

Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettpsikiatri Helseregion Sør-Øst



Forekomst av psykiske lidelser hos domfelte i norske fengsler

Victoria Cramer

ISBN 978-82-473-0034-3

post.kps@ous-hf.no

tlf 22029220

Postboks 4956 Nydalen, 0424 oslo

Besøksadresse: Bygg 7, Gaustad, Sognsvannsveien 21,
0320 Oslo

Foto på forsiden: Frank Kidder

Innholdsfortegnelse

Forord	4
Sammendrag	5
KAPITTEL 1 INNLEDNING	6
1.1 Bakgrunn	6
1.1.1 Målsetting med denne undersøkelsen	6
1.2 Psykiske lidelser beskrevet ved hjelp av psykiatriske diagnoser	6
1.2.1 Diagnoser til bruk i forskning	8
1.2.2 Samsykdom	8
1.3 Psykiske lidelser blant fengselsinnsatte – hva vet vi fra før?	8
1.3.1 Psykiske lidelser blant innsatte i fengsel – utenlandske undersøkelser	9
1.3.2 Psykiske lidelser blant innsatte i fengsel – norske undersøkelser	11
1.3.3 Oppsummering	13
1.4 Rapportens organisering	13
KAPITTEL 2 MATERIALE OG METODE	14
2.1 Utvalgstreking	14
2.2 Datainnsamling	15
2.3 Beskrivelse av utvalget	16
2.3.1 Frafall og begrensinger i materialet	18
2.4 Sammenlikningsdata	18
2.5 Intervjuguiden	18
2.6 Analyser og resultatpresentasjon	19
KAPITTEL 3 RESULTATER	20
3.1 Innledning	20
3.2 Angstlidelser, stemningslidelser og rusmiddelrelaterte lidelser	20
3.3 Personlighetsforstyrrelser	22
3.4 ADHD	23
3.5 Suicidalitet	23
3.6 Psykoselidelser og stemningslidelser med psykose	24
KAPITTEL 4 DISKUSJON	29
4.1 Høy forekomst av psykiske lidelser	29
4.2 Lik forekomst blant kvinner og menn	33
4.3 Hva kan resultatene si noe om – og hva sier de ikke noe om?	33
4.4 Styrker og svakheter ved undersøkelsen	34
4.5 Videre utfordringer	35
Referanser	36

Forord

Kriminalomsorgen og Helsedirektoratet har i lang tid sett behovet for og ønsket en psykiatrisk epidemiologisk undersøkelse i fengslene.

På bakgrunn av dette, besluttet Kriminalomsorgens sentrale forvaltning (KSF), Helsedirektoratet og Oslo universitetssykehus i 2009 å gå sammen om å finansiere en landsdekkende undersøkelse av forekomst av psykisk lidelse blant domfelte i fengsel. Prosjektet er gjennomført av Kompetansesenter for fengsels-, sikkerhets- og rettspsykiatri for Helseregion Sør-Øst, Oslo universitetssykehus.

Prosjektets styringsgruppe har bestått av seniorrådgiver Anne-Grete Kvanvig, Helsedirektoratet, seniorrådgiver Anne Dahl, Kriminalomsorgsdirektoratet (tidligere KSF), spesialrådgiver Anne Aasen, Helse Sør-Øst RHF, samt følgende personer v/Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri: seksjonleder Harald Aulie, forskningsleder Christine Friestad, psykiatrisk sykepleier Åse-Bente Rustad og prosjektleder Victoria Cramer. Tidligere seksjonsleder og nestleder ved Kompetansesenteret deltok i styringsgruppen fra 2009 til sommeren 2013. Avdelingsdirektør Andreas Skulberg deltok fra Kriminalomsorgens sentrale forvaltning fra 2009 til sommeren 2013.

Det rettes med dette en stor takk til alle som har vært behjelpelige i fengslene med tilrettelegging av datainnsamlingen. Vi har hatt et godt samarbeid med kontaktpersonene i de respektive fengsler, og ikke minst takk til de som ville la seg intervju og delta i dette forskningsprosjektet. Intervjukorpset har gjort en fantastisk innsats med innhenting av data fra hele landet. Prosjektet har nytt godt av deres erfaring fra fengselspsykiatrien.

Prosjektgjennomføringen har vært avhengig av hjelp fra kollegaer på Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri. Åse-Bente Rustad og Martin Bjørnstad har gjort en stor innsats med koordinering av datainnsamlingen, og Trine Oppegaard Persson med punching av datamaterialet. Christine Friestad, Carl-Fredrik Haaland og Harald Aulie har fulgt prosjektet tett i perioden med rapportskriving.

En stor takk til professor Petter Laake på avdeling for biostatistikk, UiO som har gitt råd og veiledning i forbindelse med dataanalysene. Takk også til professor Sverre Torgersen for bistand til utforming av prosjektbeskrivelse, og hjelp til utviklingen av dataprosesseringen.

Undertegnede står selv ansvarlig for eventuelle feil og mangler i rapporten.

