

OM BRUK AV ISOLASJON UNDER VARETEKTSFENGLING

AV PSYKIATER TOR GAMMAN

*Norway has been criticised for the excessive use of isolation among inmates who are held in custody. Among these critics is the Torture Committee of the Council of Europe (CPT). Despite criticism, there is no indication that the use of isolation will decrease. Studies have shown that isolation can lead to severe mental illness among inmates. The risk to mental health generally increases with the duration of the isolation. But we also know that certain inmates, who are predisposed for mental instability, cannot endure isolation at all. In medical terms, one can describe an "isolation syndrome" characterised by symptoms such as reduced cognitive capacity, and an inability to sleep and maintain a normal daily routine. It is also associated with depression, anxiety, and elevated feelings of distress. A comparison between samples of isolated and non-isolated inmates shows significant differences in well-being, use of medication, and mental health. Other studies have shown that isolation is associated with a high risk of hospitalisation during custody, and that more than half of all suicides in Norwegian prisons are committed during periods of isolation. The maximum length of isolation has no legal limit. It is up to the court to decide how long an inmate can be held under these conditions. Doctors are ordered to see isolated inmates on a weekly basis, but medical considerations are often disregarded by the court. This can lead to ethical problems for the medical staff.**

Varetekt øker påny i Norge (1). Økningen skjer på tross av at antall innsettelse i fengslene er på veg ned. Man antar at 20-30% av de som til enhver tid sitter varetektfengslet, er undergitt særskilte restriksjoner. Med dette menes brev- og besøks kontroll, eller medie kontroll. Slike særskilte restriksjoner, som pålegges den innsatte for at han ikke skal kunne påvirke politiets etterforskning, gis av retten for en tidsbestemt periode, men kan forlenges, dersom retten anser dette for nødvendig. Det finnes ingen maksimumsgrense for hvor lenge restriksjonene kan opprettholdes. Dersom det ilegges restriksjoner, fører dette til at den innsatte blir holdt isolert fra andre fanger. Han eller hun må sitte 23 timer i døgn på cella, og må luften alene. Man får lov til å ha kontakt med fengselspersonalet, helsetjenesten og presten. I tillegg kan man få besøk av visitor, formidlet av Røde Kors visitortjeneste. Kontrollert besøk kan gis under oppsyn fra politiet.

Norge har blitt kritisert for bruken av isolasjon under varetekt. Flere mener at

* Title in English: *The Detrimental Effects of Solitary Confinement in Norwegian Prisons*. Original in Norwegian.

slike restriksjoner oppnås lettere her enn i andre land. Professor Rod Morgan mener at Norge misbruker isolasjon, og at vi har utviklet en egen tradisjon med å isolere varetektsinnsatte. Han har påpekt det åpenbare paradoks at mens Norge i andre sammenhenger fremstår som et humanistisk foregangsland, har vi på dette området svært lite å lære bort (2). Morgan, som har assistert Europarådets torturkomite, mener at isolasjonen kan føre til et så stort press på de varetektsinnsatte at enkelte kan komme til å tilstå forhold de ikke har begått. Han har også påpekt en uheldig kobling mellom oppheving av restriksjoner og tilståelse, en kobling som Justisministeren ikke entydig har tilbakevist.

Det er uklart hvor lenge isolasjon har vært i bruk i fengsler, men det er grunn til å anta at dette har pågått i lang tid. Frem til 1981 kunne norske livstidsfanger bli dømt til isoleringsstraff (straffeprosesslovens § 20). Ifølge Grassian (3) begynte man i USA allerede på 1830-tallet å stille spørsmål om det fantes en sammenheng mellom bruk av isolasjon og psykotiske reaksjoner blant de innsatte, og så tidlig som i 1890 kom Høyesterett i USA med en fordømmelse av bruk av isolasjon (p.g.a. risk for økt psykisk sykkelighet). Fengselsprest Eivind Bergrav observerte i 1928 at innsattes vitalitet ble redusert under isolasjon (4).

