

# FOR MYE MEDISINER?

*Bruk av forskrevne vanedannende  
legemidler blant innsatte i norske fengsler*

Marianne Lindstad



Masteroppgave i psykososialt arbeid  
-selvmord, rus, vold og traumer.  
Institutt for klinisk medisin. Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

30.04.19



# FOR MYE MEDISINER?

*Bruk av forskrevne vanedannende legemidler  
blant innsatte i norske fengsler*

*En nasjonal studie over bruk av forskrevne psykofarmaka blant  
innsatte før og under soning*

© Marianne Lindstad

2019

FOR MYE MEDISINER?

*Bruk av forskrevne vanedannende legemidler blant innsatte i norske fengsler*

Marianne Lindstad

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Repräsentralen, Universitetet i Oslo

# Sammendrag

**Bakgrunn:** Legemiddelbruk i den norske befolkningen er økende. Kunnskap om hvilke legemidler som brukes, hvem som bruker legemidlene og hvordan de brukes er en forutsetning for optimalisering av legemiddelbruk i befolkningen. Blant innsatte i norske fengsler finner man en opphopning av levekårsproblematikk, rus- og psykiske lidelser. Samtidig er det ingen oppdaterte studier som viser bruk av forskrevne legemidler blant innsatte i Norge.

**Formål:** Hensikten med studien er å gi en oppdatert oversikt over bruk av forskrevne psykofarmaka med hovedfokus på vanedannende legemidler blant innsatte i norske fengsler.

**Materialet og metode:** Denne masteroppgaven er basert på datamaterialet fra The Norwegian offender mental health and addiction study (NorMA- studien). NorMA-studien er både en tversnittundersøkelse og en kohortstudie med hensikt å følge innsatte over tid etter soning. Masteroppgaven inneholder kun data fra tversnittstudiets spørreundersøkelse. NorMA ble gjennomført i perioden 2013-2014 ved 57 fengselsenheter i Norge, og 1499 innsatte (96 kvinner) svarte på spørreskjema. Legemidlene som ble undersøkt i studien var; sovemedisiner, beroligende medisiner, medisiner mot depresjon, LAR-medisiner, smertestillende medisiner og ADHD-medisiner. Datamaterialet ble analysert ved bruk av SPSS. Justerte oddsratioer (OR) og 95 % konfidensintervaller ble beregnet ved hjelp av logistisk regresjonsanalyse.

**Resultater:** Blant innsatte i norske fengsler var sovemedisin mest brukt, både før og under soning. Sovemedisin ble i høyere grad brukt av mannlige innsatte, og unge mannlige innsatte brukte mest. Beroligende og smertestillende medisiner ble i høyere grad brukt blant kvinnelige innsatte. Med unntak av sovemedisin var det lavere medisinbruk i tiden under soning sammenlignet med tiden forut for soning. Det var ingen markant endring i bruk av LAR- og ADHD-medisiner i periodene før og under fengsling. Innsatte brukte mer psykofarmaka enn den generelle befolkningen, med unntak av smertestillende medisiner. Bruk av alle de undersøkte legemidlene ble assosiert med psykisk lidelse (HSCL-10 skåre for angst og depresjon).

**Konklusjon:** Denne studien er den første som har sett på bruk av forskrevne psykofarmaka blant innsatte siden 2005, og den første av sitt slag som undersøker bruk av forskrevne

vanedannende legemidler blant innsatte, både forut for soning og under soning. Resultatene er representative for den norske innsattpopulasjonen. Ved sammenligning med tilsvarende studier så man at bruk av sovemedisin blant norske innsatte skilte seg ut. Ut fra kunnskap om innsattes psykiske helse er det forventet at innsatte rapporterer mer bruk av psykofarmaka enn den generelle befolkningen. Samtidig bør mindre bruk av smertestillende medisiner blant innsatte undersøkes nærmere. Studiet gir en kunnskapsoppdatering på innsattes legemiddelbruk, og resultatene tilsier at fokus på innsattes psykiske helse bør ha høy prioritet. Det bemerkes at stratifisering av studiens resultater har vært utfordrende da de bygger på selvrapporтерingsdata. Videre forskning med studiedesign bygget på medisinske journaler, registerdata eller biologiske data er nødvendig.

# Abstract

## *Too much medication?*

*Use of prescribed psychotropic medication among prison inmates in Norway.  
A national survey of addictive drug use among male and female prisoners before and during imprisonment.*

**Background:** The use of prescribed drugs in the Norwegian population is increasing. Knowledge of which drugs are used, who uses it and how they are used, is a prerequisite for optimization of the prescribed drug use in the population. Among inmates in Norwegian prisons, there is an accumulation of living condition issues, intoxicants and mental disorders. At the same time, there is no recent studies on the use of prescribed medicines among the inmates in Norway.

**Purpose:** The purpose of the study is to provide an updated overview on the use of prescribed psychotropic drugs, with the main focus on the addictive drugs among the inmates in Norwegian prisons.

**The material and the method:** This master thesis is based on the data from The Norwegian offender mental health and addiction study (the NorMa-study). The NorMa-study is both a cross-sectional and a cohort study with the intention of following inmates over time after their release. The master thesis contains only data from the cross-sectional study's survey. The NorMa-study was conducted in the period 2013-2014 at 57 prison units in Norway, and 1499 inmates (96 of who were females) responded to the questionnaire. The prescribed drugs examined in the study were; sleeping medication, sedative medication, medication for depression, LAR-medication, pain medication and medication for ADHD. The data was analysed using SPSS. Adjusted odds ratios (OR) and 95% confidence intervals were calculated using logistic regression analysis.

**Results:** Sleeping medication was found to be the most used medication among the prisoners in the Norwegian prisons, both before and during their incarceration. The results showed that use of sleeping medication was higher among male inmates, especially young male inmates. The use of sedatives and pain medication were higher among female inmates. With the exception of sleeping medicine, there was less drug use while they were incarcerated compared to before. There was no significant change in the use of LAR and ADHD

medications for the periods before and during their incarceration. Inmates used more psychotropic drugs than the general population, with the exception of pain medicine. The usage of all the prescribed drugs examined, was associated with mental illness (HSCL-10 score for anxiety and depression).

**Conclusion:** This study is the first to consider the use of prescribed psychotropic drugs among inmates since 2005, and the first of its kind to research the use of prescribed addictive drugs among inmates, both prior to incarceration and during their prison sentence. The results of this study are representative of the Norwegian prison population. When comparing with similar studies, it was found that the use of sleep medicine among Norwegian inmates differed. Based on knowledge of inmates' mental health, inmates are expected to report more use of psychotropic drugs than the general population. At the same time, less use of pain medicine among prisoners should be investigated more closely. This master thesis provides an updated knowledge on inmates' drug use, and the results indicate that focus on the inmates' mental health should be given high priority. It should be mentioned that stratification of the study results has been challenging as they are based on self-reporting data. Further research with study design built on medical records, register data or biological data is necessary.



# Forord

En krevende, inspirerende og lærerik periode er nå over. Jeg vil rette en stor takk til min veileder Anne Bukten, som har loset meg gjennom prosessen, vært tålmodig, inspirerende og motiverende. Din støtte og hjelp har vært helt avgjørende i arbeidet med denne oppgaven. Takk også til min veileder Svetlana Skutveit for deling av din enorme kunnskap og konstruktive tilbakemeldinger. Takk til SERAF som har latt meg benytte data fra NorMA-studiet. Takk til min leder ved Oslo ND-senter Monica Slaatsveen som har lagt til rette for at gjennomføring av dette studiet har vært mulig. Takk også til gode kollegaer ved Oslo ND-senter og Akershus friomsorgskontor for inspirerende diskusjoner og innspill. En særlig takk til familie og venner for deres støtte og heiarop gjennom prosessen. Og helt til slutt en varm takk til Einar for at du har holdt ut med meg og til vår datter Luna, min solstråle.

Takk

Marianne



# Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon .....	1
1.1	Teoretisk og empirisk bakgrunn for oppgaven.....	2
1.2	Behov for forskning.....	13
1.3	Studiens formål og forskningsspørsmål .....	14
1.3.1	Hovedmål .....	14
2	METODE .....	15
2.1	Studiedesign, datainnsamlingsmetode og forskningsinstrument.....	15
2.2	Bearbeiding av datamaterialet og statistiske analyser .....	17
2.2.1	Analysestrategi .....	20
2.3	Etiske refleksjoner .....	21
3	Resultater.....	22
3.1	Legemiddelbruk før og under soning, etter kjønn og alder .....	22
3.2	Kontinuerlig legemiddelbruk.....	25
3.3	Faktorer assosiert med legemiddelbruk under soning .....	25
3.4	Sammenligning med den generelle befolkningen .....	29
4	DISKUSJON.....	32
4.1	Styrker og svakheter ved studien.....	32
4.1.1	Metodiske betraktninger.....	33
4.2	Resultatdiskusjon.....	37
4.2.1	Legemiddelbruk før og under soning, etter kjønn og alder.....	37
4.2.2	Kontinuerlig legemiddelbruk .....	42
4.2.3	Faktorer assosiert med legemiddelbruk under soning.....	44
4.2.4	Sammenligning med den generelle befolkningen .....	46
4.3	Oppsummering og implikasjoner .....	48
5	Avlutende betraktninger .....	51
	Litteraturliste .....	52
	Vedlegg .....	60

Tabell 1 .....	23
Tabell 2 .....	24
Tabell 3.....	25
Tabell 4 .....	26
Tabell 5 .....	28
Tabell 6 .....	30

## **Forkortelser og begrepsavklaring**

**ADHD:** Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Kjennetegnes ved samtidig konsentrasjonsproblemer og hyperaktivitet. Nevrobiologiske tester er nødvendig for å fastslå diagnose

**ASPD:** Antisosial personlighetsforstyrrelse

**ATC–klassifisering:** Anatomisk Terapeutisk Kjemisk (ATC) Klassifisering: Et klassifiseringssystem over alle legemidler i Norge

**DSM:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Klassifiseringssystem for sykdommer, fra den amerikanske psykiaterforeningen

**GABA:** Gamma-amino-smørsyre

**Forskrevne medisiner:** Medisiner fått på resept av lege

**ICD:** International Classification of Diseases - Internasjonal statistisk klassifisering av sykdommer og beslektede helseproblemer

**INNSATTE:** I straffegjennomføringsloven brukes ordet innsatt om mennesker som sitter i fengsel (Lovdata u.å.) Begrepet vil bli bruk om mennesker sitter i fengsel, enten i varetekt eller som domssoner

*Varetekt:* Frihetsberøvelse hvor mennesker blir holdt i fengsel mens et lovbrudd vedkommende er siktet for blir etterforsket

*Domssonere:* Personer som er dømt for lovbrudd og hvor dommen innebefatter frihetsberøvelse i form av fengsling

**KRUS:** Kriminalomsorgens utdanningscenter

**LAR:** Legemiddel assistert rehabilitering

**SSB:** Statistisk sentralbyrå

**WHO:** World Health Organization - Verdens helseorganisasjon

# 1 Introduksjon

Legemiddelbruk i Norge er økende. I 2012 fikk omlag 70 % av den norske befolkningen utlevert minst ett legemiddel på resept. Kvinner får i større grad enn menn reseptbelagte legemidler og bruk øker med alder (Berg, Karlstad, Mahic & Odsbu, 2013). Det er en viktig målsetning for legemiddelpolitikken å optimalisere legemiddelbruken. Dette gjøres blant annet gjennom kartlegging av hvilke legemidler som brukes av hvem, og hvordan de brukes (Berg et al., 2013). I behandling av psykiske lidelser har bruk av psykofarmaka vært vanlig praksis i over et halvt århundre (Kjeldsberg & Hartvik, 2005). Forskning har vist at riktig bruk av psykofarmaka har god effekt i behandling av psykisk lidelse (Geddes, Carney & Davies, 2003; Gijzman, Geddes, Rendell, Nolen & Goodwin, 2004; Leucht, et al., 2003). Bruk av vanedannende legemidler brukes i større grad av rusmiddelavhengige (Gjersing & Sandøy, 2014) og personer med psykisk lidelse (Skurtveit, Sakshaug, Hjellvik, Berg & Handal, 2014) enn andre. Forskning har videre vist at forekomst av levekårsproblematikk og rus- og psykiske lidelse er høyere blant innsatte sammenlignet med den generelle befolkningen (Cramer, 2014; Friestad & Hansen, 2004; Fazel & Baillargeon, 2011; Greenberg & Rosenheck, 2008; Revold, 2015; Skardhamar, 2002). Studier har også vist at bruk av psykofarmaka blant innsatte er tilsvarende høyere sammenlignet med den generelle befolkningen (Brown, Stewart, Rabinowitz, Boudreau & Wright, 2018; Kjeldsberg & Hartvik, 2005). Det har blitt spekulert i om den høye forekomsten av psykofarmaka blant innsatte skyldes fengselets behov for opprettholdelse av ro og orden (Elger, Goehring, Revaz & Morabia, 2002; Kjeldsberg & Hartvik, 2005). Innsattes psykiske helse og medisinbruk er et mye omtalt tema innad i den norske kriminalomsorgen. Samtidig finnes det få norske studier omhandlende innsattes medisinbruk, og siste studie ble publisert i 2005. Denne studien har som hensikt å bidra med oppdatert kunnskap om innsattes bruk av forskrevne psykofarmaka, med fokus på vanedannende legemidler.

## **1.1 Teoretisk og empirisk bakgrunn for oppgaven**

Dette kapitlet innledes med en presentasjon av innsattes helsesituasjon, med fokus på levekår, ruslidelse og psykisk lidelse. Det er tatt utgangspunkt i en medisinsk forståelse av ruslidelse og psykisk lidelse, hvor medisinerer kan være en form for behandling. Soning i fengsel kan påvirke de innsattes helsesituasjon, og en beskrivelse av norske fengsler vil derfor bli presentert. En kort redegjørelse for studiets undersøkte medisiner er beskrevet før kapitlet avsluttes med en redegjørelse av kjent kunnskap vedrørende bruk av legemidler blant innsatte.

### **Kjennetegn ved innsattpopulasjonen**

Som nevnt ovenfor er innsattpopulasjonen i større grad enn den generelle befolkningen preget av dårlig helse (Fazel & Baillargeon, 2011; Greenberg & Rosenheck, 2008). Flere studier har vist at helseutfordringene kommer i sammenheng med komplekst sammensatte levekårsutfordringer (Friestad & Hansen, 2004; Revold, 2015; Skardhamar, 2002).

### **Levekår blant innsatte i Norge**

Levekårsundersøkelsen blant innsatte fra 2014 fant at innsatte i norske fengsler hadde dårligere levekår enn den generelle befolkningen (Renvold, 2015). Hos innsatte fant man en opphopning av levekårsproblematikk hvor halvparten av de innsatte har tre eller flere levekårsproblemer (Renvold, 2015). Lavt utdanningsnivå gav seg utslag i svak tilknytning til arbeidslivet, og over halvparten var utenfor arbeidslivet (Renvold, 2015). En tredjedel av de innsatte hadde svak økonomi, med påfølgende økonomiske problemer og høy andel gjeld (Renvold, 2015). Forut for soning var en fjerdedel av innsatte uten fast bolig, og boligsituasjonen var generelt mer usikker enn for den generelle befolkningen (Renvold, 2015). Innsatte var også i større grad enn den generelle befolkningen belastet med dårlige oppvekstvilkår, lite sosialt nettverk og dårlig helse (Renvold, 2015). En femtedel av de innsatte rapporterte om dårlig eller svært dårlig helse. Opplevd fysisk smerte, hodepine og migrene var mer vanlig sammenlignet med den generelle befolkningen (Renvold, 2015).

### **Diagnosesystemer**

Det opereres med to sentrale diagnosesystemer. WHO's International Classification of Diseases (ICD) og Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM), utarbeidet av American Psychiatric Association. Systemene er i stadig utvikling og i dag brukes hovedsakelig ICD-10 og DSM – IV (Nøvik & Lea, 2010). I Europa og Norge bruker man klassifikasjonssystemet ICD- 10 for å diagnostisere ruslidelse og psykisk lidelse.

Internasjonalt bruker man også diagnosesystemet DSM- IV, som det oftest refereres til i forskning (Cramer, 2014).

### **Ruslidelse - Skadelig bruk og avhengighet**

Teoretisk utgangspunkt har betydning for hvordan man forklarer avhengighet.

For å bli diagnostisert med avhengighetssyndrom i International Classification of Diseases (ICD- 10), må minimum tre av de følgende kriterier være tilstede i løpet av det foregående året: 1) Toleranseutvikling for substansen som inntas. 2) Økende likegyldighet ovenfor andre, gleder eller interesser og stadig mer av tiden brukes til substansen. 3) Ukontrollert inntak med tanke på mengde og varighet. 4) Opplever sterk lyst og trang etter substansen. 5) Negativ psykologisk innvirkning, fysisk ubehag og abstinens tilstander ved opphør eller reduksjon av substansen. 6) Opplevde mislykkede forsøk på å slutte og fortsatt bruk til tross for åpenbare negative konsekvenser (WHO, 1999 s. 73).

Ruslidelse omfatter både skadelig bruk og avhengighet. Skadelig bruk oppstår når rusbruk gir fysisk og psykisk helseskade, mens avhengighet ennå ikke er utviklet. I Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-IV) er kategoriene «abuse» og «dependence» slått sammen til «substance use disorder», som graderes fra mild til alvorlig (American Psychiatric Association, 2014).

I den biologiske forståelsen av rusavhengighet er rusmidlets påvirkning på hjernefunksjonene sentrale (Bramness, 2009). Vedvarende og gjentatt tilførsel av rusmidler skaper endringer i hjernens belønningssystemer og motivasjonsbaner. Ved rusmiddelbruk øker dopaminen i hjernen i mye større grad enn ved naturlig stimuli. Den forhøyde dopamintilførselen medfører at rusmidlet blir viktigere enn hverdagslige gjøremål. Toleranseutvikling øker i takt med trangen til tilføring av rusmiddelet, evnen til autonomi og kognitiv kontroll, som impulsstyring blir svekket. Individet opplever en ukontrollerbar avhengighet til rusmidlet (Bramness, 2009).

### **Psykisk lidelse**

Det finnes forskjellige måter å forklare og forstå psykisk lidelse, avhengig av teoretisk bakgrunn og kultur. Forståelsen av psykisk lidelse får konsekvenser for behandlingen som gis. Psykiske lidelser kan forstås som forskjellige lidelser og sykdommer som påvirker personens følelser, tankemåte og væremåte. De ulike psykiske lidelsene varierer i

alvorlighetsgrad, og det forekommer ofte at en person har flere psykiske lidelser samtidig (Evje, Kielland & Øiern, 2012).

### **Samtidig rus- og psykisk lidelse**

Samtidig rus- og psykisk lidelse (ROP-lidelse) er når en person både er diagnostisert med ruslidelse og en eller flere psykiske lidelser. Ruslidelsen må vurderes som behandlingstrengende og omfatter både skadelig bruk og avhengighet. ROP- lidelsene innebefatter psykiske lidelser med høy alvorlighets grad, samt moderate psykiske lidelser med mindre alvorlighetsgrad (Helsedirektoratet, 2012).

Det finnes flere forklaringsmodeller for å forstå årsakene til samtidig rus- og psykisk lidelse. Mueser beskriver følgende forklaringsmodeller (2006): *Fellesfaktormodellen* hevder at en eller flere faktorer hver for seg, og/eller sammen, øker risikoen for å utvikle både psykisklidelser og ruslidelser (Mueser et al., 1999). *Selvmedisineringshypotesen* ser på rusbruk som et middel til å lindre psykisk smerte. Modellen anser rusbruken som en normalt og en adaptiv respons på unormal påkjenning (Khantzian, 1997). *Multipple risikofaktormodellen* tar utgangspunkt i at psykiske lidelser innehar en rekke psykososiale risikofaktorer og forklarer at rus brukes for å håndtere disse konsekvensene (Mueser et al., 2006). *Supersensitivitetsmodellen* tar utgangspunkt i biologisk sårbarhet ovenfor rusmidlenes effekt. Sårbarheten forklares ut i fra en kombinasjon av genetikk og tidligere miljøpåvirkning (Mueser et al., 2006). *Skadmodellen* hevder at rusmiddelmissbruk fører til eller trigger langvarig psykisk lidelse som ellers ikke ville ha utviklet seg (Mueser et al., 2006). *Gjensidig påvirkningsmodell* forklarer at det er flere faktorer som bidrar til utvikling og opprettholdelse av samtidig rus- og psykisk lidelse (Mueser et al., 2006).

### **Psykisk helse og ruslidelser blant innsatte**

Internasjonale studier viser gjennomgående høyere forekomst av psykiske lidelser blant innsattpopulasjonen sammenlignet med normalpopulasjonen (Fazel og Baillargeon, 2010). Psykiske lidelser, da spesielt i sammenheng med ruslidelser, gir forhøyet risiko for fysiske helseplager og økt selvmordsrisiko. Innsatte med psykiske lidelser har også høyere residiv til ny kriminalitet (Fazel & Seewald, 2012).

Metaanalyse publisert i 2010, viste markant høyere forekomst av psykiske lidelser blant innsatte i vestlige land, sammenlignet med den generelle befolkningen (Fazel & Baillargeon, 2011). Personlighetsforstyrrelser og ruslidelser forekom hyppigere blant menn både hos



innsatte gruppen og i den generelle befolkningen. Man fant høyere forekomst blant kvinner enn hos menn ved de øvrige undersøkte psykiske lidelsene (Fazel & Baillargeon, 2011). Psykoselidelse fant man hos 4 % av innsatte og 1 % i den generelle befolkning. Depresjon hos 10-12 % av innsatte og 2-7 % i den generelle befolkningen. Personlighetsforstyrrelser hos 42-65 % av innsatte og 5-10 % i den generelle befolkningen. Posttraumatisk stresslidelse blant 4-21 % av innsatte og 2-21 % i den generelle befolkningen. Alkoholmisbruk/avhengighet forekom blant 10-30 % av innsatte og 4-16 % i normalbefolkning. Narkotikamisbruk/avhengighet blant 10-60 % av innsatte og 2-6 % i normalbefolkning (Fazel & Baillargeon, 2011). Når det gjelder samtidig rus- og psykiske lidelse fant man dette blant 20-44 % av de innsatte (Fazel & Seewald, 2012).

Også i Norge er forekomst av psykisk lidelser betydelig høyere blant innsatte sammenlignet med den øvrige befolkningen (Cramer, 2014). Forskning på psykisk helse blant innsatte var frem til 2014 basert på studier av små eller selekterte utvalg. De viste en klar tendens til økt forekomst av symptomidelser og personlighetsforstyrrelser blant innsatte. Cramer undersøkelsen er den første landsomfattende studien med et bredt tilfeldig utvalg. Diagnostiske intervju ble foretatt av 857 innsatte. I denne studien oppgav 42 % angstlidelser, 23 % stemningslidelser, 73 % oppga å ha minst en personlighetsforstyrrelse og 18 % oppfylte kriteriene for ADHD i voksen alder. Alkoholmisbruk/avhengighet ble rapportert av 29 %, substansmisbruk/avhengighet av 51 % (Cramer, 2014). Levekårsundersøkelsen av innsatte fra 2014, fant at 25 % av innsatte hadde opplevd angst eller fobier mot 4 % i den norske befolkningen. 39 % av de innsatte hadde vært nedstemt eller deprimert mot 8 % i den norske befolkningen. 58 % rapporterte om bruk av illegale rusmidler siste måneden før innsettelse og samtidig rus- og psykisk lidelse ble rapportert av 21 % av de innsatte (Renvold, 2015). Ulikhetene i resultatene kan skyldes ulik bruk av forskningsinstrumenter (spørreundersøkelse og diagnostiske intervju) og metodiske valg i gjennomføring og analyse av datamaterialet. Uavhengig av hvilken type psykisk lidelse innsatte rapporterer om, viste begge de norske studiene høy grad av psykisk lidelse blant innsatte, og markant høyere forekomst sammenlignet med den generelle befolkningen.

### **Mulige måter å forstå forekomst av samtidig rus- og psykisk lidelse blant innsatte**

Høy forekomst av samtidig rus- og psykiske lidelser blant innsatte kan ha ulike forklaringer. Med utgangspunkt i Mueser sin multiple risikomodell kan man tenke seg at opphoping av levekårsproblematikk blant innsatte som en forklaring på samtidig rus- og psykisk lidelse

blant innsatte. Arbeidsledighet, lavt utdanningsnivå, økonomiske problemer, lav sosial status og kriminalitet kan alle sees på som risikofaktorer. Samtidig kan stigmatisering som følge av å ha sittet i fengsel medfører utenforskap og sosial dumping. Dette gjelder spesielt for kvinnelige straffedømte (Estrada & Nilsson, 2012). Andre årsaksfaktorer kan være reduksjon av døgntilrettelegging innen psykisk helsevesen, samt manglende diagnostisering og behandling hos mennesker med sosiale utfordringer og levekårsproblematikk (Fazel & Baillargeon, 2011). Samtidig kan soningsforhold også utløse psykiske lidelser. Det finnes få studier som har undersøkt hvordan fengsel i seg selv er en risikofaktor for økt helseproblematikk (Fazel & Baillargeon, 2011).

Med henvisning til sosiallæringsteori og gjensidig påvirkningsmodell (Mueser et al., 2006), kan forklaringen på høy forekomst av rus- og psykisk lidelse blant innsatte være innsattes oppvekstmiljø og påvirkning av betydningsfulle andre i barndommen (Skeem, Manchak & Peterson, 2011). Levekårsundersøkelsen fant at 41 % av innsatte hadde hatt familiemedlemmer under oppveksten som hadde sittet i fengsel. Faktorer som genetisk arvelige psykiske sykdommer, rusproblematikk og levekår som risikofaktorer til kriminalitet, kan også være årsaker til at flere generasjoner i samme familie blir lovbrøttere.

En annen forklaring kan være at det er den psykiske lidelsen som gjør at man begår kriminelle handlinger. Hos en person med samtidig rusavhengighet, antisosial personlighetsforstyrrelse og ADHD, kan behovet for rusmidler, holdninger til overholdelse av loven og lav impuls kontroll forklare de kriminelle handlingene. Denne forklaringen er i tråd med fellesfaktormodellen (Mueser et al., 2006). En direkte link mellom psykisk lidelse (ASPD) og kriminalitet, gjelder i følge Skeem m. fl. (2011) for en liten gruppe, ca. 1 av 10. Imidlertid er den allmenne oppfatning at sammenhengen mellom psykisk lidelse og kriminalitet avhenger av en tredje faktor, som for eksempel dårlige levekår (Skeem et al., 2011).

Internasjonale studier viser stor resultatspredning når det gjelder forekomst av de ulike psykiske lidelsene. Noe av forklaringen kan ligge i ulike studiedesign og tolkninger. I tillegg vil resultatene være påvirket av de ulike lands kultur og økonomiske forhold, som igjen gir ulik tilgang på helsetjenester under soning. Det bemerkes også at de fleste studiene er gjort av innsattpopulasjoner i høy økonomiske land. Tatt dette i betraktning viste studiene gjennomgående høyere forekomst av psykiske lidelser blant innsatte sammenlignet med den øvrige befolkningen (Cramer, 2014; Fazel & Seewald, 2012).

## **Kjennetegn ved norske fengsler**

Den norske kriminalomsorgens samfunnsoppdrag er straffegjennomføring og rehabilitering i fengsel og frihet. Virksomheten er bygget på et humanistisk menneskesyn. Virksomhetens arbeid preges av prinsippene om rettsikkerhet, likebehandling, normalitet og at domfelte har gjort opp for seg når straffen er sonet (Justis og politidepartementet, 2008).