Oslo, november 2014
Victoria Cramer

Sammendrag

Denne rapporten presenterer resultatene fra en undersøkelse av forekomst av psykiske lidelser hos domfelte i fengsel i Norge. Det har aldri tidligere vært gjennomført en så omfattende undersøkelse på dette feltet i Norge. Et landsdekkende og representativt utvalg av innsatte i fengsler ble undersøkt i perioden 2011 – 2013. Personer i varetekt, arrest eller soningskø er ikke tatt med i undersøkelsen. 857 domfelte kvinner og menn ble undersøkt med et omfattende og strukturert diagnostisk intervju for å kartlegge forekomst av utvalgte psykiske lidelser. Selv om undersøkelsen benytter internasjonalt anerkjente diagnosekartleggingsverktøy, er det grunn til å understreke at intervjuet ikke kan erstatte en fullstendig medisinsk og psykiatrisk undersøkelse. Det betyr at diagnosene som fremkommer i denne rapporten ikke er kliniske sykdomsdiagnoser, men må betraktes som kvalifiserte anslag på forekomsten av psykiske lidelser i utvalget som er undersøkt. Diagnosene er inndelt i diagnose for pågående lidelse på tiden for intervjuet, eller diagnose som har forekommet tidligere i livet, såkalt livstidsprevalens.

Resultatene fra denne undersøkelsen er sammenliknet både med forekomsten av psykisk lidelse hos innsatte i andre land, og med forekomsten av psykisk lidelse i den øvrige befolkningen. Vi fant at forekomsten av psykisk lidelse blant domfelte i fengsel i Norge er betydelig høyere enn i normalbefolkningen, og på linje med funn i tilsvarende utenlandske undersøkelser. Vi fant også at det ikke er uvanlig å ha flere psykiske lidelser samtidig. Vi fant at 8% av de innsatte ikke hadde hatt noe tegn på psykisk lidelse, mens 73% hadde personlighetsforstyrrelse, 28,7% hadde hatt alkoholmisbruk eller avhengighet, og 51,3% hadde hatt narkotikamisbruk eller avhengighet, 35% av utvalget hadde verken alkoholmisbruk eller avhengighet eller narkotikamisbruk eller avhengighet, 42% hadde en angstlidelse, 23% hadde en stemningslidelse, 18% hadde ADHD, og 3,3% hadde i løpet av livet hatt symptomer forenlig med ikke affektiv psykose. 12% i utvalget fikk påvist noen eller flere risikofaktorer for selvmord. Vi fant ingen vesentlige kjønnsforskjeller i forekomsten av psykiske lidelser blant de domfelte.

KAPITTEL 1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn

Kriminalomsorgens årsstatistikk viser at rundt 13 000 mennesker settes i fengsel hvert år og at det til enhver tid er ca 3650 innsatte i norske fengsler. Det er vel kjent at fengselsinnsatte generelt har en rekke levkårsproblemer, og at sykkeligheten, både psykisk og somatisk, er høyere blant dem enn i befolkningen ellers (Friestad & Skog Hansen, 2004). Dette er vist i flere studier av mindre format, for eksempel avgrenset til enkeltfengsler, til enkeltdiagnoser, til screeningundersøkelser og/eller bestemte undergrupper av innsatte. Det har imidlertid manglet en samlet og systematisk oversikt over hvordan sykkeligheten blant fengselsinnsatte generelt fordeler seg på diagnosegrupper, og hvordan denne fordelingen eventuelt skiller seg fra sykdomsfordelingen i befolkningen forøvrig. Også internasjonalt er det generelt mangel på psykiatrisk epidemiologiske data for innsatte (Salize & Dressing, 2008). På bakgrunn av dette, besluttet Justis- og beredskapsdepartementet og Helsedirektoratet å gå sammen om å finansiere en landsdekkende undersøkelse av forekomst av psykisk lidelse blant domfelte i fengsel. Prosjektet er gjennomført av Kompetansesenter for fengsels-, sikkerhets- og rettspsykiatri for Helseregion Sør-Øst. Det har ikke tidligere vært gjennomført undersøkelser av tilsvarende omfang, verken når det gjelder antall personer som er undersøkt eller bredden i symptomkartlegging.

1.1.1 Målsetting med denne undersøkelsen

Undersøkelsen som presenteres i denne rapporten er en deskriptiv epidemiologisk studie blant domfelte i fengsel i Norge. Målsettingen er å beskrive forekomst (prevalens) av psykiske lidelser i denne gruppen, og sammenlikne forekomsttallene med tilsvarende tall for befolkningen forøvrig. I utformingen av undersøkelsen er det tatt høyde for noen av de viktige endringene som har skjedd i sammensetningen av fengselspopulasjonen de siste tiårene, ved å sørge for at både kvinner og personer med ikke-norsk etnisk bakgrunn er tilstrekkelig representert i utvalget. Begge deler kan ha innvirkning på sykdomsbelastningen og fordelingen i fengslene. Kvinnelige innsatte har generelt høyere forekomst enn menn av de fleste psykiske lidelser (Binswanger, 2010), og etnisk minoritetsposisjon har vist seg å være en risikofaktor for alvorlig psykisk lidelse (Veling, 2013). Undersøkelsen har ikke som formål å se på utbredelsen av sykdom i ulike etniske grupper, men inkluderer et tilstrekkelig antall personer med ikke-norsk statsborgerskap til at utvalget som helhet kan antas å være representativt for innsatte generelt. Tall fra to store epidemiologiske undersøkelser av befolkningen i hhv. Oslo og Sogn og Fjordane, brukes som sammenlikningsgrunnlag for innsatteutvalget.

Det er viktig å presisere at formålet med denne rapporten er å beskrive forekomst av psykiske lidelser. Dette omfatter ikke vurdering av den enkelte innsattes behandlingsbehov eller kartlegging av hvordan helsetilbudet fungerer.

1.2 Psykiske lidelser beskrevet ved hjelp av psykiatriske diagnoser

Det benyttes mange begreper for nedsatt psykisk helse. Psykiske plager eller psykiske vansker er tilstander som oppleves belastende, men der symptomnivået ikke er så omfattende at det karakteriseres som en psykisk lidelse på diagnosenivå. Plagene er relativt alminnelige, og ofte forbigående (Nes & Clench-Aas, 2011).

