

Innsattes forslag til å forebygge isolasjon i sikkerhetscelle

Innsatte i fengsler har høy forekomst av psykiske lidelser. Isolasjon i sikkerhetscelle er en alvorlig psykisk belastning. Hvordan forebygge bruk av dette tvangsmiddelet?

TEKST

Jan Stang

Bjørn Østberg

PUBLISERT 1. januar 2006

ABSTRACT:

Prevention of solitary confinement in Norwegian security detention centers

In order to prevent self-mutilation, injury to others, damage to property, and disruptive behaviour, prisoners can forcibly be moved to solitary confinement. Studies have shown that this causes high rates of prisoner stress. In this article the authors ask prisoners how the use of solitary confinement can be reduced. A questionnaire was distributed to 30 prisoners in Oslo Prison. The prisoners state that more work, additional leisure activities, increased interaction with prison officers, minimal use of solitary confinement as punishment, and easily available mental health services are ways in which this problem can be solved. The authors discuss these suggestions linking them to legislation, financial limitations and the delivery of mental health services in prisons.

EMNER

helsepersonell

innsatte

sikkerhetscelle

Studien bygger på «En undersøkelse av innsatte i Oslo fengsel som overføres til sikkerhetscelle, en sammenlikning med to andre grupper innsatte», Prosjektrapport 2002, Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helseregion Øst og Helseregion Sør, Ullevål universitetssykehus, Klinikk for psykiatri. Vi takker våre forskningsveiledere, Per Vaglum og Stål Bjørkly, og direktør Are Høidal, Oslo fengsel, for all bistand.

Innsatte i fengsel er en belastet gruppe hva gjelder psykiske lidelser og personlighetsforstyrrelser. Fazel og Danesh (2000) har gjort en systematisk gjennomgang av 62 studier fra hele verden. De fant at forekomsten av alvorlige psykiske lidelser blant innsatte var langt hyppigere enn i befolkningen for øvrig. Rasmussen, Almvik og Levander (2001) har undersøkt innsatte ved Tunga fengsel i Trondheim. De fant at 53 % hadde personlighetsforstyrrelser, 30 % ADHD-diagnose og at mer enn 40 %

hadde lese- og skrivevansker. Gamman og Linaker (2000) har vist at ca. 20 % av de innsatte ved Kristiansand kretsfengsel hadde en behandlingstrengende psykisk lidelse.

Noen studier har undersøkt effekten av isolasjon: Ruff og Thaler (1961) sier at nedsatt stimulering av menneskets sanser kan endre dets atferd og medføre stemningssvingninger, forstyrrelse av sanseinntrykkene og tenkningen. Krigsfanger i isolasjon og varetektsinnsatte som er pålagt langvarig isolasjon, kan utvikle sansebedrag og bisarr atferd. Gamman (1995) gjorde en klinisk studie av to grupper varetektsinnsatte ved Kristiansand kretsfengsel. Den ene gruppen hadde brev- og besøkforbud, det vil si streng isolasjon, mens den andre gruppen var i en vanlig varetektsituasjon. Ingen av dem som hadde brev og besøkforbud, ble psykotiske under isolasjonen, men flere utviklet plager av hallusinogen karakter, uten at det kom til realitetsbrist. De isolerte hadde mer plager av både psykisk og somatisk karakter, og det så ut til at isolasjonen økte behovet for behandling og innleggelse i sykehus. Grassin (1983) og Andersen et al. (2000) beskriver også negative psykiske reaksjoner hos mennesker som underkastes isolasjon.

Walters, Callagan og Newman (1963) har sammenliknet to grupper langtidsfanger. Den ene gruppen var isolert i fire døgn, den andre var i vanlig fangesituasjon uten isolasjon. De fant noe overvekt av angstopplevelser og redusert verbal aktivitet blant de isolerte, men ingen alvorlig psykopatologi. De antyder at den skadelige virkningen av sosial isolasjon er for sterkt fremhevet. Etter vårt syn er angst og redusert verbal aktivitet alvorlige symptomer etter fire dagers isolasjon.

Et søk i databasene Medline og PsychInfo med søkeordene *prisoners, psychiatry and preventing solitary confinement* ga ingen treff når det gjelder studier der man spesifikt har bedt innsatte om å foreslå forebyggende tiltak mot utagering og bruk av sikkerhetscelle.