I Norge er det 37 fengselsenheter med totalt 59 operative fengsler, tilsvarende ca. 4000 fengselsplasser. Fengslene er spredd ut over hele landet, de største enhetene er tilknyttet store byer. Enhetene omfatter fengsler med høy og lav sikkerhet, samt overgangsboliger. Innsatte har også mulighet til å sone i rusinstitusjon, helseinstitusjon eller i hjemmet (Kriminalomsorgen, u.å.a). Hovedvekten av innsatte starter soningen i fengsler med høy sikkerhet. Under soningen er fokus på tilbakeføring til samfunnet sentral. Hvis det vurderes som sikkerhetsmessige forsvarlig blir innsatte i løpet av soningstiden overført til lavere sikkerhet med lempeligere soningsforhold.

21 års fengselsstraff er lengste ordinære straff i Norge, og løslatelse etter 2/3 tid blir praktisert. Hovedvekten av innsatte soner i underkant av 1 år i fengsel (86 % i 2017) (Kriminalomsorgsdirektoratet, 2018). Farlige tilregnelige lovbrøyttere hvor gjentakelsesfaren vurderes som høy, blir dømt til forvaring. Forvaringsdom kan teoretisk innebære livstid i fengsel. I 2018 satt gjennomsnittlig 108 innsatte på forvaringsdom (Kriminalomsorgen, u.å.b).

Fengsel i Norge kjennetegnes av lav innsattrate (innsatt pr. innbygger). I Norge var innsattraten i 2015 på 71, mens gjennomsnittlig innsattrate i verden i 2015 var 144. I 2015 hadde USA en rate på 698, Mexico på 212, England på 148, Spania på 136, Canada på 106 og Sveits på 84 (Walmsley, 2016). På grunn av ulike soningsalternativer som elektronisk kontroll, forventer Justis og Beredskaps departementet færre antall innsatte de nærmeste årene. Samtidig forventes det at soningstiden pr innsatt vil bli lengre.

Kvinneandelen av innsatte i Norge har gjennom flere år ligget på omlag seks prosent. I Norge er det 155 soningsplasser i egne kvinnefengsler, samt 74 plasser i egne kvinneavdelinger i øvrige fengsler. Å sone sammen med menn er ikke anbefalt og kriminalomsorgen har utviklet en egen kvinnestrategi for å bedre soningsforholdene for kvinner (Kriminalomsorgsdirektoratet, 2018). Personer under 18 år defineres om barn i Norge og det er ikke ønskelig at barn soner i fengsel. I Norge kan likevel personer fra 15 år sitte i fengsel,

forutsatt svært spesielle omstendigheter. Det finnes to ungdomsenheter med til sammen 8 fengselsplasser for mindreårige innsatte i Norge (Kriminalomsorgen, u.å.c).

### **Fengselshelsetjenesten**

Fengselsstraff skal kun innebære tap av frihet. Bortsett fra dette skal innsatte ha de samme rettighetene som andre borgere i Norge. Offentlige helse og velferdstjenester blir utført av aktører utenfor kriminalomsorgen, omtalt som importmodellen. Eksempler på importerte tjenester er NAV tjenester, skole/utdanning, bibliotek tjenester og helsetjenester (Kriminalomsorgen, u.å.d).

For å imøtekomme innsattes behov er ansatte med kompetanse tilpasset innsattes spesielle levekår, funksjonsevne og helseutfordringer viktig. Primær-helsetjenesten for innsatte, dekkes og organiseres av kommunene. De har ansvaret for at helsetilbudet innsatte mottar er forsvarlig og etter gjeldende retningslinjer og lovverk. Norge har skrevet under på de europeiske fengselsreglene, vedtatt av Europarådets ministerkomite 11. januar 2006 (Helsedirektoratet, 2016). Reglene er veiledende og skal sørge for likeverdig tilbud til innsatte innenfor de rammene fengsel tillater. Den kommunale fengselshelsetjenesten består hovedsakelig av leger og sykepleiere (ofte psykiatriske sykepleiere). Helseforetakene har ansvaret for å dekke innsattes behov for spesialisthelsetjenester, innebefattende tilbud om psykolog eller psykiater. Fylkeskommunen har ansvaret for å dekke innsattes behov for tannhelsetjenester. (Helsedirektoratet, 2016).

I løpet av de tre første ukene etter innsettelse skal innsattes helsesituasjon kartlegges. Om ikke innsattes helsebehov kan dekkes inne i fengselet har de krav på helsehjelp utenfor murene (Helsedirektoratet, 2016). En studie fra to store norske fengsler viste at 25 % av alle innsatte hadde vært i kontakt med psykolog i løpet av soningen (Kjeldsberg et al, 2006). Innsatte som hadde sonet en stund hadde flere psykologsamtaler enn de som var i starten av soningen. Psykologene vurderte at innsattes behandlingsbehov var møtt i tilfredsstillende grad (Kjeldsberg et al, 2006). Bjørngaard og kolleger (2009) utførte en brukerundersøkelse av innsatte (Bjørngaard, Rustad & Kjeldsberg, 2009), som konkluderte med at innsatte var mindre fornøyd med helsetilbudet de mottok under soning enn andre pasientgrupper i landet. Innsatte med psykisk lidelser og søvnproblemer var mer misfornøyd enn andre innsatte (Bjørngaard et al, 2009).

Et godt samarbeid mellom fengselsansatte og fengselshelsetjenesten er avgjørende for å dekke innsattes helsebehov. Uenigheter mellom de to yrkesgruppene kan forekomme da de styres av ulike målsettinger og regelverk. Helsepersonells taushetsplikt kan oppleves som et hinder for samarbeidet når manglende informasjon om innsattes helse utfordrer sikkerheten. Gode samarbeidsarenaer er viktig for å forebygge uenigheter (Helsedirektoratet, 2016). Samtidig kan manglende oppfyllelse av innsattes forventning til medisiner, være en av årsakene til innsattes misnøye med fengslens helsetilbud.

### **Legemiddelregistering i Norge**

Alle apotek i Norge har siden 2001 vært pliktige til å videregående reseptdata til en nasjonal legemiddelbase (Reseptregisteret). Siden 1. januar 2004 har Folkehelseinstituttet mottatt og forvaltet disse dataene. Reseptregisteret inneholder informasjon om alle legemidler som er forskrevet og utlevert til enkeltpasienter i Norge. Informasjonen omfatter ikke legemiddelbruk i institusjoner og sykehus (Berg et al, 2013).

Alle registrerte legemidler i Norge er gruppert etter Anatomisk Terapeutisk Kjemisk (ATC)-systemet. Dette systemet deler legemidlene inn i 5 nivåer som gir grunnlag for ATC-koder. Videre kan man ved hjelp av dette klassifikasjonssystemet lage statistikk over legemiddelbruk gruppert på fem ulike nivåer, fra tall som viser totalforbruk av alle preparater til tall som viser bruk av legemidlenes enkelte virkestoff (Berg et al,2013)

### **Psykofarmaka**

Psykofarmaka brukes som begrep om stoffer som påvirker sentralnervesystemet, da alle legemidlene som benevnes som psykofarmaka er kategorisert under ATC- gruppe N (Nervous system)(Berg et al, 2013). Hvordan hjernen blir påvirket og menneskets reaksjon på stoffet avhenger av type stoff, samt sosiale og psykologiske faktorer hos individet. Legemiddelene som er undersøkt i vår studie er alle psykofarmaka, likevel er det verdt å merke seg at smertestillende medisin ofte utelates fra psykofarmaka gruppen i internasjonal forskning. I vår studie er det undersøkt for bruk av sovemedisin, beroligende medisin, medisin mot depresjon, LAR-medisin, smertestillende medisin og ADHD-medisin.

Beroligende og sovemedisin blir ofte omtalt samlet under benzodiazepiner (Skurtveit et al., 2014). Følgende blir det gitt en kort presentasjon av sovemedisin og beroligende medisin hver for seg, før benzodiazepiner blir beskrevet mer inngående.

**Sovemedisin** er vanligvis inndelt i benzodiazepiner, benzodiazepin liknede preparater (z-hypnotika) og melatoninpreparater. Benzodiazepiner som benyttes som sovemedisin omfatter virkestoffer som nitrazepam, flunitrazepam og midazolam (Skurtveit et al, 2014). Z-hypnotika inkluderer virkestoffene zopiklon og zolpidem. Z-hypnotia er benzodiazepinlignede preparater utviklet for å minske påvirkning på psykomotoriske funksjoner som benzodiazepiner kan ha, og minske misbrukerpotensialet. Allikevel viser klinisk erfaring at likhet med benzodiazepiner også fremkommer i bivirkninger og toleranseutvikling (Westin et al, 2011). Melatoninpreparater inneholder virkestoffet melatonin og er karakterisert med liten misbruksfare og mindre alvorlige bivirkninger. Melatonin blir ofte omtalt som søvnhormonet, og i Norge er melatoninpreparater kun godkjent for utskrivelse til pasienter over 55 år. Samtidig har man funnet en økning i forskrivelse av melatoninpreparater til barn og unge med psykiske vansker (Hartz, Furu, Bratlid, Handal & Skurtveit, 2012; Steffenak et al., 2012).

**Beroligende medisin** også kalt sedativa, er benzodiazepiner med angstdempende, avslappende og sløvende effekt (Westin et al., 2011). Angstdempende benzodiazepiner inkluderer virkestoffene diazepam, oksazepam og alprazolam. I tillegg finner man også virkestoffet klonazepam i denne gruppen, som er godkjent til behandling av epilepsi, men også brukes som beroligende (Skurtveit et al., 2014).

I tillegg til de tre overnevnte gruppene forekommer det også forskrivning av antihistaminer som sovemedisin. Dette omfatter hovedsakelig forskrivning til små barn. Praksisen er kritisert grunnet fare for bivirkninger og udokumentert effekt (Slordal & Bramness, 2008).

### **Benzodiazepiner**

Benzodiazepiner har en sløvende og angstdempende virkning (Rindom, 2007). Preparatene er hurtigvirkende med særdeles liten overdosefare. Dette gjorde legemidlene svært populære da de kom på markedet på 60 tallet. Benzodiazepinene demper aktiviteten i nervecellene og bremser kommunikasjonen mellom nervecellene. Dette ved at de binder seg til GABA reseptorene i sentralnervesystemet. Benzodiazepiner utløser ikke GABA i seg selv, men forsterker effekten av GABA. Dette gjør at legemidlene er svært attraktive for å forsterke inntak av andre rusmidler som alkohol og opiater (Rindom, 2007).

Benzodiazepinets korte halveringstid og påvirkning i sentralnervesystemets område som fremkaller søvn, gjør de egnet til bruk mot søvnmangel. Dets dempende effekt på området i

hjernen som fremkaller frykt gjør benzodiazepinet svært effektivt som angstdempende middel. Imidlertid oppheves denne effekten sammen med virkningen av legemiddelet. Aktiveringen av GABA- reseptorene i ryggmargen, lillehjernen og hjernestammen gjør at benzodiazepinet skaper en god muskelavslappende effekt, og blir derfor mye brukt mot kramper (blir blant annet bruk mot kramper ved alkoholdelirium) (Rindom, 2007). Benzodiazepinet har også en virkning på hjernens belønningssystem og har vist seg å være svært avhengighetsskapende. I tillegg til at brukerne utvikler høy toleranse for legemiddelet har dette med årene medført retningslinjer som skal skape en mer restriktiv forskrivelse blant leger i Norge (Helsedirektoratet, 2014).

**Medisin mot depresjon** omtales også som antidepressiva. Legemiddelene kan påvirke den kjemisk ubalansen i hjernen som oppstår hos mennesker med depresjon. Antidepressiva finnes i ulike grupper. Selektive serotonin- reopptakshemmere (SSRI) er mest utbredt og inkluderer virkestoffer som fluoxetine, citalopram og sertaline (Berg et al., 2013). Selektive noradrenalin og serotonin- reopptakshemmere (SNRI) og trykkliske antidepressiva (TCA) blir også brukt. Grunnet deres virkemåte har disse legemidlene flere bivirkninger enn SSRI preparatene. Medisin mot depresjon har ingen avhengighetsskapende effekt, samtidig kan brå seponering gi betydelig ubehag (Norsk legemiddelhandbok, 2016).

**LAR-medisin** er legemidler brukt i behandling av opioidavhengighet. Metadon, buprenorfin og kombinasjonspreparatet buprenorfin/nalokson er de preparatene som brukes i Norge. (Norsk legemiddelhandbok, 2016). Skadereduksjon og forebygging av overdosedødsfall er blant formålene for medisineren. Videre ønsker man ved LAR-medisinering å optimalisere den opioidavhengiges livskvalitet og mulighet til å benytte seg av rehabiliterende tilbud og hjelpeapparat.

**Smertestillende medisin** deles inn i ikke opioidholdige (som for eksempel paracetamol og NSAIs) og opioidholdige. Opioidholdige smertestillende deles igjen inn i sterke opioider (inkluderer virkestoffene morfin, oksykodon, fentanyl og buprenorphine) og svake opioider (inkluderer kodein (i kombinasjon med paracetamol) og tramadol). Sterke opioider brukes ved sterke smerter som for eksempel i palliativ behandling av kreftpassienter. Svake opioider brukes i behandling av moderate til sterke smerter (Skurtveit et al., 2014) I vår studie er det ikke skilt mellom de ulike formene for smertestillende medisin.

**ADHD-medisin** er sentralstimulendene legemidler forskrevet til pasienter med en ADHD diagnose. Legemidlene inkluderer amfetamine, dexamfetamine, methylphenidate, modafinil og atomoxetine (Berg et al., 2013). Legemidlene kan hos pasienter med ADHD hjelpe med impulskontroll og bedre beslutningsevnen.

### **Vanedannende legemidler**

Legemidler som kan resultere i avhengighet blir ofte omtalt som vanedannende. Dette dreier seg hovedsakelig om sovemedisin, beroligende og smertestillende. Legemidlene kan ha god terapeutisk effekt brukt over kortere tid, mens de ved lengre tids bruk kan være avhengighetsskapende. Legemidlene kan gi rusopplevelse, eufori, toleranseutvikling og abstinenssymptomer (Skretting, Bye, Vedøy & Lund, 2016). Vanedannende legemidler i Norge plasseres i reseptgruppene A-preparater (narkotika) og B-preparater (andre vanedannende legemidler). Det er statens legemiddelverk som avgjør plasseringen av legemidlene. A- preparater kan kun forskrives på autorisert reseptblankett og både A- og B preparater kan kun ekspederes en gang (Skurtveit et al., 2014).

Sovemedisin, beroligende, LAR-medisin, smertestillende og ADHD-medisin, anses alle å inneha et høyt potensiale for misbruk. Legemidlenes avhengighetsskapende effekt kan forklares ut i fra midlenes påvirkning på belønnings og motivasjonssystemet i hjernen (Bramness, 2009). Sentralt står de mesolimbiske dopaminerge baner. Disse går fra den forlengede marg og da spesielt ventrale tegmentale området (VTA), til nucleus accumbens (NAc). Frontal cortex, og amygdala er også involvert (Bramness, 2009).

Belønningsreaksjonen som skjer i hjernen når vi opplever noe godt er også naturlige og viktig for overlevelse. Tilføring av rusmidler påvirker reseptorene i dette systemet avhengig av hvilke stoffer som inntas. Forenklet kan man si at rusmiddelbruk overaktiviserer belønningssystemet (Rindom, 2007).

I denne oppgaven er alle de undersøkte legemidlene omtalt som vanedannende legemidler.

Kunnskap om innsattes livssituasjon og helseutfordringer er essensielt for å møte gruppens behov på en adekvat måte. Likeledes må innsattes helsesituasjon sees i sammenheng med bruk av forskrevne vanedannende legemidler.



## 1.2 Behov for forskning

### **Bruk av vanedannende legemidler blant innsatte: Hva vet vi og hva trenger vi mer kunnskap om?**

Internasjonale studier har vist at det var høyere forekomst av forskrevne psykofarmaka blant innsatte, og da spesielt blant kvinnelige innsatte sammenlignet med den øvrige befolkningen (Brown et al., 2018). I Kanadiske fengsler fikk 30 % av innsatte forskrevet psykofarmaka mot 8 % i den øvrige befolkningen (Farell Macdonad et al., referert i Brown et al., 2018, s.2). I USA mottok mellom 25-60 % av innsatte psykofarmaka sammenlignet med 20 % i den øvrige befolkningen (Torrey, Kennard, Eslinger, Lamb & Pavle, 2010; Medco Health Solutions, 2000). I England var forekomst i bruk av psykofarmaka 44 % blant kvinnelige innsatte, og 17 % blant mannlige innsatte. Dette var 6 og 4 ganger høyere enn i den øvrige befolkningen (Hassan, Senior, Frisher, Edge & Shaw, 2014). I Spania mottok 21 % av innsatte psykofarmaka mot 8 % i den øvrige befolkningen (Vareka- González et al., referert i Brown et al., 2018). I Vest Australia hadde 21 % av innsatte bruk av psykofarmaka, dette var det dobbelte av hva som ble brukt i den generelle befolkningen (Davison et al., referert i Brown et al, 2018, s 2 ).

Av de ulike typene psykofarmaka var antidepressiva mest brukt blant innsatte (Hassan et al., 2016). Når det gjaldt bruk av smertestillende, var det lite forskning på dette utover smertelindring i forbindelse med kronisk sykdom og palliativ behandling. Ut ifra kjente studier ser det ut til at det er lavere forekomst i bruk av smertestillende blant innsatte sammenlignet med den øvrige befolkningen (Annaheim, Bretschneider, Handtke, Belardi & Elger, 2018; Kjeldsberg & Hartvik, 2005).

I Norge ble det i 2005 publisert en studie som viste at 17 % av innsatte brukte psykofarmaka. Det var høyere enn bruk av psykofarmaka blant den generelle befolkningen, men lavere sammenlignet med bruk blant pasienter innlagt i psykiatriske institusjoner (Kjeldsberg & Hartvik, 2005).

Den forhøyede forekomsten av bruk av psykofarmaka hos innsatte har blitt kritisert både nasjonalt og internasjonalt. Det spekuleres i om legemidlene brukes for å opprettholde ro og orden, og som et substitutt i mangel på alternativ behandling av psykiske lidelser (Brown et al., 2018; Elger et al., 2002; Hassan et al., 2016; Kjeldsberg & Hartvik, 2005).

Det er ikke publisert tall som viser forekomst av forskrevne psykofarmaka blant innsatte i norske fengsler siden 2005. Studien av 2005 sammenlignet bruk blant innsatte i 2005 med resultater fra tilsvarende studie i 1981 av Flatmark. Man så at bruk av psykofarmaka hadde økt (Kjeldsberg & Hartvik, 2005). Innsattes medisinbruk er mye omtalt i kriminalomsorgen, men uttalelsene bygger i stor grad på egenerfarte opplevelser fremfor forskning.

## **1.3 Studiens formål og forskningsspørsmål**

Hensikten med denne studien er å bidra til økt kunnskap om innsattes bruk av forskrevne medisiner. Med utgangspunkt i NorMa- studien vil bruk av forskrevne psykofarmaka, med hovedvekt på vanedannende legemidler blant innsatte forut for soning og under soning bli undersøkt. Fokuset på vanedannende legemidler er valgt med bakgrunn i at godt over halvparten av alle norske innsatte rapporterer om rusmiddelutfordringer og psykiske lidelser (Cramer, 2014; Renvold, 2015). Kausalitet ved resultatene er ikke videre undersøkt, samtidig gir oppgaven noen refleksjoner over mulige årsakssammenhenger.

### **1.3.1 Hovedmål**

Hovedmålet med denne oppgaven er å gi en oppdatert oversikt over forskrevne psykofarmaka med hovedvekt på vanedannende legemidler blant innsatte i norske fengsler.

#### **Delmålene er som følger:**

1. Beskrive bruk av forskrevne vanedannende legemidler blant innsatte i norske fengsler før og under soning, etter kjønn og alder.
2. Beskrive kontinuerlig bruk av forskrevne vanedannende legemidler i perioden før og under soning, etter kjønn.
3. Undersøke faktorer som er assosiert med bruk av forskrevne vanedannende legemidler blant innsatte.
4. Sammenligne bruk av forskrevne vanedannende legemidler blant innsatte under soning og registrert bruk av vanedannende legemidler i den norske befolkningen.

## 2 METODE

Dette kapitelet gir en beskrivelse av anvendt metode ved studiet med fokus på studiedesign, utvalg og datainnsamlingsmetode. Forskningsinstrumentet med benyttede spørsmål presenteres, før en beskrivelse av gjennomførte statistiske analyser følger. Avslutningsvis redegjøres det for etiske vurderinger gjort i forbindelse med studien.

### 2.1 Studiedesign, datainnsamlingsmetode og forskningsinstrument

Denne studien er en kvantitativ studie bygget på datamaterialet fra The Norwegian Offender Mental Health and Addiction Study (NorMA). NorMA-studien er en tversnittstudie basert på selvrappoteringsdata. Tversnittstudiet er studier hvor data er hentet inn over et begrenset tidsområde hvor hensikten er å gi et nåtidsbilde av undersøkte fenomen. En tversnittstudie kan ikke si noe om årsakssammenhenger (Ringdal, 2013).

#### Utvalg

Data er hentet fra innsatte i norske fengsler i perioden 2013 og 2014. 1499 innsatte ved 57 norske fengselsenheter i denne perioden svarte på spørreskjema. Dette var 1396 menn og 96 kvinner med en gjennomsnittsalder på 34.6 år. Majoriteten var født i Norge, 67 % (n=1006), 8 % (n=126) hadde fødeland i Øst Europa og 7 % (n=109) var født i Afrikanske land (Bukten et al., 2016).

#### Eksklusjonskriterier

6 fengselsenheter med 179 innsatte ble ekskludert fra studiet grunnet geografisk beliggenhet og logiske utfordringer. Domfelte som gjennomførte soning i institusjon (§12) eller annen form for soningsgjennomføring utenfor fengsel ble ikke tatt med i studiet (Bukten et.al., 2016).

#### Datainnsamlingsmetode

Informasjonsskriv om studien ble sendt ut til innsatte og ansatte ved fengslene i forkant av gjennomføringen. Ved rekrutteringen ble det gitt tydelig muntlig informasjon på norsk og engelsk. Informasjon ble gitt i felleskap og individuelt avhengig av fengselets sikkerhetsnivå. Frivillighetsprinsippet og muligheten til å trekke seg når som helst i prosessen ble understreket. Spørreskjema ble oversatt til tysk, engelsk, russisk og fransk. De innsatte kunne

velge om de ønsket å fylle ut spørreskjema alene på cella eller i felleskap med andre. Prosjektmedarbeidere var i den grad det var mulig tilgjengelig for spørsmål under utfyllingsprosessen og det ble etterstrebet at ferdigutfylte spørreskjema ble levert direkte til disse. Om innsatte hadde behov for mer tid til utfyllingen og de ikke hadde motforestillinger om å levere skjema til kriminalomsorgens ansatte, kunne skjemaene ettersendes rekommandert (Bukten et al., 2016).

### **Forskningsinstrument**

Dataene i studien er samlet inn via selvutfyllende spørreskjema. Utgangspunktet for studien var å identifisere innsattes rus og helsesituasjon før og under fengsling. Spørreskjema som tidligere hadde blitt benyttet til lignede formål, utviklet av Einar Ødegård og medarbeidere fra SIRUS (2008), ble modifisert og flere standardiserte instrumenter ble tillagt. Spørreskjema dekker områder som demografi, nåværende fengsling, helse og livskvalitet, bruk av alkohol og legemidler (ikke forskrevne), tidligere kriminalitet, selvkontroll og bruk av forskrevne legemidler før og under fengsling (Bukten et al., 2016)

Denne studien vil ta utgangspunkt i bruk av forskrevne legemidler før og under fengsling. Dataene er hentet fra spørreskjemaets tre siste spørsmål, hvor det ble forespurt om bruk av medisiner på resept siste halvår før fengsling, bruk av medisiner på resept de siste 30 dager og bruk av medisiner på resept i løpet av dette fengselsoppholdet. Ordlyden på spørsmålene var: Fikk du noen medisiner på resept fra legen din og hvor ofte brukte du dem. Svaralternativene var: Hver dag, flere ganger per uke, 2-3 ganger per måned, mindre enn 2-3 ganger per måned, ikke brukt. Legemidlene som ble forespurt var: Sovemedisin, beroligende medisin, medisin mot depresjon, metadon, subutex eller suboxone, smertestillende medisin og ADHD-medisin. Respondentene ble også spurt om de husket navnene på medisinene, men informasjon om type legemidler er ikke inkludert i denne studien.

Sosiodemografiske forhold som kjønn, alder, oppvekst, bolig og inntekt blir benyttet for å belyse ulike faktorer for legemiddelbruk. Studiet ser også på helseforhold som psykisk helse og rusmiddelbruk i sammenheng med bruk av forskrevne vanedannende legemidler.

## 2.2 Bearbeiding av datamaterialet og statistiske analyser

Valg av variabler og statiske analyser ble gjort med bakgrunn i studiens målsettinger. Statistikkprogrammet «Statistical Package for the Social Science», SPSS (Versjon 25 for Windows) ble benyttet som verktøy til koding og analyser av datamaterialet. Grunnet datamaterialets omfang og av etiske hensyn ble kun datafiler med relevans til studiets forskningsspørsmål tildelt.

### **Bearbeiding av datamaterialet**

*Målenivå:* Variablene i studiet er kategorivariabler med nominalnivå og ordinalnivå, og kontinuerlige variabler med forholdstallsnivå.

### **Avhengige variabler**

Alle forespurte medisiner er avhengige variabler. I spørreundersøkelsen ble det spurt om medisiner på resept ble bruk hver dag, flere ganger i uken, 2-3 ganger i måneden, mindre enn 2-3 ganger i måneden og ikke brukt. Svarene fra disse spørsmålene er variabler på ordinalnivå. Omkoding av variablene for alle medisinene ble foretatt. Først ble bruk hver dag og bruk flere ganger i uken kollapset til daglig bruk, og bruk 2-3 ganger i måneden og bruk mindre enn 2-3 ganger i måneden kollapset til månedlig bruk.

Videre ble det laget dikotome variabler av alle de ulike medisinene (*sovemedisin, beroligende medisin, medisin mot depresjon, LAR-medisin, smertestillende medisin, ADHD- medisin*) betinget av at respondenten oppga å ha brukt medisinen minimum en gang i perioden. For hver av medisinene ble variabelen ikke bruk laget, betinget at respondenten oppga ikke bruk av medikamentet. For hver av medisinene ble respondenten som ikke hadde krysset av for noen av alternativene (bruk /ikke bruk), kodet som missing.

Når faktorer for bruk av vanedannende legemidler under soning skulle undersøkes ble variablene sovemedisin og beroligende medisin kollapset til *sove- og beroligende medisin*, betinget at respondenten oppga bruk for sove og eller beroligende medisin minimum en gang i perioden.

Variabelen *generellbruk av vanedannende legemidler* ble laget ved å kollapse all bruk av alle medisiner, betinget at respondenten oppga bruk på en eller flere av medisinene

## Uavhengige variabler

**Kjønn** er nominalvariabel der verdiene er like mye verdt, tallkodene for variablene blir en merkelapp (Ringdal, 2013). Kjønn ble oppgitt som *mann* eller *kvinne* (7 respondenter hadde ikke oppgitt kjønn).