Psykiske lidelser, som denne rapporten omhandler, brukes som betegnelse på tilstander som oppfyller et visst antall spesifiserte kriterier (symptomer) som til sammen utgjør sykdomsdiagnoser, og som har det til felles at de påvirker tanker, følelser, atferd og omgang med andre. Psykiske lidelser omfatter et bredt spekter av tilstander, med varierende alvorlighetsgrad, og er svært utbredt i befolkningen. Folkehelseinstituttet anslår at 1/3 av befolkningen oppfyller kriteriene for minst en psykisk lidelse i løpet av et år (dette omtales som 12-måneders prevalens), mens rundt halvparten vil rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet (livstidsprevalens) (Mykletun, Knudsen & Mathiesen, 2009).

Norge har siden 1997 benyttet ICD-10 («Den internasjonale statistiske klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblemer», WHO) som obligatorisk klassifikasjonssystem for diagnostikk i psykisk helsevern. Forskningslitteraturen baserer seg imidlertid oftere på det amerikanske klassifikasjonssystemet DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association 1994). De fleste strukturerte diagnostiske intervjuer som er anvendt i forskning i Norge legger DSM-IV til grunn og vi har valgt å basere denne undersøkelsen på DSM-baserte diagnostiske instrumenter for å gi et best mulig utgangspunkt for sammenlikninger med eksisterende epidemiologiske befolkningsundersøkelser. Det er noen forskjeller mellom de to klassifikasjonssystemene, og der det har betydning for tolkningen av resultatene, blir det fortløpende kommentert i rapporten. (For en samlet fremstilling av lidelsestype, kjernesymptomer og klassifikasjon i hht ICD-10 og DSM-IV, henviser vi til Mykletun et al., (2009) (side 58-59)). Felles for begge klassifikasjonssystemer er imidlertid at diagnosene er beskrivende, fenomenologiske og ateoretiske (jfr. Dahl & Aarre, 2012:27). Diagnosene består av sammensetninger av symptomer som man kan ha i varierende grad (fra lite til mye). Gjeldende diagnosesystemer benytter kategoriske skiller, der en psykisk lidelse er noe man har eller ikke har (Mykletun et al., 2009, side 15). Diagnosene er utledet fra tolkninger av tilgjengelig vitenskapelig dokumentasjon og endrer seg etter hvert som kunnskapen utvides og blir mer presis. At det i 2013 ble publisert en ny versjon av DSM-systemet, DSM-V, illustrerer dette.

DSM-IV (1994, side XXI-XXII) definerer psykiske lidelser slik: "Med en psykisk lidelse forstås et klinisk betydningsfullt atferdsmessig eller psykologisk syndrom eller mønster som opptrer hos et individ, og som er ledsaget av nåværende ubehag (dvs. et ubehagelig symptom), eller funksjonssvikt (dvs. svikt på ett eller flere viktige funksjonsområder), eller mer vesentlig økt risiko for død, smerte, invaliditet eller viktig tap av frihet. Dette syndromet eller mønsteret kan ikke bare være en forventet og kulturelt akseptert reaksjon på en spesiell hendelse, som for eksempel en kjær persons dødsfall. Uansett årsaksforholdene må fenomenene nå oppfattes som et uttrykk for atferdsmessig, psykologisk eller biologisk dysfunksjon hos individet. Verken avvikende atferd (for eksempel politisk, religiøs eller seksuell) eller konflikter som primært er mellom individ og samfunn, er psykiske lidelser hvis de ikke oppfyller de nevnte kravene til dysfunksjon."

Oppsummert kan vi si at en tilstand vurderes som en psykisk lidelse i diagnostisk forstand ut fra symptomenes intensitet, varighet og påvirkning på personens funksjonsnivå.

Klassifikasjonssystemene deler psykiske lidelser inn i diagnostiske hovedgrupper ut fra et sett

med kjernesymptomer. Hver hovedgruppe rommer nærmere spesifiserte underkategorier, ut fra hva som typisk er de mest fremtredende symptombildene. Denne undersøkelsen dreier seg om forekomst av følgende hovedgrupper: angstlidelser, stemningslidelser, rusrelaterte lidelser, psykoselidelser, personlighetsforstyrrelser og ADHD.

Lidelsene varierer i debutalder og varighet, men felles for de fleste psykiske lidelser er tidlig debut (før 30-40 års alder) (Mykletun et al., 2009).

Forekomsttallene for psykiske lidelser vil variere etter tidsperioden diagnostiseringen refererer til (for eksempel siste 6 måneder, 12 måneder eller livstid). Som hovedregel vil forekomsttallet være høyere jo lengre tidsperiode det refererer til. Men for kroniske lidelser vil det typisk være mindre forskjell mellom estimatene enn for lidelser med mer avgrenset varighet. Tidsperioden diagnostiseringen refererer til, er ett av flere viktige momenter å ta hensyn til når man sammenlikner resultater fra ulike undersøkelser.

1.2.1 Diagnoser til bruk i forskning

Vi bruker betegnelsen «diagnoser» i denne rapporten, men det er viktig å understreke at det alltid henspeiler på resultatet av symptomkartleggingen som er gjort med instrumentene beskrevet i kapittel 2 (avsnitt 2.5). I klinisk praksis vil man normalt innhente opplysninger fra flere kilder enn pasienten selv og deretter gjøre en samlet klinisk vurdering før en diagnose stilles endelig. Diagnosene som fremkommer i denne undersøkelsen er beregnet kun til forskningsformål. Vi beskriver andelen innsatte som oppgir å ha symptomer forenlig med de psykiatriske diagnosene vi har undersøkt, men undersøkelsen omfatter ikke en fullstendig diagnostisk utredning av den enkelte innsatte. Det ble understreket overfor den enkelte deltaker at diagnosene som fremkommer i undersøkelsen ikke kan tas i bruk verken av respondenten selv eller av fengselet til behandling.

