

RUS FENGSEL

AV KAROLINE VAN DER HAGEN

Jeg er fastlege i Fredrikstad og jobber i en tre-legepraksis i sentrum. Min kommunale oppgave som fengselslege i Fredrikstad Fengsel har jeg hatt siden 1997 da dette ble endret fra mannsfengsel til kvinnefengsel. Dette er en liten institusjon med 16 ordinære plasser, men det er i snitt 21 innsatte til enhver tid pga soningskø og overbelegg. Det er en såkalt Åpen Anstalt, dvs at den har et lavere sikkerhetsnivå enn en lukket anstalt. Gjennomsnittstiden for soning er 36,5 dager; det er en blanding av bøter, dommer og varetekt. I 2004 hadde vi 215 innsatte i løpet av året. Ca 75 prosent av de innsatte soner for rusrelaterte handlinger.

Min oppgave i fengselet er å ta hånd om de akutte helseproblemene de innsatte har. Jentene kommer fra hele landet, mange har ikke fast bopel og jeg har ingen mulighet for å følge dem etter løslatelsen. Jeg er i fengselet en dag i uken men er tilgjengelig på telefon hele uken og kommer i sykebesøk ved behov. Jeg har individuelle samtaler med hver nyinnsatt der jeg vurderer medisiner, behov for blodprøvetaking og evt innleggelse i somatisk eller psykiatrisk institusjon. Det er svært sjelden behov for innleggelser; ca to til fire i løpet av et år. Jeg har oppfølgende samtaler utover soningen med de som trenger det og med alle som ønsker det. I tillegg til meg har helsetjenesten fengselssykepleier 1 dag/uke og hjemmesykepleien kontrollerer medisindosettene og skifter evt på sår. Vi har psykolog fra Voksenpsykiatrisk Poliklinikk som kommer to ganger/mnd og har samtaler med de innsatte som ønsker det. Fysioterapeut kommer ved behov, dette er mest aktuelt for de med lange dommer.

Når det gjelder medikamentbruk foreskrives vanligvis ikke A- eller B-preparater i fengsel. Fast medisiner for øvrig følges på vanlig måte så lenge det er skrevet ut av lege ute. De innsatte får utdelt medisiner fra vårt lager da vi ikke kan bruke det de medbringer, og da de har rett til gratis medisiner i fengselet.

Den medikamentelle behandlingen av rusmisbrukere i fengselet dreier seg oftest om behandling av abstinens. Dette kan vanskeligjøres når den innsatte ikke innrømmer misbruket, for eksempel av benzodiazepiner (BZ), men ofte vil dette vise seg etter kort tid slik at plagene kan lindres. De opiatavhengige er vanligvis nøye med å fortelle



Karoline van der Hagen

er fastlege i Fredrikstad.
Hun har vært fengselslege i mange år

meg hva og hvor mye de bruker ute da de har erfaring med at abstinens kan behandles. Det er lettere å behandle dette jo raskere etter siste dose vi begynner.

Behandling av opiatabstinens

Tegretol® 200 mg x 3 er en vanlig dose for behandling av kramper, men iblant må denne økes dersom de bruker store doser heroin/dolcontin/metadon og spesielt dersom de i tillegg bruker BZ. Dersom de kun bruker kodein fast kan det holde med 200 mg x 2, men det er viktig at de også får annen smertebehandling hvis det er en kronisk smerte som er årsaken til bruken.

Nevroleptika er ofte nødvendig for å behandle uro. Truxal® og Nozinan® er mest brukt, dosen er individuell ut fra tidligere erfaringer og evt annen psykiatrisk sykdom.

Afipran® behandler kvalmen ganske bra, men det er nødvendig å være tidlig ute for å få best effekt.

Imodium® lindrer diareen som kan være et betydelig problem ved fravær av opiat.

De innsatte har hyppig tilsyn av betjentene, spesielt er de trent til å passe på at den abstinente får i seg mye væske. Dehydrering er en fare, det øker krampene og uroen og svekker allmenntilstanden. I enkelte tilfeller blir den innsatte innlagt for rehydrering, men det er som tidligere nevnt sjelden behov for det. Den verste fysiske opiatabstinensen gir seg etter en til to uker.

Behandling av ren BZ-abstinens

Tegretol® 200 mg x 2 pleier å være bra kombinert med angst-dempende C-preparat etter ønske/behov. Truxal® eller Atarax® er mye brukt.

Mange av disse pasientene har en underliggende angst/depresjon som krever mer spesifikk behandling med moderne antidepressiva. Det er lettere å diagnostisere disse tilstandene

når pasientene er rusfrie og ikke bare jager etter neste dose. Dersom pasienten er interessert i annen behandling starter jeg ofte dette under soningen og informerer nøye om at behandlingen må følges videre av fastlege ute. Jeg erfarer ofte at pasienter som har brukt BZ i mange år opplever nærmest en oppvåkning når de har vært uten i tre til fire uker. De er da veldig interesserte i annen behandling for sin angst/depresjon og det prøver jeg å hjelpe dem med. De motiveres til samtaler med psykologen mens de er hos oss. Mange trenger faktisk ingen behandling da plagene hovedsakelig har vært relatert til medikamentavhengighet. Dette opplever jeg også ofte med Imovane® som etter min erfaring gir mye angst og depresjon som bivirkninger ved langvarig og fast bruk.