**Alder** er en kontinuerlig variabel hvor intervallene mellom variabelnivåene gir en mening (Ringdal, 2013). Respondentene ble delt inn i alderskategoriene *15-24 år (yngre)*, *25-54 år (middelaldrende)* og *55-84 år (eldre)*. I kriminalomsorgen blir domfelte fra 15-25 år omtalt som unge lovbrytere (kriminalomsorgen, u.å.f). De yngre har derfor intervall på 9 år. De andre gruppene har intervall på 29 år. Aldergruppen fra 25-54 år er den største både hos menn (n= 934) og kvinner (n = 67). 131 av respondentene hadde ikke oppgitt alder.

**Nasjonalitet:** Respondenten oppga fødeland som Norge, Norden utenom Norge, Vest-Europa utenom Norden, Øst-Europa, Afrika, Nord Amerika, Asia, Oceania. Variablene ble slått sammen til *Nordisk* og *ikke Nordisk*.

**Ustabil bosituasjon:** Respondentene svarte ja eller nei på om de hadde en stabil bosituasjon før fengsling.

**Type bolig:** Respondentene ble spurt om boligforhold de siste 6 måneder før fengsling. Variablene privat bolig (selveier), privat bolig (leier) og kommunalbolig, ble kollapset til variabelen *eier/leier*. Variablene hospits og ingen bolig ble kollapset til *uten bolig*. Variablene institusjon og flyktningmottak ble kollapset (*inst./flykt.mottak*) da de begge er i midlertidig boliger. Missing (de som ikke hadde svart) ble kollapset med variabelen *annet*.

**Inntekt** fra lønnet arbeid ble kodet til *Lønn*. Variablene dagpenger, sykepenger, AAP, pensjon (ikke inkludert uførepensjon) og sosialstønad ble kollapset til variabelen *NAV-ytelser*. Inntekt fra kriminell virksomhet ble kodet til *kriminell virksomhet*. Inntekt via forsørgelse av andre ble kodet til *forsørget av andre*. Variablene lån/stipend (små tall), annet og missing ble kollapset til variabelen *annet*.

**Ruslidelse (AUDIT/DUDIT):** Respondentene svarte på spørsmål om bruk av rusmidler de siste 12 månedene før innsettelse. Spørsmål fra Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) og Drug Use Disorder Identification Teset (DUDIT) ble brukt i spørreundersøkelsen (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001; Bukten et al., 2015). Respondenter som krysset av for spørsmål som indikerte skadelig bruk ved ble kodet

til gruppen skadelig bruk av rusmidler (i oppgaven brukes betegnelsen ruslidelse om denne gruppen). I henhold til norske retningslinjer ble skadelig bruk av alkohol beregnet ut fra en AUDIT skåre på  $\geq 8$  for menn og  $\geq 6$  for kvinner (ROP, u.å.). Indikasjoner på skadelig bruk av illegale rusmidler ble funnet ved en DUDIT skåre på  $\geq 6$  for menn og  $\geq 2$  for kvinner (Berman, Palmstierna, Kallmen & Bergman, 2007). Respondenter som hadde krysset av for minst fem av indikasjonene for skadelig bruk ved både AUDIT og DUDIT ble kodet til skadelig bruk både for alkohol og illegale rusmidler. Disse respondentenes missing ble erstattet med respondentens gjennomsnittsskåre etter anbefaling fra Hawthorne og Elliot (Hawthorne, Hawthorne, & Elliott, 2005). Respondenter som gjennom andre spørsmål indikerte at de ikke hadde noen erfaring med rusmidler ble instruert til å hoppe over spørsmålene omhandlende AUDIT og DUDIT, og ble kodet i gruppen ikke skadelig bruk. (Muller, Havnes, Rognli & Bukten, 2018).

**Angst/depresjon (HSCL-10):** For å måle symptomer på angst og depresjon ble Hopkins Symptom Checklist (HSCL)-10 benyttet. Respondentene ble spurt om å rangere ulike plager de siste 14 dager, fra 1 (ikke plaget) til 4 (veldig plaget) på hver av de 10 spørsmålene i målet. Poengene ble lagt sammen til en score mellom 10 og 40, der 40 betyr veldig mye plaget. Det anslås at de som har en gjennomsnittscore på 1.85 eller høyere på HSCL-10 har psykiske plager av klinisk relevant karakter. Missing data fra HSCL-10 (bare 70 % svarte på alle 10 spørsmålene) ble håndtert ved at respondenter som hadde utelatt å svare på en eller to av spørsmålene, ble erstattet med respondentens gjennomsnittsskåre og HSCL gjennomsnittsskåre ble beregnet. Dette utgjorde et tillegg på 7.1 % av respondentene, noe som ville ha blitt utelatt om bare respondenter som hadde svart på alle spørsmålene hadde blitt tillagt gjennomsnittsskåre (Strand, Dalgard, Tambs & Rognerud, 2003).

**Tidligere domfellelser:** Respondentene svarte ja eller nei på om de hadde vært domfelt tidligere.

**Oppvekst med rus og psyk.:** Variablene oppvekst i en familie med problemer med alkohol/narkotika/medikamenter og variabelen oppvekst i familie med alvorlig psykiske problemer ble kollapset til variabelen *oppvekst med rus og psykiske problemer*.

### 2.2.1 Analysestrategi

I denne studien ble det benyttet deskriptive analyser. For å finne statistisk sammenheng mellom variabler ble krysstabellanalyser med khikvadrattest (dikotome variabler) og T-test (kontinuerlige variabler) brukt. Logistisk regresjon ble benyttet for å estimere Ods Ratio og det ble justert for mulige konfunderende variabler. Statistisk signifikantnivå var 5 % for alle tester.

Deskriptive analyser ble benyttet for å få en oversikt over forekomst og fordeling av forskrevne medisiner. Variablene som viste bruk de siste 30 dagene ble utelukket etter den første oversiktsanalysen da medisinbruk oppgitt de 30 siste dagene kan inkludere tiden både før og under soning, avhengig av om respondentene hadde sonet eller ikke de siste 30 dagene før de svarte på undersøkelsen. Tallene kan heller ikke brukes som et øyeblikksbilde, da undersøkelsesperioden pågikk over ett år.

Ved sammenligning av bruk av vanedannende legemidler blant innsatte under soning med bruk av vanedannende legemidler i den generelle befolkning (Tabell 6), ble registerdata fra reseptregisteret benyttet (Reseptregisteret, u.å.). Allerede ferdig oppdelte legemiddelkategorier tilsvarende medisingrupper fra vår studie ble valgt. For å kunne få sammenlignbare tall med innsattpopulasjonen, ble tallene fra reseptregisteret inndelt i aldersgrupper tilsvarende aldersgrupper i vår studie. Tallene for Norges totale befolkning ble funnet i SSB (Statistisk sentralbyrå, u.å.). Da datamaterialet i vår studie ble innhentet i 2013 og 2014 er tallene fra reseptregisteret og SSB hentet fra 2014.

Alle variablene som ble benyttet til signifikanttesting (khikvadrattest, t-test og logistisk regresjon) er valgt ut på bakgrunn av hypoteser utfra egen arbeidserfaring og tidligere forskning (Cramer, 2014; Revold, 2015). Alle variablene som hadde flere verdier (kjønn, type bolig, inntekt og nasjonalitet) ble dummykodet og referanseverdi ble valgt.

For å utelukke for konfunderende variabler ble først analysemodellen *forward stepwise variable selection* gjennomført. Det forelå ingen endringer i Ods ratio ved blokkjustering av variablene. Resultatene som viste justering for konfunderende variabler uten å bruke *forward stepwise variable selection* ble derfor benyttet.

Ved justert logistisk regresjon av LAR-medisin ble variabelen ruslidelse utelatt, da 98 % av de som brukte LAR-medisin også skåret for ruslidelse. Alle regresjonsanalyser er gjennomført



med complete case (missing er inkludert i analysene). Analysen for konfunderende variabler er ikke utelukkende og faktorer som er utelatt kan ha innvirkning på modellen. For å finne ut av om regresjonsmodellen var signifikant (Goodnes og fit, signifikans ved justering av de ulike variablene) ble resultatene i Omnibus Tests of Model Coefficients benyttet.

I presentasjon av resultatene hvor resultatene presenteres i absolutte tall og prosenter, er alltid svarene basert på den totale prosenten (n= 1499). Ved selvrapporterings data vil det alltid forekomme missing (respondenter som har unnlatt å svare på spørsmål). Total n (alle som har svart på spørsmålet) er oppgitt ved alle tabeller, og derav fremkommer også missing.

## **2.3 Etiske refleksjoner**

Innsattpopulasjonen er en gruppe som ansees som sårbar. Fokus på anonymitet og ivaretagelse av etiske retningslinjer er særs viktig ved forskning på denne gruppen. Som et resultat av å sitte i fengsel kan innsatte ansees som en attraktiv gruppe å forske på, i det de er lette å nå. Samtidig representerer fengselssettingen rammer man må ta ekstra hensyn til. Fengslingen er preget av en naturlig ubalanse i maktforholdet mellom innsatte og ansatte. Systemet representerer en forventning om at man skal forholde seg til rammer og regler. Dette ble spesielt tatt i betraktning gjennom tydeliggjøring av frivillighet ved deltagelse på undersøkelsen. Samtykkeskjema fra respondentene ble signert før oppstart. Videre ble de ansatte instruert til ikke å påvirke de innsatte i deres valg om deltagelse (Bukten et al., 2015).

NorMA-studien er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (Bukten et al., 2015). Videre er datamaterialet som er utlevert for gjennomføring av denne oppgaven forsvarlig sikret og passord beskyttet. Det er kun datamaterialet som er relevant for målsetting av studien som er utlevert.

## 3 Resultater

I dette kapittelet blir resultatene av studiet fremlagt. Først presenteres deskriptiv statistikk av funnene før sammenhenger presenteres. Avslutningsvis fremlegges resultatene av sammenligning mellom innsattpopulasjon og den generelle norske befolkningen.

### 3.1 Legemiddelbruk før og under soning, etter kjønn og alder

#### **Bruk av forskrevne vanedannende legemidler før soning, totalbruk og daglig bruk**

Forut for soning ble sovemedisin totalt brukt av 20 % av innsatte, beroligende medisin av 17.9 %, medisin mot depresjon av 12.7 %, LAR-medisin av 7.5 %, smertestillende medisin av 16.8 % og ADHD-medisin av 5.2 %. Resultatene for daglig medisinbruk forut for soning viste at sovemedisin oppgis brukt av 12.1 %, beroligende medisin av 10.8 %, medisin mot depresjon av 8.8 %, LAR-medisin av 5.9 %, smertestillende medisin av 6.1 % og ADHD-medisin av 4.1 % (Tabell 1).

#### **Bruk av forskrevne vanedannende legemidler de siste 30 dager, totalbruk og daglig bruk**

De siste 30 dager ble sovemedisin totalt brukt av 20.7 % av innsatte, beroligende medisin av 12.1 %, medisin mot depresjon av 9.5 %, LAR-medisin av 6.6 %, smertestillende medisin av 11.7 % og ADHD-medisin av 4.5 %. Ved daglig medisinbruk de siste 30 dager ble sovemedisin oppgitt av 16.6 %, beroligende medisin av 9.6 %, medisin mot depresjon av 8.3 %, LAR-medisin av 5.7 %, smertestillende medisin av 5.3 % og ADHD-medisin av 3.7 % (Tabell 1).

#### **Bruk av forskrevne vanedannende legemidler under soning, totalbruk og daglig bruk**

Under soning ble sovemedisin totalt brukt av 26.1 % av innsatte, beroligende medisin av 13 %, medisin mot depresjon av 10.9 %, LAR-medisin av 6.8 %, smertestillende medisin av 11.7 % og ADHD-medisin av 3.9 % (Tabell 1). Resultatene for dagligbruk under soning viste at sovemedisin ble brukt av 20.3 %, beroligende medisin av 10.2 %, medisin mot depresjon av 9.2 %, LAR-medisin av 6.1 %, smertestillende medisin av 5.3 % og ADHD-medisin av 3.5 % (Tabell 1).

Tabell 1

*Bruk av forskrevne vanedannende legemidler blant innsatte i norske fengsler i 2013-2014, menn og kvinner (n=1499), absolutte tall og prosent.*

	Hver dag, n (%)	Flere ganger i uken n (%)	2 - 3 ganger i mnd n (%)	> 2 -3 ganger i mnd n (%)	Bruk n (%)	Ikke brukt n (%)	Total n (%)
<b>Siste 6 mnd før soning (n:1499)</b>							
Sovemedisin	181 (12.1)	49 (3.3)	27 (1.8)	43 (2.9)	300 (20.0)	866 (57.8)	1166 (77.8)
Beroligende medisin	162 (10.8)	41 (2.7)	31 (2.1)	34 (2.3)	268 (17.9)	877 (58.5)	1145 (76.4)
Medisin mot depresjon	132 (8.8)	30 (2.0)	14 (0.9)	15 (1.0)	191 (12.7)	924 (61.6)	1115 (74.4)
LAR-medisin	89 (5.9)	7 (0.5)	6 (0.4)	11 (0.7)	113 (7.5)	955 (63.7)	1068 (71.2)
Smertestillende medisin	91 (6.1)	56 (3.7)	48 (3.2)	57 (3.8)	252 (16.8)	847 (56.5)	1099 (73.3)
ADHD-medisin	61 (4.1)	6 (0.4)	6 (0.4)	5 (0.3)	78 (5.2)	989 (66.0)	1067 (71.2)
<b>Siste 30 dager (n:1499)</b>							
Sovemedisin	249 (16.6)	24 (1.6)	20 (1.3)	18 (1.2)	311 (20.7)	831 (55.4)	1142 (76.2)
Beroligende medisin	144 (9.6)	17 (1.1)	14 (0.9)	6 (0.6)	181 (12.1)	899 (60.0)	1080 (72.0)
Medisin mot depresjon	125 (8.3)	12 (0.8)	3 (0.2)	3 (0.2)	143 (9.5)	924 (61.6)	1067 (71.2)
LAR-medisin	86 (5.7)	8 (0.5)	3 (0.2)	2 (0.1)	99 (6.6)	943 (62.9)	1042 (69.5)
Smertestillende medisin	79 (5.3)	47 (3.1)	22 (1.5)	27 (1.8)	175 (11.7)	882 (58.8)	1057 (70.5)
ADHD-medisin	56 (3.7)	5 (0.3)	3 (0.2)	-	67 (4.5)	959 (64.0)	1023 (68.2)
<b>Under soning (n:1499)</b>							
Sovemedisin	304 (20.3)	40 (2.7)	13 (0.9)	34 (2.3)	391 (26.1)	754 (50.3)	1145 (76.4)
Beroligende medisin	153 (10.2)	19 (1.3)	7 (0.5)	16 (1.1)	195 (13.0)	870 (58.0)	1065 (71.0)
Medisin mot depresjon	138 (9.2)	21 (1.4)	2 (0.1)	3 (0.2)	165 (10.9)	884 (59.0)	1048 (69.9)
LAR-medisin	91 (6.1)	4 (0.3)	4 (0.3)	3 (0.2)	102 (6.8)	918 (61.2)	1020 (68.0)
Smertestillende medisin	80 (5.3)	41 (2.7)	20 (1.3)	35 (2.3)	176 (11.7)	856 (57.1)	1032 (68.8)
ADHD-medisin	53 (3.5)	4 (0.3)	2 (0.1)	-	59 (3.9)	938 (62.6)	997 (66.5)

Merk: Missing data: Siste 6 mnd. før soning=201, siste 30 dager =280, under soning =221

## Sammenligning av medisinbruk i de ulike periodene for hele innsattgruppen

Ved sammenligning av bruk mellom de ulike periodene fant man høyere totalbruk av sovemedisin under soning (26.1 %) enn før soning (20.0 %). Ved sammenligning av daglig bruk fant man hyppigst bruk av sovemedisin, hvor daglig sovemedisinbruk var høyere under soning (20.3 %) enn før soning (12.1 %). For de andre undersøkte medisinene ble det funnet lavere totalbruk under soning (Tabell 1).

## Bruk av forskrevne vanedannende legemidler før og under soning etter kjønn og alder

Mannlige innsatte i alle aldre brukte mer **sovemedisin** enn kvinnelige innsatte. Man fant også høyere bruk av sovemedisin under soning enn før soning, hvor differansen i bruk var størst blant unge mannlige innsatte (15-24 år) (fra 20.0 % før soning til 38.0 % under soning).

Kvinnelige innsatte i aldersgruppen 25-54 år hadde lavere bruk av sovemedisin under soning (26.4 %) enn før soning (30.4 %) (Tabell 2).

Tabell 2

Bruk av forskrevne psykofarmaka blant innsatte i norske fengsler i 2013-2014, menn (n=1396) og kvinner (n=96). Før og under soning fordelt på aldersgrupper. Absolutte tall og prosent i aldersgruppen.

Menn	Total bruk n = 1396(%)		15-24 år n = 268 (%)		25-54 år n = 934 (%)		55-84 år n= 73 (%)	
	Før soning	Under soning	Før soning	Under soning	Før soning	Under soning	Før soning	Under soning
Sovemedisin	276 (19.8)	370 (26.5)	44 (20.0)	84 (38.0)	205 (28.0)	249 (34.8)	10 (3.9)	14 (26.4)
Beroligende medisin	247 (17.7)	177 (12.7)	31 (14.4)	27 (13.9)	186 (26.0)	126 (18.9)	8 (15.1)	9 (17.0)
Medisin mot depresjon	174 (12.5)	151 (10.8)	24 (11.4)	23 (12.0)	126 (18.1)	108 (16.4)	11 (30.8)	5 (10.6)
LAR-medisin	102 (7.3)	92 (6.6)	6 (3.0)	6 (3.2)	83 (12.4)	74 (11.5)	1 (2.2)	1 (2.2)
Smertestillende medisin	232 (16.6)	161 (11.5)	28 (13.7)	26 (13.8)	178 (25.8)	113 (17.5)	9 (17.0)	7 (14.0)
ADHD-medisin	72 (5.2)	53 (3.8)	18 (8.7)	12 (6.6)	46 (6.9)	35 (5.6)	1 (2.0)	2 (4.3)
	Total bruk n = 96 (%)		15-24 år n=18 (%)		25-54 år n = 67 (%)		55- 84 år n=2 (%)	
Kvinner	Før soning	Under soning	Før soning	Under soning	Før soning	Under soning	Før soning	Under soning
Sovemedisin	23 (24.0)	19 (19.8)	2 (12.5)	3 (20.0)	17 (30.4)	14 (26.4)	2 (66.7)	–
Beroligende medisin	21 (21.9)	18 (18.8)	4 (26.7)	4 (26.7)	15 (27.3)	14 (25.9)	1 (50.0)	–
Medisin mot depresjon	16 (16.7)	12 (12.5)	4 (25.0)	1 (6.7)	10 (18.5)	10 (19.6)	1 (50.0)	–
LAR-medisin	9 (9.4)	9 (9.4)	1 (6.7)	1 (7.7)	5 (10.2)	6 (12.8)	1 (50.0)	–
Smertestillende medisin	20 (20.8)	13 (13.5)	4 (26.7)	1 (7.1)	14 (26.4)	12 (23.5)	2 (66.7)	–
ADHD-medisin	4 (4.2)	4 (4.2)	2 (12.5)	2 (13.3)	2 (3.9)	1 (2.1)	–	–

Ved bruk av **beroligende medisin** fant man lavere totalbruk under soning blant mannlige innsatte (17.7 % før soning og 12.7 % under soning). Middeldrende mannlige innsatte hadde størst reduksjon i bruk fra 26 % før soning til 18.9 % under soning. Kvinnelige innsatte i alle aldre brukte like mye beroligende medisin før og under soning (Tabell 2).

Ved bruk av **medisin mot depresjon** fant man lavere totalbruk blant kvinnelige innsatte under soning (fra 16.7 % før soning til 12.5 % under soning). Totalbruk før og under soning for mannlige innsatte var omtrent lik (Tabell 2).

Totalbruk av **smertestillende medisin** under soning var lavere for både kvinnelige og mannlige innsatte. Man fant ingen markant endring i bruk av smertestillende blant unge mannlige innsatte, mens blant middeldrende mannlige innsatte fant man en reduksjon i bruk fra 25.8 % før soning til 17.5 % under soning. Reduksjon i bruk av smertestillende blant middeldrende kvinnelige innsatte var fra 26.4 % til 23.5 % (Tabell 2).

Ved sammenligning av bruk før og under soning etter kjønn og alder fant man ingen markant endring i bruk av **LAR- og ADHD-medisin** (Tabell 2).

## 3.2 Kontinuerlig legemiddelbruk

### Kontinuerlig bruk av forskrevne vanedannende legemidler i perioden før og under soning, etter kjønn

På individnivå fant man en generell nedgang i bruk av forskrevne vanedannende legemidler under soning. Nedgangen var uavhengig av kjønn. Ved bruk av ADHD-medisin blant kvinnelige innsatte var det ingen endring (Tabell 3).

Tabell 3.

*Fortsatt bruk av forskrevne psykofarmaka hos innsatte i norske fengsler i 2013-2014 (n=1499) under soning på individnivå. Absolutte tall og endring i prosent.*

Legemiddel	Menn (n=1396)		Kvinner (n=96)	
	Før soning n	Under soning n (%)	Før soning n	Under soning n (%)
Sovemedisin	276	173 (62.7)	23	12 (52.2)
Beroligende medisin	247	119 (48.2)	21	15 (71.4)
Medisin mot depresjon	174	97 (55.7)	16	10 (62.5)
LAR-medisin	102	71 (69.6)	9	7 (77.8)
Smertestillende medisin	232	104 (44.8)	20	9 (45.0)
ADHD-medisin	72	40 (55.5)	4	4 (100)

Fortsatt bruk av sovemedisin under soning, forekom oftere blant mannlige innsatte enn blant kvinnelige innsatte (62.7 % blant menn og 52.2 % blant kvinner). Fortsatt bruk av beroligende medisin fant man blant 48.2 % av de mannlige innsatte og 71.4 % av de kvinnelige innsatte. 55.7 % av de mannlige innsatte og 62.5 % av de kvinnelige innsatte oppga fortsatt bruk av medisin mot depresjon. 55.5 % av mannlige innsatte oppga fortsatt bruk av ADHD-medisin under soning. Ved bruk av LAR-medisin fant man fortsatt bruk blant 69.6 % av de mannlige innsatte og 77.8 % av de kvinnelige innsatte. Legemiddelet med høyest grad av reduksjon under soning var for begge kjønn smertestillende medisin (Tabell 3).

## 3.3 Faktorer assosiert med legemiddelbruk under soning

### Sammenheng mellom bruk av vanedannende legemidler under soning og ulike faktorer

Analysetestester ble gjennomført for å finne sammenheng mellom bruk av medisiner under soning og 11 ulike faktorer. Variablene det ble undersøkt for var: Kjønn, alder, ruslidelse, angst og depresjon, tidligere kriminalitet som har medført domfellelse, oppvekst i familie med rus og alvorlig psykiske problemer, ustabil bosituasjon, type bolig, inntekt og nasjonalitet.

Variabler som viste sammenheng med bruk av **sovmedisin** under soning var følgende: Ruslidelse ( $p < 0.001$ ), angst og depresjon ( $p < 0.001$ ), kriminalitet som har medført tidligere domfellelse, ( $p < 0.001$ ) oppvekst i familie med rus og alvorlig psykiske problemer ( $p < 0.001$ ), ustabil bosituasjon før soning ( $p < 0.001$ ), type bolig ( $p = 0.005$ ), inntekt ( $p < 0.001$ ) og nasjonalitet ( $p < 0.001$ ) (Tabell 4).

Tabell 4

*Korrelasjoner (signifikanttesting ved khikvadrat test og t-test) ved antatte faktorer som kan ha sammenheng med bruk av vanedannende legemidler blant innsatte (menn og kvinner n= 1499) under soning*

	Sovemedisin (n: 1145)			Beroligende medisin(n: 1065)			Medisin mot depresjon (n=1048)		
	Ikke bruk (n=754)	bruk (n=391)	P-verdi	Ikke bruk (n=870)	bruk (n=195)	P-verdi	ikke bruk (n=884)	bruk (n=164)	P-verdi
Kjønn (Menn ref)	697 (92.7)	370 (95.1)	0.114	812 (93.7)	177 (90.8)	0.150	824 (93.4)	151 (92.6)	0.712
Alder	34.7	33.5	0.057	34.3	35.3	0.283	34.2	35.4	0.249
Ruslidelse (Audit/Dudit)	500 (66.9)	330 (85.1)	<b>&lt;0.001</b>	598 (69.4)	171 (77.8)	<b>&lt;0.001</b>	618 (70.5)	127 (78.9)	<b>0.029</b>
Angst/dep (HSCL-10)	1.70	2.11	<b>&lt;0.001</b>	1.72	2.42	<b>&lt;0.001</b>	1.75	2.33	<b>&lt;0.001</b>
Tidligere domfelt	394 (53.4)	274 (72.3)	<b>&lt;0.001</b>	473 (55.4)	148 (77.1)	<b>&lt;0.001</b>	494 (57.0)	103 (63.6)	0.122
Oppvekst med rus/psy	192 (26.2)	153 (40.4)	<b>&lt;0.001</b>	<b>228 (26.9)</b>	<b>91 (47.6)</b>	<b>&lt;0.001</b>	236 (27.4)	73 (46.5)	<b>&lt;0.001</b>
Ustabil bosituasjon	139 (19.0)	105 (28.3)	<b>&lt;0.001</b>	164 (19.4)	61 (32.1)	<b>&lt;0.001</b>	180 (20.9)	34 (21.7)	0.832
Type bolig			<b>0.005</b>			<b>0.027</b>			0.411
Eier/leier (referanse)	628 (84.3)	298 (77.4)		721 (83.8)	145 (75.5)		725 (83.0)	133 (82.6)	
Uten/hotsis	60 (8.1)	57 (14.8)		76 (8.8)	30 (15.6)		81 (9.3)	15 (9.3)	
inst/flykt.motak	11 (1.5)	6 (1.6)		12 (1.4)	4 (2.1)		12 (1.4)	5 (3.1)	
Annet	46 (6.2)	24 (6.2)		51 (5.9)	13 (6.8)		55 (6.3)	8 (5.0)	
Inntekt			<b>&lt;0.001</b>			<b>&lt;0.001</b>			<b>0.001</b>
Lønn( referanse)	316 (42.9)	88 (22.9)		337 (39.6)	123 (63.7)		346 (40.0)	91 (56.5)	
Nav- ytelsler	294 (39.9)	221 (57.4)		76 (8.9)	23 (11.9)		83 (9.6)	15 (9.3)	
forsørget av andre	19 (2.6)	9 (2.3)					87 (10.1)	15 (9.3)	
Kriminell virksomhet	63 (86.6)	49 (12.7)		87 (10.2)	14 (7.3)		349 (40.3)	40 (24.8)	
Annet	44 (6.0)	18 (4.7)		351 (41.2)	33 (17.1)				
Nasjonalitet			<b>&lt;0.001</b>			<b>&lt;0.001</b>			<b>0.006</b>
Norden (referanse)	528 (71.8)	311 (82.1)		615 (72.6)	166 (86.0)		627 (72.7)	132 (83.0)	
Annet	207 (28.2)	68 (17.9)		232 (27.4)	27 (14.0)		235 (27.3)	27 (17.0)	
	LAR-medisin (n=1020)			Smertestillende medisin (n=1032)			ADHD-medisin (n=927)		
	Ikke bruk (n=918)	bruk (n=102)	P-verdi	ikke bruk (n=856)	bruk (n=176)	P-verdi	ikke bruk (n=938)	bruk (n=59)	P-verdi
Kjønn (Menn ref)	860 (93.9)	92 (91.1)	0.275	798 (93.4)	161 (92.5)	0.661	874 (93.4)	53 (93.0)	0.908
Alder	34.1	36.8	<b>0.003</b>	34.2	36.2	0.588	34.3	33.0	0.479
Ruslidelse (Audit/Dudit)	636 (69.9)	99 (98.0)	<b>&lt;0.001</b>	605 (71.2)	120 (69.8)	0.711	656 (70.5)	54 (94.7)	<b>&lt;0.001</b>
Angst/dep (HSCL-10)	1.78	2.12	<b>&lt;0.001</b>	1.75	2.16	<b>&lt;0.001</b>	1.79	2.15	<b>0.007</b>
Tidligere domfelt	501 (55.7)	95 (94.1)	<b>&lt;0.001</b>	481 (57.4)	97 (56.1)	0.748	525 (57.1)	46 (79.3)	<b>0.001</b>
Oppvekst med rus/psy	253 (28.3)	48 (48.0)	<b>&lt;0.001</b>	248 (29.8)	43 (25.0)	0.209	265 (29.0)	22 (37.3)	0.178
Ustabil bosituasjon	180 (20.2)	31 (31.0)	<b>0.013</b>		33 (19.6)	0.742	190 (20.9)	15 (26.3)	0.332
Type bolig			<b>&lt;0.001</b>			0.294			0.401
Eier/leier (referanse)	761 (84.0)	65 (64.4)		701 (82.9)	149 (86.6)		769 (83.1)	47 (79.7)	
Uten/hotsis	79 (8.7)	26 (25.7)		83 (9.8)	9 (5.2)		87 (9.4)	9 (15.3)	
inst/flykt.motak	12 (1.3)	2 (2.0)		12 (1.4)	3 (1.7)		13 (1.4)		
Annet	54 (6.0)	8 (7.9)		50 (5.9)	11 (6.4)		56 (6.1)	3 (5.1)	
Inntekt			<b>&lt;0.001</b>			0.522			<b>0.023</b>
Lønn( referanse)	356 (39.7)	83 (82.2)		347 (41.5)	80 (46.0)		380 (41.4)	27 (45.8)	
Nav- ytelsler	83 (9.3)	10 (9.9)		83 (9.9)	14 (8.0)		86 (9.4)	12 (20.3)	
Kriminell virksomhet	95 (10.6)	1 (1.0)		83 (9.9)	20 (11.5)		91 (9.9)	4 (6.8)	
Annet	363 (40.5)	7 (6.9)		324 (38.7)	60 (34.5)		360 (39.3)	16 (27.1)	
Nasjonalitet			<b>&lt;0.001</b>						<b>0.001</b>
Norden (referanse)	652 (72.8)	93 (94.9)		617 (74.1)	126 (25.9)	0.825	670 (73.2)	54 (93.1)	
Annet	244 (27.2)	5 (5.1)		216 (25.9)	46 (26.7)		245 (26.8)	4 (6.9)	

Merk: Signifikansnivå er satt til  $p < 0.05$  og markert med uthevet skrift.