1.2.2 Samsykdom

Når en person oppfyller kriteriene for minst to psykiske lidelser samtidig, brukes begrepet «komorbiditet» eller «samsykdom». Samtidig forekomst av mer enn en lidelse er svært vanlig ved psykiske lidelser (Mykletun et al., 2009), og har derfor vært undersøkt i flere studier også blant innsatte (Fazel & Seewald, 2012). Samtidig ruslidelse og annen psykisk lidelse er knyttet til betydelig forhøyet suicidalfare blant innsatte (Lukasiewicz et al., 2009), samt til høyere somatisk sykkelighet og opphopning av andre psykososiale problemer (Piselli, 2009).

1.3 Psykiske lidelser blant fengselsinnsatte – hva vet vi fra før?

Kunnskapen vi har tilsier at innsatte har økt forekomst av psykiske lidelser sammenliknet med den vanlige befolkningen (Fazel & Baillargeon, 2011). Hvor stor forskjellen mellom innsatte og befolkningen ellers er, varierer mellom ulike undersøkelser. I de følgende avsnittene presenterer vi kort kunnskapsstatus på feltet. Fremstillingen av utenlandske studier er ikke uttømmende. Vi har vektlagt systematiske litteraturstudier og meta-analyser, og nyere studier av representative innsattepopulasjoner. For en grundigere gjennomgang av enkeltstudier og sammenlikninger mellom dem, henviser vi til annen litteratur (se for eksempel Andersen (2004)). I presentasjonen

av norske undersøkelser søker vi å gi en mest mulig dekkende oversikt over undersøkelser som er gjort for å kartlegge forekomst av psykiske lidelser blant innsatte i Norge. Litteraturen er sortert etter de hovedgruppene av psykiske lidelser som inngår i den foreliggende undersøkelsen. Vi har også valgt å inkludere suicidalitet i undersøkelsen og omtaler dette i et eget avsnitt.

1.3.1 Psykiske lidelser blant innsatte i fengsel – utenlandske undersøkelser

Angstlidelser, stemningslidelser og rusrelaterte lidelser

Det er stor variasjon i estimatene av andelen innsatte som i løpet av livet har hatt en angstlidelse, fra 7-14% (Pondé et al., 2011) til 45% (Vicens et al., 2011). Brutt ned på siste fire uker, var forekomsten av angstlidelser i Vicens et al.s undersøkelse på 23.3%. Mundt et al., (2013) har rapportert om en 12-måneders prevalens for angstlidelser på 8.3%, hvorav de største undergruppene var sosial fobi (3.2%) og andre spesifikke fobier (3.1%).

Depressive lidelser varierer i intensitet og varighet. Tar man utgangspunkt i livstidsprevalens for depressive lidelser, varierer estimatene fra rundt 8.1% (Mundt et al., 2013) til 41% (Vicens et al., 2011). I begge tilfeller er depresjon den største undergruppen (hhv. 6.9% i Mundt et al. (2013) og 22.3% i Vicens et al. (2011)). Basert på analyser av data fra en rekke enkeltundersøkelser som presenterer tall for depresjon, kom det frem en forekomst på 10-12% (siste 6 måneder) i Fazel (2012). Ifølge Fazel og Seewald's (2012) resultater, er det ikke verken kjønnsforskjeller eller forskjeller mellom varetekts- og domssonere i forekomsten av depresjon. Når tidsperioden innsnævres til siste fire uker, var tallene for depressive lidelser totalt 14.9%, hvorav alvorlig depresjon utgjorde 7.8% (Vicens et al. 2011). Fordelt på kvinner og menn, finner Brinded (2001) hhv. 11% og 6% alvorlig depresjon (siste fire uker). Deler man innsattepopulasjonen inn etter for eksempel alder, finner man høyere forekomst av depresjon blant eldre innsatte (Kingston et al., 2011).

For bipolar lidelse varierer estimatene fra livstidsprevalens på 1.8 % (Vicens et al., 2011) til 5-10% (Pondé et al., 2011). For siste fire uker ligger forekomsten på 1% (Brinded, 2001; Vicens et al. 2011).

Rusmiddelrelaterte lidelser er en samlebetegnelse for tilstander som opptrer i sammenheng med bruk av kjemiske stoffer som påvirker psykologiske funksjoner. Lidelsene diagnostiseres ut fra hvilket rusmiddel som fremkaller lidelsen, og følgetilstanden (misbruk, avhengighet, abstinens, etc) (Mykletun et al., 2009). Hvis vi først ser på lidelser knyttet til alkohol, fant Fazel (2006) en forekomst av alkoholmisbruk og -avhengighet på 18-30% blant menn og 10-24% blant kvinner. For misbruk og avhengighet av andre rusmidler var tallene 10-48% blant menn og 30-60% blant kvinner. Senere studier har rapportert om forekomster på mellom 60% og 80% (Assadi et al., 2006; Vicens et al. 2011; Litonen et al. 2011; Lukasiewics, 2009; Kinyanjui et al. 2013). Selv om det altså er meget stor variasjon i estimatene, er de betydelig høyere blant innsatte enn i befolkningen ellers (Fazel, 2006). Mundt og medarbeideres (2013) undersøkelse fra Chile presenterer enkelte unntak fra dette generelle bildet, idet alkoholmisbruk og avhengighet var mindre utbredt blant mannlige innsatte enn i befolkningen for øvrig.

