

# Psykisk uhelse i fengselspopulasjonen – hvorfor angår det i liten grad samfunnet?

Randi Rosenqvist

Ila fengsel og forvaringsanstalt

Oslo Universitetssykehus, Kompetansesenter for sikkerhetspsykiatri,  
fengselspsykiatri og rettspsykiatri

# Straffereaksjoner 2016

- **Straffereaksjoner i alt 290 923, Anmeldte forhold 318 617**
- Betinget påtaleunndatelse 3 261
- Forenklet forelegg 217 197
- Forelegg 50 586
- Bot ved dom 1 796
- Samfunnsstraff 1 944
- Betinget fengsel 5 474
- **Ubetinget fengsel 10 556**
- **Særreaksjon eller annen type reaksjon 109**
- Straffede personer i alt 259 139

# Hvem sitte i fengsel?

- Ca 4000 mann til enhver tid, inklusive noen kvinner
  - De fleste relativt kort tid
  - Noen mer enn 10 -15 år
- De «velfungerende» med mindre alvorlig kriminalitet kan få hjemmesoning, eller samfunnsstraff, eller betinget straff med dommeroppfølging av rus. Mange får betinget straff.
- Fengsler deles i to, høysikkerhet og lavsikkerhet (åpne fengsler)
- De som sitte i høysikkerhet er svært belastet med psykiske lidelser

# Cramers undersøkelse om psykiatrisk sykkelighet blant domssonere (2014) n = 852

- Angstlidelser 42 %
- Stemningslidelser 23 %
- Alkoholmisbruk 29%
- Andre rusmidler 51 % Både alkohol og annet 14 %
- Minst en personlighetsforstyrrelse 73 %
- ADHD voksen 18%
- **Pågående psykoselidelser totalt i materialet , 4.1 %**
- Psykoselidelse nå (ikke-affektiv) 1.3 % . Tidligere 3.3 %
- Affektive nå 2.9 %, tidligere 5.6 %

# Innsatte skal i teorien være tilregnelige

- Men ikke nødvendigvis i varetekt eller under forvaring! Og noen blir ikke oppdaget som psykotiske/høygradig psykisk utviklingshemmet før etter lang soning.
- Strpl §459  
”Fullbyrding av frihetsstraff eller samfunnsstraff skal utsettes dersom domfelte er blitt alvorlig sinnslidende eller hans helsetilstand ellers gjør fullbyrding utilrådelig”

# «Alvorlig sinnslidelse»

- Også enkelte andre tilstander enn psykosen omfattes av lovens hovedvilkår. Når det gjelder hvilke grensetilfeller dette gjelder, vil man stå overfor en helhetsvurdering der ikke bare selve sykdomstilstanden, men også utslagene den gir seg, må tillegges vekt. **Spørsmålet er om sykdommen får så store konsekvenser for pasientens funksjons og realitetsvurderende evne at tilstanden kan sidestilles med en psykoselidelse.**

- Som eksempel på tilfeller der hovedvilkåret kan være oppfylt uten at pasienten er psykotisk, nevnes alvorligs grader av spiseforstyrrelser og/eller personlighetsforstyrrelser. Ved den konkrete vurderingen av om pasienten med en slik lidelse oppfyller lovens hovedvilkår, må det legges vekt på pasientens atferdsmønster, situasjonsforståelse, sykdomsinnsikt, mestringssevne og eventuelle andre psykiske symptomer. I tillegg skal det legges vekt på sykdommens alvorlighetsgrad og hvor lenge sykdommen har vart.

- Det vil altså være art og grad av psykiske symptomer som avgjør om hovedvilkåret er oppfylt, I denne vurderingen er det ikke relevant om symptomene er utløst av rusmiddelmisbruk eller andre årsaker.



# Situasjonen i dag er at

- Helseministeren vil ha færre i psykiatriske senger og kortere opphold
  - Pasienter bor «hjemme»
- Justisministeren vil ha fler inn i psykiatrien
  - Dom til tphv
  - «dom til tphv light»
  - Plikt til å ta inn i psykiatrien psykotiske i varetekt
- Og ingen sier at de synes det er ok å ha alvorlig sinnslidende i fengsel

- Straffeloven og lov om psykisk helsevern er ikke i harmoni
- Det er vanskelig å diagnostisere psykoser hos pasienter som ikke snakker så mye, er paranoide, avvisende og truende
- Det er få plasser for langtidsinnleggelse av utagerende pasienter

# Alle i fengsel skal motta adekvat helsehjelp

- Slik er det ikke
- Fengselsinnsatte har andre psykisk symptomatologi enn de «vanlige» DPS pasientene. Behov for spisskompetanse.
- Hva er «helsehjelp»?
  - Omsorg ved psykisk lidelse som er vanskelig å behandle, faller vel utenfor??
  - I hvilken grad vi døgnavdelinger ha kompetanse i behandling av utagerende pasienter?