Variabler som viste sammenheng med bruk av **beroligende medisin** var som følger: Ruslidelse ( $p < 0.001$ ), angst og depresjon ( $p < 0.001$ ), kriminalitet som har medført tidligere domfellelse ( $p < 0.001$ ), oppvekst i familie med rus og alvorlig psykiske problemer ( $p < 0.001$ ), ustabil bosituasjon før soning ( $p < 0.001$ ), type bolig ( $p = 0.027$ ), inntekt ( $p < 0.001$ ) og nasjonalitet ( $p < 0.001$ ) (Tabell 4).

Resultatene viste videre at det var en sammenheng mellom bruk av **medisin mot depresjon** og følgende variabler: Ruslidelse ( $p = 0.029$ ), angst og depresjon ( $p < 0.001$ ), oppvekst i familie

med rus og alvorlig psykiske problemer ( $p < 0.001$ ), inntekt ( $p = 0.001$ ) og nasjonalitet ( $p = 0.006$ ) (Tabell 4).

Man fant også assosiasjon mellom bruk av **LAR-medisin** under soning og alder ( $p = 0.003$ ). Innsatte som oppga bruk av LAR-medisin under soning var i gjennomsnitt 2 år eldre enn innsatte som ikke brukte LAR-medisin. Andre variabler som viste sammenheng med bruk av LAR-medisin var ruslidelse ( $p < 0.001$ ), angst og depresjon ( $p < 0.001$ ), kriminalitet som har medført tidligere domfellelse ( $p < 0.001$ ), oppvekst i familie med rus og alvorlige psykiske problemer ( $p < 0.001$ ), ustabil bosituasjon før soning ( $p = 0.013$ ), type bolig ( $p < 0.001$ ), inntekt ( $p < 0.001$ ) og nasjonalitet ( $p < 0.001$ ) (Tabell 4).

Videre fant man en sammenheng mellom bruk av **smertestillende medisin** under soning og skåre for angst og depresjon ( $p < 0.001$ ) (Tabell 4).

Resultatene viste endelig at det var en sammenheng mellom bruk av **ADHD-medisin** under soning og følgende variabler: Ruslidelse ( $p < 0.001$ ), angst og depresjon ( $p = 0.007$ ), kriminalitet som har medført tidligere domfellelse ( $p = 0.001$ ), inntekt ( $p = 0.023$ ) og nasjonalitet ( $p = 0.001$ ) (Tabell 4).

### **Justering av faktorer assosiert med bruk av vanedannende legemidler under soning**

Logistisk regresjons analyse ble brukt for å finne ut av om sammenhengene man fant mellom bruk og de ulike variablene fremdeles var tilstedte etter at man hadde tatt høyde for bakenforliggende faktorer (konfunderende variabler).

Resultatene av justert logistisk regresjonsanalyse viste at bruk av sove- og **beroligende medisin** under soning var assosiert med følgende: Forhøyet skåre for ruslidelse (OR 1.95, KI 1.24-2.98), forhøyet skåre for angst og depresjon (OR 1.07, KI 1.05-1.10), høy grad av tidligere domfellelser (OR 0.67, KI 0.47-0.96), oppvekst i familie med rus og alvorlig psykiske problemer (OR 1.34, KI 0.96-1.87), og økonomiske ytelser fra NAV (OR 1.59, KI 1.09-2.33) (Tabell 5).

Bruk av **medisin mot depresjon** under soning var assosiert med forhøyet skåre på angst og depresjon (OR 1.10, KI 1.07-1.13) og oppvekst i familie med rus og alvorlig psykiske problemer (OR 1.64, KI 1.05-2.55) (Tabell 5).

Tabell 5

Ujustert og justert odds ratio (OR) og 95 % konfidensintervall fra logistisk regresjonsanalyse med vanedannende legemidler (Sove- og beroligende medisin, medisin mot depresjon, LAR-medisin, smertestillende medisin, ADHD-medisin og generell bruk av vanedannende legemidler som avhengige variabler.

	Sove og beroligende medisin		Medisin mot depresjon		LAR-medisin	
	Ujustert (n=1175)	Justert (n=849)	Ujustert (n = 1048)	Justert ( n = 769)	Ujustert (n=1020)	Justert (n=743)
	OR( 95% KI)	OR( 95% KI)	OR( 95% KI)	OR( 95% KI)	OR( 95% KI)	OR( 95% KI)
Kjønn (menn ref)	0.89 (0.55-1.44)	1.32 (0.71-2.47)	0.88 (0.47-1.69)	0.98 (0.44-2.18)	0.67 (0.32-1.40)	0.62 (0.22-1.77)
Alder	0.99 (0.98-1.00)	0.99 (0.97-1.01)	1.01 (0.99-1.03)	1.00 (0.98-1.02)	<b>1.02 (1.00-1.04)</b>	1.01 (0.99-1.04)
Ruslidelse (Audit/Dudit)	<b>3.00 (2.21-4.07)</b>	<b>1.92 (1.24-2.98)</b>	<b>0.63 (0.43-0.96)</b>	1,12 (0.62-2.00)	<b>21.33 (5.22-87.09)</b>	
Angst/dep. (HSCL-10)	<b>1.09 (1.07-1.11)</b>	<b>1.07 (1.05-1.10)</b>	<b>1.09 (1.07-1.11)</b>	<b>1.10 (1.07-1.13)</b>	<b>1.05 (1.02-1.09)</b>	<b>1.04 (1.00-1.07)</b>
Tidligere domfelt	<b>0.41 (0.32-0.53)</b>	<b>0.67 (0.47-0.96)</b>	1.32 (0.93-1.86)	1.10 (0.68-1.79)	<b>12.58 (5.46-29.0)</b>	<b>0.12 (0.04-0.41)</b>
Oppvekst med rus/psy	<b>0.49 (0.38-0.63)</b>	1.34 (0.96-1.87)	<b>2.30 (1.63-3.26)</b>	<b>1.64 (1.05-2.55)</b>	<b>2.34(1.54-3.55)</b>	1.19 (0.67-2.10)
Ustabil bosituasjon	<b>0.57 (0.43-0.75)</b>	0.77 (0.50-1.20)	0.96 (0.63-1.45)	1.60(0.88-2.92)	<b>0.56 (0.36-0.89)</b>	1.24 (0.60-2.55)
Type bolig						
Eier/leier (referanse)						
Uten/hotpis	<b>2.00 (1.38-2.92)</b>	0.95 (0.55-1.64)	1.01 (0.57-1.81)	0.83 (0.38-1.77)	<b>3.85 (2.31-6.42)</b>	2.22 (0.97-5.06)
inst/flykt.motak	1.44 (0.59-3.51)	1.07 (0.29-3.95)	2.27 (0.79-6.55)	1.06 (0.12-9.21)	1.95 (0.43-8.91)	1.59 (0.97-5.06)
Annet	0.63 (0.69-1.87)	0.84 (0.43-1.64)	0.79 (0.37-1.70)	0.91 (0.36-2.36)	1.73 (0.79-3.80)	2.21 (0.84-5.80)
Inntekt						
Lønn( referanse)						
Nav- ytelser	<b>2.87 (2.17-3.81)</b>	<b>1.59 (1.09-2.33)</b>	<b>2.28 (1.53-3.39)</b>	1.89 (0.41-8.87)	<b>11.54 (5.26-25.29)</b>	<b>7.50(2.24-25.19)</b>
Forsørget av andre	1.54 (0.67-3.54)	1.13 (0.38-3.39)	1.25 (0.36-4.36)	3.36 (0.73-15.51)		
Kriminell virksomhet	<b>2.92 (1.90-4.50)</b>	1.48 (0.84-2.59)	1.51 (0.78-2.90)	2.93 (0.40-21.58)	<b>6.48 (2.40-17.55)</b>	<b>4.38 (1.04-18.37)</b>
Annet	1.50 (0.85-2.66)	1.23 (0.52-2.89)	1.62 (0.76-3.42)	2.14 (0.41-11.19)		
Nasjonalitet						
Norden (referanse)						
Annet	<b>0.52 (0.38-0.69)</b>	0.72 (0.47-1.11)	0.55 (0.35-0.85)	0.56 (0.30-1.07)	<b>0.14 (0.06-0.36)</b>	0.42 (0.12-1.42)
Goodnes -of- fit	$\chi^2 = 145.89, P=0.00$		$\chi^2 = 82.24, P=0.00$		$\chi^2 = 104.29, P=0.00$	
	Smertestillende medisin		ADHD-medisin		Generell bruk av vanedannende legemidler	
	Ujustert (n=1032)	Justert( n =755)	Ujustert (n=997)	Justert (n=735)	Ujustert (n= 1278)	Justert (n = 928)
	OR( 95% KI)	OR( 95% KI)	OR( 95% KI)	OR( 95% KI)	OR( 95% KI)	OR( 95% KI)
Kjønn (menn ref)	1.15 (0.62-2.15)	0.85 (0.38-1.86)	0.94 (0.33-2.68)	0.88 (0.25-3.13)	0.92 (0.59-1.43)	0.80 (0.44-1.44)
Alder	<b>1.02 (1.00-1.03)</b>	1.01 (0.99-1.03)	0.99(0.96-1.02)	1.00 (0.96-1.03)	1.00 (0.99-1.01)	1.00 (0.98-1.01)
Ruslidelse (Audit/Dudit)	0.94 (0.65-1.34)	0.72 (0.43-1.19)	<b>7.51 (2.33-24.45)</b>	3.44 (0.97-12.17)	<b>2.57 (1.97-3.35)</b>	<b>1.66 (1.13-2.43)</b>
Angst/dep. (HSCL-10)	<b>1.07 (1.04-1.09)</b>	<b>1.08(1.04-1.11)</b>	<b>1.06 (1.02-1.10)</b>	<b>1.05 (1.01-1.10)</b>	<b>1.08 (1.06- 1.10)</b>	<b>1.07(1.05-1.10)</b>
Tidligere domfelt	0.95 (0.68-1.32)	1.08 (0.67-1.74)	<b>2.88 (1.50-5.50)</b>	0.67 (0.29-1.51)	<b>2.31(1.83-2.92)</b>	<b>1.53 (1.10-2.12)</b>
Oppvekst med rus/psy	0.79 (0.54-1.15)	<b>0.60 (0.37-0.98)</b>	1.45 (0.84-2.51)	1.05( 0.53-2.09)	<b>1.73 (1.36-2.20)</b>	0.98 (0.72-1.35)
Ustabil bosituasjon	1.07 (0.71-1.63)	0.76 (0.43- 1.34)	0.74 (0.40-1.36)	1.25 (0.51-3.05)	1.46 (1.12-1.91)	0.90 (0.60-1.34)
Type bolig						
Eier/leier (referanse)						
Uten/hotpis	<b>0.51 (0.25-1.04)</b>	<b>0.30 (0.11-0.83)</b>	1.70 (0.80-3.57)	0.60 (0.18-2.00)	<b>2.00(1.38-2.88)</b>	1.01(0.60-1.71)
inst/flykt.motak	1.18 (0.33-4.22)	1.53 (0.28-8.37)	-	-	1.60 (0.68-3.78)	0.96 (0.31-3.03)
Annet	1.04 (0.53-2.04)	1.18 (0.52-2.66)	0.88 (0.26-2.91)	0.99 (0.28-3.56)	1.23 (0.76-1.95)	1.05 (0.59-1.88)
Inntekt						
Lønn( referanse)						
Nav- ytelser	1.24 (0.86-1.79)	1.20 (0.73-1.97)	1.22 (0.27-5.46)	1.52 (0.18-13.09)	<b>3.03 (2.34-2.92)</b>	<b>1.83 (1.30-2.58)</b>
Forsørget av andre	1.62 (0.63-4.20)	2.26 (0.71-7.20)	1.94 (0.45-8.39)	1.37 (0.16-11.74)	1.57 (0.73-3.35)	1.84 (0.70-4.84)
Kriminell virksomhet	0.87 (0.45-1.66)	0.73 (0.30-1.76)	1.20 (0.10-13.85)	2.37 (0.13-44.76)	<b>2.65 (1.75-4.00)</b>	1.56 (0.93-2.62)
Annet	1.27 (0.64-2.52)	0.90 (0.31-2.56)	3.98 (0.86-18.46)	2.58 (0.28-23.99)	1.45 (0.87-2.42)	1.21 (0.57-2.57)
Nasjonalitet						
Norden (referanse)						
Annet	1.04 (0.72-1.51)	0.83 (0.48-1.45)	<b>0.20 (0.07-0.57)</b>	2.90 (0.85-9.87)	<b>0.47 (0.36-0.61)</b>	0.61 (0.42-0.90)
Goodnes -of- fit	$\chi^2 = 47.26, P=0.00$		$\chi^2 = 25.88, P=0.04$		$\chi^2 = 149.02, P= 0.00$	

Merk: Den justerte modellen inneholder alle variablene i tabellen: Kjønn, alder, ruslidelse, angst/depresjon, tidligere domfelt, oppvekst med rus og alvorlig psykisk lidelse, stabil bosituasjon, type bolig, inntekt og nasjonalitet. Signifikansnivået for OR er  $p < 0.05$ , og markert med uthevet skrift.



Videre fant man at bruk av **LAR-medisin** under soning var assosiert med forhøyet skåre for angst og depresjon (OR 1.04, KI 1.00-1.07) og tidligere domfellelser (OR 0.12, KI 0.04-0.41). Man fant også assosiasjon mellom bruk av LAR-medisin under soning og inntekt fra NAV ytelser (OR 7.50, KI 2.24-25.19) og inntekt via kriminell virksomhet (OR 4.38, KI 1.04-18.37) (Tabell 5). Samtidig viser store konfidensintervall ved inntektsvariablene at resultatet må sees på med varsomhet.

Resultatene viste også at bruk av **smertestillende medisin** under soning var assosiert med følgende: Forhøyet skåre for angst og depresjon (OR 1.08, KI 1.04-1.11), oppvekst i familie med rus og alvorlig psykiske problemer (OR 0.60, KI 0.37-0.98) og uten fast bolig forut for soning (OR 0.30, KI 0.11-0.83) (Tabell 5).

Ved bruk av **ADHD- medisin** under soning viste analysen assosiasjon med forhøyet skår på angst og depresjon (OR 1.05, KI 1.01-1.10) (Tabell 5).

Ved **generell bruk av vanedannende legemidler** blant innsatte under soning fant man assosiasjon med forhøyet skåre for ruslidelse (OR 1.66, KI 1.13-2.43), forhøyet skåre for angst og depresjon (OR 1.07, KI 1.05-1.10), høy grad av tidligere domfellelser (OR 1.53, KI 1.10-2.12) og økonomiske ytelser fra NAV (OR 1.83, KI 1.30-2.58) (Tabell 5).

### 3.4 Sammenligning med den generelle befolkningen

Resultatene viste at innsatte uavhengig av kjønn og alder brukte mer vanedannende medikamenter under soning enn den generelle befolkningen. Unntaket var bruk av smertestillende medisiner hvor den generelle befolkningen uavhengig av kjønn og alder hadde høyere bruk.

Unge innsatte brukte om lag 30 prosentpoeng mer sovemedisin enn tilsvarende aldersgruppe i den generelle befolkningen. I aldersgruppen 25 -54 år var differansen på 23.1 prosentpoeng for menn og 18.8 prosentpoeng for kvinner. Blant menn i aldersgruppen 55-84 år var differansen på 9.6 prosentpoeng (Tabell 6). 8.6 % blant unge mannlige innsatte oppga bruk av medisin mot depresjon mot 1.9 % av unge menn i den generelle befolkningen. For unge kvinner var bruk av medisin mot depresjon 5.6 % blant innsatte og 3.9 % i den generelle befolkningen. I aldersgruppen 25-54 år var bruk av medisin mot depresjon blant mannlige innsatte 11.6 % og 4.9 % blant menn i den generelle befolkningen. 14.9 % av de kvinnelige innsatte rapporterte bruk av medisin mot depresjon og 8.9 % i den generelle befolkningen.

Blant menn i aldersgruppen 55 til 84 år rapporterte 6.8 % av innsatte bruk av medisin mot depresjon og 7.1 % i den generelle befolkningen (Tabell 6).

Tabell 6

*Bruk av vanedannende legemidler under soning og registrert bruk av vanedannende legemidler i den generelle norske befolkningen i 2014. (Innsatte: menn n= 1396, kvinner n= 96. Den norske befolkningen i 2014: menn n=2053848, kvinner n=2010013)*

	15-24 år			25-54 år			55-84 år		
	n	n brukt	%	n	n brukt	%	n	n brukt	%
<b>Sove- og beroligende medisin</b>									
<b>Menn</b>									
Insatte	268	90	<b>33,6</b>	934	282	<b>30,2</b>	73	19	<b>26,0</b>
Den generelle befolkningen	343441	9754	<b>2,8</b>	1079388	76131	<b>7,1</b>	631019	103756	<b>16,4</b>
<b>Kvinner</b>									
Insatte	18	6	<b>33,3</b>	67	20	<b>29,9</b>	4		
Den generelle befolkningen	324792	13492	<b>4,2</b>	1020828	113698	<b>11,1</b>	664393	202727	<b>30,5</b>
<b>Medisin mot depresjon</b>									
<b>Menn</b>									
Insatte	268	23	<b>8,6</b>	934	108	<b>11,6</b>	73	5	<b>6,8</b>
Den generelle befolkningen	343441	6544	<b>1,9</b>	1079388	53079	<b>4,9</b>	631019	44965	<b>7,1</b>
<b>Kvinner</b>									
Insatte	18	1	<b>5,6</b>	67	10	<b>14,9</b>	4		
Den generelle befolkningen	324792	12628	<b>3,9</b>	1020828	90877	<b>8,9</b>	664393	91824	<b>13,8</b>
<b>LAR- medisin</b>									
<b>Menn</b>									
Insatte	268	6	<b>2,2</b>	934	74	<b>7,9</b>	73	1	<b>1,4</b>
Den generelle befolkningen	343441	78	<b>0,0</b>	1079388	5219	<b>0,5</b>	631019	785	<b>0,1</b>
<b>Kvinner</b>									
Insatte	18	1	<b>5,6</b>	67	6	<b>9,0</b>	4		
Den generelle befolkningen	324792	62	<b>0,0</b>	1020828	2176	<b>0,2</b>	664393	344	<b>0,1</b>
<b>Smertestillende medisin</b>									
<b>Menn</b>									
Insatte	268	26	<b>9,7</b>	934	113	<b>12,1</b>	73	7	<b>9,6</b>
Den generelle befolkningen	343441	35777	<b>10,4</b>	1079388	245020	<b>22,7</b>	631019	209100	<b>33,1</b>
<b>Kvinner</b>									
Insatte	18	1	<b>5,6</b>	67	12	<b>17,9</b>	4		
Den generelle befolkningen	324792	52953	<b>16,3</b>	1020828	303743	<b>29,8</b>	664393	279663	<b>42,1</b>
<b>ADHD-medisin</b>									
<b>Menn</b>									
Insatte	268	12	<b>4,5</b>	934	35	<b>3,7</b>	73	2	<b>2,7</b>
Den generelle befolkningen	343441	7010	<b>2,0</b>	1079388	6661	<b>0,6</b>	631019	517	<b>0,1</b>
<b>Kvinner</b>									
Insatte	18	2	<b>11,1</b>	67	1	<b>1,5</b>	4		
Den generelle befolkningen	324792	4436	<b>1,4</b>	1020828	6404	<b>0,6</b>	664393	464	<b>0,1</b>

For bruk av ADHD-medisin fant man en differanse på 9.7 prosentpoeng mellom innsatte kvinner og kvinner i den generelle befolkningen 15-24 år (Tabell 6).

Bruk av smertestillende medisin i aldersgruppen 25- 54 år ble oppgitt av 12.1 % av mannlige innsatte mot 22.7 % i den generelle befolkningen. Blant kvinner i samme aldersgruppe oppga 17.9 % av innsatte og 29.8 % i den generelle befolkningen bruk av smertestillende medisin (Tabell 6). Ved en tiendedeling av aldersgruppen middelaldrende menn viste differansen fortsatt høyere bruk blant menn i den generelle befolkningen (25-34 år; innsatte 10.2 %, den generelle befolkningen 17.4 %. 35-44 år; innsatte 13.1 % og den generelle befolkningen 22.2 %. 45-54 år; innsatte 15.6 % og den generelle befolkningen 28.3 %).

Bruk av LAR-medisin i den generelle befolkningen var lav, og i aldersgruppen 15-24 år gav ikke bruk prosentmessig utslag i reseptregisteret. Blant unge mannlige innsatte var oppgitt bruk 2.2 % og 5.6 % blant kvinnelige innsatte. For aldersgruppen 25-54 år var bruk blant menn 7.9 % hos innsatte og 0.5 % i den generelle befolkningen. Kvinner i samme aldersgruppe oppga 9.0 % bruk blant innsatte og 0.2 % bruk i den generelle befolkningen (Tabell 6).

## 4 DISKUSJON

I dette kapitlet vil studiens anvendte metode og funnene ble diskutert. Det vil bli redegjort for styrker og svakheter ved studien før metodiske betraktninger blir presentert. I andre delen av kapitlet blir resultatene diskutert i lys av eksisterende forskning på feltet. I denne delen vil det også bli reflektert over mulige resultatforklaringer. Kapitlet avsluttes med en oppsummering av hovedfunnene hvor mulige implikasjoner for kriminalomsorgen og forskningsbehov blir vektlagt.

Denne studien har undersøkt bruk av forskrevne psykofarmaka med hovedvekt på vanedannende legemidler blant 1499 innsatte i 57 norske fengselsenheter. Undersøkelser har gitt resultater som har beskrevet følgende: Bruk av forskrevne vanedannende legemidler blant innsatte i norske fengsel før og under soning, etter kjønn og alder. Kontinuerlig bruk av forskrevne vanedannende legemidler i perioden før og under soning, etter kjønn. Faktorer som var assosiert med bruk av forskrevne vanedannende legemidler blant innsatte. Sammenligning i bruk av forskrevne vanedannende legemidler blant innsatte under soning med registrert bruk av vanedannende legemidler i den norske befolkningen. Med dette utgangspunkt vil nå studiens styrker og svakheter bli presenter.

### 4.1 Styrker og svakheter ved studien

Denne studien er den første studien som har sett på bruk av forskrevne psykofarmaka med hovedvekt på vanedannende legemidler blant innsatte siden 2005. Studien var også den første av sitt slag som undersøkte forekomst av forskrevne vanedannende legemidler blant innsatte før soning og sammenlignet forekomst forut for soning med forekomst under soning.

En viktig styrke med denne studien var det store antallet respondenter som studien omfattet (n=1499, menn =1396, kvinner =96)). Til enhver tid sitter i overkant av 3500 mennesker i norske fengsel. Omlag 250 av disse er kvinner (Kriminalomsorgsdirektoratet, 2018).

Aldersgjennomsnittet for denne studien (35 år) er også i overensstemmelse med gjennomsnittsalder for innsatte (Kriminalomsorgsdirektoratet, 2018). Antallet innsatte med utenlandsk opprinnelse har økt de siste årene, og det er også en styrke ved denne studien at den omfatter respondenter med annet fødeland enn Norge.

### 4.1.1 Metodiske betraktninger

Reliabilitet omhandler datamaterialets nøyaktighet og pålitelighet. Validitet dreier seg om studiets evne til å måle det vi ønsker å måle (Ringdal, 2013). Man må alltid ta høyde for systematiske målefeil (bias) i alle faser av en studie.

En måte å vurdere reliabilitet på er **test-retest teknikken**. Dette går ut på å gjøre de samme analysene i studien om igjen, og måle graden av samsvar eller korrelasjon mellom de nye resultatene og de som foreligger i testede studie. Dette er utfordrende og kostbart å gjennomføre. Blant annet innebærer test-retest teknikken at spørreundersøkelsen skal gjennomføres på nytt. Ved tverrsnittstudie (som vår studie) må man ta høyde for tidsavhengig reell endring, som endringer med en annen sammensetting i innsattpopulasjonen (Ringdal, 2013).