Psykoselidelser

Etter å ha analysert tall fra 74 enkeltstudier av innsatte i en rekke forskjellige land, oppgir Fazel og Seewald (2012) en samlet forekomst av psykose på 3.6% blant mannlige innsatte og 3.9% blant kvinnelige innsatte (siste 6 måneder). De finner verken kjønnsforskjeller, forskjeller mellom kategorier av innsatte (varetekt vs domfelte), eller at forekomsten har endret seg over tid. Estimatenes i enkeltstudiene som inngår i analysegrunnlaget for dette tallet varierer til dels mye, og variasjonen ser ut til å følge et mønster der studier fra lav/middelsinntektsland (basert på Verdensbankens klassifikasjon) har høyere psykoseforekomst blant innsatte enn studier basert på fengselspopulasjoner i høyinntektsland. Flere av undersøkelsene som inngår i Fazel & Seewalds (2012) analysegrunnlag oppgir også livstidsforekomst av psykoselidelser, med estimater helt opp til 10.7% (tall fra Vicens et al., 2011 undersøkelse fra innsatte i spanske fengsler).

Personlighetsforstyrrelser

Flere undersøkelser har funnet langt høyere forekomst av personlighetsforstyrrelser blant fengselsinnsatte enn i generelle befolkningsutvalg. Fazel og Danesh (2002) gjennomgang av en rekke enkeltundersøkelser viste at 65% av mannlige og 42% av kvinnelige innsatte oppfylte kriteriene for en personlighetsforstyrrelse. Antisocial personlighetsforstyrrelse utgjorde en stor del av dette bildet, hhv. 47% blant menn og 21% blant kvinner. Men også for borderline (emosjonelt ustabil) og narsissistisk personlighetsforstyrrelse, er det rapportert forekomster i området 30-40% (Vicens et al., 2011; Pondé et al. 2011; Black et al., 2007). Black et al. (2007) fant at emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er relatert til flere andre problemer, både suicidalfare, redusert livskvalitet, høyere tilbakefall til ny kriminalitet og samsykelighet med andre psykiske lidelser. Flere av disse sammenhengene viste seg også å være tilstede for innsatte med antisocial personlighetsforstyrrelse (Black et al., 2010).

ADHD

Internasjonalt foreligger det ikke mange undersøkelser av forekomsten av ADHD blant innsatte, der det er gjort bruk av anerkjente diagnostiske instrumenter for å stille diagnosen. Cahill og medarbeideres (2012) undersøkelse fra USA representerer et unntak fra dette, og forekomsten blant voksne innsatte er der på 10.5%. Undersøkelsen støtter antakelsene om betydelig høyere forekomst blant innsatte enn i den øvrige voksne befolkningen, der forekomsten er anslått til 2-4% (Kessler et al., 2006), og at kvinnelige innsatte har høyere forekomst av ADHD enn mannlige innsatte (15.1% vs 9.8%). Det finnes imidlertid også studier som finner så lav forekomst som 2.2% siste 12 måneder (Mundt et al., 2013), som også er basert på anerkjente instrumenter. Undergrupper av innsatte kan ha langt høyere forekomst av ADHD, slik Ginsberg et al. (2010) viser i sin undersøkelse av mannlige innsatte i et svensk fengsel med lengre dommer primært knyttet til narkotika- eller voldskriminalitet. De fant en forekomst på 40% ADHD i voksen alder, og at et svært lite mindretall av disse hadde vært diagnostisert som barn. Usher og medarbeidere (2013) fant 16.5 % ADHD i voksen alder hos menn i en kanadisk fengselspopulasjon, undersøkt ved hjelp av samme instrumenter som inngår i den foreliggende undersøkelsen.

Einarsson og medarbeideres (2009) undersøkelse fra Island viste at 50 % fylte kriteriene til ADHD i barndommen, mens 30% innfridde kriteriene for ADHD på undersøkelsestidspunktet (dvs. i voksen alder). Med unntak av en person, hadde alle i gruppen med voksen ADHD minst en annen psykisk lidelse. Sterkest var sammenhengene mellom antisocial personlighetsforstyrrelse og ADHD. Høy grad av samsykdom blant innsatte med ADHD er også funnet i andre undersøkelser, både blant (unge) menn (Rosler et al., 2004) og kvinner (Rosler et al., 2009).

Suicidalitet

Internasjonalt er suicid hyppigste dødsårsak blant innsatte og står alene for halvparten av alle dødsfall i fengsel (Faze, Cartwright, Norman-Nott & Hawton, 2008). Som en konsekvens av dette, er problematikken knyttet til innsattes forhøyede selvmordsrisiko omtalt i en rekke vitenskapelig publikasjoner, og Verdens helseorganisasjon har utgitt en egen rapport om forebygging av selvmord blant innsatte i fengsel (Verdens helseorganisasjon, 2007).