# Døgnbehandling psykiatrien, SSB

	<b>1990</b>	<b>2017</b>
Døgnplasser	7 745	3 444
Utskrivninger	20 259	54 065

# Generelle tendenser i psykiatrien

- Mindre "omsorg", mer tiltak for hjemmeboende
- Mer pasientautonomi
- Mindre bruk av tvangsmidler
- Mindre bruk av tvangsmedisinering
- Kortere opphold
- Mer fokus på vedtak, klageadgang osv
- DPS skal være pasientens hovedkontakt
- **DETTE ER BRA!**

# Men

- De aller dårligst fungerende pasienter kan ikke nytte seg av dette.
- Antall plasser i regionale sikkerhetsavdelinger er dessverre også gått ned. Det har aldri vært utbygget det sengetallet som ble anbefalt da Reitgjerdet sykehus ble nedlagt
- Antall RSA-senger per 100 000 innbyggere:  
*1990 1,3    1996 2.3    2008 0,8*  
(tidskrift nr 8, 2009;129:767-9)

Totalt antall RSA senger 2013 36 (*ca 0.7 per 100 000*)

# Aktive, aggressive, paranoide, unge dysfunksjonelle personer, ofte med rus

- Er de syke eller friske??
- (NB: Jeg mener IKKE at alle kriminelle er *syke!*)
- Uansett: kommunene, fengsler og til dels spesialisthelsetjenesten må forholde seg til dem.
- Og samfunnet må leve med dem.
- De er lite populære, de er dyre i drift og de utgjør en sikkerhetsrisiko
- Kunne vi som samfunn håndtert dette bedre?

- Finnes det effektiv behandling for dyssosial personlighetsforstyrrelse?  
NEPPE
- Finnes det effektiv behandling av rusmiddelavhengighet? Neppe, med mindre pasienten ***virkelig*** er motivert.
- Finnes det effektiv behandling for hjerneskader forårsaket av overdoser eller hjernerystelser (slosskamp eller bilulykke)? NEPPE
- Finnes det effektiv behandling for psykoser? Ja, men ikke alle, ikke hele tiden

Vil straff endre deres adferd? NEPPE

Vil polikliniske behandling med en time hver 14 dag endre deres adferd?  
NEPPE



# Når er "tvang" omsorg?

- Vi tvinger våre barn til å stå opp og gå på skolen og sågar til tannlegen (premie etterpå!)
- Vi tvinges til å gå på jobb, ellers får vi ikke lønn. Vi er nokså nødt til å sove om natten, bruke penger på mat og kle oss rimelig fornuftig. **Vi gjør det fordi vi mener det er riktig.**
- Hvorfor skal ikke alvorlig syke være nødt til noe tilsvarende?
- Er autonomi viktigere enn å leve anstendig?
- Er pasientautonomi billigere på kort sikt enn god omsorg?
  
- Blir disse syke menneskene (ofte med en sørgelig barndom) også sviktet som voksne (når de tillates å gå til h\*\*\*\*) ?

# Eksempel 1

- Kronisk psykoselidelse, behandlet med medikamenter med en viss effekt.
- Skrives ut etter eget ønske. Isolerer seg, går ikke til DPS, har ingen aktiviteter på dagtid, blir ytterligere emosjonelt avflatet, tvangspreget, redd. Avviser tilbud fra kommunen og phv.
- Begår kriminalitet under rus og de sakkyndidige sier at han ikke var utilregnelig på handlingstiden(e). Primært negative symptomer. (flere og flere i den kategori!)
- Sitter i fengsel og avviser behandling og blir avvist av behandlingsapparatet utvikler positive symptomer.
- Billig, **men bra???**

# Eksempel 2

- Mann, 35 år, IQ ca 75, ADHD, PF, hodeskader, rusmisbruk, massiv kriminalitet og utagering
- Forvaringsstraff.
  
- Trenger sannsynligvis omsorg resten av livet. Hvem skal gi ham det? Kriminalomsorgen?? Kommunen?? Psykiatrien??
- Hvor mye er det riktig at han får "bestemme selv"?