**Studiedesign/forskningsinstrument:** Spørreskjema brukt i NorMA-studien ble utformet for å kartlegge rus og helseutfordringer blant innsatte i norske fengsler. Spørreskjemaet ble utviklet spesielt med tanke på et enkelt og forståelig språk, med enkle spørsmålsformuleringer. Spørreskjema bygger på et tidligere spørreskjema anvendt på innsatte i Norge. Flere standardiserte instrumenter ble tillagt spørreundersøkelsen, og et pilotprosjekt ble gjennomført, hvor tilbakemeldinger medførte justeringer (Bukten et al., 2015). For å måle reliabilitet, kan man benytte Cronbachs alfa test. Denne testen måler intern konsisten (om spørsmålene i undersøkelsen måler det man ønsker å undersøke). Det ble imidlertid ikke valgt å benytte Cronbachs alfa test i studien. Dette da spørreundersøkelsen inneholder standardiserte instrumenter. Videre er NorMA-studiens målsetting å innhente informasjon rusmiddelbruk og helsesituasjon blant innsatte i norske fengsler, og utformingen av spørreundersøkelsen var ikke knyttet til en bestemt hypotesetesting. Samtidig må man ta høyde for påvirkningen fengselskonteksten har på innsatte. Svarene spesielt knyttet opp mot psykisk helse kan være uttrykk for tilpasning til en ekstrem kontekst fremfor symptomer på funksjonsnivå (Cramer, 2014).

**Informasjonsbias** omhandler systematiske målefeil ved datainnsamlingsprosessen (Ringdal, 2013). Selvrapporteringsdata er mer sårbar for informasjonsbias enn registeringsdata. Likevel innehar selvrapporteringsdata mer detaljert informasjon som er velegnet til å finne sammenhenger mellom ulike faktorer (Junger-Tas og Marshall, 1999). Typisk

informasjonsbias kan omhandle respondentenes evne til å svare på spørreskjema. Dette være seg kognitiv fungering, mangelfull og ufullstendig hukommelse og svartretthet.

Studier med spørreundersøkelser og selvrapporing er avhengig av respondentenes evne til å huske. I resultatene må man derfor ta høyde for at recall bias kan medføre både underrapportering og overrapportering i bruk av forskrevne vanedannende legemidler. Erfaring fra selvrapporingensdata i den generelle befolkningen har vist at det forekommer underrapportering i bruk av vanedannende legemidler (Skurtveit et al., 2014). Samtidig er det også erfart at mennesker med ruslidelse i stor grad gir korrekt informasjon omhandlende rus- og medisinbruk i forsknings øyemed (Drake, 1998). I denne studien må det også tas i betraktning at spørsmålene som omhandler forskrevne legemidler ikke delt inn i ATC koder, men grupper etter hvordan de virker ved bruk (sovemedisin, beroligende medisin, medisin mot depresjon, metadon, subutex eller suboxone, smertestillende medisin og ADHD-medisin). Diagnose eller grunnlag for forskrivning er likeledes ikke forespurt. Dette kan ha medført at respondentene har rapportert om hvordan de opplevde bruken av medisinen fremfor hva slags type legemiddel det var de brukte. En innsatt kan for eksempel få beroligende medisin av fengselslegen, men krysse av for sovemedisin i spørreundersøkelsen, da han opplever å bli søvnløs av medisinen. I spørreskjema etterspørres navn på medisinene de bruker. Dataene fra denne delen av spørreskjema var så varierende, at det med hensyn til oppgavens omfang ikke lot seg gjøre å systematisere disse. Biologiske prøver som urinprøver eller blodprøver kan stadfeste hvilke legemiddel som er inntatt. Dette kunne vært en måte å validere resultatene. Samtidig må etiske hensyn ivaretas ved slik validering. Biologiske prøver ansees som sterkt inngripende for innsatte. De gjennomføres tilfeldig og med ulik begrunnelse knyttet til sikkerhet og kontroll. Med tanke på innhenting av sekundærdata ved svar på biologiske prøver fra innsattes journal til denne studien, ville dette vært problematisk både etisk og praktisk.

Blant innsattpopulasjon er forekomst av konsentrasjonsvansker, lese og skrivevansker høy (Friestand & Kjeldsberg, 2009). Dette kan ha medført utfordringer med besvarelsen av spørreskjema. Spørsmålene omhandlende bruk av reseptbelagte medisiner var de siste spørsmålene i spørreundersøkelsen og noen av respondentene kan således ikke ha hatt utholdenhet til å besvare spørsmålene eller besvart de med høyere grad av unøyaktighet. Det er tatt høyde for manglende besvarelse ved å vise til missing i resultatdelen av studien.

Samtidig er alle presentasjonene av alle prosenter regnet ut fra det totale utvalget. Valid prosentandel ville gitt noe høyere prosent resultater.

*Organisatoriske utfordringer:* Da studien er foretatt av innsatte i fengsel var prosjektmedarbeiderne avhengig av assistanse fra fengselsansatte. Grunnet manglende bemanning og uforutsette sikkerhetsmessige hendelser forekom det at innsatte ikke fikk tilbud om å gjennomføre undersøkelsen (Bukten et al., 2016).

**Seleksjonsskjevhet** forekommer når det er en systematisk skjevhet i utvalget som gjør at utvalget ikke er representativt for gruppen som undersøkes (Ringdal, 2013) I NorMA-studien ble 6 enheter (n= 179) av praktiske årsaker ikke inkludert i datainnsamlingen. Det var også innsatte som av ulike helsemessige og sikkerhetsmessige grunner ikke fikk tilbud om deltagelse. Videre var innsatte som oppholdt seg utenfor fengselet i det tidsrommet rekruttering ble gjennomført ekskludert (legeavtaler, rettsmøter, sysselsetting utenfor fengsel ol.). Innsatte som ikke behersket språk spørreundersøkelsen var oversatt til ble også ekskludert (Bukten et al, 2015). Da studien omhandler innsattes helse og rusbruk, var det en tendens til at innsatte som definerte at de hverken hadde helse eller rusproblemer avsto fra å delta i undersøkelsen. En svakhet ved studien kan derfor være at respondentene i liten grad representerer de best- og dårligst fungerende innsatte (Bukten et al., 2015).

### **Analytiske valg, bearbeiding av variabler og statistisk signifikans**

Analysene i studien viser i tillegg til resultater for hele utvalget, resultater etter kjønn og alder. Videre inneholder studiet også resultater på individnivå når man analyserte for kontinuerlig bruk av vanedannende legemidler forut for soning med bruk under soning. Når man delte kvinnelige innsatte etter alder ble tallene for yngre og eldre kvinnelige innsatte så små at resultatene for analysene kan skyldes tilfeldig variasjon. Likeledes ble tallene for eldre mannlige innsatte små. Disse resultatene må derfor ikke tilegnes mye vekt. Antall respondenter i aldersgruppen eldre kvinnelige innsatte er >5. Med tanke på at det er relativt tett kontakt mellom de ulike fengselsansatte som jobber med kvinnelige innsatte, og det er et fåtall eldre kvinnelige innsatte i norske fengsler generelt, må disse tallene tolkes med forsiktighet. Tallene er likevel tatt med i studien for å kunne i en hentydning til sammenligning mellom kjønn og alder. Samtidig er det tatt hensyn til at datainnsamlingen er gjort tilbake i tid. Med henvisning til utskiftninger i innsattpopulasjon vil det i dag vanskelig la seg gjøre å identifisere de eldre kvinnelige respondentene

Antall respondenter i aldergruppen fra 25 år til 54 år er høy sammenlignet med yngre og eldre. Dette påvirker resultatene når man ser på forekomst etter kjønn og alder. Stratifisering av disse resultatene er ikke mulig. For å kunne få større sammenligningsgrunnlag kunne det vært ønskelig å endre intervallene på aldersgruppene. Dette har ikke blitt gjennomført grunnet oppgavens omfang.

**Signifikanttesting** ble brukt for å finne ut av hvilke variabler som har betydning for bruk av medisiner. Hensikten med signifikanttesting er å finne ut av om det er noen forskjell mellom ulike faktorer, eller sammenheng mellom variabler. Man tar utgangspunkt i hypotesetesting hvor man tester hypotese 0 opp mot hypotese 1. Hypotese 0 er alltid konstant (ingen forskjell/sammenheng) mens hypotese 1 vil si at det er en sammenheng. For å finne ut av dette kan ulike tester benyttes, med en standardisert margin på 95 % konfidens. Det vil si at det er en feilmargin på 5 prosent. Om utslaget av testen viser et utslag på 0.05 eller mindre kan man forkaste 0 hypotesen og si at det faktisk er en forskjell (Ringdal, 2013).

Variablene som ble signifikanttestet ble bearbeidet etter faglig erfaring og kunnskap. Ved noen av variablene var tallene små, og ved andre ble de store, noe som kan ha påvirket testutfallet. Det er lettere å oppnå statistisk signifikans ved store utvalg enn med små utvalg/tall, da spredningen blir større ved små utvalg/tall. Det anbefales derfor at ved khikvadrattest at antagelse om lavest frekvens ved hver celle er 5 eller mer (Pallant, 2007).

**Utdannelse og arbeidserfaring** ved forsker (masterstudenten) kan også ha påvirket studien. Som sosionom med 20 års erfaring fra arbeid med rusmiddelavhengige og med 10 års erfaring fra kriminalomsorgen, har dette medført stor interesse for denne studien. Denne erfaringen har mer eller mindre bevisst, påvirket valg av resultater det er undersøkt nærmere for, samtidig som man kan anta at det har hatt en innvirkning på tolkningen av resultatene.

**Ekstern validitet:** Denne studien er en tverrsnittstudie og gir et øyeblikksbilde på forekomst av vanedannende forskrevne legemidler blant innsatte i 2013 og 2014. Respondentene ble ikke tilfeldig plukket ut av innsatte populasjonen, men antallet respondenter i sammenheng med demografisk faktorer (antall kvinnelige respondenter og respondenter med utenlands opprinnelse) tilsier at utvalget er representativt for innsatte populasjonen i norske fengsler.



## 4.2 Resultatdiskusjon

### Hovedresultater

Resultatene for totalbruk viste at sovemedisin ble mest brukt blant i innsatte, både forut for soning (20 %) og under soning (26 %). Sovemedisin ble hyppigere brukt blant mannlige innsatte. Unge innsatte menn (15- 24 år) doblet sin bruk av sovemedisin under soning (20 % forut for soning, 38 % under soning). Smertestillende ble hyppigere brukt blant kvinnelige innsatte. Ved sammenligning av bruk forut for soning med bruk under soning fant man mindre bruk av beroligende, antidepressiva og smertestillende under soning. Man fant ingen markant endring i bruk av LAR- og ADHD-medisin. Ved bruk av alle de undersøkte legemidlene fant man en assosiasjon med psykisk lidelse. Med unntak av smertestillende brukte innsatte mer vanedannende legemidler enn den generelle befolkningen.

### 4.2.1 Legemiddelbruk før og under soning, etter kjønn og alder.

#### Bruk av vanedannende legemidler blant innsatte forut for soning.

Resultatene viste at sovemedisin (20 %), ble mest brukt blant innsatte forut for soning, etterfulgt av beroligende medisin (17.9 %), smertestillende medisin (16.8 %), medisin mot depresjon (12.7 %), LAR-medisin (7.5 %) og ADHD-medisin (5.2 %). Bruk av de undersøkte medisinene var høyere blant kvinnelige innsatte. Videre resultater fra bruk forut for soning viste at middelaldrende innsatte var aldersgruppen som brukte mest vanedannende legemidler.

#### Andre studier av forskrevne vanedannende legemidler blant innsatte forut for soning.

Det har ikke lyktes å finne andre studier som ser på bruk av vanedannende legemidler blant innsatte forut for soning, men Folkehelseinstituttet har publiserte tall på bruk av vanedannende legemidler blant psykisk syke, noe som kan gi et sammenligningsgrunnlag.

Folkehelseinstituttets rapport (2014), fortalte om bruk av vanedannende legemidler blant personer som også fikk foreskrevet antidepressiva (indikator på psykisk lidelse) (Skurtveit et al., 2014). Resultatene fra 2013 viste om lag samme hyppighet i bruk av z- hypnotika (sovemedisin), benzodiazepiner (beroligende medisin) og smertestillende blant middelaldrende pasienter med psykisk lidelse (40-64 år) (ca. 27 %). Resultatet samsvarer med bruk forut for soning for middelaldrende innsatte (25-54 år)(ca. 28 %). Både hos pasienter med psykisk lidelse og innsatte forut for soning fant man noe høyere medisinbruk blant kvinner. Disse sammenfallende resultatene er ikke utelukkende sammenlignbare. Man kan ut

i fra kjennskap om innsattpopulasjonen (Cramer, 2014; Fazel & Seewald, 2012; Renvold, 2015) anta høy forekomst av psykisk lidelse forut for soning blant innsatte. Men dette alene er ikke tilstrekkelig for å kunne tilegne de sammenfallende resultatene signifikans. De undersøkte utvalgene har flere ulikheter som det ikke er tatt høyde for. Her nevnes blant annet ulikheter knyttet til undersøkt aldersgruppe og andre demografiske faktorer. Videre er rapporten fra folkehelseinstituttet (2014) bygget på registerdata, mens vår studie bygger på selvrapporderingsdata. I beste fall kan de sammenfallende resultatene gi en indikator på lik bruk av vanedannende forskrevne legemidler blant psykisk syke og innsatte forut for soning.

### **Bruk av vanedannende legemidler blant innsatte under soning.**

Resultatene viste at sovemedisin (26 %) ble mest brukt under soning. Deretter kom bruk av beroligende, smertestillende og antidepressiva, som ble brukt av ca. like mange (12 %). LAR-medisin (7 %) og ADHD-medisin (5 %) ble minst brukt.

Under soning ble sovemedisin mer brukt av mannlige innsatte. Unge mannlige innsatte (15-24 år) hadde høyest bruk (38 %). Sovemedisinbruk blant mannlige innsatte under soning sank med alder. Kvinnelige innsatte hadde derimot økende sovemedisinbruk med alder. Man fant også hyppigere bruk av beroligende (27 %) blant kvinnelige innsatte, sammenlignet med mannlige innsatte under soning (19 %).

### **Andre studier av vanedannende legemidler blant innsatte under soning.**

En norsk tverrsnittstudie fra 2005 så på forekomsten av reseptbelagte medikamenter registrert i journal, blant innsatte i norske fengsler under soning (Kjeldsberg & Hartvig, 2005).

Resultatene fra studien viste markant høyere forskrivning av antidepressiva (19 %). Deretter kom beroligende (5.5 %), sovemedisin (3.8 %) og smertestillende (3.1 %). Denne studien fant også at ADHD-medisin ble minst brukt (Kjeldsberg & Hartvig, 2005).

Også i andre land har man sett på legemiddelbruk under soning. I en svensk kohortstudie undersøkte de innsatte som ble løslatt fra 2005 til 2010 gjennom registerdata (Chang, Lichtenstein, Långstøm, Larsson & Fazel, 2017). Resultatene viste at 19 % brukte antidepressiva under soning, 7 % brukte LAR-medisiner og ca. 2 % brukte ADHD-medisiner (Chang et. al, 2017). En engelsk tverrsnittstudie fra 2013, fant gjennom innsattes medisinske journaler, at sovemedisin og beroligende ble brukt av ca. 8 % av innsatte under soning. Denne studien fant også at 65 % av alle forskrifter var antidepressiva (Hassan et. al., 2016). En tverrsnittstudie av innsattes medisinske journaler i Sveits fant at halvparten av alle medisiner

innsatte fikk forskrevet under soning var sovemedisin eller beroligende. Bruk av antidepressiva var lav (Elger, et al., 2002). Blant spanske innsatte under soning i 2007, viste registerdata 29 % bruk av benzodiazepiner (Moreno-Ramos, Fernández- Serrano, Pérez García og Verdejo- García, 2016).

Våre resultater viser dermed noe høyere forekomst av bruk av sovemedisin, beroligende og smertestillende sammenlignet med Kjeldsberg og Hartvig studien fra 2005. Kjeldsberg og Hartvik (2005) sammenlignet bruk av vanedannende medikamenter blant innsatte i 2005 med medikamentbruk blant innsatte i 1981. Resultatene viste markant økning av psykofarmaka, men en reduksjon i bruk av smertestillende. Kjeldsberg og Hartvik (2005) sammenlignet også sine funn med en studie fra amerikanske fengsler hvor de fant sammenfallende resultater (Kjeldsberg & Hartvik, 2005).

Forskjellen i studiene kan forklares med at ivaretagelsen av innsattes psykiske helse har bedret seg med årene. En annen forklaring er ulike studiedesign. Kjeldsberg og Hartvik (2005) sine resultater baserer seg på registerdata, mens våre resultater baserer seg på selvrapporteringsdata. Hassan m.fl. (2016) innhentet sine data fra medisinske journaler. Denne studien viser noe høyere tall for bruk av sovemedisin og beroligende enn Kjeldsberg og Harvik (2005), og markant høyere tall for bruk av antidepressiva. Hassan m.fl. (2016) sin studie er nyere enn Kjeldsberg og Hartviks studie (2005). Samtidig viser Hartvik m.fl. (2016) sine resultater også lavere bruk av sovemedisin og beroligende sammenlignet med våre resultater. På den annen side fant Chang m.fl.(2017) i sin kohortstudie fra 2005 til 2010, like høy grad i bruk av antidepressiva blant innsatte under soning, som Kjeldsberg og Hartvik (19 %) (2005). Elger m.fl.(2002) refererte til i sin studie, at halvparten av innsatte under soning i Sveits fikk foreskrevet sovemedisin eller beroligende, samt Moreno-Ramos m.fl.(2016) viser til spansk helseregister når de oppgir at 28.7 % av innsatte i spanske fengsler bruker benzodiazepiner. Ingen av de refererte studiene innehar selvrapporteringsdata, samtidig har de sprikende resultater. Dette indikerer at studiedesignet ikke kan tilskrives som hovedforklaring til resultatforskjellene. De ulike resultatene kan på den annen side forklares ut i fra ulikheter mellom landene knyttet til forskrivelses praksis og politikk (Kjeldsberg & Hartvig, 2005).

Generelt i den norske befolkningen har det vært en økning i forekomst av søvnproblematikk og tilsvarende økning i forskrevne sovemedisiner (Pallens, Sivertsen, Nordhus & Bjorvatn, 2014). Forekomst av sovemedisin blant innsatte under soning, kan gjenspeile økningen av

sovemedisin blant den generelle befolkningen. Videre kan hyppig bruk av sovemedisin blant innsatte under soning indikere at søvnproblematikk er fremtredende, og at innsatte tar opp dette i møte med fengselshelsetjenesten. Søvnproblemer blir rapportert av 82 % av innsatte i norske fengsler (Bjørngaard et al., 2009), og er sammen med depresjon, den mest rapporterte lidelsen blant innsatte (Kjeldsberg & Hartvig, 2005).

Studiene som viser til hyppig bruk av antidepressiva blant innsatte under soning, viser til lavere forekomst i bruk av sovemedisin og beroligende (Hassan et al., 2016; Kjeldsberg & Hartvik, 2005). Samtidig viser resultatene fra vår studie (Tabell 1) og Elger m.fl.(2002), sin studie høyere forekomst av sovemedisin og beroligende enn antidepressiva. Blant kanadiske innsatte fant man at leger oftest foreskrev sovemedisin og beroligende til bruk utover legemerkets opprinnelige bruksområde (Brown et al., 2018). Det kan tenkes at innsatte under soning i vår studie har fått foreskrevet sovemedisin eller beroligende i stedet for antidepressiva. I vår studie er ikke oppgitt medisinbruk sjekket opp mot medisinjournal og diagnose. Overnevnte antagelse kan derfor ikke verifiseres, og videre forskning på dette området er nødvendig.

Kjeldsberg og Hartvik sin norske studie fra 2005, viste i likhet med vår studie, høyere grad av sovemedisinbruk blant mannlig innsatte under soning (Kjeldsberg & Hartvik, 2005). Andre studier har funnet at bruk av psykofarmaka er høyere blant kvinnelige innsatte under soning, og at bruk øker med alder (Hassan et al, 2006; Elger et al., 2002). Dette forklares blant annet med høyere forekomst av psykisk lidelse blant kvinnelige innsatte under soning (Elger et al, 2002). Soning kan i større grad ha en negativ påvirkning på kvinner sammenlignet med menn. Dette omhandler blant annet at kvinner er mer utsatt for sosiale stigma, skam og sosial eksklusjon (Estrada & Nilsson, 2012). Historisk har det vært en tendens til å medisinere bort dyssosial opptreden og atferdsproblematikk blant kvinner (Sim, 1990). Samtidig beskrives også soningsforholdene for kvinner å være dårligere enn for menn (Kriminalomsorgen, u.å.e).

Våre resultater viste at kvinnelige innsatte i høyere grad brukte beroligende, antidepressiva, LAR-medisin og smertestillende. Vår studie er en selvrapporteringsstudie hvor det ikke fremkommer navn på legemidlet det refereres til. Sammenlignbare studier tar utgangspunkt i ACT koder og medisinske journaler (Elger et al., 2002; Hassan et al., 2016; Kjeldsberg & Hartvik, 2005). Dette kan forklare ulikhetene i resultatene ved bruk av sovemedisin. Samtidig tilsier likheten mellom våre resultater og Kjeldsberg og Hartvik sin studie, at høyere grad i bruk av sovemedisin blant mannlige innsatte under soning, er et nasjonalt fenomen. Ragnar

Kristoffersen (forsker ved KRUS) hevder at kvinnelige innsatte har en bedre soning enn mannlige innsatte når man sammenligner innsattes aktiviseringstilbud, tilgang til rusbehandling og programmer. Han hevder også at kvinnelige innsatte i større grad enn mannlige innsatte har kortere soningstid og større adgang til soning under lavere sikkerhet og soning utenfor fengsel (Kristoffersen, 2019). Ut fra Kristoffersen sin argumentasjon kan man tenke seg at hyppigere bruk av sovemedisin blant mannlige innsatte under soning skyldes tøffere soningsvilkår for menn.

### **Sammenligning av legemiddelbruk før soning og under soning.**

Resultatene viste at flere innsatte oppgir bruk av sovemedisin under soning sammenlignet med før soning. Unge mannlige innsatte brukte dobbelt så mye sovemedisin (38 %) sammenlignet med tiden forut for soning (20 %). Under soning ble beroligende og smertestillende brukt i mindre grad, og blant middelaldrende mannlige innsatte fant man en reduksjon fra 26 % til 19 %. Blant kvinnelige innsatte fant man en beskjeden nedgang i bruk av beroligende. Middelaldrende og eldre innsatte menn brukte mindre smertestillende under soning enn før soning. Det samme gjorde innsatte kvinner, samtidig som nedgangen for middelaldrende kvinner var beskjeden. Man fant også en nedgang i bruk av antidepressiva under soning for unge kvinnelige innsatte og eldre mannlige innsatte, samtidig er tallene for disse resultatene så små at de må tolkes med forsiktighet. Det var ingen markant endring i bruk av LAR-medisin og ADHD-medisin under soning, sammenlignet med forut for soning.

Ut ifra forfatters kunnskap er vår studie den første studien som ser på bruk av vanedannende medikamenter blant innsatte forut for soning. Likeledes er vår studie den først som sammenligner bruk blant innsatte forut for soning med bruk under soning.

Høyere grad av sovemedisinbruk blant unge mannlige innsatte under soning, kan forklares med at denne gruppen er mer sårbare for psykiske belastninger ved selve fengslingen. Samtidig kan det tenkes at unge innsatte menn forut for soning har brukt illegale rusmidler for å handtere sine søvnutfordringer. Den akutte rusen ved bruk av cannabis kan gi opplevelse av ro og avslapning og brukes derfor som hjelp til å sove. I NorMA-studien oppga 35 % av innsatte daglig bruk av cannabis et halvt år før soning (Bukten et. al., 2016). Imidlertid kan høyt forbruk av cannabis over tid gi abstinenssymptomer som søvnmangel. Tilgangen til rusmidler er mindre under soning. Innsatte som brukte cannabis daglig før soning kan som følge av dette oppleve søvnproblemer under soning, med påfølgende bruk av sovemedisin.

Nedgangen i bruk av beroligende blant middelaldrende mannlige innsatte under soning, kan ha sammenheng med økning i bruk av sovemedisin. Virkningen av benzodiazepiner er den samme uavhengig av om de foreskrives mot angst eller søvnproblemer (Rindom, 2007). Samtidig kan fengslingen gi en stabil livssituasjon med avstand til et aktivt rus- og kriminelt miljø. Soningen kan oppleves som positiv ved at den gir trygghet og forutsigbarhet, og redusere opplevelsen av angst.

Lavere bruk av antidepressiva under soning for unge kvinnelige innsatte og eldre mannlige innsatte, kan forklares med opplevelsen av sosialt felleskap med andre innsatte under soning. Rutiner og forutsigbarhet kan også virke positivt på depresjon. Samtidig vil man under soningen kontinuerlig få oppmerksomhet av betjenter i form av kontroll, men også samtaler, ved utøvelse av dynamisk sikkerhet. Da tallene for både unge kvinnelige innsatte og eldre mannlige innsatte er små, kan differansen i bruk forut for soning og under soning komme av tilfeldig variasjon. Disse resultatene kan derfor ikke tillegges stor betydning.

#### **4.2.2 Kontinuerlig legemiddelbruk**

En av målsettingene med denne studien var å undersøke hvor mange innsatte som oppga fortsatt bruk av samme vanedannende medikamenter i perioden forut for soning med perioden under soning. Resultatene viste at kvinnelige innsatte i større grad enn mannlige innsatte fikk forskrevet samme medikament forut for soning og under soning. Smertestillende var det medikamentet som flest innsatte sluttet å bruke under soning.

Alle de kvinnelige innsatte som brukte ADHD-medisin forut for soning fortsatte med dette under soning. Samtidig fant man at kun halvparten av de mannlige innsatte som brukte ADHD-medisin fortsatte med dette under soning. Ved fortsatt bruk av LAR-medisin fant man noe reduksjon i bruk under soning (20 prosentpoeng for kvinnelige innsatte og 30 prosentpoeng for mannlige innsatte).

Stabil bruk av ADHD-medisin og LAR-medisin kan indikere at innsatte som forut for soning hadde et etablert hjelpeapparat, fikk medisinsk behandling under soning. Reduksjon i bruk av LAR-medisin under soning kan forklares med at innsatte selv ønsket nedtrapping, da fengslingen kan gi stabilitet, forutsigbarhet og stor grad av skjerming fra rusmidler. Stabile rammene kan også medføre at innsatte ikke er i behov av ADHD-medisin under soning. Samtidig kan det være en sammenheng mellom ubehandlet ADHD-diagnose og residiv. Det

er høyere residiv blant mannlige innsatte sammenlignet med kvinnelige innsatte (Kristoffersen, 2019) Da tallene vedrørende bruk av ADHD-medisin blant kvinnelige innsatte var små, kan ikke resultatene tillegges betydning. Samtidig hadde det vært interessant å se nærmere på sammenheng mellom bruk av ADHD-medisin og residiv. Denne oppgavens omfang gir ikke rom for dette.

Helse- og omsorgstjenester til innsatte skal være likeverdig med helse- og omsorgstjenester for den generelle befolkningen. Innsatte skal gis et tjenestetilbud tilpasset den enkeltes behov etter en individuell vurdering. Innsatte skal ha tilgang til kvalifisert personell som har særlig kompetanse på forhold knyttet til innsattes spesielle levekår, livssituasjon, funksjonsevne og helseproblemer (Helsedirektoratet, 2016). Som innsatt har man ikke mulighet til å velge behandler på lik linje med den generelle befolkningen og man må benytte seg av det tjenestetilbudet det enkelte fengselet kan tilby. Innsatte generelt og innsatte med søvnproblemer spesielt har rapportert om liten grad av tilfredshet med helse- og omsorgstjenester i norske fengsler (Bjørngaard, et al., 2009). Denne manglende tilfredsheten kan forklares ut fra våre resultater som viser at mellom 20 % og 55 % av innsatte som brukte forskrevne legemidler forut for soning måtte slutte med disse under soning.