Thørnquist beskrev i 1967 psykiske reaksjoner under varetekt, blandt annet paranoide syndromer og akutte forvirringsreaksjoner (5). Volkart fant i 1983 at varetektinnsatte hadde en betydelig risiko for innleggelse i psykiatrisk sykehus (6). Hurley fant i en studie i 1989 at selvmordsrisikoen var størst i begynnelsen av varektsperioden (7). Dette funnet har blitt bekreftet av andre. Går vi til norske tall, viser disse at 72% av alle selvmord i våre fengsler begås under varetektsperioden (58 av totalt 81 suicid registrert i perioden 1956-91) (8).

Man må sannsynligvis være jurist for å forstå grunnlaget for vår varetektspraksis. For lekmenn som ønsker innsyn i dette, vil det lovmessige grunnlaget for å behandle varetektsinnsatte med isolasjon, virke uklart. Et problem er at begrepet isolasjon ikke nevnes i straffeprosessloven. Et annet er at det ikke finnes noen logisk kobling mellom begrepene brev og besøkskontroll og isolering (9). Riktignok er brev og besøkskontroll hjemlet i §186 i straffeprosessloven, men begrepet isolasjon er ikke nevnt i lovteksten. Leser man lovteksten alene, er det ingen logisk sammenheng mellom særskilte varetektsrestriksjoner og isolering. Noen vil si at det ligger i lovens "indre logikk" at besøkskontroll fører til isolering. Andre viser til måten restriksjonene praktiseres på. Derfor kan det se ut som at det at fanger isoleres fra hverandre, er en praksis som har utviklet seg med basis i fengselsreglementet. Dette er i overenstemmelse med advokat John Chr. Eldens uttalelse til Aftenposten den 25 09 00: "Praksis er kun hjemlet i fengselsreglementet som sier at de innsatte kun skal ha samkvem med andre innsatte, dersom politiet samtykker i det", - og videre heter det: "Slik det virker nå, er isoleringen kommet inn bakveien gjennom et rundskriv fra Justisdepartementet".

Jeg vet ikke hvilket rundskriv det siktes til, men i Fengselstyrets rundskriv nr

6 1997 (10) tar man opp varetektsproblematikken, inkludert dette med isolasjon. Her nevnes ulike tiltak for å forebygge helseskader for de som er isolert. I tillegg slår man fast at det kun er påtalemyndigheten som har kompetanse til å beslutte endring i ilagte restriksjoner. Senere fastslås det at fengselslegen "uten ugrunnet opphold, skal varsles om utelukkning eller vesentlig innskrenkelse av felleskapet". Videre får helsetjenesten "ballen i fanget" når det heter at lege skal tilse den innsatte snarest, hvis opplysninger tyder på at den innsatte er syk eller tjenestemann ber om det. Tilslutt pålegger rundskrivet helsetjenesten å tilse den innsatte så lenge som restriksjonene varer ved, og evt. underrette fengselsledelsen "dersom helsetilstanden tilsier opphevelse/lempning av tiltaket".

Det er ikke til å underslå at slike restriksjoner fører til betydelig merarbeid for en helsetjeneste som på forhånd har små ressurser. I tillegg kommer at mange som arbeider i fengselshelsetjenesten, nok føler denne situasjonen som særlig ubehagelig. Helsepersonell er jo opplært til å diagnostisere og behandle sykdom og årsak til sykdom. I fengselet møter man en omvendt situasjon, man må forholde seg til lidelse som i hvertfall delvis er situasjonsbetinget.

Helsemessige konsekvenser

Det er gjort noe forskning på sammenhengen mellom isolasjon og sykdom i Norge.