Oslo fengsel

Oslo fengsel har 370 plasser for domfelte og varetektsinnsatte menn. I alt 1600–1800 fengsles per år, hvorav ca. 70 % går til varetekt. Mellom 30 og 35 innsatte blir overført til sikkerhetscelle. Fengselet har en allmennhelsetjeneste med 2,2 legeårsverk, 12 sykepleierårsverk og seks hjelpepleierårsverk. Psykiatrisk helsetjeneste (psykiatrisk fagteam) har ett årsverk for psykiater og to årsverk for henholdsvis psykologer og psykiatriske sykepleiere. Allmennhelsetjenesten henviser innsatte til psykiatrisk fagteam.

I lov om gjennomføring av straff mv. (2001) heter det at straffen skal gjennomføres på en måte som tar hensyn til formålet med straffen, som motvirker nye straffbare handlinger, som er betryggende for samfunnet, og som innenfor disse rammer sikrer de innsatte tilfredsstillende forhold. Ved varetektsfengsling skal kriminalomsorgen legge forholdene til rette for å avhjelpe negative virkninger av isolasjon.

Sikkerhetscelle er et tvangsmiddel som er regulert i lov om gjennomføring av straff mv. (2001). I Oslo fengsel overføres hvert år fanger fra vanlig fengselscelle til isolasjon i

sikkerhetscelle på grunn av fysisk angrep på eller annen utagering mot en person, trusler om eller utført selvskading, skadeverk på cellen, påtenning av brennbart materiale eller annet. I henhold til reglementet skal legen varsles omgående ved innsetting av fanger i sikkerhetscelle. Ved alvorlige tilstander blir de søkt innlagt i institusjon innen psykisk helsevern, eller gitt tett oppfølging fra helsetjenesten og betjenter i fengselet.

Med bakgrunn i de manglende funnene i litteratursøket vårt er hovedproblemstillingen i denne undersøkelsen: Hvilke forslag har de innsatte selv til å forebygge isolasjon i sikkerhetscelle?

Metode

Materialet bygger på en undersøkelse ved Stang, Moe og Teigset (2002) av innsatte menn i Oslo fengsel som ble overført til sikkerhetscelle i løpet av 16 måneder. I alt 33 menn ble overført. Tre motsatte seg å delta, slik at studien omfattet 30 innsatte. Samtlige 30 hadde avgitt skriftlig samtykke til å delta i undersøkelsen som var godkjent av den regionale komité for medisinsk forskningsetikk.

De innsattes gjennomsnittsalder var 32,8 år. Omtrent halvparten hadde ufullstendig grunnskole og manglet bolig. Atten fikk sosial stønad, mens seks var uføretrygdet. Seks hadde opplevd vold i hjemmet, åtte rus i hjemmet, seks hadde vært i barnehjem og åtte hadde opplevd skilsmisse i barndommen. Hele 76 % hadde rusproblemer.

Gjennomsnittsalder ved første gangs bruk av cannabis og alkohol var 13,5 år, 17 år for amfetamin og 18,5 år for heroin. Gjennomsnittlig varighet av misbruk for cannabis var 17 år, 13,4 år for amfetamin og 9,3 år for heroin. Tre firedeler var tidligere dømt for flere kriminelle forhold: 21 av 30 var tidligere dømt for vinningsforbrytelser, 18 for vold av forskjellig type, 14 for narkotikasalg/besittelse og 17 av de 30 var dømt for flere forhold. Det var klar sammenheng mellom vold og opphold i sikkerhetscelle.

De fleste var pålagt gjentatte restriksjoner med varierende grad av utelukkelse fra fellesskapet. 16 av 30 var tidligere behandlet i institusjon innen psykisk helsevern. Diagnosene vises i Tabell 1.

Tabell 1. Diagnoser (ICD-10) - (N = 30; noen av de innsatte hadde flere diagnoser).

| | | |
|----------|---|----|
| F 10-F19 | Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer | 18 |
| F 60.0 | Paranoid personlighetsforstyrrelse | 1 |
| F 60.2 | Dyssosial personlighetsforstyrrelse | 17 |
| F 60.3 | Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse | 8 |
| F 60.8 | Andre spesifikke personlighetsforstyrrelser | 1 |
| F 20.0 | Paranoid schizofreni | 1 |

| | | |
|--------|------------------------------|---|
| F 22.0 | Paranoid psykose | 1 |
| F 90.0 | Hyperkinetiske forstyrrelser | 3 |
| F 43.1 | Posttraumatisk stresslidelse | 1 |
| F 65.4 | Pedofili | 1 |
| G 40. | Epilepsi | 1 |

Prosedyre

Alle deltakerne gjennomgikk et semistrukturert psykiatrisk intervju på om lag en time. Demografiske data og fengselsrelaterte data og opplysninger fra sykejournalene ble registrert før intervjuet startet. Opplysninger fra fengselsjournaler og hendelsesjournaler var tilgjengelige for forfatterne.

