

# Fanger i sikkerhetscelle – en utfordring

## Sammendrag

**Bakgrunn.** Hvert år overføres 25–30 innsatte menn i Oslo fengsel til isolasjon i sikkerhetscelle for å hindre skade på person, betydelig skade på eiendom eller alvorlig forstyrrelse av sikkerheten i anstalten. Overføringen oppleves ofte som traumatisk og nedverdiggende.

**Materiale og metode.** 30 innsatte menn i sikkerhetscelle ble sammenliknet med 30 tilfeldig utvalgte menn som var henvist til den psykiatriske helsetjenesten i fengselet og som ikke hadde hatt opphold i sikkerhetscelle. Innsatte i sikkerhetscelle med tidligere kontakt med psykiatrisk fagteam ble sammenliknet med dem som ikke hadde hatt slik kontakt.

**Resultater.** Innsatte i sikkerhetscelle var ilagt flere restriksjoner og hadde flere tidligere opphold i psykiatriske døgninstitusjoner enn innsatte som ikke hadde hatt opphold i sikkerhetscelle. Innsatte i sikkerhetscelle som tidligere hadde hatt kontakt med psykiatrisk fagteam, var mer belastet enn de som ikke hadde hatt slik kontakt. Begge grupper hadde betydelige rusproblemer.

**Fortolkning.** Innsatte i sikkerhetscelle er en utfordring for både fengselsbetjenter og helsepersonell.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)

Artikkelen bygger på rapporten *En undersøkelse av innsatte i Oslo fengsel som overføres til sikkerhetscelle* (14)

> Se også side 1821

### Jan Stang

[jan-stan@frisurf.no](mailto:jan-stan@frisurf.no)

### Jens Moe

### Inge Arne Teigset

### Bjørn Østberg

Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helseregion Øst og Sør  
Klinikk for psykiatri  
Aker universitetssykehus  
0320 Oslo

### Tron Anders Moger

Seksjon for medisinsk statistikk  
Universitetet i Oslo

Oslo fengsel (tidligere navn Oslo kretsfengsel) har 350 plasser for domfelte og varetektsinnsatte menn. 1 500–1 800 fengsles per år, hvorav ca. 70 % går til varetekt.

Innsatte i fengselet har adgang til en allmennhelsetjeneste som i år 2000 hadde 2,2 legeårsværk, 12 sykepleierårsværk og seks hjelpepleierårsværk, de fleste i turnus. Den psykiatriske helsetjenesten, psykiatrisk fagteam, består av én psykiater, to psykologer og to psykiatriske sykepleiere. Begge tjenester befinner seg innenfor fengselets murer.

Allmennhelsetjenesten henviser innsatte som har psykiske problemer til psykiatrisk fagteam. Henvisningsgrunnene er blant annet fortvilelse, depresjon, angst, søvnproblemer, spørsmål om suicidalfare og psykose, ev. med behov for innleggelse i sykehus, samt medisiner og kontrollsvikt med verbal og/eller fysisk utagering. Ofte er det en kombinasjon av flere forhold. De henviste er ofte pålagt restriksjoner av forskjellig type, ikke sjelden som isolasjon på cellen. Innsatte som plasseres i sikkerhetscelle, henvises i tilnærmet 100 % av tilfellene.

Når en innsatt gjør seg skyldig i brudd på orden og disiplin, kan han blant annet settes i enerom for en tid av inntil en måned, i henhold til fengselsloven § 26 (1). Innskrenkninger og utelukkelse fra fellesskap kan også gis i medhold av fengselsloven § 16 og fengselsreglementet § 53.4 (2).

Sikkerhetscelle er et tvangsmiddel som ifølge fengselsloven § 31 bare skal brukes for å hindre skade på person, hindre betydelig skade på eiendom eller hindre alvorlig forstyrrelse av sikkerheten i anstalten. Sikkerhetscelle skal bare brukes når forholdene gjør det absolutt nødvendig, og når andre og lempeligere midler har vært eller åpenbart vil være utilstrekkelig. Innsatte får daglig tilsyn av fengselets lege og regelmessig tilsyn av betjent. En sikkerhetscelle er på ca. åtte kvadratmeter og er bare utstyrt med en plastmadrass direkte på gulvet, et meget solid teppe til å dekke seg med, foruten avtrede nedsenket i gulvet.

Årsaker til plassering i sikkerhetscelle kan være verbal og fysisk utagering, trusler mot personer, trusler om eller utført selvskading, skadeverk på cellen, påtenning av brennbart materiale på cellen og annet. En sjelden gang skjer det at innsatte selv ber om å bli flyttet til sikkerhetscelle.