Jeg gjorde i perioden 1990-93 en prospektiv studie (11) der jeg fulgte 63 varetektsinnsatte som satt isolert. Jeg utelukket individer som åpenbart var i kraftig abstinens eller psykosetruet. Grunnen til dette var at jeg ville studere "isolasjonstypiske" plager (hvis de fantes). Jeg registrerte regelmessig plagene til de innsatte, samtidig som jeg forsøkte å behandle disse. Jeg mente å observere at plagene økte på over tid, på tross av pågående medisinsk behandling. De hyppigst forekommende klagene dannet basis for et observasjonskjema som ble brukt i en oppfølgingstudie, der en gruppe varetektsinnsatte som var isolert, ble sammenlignet med en gruppe varetektsinnsatte som hadde adgang til felleskap og samvær med andre innsatte (12).

Resultatene av den første studien var at 44 av 63 innsatte i løpet av de fire første ukene klaget over søvnansker, 18 fikk konsentrasjonsproblemer, 19 fikk smerter i mavetarmregionen, 29 fikk smerter i hode, nakke eller rygg, 8 fikk symptomer fra hjerte-karkretsløpet, 28 klaget over angst, 18 ble deprimerede og 8 foretok seg selvbeskadigende handlinger (ved å påføre seg kutt, vanligvis på armene, eller ved å svelge skarpe gjenstander), se tabell 1. Etter lang tids isolasjon utviklet to personer psykose. I gjennomsnitt ble det registrert 3 ulike klager per person. 4 personer var helt uten besvær. 17 personer hadde 4 ulike plager eller mer. Disse 17 satt isolert i gjennomsnitt 9,5 uker.

Tabell 1. Situasjonen blant 63 innsatte etter fire ukers isolasjon.

Plage	Antall
Konsentrasjonsvansker	18
Søvnvansker	44
Mavesmerter	19
Hode, nakke og ryggmerter	29
Hjerte-kar-plager	8
Angstreaksjoner	28
Depressive reaksjoner	18
Selvmutillasjoner	8

Konklusjonen var at selv om toleransen for isolasjonens skadelige virkninger var individuell, så det ut som om skadevirkningene øket med tiden i isolasjon. Jeg antok at årsakene kunne forklares ut fra stressteoretiske betraktninger.

Gruppestudien var ferdig i 1995. Studien ble betegnet som "en klinisk studie av to grupper varetektsinnsatte". Her ble deltakerne tilfeldig utvalgt, men jeg ekskluderte de som åpenbart ikke ville tåle restriksjonene. De som ble ekskludert var delirtruede innsatte, individer som var psykotiske ved innsettelse, innsatte som var kjent for å utvikle en svært atypisk fengselsatferd fra tidligere opphold og innsatte med borderline personlighetsforstyrrelse.

54 varetektsinnsatte fordelt over to grupper, ble fulgt med intervju og et observasjonsskjema, der de vanligste plagene fra den første studien ble registrert og gradert fra 0 til 3. Gruppene ble ikke helt like. I gruppen som var isolert, var flere siktet for alvorlige narkotikaforbrytelser enn sammenlikningsgruppen. Isolasjonsgruppen hadde 5 års høyere gjennomsnittsalder enn sammenlikningsgruppen og individene i isolasjonsgruppen virket ved studiens begynnelse psykisk og fysisk noe friskere enn i sammenlikningsgruppen. Individene i isolasjonsgruppen skårte i tillegg høyere på sosiale variabler enn sammenlikningsgruppen. Mens det i sistnevnte gruppe kun var nordmenn, var det 5 utenlandske statsborgere i isolasjonsgruppen. I sammenlikningsgruppen var det flere individer med rusproblemer enn i isolasjonsgruppen.

2/3 av deltakerne satt ikke lenger enn 4 uker isolert. Gjennomsnittlig satt deltakerne isolert i 7,8 uker. Lengst tid i isolasjon var 20 uker. Det ble registrert signifikante forskjeller i plager mellom gruppene. Jeg nevner spesielt dårlig nattesøvn, konsentrasjonsevne, problemer med døgnrytmen, angstplager, depressive plager og smerter i mave og muskler/skjelett. Det var også en betydelig forskjell i medikamentforbruket mellom gruppene, der de isolerte konsumerte klart mest. 9 av de isolerte måtte behandles av annenlinjetjensten, poliklinisk eller i sykehus, mot 4 i sammenlikningsgruppen (tabell 2).