Under det semistrukturerte intervjuet spurte vi de innsatte om de kunne foreslå fem prioriterte forhold som kunne tenkes å lette fengselsoppholdet, og dermed forebygge utagering og overføring til sikkerhetscelle. Vi noterte deres svar under intervjuet, og laget så en tabell med 13 forslag som også hadde en åpen svarkategori (se Tabell 2).

Tabell 2. Hvordan kan isolasjon i sikkerhetscelle forebygges?

FORDELINGEN VISER ANTALL INNSATTE PER PRIORITERING (1-5) AV ALTERNATIVENE

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|----|
| 1. Tettere oppfølging fra psykiatrisk fagteam | 3 | 3 | 5 | 6 | 5 | 22 |
| 2. Tettere oppfølging fra kontaktbetjent | 5 | 7 | 0 | 5 | 2 | 19 |
| 3. Flere aktiviteter utenfor cella | 9 | 6 | 1 | 2 | 1 | 19 |
| 4. Mindre bruk av isolasjon som refselse | 1 | 3 | 7 | 3 | 0 | 14 |
| 5. Adekvat medikamentell behandling ved angst | 1 | 1 | 3 | 3 | 5 | 13 |
| 6. Økt bruk av B-preparater i kriser | 2 | 1 | 2 | 2 | 4 | 11 |
| 7. Raskere overføring til institusjon innen psykisk helsevern | 4 | 1 | 2 | 1 | 2 | 10 |
| 8. Tettere oppfølging fra primærhelsetjenesten | 1 | 3 | 1 | 0 | 3 | 8 |
| 9. Ofte telefonkontakt m. familie/venner | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 7 |
| 10. To timers lufting daglig | 0 | 1 | 3 | 0 | 2 | 6 |
| 11. Økt bruk av skjermet enhet (MASH) i kriser | 0 | 0 | 1 | 3 | 2 | 6 |

FORDELINGEN VISER ANTALL INNSATTE PER PRIORITERING (1-5) AV ALTERNATIVENE

| | | | | | | |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|------------|
| 12. Redusert tid på forbud | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 6 |
| 13. Utvidet tilbud av metadon og buprenorfin | 1 | 1 | 1 | 0 | 2 | 5 |
| 14. Annet | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 4 |
| Sum | 30 | 30 | 30 | 30 | 0 | 150 |

Resultater

Tretti menn hadde vært i sikkerhetscelle i gjennomsnitt 39,7 timer. Tyve innsatte hadde opphold på 20 timer eller mer, mens to hadde opphold på 175 timer. Tyve hadde tidligere vært innsatt i sikkerhetscelle. Atten forhold medførte flytting til sikkerhetscelle for å hindre skade på person, 21 forhold for å hindre betydelig skade på eiendom og 17 forhold for å hindre alvorlig forstyrrelse av sikkerheten i anstalten, dvs. det var flere forhold per innsatt. I tre tilfeller ble oppholdene registrert som frivillige, etter egen begjæring om omsorg. Innsatte i sikkerhetscelle var ilagt flere restriksjoner og hadde flere tidligere opphold i døgninstitusjoner innen psykisk helsevern enn innsatte som ikke hadde vært i sikkerhetscelle.

Diskusjon

Ifølge Ruff og Thaler (1961) er menneskets reaksjoner på isolasjon og sensorisk deprivasjon avhengig av flere faktorer: Omstendighetene ved isolasjonen, personlighet, type og mengde av sansepåvirkning, innsetting under tvang, kommunikasjon og aleneopplevelse, oppgaver og aktiviteter og tid og kontroll.

Isolasjon under tvang er mer belastende enn frivillig isolasjon. En person med god egofunksjon tåler bedre isolasjon enn en konfliktfylt person. Aktiviteter og oppgaveløsning har en god effekt på isolerte fanger. Forsøkspersoner som er kjent med varigheten av isolasjonen og som selv har kontroll over situasjonen, klarer seg bedre enn personer som ikke har slik kontroll.

Vår studie viste at de innsatte i sikkerhetscelle var psykisk belastet, isolert under tvang av ukjent varighet, og uten muligheter til aktiviteter eller løpende kommunikasjon.