Behandling av alkoholabstinens

De får rutinemessig B-vitaminer ved innsettelsen og betjentene er påpasselige med væskeinntaket. De fleste trenger beroligende medikamenter og jeg velger da gjerne Truxal® på grunn av tidligere erfaringer. Annen symptomatisk behandling gis ved behov. Jeg har enda ikke opplevd delir hos oss, men en slik tilstand vil resultere i innleggelse.

Sentralstimulerende stoffer

Noen få er brukere kun av sentralstimulerende stoffer som amfetamin og ecstasy, men dette er relativt uvanlig. Abstinensen består da for det meste av en blanding av uro og trøtthet. De kan få nevroleptika ved behov, men mange ønsker ikke det. Jeg tror at noen av disse pasientene har behandlet seg selv for noe som arter seg som en ADHD. Det er lettere for meg å se dette når de har vært uten sentralstimulerende midler i noen uker. Dersom soningen er lang nok forsøker jeg å få i gang en utredning, ellers ber jeg de om å ta det videre til fastlegen når de kommer ut.

Søvnvansker

Søvnvansker er svært hyppig blant innsatte. Jeg forsøker å gjøre en enkel utredning av type søvnforstyrrelse og gir søvnhygieniske råd. Som medikamentell behandling bruker jeg Vallergan®, Surmontil®, Tolvon® eller nevroleptika.

LAR (Legemiddelasistert rehabilitering)

De som allerede er i LAR-prosjekt forsetter prosjektet i fengselet, men det er utskrivende lege som sender resepter til vårt lokale apotek slik at vi unngår misforståelser med dosering. De får ikke fortsette med sidebruk, enten den er utskrevet av lege eller ikke. Det gir både brukeren og de andre innsatte større rusbehov slik at det blir umulig i en så liten og åpen institusjon som vår. For fengselet er det vanskelig da det skjuler evt annet BZ-bruk. Jeg har opplevd mer slik utskrivning de siste to årene, men vi har i vårt fengsel kommet til at dersom brukeren skal ha BZ i tillegg til Metadon®/Subutex® kan hun ikke sone hos oss. Urinprøvene blir

tatt forskriftsmessig og kopi av svarene blir sendt utskrivende lege. Det blir ofte hyppigere urinprøver hos oss enn ute da fengselet trenger flere prøver selv. Dersom en metadonbruker kommer inn med stort sidemisbruk velges ikke Tegretol® som krampehemmer da denne reduserer tilgjengeligheten av Metadon®. Orfiril® eller Neurontin® kan brukes i stedet. Vi starter også LAR hos oss dersom alle formaliteter er i orden og utskrivende lege synes det er OK. Betjentene er erfarne og flinke til å følge opp og brukerne oppfatter det som trygt.

Jeg har hyppig kontakt med rusmisbrukerne i starten av soningen, etter hvert blir kontakten bestemt av den innsatte selv. Dersom hun er interessert kan jeg hjelpe med kontakt med rustjenesten der hun hører hjemme, men det er ikke alle som ønsker det. Ellers tar jeg meg av andre helseproblemer som de har og typisk dreier det seg om infeksjoner, feil- og underernæring og, som tidligere nevnt, psykiatriske lidelser. Tannstatus er ofte elendig, de får tannbehandling mens de soner og noen trenger behandling i narkose. Jeg gjør gynekologiske undersøkelser etter behov, men har ikke kapasitet til rene rutinekontroller.

Jeg skulle ønske at fengselsstraff i større grad kunne kombineres med videre rehabilitering ute. I fengselet er det stort sett rusfritt, det er trygt og de ansatte har stor kompetanse og mye erfaring. Altfor ofte er det ingenting som møter misbrukerne når de kommer ut og da blir letteste og kanskje eneste løsning kontakt med gamle «venner». Det ville være utrolig bra hvis sosialkontorene hadde kapasitet til å plukke opp misbrukeren under soning og planlegge rehabilitering direkte. Ibland skjer dette og det er veldig bra for alle parter. Kanskje kunne vi skape en mellomløsning hvor siste del av soningen foregikk et annet sted og kun hadde som målsetning å planlegge rehabilitering?

Jeg synes min jobb som fengselslege er spennende og utviklende. Arbeid med rusmisbrukere er ofte tungt og vanskelig og det følger mange skuffelser med det. Jeg tror jeg klarer å lindre mange plager, men ofte kan jeg ikke gjøre annet enn å lytte og trøste. Ibland gjør jeg en forskjell og det er veldig inspirerende. Jeg synes jeg er heldig som så ofte får treffe nyktre rusmisbrukere. De bruker ikke tid og krefter på å forsøke å manipulere meg, men snakker med meg om livet sitt slik de ser det når de ikke er påvirket av dop. Dette gir meg et unikt bilde av disse jentene som jeg gjerne skulle kunne andre å se.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Petter Brelin. Kontakt ham på brelin@c2i.net