Flytting til sikkerhetscelle oppleves ofte som dramatisk, særlig når den innsatte er utagerende. I slike situasjoner stiller betjentene med verneutstyr for å hindre at skade

skal oppstå. Legen kan anbefale at oppholdet avbrytes av helsemessige grunner.

Det å være isolert fra andre innsatte fører til avbrytelse av de fleste rutinemessige aktiviteter, og menneskelig kontakt erstattes i hovedsak av beskjeder og tilrettevisninger innen fengselssystemet (3). I enkelte studier har man undersøkt effekten av slik isolasjon. Gamman (4) gjorde en klinisk studie av to grupper varetektsinnsatte ved Kristiansand kretsfengsel. Den ene gruppen hadde brev- og besøkforbud, det vil si strengere isolasjon enn det man har i vanlig varetekt. Ingen 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. Gamman peker på at det ut fra studiens utforming er vanskelig å vurdere om isolasjonen per se har ført til forskjellene i helse-tilstand. Grassin (5) beskriver psykiatriske symptomer som oppstod hos 14 fanger som ble utsatt for perioder av økende sosial isolasjon og sensoriske restriksjoner under opphold i fengsel. Det så ut som om fangene i isolasjon ikke forstod hva som skjedde med dem, at de etter hvert mistet selvkontrollen og at de ble selvdestruktive. Han oppfatter tilstanden som et psykiatrisk isolasjonssyndrom.

Walters og medarbeidere (6) 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.

Sestoft og medarbeidere (7) har undersøkt

## ! Hovedbudskap

- Fanger i sikkerhetscelle er en psykisk belastet gruppe
- Restriksjoner og utelukkelse fra fellesskap genererer utagering
- Sikkerhetscellefangene trenger en ressursenhet
- Det er ønskelig med tettere samarbeid mellom fengselstjenestemenn og helsetjenesten

virksomheten av opphold i sikkerhetscelle i forhold til risiko for innleggelse i sykehus på psykiatrisk indikasjon. De fant at risikoen for innleggelse i sykehus de første dagene etter fengslingen var like stor for innsatte i sikkerhetscelle som for innsatte som ikke satt i sikkerhetscelle. Etter fire uker var imidlertid forskjellen mellom gruppene betydelig, idet innsatte i sikkerhetscelle ble innlagt 20 ganger hyppigere enn innsatte i den andre gruppen. Undersøkelsen viste også at innleggelse i sykehus var uavhengig av type fengsling.

Andersen og medarbeidere (8) har gjort en forløpsstudie for å sammenlikne to nivåer av stress (isolasjon og ikke-isolasjon) hos varetektsfanger i Danmark. De fant økt insidens av psykiske forstyrrelser i isolasjonsgruppen, og mener at isolasjon kan virke harsk på mental helse.

Norsk presse har i perioder satt søkelys på isolasjon og utilstrekkelig helsetilbud som et problem i norske fengsler (9–11). Høyer & Dalgard (12) kritiserer i en ny bok bruk av isolasjon i norske fengsler og viser til Europarådets komité for hindring av tortur og umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff. Komiteen var i Norge i 1993, 1997 og 1999 og har pekt på det uheldige med langvarig isolasjon av fanger her i landet.

Vi har ikke funnet faglitteratur fra Norge der man spesifikt sammenlikner innsatte i sikkerhetscelle (fengselsloven § 31) med innsatte som er under løpende psykiatrisk behandling og som ikke har vært i sikkerhetscelle (søk på databasene Medline og PsychInfo med søkeordene «prisoners», «psychiatry», «security cells», «comparing groups» for perioden 1980–2002).

### Problemstillinger

Vi ønsket å sammenlikne fanger i sikkerhetscelle med en tilsvarende stor gruppe som ikke hadde vært i sikkerhetscelle. Hensikten var å påvise forskjeller mellom gruppene som kunne representere risikofaktorer for innsetting av fanger i sikkerhetscelle. Dessuten ønsket vi å finne ut hvor mange av de innsatte i sikkerhetscelle som hadde/ikke hadde vært i kontakt med psykiatrisk fagteam tidligere og hva som var karakteristisk for disse, samt beskrive de vanligste plager/symptomer under opphold i sikkerhetscelle.

### Materiale og metode

Materialet bygger på en undersøkelse som ble gjennomført i Oslo fengsel i tiden 1.3. 2000 til 8.7. 2001. Tidspunktet ble valgt fordi psykiateren som hadde ansvaret for undersøkelsen, fikk midler til studien i dette tidsrommet.