Nedgangen i bruk av vanedannende legemidler under soning kan forklares med fengselshelsetjenestens retningslinjer for forskrivning og administrering av vanedannende legemidler. I norske fengsler vurderes innsattes legemiddelbruk ved innkomst. Innsatte har krav på adekvat og forsvarlig legemiddelbehandling, samtidig som fengselslegene skal vise varsomhet med rekvirering av vanedannende medikamenter til rusmiddelavhengige. Retningslinjene gir også råd om forsvarlig nedtrapping av vanedanende medikamenter. Med henvisning til at om lag 60 % av alle innsatte rapporterte om rusmiddelutfordringer kan overnevnte retningslinjer være framtreddenen i behandlingen av over halvparten av de innsatte (Helsedirektoratet, 2016).

Kriminalomsorgen kan i tillegg beslaglegge legemidler av sikkerhetsmessige årsaker. Grunnet misbrukerpotensialet ved vanedannende legemidler får ikke innsatte administrere bruk av disse selv. Når betjenter administrer medikamenter til innsatte er det ønskelig at informasjon om innsattes helse blir kjent, men innsatte kan motsette seg dette. Innsatte har også rett til å avstå fra å få legemidler utdelt av betjenter, og dermed velge og ikke bruke forskrevne medisiner (Helsedirektoratet, 2016).

### **4.2.3 Faktorer assosiert med legemiddelbruk under soning**

#### **Psykisk lidelse og ruslidelse**

Resultatene fra vår studie fant at bruk av sove- og beroligende medisin var assosiert med psykisk lidelse og ruslidelse. Forekomst av bruk av sovemedisin blant innsatte under soning kan forklares med at søvnproblemer er forbundet med rus- og psykiske lidelse (Dewa, Kyle, Hassan, Shaw & Senior, 2015; Dewa, Hassan, Shaw & Senior, 2017).

Fengslingen kan i stor grad forverre søvnproblemene (Dewa et al., 2015; Dewa et al., 2017). Bekymring og negative tanker om fremtiden, belastende opplevelser under soningen og stress knyttet til opplevd mangelfull medisinsk oppfølging, er faktorer som er assosiert med søvnproblemer blant innsatte (Elger, 2009).

Resultatene av Elger sin studie (2002) viste at hovedvekten av alle innsatte som fikk foreskrevet sovemedisin og beroligende fikk dette i starten av soningen. Studien viste også at hovedvekten av innsatte som fikk foreskrevet beroligende ikke hadde brukt medikamentet før soning (Elger et al., 2002). Det kan derfor være sannsynlig at fengselsleger også i Norge i større grad rekvirer bruk av sovemedisin og beroligende i starten av fengselsoppholdet. Dette kan sees i sammenheng rapportert søvnproblematikk blant innsatte (82 %) forklare økningen i bruk av sovemedisin under soning.

#### ***Isolasjon som påvirkning av psykisk helse***

Skadevirkning av isolasjon er veldokumentert i vitenskapelig litteratur. Hvordan innsatte påvirkes av isolasjon er også dokumentert ved flere studier (Andersen, 2004; Felthous, 2011; Hammerlin, 2015).

Under soning blir man isolert fra resten av samfunnet, familie og nettverk. Bekymringer for betydningsfulle andre som foreldre, barn eller kjæreste skaper stress som igjen påvirker søvnen. Mangel på beskyttelsesfaktorer som sosial støtte, gjennomføring av meningsfylt aktivitet som jobb eller jevnlig kontakt med behandlingsapparatet medfører også stress og søvnproblemer (Winters, Greene- Clozzi & Jeglic, 2017).

Norske fengsler har i stor grad enkeltmannsceller (Nash, Sawyer, Barboza & Way, 2007), og innlåsing medfører derfor isolering. Manglende mulighet til å dele tanker og følelser med andre øker risiko for depresjon og selvmordstanker (Hammerlin, 2015; Konrad et al., 2007).



Depresjon og selvmordstanker blant innsatte er assosiert med søvnproblemer (Dewa et al., 2017).

Mulighet til fysisk aktivitet, meningsfull samhandling med andre og kreativ utfoldelse i form av musikk, maling og lignende er faktorer som har positiv innvirkning på søvnproblemer (Elger, 2009). Likeledes kan fravær av dette medføre søvnproblematikk. Som en naturlig konsekvens av innsparinger og mindre bemanning i kriminalomsorgen har tiden innsatte er innelåst på cella økt. Muligheten for meningsfull aktivitet og sosialt samspill er dermed innskrenket, og grad av søvnproblematikk kan øke.

Isolasjon i fengsel er ikke kun relatert til fysiske rammer og ufrivillig avskjerming fra andre. Man finner også innsatte som i stor grad isolerer seg frivillig. Selv om innsatte har mulighet til sosialt samspill med andre innsatte unnlater de å ta kontakt. Dette kan skyldes manglende identifisering og fellesskaps følelse med andre innsatte, frykt for represalier og konsekvenser ved å inngå kontakt. Uavhengig av om isolering forekommer ved makt, fysiske rammer eller frivillig har den samme effekten på innsatte.

### ***Fengslings positive påvirkning***

Samtidig som soning kan medføre isolasjon og fravær fra meningsfylt sosial samvær kan også samhandlingen med andre innsatte gi opplevelse av fellesskap. Opplevelsen av å være sammen med andre mennesker i samme situasjon minsker avviksstempelet. Samtidig kan innsatte også oppleve økt mestringsfølelse og selvtillit ved å gjennomføre oppgaver i forbindelse med sysselsettingstilbud. God oppførsel under soning anerkjennes også ved goder som tillitsoppgaver eller mulighet til lempeligere soningsforhold. Oppmerksomheten fra betjenter og andre ansatte kan gi innsatte anerkjennelse og følelsen av å være betydningsfulle.

Fengsling kan for noen innsatte også medføre bedring i psykisk helsetilstand, som igjen gir utslag i redusert behov for legemidler. Fengselsrutiner kan for mange gi stabilitet og forutsigbarhet (Williams et al., 2013). Innsettelse i fengsel øker muligheten for bedring av egen helse ved enklere tilgang, og økt mulighet til å benytte seg av helsetjenester. Mange innsatte velger også å avstå fra rusbruk under soning (Williams et al., 2013). Uten påvirkning av rusmidler er man mer tilgjengelig for utredning og adekvat helsehjelp noe som igjen kan gi utslag i mindre bruk av medisiner.

### **Faktorer ved fengselsbygningene som kan påvirke innsattes helse**

Inneklima under soning kan påvirke søvnkvaliteten. Innsatte oppgir manglende ventilering på

cellene, temperatur og lysforhold som grunner for søvnproblemer. Dårlig kvalitet på madrasser, dyner og puter oppgis også som faktorer for søvnproblematikk. Mangel på daglys, støy fra andre innsatte og betjenter er også faktorer som oppgis som grunner for søvnproblematikk blant innsatte (Dewa et al., 2015; Elger, 2009). Kriminalomsorgen har over flere år jobbet med å fornye bygningsmassen da flere fengsler er så gamle at det er helsemessig uforsvarlig at de blir brukt. Man kan derfor anta at overnevnte bygningsmessige og ytre faktorer også er betydningsfulle for søvnproblemer blant innsatte i norske fengsler.

### **Oppvekstsvilkår**

Bruk av sove- og beroligende medisin, antidepressiva og smertestillende under soninger er assosiert med oppvekst i familie med rus og alvorlig psykisk sykdom. Forskning har vist at innsatte i stor grad har hatt en vanskelig oppvekst. 34 % har vokst opp med lave økonomiske forhold, 40 % har vært utsatt for mishandling i barndommen og 38 % har vokst opp med rus og psykisk lidelse i familien (Renvold, 2015). Oppvekstsvilkår gir tilgang til visse ressurser, økonomisk, sosial og kulturell kapital. Dette blir medvirkende på valg man gjør senere i livet (Skardhamar, 2007). Vokser man opp med påvirkning av rus og alvorlig psykisk sykdom hos betydningsfulle andre kan dette påvirke en negativt senere i livet.

#### **4.2.4 Sammenligning med den generelle befolkningen**

Ved å sammenligne selvrapportert bruk blant innsatte under soning med reseptregistret fant denne studien mer bruk av vanedannende legemidler blant innsatte. Unntaket var smertestillende hvor man fant høyere grad av bruk i den generelle befolkningen.

Andre studier har også funnet at bruk av psykofarmaka er høyere blant innsatte sammenlignet med den generelle befolkningen (Brown et al., 2018; Elger et al., 2002; Kjeldsberg & Hartvik, 2005). Forklaringer på innsattes merbruk av psykofarmaka linkes ofte opp mot innsattes dårlige psykiske helse, rusutfordringer og levekårsproblematikk (Fazel & Seewald, 2012).

Bruk av psykofarmaka blant pasienter under poliklinisk behandling har vist seg å være lavere enn blant innsatte under soning (Elger et al., 2002). Kjeldsberg og Hartvik (2005) fant i imidlertid at forekomst i bruk av psykofarmaka var høyere blant pasienter under psykiatrisk døgnbehandling enn blant innsatte under soning (Kjeldsberg & Hartvik, 2005). Belastningen ved frihetsberøvelse og påkjenning knyttet til soningsforholdene tillegges derfor vekt når man skal begrunne bruk av psykofarmaka blant innsatte under soning (Elger et al., 2002).

Kjeldsberg og Hartvik (2005) fant, i likhet med våre resultater, hyppigere bruk av smertestillende blant den generelle befolkningen enn hos innsatte under soning. Annaheim m.fl.(2018) publiserte en studie omhandlende forskrevne smertestillende blant innsatte under soning i Sveits. Data var hentet fra innsattes medisinske journal og man sammenlignet bruk blant eldre og yngre mannlige innsatte. De fant at bruk av smertestillende forekom oftere blant eldre mannlige innsatte. Likeledes fant de ingen statistisk signifikant forskjell i bruk mellom de to gruppene ved regresjonstesting. Videre viste resultatene at svake smertestillende som paracetamol og NSAIDs var mest brukt. Bruk av sterke opioider var liten (Annaheim et al., 2018). Våre resultater viser i likhet med studien til Annaheim m.fl.(2018), ingen markant forskjell i smertestillendebruk med alder blant mannlige innsatte. Samtidig fant vi økende bruk ved høyere alder blant menn i den generelle befolkningen, som naturlig kan forklares med større grad av helseplager med økt alder.

Innsatte er en populasjon med høy forekomst av fysiske helseplager og tilsvarende høyere dødelighet enn den generelle befolkningen (Fazel & Baillargeon, 2011). Å få tilstrekkelig smertelindring er en menneskerettighet og man kunne ha forventet høyere forekomst av smertestillende blant innsatte under soning. Våre resultater kan antyde at fengselshelsetjenestens fokus på å hindre misbruk av smertestillende, da spesielt morfinpreparater, har betydning for den lave forekomsten i bruk av smertestillende blant innsatte under soning. I Norge ser man en vekst i bruk av reseptbelagte smertestillende (Skurtveit et al., 2014). Noe av forklaringen ligger i at ikke reseptbelagt smertestillende blir foreskrevet av lege da dette blir billigere for pasientene. Videre er det en større aksept for bruk av smertestillende over tid for kronikere som ikke lider av kreft relaterte smerter (Handal, Sakshaug, Hjellvik, Berg & Skurtveit, 2015). Dette kan være noe av forklaringen til høyere grad av bruk hos den generelle befolkningen.

En annen forklaring på lavere bruk av forskrevne smertestillende blant innsatte, kan ligge til selve utformingen av spørsmålet ved spørreskjema innsatte har svart på. Av sikkerhetsmessige årsaker er praksis at innsatte ikke får disponere noen form for tabletter selv. Ikke reseptbelagt bruk av smertestillende som paracetamol og ibux blir også delt ut av fengselsansatte. Innsatte kan ha vansker med å skille mellom bruk av forskrevne smertestillende og ikke reseptbelagt bruk av smertestillende. Det kan tenkes at innsatte under soning som bruker forskrevne svake smertestillende ikke har rapport om dette. Rapportert

bruk av forskrevne smertestillende kan med dette kun omfatte sterke smertestillende som opiater.

### 4.3 Oppsummering og implikasjoner

Innsattes belastende livssituasjon med høy grad av rus og psykisk lidelse gir seg utslag i bruk av forskrevne vanedannende legemidler. Med unntak av smertestillende bruker innsatte mer forskrevne vanedannende legemidler enn den generelle befolkningen. Blant innsatte blir sovemedisin mest brukt. Ved sammenligning av perioden før og under soning, fant man en økning i bruk av sovemedisin under soning. Man fant også en reduksjon i bruk under soning av alle andre undersøkte legemidler.

En oppdatert oversikt over bruk av forskrevne vanedannende legemidler blant innsatte i norske fengsler, kan gi økt kunnskap og grunnlag for videre forskning. Innad i kriminalomsorgen er det gjengs å uttale at innsatte bruker for mye medisiner. På websiden til kriminalomsorgen ble det 30.01.19 publisert en artikkel, hvor både ansatte ved en fengselshelseavdeling og fengselsfaglige uttalte at de innsatte i stor grad var tungt medisinert ved innkomst til soning. De vurderte at de innsatte var medisinert i høyere grad enn det som var nødvendig og forsvarlig (Kriminalomsorgen, u.å.f). Resultatene fra denne studien kan bidra til å nyansere uttaler som denne.

Vi fant at bruk av alle de undersøkte legemidlene var assosiert med psykisk lidelse. I tidligere studier har 92 % av innsatte rapportert om symptomer for psykisk lidelse eller personlighetsforstyrrelse (Cramer, 2014). Kriminalomsorgen bør derfor opprettholde og bedre sitt fokus på psykisk lidelse blant innsatte. De siste 10 årene har kriminalomsorgen fokusert mye på innsattes ruslidelser gjennom etablering av rusmestringsenheter, øking av § 12 soning og landsdekkende mulighet for gjennomføring av narkotikaprogram med domstolskontroll. Kriminalomsorgen har potensiale for å ta et større ansvar for innsattes psykiske helse. Fengselshelsetjenesten har hovedansvar for å ivareta innsattes helse, men er det flere tiltak som kriminalomsorgen kan gjennomføre som et supplement. Frivillige organisasjoner gjennomfører tidvis tiltak for å bedre den innsattes psykiske helse. Innsattes psykisk helse er også en sentral del av fengselsbetjentenes grunnutdanning. For å sikre kontinuerlig drift av aktiviteter rettet mot å bedring av innsattes psykiske helse bør kriminalomsorgen tilstrebe implementering av tilbud fra frivillige aktører. Samtidig bør man sikre at betjenter med lang arbeidserfaring får jevnlig kunnskapspåfyll basert på oppdatert empiri. Kunnskapsutvikling og

formidling må også løftes opp på politisk nivå. For å kunne videreutvikle og ivareta en kunnskapsbasert straffegjennomføring i Norge er ytterligere forskning på innsattes psykiske helse og bruk av forskrevne psykofarmaka essensielt. Ut ifra våre resultater kan følgende være interessant å forske videre på.

Utdypende studier med sekundærdata fra innsattes medisinske journaler eller registerdata vil gi et bedre sammenligningsgrunnlag med tilsvarende internasjonale studier. Vår studie er en selvrappoteringsstudie noe som gjør det utfordrende å sammenligne resultatene med andre studier omhandlende medikamentbruk blant innsatte, da disse er basert på andre metoder

Forekomst av sovemedisinbruk er særdeles interessant å undersøke nærmere da sovemedisinbruk forekommer i høyere grad enn de andre undersøkte medikamentene. Sovemedisin er det eneste legemidlet som i høyere grad brukes blant mannlige innsatte, samt hvor bruken øker under soning. En studie med «mix- methods» design, hvor kvantitativ metode brukes ved sekundærdata av medisinske journaler sammen med strukturerte intervjuer av fengselsleger og innsatte, kunne være en måte å studere sovemedisinbruk nærmere.

Sammenlignet med den generelle befolkningen fant vi i våre resultater at smertestillende i større grad ble bruk i den norske befolkningen enn blant innsatte. Videre studier ved bruk av registerdata vil være nødvendig for å stratifisere disse resultatene. Å undersøke innsattes tilsynelatende lave bruk av smertestillende, er viktig for å sikre at innsatte på lik linje med den generelle befolkningen får adekvat smertelindring.

I vår studie har man undersøkt for faktorer som kan være assosiert med bruk av ulike forskrevne vanedannende legemidler, samtidig som tversnittstudiet ikke gir rom for å si noe om kausalitet. Årsakssammenhengen mellom assosierte faktorer for bruk av vanedannende medikamenter bør undersøkes i kommende studier.

Det ville videre vært interessant å se nærmere på forekomst av søvnproblematikk blant norske innsatte, med fokus på følgende; sammenheng med bruk av forskrevne medikamenter, sammenligne forekomst blant innsatte med den generelle befolkningen og undersøke for ikke medikamentelle faktorer som kan hjelpe på søvnutfordringer blant innsatte i norske fengsler.

Tidligere forskning har forklart høy bruk av psykofarmaka blant innsatte under soningen med fengslingens økte psykiske belastning på den innsatte (Elger et al., 2002). Studier som undersøker hvilken påvirkning norske soningsforhold har på innsattes bruk av forskrevne

psykofarmaka, ville vært nyttig. Da spesielt med fokus på sammenhengen mellom isolasjon og forekomst av forskrevne vanedannende legemidler.

Forslag for videre studier er ikke uttømmende. Vår oversiktsstudie har ikke gått i dybden på resultatene, da dette ikke var formålet med studien. En oversiktsstudie som denne kan gi indikatorer på sammenhenger og være til inspirasjon for videre forskning.

## 5 Avluttende betraktninger

Kunnskap om bruk av legemidler, hvem som bruker legemidlene og hvordan de brukes er en forutsetning i arbeidet med optimalisering av legemiddelbruk i befolkningen. For å kunne nå målsettingen om en rasjonell legemiddelbruk i Norge, ble reseptregisteret etablert i 2002 (nasjonal reseptbasert legemiddelregister). Imidlertid omfatter ikke data i reseptregisteret bruk i sykehus og institusjoner. Det finnes ingen systematisk rapportering omhandlende bruk av forskrevne legemidler blant innsatte i norske fengsler. Likeledes er oppdatert kunnskap om legemiddelbruk blant innsatte i norske fengsler mangelfullt. Denne studien er med på å danne et nytt kunnskapsgrunnlag for bruk av vanedannende legemidler blant innsatte i norske fengsler. Samtidig må man ta i betraktning at datamaterialet ble innhentet i 2013-2014.

Innsattpopulasjoner er dynamiske, og man finner forskjeller på tvers av land og innad i land over tid. Politiske føringer og fokusområder påvirker straffereaksjoner og straffeutmålinger, som igjen gir utslag for hvem som må sone i fengsel og soningslengde. Kriminalomsorgen skal i tillegg til straffegjennomføring ha fokus på rehabilitering og tilbakeføring til samfunnet for å forebygge residiv. Kunnskap om innsattes psykiske helse og medisinbruk er en viktig del av rehabiliteringsarbeidet. Satsning på forskning som gir jevnlig og oppdatert kunnskap om innsattes legemiddelbruk bør prioriteres. Selvrapporteringsdata innehar alltid en risiko for under og overrapportering ved medisinbruk, samtidig har det også vist seg utfordrende å sammenligne resultater fra vår selvrapporteringsstudie med internasjonale studier basert på andre metoder. Nye studier bør derfor ha fokus på registerdata eller data hentet fra innsattes medisinske journaler. Videre vil implementering av oppdatert kunnskap om innsattes legemiddelbruk være viktig.

# Litteraturliste

- Andersen, H. S. (2004). Mental Health in Prison Populations. A review – with special emphasis on a Study of Danish prisoners on remand. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 110 (424), 5–59. [https://doi-org.ezproxy.uio.no/10.1111/j.1600-0447.2004.00436\\_2.x](https://doi-org.ezproxy.uio.no/10.1111/j.1600-0447.2004.00436_2.x)
- Annaheim, B., Bretschneider, W., Handtke, V., Belardi, A. & Elger, B., S. (2018). Prescription of pain medication in prisons: A comparative analysis of younger and older male prisoners. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2018;1-8. <https://doi.org/10.1002/pds.4573>
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *American Psychiatric Association - Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*: American Psychiatric Pub.
- Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B. & Monteiro, M.G. (2001). *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary health care (2 utg)*. World Health Organization: Geneva, Switzerland.
- Berg, C., Karlstad, Ø., Mahic, M., & Odsbu, I. (2013). *Reseptregisteret 2008-2013* (Legemiddelstatistikk 2013:2). Nydalen: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Berman, A.H.; Palmstierna, T.; Kallmen, H.; Bergman, H. (2007). The self-report Drug Use Disorders Identification Test: Extended (DUDIT-E): Reliability, validity, and motivational index. *Journal of Substance Abuse Treatment* 32(4), 357–369. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2006.10.001>
- Bjørngaard, J. H., Rustad, Å-B., & Kjeldsberg, E. (2009). The prisoner as patient- a health service satisfaction survey. *BMC Health Service Research*, 9 (176). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-176>
- Bukten, A., Stavseth, M.R., Lobmaier, P., Skurtveit, S., Clausen, T., Kunøe, T., Lund, I.O. (2016) Rusmiddelbruk og helsesituasjon blant innsatte i norske fengsel, Resultater fra The Norwegian Offender Mental Health and addiction Study (NorMa) (Rapport nr. 2/2016). Hentet fra: <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2016/nedlastinger/seraf-rapport-nr-2-2016-rusmiddelbruk-og-helsesituasjon-blant-innsatte.pdf>
- Bukten, A., Lund, I. O., Rognli, E. B., Stavseth, M. R., Lobmaier, P., Surtveit, S., Clausen, T., Knuøe, N. (2015). The Norwegian Offender Mental Health and Addiction Study-



- Desegin and Implementation of National Survey and Prospective Cohort Study. *Substance Abuse: Research and treatment*, 9(S2), 59-66.  
<https://doi.org/10.4137/SART.S23546>.
- Bramness, J.G. (2009) Nevrobiologisk forståelse av rusmiddelproblemer. *Utposten*, 4, 22-26.
- Brown, G. P., Stewart,L.A., Rabinowitz,t., Boudreau, H. & Wright, A. (2018). Approved and Off - Label Use of Prescribed Psychotropic Medications among Federal Canadian Inmates. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 1-9.  
<https://doi.org/10.1177/0706743718773734>
- Chang, Z., Lichtenstein, P., Långstrøm, N., Larsson,H. & Faze, S. (2017). Association Between Prescription og Major Psychotropic Medications and Violent Reoffending After Prison Release. *Europe PMC Funders Grop Author Manuscript 1; 316(17)*, 1798-1807. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.15380>
- Cramer, V. (2014). Forekomst av psykiske lidelser hos domfelte i norske fengsler. *Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri*. Helseregion Sør-Øst: Oslo.
- Dewa, L.H., Kyle, S.D., Hassan, L., Shaw, J & Senior, J. (2015). Prevlance associated factors and managment of insomnia in prison populations: AN intergrative review. *Sleep Medicine Reviews* 24. 13-27. <https://dx.doi.org/101016/j.smr.2014.12.002>
- Dewa, L.H., Hassan, L., Shaw, J & Senior, J. (2017). Trouble Sleeping inside: across-sectional study of the prevalence and associated risk factors of insomnia in adult prison populations in England. *Sleep Medicine* 32. 129-136.  
<https://dx.doi.org/101016/j.sleep.2016.12.018>
- Drake, S. (1998). Self report among injecting drug users: a review. *Drug and Acohol Depend.* 51 (3). 253-263.
- Elger, B. S., Goehring. C., Revaz. S.A. & Morabia, A. (2002). Prescription of hypnotics and tranquilisers at the Geneva prison`s outpatient service in comparison to an urban outpatient medical service. *Sozial- und Präventivmedizin* 47 (1) 39-43. <https://doi-org.ezprpxy.uio.no/10.1007/BF01318404>
- Elger. B. S.(2009). Prison life: Television, sports, work, stress and insomnia in remand prison. *International Journal og Law and Psychiatry* 32. 74-83. <https://doi.org/101016/j.ijlp.2009.01.001>

- Estrada, F. & Nilsson, A.(2012) Does It Cost More to Be a Female Offender? A life-Course Study of Childhood Circumstances, Crime, Drug Abuse, and Living Conditions. *Feminist Criminology*, 7(3), 196-219. <https://doi.org/10.1177/1557085111429783>
- Evjen, R., Kiellans, K. B., Øiern, T. (2012). *DOBBELT OPP. Om psykiske lidelser og rusmisbruk* (3 utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Fazel, S. & Baillargeon, J. (2011). The health of prisoners. *Lancet*, 377, 956-965 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61053-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61053-7).
- Fazel, S. & Seewald, K.(2012). Severe mental illness in 33588 prisoners worldwide: Systematic review and meta-regression analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 200, 364-373. <https://doi.org/10.1192/bp.111096370>.
- Felthous, A. R. (2011). Suicide Behind Bars: Trends, Inconsistencies, and Practical Implications. *Journal of Forensic Science*, 56(6), 1541 – 1555. <https://doi-org.ezproxy.uio.no/10.1111/j.1556-4029.2011.01858.x>
- Friestad, C. & Skog Hansen I.L. (2004). *Levekår blant innsatte* (Fafo -rapport 429). Hentet fra: [https://www.faf.no/media/com\\_netsukii/429.pdf](https://www.faf.no/media/com_netsukii/429.pdf)
- Friestad C, & Kjelsberg E. (2009). Drug use and mental health problems among prison inmates – results from a nation-wide prison population study. *Nordic Journal of Psychiatry*. 63(3). 237–45.
- Geddes, J. R., Carney S. M., et al., Davies C. (2003) Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. *Lancet*, 361. 653–661.
- Gijssman, H. J., Geddes, J. R., Rendell, J. M., Nolen, W. A., Goodwin, G. M.(2004) Antidepressants for Bipolar Depression: A Systematic Review of Randomized, Controlled Trials. *Am J Psychiatry*, 161. 1537–1547.
- Gjersing, L. & Sandøy, T. A. (2014) *Narkotikabruk på gateplan i 7 norske byer*. (SIRUS rapport- 1). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning
- Greenberg, G. A. & Rosenheck, R. A. (2008). Homelessness in the state and federal prison population. *Crim Behav Ment Health*, 18(2). 88–103.
- Handal, M., Sakshaug, S., Hjellvik, V., Berg, C. & Skurtveit, S. (2015). Kjønnforskjeller i bruk av vanedannende legemidler i Norge. *Norsk Farmaceutisk tidsskrift* (4). 27-31.
- Hammerlin, Y. (2015). Å bryte livet i fengsel – og når livet og fengselslivet blir en livstruende byrde. *Psyke & Logos*, 36(1), 174 – 194.
- Hartz, I., Furu, K., Bratlid, T., Handal, M., & Skurtveit, S. (2012). Hypnotic drug use among 0-17 year olds during 2004-2011: a nationwide prescription database study. *Scand J Public Health*, 40(8), 704-711.

