

Blir psykiske lidelser i fengsel fanget opp av helsetjenesten?

Sammendrag

Bakgrunn. I norske fengsler har samsvaret mellom forekomsten av psykiske lidelser og helsetilbudet ikke blitt godt nok undersøkt.

Materiale og metode. Forekomst og behandling av psykiske lidelser, rusproblemer og personlighetsforstyrrelser i et fengsel i Helse Vest ble kartlagt. Metodene som ble brukt var strukturert klinisk intervju, selvutfyllingsskjema og gjennomgang av helsejournalene til de innsatte.

Resultater. Av de 40 intervjuede innsatte hadde 18 en behandlingstrenende psykisk lidelse. Av disse mottok 13 behandling med psykofarmaka. 30 innsatte hadde misbruks- eller avhengighetsproblemer med hensyn til psykoaktive stoffer. Personlighetsforstyrrelser ble funnet hos 32 av de innsatte. 25 hadde en antisosial personlighetsforstyrrelse.

Fortolkning. Forekomsten av psykiske lidelser, personlighetsproblemer og rusproblemer er høy. Sammenliknet med internasjonale studier behandles en større andel av de innsatte med psykiske lidelser ved dette fengselet med psykofarmaka.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

> Se også side 2079

Hans Langeveld

jhl@sir.no
 Psykiatrisk klinikk
 Sentralsjukehuset i Rogaland
 Postboks 1163 Hillevåg
 4095 Stavanger
 og
 Kompetansesenteret for sikkerhets-,
 fengsels- og rettspsykiatri for Helseregion vest
 og
 Institutt for klinisk psykologi
 Universitetet i Bergen

Henning Melhus

Psykiatrisk klinikk
 Sentralsjukehuset i Rogaland

Forekomsten av psykiske lidelser er høyere blant innsatte enn i befolkningen for øvrig. Fengselsinnsatte i USA og Storbritannia har to til fire ganger oftere psykotiske lidelser og alvorlig depresjon, og ti ganger så ofte antisosiale personlighetstrekk (1). Også i norske fengsler er det påvist høy forekomst av psykiske lidelser (2) sammenliknet med den øvrige befolkningen (3).

Internasjonale og nasjonale studier påpeker at helsetjenesten i fengslene er underbemannet og lite i stand til å gi innsatte med psykiske lidelser et forsvarlig tilbud (2, 4, 5). En omfattende undersøkelse i fengslene i New Zealand (5) viste at kun 46 % av de innsatte med en behandlingstrenende depresjon og 37 % av de som hadde psykosesyntomer ble behandlet for sine psykiske lidelser. En undersøkelse ved hjelp av et standardisert psykiatrisk intervju hos et representativt utvalg av fengselsinnsatte er per dags dato ikke blitt utført ved norske fengsler (2, 6). Det er heller ikke blitt systematisk undersøkt i hvilken grad psykiske lidelser blir fanget opp av helsetjenesten i norske fengsler.

Målsettingen med denne undersøkelsen var å kartlegge omfanget av psykiske lidelser i et norsk fengsel og undersøke i hvilken grad disse fanges opp av helsetjenesten i fengselet.

Materiale og metode

Undersøkelsen fant sted i Stavanger fengsel, som har 72 plasser. I 2002 var det 434 nyinnsettelse, (360 menn og 74 kvinner), hvorav 62 domsinnsattelse, 354 varetektsinnsattelse, tre sikringsinnsattelse og 15 innsattelse til bøtesoning.

Helsetjenesten i fengselet består av sykepleier, lege og psykolog. Sykepleier er ansatt i 100 % stilling. Hun treffer alle innsatte ved

ankomst og har ev. kontakt med innsatte også senere i fengselsoppholdet. Ved behov henviser hun til legen ved fengselet. Legen har kontortid én dag i uken og er ellers tilgjengelig på telefon. Psykologen har kontortid ved fengselet tre timer i uken. Legen og psykologen arbeider på forskjellige ukedager og har ikke samarbeid om behandlingen av de innsatte. Det er ingen formalisert og regelmessig møtevirksomhet mellom de ansatte i helsetjenesten og fengselsbetjentene.