I alt 33 menn ble overført til sikkerhetscelle i studieperioden. Tre motsatte seg deltakelse, slik at studien omfatter 30 innsatte i den gruppen. Dessuten ble 30 menn tilfeldig valgt ut blant 170 som hadde kontakt med psykiatrisk fagteam i studieperioden og som ikke hadde vært innsatt i sikkerhetscelle.

**Tabell 1** Deskriptiv statistikk. Tabellen viser gjennomsnitt og standardavvik for variablene alder og rus, og antall innsatte som skårer på de ulike dikotome variablene

	Sikkerhetscelle (N = 30)	Psykiatrisk fagteam (N = 30)	P-verdi
Gjennomsnittsalder (år)	32,8 (1,7)	30,4 (1,7)	0,32
Bakgrunn			
Uten fast bolig	16 (53 %)	8 (27 %)	0,04
Ikke fullført grunnskole	15 (50 %)	9 (30 %)	0,12
Rus, gjennomsnittlig varighet av misbruk i år			
Alkohol	5,4 (1,7)	4,3 (1,2)	0,59
Hasj	10,4 (1,9)	6,8 (1,3)	0,12
Amfetamin	8,1 (1,6)	4,9 (1,0)	0,08
Diacetylmorfin (heroin)	3,9 (1,2)	2,5 (0,9)	0,33
Benzodiazepiner	4,5 (1,2)	4,4 (1,0)	0,94
Behandling i psykiatrisk døgninstitusjon	20	10	0,01
Kriminalitet			
Dømt for vold/ran	19	11	0,04
Atferd i fengselet			
Restriksjoner	23	10	< 0,001
Diagnoser			
Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer	20	24	0,25
Dyssosial personlighetsforstyrrelse	19	18	0,79
Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse	8	3	0,11

Før studiestart ble det satt opp hypoteser for hvilke forskjeller man forventet å finne for de viktigste variablene, og det ble regnet ut hvilken styrke man fikk ved å ha 30 personer i de to gruppene ved 5 % signifikansnivå. Vi ønsket å påvise en forskjell på 30 % mellom gruppene i andeler med personlighetsforstyrrelser, en forskjell på 40 % i psykiske lidelser og en forskjell på 40 % i restriksjoner. Dette gav en styrke på 99 % for alle hypotesene.

De innsatte gjennomgikk et semistrukturert intervju på om lag en time. Utgangspunktet var et spørreskjema med 130 svaralternativer. Fra spørreskjemaet ble det valgt ut 14 variabler (tab 1) før undersøkelsen ble gjennomført, ut fra en antakelse om at disse best kunne indikere forskjeller mellom gruppene. Demografiske data og fengselsrelaterte data og opplysninger fra sykejournalen ble ført inn i spørreskjemaet før intervjuet startet. Opplysninger om kriminalitet og fengselsopphold stammer fra fangejournaler og innsattes hendelsesjournaler.

Diagnosene ble stilt i henhold til ICD-10 (13) uten spesifikke instrumenter, men i konsensus med tre av forskerne som på den tiden også arbeidet klinisk i fengselet.

De innsatte har skrevet under på en erklæring om frivillig deltakelse i studien, som også er godkjent av fengselsdirektøren og den regionale komité for medisinsk forskningsetikk.

I den statistiske analysen er alder og rus kontinuerlige variabler, de andre er dikotome. P-verdiene i tabell 1 er funnet ved hjelp av toutvalgs t-test for de kontinuerlige variablene og ujustert (bivariat) logistisk regresjon for de dikotome variablene. Vi har

benyttet ujustert og justert (multivariat) logistisk regresjon for å finne oddsratioer i tabell 2. Signifikansnivået er satt til 5 %.

### Resultater

30 innsatte menn hadde vært i sikkerhetscelle til sammen 1 189,5 timer (spredning 3–175 timer). Gjennomsnittet var 39,7 timer per innsatt. 20 innsatte hadde vært i sikkerhetscelle i 20 timer eller mer, mens to hadde hatt et slikt opphold i 175 timer (7,3 døgn).

Vi registrerte 18 forhold der hensikten var 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.

Tabell 1 viser de deskriptive resultatene som fremkommer fra de 14 variablene i spørreskjemaet for de to gruppene. Innsatte i sikkerhetscelle hadde, sammenliknet med dem som ikke hadde vært i slik celle, i større grad vært behandlet i psykiatrisk døgninstitusjon, vært ilagt restriksjoner under fengselsoppholdet og vært dømt for vold/ran tidligere. Det er ingen større forskjeller mellom gruppene hva gjelder fullført grunnskole, gjennomsnittlig varighet av rusmisbruk eller psykiatriske diagnoser.