- Hassan, L., Senior, J., Frisher, M. Edge, D. & Shaw, J. (2014) A comparison of psychotropic medication prescribing patterns in East of England prisons and the general population. *J Psychopharmacology*, 28(4). 357-362. [https:// doi.org/10.1177/0269881114523863](https://doi.org/10.1177/0269881114523863)
- Hassan, L., Senior, J., Webb, R.T., Frisher, M., Tully M. P., While, D. & Shaw, J.J. (2016) Prevalence and appropriateness of psychotropic medication prescribing in a nationally representative cross-sectional survey of male and female prisoners in England. *BMC Psychiatry*, 16 (346). <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1055-7>
- Hawthorne, G., Hawthorne, G & Elliott, P. (2005). Imputing cross-sectional missing data: Comparison of common techniques. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* ,39, 583–590. <https://doi-org.ezproxy.uio.no/10.1080/j.1440-1614.2005.01630.x>
- Helsedirektoratet. (2012). Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser *Sammensatte tjenester – samtidig behandling*. (Rapport nr. IS-1948). Hentet fra <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/rop/3-forekomst-i-befolkningsus/3.1-forekomst-if%C3%B8lge-befus>
- Helsedirektoratet. (2014). *Nasjonal faglig veileder vanedannende legemidler- rekvirering og forsvarlighet* (IS-2014). Hentet fra: [www.helsedirektoratet.no/sites/vanedannende-legemidler/Sider/default.aspx](http://www.helsedirektoratet.no/sites/vanedannende-legemidler/Sider/default.aspx)
- Helsedirektoratet. (2016). *Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel* (IS-1971). Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-for-helse-og-omsorgstjenester-til-innsatte-i-fengsel>
- Junger- Tas, J. & Marshall, IH. (1999). The self report methodology in crime research. *Crime and Justice*: 291-367
- Justis- og politidepartementet. (2008). Straff som virker: *Mindre kriminalitet – tryggere samfunn* (St.meld. nr 37 (2007-2008)). Oslo: Justis- og politidepartementet.
- Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry* 4(5), 231-244. doi:10.3109/10673229709030550
- Kjeldsberg, E & Hartvig, P. (2005). Too much or too little? Prescription drug use in a nationwide prison population. *International Journal of Prisoner Health*, 1 (1), 75-87. <https://doi.org/10.1080/17449200500156871>

- Kjelsberg, E., Hartvig, P., Bowitz, H., Kuisma, I., Norbech, P., Rustad, A-B.,1, Seem, M. & Vik. T-B.(2006). Mental health consultations in a prison population: a descriptive Study. *BMC Psychiatry* 2006, **6** (27), [https:// doi.org/10.1186/1471-244X-6-27](https://doi.org/10.1186/1471-244X-6-27)
- Konrad, N., Daigle, M.S, Daniel, A. E., Dear, G. E., Frottier, P., Hayes, L. M., Kerkhof, A., Sarchiapone, M. (2007). Preventing Suicide in Prisons, Part 1. *Crisis*, 28(3) 113-121. DOI: 10.1027/0227-5910.28.3.113
- Kriminalomsorgsdirektoratet. (2018). *Kriminalomsorgens årsstatistikk – 2017*. (Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, 06/2018) hentet fra: <http://www.kriminalomsorgen.no/getfile.php/4195164.823.17z7anqbwmtmaa/Kmininalomsorgens+a%CC%8Arsstatistikk+2017.pdf>
- Kriminalomsorgen. (u.å.-a). Straff i fengsel. Hentet fra: <https://www.kriminalomsorgen.no/straff-i-fengsel.237611.no.html>
- Kriminalomsorgen. (u.å.-b). Forvaring. Hentet fra: <http://www.kriminalomsorgen.no/forvaring.237879.no.html>
- Kriminalomsorgen. (u.å.-c.). Barn og straff. Hentet fra: <http://www.kriminalomsorgen.no/barnog-straff.237928.no.html>
- Kriminalomsorgen. (u.å.-d). Helsetilbud og rusavhengighet. Hentet fra <http://www.kriminalomsorgen.no/helsetilbud-og-rusavhengighet.237882.no.html>
- Kriminalomsorgen (u.å.-e). Strategi for kvinner i varetekt og straffegjennomføring 2017-2020. Hentet fra: <https://www.kriminalomsorgen.no/kvinner-i-fengsel.475245.no.html>
- Kriminalomsorgen (u.å.- f). Oppfølging av unge domfelte. Hentet fra: <https://www.kriminalomsorgen.no/oslo-friomsorgskontor.5055542-237841.html>
- Kriminalomsorgen (u.å.-g). Stort engasjement og godt arbeid. Hentet fra: <https://www.kriminalomsorgen.no/-stort-engasjement-og-godt-arbeid.6185930-237613.html>
- Kristoffersen, R (2019). Kvinnelige innsatte har ikke et dårligere soningstilbud. *Forskning.no*. Hentet fra: <https://forskning.no/alkohol-og-narkotika-arbeid-kriminalitet/kvinnelige-innsatte-har-ikke-et-darligere-soningstilbud/1290441>
- Leucht, S., Barnes, T. R. E., Kissling, W., Engel, R. R., Correll, C., Kane, J. M. (2003). Relapse Prevention in Schizophrenia With New-Generation Antipsychotics: A Systematic Review and Exploratory Meta-Analysis of Randomized, Controlled Trials. *Am J Psychiatry*, 160. 1209–22

- Lovdata. (u.å). Lov om straffegjennomføring. Hentet fra:  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-05-18-21>
- Malt, U. F., Retterstøl, N., & Dahl, A. A. (2003). *Lærebok i psykiatri*. Oslo: Gyldendal
- Medco Health Solutions.( 2000). *America`s state of mind*. Hentet fra:  
<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19032en/s19032en.pdf>.
- Moreno-Ramos, L., Fernández- Serrano, M.J., Pérez-García, M. & Verdejo-García,A. (2016).  
 Impulsivity in men whit prescription of benzodiazepines and metadon in prison.  
*Adicciones, 28 (4)*. 205-214
- Mueser, K. T., Rosenberg, S. D., Drake, R. E., Miles, K. M., Wulford, G., Vidaver, R., &  
 Carrieri, K. (1999). Conduct disorder antisocial personality disorder and substance  
 use disorder in schizophrenia and major affective disorders. *Journal of Studies on  
 Alcohol. 60*. 278-284.
- Mueser, K.T., Noordsy, D.L., Drake, R.E., Fox, L. (2006) *Integrert behandling av  
 rusproblemer og psykiske lidelser*. Oslo: Universitetsforlaget
- Muller, A.E., Havnes, I.A., Rognli, E.B. & Bukten, A (2018). Inmates with Harmful  
 Substans Use Increase Both Exercise and Nicotine Use Under Incarceration.  
*International Journal of Environmental Reserch and Public Health, 15*.  
<http://dx.doi.org/10.3390/ijerph15122663>
- Nash, R., Sawyer, D. A., Barboza, S., & Way, B. B. (2007). Inmate suicide and time spent i  
 special disciplinary housing in New York State prison. *Psychiatric Services, 58(4)*,  
 558 – 560.
- Norsk legemiddelhåndbok. (2016). *Norsk legemiddelhåndbok*. Hentet fra  
<http://legemiddelhandboka.no/>
- Nørvik, T. & Lea, R.A. (2010) *Diagnosesystemene ICD og DCM*. (2010)  
 hentet fra: <http://leeforeningen.no/Fagmed/Norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/Faglig-veileder-for-barne-og-ungdomsspsykiatri/Del-1/kapittel-1-diagnostikk-i-barne-og-ungdomspsykiatri/12-diagnosesystemene-icd-og-dsm/>
- Pallant, J. *SPSS survival manual: astep by step guide to data analysis using SPSS verdion 15*  
 (3 utg.) Maidenhead: McGraw Hill.
- Pallen, S., Sivertsen, B., Nordhus,J.H & Bjorvatn, B. (2014). A 10-year trend of insomnia  
 prevalence in the adult Norwegian population. *Sleep Medicin, 15*. 173-179
- Renvold, K. M. (2015). *Innsattes levekår 2014 Før, under og etter soning*. (Statistisk  
 sentralbyrå, rapport nr. 47. 2015). Oslo- Kongsvinger.

- Reseptregisteret (u.å.). Statistikk fra reseptregisteret. Hentet fra:  
<http://www.reseptregisteret.no/Prevalens.aspx>
- Rindom, H. (2007) *RUSMILERNES BIOLOGI- om hjernen, sprut og stoffer* (3 utg).  
København S : Sundhedsstyrelsen.
- Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*: Fagbokforlaget.
- ROP. Guide for Beregning av Poengsum AUDIT (“AUDIT Scoring Instructions”) hentet fra:  
<https://rop.no/globalassets/snakkomrus/utskrifter/audit/audit-scoringsguide.pdf>.
- Sim, J. (1990). *Medical power in prisons: the prison medical service in England 1774-1989*:  
Buckingham : Open University Press
- Skardhamar, T.(2002). Levekår og livssituasjon blant innsatte i norske fengsel, Institutt for  
kriminologi og retts sosiologi. Universitetet i Oslo.
- Skardhamar, T. (2007). Ungdoms levekår. Oppvekstvilkår og registret kriminalitet 146-157  
Hentet fra: <https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/sa93/kap7.pdf>
- Skeem, J. L., Manchak, S. & Peterson, J. K. (2011) Correctional Policy for Offenders with  
Mental Illness: Creating a New Paradigm for Recidivism Reduction. *Law Hum  
Behav*, 35, 110-126. <https://doi.org/10.1007/s10979-010-9223-7>
- Skretting, A., Bye, E., Vedøy, T. F., & Lund, K. E. (2016). *Rusmidler i Norge 2016*.  
*Statistikkrapport 2016*. Hentet fra <https://fhi.no/publ/2017/rusmidler-i-norge-2016/>
- Skurtveit, S., Sakshaug, S., Hjellvik, V., Berg, C., Handal, M.(2014). *Bruk av vanedannende  
legemidler i Norge 2005-2013 basert på data fra Reseptregisteret*  
(Folkehelseinstituttet rapport 2014) Oslo : Nasjonalt folkehelseinstitutt
- Slordal, L. & Bramness, J. G. (2008). Is alimemazine a suitable sleeping agent for  
children?. *Tidsskrift Nordisk Laegeforening* 128(19). 2194-2196.
- Statistisk sentralbyrå (u.å.) Befolkning. Hentet fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/07459/>
- Steffenak, A.K.,Wilde- Larson, B., Nordström, G.,Skurtveit, S., & Hartz, I. (2012). Increase  
in psychotropic drug use between 2006 and 2010 among adolescents in Norway: a  
nationwide prescription database study. *Clin Epidemiol*, 4, 225-231. <https://doi.org/10.2147/CLEP.S31624>
- Strand, B.H., Dalgard, O.S., Tambs, K. & Rognerud, M. (2003). Measuring the mental health  
status of the Norwegian population: A comparison of the instruments SCL-25, SCL-  
10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nord J Psychiatry*, 57: 2, 113-118.  
<https://doi.org/10.1080/08039480310000932>

- Torrey, E.F., Kennard, S.A.D., Eslinger, S. D., Lamb, R. & Pavle, J. (2010). *More mentally ill persons are in jails and prisons than hospitals: a survey of the States*. Arlington, Virginia: Treatment Advocacy Centre
- Walmsley, R., (2016). World Prison Population List eleventh edition. World Prison Brief. Institute for Criminal Policy Research hentet fra:  
[http://prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/world\\_prison\\_population\\_list\\_11th\\_edition\\_0.pdf](http://prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/world_prison_population_list_11th_edition_0.pdf)
- Westin, A.A., Halvorsen, T., Haugan, T., Martinussen, P.E., Aamot, T. & Lilleeng, S. (2011). *Bruk av benzodiazepiner og z-hypnotika i psykiatriske institusjoner i Norge* (SINTEF A21443- Åpen). Trondheim: SINTEF Teknologi og samfunn.
- Williams, H. K., Taylor, P. J., Walker, J., Plant, G., Kissell, A., & Hammond, A. (2013). Subjective experience of early imprisonment. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36(3), 241 – 249. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.04.020>
- Winters, G. M., Greene-Colozzi, E., & Jeglic, E. L.(2017). Preventing suicide in forensic Settings: Assessment and intervention for inmates with serious mental illness. *Journal of Correctional Health Care*, 23(4), 383 – 397.  
DOI:10.1177/1078345817725047
- World Health Organization (1999). *ICD-10: Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. (2 utg.) Oslo: Universitetsforlaget.
- Ødegård, E.(2008). Drugs and alcohol problems among Norwegian inmates. *Nordisk alkohol-og narkotikatidsskrift (NAT)*, 25, 169-185.

# Vedlegg



## Kartlegging av rus og helse i kriminalomsorgen



**Kontaktperson:**

Anne Bukten, Senter for rus-og avhengighetsforskning (SERAF)

[ruskart-seraf@medisin.uio.no](mailto:ruskart-seraf@medisin.uio.no)







## Bakgrunn

### 1. Kjønn og alder

Mann  Kvinne  Alder   år

### 2. Har du lese- og skrivevansker?

Ja  Nei

### 3. Fødeland for deg og dine foreldre

	Meg	Mor	Far
Norge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Norden utenom Norge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vest-Europa utenom Norden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Øst-Europa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afrika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sør-og Mellom-Amerika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nord-Amerika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oceania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 4. Hvem vokste du opp sammen med? (sett gjerne flere kryss)

Begge mine biologiske foreldre	<input type="checkbox"/>
En av mine biologiske foreldre	<input type="checkbox"/>
Slektinger	<input type="checkbox"/>
Adoptivforeldre	<input type="checkbox"/>
Fosterforeldre	<input type="checkbox"/>
Andre	<input type="checkbox"/>

### 5. Har du hatt en stabil oppvekst? (sett gjerne flere kryss)

Familie, <b>uten</b> problemer med alkohol/narkotika/medikamenter	<input type="checkbox"/>
Familie, <b>med</b> problemer med alkohol/narkotika/medikamenter	<input type="checkbox"/>
Familie med alvorlige psykiske problemer	<input type="checkbox"/>

### 6. Har du norsk statsborgerskap?

Ja  Nei

### 7. Sivilstatus

Enslig	<input type="checkbox"/>	Gift	<input type="checkbox"/>
Samboer	<input type="checkbox"/>	Separert	<input type="checkbox"/>
Skilt	<input type="checkbox"/>	Enke/ enkemann	<input type="checkbox"/>

### 8. Høyeste fullførte utdanning

Ikke fullført grunnskole	<input type="checkbox"/>
Grunnskole	<input type="checkbox"/>
Videregående eller gymnas	<input type="checkbox"/>
Faglig yrkesutdanning	<input type="checkbox"/>
Treårig høyskole eller universitet	<input type="checkbox"/>
Mer enn treårig høyskole eller universitet	<input type="checkbox"/>

### 9. Yrkesstatus siste 6 måneder før fengsling

Heltidsjobb	<input type="checkbox"/>
Deltidsjobb	<input type="checkbox"/>
Under utdanning	<input type="checkbox"/>
Ikke i arbeid eller under utdanning	<input type="checkbox"/>

### 10. Viktigste inntekt siste måned før fengsling

Lønnet arbeid	<input type="checkbox"/>
Forsørget av andre	<input type="checkbox"/>
Dagpenger (arbeidsledighetstrygd)	<input type="checkbox"/>
Sykepenger	<input type="checkbox"/>
Arbeidsavklaringspenger (AAP)	<input type="checkbox"/>
Uførepensjon	<input type="checkbox"/>
Alderspensjon	<input type="checkbox"/>
Sosial stønad	<input type="checkbox"/>
Studielån/ stipend	<input type="checkbox"/>
Kriminell virksomhet	<input type="checkbox"/>
Annet	<input type="checkbox"/>

### 11. Hvem bodde du sammen med siste måned før fengsling? (Sett gjerne flere kryss)

Alene	<input type="checkbox"/>
I parforhold	<input type="checkbox"/>
Sammen med venner	<input type="checkbox"/>
Sammen med foreldre	<input type="checkbox"/>
Sammen med barn under 18 år	<input type="checkbox"/>
Sammen med barn over 18 år	<input type="checkbox"/>
Sammen med andre	<input type="checkbox"/>

### 12. Boligforhold siste måned før fengsling?

Privat bolig (selveier) <input type="checkbox"/>	Privat bolig (leiet) <input type="checkbox"/>
Kommunal bolig <input type="checkbox"/>	Flyktningmottak <input type="checkbox"/>
Hospits/ hybelhus <input type="checkbox"/>	Institusjon <input type="checkbox"/>
Ingen bolig <input type="checkbox"/>	Annen <input type="checkbox"/>

### 13. Hadde du i hovedsak en stabil bosituasjon siste måned før fengsling?

Ja  Nei

## Om nåværende fengsling

### 14. Hva er status i forbindelse med din nåværende fengsling?

Dom  Varetekt  Forvaring

### 15. Hvis du er domfelt, hvor lang er dommen du nå soner (eventuelt minstetid)?

\_\_\_\_\_ år \_\_\_\_\_ mnd \_\_\_\_\_ dager

### 16. Hvor lenge har du vært fengslet i forbindelse med nåværende fengselsopphold?

\_\_\_\_\_ år \_\_\_\_\_ mnd \_\_\_\_\_ dager

### 17. Sitter du i et fengsel med høyt eller lavt sikkerhetsnivå?

Høyt sikkerhetsnivå	<input type="checkbox"/>
Lavt sikkerhetsnivå	<input type="checkbox"/>
Overgangsbolig	<input type="checkbox"/>

### 18. Hvilken type avdeling sitter du på?

Lukket avdeling  Fellesskapsavdeling

### 19. Sitter du på en rusmestringsenhet?

Ja  Nei

20. Har du deltatt på noen av kriminalomsorgens programmer?

Ja  Nei

Hvis ja, hvilke programmer?

21. Hvilke lovbrudd er du siktet/dømt for i forbindelse med ditt nåværende fengselsopphold? (sett gjerne flere kryss)

	Siktet	Dømt
Mindre alvorlig vinningskriminalitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grov vinningskriminalitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruk og besittelse av narkotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smugling/ omsetning av narkotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Økonomisk kriminalitet (bedrageri etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kjøring i beruset tilstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voldskriminalitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seksualkriminalitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen kriminalitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Helseopplysninger

22. Hvordan synes du selv at din fysiske helse er for tiden?

Meget bra   
 Bra   
 Verken bra eller dårlig   
 Dårlig   
 Meget dårlig

23. Hvordan synes du selv at din psykiske helse er for tiden?

Meget bra   
 Bra   
 Verken bra eller dårlig   
 Dårlig   
 Meget dårlig

24. Hvordan er ditt forhold til din partner for tiden?

Meget bra   
 Bra   
 Verken bra eller dårlig   
 Dårlig   
 Meget dårlig   
 Har ingen partner

25. Hvordan er ditt forhold til dine venner for tiden?

Meget bra   
 Bra   
 Verken bra eller dårlig   
 Dårlig   
 Meget dårlig   
 Har ikke kontakt med venner   
 Har ingen venner

26. Hvordan er ditt forhold til deg selv for tiden?

Meget bra   
 Bra   
 Verken bra eller dårlig   
 Dårlig   
 Meget dårlig

27. Er du for tiden i legemiddelassistert behandling (LAR)?

Ja

Nei  Hvis nei - gå til spørsmål 30

28. Hvor lenge har du vært i LAR-behandling?

\_\_\_\_\_ år \_\_\_\_\_ mnd

29. Hvilken LAR-medisin bruker du i dag?

Subutex \_\_\_\_\_ mg pr dag  
 Subuxone \_\_\_\_\_ mg pr dag  
 Metadon \_\_\_\_\_ mg pr dag  
 Annet \_\_\_\_\_ mg pr dag

30. Er du smittet av hepatitt B eller C?

Ja, hepatitt B  Ja, hepatitt C   
 Ja, både hepatitt B og C  Nei   
 Vet ikke  Vil ikke svare

31. Har du testet deg for HIV?

Ja, i løpet av det siste året   
 Ja, men ikke i løpet av det siste året   
 Nei   
 Vet ikke   
 Vil ikke svare

32. Hvis ja, hva var ditt siste testresultat?

HIV negativ  HIV positiv   
 Vil ikke svare

33. Har du i løpet av de siste 14 dagene vært plaget av følgende?

	Ikke plaget	Litt plaget	Ganske plaget	Veldig plaget
Matthet eller svimmelhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plutselig frykt uten grunn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stadig redd eller engstelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følelse av å være anspent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lett for å klandre deg selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Søvnproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følelse av håpløshet med tanke på fremtiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedtrykt, tungsindig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følelse av at alt er et slit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følelse av å være unyttig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. Røyket du sigaretter det siste halvåret før fengsling?		
Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Hvis ja, hvor mange per dag? _ _ _ _ _
35. Brukte du snus det siste halve året før fengsling?		
Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Hvis ja, hvor mange per dag? _ _ _ _ _
36. Røyker du sigaretter under dette fengselsoppholdet?		
Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Hvis ja, hvor mange per dag? _ _ _ _ _
37. Bruker du snus under dette fengselsoppholdet?		
Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Hvis ja, hvor mange per dag? _ _ _ _ _
38. Trente du det siste halvåret før fengsling?		
Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Hvis ja, hvor mange ganger per uke? _ _ _ _
39. Trener du under dette fengselsoppholdet?		
Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Hvis ja, hvor mange ganger per uke? _ _ _ _
<b>Bruk av alkohol før fengsling</b>		
40. Har du noen gang drukket alkohol?		
Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	<b>Hvis nei - gå til spørsmål 54</b>
41. Hvor gammel var du første gang du drakk alkohol?		
Alder _ _ _ _ år		
42. Hvor gammel var du første gang du drakk deg beruset?		
Alder _ _ _ _ år	Har aldri drukket meg beruset <input type="checkbox"/>	
43. Har du noen gang kommet på kant med loven på grunn av drikking, feks blitt arrestert eller fått bot?		
Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	
44. Hvor ofte drakk du alkohol det siste året forut for fengsling?		
Aldri	<input type="checkbox"/>	
Månedlig eller sjeldnere	<input type="checkbox"/>	
2 til 4 ganger i måneden	<input type="checkbox"/>	
2 til 3 ganger i uken	<input type="checkbox"/>	
4 ganger i uken eller mer	<input type="checkbox"/>	
45. Hvor mange alkoholenheter (en drink, glass vin, eller pils) hadde du på en typisk drikke-dag det siste året før fengsling?		
1-2	<input type="checkbox"/>	
3-4	<input type="checkbox"/>	
5-6	<input type="checkbox"/>	
7-9	<input type="checkbox"/>	
10 eller flere	<input type="checkbox"/>	
46. Hvor ofte drakk du seks alkoholenheter eller mer det siste året før fengsling?		
Aldri	<input type="checkbox"/>	
Sjelden	<input type="checkbox"/>	
Noen ganger i måneden	<input type="checkbox"/>	
Noen ganger i uken	<input type="checkbox"/>	
Nesten daglig	<input type="checkbox"/>	

47. Hvor ofte i løpet av det siste året før fengsling var du ikke i stand til å stoppe og drikke etter at du hadde begynt?	
Aldri	<input type="checkbox"/>
Sjelden	<input type="checkbox"/>
Noen ganger i måneden	<input type="checkbox"/>
Noen ganger i uken	<input type="checkbox"/>
Nesten daglig	<input type="checkbox"/>
48. Hvor ofte i løpet av det siste året unnlot du å gjøre ting du skulle ha gjort på grunn av drikking?	
Aldri	<input type="checkbox"/>
Sjelden	<input type="checkbox"/>
Noen ganger i måneden	<input type="checkbox"/>
Noen ganger i uken	<input type="checkbox"/>
Nesten daglig	<input type="checkbox"/>
49. Hvor ofte startet du dagen din med alkohol året før fengsling?	
Aldri	<input type="checkbox"/>
Sjelden	<input type="checkbox"/>
Noen ganger i måneden	<input type="checkbox"/>
Noen ganger i uken	<input type="checkbox"/>
Nesten daglig	<input type="checkbox"/>
50. Hvor ofte i det siste året før fengsling, har du hatt skyldfølelse pga. drikking?	
Aldri	<input type="checkbox"/>
Sjelden	<input type="checkbox"/>
Noen ganger i måneden	<input type="checkbox"/>
Noen ganger i uken	<input type="checkbox"/>
Nesten daglig	<input type="checkbox"/>
51. Hvor ofte i løpet av det siste året før fengsling har det vært umulig å huske hva som hendte kvelden før pga. drikking?	
Aldri	<input type="checkbox"/>
Sjelden	<input type="checkbox"/>
Noen ganger i måneden	<input type="checkbox"/>
Noen ganger i uken	<input type="checkbox"/>
Nesten daglig	<input type="checkbox"/>
52. Har du eller noen andre blitt skadet som følge av at du har drukket?	
Nei	<input type="checkbox"/>
Ja, men <b>ikke</b> i løpet av siste år før fengsling	<input type="checkbox"/>
Ja, i løpet av det siste året før fengsling	<input type="checkbox"/>
53. Har en slektning, venn eller lege bekymret seg over drikkingen din, eller antydnet at du burde redusere?	
Nei	<input type="checkbox"/>
Ja, men <b>ikke</b> i løpet av siste år før fengsling	<input type="checkbox"/>
Ja, i løpet av det siste året før fengsling	<input type="checkbox"/>
<b>Om bruk av narkotika og medikamenter</b>	
54. Har du noen gang blitt tilbydt narkotika/ medikamenter mens du vært i fengsel?	
Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>

55. Er det enkelt å få tak narkotika/medikamenter i fengsel?			
Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Vet ikke <input type="checkbox"/>	
56. Er det enkelt å få tak i sprøyter i fengsel?			
Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Vet ikke <input type="checkbox"/>	
57. Hvor mye koster ulike typer narkotika/ medikamenter i fengsel?			
	Kroner	Bytte verdi (vare)	Vet ikke
1 dose cannabis	----	-----	<input type="checkbox"/>
1 dose heroin	----	-----	<input type="checkbox"/>
1 dose syntetiske cannabinoider (Spice, etc)	----	-----	<input type="checkbox"/>
1 dose amfetamin	----	-----	<input type="checkbox"/>
1 dose kokain	----	-----	<input type="checkbox"/>
1 pille (Valium, Vival, Stesolid, sobril, rivotril etc.)	----	-----	<input type="checkbox"/>
1 dose Metadon, Subutex	----	-----	<input type="checkbox"/>
58. Hvordan får man penger til narkotika/ medikamenter fengsel?			
Egne penger		<input type="checkbox"/>	
Krita (betaler når man kommer ut)		<input type="checkbox"/>	
Selger eiendeler man har i fengsel		<input type="checkbox"/>	
Byttehandel av tjenester		<input type="checkbox"/>	
Vet ikke		<input type="checkbox"/>	
59. Har du noen gang brukt anabole steroider?			
Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>		
60. Hvis ja, hvor brukte du anabole steroider for første gang?			
Ute, før første fengselsopphold		<input type="checkbox"/>	
Ute mellom fengselsopphold		<input type="checkbox"/>	
Under et tidligere fengselsopphold		<input type="checkbox"/>	
Under nåværende fengselsopphold		<input type="checkbox"/>	
61. Har du noen ganger satset penger på spill (for eksempel odds, tipping, poker, eller automater)?			
Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>		
62. Har du noen gang måttet øke innsatsen for å beholde spenningsfølelsen i spillet?			
Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Vet ikke <input type="checkbox"/>	
63. Har du noen gang løyet for din familie eller andre for å skjule hvor mye du spiller?			
Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Vet ikke <input type="checkbox"/>	
64. Har du noen gang brukt narkotika eller medikamenter for å ruse deg?			
Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>		
<b>Hvis du svarte JA på dette spørsmålet er det viktig at du svarer så godt du kan på resten av spørsmålene.</b>			
<b>Hvis NEI – gå til spørsmål 99</b>			
65. Hvor gammel var du første gang du brukte narkotika/ medikamenter for å ruse deg?			
Alder: _____ år			

