

Psykisk lidelse og avvik blant norske fengselsinnsatte

Sammendrag

Bakgrunn. Internasjonale undersøkelser over prevalens av alvorlige psykiske lidelser og avvik hos fengselsinnsatte angir høye tall.

Metode og materiale. Fra norske fengsler med til sammen 2 850 av landets 3 000 innsatte (95 %) svarte fire instanser (ledelse, betjenter, allmennhelsetjeneste og psykiatrisk spesialisttjeneste) på ti semistrukturerte spørsmål om forekomst av psykisk lidelse og avvik hos de innsatte, alvorlighetsgrad med konsekvenser og behandlingstilbud under fengslingstiden.

Resultater. Betjentene hadde stort sett de høyeste estimatene, dernest allmennhelsetjenesten, så fengselsledelsen og lavest spesialisttjenesten. På undersøkelsestidspunktet mottok 23,5 % av de innsatte en eller annen form for behandling av psykiske plager.

Fortolkning. Spesialisttjenestens lave anslag gjenspeiler blant annet en organisatorisk betinget mindre oversikt over fengslenes dagligliv enn de tre andre instansene har. En studie med strukturerte intervjuer av et representativt antall innsatte vil kunne gi nøyaktigere anslag over psykiske lidelser og avvik i norske fengsler.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

> Se også side 2079

psykotisk lidelse på gjennomsnittlig 4 % hos begge kjønn (1). Uttalt depresjon (major depression) er beregnet til 10 % hos menn og 12 % hos kvinner, personlighetsforstyrrelse til 65 % hos menn og 42 % hos kvinner. Få studier omfatter en hel nasjons fengselspopulasjon. En undersøkelse fra 2001 for hele New Zealands fengselsvesen, hvor forholdene likner mye på Norges, gir litt lavere prevalens for psykose og alvorlig depresjon (2). Det er rapportert en sterk økning av antall innsatte med alvorlige psykiske avvik og lidelser i løpet av de siste tiår (3).

Fra Norden foreligger det undersøkelser fra noen få enkeltfengsler. Fra Malmö ble det i 1997 rapportert «sparsomt med psykosesykdom», men 75 % av de innsatte hadde personlighetsforstyrrelser, 30 % hadde behandlingstrequende angst- og depresjonstilstand og 40 % dysleksi (4). Fra Norge foreligger to undersøkelser fra Trondheim (5, 6) og en fra Kristiansand (7). Disse gir med noe forskjellig metodikk resultater som likner på Malmöundersøkelsens. Den siste fra Trondheim registrerte i tillegg over 30 % innsatte med hyperaktivitetslidelse (AD/HD) (6).

Det er svære forskjeller mellom vestlige nasjoner med hensyn til antall fengselsplasser i forhold til befolkningstall. I USA sitter til enhver tid over to millioner personer i fengsel, dvs. 0,7 % av befolkningen (1). I Storbritannia er tallet 70 000 (1), dvs. 0,1 %, mens Norge har ca. 3 000 innsatte, 0,07 % av befolkningen, med medianalder 33 år. 95 % av disse er menn (8). For USA og delvis Canada er det angitt at en stor del av de innsatte har alvorlige psykiske lidelser og at mange fengsler utgjør «en praktisk forlengelse av de vanlige psykiatriske helsetjenester» (3). I USA er det anslått at det er dobbelt så mange alvorlig sinnslidende i fengsler som det samlede antall plasser i psykiatriske institusjoner (1). Norge har, i motsetning til disse landene, strenge regler om at psykotiske personer ikke skal sitte fengslet.

I Norge har det i over 20 år vært perioder med offentlig diskusjon om innsattes mentale helseforhold. Flere ganger har Norsk Fengsels- og Friomsorgsforbund (NFF) rapportert sin bekymring over mange innsatte med alvorlig psykisk lidelse. Deres siste registrering, gjort av betjenter, angav for et tidspunkt i 2002 på landsbasis 89 innsatte som heller burde vært innlagt i psykiatrisk institusjon (9).

Metode og materiale

Data ble innsamlet via et spørreskjema. Det te gikk til alle 48 fengslene i Norge og skulle

fylles ut med ett eksemplar fra henholdsvis ledelsen, betjentene, allmennhelsetjenesten og den fast tilknyttede psykiatriske spesialisttjenesten. Skjemaet bestod av ti nærmere spesifiserte spørsmål og i tillegg en åpen rubrikk for aktuelle kommentarer. På hvert av disse skulle de fire instansene/gruppene, uavhengig av hverandre, gi sine anslag for ett bestemt tidspunkt (8.4. 2003).