En oversikt over forekomst av suicid med data fra 24 land (EUPRIS) viste variasjoner mellom landene over tid (1990-2005), men relativt stor stabilitet innad i hvert land (Salize et al., 2007). Sammenlikning av selvmordsraten blant innsatte med den i befolkningen for øvrig i flere ulike land, har vist at selvmordsraten blant innsatte gjennomgående er minst tre ganger høyere (Fazel et al., 2011). Forhøyet selvmordsrisiko har vist seg å vedvare etter løslatelse (Binswanger et al., 2007). En undersøkelse av Fazel og medarbeidere (2008) fremhevet følgende viktige risikofaktorer for selvmord blant innsatte: soning i enecelle, selvmordstanker (recent suicidal ideation), tidligere selvmordsforsøk, diagnostisert psykisk lidelse eller en historie med alkoholproblemer. I Borill & Taylor's (2009) undersøkelse av selvmord blant innsatte med utenlandsk statsborgerskap, fremkommer de samme risikofaktorene, men også et sett med faktorer spesifikt knyttet til traumatiske opplevelser som flyktning, språkproblemer, frykt for å bli utvist fra landet, og skamfølelse. En undersøkelse av selvmord blant innsatte i tyske fengsler i perioden 2000-2011, viste at suicidraten (selvmord per 100.000 innsatte) for menn i gjennomsnitt var 105.8 og 54.7 for kvinner. Raten gikk ned for menn i den undersøkte perioden, mens den økte for kvinnelige domfelte (Opitz-Welke et al., 2013).

1.3.2 Psykiske lidelser blant innsatte i fengsel – norske undersøkelser

Før vi går inn på hver diagnosegruppe, presenterer vi kort noen av de tallene som foreligger over andelen innsatte med psykiske lidelser totalt. Gamman og Linaker (2000) fant at 21% av alle nyinnsatte i Kristiansand fengsel i perioden 1997-99 hadde en pågående behandlingstrengende psykisk lidelse. Langeveld og Melhus (2004) undersøkelse fra Stavanger fengsel ga en forekomst av behandlingstrengende psykisk lidelse på 48%. Kjelsberg og Hartvig (2005) fant ut fra medikamentbruken blant norske fengselsinnsatte at totalt 35% hadde (minst) en psykisk lidelse. Når fengselshelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten rapporterte om andelen av fengselspopulasjonen som var under behandling for psykisk lidelse, ga det en total forekomst på 23.5% (Hartvig & Østberg, 2004) (25% i Kjelsberg et al. (2006)). Enkelte undergrupper kan ha betydelig høyere sykkelighet enn innsattepopulasjonen som helhet. Forvaringsdømte utgjør et slikt eksempel. I forbindelse med etterkontroll av særreaksjonsreglene, ble diagnosefordelingen blant forvaringsdømte gjennomgått. Den viste at 78.1% hadde minst en psykisk lidelse, 77.1% hadde rusavhengighetsproblematikk og 9.5% hadde tidligere vært psykotiske (Justis- og politidepartementet, 2008). Unge vareteksinnsatte er en annen undergruppe der det har vært avdekket betydelig forhøyet psykisk sykkelighet; Sørland & Kjelsbergs (2009) undersøkelse i denne gruppen viste at 36 av de 40 undersøkte hadde en psykisk lidelse, vurdert ved hjelp av strukturerte diagnostiske intervjuer.

Angstlidelser, stemningslidelser og rusrelaterte lidelser

De tre hovedgruppene av lidelser som dette avsnittet omhandler er de vanligste psykiske lidelser i den norske befolkningen. For ruslidelser gjelder det primært misbruk og avhengighet av alkohol (Mykletun et al., 2009).

Rasmussen og medarbeidere (1999) fant at av 44 intervjuede innsatte på Tunga fengsel hadde 23 livstidsdiagnose depresjon eller bipolar lidelse, 20 oppfylte kriteriene for tilpasningsforstyrrelse og 11 hadde en angstlidelse. Tjuefire hadde alkoholmisbruk / avhengighet og over halvparten hadde stoffmisbruk / avhengighet.

Gamman og Linakers (2000) tidligere omtalte undersøkelse fra Kristiansand fengsel viste at stemningslidelser, spesielt depresjoner, var vanligst, dernest abstinensreaksjoner og kortvarige psykoser. Det er viktig å understreke at åtte av ti i dette utvalget var varetektsinnsatte, noe som bidrar til å prege resultatene. Langeveld og Melhus' (2004) undersøkelse fant at 25% hadde moderat eller alvorlig depresjon, mens 27.5% hadde en angstlidelse. Også i dette utvalget utgjorde varetektsinnsatte et flertall (57.5%). Kjelsberg og Hartvigs (2005) studie anslo forekomsten av depressive lidelser blant innsatte generelt til 11%, med søvnvansker som en like stor gruppe. I Hartvig og Østbergs (2004) undersøkelse er angst/depresjon slått sammen i en gruppe, og anslagene fra fengselshelsetjenesten ligger her på 7.3%, mens spesialisthelsetjenestens anslag er noe lavere, 5%.

Værøy (2011) undersøkelse av forvaringsdømte, som representerer en svært selektert gruppe innsatte, viste en forekomst på 46 % av mild depresjon og 19% av alvorlig depresjon. Ca 30 % hadde en angstlidelse. Høy forekomst (35%) av angst og depresjon ble også påvist blant unge varetektsinnsatte (Sørland & Kjelsberg, 2009).

Anslagene over innsatte som har brukt illegale rusmidler før innsettelse i fengsel, varierer fra 58% til 76% (Friestad og Skog-Hansen, 2004; Skardhamar, 2002; Ødegaard, 2008), men ingen av disse undersøkelsene er basert på diagnostiske kriterier og resultatene kan dermed ikke sidestilles med forekomst av ruslidelser. Langeveld og Melhus (2004) oppga ruslidelser i hht. DSM-IV-kriteriene og fant da at 95% tilfredsstilte kriteriene for misbruk, mens 35% tilfredsstilte også kriteriene for avhengighet. I undersøkelsen av forvaringsdømte, hadde 70 % en historie med alkohol og/eller stoffmisbruk før soning (Værøy, 2011). Undersøkelsen av unge varetektsinnsatte viste tilsvarende høye forekomsttall for ruslidelser (77.5%) (Sørland & Kjelsberg, 2009).