Tabell 2. Noen viktige forskjeller i plager mellom gruppene vist med Mann Whitney-test. Medianverdien referer til gjennomsnittsverdier i observasjons-skjemaet.

Plage	Medianverdi i isolasjonsgruppen n=27	Medianverdi i sammenlikningsgruppen n=27	p-verdi
Søvnproblem	2	1	0,01
Konsentrasjons-problem	2	1	0,0006
Problem m.. døgnrytme	2	0	0,0001
Hodepine	2	0	0,007
Nakkesmerter	2	0	0,02
Angst	2	2	0,03
Mavesmerter	0	0	0,08
Nedstemthet	2	0	0,0002
Medikamentbruk	1	0	0,00008

Det ble konstruert en enkel indeks for plager. Indeksen er summen av den skåre hver enkelt deltaker hadde på ulike plager. Den varierte mellom 0 (deltakeren rapporterte ingen plager) til 37 (deltakeren rapporterte om maksimal plage på hvert spørsmål).

Ved hjelp av en multipl linær regresjonsanalyse ble sammenhengen mellom alder, kjønn, tid i fengsel (varetekt), tid i isolasjon og plageindeksen vurdert. Denne viste en signifikant økning av plager med tid i isolasjon og med tid i fengsel (tabell 3).

Tabell 3. Resultater fra en multipl linær regresjonsanalyse med plageindeks (skåre 0-37) som avhengig variabel. Justert R²-verdi: 0,5

Variabel	Ustandardisert regresjonskoeffisient	Standardisert regresjonskoeffisient	p-verdi
Uker i isolat	15,2	0,8	0,0001
Kjønn	-7,0	-0,2	0,07
Alder	-0,1	-0,1	0,6
Uker i fengsel	0,5	0,4	0,001

Som bifunn kan nevnes at eksisterende somatisk sykdom lot til å forverre seg under isolasjonen. Blant annet døde en deltaker av forverring av hjertesykdom, kort tid etter at forbudet var over.

7 varetektsinnsatte ble ekskludert fra studien, da jeg vurderte det slik at de ikke ville tåle isolering. De ble imidlertid fulgt opp klinisk, mens de satt isolert. I løpet av relativt kort tid måtte isolasjonen avbrytes på grunn av at det oppsto psykotiske reaksjoner. Selv om disse ble behandlet, viste det seg at reaksjonene var svært vanskelig å behandle medikamentelt, mens de innsatte oppholdt seg i fengsel. De fleste av disse individene ble lagt inn i psykiatrisk sykehus. En begikk suicid. Ytterligere en døde under uklare omstendigheter på sykehuset.

Av andre studier bør nevnes den danske "Isolationsundersøgelsen" (13), der man fant at isolasjon under varetekt lot til å øke risikoen for behandling og innleggelse i psykiatrisk sykehus. Videre et ikke-publisert arbeid av Rustad og Kvanvig fra 1997 (14) som viste resultater sammenlignbare med min studie fra 1993.

Etiologi

Man snakker om et akutt og et kronisk isolasjonssyndrom. Det akutte er preget av de plager og symptomer som er nevnt ovenfor. Det kroniske utvikles over tid og er karakterisert av apati, anergi, sosial tilbaketrekning, økt angsttendens, tap av interesse for omgivelsene og redusert evne til å fungere sosialt. Det er gjort lite forskning både i Skandinavia og ellers i verden på det kroniske isolasjonssyndrom. Vi vet med andre ord ikke så mye om dette, men det finnes endel kliniske beskrivelser.