66. Hvor var det du brukte narkotika/ medikamenter for første gang?		
Ute, før første fengselsopphold		<input type="checkbox"/>
Ute mellom fengselsopphold		<input type="checkbox"/>
Under et tidligere fengselsopphold		<input type="checkbox"/>
Under nåværende fengselsopphold		<input type="checkbox"/>
67. Hva slags type narkotika/ medikamenter var det?		
68. Kryss av for hvilke typer narkotika/ medikamenter du noen gang har brukt og skriv hvor gammel du var da du brukte dem for første gang.		
	Brukt	Alder første gang
Cannabis (hasj/marihuana)	<input type="checkbox"/>	_____ år
Syntetiske cannabinoider (Spice etc.)	<input type="checkbox"/>	_____ år
Heroin	<input type="checkbox"/>	_____ år
(Met)Amfetamin	<input type="checkbox"/>	_____ år
Kokain	<input type="checkbox"/>	_____ år
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	_____ år
LSD, PCP, Ketamin	<input type="checkbox"/>	_____ år
GHB	<input type="checkbox"/>	_____ år
Sniffestoffer	<input type="checkbox"/>	_____ år
Anabole steroider	<input type="checkbox"/>	_____ år
Metadon, Subutex, Suboxone (ikke resept)	<input type="checkbox"/>	_____ år
Dolcontin, Paralgin Forte, Nobligan, Oxycontin (ikke resept)	<input type="checkbox"/>	_____ år
Valium, Vival, Stesolid, Sobril, Alopam (ikke resept)	<input type="checkbox"/>	_____ år
Rohypnol, Flunipam, Rivotril, Xanor, Apodorm, Mogadon (ikke resept)	<input type="checkbox"/>	_____ år
Ritalin, Concerta etc. (ikke resept)	<input type="checkbox"/>	_____ år
Andre stoffer /medikamenter	<input type="checkbox"/>	_____ år
69. Har du hatt perioder med daglig eller nesten daglig bruk av narkotika/ medikamenter?		
Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	
70. Har du noen gang brukt sprøyte for å injisere narkotika/ medikamenter?		
Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/> <b>Hvis nei - gå til spørsmål 74</b>	
71. Hvor gammel var du første gang du satte en sprøyte?		
Alder: _____ år		
72. Hva slags type narkotika/ medikamenter injiserte du?		
73. Har du hatt perioder med daglig eller nesten daglig bruk av sprøyte?		
Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	



74. Har du vært i behandling for rusmiddelproblemer? Hvilken type behandling?		
Kryss av de svar som passer	Alkohol	Andre rusmidler
Har aldri vært i behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avrusning i institusjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poliklinisk avrusning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LAR-behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen poliklinisk behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Institusjonsbehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dagtilbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legevakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sykehus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiatrisk avdeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen type behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75. Hvis annen type behandling, beskriv		
76. Hvor ofte brukte du narkotika/ medikamenter siste år før fengsling?		
Aldri	<input type="checkbox"/>	
En gang i måneden eller sjeldnere	<input type="checkbox"/>	
To til fire ganger i måneden	<input type="checkbox"/>	
To til tre ganger i uken	<input type="checkbox"/>	
Fire ganger i uken eller mer	<input type="checkbox"/>	
77. Brukte du flere typer narkotika/ medikamenter ved ett og samme tilfelle siste år før fengsling?		
Aldri	<input type="checkbox"/>	
En gang i måneden eller sjeldnere	<input type="checkbox"/>	
To til fire ganger i måneden	<input type="checkbox"/>	
To til tre ganger i uken	<input type="checkbox"/>	
Fire ganger i uken eller mer	<input type="checkbox"/>	
78. Hvor mange ganger i løpet av en typisk "rus-dag" tok du narkotika/ medikamenter siste år før fengsling?		
0	<input type="checkbox"/>	
1-2	<input type="checkbox"/>	
3-4	<input type="checkbox"/>	
5-6	<input type="checkbox"/>	
7 eller flere	<input type="checkbox"/>	
79. Hvor ofte i løpet siste år før fengsling ble du kraftig påvirket av narkotika/ medikamenter?		
Aldri	<input type="checkbox"/>	
Sjeldnere enn en gang i måneden	<input type="checkbox"/>	
Hver måned	<input type="checkbox"/>	
Hver uke	<input type="checkbox"/>	
Daglig eller nesten daglig	<input type="checkbox"/>	

80. Har du i det siste året før fengsling følt at lengselen etter narkotika/ medikamenter har vært så sterk at du ikke kunne stå imot?	
Aldri	<input type="checkbox"/>
Sjeldnere enn en gang i måneden	<input type="checkbox"/>
Hver måned	<input type="checkbox"/>
Hver uke	<input type="checkbox"/>
Daglig eller nesten daglig	<input type="checkbox"/>
81. Har det hendt at du i løpet av siste år før fengsling ikke kunne slutte å ta narkotika/ medikamenter når du først hadde begynt?	
Aldri	<input type="checkbox"/>
Sjeldnere enn en gang i måneden	<input type="checkbox"/>
Hver måned	<input type="checkbox"/>
Hver uke	<input type="checkbox"/>
Daglig eller nesten daglig	<input type="checkbox"/>
82. Hvor ofte i løpet av siste år før fengsling har du tatt narkotika/ medikamenter og så latt være å gjøre noe som du burde ha gjort?	
Aldri	<input type="checkbox"/>
Sjeldnere enn en gang i måneden	<input type="checkbox"/>
Hver måned	<input type="checkbox"/>
Hver uke	<input type="checkbox"/>
Daglig eller nesten daglig	<input type="checkbox"/>
83. Hvor ofte i løpet av siste år før fengsling har du hatt behov for å starte dagen med å ta narkotika/ medikamenter etter et stort inntak dagen før?	
Aldri	<input type="checkbox"/>
Sjeldnere enn en gang i måneden	<input type="checkbox"/>
Hver måned	<input type="checkbox"/>
Hver uke	<input type="checkbox"/>
Daglig eller nesten daglig	<input type="checkbox"/>
84. Hvor ofte i løpet av siste år før fengsling har du hatt skyldfølelse eller dårlig samvittighet fordi du har brukt narkotika/ medikamenter?	
Aldri	<input type="checkbox"/>
Sjeldnere enn en gang i måneden	<input type="checkbox"/>
Hver måned	<input type="checkbox"/>
Hver uke	<input type="checkbox"/>
Daglig eller nesten daglig	<input type="checkbox"/>
85. Har du eller noen andre blitt skadet (fysisk eller psykisk) på grunn av din bruk av narkotika/ medikamenter?	
Nei	<input type="checkbox"/>
Ja, men <b>ikke</b> i løpet av siste år før fengsling	<input type="checkbox"/>
Ja, i løpet av siste år før fengsling	<input type="checkbox"/>
86. Har en slektning eller venn, lege eller sykepleier, eller noen andre vært urolige for din bruk av rusmidler eller sagt til deg at du burde slutte med narkotika/ medikamenter?	
Nei	<input type="checkbox"/>
Ja, men <b>ikke</b> i løpet av siste år før fengsling	<input type="checkbox"/>
Ja, i løpet av det siste året før fengsling	<input type="checkbox"/>

87. Hvor ofte brukte du narkotika/ medikamenter <u>siste halve året før soning?</u>				
	Ikke brukt	1-3 ganger pr mnd	1-3 ganger pr uke	4 ganger per uke eller mer
Cannabis (hasj/ marihuana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syntetiske cannabinoider (Spice etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Met)Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD, PCP, Ketamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GHB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sniffestoffer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anabole steroider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metadon, Subutex, Suboxone (ikke resept)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolcontin, Paralgin Forte, Nobligan, Oxycontin) (ikke resept)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valium, Vival, Stesolid, Sobril, Alopam (ikke resept)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rohypnol, Flunipam, Rivotril, Xanor, Apodorm, Mogadon (ikke resept)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ritalin, Concerta etc. (ikke resept)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre stoffer/medikamenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88. Brukte du sprøyte siste halvår før soning?				
Brukte sprøyte daglig / nesten daglig	<input type="checkbox"/>			
Brukte det 1-3 ganger i uken	<input type="checkbox"/>			
Brukte 1-3 ganger per måned	<input type="checkbox"/>			
Ikke brukt siste 6 måneder	<input type="checkbox"/>			
Aldri brukt sprøyte	<input type="checkbox"/>			
89. Hvilken måte brukte du narkotika/medikamenter på siste halvår før soning?				
	Ikke brukt	Munn/nese	Røyke	Sprøyte
Cannabis (hasj/ marihuana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syntetiske cannabinoider (Spice etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Met)Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD, PCP, Ketamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ikke brukt	Munn/nese	Røyke	Sprøyte
GHB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sniffestoffer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anabole steroider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metadon, Subutex, Suboxone (ikke resept)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolcontin, Paralgin Forte, Nobligan, Oxycontin) (ikke resept)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valium, Vival, Stesolid, Sobril, Alopam (ikke resept)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rohypnol, Flunipam, Rivotril, Xanor, Apodorm, Mogadon (ikke resept)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ritalin, Concerta etc. (ikke resept)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre stoffer/medikamenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Om bruk av narkotika og medikamenter i fengsel</b>				
90. Har du noen gang brukt narkotika eller medikamenter ulovlig i fengsel?				
Flere enn 3 ganger	<input type="checkbox"/>	1-2 ganger	<input type="checkbox"/>	
Nei	<input type="checkbox"/>	Har ikke vært fengslet før	<input type="checkbox"/>	
91. Har du hatt perioder med daglig eller nesten daglig bruk av narkotika/ medikamenter under tidligere fengselsopphold?				
Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>	Har ikke vært fengslet før <input type="checkbox"/>
92. Hva slags type narkotika/ medikamenter har du brukt under tidligere fengselsopphold?				
Ikke aktuelt	<input type="checkbox"/>			
Cannabis (hasj/ marihuana)	<input type="checkbox"/>			
Syntetiske cannabinoider (Spice etc.)	<input type="checkbox"/>			
Heroin	<input type="checkbox"/>			
(Met)Amfetamin	<input type="checkbox"/>			
Kokain	<input type="checkbox"/>			
Ecstasy	<input type="checkbox"/>			
LSD, PCP, Ketamin	<input type="checkbox"/>			
GHB	<input type="checkbox"/>			
Sniffestoffer	<input type="checkbox"/>			
Anabole steroider	<input type="checkbox"/>			
Metadon, Subutex, Suboxone (ikke resept)	<input type="checkbox"/>			
Dolcontin, Paralgin Forte, Nobligan, Oxycontin) (ikke resept)	<input type="checkbox"/>			
Valium, Vival, Stesolid, Sobril, Alopam (ikke resept)	<input type="checkbox"/>			
Rohypnol, Flunipam, Rivotril, Xanor, Apodorm, Mogadon (ikke resept)	<input type="checkbox"/>			
Ritalin, Concerta etc. (ikke resept)	<input type="checkbox"/>			
Andre stoffer	<input type="checkbox"/>			
Flere typer stoffer hver dag	<input type="checkbox"/>			

93. Hvilken funksjon har ditt rusbruk i fengsel?			
Avhengighet <input type="checkbox"/>		Spenning <input type="checkbox"/>	
Kjedsomhet <input type="checkbox"/>		Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>	
94. Har du noen gang brukt sprøyte i fengsel?			
Ja, under tidligere fengselsopphold		<input type="checkbox"/>	
Ja, under dette fengselsoppholdet		<input type="checkbox"/>	
Nei		<input type="checkbox"/>	
95. Har du i forbindelse med fengselsopphold brukt en sprøyte som andre har brukt før deg?			
Ja <input type="checkbox"/>		Nei <input type="checkbox"/>	Vet ikke <input type="checkbox"/>
96. Har du brukt narkotika/ medikamenter under ditt nåværende fengselsopphold?			
Flere enn 3 ganger <input type="checkbox"/>		1 gang <input type="checkbox"/>	
2-3 ganger <input type="checkbox"/>		Nei <input type="checkbox"/>	
97. Har du under nåværende fengselsopphold og i løpet av siste 30 dager brukt narkotika/ medikamenter?			
Flere enn 3 ganger <input type="checkbox"/>		1 gang <input type="checkbox"/>	
2-3 ganger <input type="checkbox"/>		Nei <input type="checkbox"/>	
98. Hva slags type narkotika/ medikamenter har du brukt under <u>nåværende fengselsopphold</u> ?			
Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>			
Cannabis (hasj/marihuana) <input type="checkbox"/>			
Syntetisk cannabis (Spice, JWH etc) <input type="checkbox"/>			
Heroin <input type="checkbox"/>			
(Met)Amfetamin <input type="checkbox"/>			
Kokain <input type="checkbox"/>			
Ecstasy <input type="checkbox"/>			
LSD, PCP, Ketamin <input type="checkbox"/>			
GHB <input type="checkbox"/>			
Sniffestoffer <input type="checkbox"/>			
Anabole steroider <input type="checkbox"/>			
Metadon, Subutex, Suboxone (ikke resept) <input type="checkbox"/>			
Dolcontin, Paralgin Forte, Nobligan, Oxycontin (ikke resept) <input type="checkbox"/>			
Valium, Vival, Stesolid, Sobril, Alopam (ikke resept) <input type="checkbox"/>			
Rohypnol, Flunipam, Rivotril, Xanor, Apodorm, Mogadon (ikke resept) <input type="checkbox"/>			
Ritalin, Concerta etc. (ikke resept) <input type="checkbox"/>			
Andre stoffer <input type="checkbox"/>			
Flere typer stoffer hver dag <input type="checkbox"/>			
<b>Utsatthet for kriminalitet</b>			
99. Har du blitt utsatt for følgende?			
		Nei	Ja
Antall ganger			
Frastjålet personlige ting som penger, mobiltelefon eller annet?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utsatt for vold som førte til synlige merker eller skader på kroppen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du blitt utsatt for følgende?		Ja	Nei	Antall ganger
Utsatt for vold som ikke førte til synlige merker på kroppen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _
Utsatt for seksuelt motivert vold, overgrep eller forsøk på dette?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _
<b>Om tidligere kriminalitet</b>				
100. Har du vært domfelt tidligere?				
Ja		<input type="checkbox"/>		
Nei		<input type="checkbox"/> <b>Hvis nei – gå til spørsmål 105</b>		
101. Hvor mange tidligere dommer har du?				
_ _ _ _ domfellelser				
102. Hvor gammel var du da du fikk din første dom?				
_ _ _ _ år				
103. Hvor gammel var du første gang du satt i fengsel?				
_ _ _ _ år				
104. Hvor lang tid av ditt liv totalt har du vært fengslet? <b>Mindre enn 1 mnd, skriv 0</b>				
_ _ _ _ år _ _ _ _ mnd				
105. Skriv antall ganger du har gjort følgende lovbrudd og hvor gammel du var første gang.				
		Antall ganger		Alder første gang
Mindre alvorlig vinningskriminalitet		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		_ _ _ _ år
Grovt vinningskriminalitet		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		_ _ _ _ år
Bruk og besittelse av narkotika		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		_ _ _ _ år
Smugling/ omsetning av narkotika		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		_ _ _ _ år
Økonomisk kriminalitet		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		_ _ _ _ år
Kjøring i beruset tilstand		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		_ _ _ _ år
Voldskriminalitet		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		_ _ _ _ år
Drap		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		_ _ _ _ år
Seksualkriminalitet		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		_ _ _ _ år
Annen kriminalitet		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		_ _ _ _ år
Ikke aktuelt		<input type="checkbox"/>		
106. Var du påvirket av alkohol eller narkotika/medikamenter (eller begge) da du begikk det lovbruddet som du nå soner for?				
Alkohol <input type="checkbox"/>		Narkotika <input type="checkbox"/>		
Begge deler <input type="checkbox"/>		Nei <input type="checkbox"/>		
107. Har du vært påvirket av alkohol eller narkotika/medikamenter (eller begge) i forbindelse med tidligere lovbrudd?				
Alkohol <input type="checkbox"/>		Narkotika <input type="checkbox"/>		
Begge deler <input type="checkbox"/>		Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>		

**108. De neste fem spørsmålene handler om uvanlige opplevelser noen mennesker kan ha.**

De kan ha skjedd mens du var ruspåvirket eller mens du var rusfri.

Har du noen gang.....	Nei	Ja, kun under ruspåvirkning	Ja, kun mens rusfri	Ja, både under ruspåvirkning og uten rus	Hvis under rus, skriv hvilke rusmidler
1. opplevd synshallusinasjoner, altså at du har sett ting som ingen andre kunne se?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. opplevd hørselshallusinasjoner, altså at du har hørt ting som ingen andre kunne høre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. hatt en periode hvor du fant skjulte betydninger i ting, syntes du mottok beskjeder fra tv eller radio, eller syntes folk snakket om deg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. hatt en periode hvor du tenkte at folk fulgte etter deg, spionerte på deg, eller var ute etter deg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. har du noen gang vært innlagt for slike plager	Ja <input type="checkbox"/>		Nei <input type="checkbox"/>		

**Spørsmålene under handler om hvilke følelser man har til sitt rusbruk.****Hvis du aldri har brukt alkohol, piller eller narkotika kan du gå til spørsmål 113****109. Hva er positivt for deg ved å bruke rusmidler?**

	Slett ikke	Litt	En del	Mye	Svært mye
1. Sover bedre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Blir avspent og avslappet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Blir glad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Blir sterk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Kjenner meg normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Blir kreativ (får mange ideer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Blir aktiv (rydder, vasker opp, vasker bilen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Elsker alle og hele verden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Får økt selvtillit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Får mindre vondt i ryggen, nakken, hodet osv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Får en følelse av at alt ordner seg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Livet uten rusmidler er kjedelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Jeg kan styre følelser som sinne, angst og depresjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Med rusmidler kan jeg fungere sosialt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Med rusmidler føler jeg at jeg er med i gruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Jeg får bedre kontakt med andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Jeg får mer ut av mitt liv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**110. Hva er negativt for deg ved å bruke rusmidler?**

	Slett ikke	Litt	En del	Mye	Svært mye
1. Får angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Får selvmordstanker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Trekker meg unna andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Får hodepine eller føler meg dårlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Slett ikke	Litt	En del	Mye	Svært mye
5. Får dårligere kontakt med venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Får vanskeligheter med å konsentrere meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Lysten på sex blir redusert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Forstyrrer økonomien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Blir passiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Får dårligere helse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Blir hensynsløs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Forstyrrer familielivet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ser alt som et kaos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>111. Hva er <b>negativt</b> for deg ved å bruke rusmidler?</b>					
	Aldri	Sjeldnere enn 1 gang i mnd	Hver måned	Hver uke	Daglig eller nesten daglig
1. Jeg har i løpet av de siste årene hatt problemer på jobb, skole eller hjemme på grunn av rusmidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Jeg har i løpet av det siste året søkt lege eller sykehusbehandling eller hatt medisinske problemer (f.eks. hukommelsestap eller hepatitt) på grunn av rusmidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jeg har i løpet av det siste året havnet i bråk eller brukt vold når jeg har vært påvirket av rusmidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jeg har i løpet av det siste året hatt problemer med politiet på grunn av rusmidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>112. Hva tenker du om rusmidler?</b>					
	Slett ikke	Litt	Svært mye		
1. Trives du med å ta rusmidler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. Blir du lei av å bruke rusmidler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. Har du i løpet av det siste året uroet deg på grunn av din rusmiddelbruk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. Er du klar for å jobbe med å endre din rusmiddelbruk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5. Synes du at du trenger profesjonell hjelp for å forandre din rusmiddelbruk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6. Tror du at du kan fa tak i riktig type profesjonell hjelp?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7. Tror du at du kan bli hjulpet av profesjonell behandling for din rusmiddelbruk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8. Synes du at det er viktig å forandre din rusmiddelbruk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9. Tror du at det blir vanskelig å forandre din rusmiddelbruk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10. Har du allerede forandret din rusmiddelbruk og søker etter metoder som hjelper deg å unngå tilbakefall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

113. Nedenfor finner du en del beskrivende utsagn som du skal ta stilling til.

I hvilken grad du er enig i følgende:

	Sterkt uenig	Delvis uenig	Delvis enig	Sterkt enig
1. Jeg prøver å få det slik jeg vil, til og med når det forårsaker problemer for andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Andre bør holde seg borte fra meg når jeg er sint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jeg misliker vanskelige oppgaver som krever det ytterste av meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Når jeg er sterkt uenig med noen er det som regel vanskelig for meg å snakke rolig om det uten å bli opprørt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jeg bryr meg mer om hva som hender meg på kort sikt enn på lang sikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Jeg får mest glede ut av å gjøre enkle ting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Jeg prøver først å ta hensyn til meg selv, selv om det skaper problemer for andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Jeg prøver ofte å unngå oppgaver jeg vet kommer til å bli vanskelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Jeg har ikke mye sympati / forståelse for andre når de har problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Jeg liker å teste meg selv nå og da ved å gjøre noe risikofyllt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Det virker som jeg har mer energi og et større behov for aktivitet enn de fleste på min alder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Jeg liker bedre å gå ut og gjøre ting fremfor å lese eller filosofere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Jeg har en tendens til å slutte eller trekke meg unna når ting blir vanskelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Jeg gjør ofte det som gir meg glede her og nå, til og med når dette går på bekostning av fremtidige mål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Noen ganger tar jeg sjanser bare for moro skyld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Når jeg er sint på noen har jeg ofte mer lyst til å gjøre dem vondt enn å snakke med dem om hvorfor jeg er sint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Jeg gjør ofte ting på sparket uten å tenke gjennom mine handlinger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Jeg føler meg alltid bedre når jeg er på farten enn når jeg sitter og tenker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Hvis jeg gjør ting som opprører andre er det deres problem, ikke mitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Av og til synes jeg det er spennende å gjøre ting som kan gi meg problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Fart og spenning er viktigere for meg enn trygghet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Hvis jeg kunne velge, ville jeg nesten alltid gjøre noe fysisk fremfor noe mentalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Jeg bruker ikke mye tid og krefter på å tenke på fremtiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Jeg mister raskt besinnelsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Bruk av medisiner på resept: siste halvår før fengsling

114. Siste halvår før fengsling: fikk du noen medisiner på resept fra legen din, og hvor ofte tok du dem?

	Hver dag	Flere ganger per uke	2-3 ganger per mnd	Mindre enn 2-3 ganger pr mnd	Ikke brukt
1. Sovemedisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Beroligende medisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Medisin mot depresjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Metadon, Subutex eller Suboxone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Smertestillende medisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ADHD medisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Husker du navnet på medisinene?

## Bruk av medisiner på resept: siste 30 dager

115. Siste 30 dager: fikk du noen medisiner på resept fra legen din, og hvor ofte tok du dem?

	Hver dag	Flere ganger per uke	2-3 ganger	Mindre enn 2-3 ganger	Ikke brukt
1. Sovemedisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Beroligende medisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Medisin mot depresjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Metadon, Subutex eller Suboxone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Smertestillende medisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ADHD medisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Husker du navnet på medisinene?

## Bruk av medisiner på resept: i løpet av dette fengselsoppholdet

116. I løpet av dette fengselsoppholdet: fikk du noen medisiner på resept fra legen din, og hvor ofte tok du dem?

	Hver dag	Flere ganger per uke	2-3 ganger pr mnd	Mindre enn 2-3 ganger pr mnd	Ikke brukt
1. Sovemedisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Beroligende medisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Medisiner mot depresjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Metadon, Subutex eller Suboxone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Smertestillende medisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ADHD medisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Husker du navnet på medisinene?

## Informasjon om studie av heroinblokkerende behandling

Samtidig med denne studien foregår en annen forskningsstudie som prøver ut 4 ukers blokade av heroinstoffer og sammenligner dette med daglig Suboxone i LAR. Studien er beskrevet på nettsiden [www.naltrekson.no](http://www.naltrekson.no)

Dersom du ønsker å bli kontaktet for mer informasjon om denne studien, sett kryss her

## Vi takker for din deltakelse!

Har du spørsmål angående undersøkelsen, ta kontakt med Anne Bukten

[ruskart-seraf@medisin.uio.no](mailto:ruskart-seraf@medisin.uio.no)





**Tabell 3.1.** Vanedannende legemidler med markedsføringstillatelse i Norge i 2013

A=narkotika, B=andre potensielt vanedannende legemidler

ATC-kode	Virkestoff	Preparatoversikt*	Legemiddelgruppe	Resept-gruppe
<b>Generelle anestetika</b>				
N01AF03	thiopental	Pentocur	barbiturat	B
N01AH01	fentanyl	Leptanal	sterkt opioid	A
N01AH02	alfentanil	Rapifen	sterkt opioid	A
N01AH03	sufentanil	Sufenta	sterkt opioid	A
N01AH06	remifentanil	Ultiva	sterkt opioid	A
N01AX03	ketamin	Ketalar	annet generelt anestetikum	A
<b>Analgetika (smertestillende)</b>				
N02AA01	morfin	Dolcontin, Morfin	sterkt opioid	A
N02AA03	hydromorfon	Palladon	sterkt opioid	A
N02AA05	oksykodon	Oxycontin, Oxynorm	sterkt opioid	A
N02AA55	oksykodon og nalokson	Targiniq	sterkt opioid	A
N02AA59	kodein and paracetamol	Codaxol, Paralgin forte, Pinex forte	svakt opioid	B
N02AB01	ketobemidon	Ketorax	sterkt opioid	A
N02AB02	petidin	Petidin	sterkt opioid	A
N02AB03	fentanyl	Abstral, Buquel, Durogesic, Instanyl	sterkt opioid	A
N02AE01	buprenorphine	Norspan, Temgesic	sterkt opioid	A
N02AG01	morfin og antispasmodika	Morfin-Skopolamin	sterkt opioid	A
N02AG02	ketobemidon og antispasmodika	Ketogan	sterkt opioid	A
N02AX02	tramadol	Nobligan, Tramagetic	svakt opioid	B
N02AX06	tapentadol	Palexia	sterkt opioid	A
N02BG10	cannabinoider	Sativex	THC	A
<b>Antiepileptika</b>				
N03AA02	fenobarbital	Fenemal	barbiturat	B
N03AE01	klonazepam	Rivotril	benzodiazepin	B
<b>Angstdempende</b>				
N05BA01	diazepam	Stesolid, Valium, Vival	benzodiazepin	B
N05BA04	oxazepam	Sobril	benzodiazepin	B
N05BA12	alprazolam	Xanor	benzodiazepin	B
<b>Sovemidler/beroligende</b>				
N05CD02	nitrazepam	Apodorm, Mogadon	benzodiazepin	B
N05CD03	flunitrazepam	Flunipam**	benzodiazepin	B
N05CD08	midazolam	Buccolam	benzodiazepin	B
N05CF01	zopiklon	Imovane, Zopitin	z-hypnotikum (benzodiazepinlignende)	B
N05CF02	zolpidem	Stilnoct	z-hypnotikum (benzodiazepinlignende)	B
N05CM02	klometiazol	Heminevrin		B
<b>Sentralstimulerende midler (ADHD/narkolepsi)</b>				
N06BA04	metylfenidat	Concerta, Equasym, Medikinet, Ritalin		A
N06BA07	modafinil	Modiodal		A
<b>Midler ved opioidavhengighet</b>				
N07BC01	buprenorfin	Subutex	sterkt opioid	A
N07BC02	metadon		sterkt opioid	A
N07BC51	buprenorfin og nalokson	Suboxone	sterkt opioid	A
<b>Andre midler ved narkolepsi</b>				
N07XX04	Natriumoksybat	Xyrem	GHB	A
<b>Hostestillende midler</b>				
R05DA01	etylmorfin	Cosylan	svakt opioid	B
R05DA04	kodein		svakt opioid	B
R05FA02	etylmorfin og ekspektorantia	Solvipect comp	svakt opioid	B

\*Preparater som har samme navn som virkestoffet er utelatt fra oversikten.

\*\*Legemidler med flunitrazepam forskrives på godkjenningfritak.