Utvalg

Følgende personer ble inkludert i undersøkelsen: de som var innsatt til varetekts- eller domssoning i Stavanger fengsel mellom 15. februar og 30. april 2003, som forstod og snakket norsk og som satt inne minst en uke. Av de 76 personene som var innsatt minst en uke i denne perioden ble 18 innsatte (14 menn og 4 kvinner) ekskludert fordi de ikke behersket norsk. Dermed kom 58 personer inn under inntakskriteriene. Av disse ønsket ni innsatte (sju menn og to kvinner) ikke å delta i prosjektet, og ytterligere ni innsatte (åtte menn og en kvinne) fullførte ikke hele undersøkelsen. De 40 innsatte (69 % av de inkluderte) som deltok i hele undersøkelsen, hadde skrevet under på en erklæring om frivillig deltakelse i studien, som er godkjent av fengselsdirektør og den regionale komité for medisinsk forskningsetikk. I tabell 1 vises bakgrunnsvariabler for deltakerne sammenliknet med personer som ikke deltok, men som også kom inn under inklusjonskriteriene.

I utvalget var det rundt tre ganger så mange menn som kvinner. Kvinnene i denne studien er likevel betydelig overrepresentert i forhold til andre norske fengsler der det i gjennomsnitt er 16 ganger så mange menn som kvinner (3). Blant deltakerne i vårt utvalg var det like mange varetektsinnsatte som soningsinnsatte. Dette er en overrepre-

! Hovedbudskap

- Fengselsinnsatte er en gruppe med høy psykisk belastning og høy forekomst av rusproblemer og personlighetsforstyrrelser
- Psykiske lidelser fanges i større grad opp av helsetjenesten ved fengselet der undersøkelsen fant sted enn i internasjonale studier

Tabell 1 Bakgrunnsvariablene av utvalget, deltakere versus ikke-deltakere

N = 58	Deltar		Deltar ikke	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Kjønn				
Menn	29	72,5	15	83
Kvinner	11	27,5	3	17
Alder i gjennomsnitt (SD) [spredning]	30,6 (7,6) [18–44]		29,8 (7,8) [18–45]	
Sivil status			Ukjent	Ukjent
Gift	3	7,5		
Separert/skilt	3	7,5		
Samboer	10	25		
Bor alene	24	60		
Varetekt eller soning				
Varetekt	23	57,5	8	45
Soning	17	42,5	10	55
Isolasjon				
Ja	3	7,5	1	5,6
Nei	37	92,5	17	94,4
Antall døgn i fengsel			Ukjent	Ukjent
1–2 dager	13	32,5		
3–7 dager	4	10		
8–14 dager	2	5		
15–60 dager	4	10		
61–364 dager	12	30		
1–20 år	4	10		
Mangler	1	2,5		
Etnisk tilhørighet				
Norsk	38	95	18	100
Ikke norsk	2	5	0	0
Totalt	40		18	

sentasjon av vareteksinnsatte sammenliknet med andre norske fengsler (3). Nesten en av ti innsatte i utvalget var i isolat. Ved den første screeningen hadde halvparten av de innsatte vært i fengsel i mindre enn to uker. Vi fant ingen signifikante forskjeller mellom deltakere og ikke-deltakere (tab 1). Etniske nordmenn var allikevel overrepresentert, siden 18 personer ble ekskludert fra å delta på grunn av manglende språkforståelse.

Fremgangsmåten

Sykepleieren ved fengselets helsetjeneste intervjuet de innsatte med screeningsdelen av et

strukturert klinisk intervju for psykiatriske symptomer (SPIFA). Innen en uke etter screeningen fikk den innsatte en avtale hos psykologspesialist eller psykologstudent, som intervjuet den innsatte ved hjelp av SPIFA-manualen.

I tillegg fylte hver innsatte ut Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) og Millon Clinical Multiaxial Inventory-2 (MCMI-2). Hele undersøkelsen varte i gjennomsnitt to timer.