Det har lenge vært kjent at personer som er disponert for å få psykosener, er særlig psykoseutsatt under isolasjon. Pga denne kunnskapen trodde en at årsaken til isolasjonssyndromet skyldes sansedeprivasjon. Dette kan nok i enkelte tilfelle være medvirkende, men er neppe noen dekkende forklaring idag. For å forstå det som skjer, er det mer nærliggende å se på isolasjonsreaksjoner, inkludert psykosener, som utrykk for ekstremt stress.

Den innsatte har mistet kontakten med sine nærmeste, han er i ukjente omgivelser, får begrenset informasjon om det som foregår og må tilpasse seg en livssituasjon han ikke ønsker eller har forutsett. Han har ikke lenger selv styring over livet sitt. Han er under press fra påtalemyndigheten og fra andre som evt. er siktet i samme sak. Få har økonomisk rygggrad til å klare inntektstap over tid. Mange blir ruinert under varetektsperioden med de sosiale konsekvenser dette får. Stressteori kan forklare at mange synes å reagere med flere typer symptomer samtidig og at somatoforme symptomer er såpass hyppig forekommende (tabell 4). Spesielt triaden smerter, søvnvansker og depresjon er forenlig med det en kaller "det kroniske stressyndrom".

Tabell 4. Symptomer påvist under isolering.

Somatoforme symptomer	Hodepine Muskelsmerter i nakke og rygg Fordøyelsesproblemer, diare og mavesmerter Brystsmerter Blodtrykksøkning Sirkulasjonsforstyrrelser
Psykiske symptomer	Søvnvansker, depresjon og nedstemthet, angstreaksjoner, selvbeskadigelse, selvmordstanker, lettere grad av realitetsbrist, psykose
Kognitive forstyrrelser	Konsentrasjonsvansker, hukommelsesvansker, forstyrrelse av døgnrytmen, lettere grad av forvirring.

Isolasjon og tortur

Mange vil nok reagere på at isolasjon sammenlignes med tortur. Jeg mener at man ikke automatisk kan sette likhetstegn her. Men det er enighet om at isolasjon kan føre til betydelige plager for individet og også til sykdom. Derfor er det ikke urimelig å sammenligne isolasjonsreaksjonene, når de er påvisbare, med tortur. Jeg viser her til at Europarådets torturkomite, både under Norgesbesøk i 1993 og 1997, har vært kritisk til vår varetektspraksis (både bruk av politiarrest og isolasjon), som man forøvrig kaller et "skandinavisk fenomen", samt Morgans bekymring for at isolasjon kan medføre et press på innsatte som kan føre til falske tilståelser (15).

Etiske konsekvenser

I de fleste land er isolasjon i fengsel i bruk som en sanksjonsmetode, dersom den innsatte har forbrutt seg mot de interne regler i institusjonen. Isolasjon gis da som et tidsbegrenset straffetiltak. I Norge kaller man det "eneromsbehandling" og denne "behandlingen" oppfattes av de innsatte som en straff.

Når man er varetektsfengslet, er man under etterforskning, men man er ikke dømt. Isolasjon på dette tidspunkt blir å anse som en ekstra påkjønning eller straff. I tilfelle der saken ikke ender med pådømmelse, får dette svært uheldige konsekvenser. Man kan altså med rette etterlyse individets rettssikkerhet her. Selv om de fleste som varetekt fengsles også blir dømt, finnes det mange eksempler på det motsatte. Man har kritisert før at det ikke er noen begrensning i tid på restriksjonene. Og det at restriksjonene for noen kan oppfattes så plagsomme at

de føler et press om å tilstå, kanskje også ting de ikke har gjort, skaper et inkvisitorisk preg over norsk påtalemyndighet som vi bør klare oss uten. Tilslutt er det liten tvil om at isolasjon som menneskebehandling vil komme i konflikt med det europeiske synet på menneskerettigheter. Grunnen er så enkel som at retten til å ha samvær med andre, anses som en menneskerett. Det er videre uheldig at mens påtalemyndigheten har ansvar for å administrere restriksjonene, har helsearbeidere fått ansvar for å overvåke helsen til de som rammes.