Psykoselidelser

Gamman og Linakers (2000) undersøkelse fra Kristiansand fengsel viste en forekomst av psykosetilstander på 3.2% (i all hovedsak dreide disse seg om kortvarige psykoser). Langeveld og Melhus (2004) fant at syv (17.5%) av 40 innsatte i utvalget hadde psykosesymptomer. Med ett unntak dreide dette seg om rusutløste psykoser. Ut fra medikamentbruken anslo Kjelsberg og Hartvig (2005) psykoseforekomsten til 4% (når affektive psykoser ble inkludert), og anslagene fra allmenn- og spesialisthelsetjenestene i fengsel var på hhv. 2% og 1% for psykotisk lidelse, samt hhv 4.7% og 1.7% for atferdsavvik med psykosemistanke (Hartvig & Østberg, 2004). Selv om resultatene varierer mellom ulike undersøkelser, er bildet generelt høyere forekomst av psykoser blant innsatte sammenliknet befolkningen for øvrig, der forekomsten er under 1 % (Kringlen et al. 2002).

ADHD

Rasmussen og medarbeidere (2001) undersøkte forekomsten av ADHD blant et utvalg innsatte og estimerte at 30% hadde en sannsynlig ADHD-diagnose. I Kjelsberg & Sørlands (2009) undersøkelse av unge varetektsinnsatte, var også forekomsten av ADHD 30%.

Personlighetsforstyrrelser

Rasmussen og medarbeidere (1999; 2001) fant en forekomst av personlighetsforstyrrelser på 65 % for gruppe A (eksentriske), 80 % for gruppe B (dramatiske) hvorav 60 % var antisosiale og gruppe C (engstelige) en forekomst på 64 % i et utvalg av fengselsinnsatte. I Langeveld og Melhus (2004) undersøkelse, var forekomsten av personlighetsforstyrrelser på 80% (63% antisosial type). Hartvig og Østbergs (2004) undersøkelse basert på rapporteringer fra helsetjenesten, oppga en forekomst på 12 % av atferdsavvik (uten psykosemistanke). Dette siste er et enkelt anslag, men sier noe om den store spredningen i estimatene av andelen innsatte med personlighetsforstyrrelser.

Suicidalitet

I perioden 1990-2012, har 80 fengslede personer begått selvmord i Norge, de fleste av disse i løpet av et varetektsopphold (Hammerlin, 2013). Fazel og medarbeideres (2011) analyser av data fra 12 land, viser at selvmordsraten blant innsatte gjennomgående er langt høyere enn i befolkningen for øvrig. Norge inngår som ett av landene i denne undersøkelsen, og kommer ut med en selvmordsrate blant innsatte som er syv ganger høyere enn i den norske befolkningen for øvrig. Hammerlin (2010; 2013) understreker at antall personer med utenlandsk statsborgerskap som har begått selvmord i fengsel har økt betydelig.

1.3.3 Oppsummering

Internasjonale studier fremhever klart forhøyet forekomst av psykiske lidelser blant innsatte, sammenliknet med befolkningen for øvrig. Det er imidlertid stor spredning i estimatene, og mange forskjeller mellom undersøkelsene som gjør sammenlikning vanskelig. De norske undersøkelsene som er gjort hittil av innsatte tyder på at forekomsten både av symptomlidelser og personlighetsforstyrrelser er betraktelig høyere enn i den norske befolkningen for øvrig. Undersøkelsene som er gjort i Norge er i all hovedsak basert på små og/eller selekterte utvalg, eller indirekte estimater av sykdomsforekomst (primært basert på helsetjenestens rapportering). Likevel er det verdt å merke seg en relativt stor grad av enighet vedrørende forekomsten av psykoselidelser (3-4%), mens det er langt større spredning mellom de ulike undersøkelsene når det gjelder anslagene av ruslidelser, angstlidelser og stemningslidelser.

1.4 Rapportens organisering

Rapporten er organisert rundt ett resultatkapittel (kapittel 3), der tallene som viser forekomst av de ulike psykiske lidelsene er gruppert på samme måte som i innledningskapittelet og presenteres i separate avsnitt, med fortløpende sammenlikninger av tilsvarende tall for befolkningsutvalgene. Kapittel 2 presenterer materiale og metode, herunder beskrivelse av hvordan deltakerne i undersøkelsen er trukket ut, og kommentarer knyttet til frafall og begrensninger i materialet. Det siste kapittelet er viet en overordnet diskusjon av noen av våre hovedfunn.