Kolonene til venstre i tabell 2 viser resultatene av en logistisk regresjon hvor «gruppe» er avhengig variabel og hver enkelt av de andre variablene er uavhengige. Hvorvidt man er blitt ilagt restriksjoner eller ikke er den sterkeste prediktoren for om man kommer i sikkerhetscelle i denne studien. Å være uten fast

**Tabell 2** Logistisk regresjon. «Gruppe» er avhengig variabel og hver enkelt av de andre variablene er uavhengige. Variablene «alder» og «rus» er kontinuerlige etter antall år med misbruk

Uavhengig variabel	Ujustert modell		Justert modell	
	Oddsforhold	95 %-KI	Oddsforhold	95 %-KI
Alder (år)	1,0	0,9–1,03	–	–
Bakgrunn				
Uten fast bolig	3,1	1,1–9,3	–	–
Ikke fullført grunnskole	2,3	0,8–6,8	–	–
Rus, varighet av misbruk i antall år				
Alkohol	1,02	0,95–1,1	–	–
Hasj	1,05	0,99–1,1	–	–
Amfetamin	1,06	0,99–1,14	–	–
Heroin	1,05	0,95–1,15	–	–
Benzodiazepiner	1,0	0,9–1,1	–	–
Behandling i psykiatrisk døgninstitusjon	4,0	1,4–11,7	5,5	1,5–19,8
Kriminalitet				
Dømt for vold/ran	3,0	1,04–8,5	–	–
Atferd i fengselet				
Restriksjoner (§ 53.4)	6,6	2,1–20,5	8,6	2,3–31,2
Diagnoser				
Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer	0,5	0,2–1,6	–	–
Dyssosial personlighetsforstyrrelse	1,2	0,4–3,3	–	–
Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse	3,3	0,8–13,8	–	–

bolig og tidligere behandling i psykiatrisk døgninstitusjon er andre viktige forhold (oddsratioer 3,1 og 4,0) Det er også signifikant flere som er dømt for vold/ran blant innsatte i sikkerhetscelle enn blant dem som hadde vært i kontakt med psykiatrisk fagteam.

Ingen av rusvariablene er signifikante, og det er heller ikke forskjeller mellom gruppene for noen av de psykiatriske diagnosene.

Kolonnene til høyre i tabell 2 viser resultatene fra den endelige modellen fra en justert logistisk regresjonsanalyse med «gruppe» som avhengig variabel. De to variablene som blir signifikante er «tidligere behandlet i psykiatrisk døgninstitusjon» og «restriksjoner». Kontrollert for den andre variabelen vil det å ha vært behandlet i psykiatrisk døgninstitusjon gi 5,5 ganger økt risiko for å være i sikkerhetscelle, mens det å ha vært ilagt restriksjoner gir hele 8,6 ganger økt risiko for å være i sikkerhetscelle. De to oddsratioene er større enn i den enkle analysen, men konfidensintervallene er også bredere.

16 av de 30 i sikkerhetscellegruppen hadde tidligere, før aktuelle undersøkelse, hatt kontakt med psykiatrisk fagteam, mens 14 ikke hadde hatt slik kontakt. Selv om utvalget da blir svært lite, er det en tendens til at innsatte som hadde vært i kontakt med psykiatrisk fagteam, hadde misbrukt benzodiazepiner i en lengre periode enn de som ikke hadde vært i kontakt med fagteamet (6,8 mot 1,9 år,  $p = 0,03$ ) Det var en liknende tendens for heroin (6,0 mot 1,6 år,  $p = 0,06$ ) «Restriksjoner» er signifikant på 5 %-nivå også i denne sammen-

likningen (15 mot 8 personer,  $p = 0,04$ ), og det er også psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer (14 mot 6 personer,  $p = 0,01$ ).

De vanligste plager/symptomer under opphold i sikkerhetscelle var uro og rastløshet, fortvilelse og depresjon, søvnproblemer, angst/panikk, verbal og fysisk utagering og døgnvillhet. 12 innsatte klaget over vedvarende hodepine, mens 13 hadde betydelige muskelsmerter. Mange følte skam, men også at de ble ydmyket og tråkket på. Seks innsatte opplevde sansebedrag av kortere eller lengre varighet, mens fire beskrev sterk mistenksomhet. To som var åpenbart psykotiske i sikkerhetscellegruppen og en i gruppen som hadde vært i kontakt med psykiatrisk fagteam ble søkt innlagt i psykiatrisk institusjon, og de ble mottatt i løpet av en til to dager.