Eksempler fra innsattes beskrivelser av deres tilstand før flytting til sikkerhetscelle:

- «De påstod at jeg var rusa, men det var feil. Det ble litt høylydt snakk, men jeg trua ingen.»
- «Jeg var urolig, fortvila og sinna fordi legen nekta meg Valium og Paralgin forte. Jeg ble tatt av flere betjenter.»
- «Jeg var sinna og redd og mista kontrollen – kutta meg i begge håndledd.»
- «Jeg var redd for å miste kontrollen – redd for å kutte meg eller skade andre. Ba om frivillig opphold på sikkerhetscelle.»

- «Det sprakk for meg, jeg satt på cella 23 timer i døgnet. Jeg var redd for en annen innsatt. Ba om flytting til et annet fengsel – fikk avslag.»
- «Jeg var redd for psykose, fæl angst, banka i døra, trengte kontakt med personale. Flere betjenter storma inn på cella og tok meg.»

De innsatte la særlig vekt på tettere oppfølging fra kontaktbetjent og psykiatrisk personale, flere aktiviteter utenfor cella og mindre bruk av isolasjon som forebyggende tiltak mot utagering.

Ti av 27 som hadde personlighetsforstyrrelser (F.60.0, F 60.2, F 60.3, F 60.8), foreslo tettere oppfølging fra psykiatrisk fagteam, mens 11 foreslo tettere oppfølging fra kontaktbetjent, som forebyggende tiltak. Åtte av 18 innsatte med diagnosen psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer (F.10–F 19), foreslo tettere oppfølging av psykiatrisk fagteam, mens syv foreslo tettere oppfølging fra kontaktbetjent. Mindre bruk av isolasjon som refselse ble foreslått av fem i hver av ovenstående diagnosegrupper.

I alt 12 av 27 innsatte med personlighetsforstyrrelser foreslo økt bruk av medikamenter (alternativ 5,6 og 13), som forebyggende tiltak, mens 13 av 18 med diagnose psykiske lidelser og atferdsforstyrrelse som skyldes bruk av psykoaktive stoffer (F.10–19), foreslo det samme.

Rus er et betydelig tema både blant innsatte og ansatte i Oslo fengsel. Femten innsatte hadde både diagnosene personlighetsforstyrrelser og psykiske lidelser og atferdsforstyrrelse som skyldes bruk av psykoaktive stoffer.

Elleve innsatte (37 %) hadde ledd 4: mindre bruk av isolasjon som refselse, som enten 1., 2. eller 3. prioritet. Det kan tolkes som et uttrykk for motstridende interesser og syn på foranledninger til bruk av isolasjon ved mindre alvorlige regelbrudd. Ved sammenlikning mellom betjentenes rapporter og innsattes beskrivelser av situasjoner som førte til refselser, fikk vi inntrykk av at de innsatte var emosjonelt og subjektivt preget i sine beskrivelser, mens betjentene var mer reglementsbevisste og objektive. Flere innsatte var også tydelig emosjonelt berørte under intervjuene. Dette kan ha svekket deres objektivitet i forhold til svar på spørsmålene og holdningen til fengselet.

Betjentene utøver en betydelig forebyggende virksomhet mot utagering gjennom daglig personlig kontakt med innsatte om store og små uoverensstemmelser. Det oppstår imidlertid en del frustrasjoner og utageringer når innsatte forventer hurtig respons og betjentene er opptatt med flere andre gjøremål.

Innsattes ønsker om helsetjenester er betydelig og vanskelig å dekke fullt ut. Psykiatrisk fagteam behandler ca. 250 innsatte per år. Ca. en tredel er av typen kortvarig kriseintervensjon. Rask overføring til institusjon innen psykisk helsevern er ønskelig, men ikke enkelt å etterkomme. Inntaksterskelen er høy, og antall sengeplasser er begrenset. Det er vanskelig å få innlagt fanger som ikke er psykotiske eller åpnbart suicidale. En av forfatterens (J. S.) erfaring som psykiater i Oslo fengsel gjennom ti år er at mange psykotiske innsatte må regne med kort sykehusopphold og hurtig

tilbakeføring til fengsel. Flere institusjoner innen psykisk helsevern viser til at fortsatt behandling kan gis av psykiatrisk fagteam i Oslo fengsel. Innsatte som ikke har en alvorlig sinnslidelse, men som har betydelige personlighetsforstyrrelser og utagering som mønster, kan ikke regne med å bli mottatt i slike institusjoner. Denne krevende oppgaven faller på fengselstjenestemenn og helsepersonell i samarbeid.