For å kartlegge det aktuelle behandlingstilbudet for innsatte med psykiske lidelser ble opplysninger om de innsattes medisiner og psykologiske behandling hentet inn.

Instrumenter

Strukturert Psykiatrisk Intervju for Allmennpraksis, (SPIFA) (7) er utviklet som et hjelpemiddel for allmennpraktiserende leger til å diagnostisere psykiske lidelser. Foreløpige og ikke-publiserte data fra SPIFA-manualens forfatter (7) indikerer en internterrelabilitet varierende fra moderat til god ($\kappa = 0,48-0,77$) og en samvariasjon med Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID I) fra middels til god ($\kappa = 0,30-0,63$). SPIFA baserer seg på DSM-IV-kriteriene for psykiske lidelser. SPIFA innbefatter også Montgomery-Asberg depression rating scale (MADRS) (8) og Klinisk Angst Skala (KAS) (9). Disse er nasjonalt og internasjonalt anerkjente instrumenter som måler dybden på henholdsvis en depresjon eller en angstlidelse.

Vi definerte en «behandlingstrengende psykisk lidelse» som en psykisk lidelse som oppfyller DSM-IV-kriteriene i henhold til SPIFA-manualen. Tillegskriteriet for en behandlingstrengende depresjon var en MADRS-skåre over 19 og for en behandlingstrengende angstlidelse en KAS-skåre over 14. Dette for å skille ut lette depresjoner og angstlidelser som ikke vurderes som behandlingstrengende.

Symptom Checklist 90-R (SCL-90-R) er et selvutfyllingsskjema som omhandler angst, depresjon, tvangssymptomer, interpersonlige forhold og psykotiske symptomer (10). Den er oversatt til norsk og er brukt i en rekke norske og internasjonale studier (11).

Ulike studier har konkludert med at SCL-90-R mer er et mål på generelle psykiske plager enn et mål på ulike symptomkonstellasjoner (12–15). Vi beregnet derfor en skåre for generelle psykiske plager, Generell alvorlighetsindeks (oversatt fra engelsk General Severity Indeks, GSI) for alle deltakere (16). Vi beregnet ikke skårene på delskalaene til SCL-90-R. En GSI-skåre på 1,0 eller høyere regnes som et pålitelig tegn på selvopplevd betydelig psykisk ubehag hos fengselsinnsatte (2, 17). SCL-90-R brukes her som et forsøk

Tabell 2 Fordeling av psykisk lidelse blant de innsatte

N = 40 Hovedgruppene	Antall i hovedgruppene	Undergruppene	Antall i undergruppene
Ingen behandlingstrengende psykisk lidelse	22		
Behandlingstrengende psykisk lidelse	18		
	Herav:		
		Substansindusert psykose	2
		Substansindusert psykose og angstlidelse	2
		Substansindusert psykose, angstlidelse og posttraumatisk stressforstyrrelse	1
		Substansindusert psykose og alvorlig depresjon	1
		Funksjonell psykose, moderat depresjon og posttraumatisk stressforstyrrelse	1
		Moderat depresjon	1
		Moderat depresjon og posttraumatisk stressforstyrrelse	1
		Moderat depresjon og angstlidelse	5
		Alvorlig depresjon og anorexia nervosa	1
		Angstlidelse	2
		Angstlidelse og posttraumatisk stressforstyrrelse	1

Tabell 3 Type behandling fordelt over kategoriene ingen behandlingstrengende psykisk lidelse og behandlingstrengende psykisk lidelse

n = 40	Ingen behandlingstrengende psykisk lidelse	Behandlingstrengende psykisk lidelse
<i>Antipsykotisk</i>		
Høydose	4	4
Lavdose 1. generasjon	0	1
Lavdose 2. generasjon	0	1
<i>Antidepressiv</i>		
Selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI)	1	2
Trisykliske	4	3
Andre	1	3
<i>Antiepileptisk/stemningsstabiliserende</i>		
Antiepileptisk	1	1
<i>Anxiolytisk</i>		
Fentiazinderivater	3	6
Benzodiazapiner	1	2
Buspiron	2	3
Metadon	1	1
Antall personer på psykoaktiv medikasjon	12	13
Antall personer uten psykoaktiv medikasjon	10	5
Antall innsatte som fikk psykologisk behandling	2	7
Totalt antall personer i denne kategorien	22	18

på å validere vår måte å kartlegge utbredelse av psykisk lidelse blant de innsatte.