Spørsmålene gjaldt hvor mange innsatte som hadde en psykotisk tilstand – tegn på alvorlig atferdsavvik – nevrotisk og/eller depressiv lidelse. To viktige faktorer, rusmisbruk og hyperaktivitetslidelse ble ikke forsøkt registrert. Dette skyldes store registreringsvansker i en fengselsituasjon, noe som er understreket i internasjonale oversiktsartikler over prevalens (1). Videre skulle det registreres hvor mange som var i psykiatrisk behandling under fengselsoppholdet og/eller tidligere hadde vært innlagt i psykiatrisk institusjon. Det skulle også gjøres en alvorlighetsvurdering med angivelse av hvor mange som ikke burde være i fengsel nå, men innlagt i psykiatrisk institusjon.

Spørreskjemaet. De forskjellige spørsmålene var kortfattet forklart og avgrenset fra hverandre i skjemaet og i en enkel manual. For at forfatterne kunne se om de angitte tallene gjaldt samme eller forskjellige innsatte, ble også cellenummer angitt på hvert spørsmål. Cellenummer ble gjennomgående brukt i stedet for persondata for å ivareta full anonymitet.

Som illustrasjon refererer vi de spørsmålene i skjemaet som omfatter diagnostiske angivelser. De øvrige er enklere registreringer uten forsøk på dette.

1a. Hvor mange innsatte har en tilstand med vrangforestillinger, sansebedrag (hallusinasjoner), eventuelt betydelig oppstemthet eller dyp depresjon, alt av en grad som dere anser som sinnssykkelig (psykotisk)?

Fakta

- Utenlandske prevalensundersøkelser angir høye tall for psykiske avvik og lidelser i nasjonale fengselspopulasjoner
- I en spørreskjemaundersøkelse til alle norske fengsler angis noe lavere forekomster enn i de internasjonale undersøkelsene

Pål Hartvig

paal.hartvig@kompetanse-senteret.no

Bjørn Østberg

Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helseregionene Øst og Sør Ullevål universitetssykehus

Bygg 7, Gaustad
0320 Oslo

Psykisk lidelse og avvik blant fengselsinnsatte har vært gjenstand for mange undersøkelser. I en systematisk analyse av 62 studier konkluderes det i 2002 med en prevalens av

Tabell 1 Prevalens av psykiske lidelser og avvik hos 2 850 av totalt 3 000 innsatte i norske fengsler, angitt av fire yrkesgrupper tilknyttet hvert fengsel, i grovdiagnostiske kategorier og alvorlighetsgrader. I parentes er tilsvarende tall angitt for en undergruppe bestående av åtte fengsler (971 innsatte) med høyere sikkerhetsnivå og fullt tilknyttet helsetjenestedeckning. Alle tall er angitt i prosent

	Fengselsledelse		Betjenter		Allmennhelsetjeneste		Psykiatrisk spesialisttjeneste	
Psykotisk lidelse	2,9	(5,7)	4,1	(7,4)	2,0	(3,7)	1,1	(1,8)
Uttalt atferdsavvik med psyko- semistanke	3,9	(5,6)	5,8	(8,7)	4,7	(6,8)	1,7	(3,4)
Burde vært i psykiatrisk institu- sjon for ovennevnte lidelse	1,7	(2,6)	2,8	(4,5)	1,7	(2,6)	0,7	(1,5)
Uttalt depresjon og/eller angst	5,9	(9,6)	8,3	(13,1)	7,3	(5,7)	5,0	(9,5)
Uttalt atferdsavvik uten psyko- semistanke	8,1	(11,7)	10,1	(16,5)	12,3	(14,6)	5,7	(9,9)
Burde vært i psykiatrisk institu- sjon for ikke-psykotisk lidelse	0,8	(1,5)	1,8	(2,8)	1,0	(0,4)	0,3	(0,6)

2. Hvor mange har betydelig atferdsavvik (av samme type som er nevnt i punkt 6) led-saget av *ikke sikre* sinnssykelige (psykotiske) symptomer (punkt 1a), men med mistanke om en slik tilstand?