Erfaring viser at det slett ikke er like lett å være lege, når en befinner seg i interessekonflikt med domstol og påtalemyndighet. Jeg nevnte den innsatte som kort tid etterat forbudet var opphevet, døde av hjertesvikt. I denne saken var fengselsledelsen, domstol og påtalemyndighet blitt varslet flere ganger. Det samme skjedde før en annen valgte å ta sitt liv. Selv om dette kanskje er ekstreme eksempler, viser de at det ikke er noen automatikk i at fengselslegens råd blir fulgt av påtalemyndighet eller domstol.

Jeg har forståelse for at politiet i alvorlige saker må kunne få drive "upåvirket etterforskning". Men mange problemer ville vært løst dersom man tidsbegrenset muligheten for bruk av restriksjoner. Ut fra en helsemessig vurdering burde to - kanskje tre uker være en passende grense. Et alternativ er å opprette egne varetektsavdelinger, der de innsatt får ha kontakt og delta i aktiviteter innad, men der de har begrensninger utad.

Avslutning

I en situasjon der varetekt påny øker og der en stor andel av de varetektinnsatte har restriksjoner, bør bruken av isolasjon revurderes. Slik praksis er i norsk fengselsvesen, betyr "brev og besøkskontroll" nesten alltid at innsatte blir isolert. Det er faglig enighet om at isolering kan få uheldige helsemessige konsekvenser for den enkelte innsatte. Norge blir stadig kritisert for måten vi administrerer varetekt på, og i dag bør en behandling av innsatte, som etter manges mening er i strid med menneskerettighetene, være unødvendig. At dette kan pågå her i landet, i stort omfang, er egentlig ganske uforståelig. Behovet for opprydning er påtrengende. Et fornuftig sted å begynne, er å innføre tidsbegrensning av isolasjon.

LITTERATUR:

1. R. Kristoffersen: *Bruken av varetekt øker igjen. Samfunnspeilet nr.2 1999.*
2. R. Gjerde, Aftenposten den 25.09.99. Leder i Dagbladet 26.09.99
3. S. Grassian: *Psychological Effects of Solitary. American Journal of Psychiatry 1983 vol. 140 nr.11.*
4. E. Berggrav: *Fangens sjel og vår egen. Forlaget land og kirke, 1928.*
5. K. E. Thörnquist: *Reaktionsätt i häkten och i fångelser. Läkartidningen 1967 vol. 64.*
6. R. Volkart et al: *Einzelhaft als Risikofaktor für psychiatrische Hospitalisierung. Psychiatria clin. 1983.*
7. S. Hurley: *Suicides By Prisoners. Medical Journal of Australia 1989 vol.151.*

8. Y. Hammerlin: *Selv mord i norske fengsler 1956 - okt. 1991. Krusrapport 1 1992.*
9. *Personlig meddelelse fra konsulent Unni Vårdal og Erik Vinje i Justisdept.*
10. Rundskriv Fst 6/97: *Behandling av varetektsinnsatte - herunder særlige tiltak for varetektsinnsatte ilagt restriksjoner.*
11. T. Gamman: *Om isolasjon og fangers helse. Utposten nr 2 1993.*
12. T. Gamman: *Uheldige helsemessige effekter av isolasjon. Tidsskrift for den norske Lægeforening nr.18, 1995.*
13. H. S. Andersen et al: *Isolationsundersøgelsen bind 1. Bispebjerg hospital og retspsykiatrisk klinik 1994.*
14. Å. B. Kvanvig og A.. Rustad (upublisert manus av mars 1999): *Bruk av isolasjon norske fengsler. Helsedirektoratet.*
15. M. Evans og R. Morgan: *Preventing torture. Oxford 1998.*

Adresse: Fengselshelsetjenesten
Kritiansand Kommune
Tinghuset
N-4605 Kristiansand