Millon Clinical Multiaxial Inventory-2 (MCMI-2) er et selvutfyllings skjema med 175 spørsmål (18) som er oversatt og bearbeidet til norske forhold av Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning. Skjemaet anvendes her for å kartlegge utbredelse av personlighetsforstyrrelser, særlig antisosial personlighetsforstyrrelse.

Resultater

18 innsatte (48 % av de 40 innsatte som ble intervjuet) hadde en behandlingstrengende psykisk lidelse (tab 2): To hadde en alvorlig depresjon (MADRS-skåre 35 eller høyere), åtte en moderat depresjon (MADRS-skåre mellom 20 og 34), 11 hadde en angstlidelse. Sju innsatte viste psykosesymptomer. Seks av disse hadde regelmessig brukt illegale psykoaktive stoffer senest seks uker før intervjuet. Hos disse ble psykosesymptomene vurdert som substansinduserte. Posttraumatisk stresslidelse i tillegg til andre symptomer på psykisk lidelse fantes hos fire innsatte.

SCL-90-R

Av de som ble intervjuet hadde 20 (50 %) en GSI-skåre på 1,0 eller høyere, herav hadde åtte (20 %) en GSI-skåre mellom 1 og 1,5. 12 (30 %) hadde en GSI på 1,5 eller høyere. Med en GSI-grenseverdi på 1,0 fant vi en moderat overensstemmelse mellom rapportert selvopplevd psykisk ubehag med SCL-90-R og observert sannsynlig behandlingstrengende psykisk lidelse (kappa = 0,55; p < 0,001; sensitivitet = 75 %, spesifisitet = 80 %), noe som indikerer validiteten til vår utredningsmetode for psykisk helse.

Rusproblemer

Ifølge DSM-IV-kriteriene misbrakte 39 av de 40 intervjuede innsatte (95 %) alkohol og/eller illegale psykoaktive stoffer: Tre personer (7,5 %) misbrakte kun alkohol, 23 personer (57,5 %) misbrakte kun stoff, 12 personer (30 %) misbrakte både illegale psykoaktive stoffer og alkohol. (35 %) av de 40 respondentene oppfylte også DSM-IV-kriteriene for avhengighet i forhold til alkohol og/eller illegale psykoaktive stoffer: Fire personer (10 %) var avhengig av kun alkohol, fem personer (12,5 %) var avhengig av kun illegale psykoaktive stoffer og fem personer (12,5 %) var avhengig av både illegale psykoaktive stoffer og alkohol. Blant de innsatte med misbruk av psykoaktive stoffer var det betydelig flere med en behandlingstrengende psykisk lidelse sammenliknet med innsatte uten misbruksproblemer (henholdsvis 80 % og 20 %).

Personlighetsforstyrrelser

Ved hjelp av Millon Clinical Multiaxial Inventory-2 (MCMI-2) ble de innsattes symptomer på personlighetsforstyrrelser kartlagt. Etter de strengeste kriteriene (over 85-percentilen) hadde 32 (80 %) av de innsatte en personlighetsforstyrrelse, 25 (63 %) hadde en antisosial personlighetsforstyrrelse.

Helsetjenesten

En av de to innsatte med symptomer på en alvorlig depresjon ble behandlet med antidepressiver, mens fire av de åtte innsatte med symptomer på en moderat depresjon samt sju av de 16 med en mild depresjon fikk medikamentell antidepressiv behandling (tab 3). Den ene innsatte med en funksjonell

psykose og fire av de seks innsatte med substansinduserte psykoser var under antipsykotisk behandling. Til sammen ble 13 av de 18 personene (73 %) med behandlingstrengende psykisk lidelse behandlet med psykofarmaka og er dermed blitt fanget opp av fengselets helsetjeneste. Tre av de fire med posttraumatisk stresslidelse og en av de to med symptomer på alvorlig depresjon fikk samtaler med psykolog. Den ene innsatte med anorexia nervosa og alvorlig depresjon hadde ingen samtaler med psykolog, mens den ene med en funksjonell psykose hadde slike regelmessige samtaler.