### Diskusjon

Studien viser at pålagte restriksjoner og tidligere innleggelse i psykiatrisk døgninstitusjon er de sterkeste risikofaktorer for å havne i sikkerhetscelle.

16 av 30 i sikkerhetscelle hadde hatt kontakt med psykiatrisk fagteam før aktuelle undersøkelse, og de var mer belastet enn de 14 som ikke hadde hatt slik kontakt. Dette kan utlegges som at psykiatrisk fagteam hadde vært til liten nytte for å hindre innsetting i sikkerhetscelle. En annen forklaring kan være at fangene i sikkerhetscelle utgjorde en sterkt belastet gruppe som hadde sær-

lig stort behov for hjelp, både fra psykiatrisk fagteam og fra fengselstjenestemenn.

Alle konfidensintervallene i analysen er brede, grunnet et forholdsvis lite datamateriale. Dette betyr ikke at resultatene er tvilsomme, men heller at man med et større materiale hadde fått sterkere signifikante forskjeller mellom innsatte på sikkerhetscelle og innsatte henvist til psykiatrisk fagteam enn i denne studien. Det hadde også vært enklere å gjøre en analyse med flere uavhengige variabler i modellen, for tydeligere å se sammenhengen mellom faktorene. En annen grunn til at man bare fikk med to uavhengige variabler i den justerte logistiske regresjonen, er at de til en viss grad uttrykker det samme. Eksempelvis vil en innsatt som er pålagt restriksjoner oftere være dømt for vold/ran.

Diagnosesettingen er gjort i konsensus med tre av forfatterne, to psykiatere og en psykolog. Helst burde det vært brukt standardiserte diagnostiske instrumenter, som for eksempel Structured clinical interview in Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV.

### Konklusjon

Innsatte som ble flyttet til sikkerhetscelle var en belastet gruppe hva gjelder psykiske lidelser og pålagte restriksjoner. Et fleksibelt samarbeid mellom fengselstjenesten og helsetjenesten vil være viktig i møte med disse fangene.

*Vi takker våre forskningsveiledere, Petter Laake, Seksjon for medisinsk statistikk, og Tore Gude, Institutt for medisinske atferdsfag, begge ved Universitetet i Oslo, for all bistand.*

### Litteratur

1. Fengselsloven: Norges lover 1687–1999: 656–62.
2. Fengselsreglementet for fengselsvesenet. 12.12. 1961, revidert 25. mai 1992. Oslo: Justisdepartementet, Fengselsstyret, 1992.
3. Jørgensen F. Isolasjonssyndromer. Ugeskr Læger 1990; 152: 1755.
4. Gamman T. Uheldige helsemessige effekter av isolasjon. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 2243–63.
5. Grassin S. Psychopathological effects on solitary confinement. Am J Psychiatry 1983; 140: 1450–4.
6. Walters RH, Callagan JE, Newman AF. Effect of solitary confinement on prisoners. Am J Psychiatry 1963; 119: 771–3.
7. Sestoft DM, Andersen Steen H, Lillebæk T, Gabrielsen G. Impact of solitary confinement on hospitalization among Danish prisoners in custody. Int J Law Psychiatry 1998; 21: 99–108.
8. Andersen H, Sestoft D, Lillebæk T, Gabrielsen G, Hemmingsen R, Kramp P. A longitudinal study of prisoners on remand, psychiatric prevalence, incidence and psychopathology in solitary vs. non-solitary confinement. Acta Psychiatr Scand 2000; 102: 19–25.
9. Fosmark D. Varetekt, helse og venteliste garanti. Aftenposten (morgenutgaven) 4.6.1998.
10. Gjerde R. Farlig bruk av isolasjon i Norge. Aftenposten (morgenutgaven) 8.10.1999.
11. Øvrebø R. Oslo fengsel mangler forsvarlig helsetilbud. Dagsavisen 26.2.1999.
12. Høyer G, Dalgard OS. Lærebok i rettspsykiatri. Oslo: Gyldendal, 2002: 299.
13. WHO Psykiske lidelse og adferdsmessige forstyrrelser. Klassifikasjon og diagnostiske kriterier. København: Munksgaard, 1994.
14. Stang J. En undersøkelse av innsatte i Oslo fengsel som overføres til sikkerhetscelle. Oslo: Klinikk for psykiatri, Aker universitetssykehus, 2002.