5. Hvor mange av de innsatte har angst og/eller depresjon som er klart mer uttalt enn en naturlig reaksjon på fengsling, men der lidelsen ikke har sinnssykelig (psykotisk) grad (punkt 1a)?

6. Hvor mange har personlighets- og atferdsproblemer med ustabilitet, aggressivitet, manipulering, konflikt- og kriseskaping, men uten mistanke om en sinnssykelig (psykotisk) tilstand (punkt 1a)?

Forløp, informanter. Fra ledelse og betjenter kom det svar fra 44 fengsler med til sammen 2 850 innsatte, 95 % av landets samlede fengselspopulasjon på 3 000. Fra allmennhelsetjenesten var det svar fra 38 fengsler med til sammen 2 730 innsatte. Ikke alle fengsler (de aller minste) har slik fast tilknyttet tjeneste, og her var svarprosenten i forhold til det mulige like høy. Det samme gjelder psykiatrisk spesialisttjeneste med svar fra 29 fengsler for 2 130 innsatte, der bare vel 70 % av fengselspopulasjonen har en eller annen form for tilknyttet tilbud. Prevalenstall er regnet ut i forhold til de antall innsatte som svarene fra hver instans dekker.

Hensikt med undersøkelsen. Det har ikke til nå foreligget noen registrering av psykiske lidelser og avvik hos innsatte i hele den norske populasjonen av fengselsinnsatte. Vår undersøkelse refererer anslag av dette gjort av fire instanser, to fengselsfaglige og to helsefaglige, ansatt i norske fengsler. Siktet målet var ikke å gjøre en epidemiologisk prevalensundersøkelse, men å få innspill fra feltarbeidere i hele det norske fengselsvesenet. Hovedhensikt var:

- å se forskjeller eller samsvar i anslagene mellom de fire instansene av fagfolk, både enkeltvis og felles mellom de helsefaglige og fengselsfaglige

- å se forskjeller eller samsvar mellom disse anslagene og epidemiologiske undersøkelser

- å registrere behandlingstilbudet til de innsatte under fengslingstiden

Resultater

Hele materialet

Summerte svar fra hver instans på de mest sentrale spørsmålene er angitt i tabell 1.

For hovedmaterialet fremgår de angitte prevalensene i tabellen. Betjentene ligger jevnt over høyest i sine anslag, men ikke på alle spørsmål. For atferdsavvik uten psyko-semistanke ligger for eksempel allmennhelsetjenesten høyest i absolutte tall. Ledelsen og allmennhelsetjenesten svarer svært likt på en del spørsmål. For eksempel har de omtrent samme angivelse av hvor mange innsatte som ikke burde vært i fengsel, men i psykiatrisk institusjon, henholdsvis 72 og 74 personer (2,5 % og 2,7 %).

Instansene har ikke angitt de samme innsatte personer på hvert spørsmål i alle tilfeller. Dette medfører at man stort sett har nevnt omtrent dobbelt så mange personer på hvert spørsmål som gjennomsnittsprevalensen. Som eksempel er det for atferdsavvik uten psyko-semistanke totalt angitt 500 forskjellige innsatte (17,5 % av hele populasjonen).

Til sammen 75 forskjellige innsatte (2,6 %) hadde vært innlagt i psykiatrisk institusjon tidligere og 45 (1,6 %) under nåværende fengslingstid (men ikke på selve undersøkelsesdatoen). Det var godt samsvar mellom instansenes registreringer her.

En kombinasjon av registreringene fra allmenn- og spesialisthelsetjenesten viser at til sammen 670 innsatte (23,5 %) var under behandling for psykiske plager i fengselet. Denne behandlingen var utført av allmennhelsetjenesten i ca. tre firedeler av tilfellene, resten av spesialisttjenesten.

For innsatte som burde hatt psykiatrisk

behandling, i eller utenfor fengselet, men uten å få det, varierer anslagene fra 171 (6 %) hos betjentene til 80 (2,9 %) hos allmennhelsetjenesten og fem hos spesialisttjenesten.

To spørsmål gjelder uforsvarlig plassering i fengsel på grunn av psykisk utviklingshemning eller somatisk sykdom: Til sammen har betjentene angitt 21, ledelsen 16 og helsetjenestegruppene fem, altså alle under 1 %.

Det var ikke mulig å skille ut data for kvinner i fengsel.

