU	RUS	643
Serbia	RS	SRB	688
Slovakia	SK	SVK	703
Slovenia	SI	SVN	705
Spania	ES	ESP	724
Sverige	SE	SWE	752
Sveits	CH	CHE	756
Tyrkia	TR	TUR	792
Ukraina	UA	UKR	804

Mendeley-referanser – [skal fjernes]

Referanser

Aebi, M., Tiago, M. and Burkhardt, C. (2014), *SPACE I — Council of Europe annual penal statistics: prison populations, Survey 2014*, Europarådet, Strasbourg.

Referanser [i sluttnote]

American Psychological Association (2017), *What is cognitive behavioral therapy?*, <https://www.apa.org/ptsd-guideline/patients-and-families/cognitive-behavioral>.

Carpentier, C., Royuela, L., Noor, A. and Hedrich, D. (2012), 'Ten years of monitoring illicit drug use in prison populations in europe: issues and challenges', *The Howard Journal of Criminal Justice* 51, pp. 37-66.

European Centre for Disease Prevention and Control (2018), *Facts about tuberculosis*, <https://www.ecdc.europa.eu/en/tuberculosis/facts>.

European Centre for Disease Prevention and Control (2024), *Prevention and treatment for HIV infection and AIDS*, <https://www.ecdc.europa.eu/en/infectious-disease-topics/hiv-infection-and-aids/prevention-and-treatment-hiv-infection-and-aids>.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2010), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, Publications Office of the European Union, Luxembourg, doi:10.2810/29497.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2012), *Treatment demand indicator standard protocol 3.0*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon, https://www.euda.europa.eu/publications/manuals/tdi-protocol-3.0_en.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2013), 'EMCDDA contribution towards a methodological framework for monitoring drugs and prison in Europe', The Council of the European Union, Brussels, https://www.euda.europa.eu/drugs-library/emcdda-contribution-towards-methodological-framework-monitoring-drugs-and-prison-europe_en.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2016), *Preventing opioid overdose deaths with take-home naloxone*, Publications Office of the European Union, Luxembourg, doi:10.2810/357062.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2017), *Health and social responses to drug use: a European guide*, Publications Office of the European Union, Luxembourg, doi:10.2810/244934.

European Centre for Disease Prevention and Control, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Public health guidance on prevention and control of blood-borne viruses in prison settings. Stockholm: ECDC and EMCDDA; 2018

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2022), *Prison and drugs in Europe: current and future challenges*, Publications Office of the European Union, Luxembourg doi:10.2810/420042.

Stöver, H., Weilandt, C., Zurhold, H., Hartwig, C. and Thane, K. (2008), 'Final report on prevention, treatment, and harm reduction services in prison, on reintegration services on release from prison and methods to monitor/analyse drug use among prisoners', https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_frep1.pdf.

Tavoschi, L., O'Moore, E. and Hedrich, D. (2018), 'European evidence-based guidance on prevention and control of blood-borne viruses in prison settings', *European Journal of Public Health* 28(suppl_4), p. 68, doi:10.1093/eurpub/cky213.502.

World Health Organization (2024), *Hepatitis B, fact-sheets*, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>.