Av de 22 innsatte uten behandlingstrengende psykiske lidelser var 12 under behandling med psykofarmaka.

Diskusjon

I likhet med andre norske (2, 19) og internasjonale studier (1) fant vi at psykiske lidelser og misbruk av psykoaktive stoffer forekommer hyppig hos fengselsinnsatte. Vi fant en klinisk betydelig forskjell i forekomst av psykiske lidelser hos innsatte som misbruker psykoaktive stoffer enn hos dem som ikke misbruker slike stoffer. Antallet deltakere i denne studien var imidlertid for lavt til å kunne fastslå om denne forskjellen også er statistisk signifikant.

Betydelig flere innsatte med psykisk lidelse fanges opp av helsevesenet i dette fengselet enn i den newzealandske studien (5). Men også her får en viss andel av de innsatte med behandlingstrengende psykisk lidelse ingen behandling av helsevesenet. På intervjutidspunktet hadde nesten halvparten av de innsatte vært i fengsel i mindre enn to uker. Muligens hadde fengselets helsetjeneste identifisert disse innsatte med psykiske lidelser på et senere tidspunkt.

Halvparten av de innsatte som ikke har en behandlingstrengende psykisk lidelse, blir behandlet med psykofarmaka. Dette kan skyldes at medisineringen har ført til at symptomene på deres psykiske lidelse ikke lenger fremstår som behandlingstrengende. En annen forklaring kan være at disse medisinene blir brukt for uro og søvnproblemer hos personer som ikke oppfyller kriteriene for en psykisk lidelse.

Den store utbredelsen av personlighetsforstyrrelser tilsier at psykologisk behandling i form av innsiktsgivende samtalerapi vil ha begrenset verdi. Individuelle behandlingsformer eller gruppebehandling med et kognitivt atferdsterapeutisk innslag vil være mer hensiktsmessig. Slike behandlingsformer har fått en viss utbredelse i noen norske fengsler i Norge, for eksempel Bergen fengsel (20).

Også i Stavanger fengsel holdes kurs med en kognitiv atferdsterapeutisk vinkling, for eksempel et sinnemestringskurs, men disse er ikke en del av helsetjenestens virksomhet. Integrering av denne behandlingsformen i fengselets helsevesen vil kunne føre til en kvalitetsmessig forbedring av slike behandlingstiltak.

Behandling med psykofarmaka vil ikke alltid være den beste eller eneste behandlingsformen. Valg og evaluering av behandlingstiltak for innsatte med psykiske lidelser forutsetter en god informasjonsflyt mellom ansatte i helsevesenet og ansatte i fengselet. Et bedre samarbeid mellom fengselshelse-tjenesten og fengselstjenestemenn vil trolig kunne føre til bedre forhold for innsatte med psykiske lidelser.

Kan man generalisere våre funn til forhold i andre norske fengsler? Kvinner og varetektsinnsatte i vårt utvalg var overrepresentert sammenliknet med andre norske fengsler, mens innsatte med utenlandsk bakgrunn var underrepresentert. På grunn av problemer med språk og kultur samt høy forekomst av traumer i den utenlandske populasjonen i fengselet, vil forekomsten av psykisk lidelse blant disse mest sannsynlig være høyere enn blant norske innsatte.

Forholdet mellom antall årsverk i helse-tjenesten og antall innsatte ved Stavanger fengsel er omtrent likt som ved et annet fengsel i Rogaland; Åna fengsel med 196 plasser har 0,2 legeårsverk, 0,2 psykologårsverk og tre sykepleierårsverk, men dette forholdet er ikke representativt for alle norske fengsler, for eksempel hadde de 350 innsatte ved Oslo fengsel i 2000 tilgang på en allmennhelsetjeneste som da hadde 2,2 legeårsverk, 12 sykepleierårsverk og seks hjelpepleierårsverk (21).