Utvalgt undergruppe

En undergruppe med 971 innsatte fra åtte lukkede fengsler med høyere sikkerhetsnivå enn gjennomsnitt utgjør en tredel av hovedmaterialet. Disse fengslene har velorganisert allmenn- og psykiatrisk spesialisttjeneste, og alle instanser hadde gitt svar (tab 1).

Tendensen er nesten dobbelt så høye diagnostiske forekomsttall på mange av spørsmålene. Ekstra høye anslag hadde Ila fengsel, forvarings- og sikringsanstalt.

46,1 % av de 971 innsatte fikk behandling for psykiske plager under fengslingstiden.

Diskusjon

Forskjellen i anslag mellom instansene er til dels betydelige og understreker at denne studien ikke er en epidemiologisk prevalensundersøkelse. Forskjellene gir likevel viktige innspill til fengselsvesenets psykiatriske utfordringer.

Betjentene har oftest de høyeste anslagene. De og ledelsen har ikke psykiatrifaglig bakgrunn for å vurdere tilstandenes diagnose og alvorlighetsgrad. Disse har ikke og skal ikke ha tilgang til helsepersonellens diagnoser eller andre taushetspliktsregulerte observasjoner, men de vet og bør vite ganske mye om de innsattes forhold og problemer. En del hjelp har de også fått i den forklaringen som var utarbeidet til spørsmålene. Alt i alt kunne mangler i helsefaglig kunnskap ha ledet både til over- og underdiagnostisering.

Det kunne tenkes at betjentene hadde en særlig fagforeningsmessig interesse av å anslå høye tall for å bedre bemanningen eller fjerne «vanskelige fanger». Vår undersøkelse gir ikke sterkt grunnlag for en slik forklaring. For det første ligger ikke anslagene høyt i forhold til andre studier (1, 2, 4–6). For det andre kan det være et uttrykk for større nærhet til og innlevelse i de innsattes problemer enn for noen av de andre yrkesgruppene.

Ledelsens anslag samsvarer godt med anslagene fra allmennhelsetjenesten, som er tydelig til stede med god oversikt over de innsatte i alle fengsler utover de aller minste. På mange måter er derfor allmennhelsetjenestens anslag nærmest «gullstandarden» i vår type undersøkelse. Spesialisttjenestens lave anslag kan til en viss grad gjenspeile mer kritisk diagnostisk kvalifikasjon, men også at denne tjenesten kun arbeider med

innsatte som er spesielt henvist. Det betyr at den ikke har full oversikt over det totale antall innsatte med psykiske problemer.

I vår utvalgte undergruppe, der alle fengslene har fastere tilknyttet og tilstedeværende spesialisttilbud, er anslagene høyere. Dette bygger også på at innsatte med klare sykdoms- og avvikstegn fortrinnsvis er plassert i fengsler med høyere sikkerhetsnivå.

Internasjonale studier

Estimatene fra forskjellige instanser spriker en god del. Likevel knyttes noen korte kommentarer til gjennomsnittet av dem: For psykose og uttalt depresjon/angst finnes noe lavere gjennomsnittsprevalenser (1, 2). I undergruppen av de åtte fengslene med høyere sikkerhetsnivå er forekomsten omtrent på internasjonalt nivå (1, 2). Ila fengsel, forvarings- og sikringsanstalts særstilling med ekstra høye tall var ventet på grunn av spesielt selektert klientell (sikrings- og forvaringsdømte).

Spørsmålene som omfatter atferdsavvik, gjelder *uttalte* forhold, enten direkte observert eller ved annen viten om de innsatte. Uansett faglig bakgrunn var det derfor å forvente at anslagene her ville bli atskillig lavere enn for personlighetsforstyrrelser registrert ved strukturerte intervjuer. Tallene i vår undersøkelse samsvarer mer med en ekstrem andel av antisosial personlighetsforstyrrelse diagnostisert som psykopati (5). Dette var også våre forventninger ved planleggingen av undersøkelsen.

Begrensninger

Undersøkelsen baserer seg på hva personell anslår at innsatte har av psykiske lidelser og atferdsavvik. Ved dette har den klare komponenter av helsetjenesteforskning. Derfor diskuteres funnene også i forhold til psykiatriens oppgaver i fengselsvesenet. En studie med strukturerte intervjuer av et representativt utvalg innsatte er nødvendig for å finne mer presise prevalenser, og særlig et riktige estimat for personlighetsforstyrrelser.