Bruk av medikamentene Metadon og Subutex (buprenorfin) er tillatt i fengsel under bestemte betingelser. Fanger som lider av ADHD (hyperaktivitetsforstyrrelse), kan få spesifikk medisinerings (Ritalin).

Helsepersonell i fengsel er ofte utsatt for betydelige press om å gi angstdempende og smertestillende medikasjon, særlig benzodiazepiner og kodein. Avslag kan medføre irritasjon, utagering og innsetting i sikkerhetscelle. Ettergivenhet er imidlertid ingen god løsning, da press for å øke dosen ofte blir resultatet. Restriktiv holdning til bruk av disse preparatene er sterkt anbefalt av helsemyndighetene, og det bør etterleves i samsvar med godt klinisk skjønn. Medikamentell behandling av innsatte med tydelige abstinenssymptomer blir som regel iverksatt.

Oslo fengsel har mange og gode tilbud hva gjelder utdanning, arbeid og fritidstilbud. De mest belastede innsatte oppfyller imidlertid ofte ikke vilkårene for, eller har ikke kvalifisert seg til, deltagelse i slike tilbud. Det synes å være behov for mer fysisk trening og flere arbeidsoppgaver under sikre forhold, dvs. betryggende bemanning. Fengselet har gode motiverings- og miljøtilbud for rusmisbrukere. I fengselets målsetting (2003) for innsatte med psykiske problemer og store atferdsavvik heter det at de skal tilbys *alternativer til isolasjon og/eller opphold i sikkerhetscelle*.

Konklusjon

Oslo fengsels målsetting om alternativ til isolasjon og/eller opphold i sikkerhetscelle for innsatte med psykiske problemer og atferdsavvik er i samsvar med de innsattes forslag til forebyggende tiltak. Vi anbefaler at det i 2006 eller 2007 gjøres en sammenliknende studie mellom en gruppe innsatte som får tettere oppfølging fra kontaktbetjent og psykiatrisk fagteam, foruten redusert bruk av isolasjon, og en kontrollgruppe som får fengselets vanlige tilbud. Vi mener at en slik studie er etisk forsvarlig fordi målet vil være bedre tilbud for alle innsatte.

Jan Stang

Ullevål Universitetssykehus

Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helseregion Øst og Helseregion Sør

Bygg 7 Gaustad, 0320 Oslo

Tlf 22 02 92 20

E-post jan-stan@frisurf.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 43, nummer 1, 2006, side 30-33

TEKST

Jan Stang

Bjørn Østberg

+ **Vis referanser**

Referanser

- Andersen, H., Sestoft, D., Lillebaek, T., Gabrielsen, G., Hemmingsen, R., & Kramp, P. (2000). A longitudinal study of prisoners on remand, psychiatric prevalence, incidence and psychopathology in solitary vs. non-solitary confinement. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 19-25.
- Fazel, S., & Danesh, J. (2000). Serious mental disorder in 23000 prisoners: A systematic review of 62 surveys. *The Lancet*, 359, 545-550.
- Gamman, T. (1995). Solitary confinement and influence on inmates health. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 115, 2243.
- Gamman, T., & Linaker, O. M. (2000). Screening for psykiatriske lidelser blant fengselsinnsatte. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 120, 2151-2153.
- Grassin, S. (1983). Psychopathological effects of solitary confinement. *American Journal of Psychiatry*, 140, 1450-1454.
- Justisdepartementet (2001). Lov om gjennomføring av straff mv. i Fengselsloven.
- Rasmussen, K., Almvik, R., & Levander, S. (2001). Attention deficit hyperactivity disorder, reading disability and personality disorders in a prison population. *Journal of American Academy of Psychiatry Law*, 29, 186-193.
- Ruff, G. E., & Thaler, V. H. (1961). Factors influencing the reaction to reduced sensory input. I P. Solomon et al. (Eds.), *Sensory deprivation* (ss. 72-90). Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Stang, J., Moe, J., & Teigset, I. A. (2001). En undersøkelse av innsatte i Oslo fengsel som overføres til sikkerhetscelle. Prosjekt-rapport. Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helseregion Øst og Helseregion Sør, Ullevål universitetssykehus, Oslo.
- Walters, R. H., Callagan, J. E., & Newman, A. F. (1963). Effect of solitary confinement on prisoners. *American Journal of Psychiatry*, 119, 771-773.