Generaliserbarheten av våre funn er begrenset. Kun en landsdekkende undersøkelse vil kunne avdekke om innsatte med psykiske lidelser i norske fengsler, har god nok tilgang til nødvendig helsehjelp (22).

Litteratur

1. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorders in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet* 2002; 359: 545–50.
2. Gamman T, Linaker OM. Screening for psykiatrisk lidelse blant fengselsinnsatte. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 2151–3.
3. Statistisk årbok. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2003. www.ssb.no/aarbok/tab/t-030110-119.html
4. Brooke D, Taylor C, Gunn J et al. Point prevalence of mental disorder in unconvicted male prisoners in England and Wales. *BMJ* 1996; 313: 1524–7.
5. Brinded PM, Simpson AI, Laidlaw TM et al. Prevalence of psychiatric disorders in New Zealand prisons: a national study. *Aust N Z J Psychiatry* 2001; 35: 166–73.
6. Mortensen Ø, Gjelten JO, Waage L et al. Symptomer hos innsatte i varetekt: effekten av mestringstil og generelle mestringforventninger. *Tidsskr Nor Psykologforen* 2000; 37: 1017–23.
7. Dahl AA, Krüger MB, Dahl NH et al. Strukturert psykiatrisk intervju for allmennpraksis. Oslo: GlaxoSmithKline, 2001.
8. Montgomery S, Åsberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 1979; 134: 382–9.
9. Snaith RP, Baugh SJ, Clayden AD et al. The clinical anxiety scale: an instrument derived from the Hamilton anxiety scale. *Br J Psychiatry* 1982; 93: 177–80.
10. Derogatis L, Lipman R, Rickelse K. The Hopkins Symptom Check List (HSCL): A self-report inventory. *Behav Sci* 1974; 19: 1–15.
11. Dalgard OS, Døhlie E, Ystgaard M. Sosialt nettverk, helse og samfunn. Oslo: Universitetsforlaget, 1995.
12. Brophy CJ, Norvell NK, Kiluk DJ. An examination of the factor structure and convergent and discriminant validity of the SCL-90-R in an outpatient clinic population. *J Pers Assess* 1988; 52: 334–40.
13. Clark A, Friedman MJ. Factor structure and discriminant validity of the SCL-90 in a veteran psychiatric population. *J Pers Assess* 1983; 47: 396–404.
14. Cyr JJ, McKenna-Foley JM, Peacock E. Factor structure of the SCL-90-R: Is there one? *J Pers Assess* 1985; 49: 571–8.
15. Dinning DW, Evans RG. Discriminant and convergent validity of the SCL-90 in psychiatric inpatients. *J Pers Assess* 1977; 41: 304–10.
16. Derogatis LR. SCL-90-R: administration, scoring and procedures manual-II for the (revised) version and other instruments of the psychopathology rating scale series. Baltimore, MD: Cincal Psychometric Research, 1992.
17. Gude T, Vaglum P. One-year follow-up of patients with cluster C personality disorders: A prospective study comparing patients with «pure» C and comorbid conditions within cluster C, and «pure» C with «pure» A or B conditions. *J Personal Disord* 2001; 15: 216–28.
18. Wetzler S. The Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI): a review. *J Pers Assess* 1990; 55: 445–64.
19. 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.
20. Waage L, Nøttestad JM. Det interaktive fengsel. Om organisering av fengsel som behandlingsarena. I: S. Mossige, red. *Personer som begår seksuelle overgrep mot barn. Forståelse, behandling og straff*. København: Nordisk Ministerråd, 2000: 105–116.
21. Stang J, Moe J, Teigset IA et al. Fanger i sikkerhetscelle – en utfordring. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 1844–6.
22. Pasientrettighetsloven. Oslo: Stiftelsen Lovdata, 2002.