Studien angir pragmatisk hvor de involverte yrkesgrupper mener skoen trykker mest. Det er etter instansenes tall og ledsagende kommentarer først og fremst de psykotiske, psykosemistenkte og alvorlig depressive tilstandene psykiatrien bør ha ansvaret for. Ansvaret må etterkommes ved bedre mulighet for psykiatrisk sykehusinnleggelse, noe som blir kommentert som utilstrekkelig i undersøkelsen. Innleggelsene må heller ikke bli for kortvarige. Flere spesialisttjenester i fengslene mener tendensen til for korte opphold er et stort problem.

23,5% av alle innsatte (46,1% i den utvalgte undergruppen) mottok en eller annen form for behandling av psykiske plager i fengselet. Tallene er høye, men art og kvalitet ble ikke forsøkt registrert, noe vi planlegger å registrere senere.

Fengselsvesenet har en viktig oppgave i å forebygge alvorlige sinnslidelser og kriser som utløses av selve fengselsoppholdet. De tilstander som er registrert i vår undersøkelse er ofte slike. Man forsøker å imøtekomme dette blant annet med planer om ressursenheter i enkelte fengsler, der spesielt disponerte innsatte får bedre oppfølging og forebyggende tiltak. Tiltakene er ressurskrevende og må konkurrere i bevilgningskøen.

Behandling av atferdsavvik og personlighetsforstyrrelser er vanskelig og ressurskrevende. Undersøkelser med validerte instrumenter i utenlandske og norske fengsler (1, 4–6) har gitt prevalenser på rundt 65%. Trolig vil en landsdekkende norsk epidemiologisk fengselsundersøkelse gi omtrent samme prevalens. Vi planlegger en slik undersøkelse. Imidlertid vil det trolig finnes et antall innsatte med personlighetsforstyrrelser som det er urealistisk å kunne dekke med psykiatrisk behandling.

Norsk fengselsvesen har lang tradisjon i å forsøke atferdskorrigerende hos innsatte under fengslingen, men det har vært tvil om nytten av dette tidligere. I de senere årene har det vært gjennomført forbedrede tiltak

på dette området. Ett grunnleggende prinsipp er å påvirke til *endring* av holdning og atferd (10). Dette bygger bl.a. på tildeling av fast kontaktbetjent og gjennomføring av spesifikke programmer for bevisstgjøring av problemer og nye mestringsstrategier hos den innsatte. Programgjennomføringen skal først og fremst skje ved betjenter og andre fengselsansatte. Psykiatrien har her en viktig oppgave i å veilede og hjelpe disse. I noen tilfeller bør den også delta direkte i en behandlingsprosess. Betingelsene for det er tilstrekkelig motivering og lidelsestrykk hos den innsatte samt adekvat behandlingsmetode og kompetanse fra psykiatriens side.

Vi takker Roar Øvrebø og NFF for inspirasjon og praktisk støtte, Torbjørn Moum for kommentarer til spørreskjema og Mona Skjønberg for omfattende arbeid med registreringene.

Litteratur

1. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet* 2002; 359: 545–50.
2. Brinded PMJ, Simpson AIF, Laidlaw TM et al. Prevalence of psychiatric disorders in New Zealand prisons: a national study. *Aust N Z J Psychiatry* 2001; 35: 166–73.
3. Arboleda F. Mental illness in jails and prisons. *Curr Opin Psychiatry* 1999; 12: 677–82.
4. Levander S, Svalenius H, Jensen J. Psykiska skador vanliga bland interner. *Läkartidningen* 1997; 94: 46–50.
5. Rasmussen K, Storsæter O, Levander S. Personality disorders, psychopathy, and crime in a Norwegian prison population. *Int J Law Psychiatry* 1999; 22: 91–7.
6. Rasmussen K, Almvik R, Levander S. Attention deficit hyperactivity disorder, reading disability, and personality disorders in a prison population. *J Am Acad Psychiatry Law* 2001; 29: 186–93.
7. Gamman T, Linaker OM. Screening for psykiatrisk lidelse blant fengselsinnsatte. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 2151–3.
8. Kriminalomsorgens årsstatistikk 2002. Oslo: Kriminalomsorgen, 2003.
9. Norsk Fengsels- og Friomsorgsforbund. Antall innsatte med psykiske lidelser i fengslene øker. Pressemelding 11.10.2002.
10. St.meld. nr. 27 (1997–98). Om kriminalomsorgen.