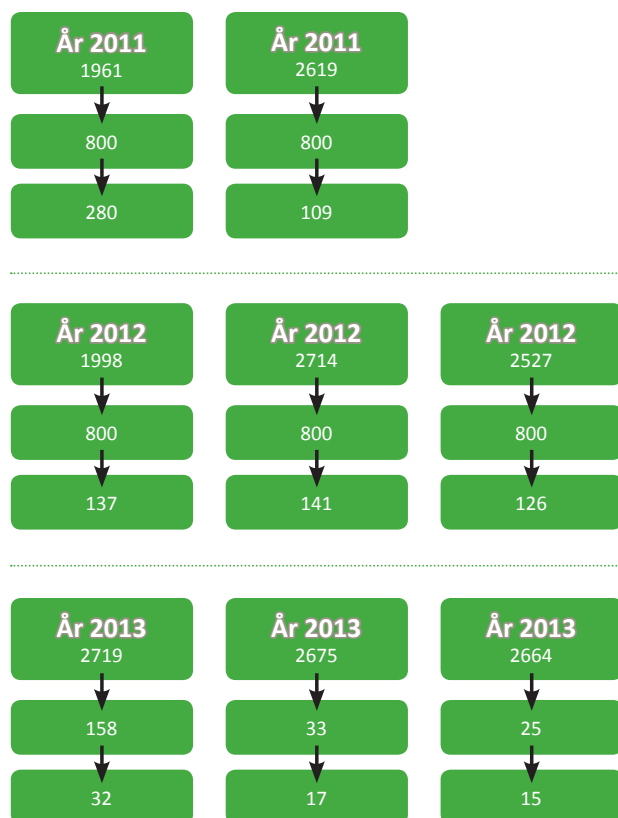
KAPITTEL 2 MATERIALE OG METODE

Undersøkelsen som beskrives i denne rapporten er godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) og kriminalomsorgen, og tilrådd av personvernombudet ved Oslo universitetssykehus (OUS). I avsnittene nedenfor beskrives prosedyrene for utvalgstrekkning og datainnsamling nærmere.

2.1 Utvalgstrekkning

Populasjonen i undersøkelsen besto av alle innsatte kvinner og menn med rettskraftig dom dvs. alle varetektsinnsatte ble ekskludert. Lister over innsattepopulasjonen ble hentet fra kriminalomsorgens IT-tjeneste, og utgjorde trekkgrunnlaget for de åtte separate utvalgene som danner basis for undersøkelsen (bruttoutvalget). Listene inneholdt innsattnummer, lovbruddskategori, løslatelsesdato, statsborgerskap, kjønn, og ubetinget domslengde. Før utvalgstrekkning, ble hver populasjonsliste stratifisert manuelt i fire grupper basert på registrert hovedlovbruddskategori: vinningskriminalitet, narkotikakriminalitet, voldskriminalitet, og annet (som innebar relativt kort soningstid som eksempelvis for dom for kjøring i ruset tilstand, brudd på våpenloven, brannstiftelse etc.). Fra hver av disse fire kategoriene, ble det så trukket ut 200 innsatte, slik at hvert bruttoutvalg besto av 800 innsatte. Figur 1 viser fremgangsmåten fra populasjonen til netto-utvalget for hver utvalgstrekkning. Basert på styrkeberegninger var måltallet for gjennomførte intervjuer satt til 800, hvorav 700 menn og 100 kvinner, for å kunne gi et tilstrekkelig grunnlag for statistiske sammenlikninger mellom undergrupper. Kvinner ble systematisk oversamplet for å nå målet om 100 kvinnelige respondenter. Av den grunn omfattet bruttoutvalgene i 2013 kun kvinner.

Figur 1: Illustrasjon av uttrekksprosessen



Figur 1 viser for hvert av de åtte utvalgene det totale antallet domfelte i fengsel og antallet som det ble gjennomført intervjuer med. For eksempel: det første utvalget i 2011 besto av totalt 1961 domfelte i fengsel. Fra disse ble det trukket ut 800 personer (fordelt i de fire kriminalitets-kategoriene beskrevet tidligere), hvorav 280 gjennomførte intervjuet. Denne prosedyren ble gjentatt syv ganger, med resultatene i antall gjennomførte intervjuer vist i figuren.

Datainnsamlingen har strukket seg over to år og innebærer at vi har en forholdsvis lang tidslinje, som vil kunne ta hensyn til både endringer i strukturen i studiepopulasjonen og endringer i soningsforholdene. Det har ikke vært mulig å foreta en mer inngående frafallsanalyse, f.eks. med hensyn til aldersfordeling eller statsborgerskap i utvalget sammenlignet med populasjonen utvalget er hentet fra. Dette skyldes at vi ikke har hatt tilgjengelige data for dem som ble trukket ut til å delta, men som av ulike grunner ikke deltok. De analysene vi har gjort mht. til alder og statsborgerskap i utvalget, viser at det ikke er statistisk signifikante forskjeller, verken for alder eller statsborgerskap, mellom de som er med i utvalget og populasjonen utvalget skal representere.

2.2 Datainnsamling

Deltakelse i undersøkelsen var frivillig og basert på skriftlig informert samtykke. Hver enkelt innsatt som var trukket ut til å delta i undersøkelsen, mottok et informasjonsskriv med samtykkeerklæring formidlet av prosjektets kontaktperson i hvert enkelt fengsel. Kontaktpersonen var bemyndiget av fengselsledelsen til oppdraget og skulle ikke være den innsattes kontaktperson. Det ble understreket i informasjonsskrivet til den enkelte at deltakelse i undersøkelsen ikke ville ha betydning for soningsforholdene, verken i positiv eller negativ retning, og heller ikke ville ha konsekvenser for utbetalingen av dagpenger. Kontaktpersonene, som fortrinnsvis var helsepersonell ansatt i helseavdelingene i det enkelte fengsel, vurderte samtykkeevnen til de utvalgte. De registrerte hvem som var aktuelle og ønsket å la seg intervju og formidlet dette tilbake til prosjektadministrasjonen. Personer som av helsemessige årsaker ble vurdert som ute av stand til å gjennomføre et krevende forskningsintervju, ble ekskludert. Det samme gjaldt dersom det i løpet av intervjuet oppsto uklarhet om respondentens samtykkeevne. Til sammen 15 intervjuer ble avbrutt enten på grunn av kommunikasjonsvansker eller fordi respondenten likevel ikke ønsket å delta.

De som samtykket til å delta i undersøkelsen gjennomgikk deretter et strukturert personlig intervju basert på intervjuguiden beskrevet i avsnitt 2.5. Intervjuguiden var på forhånd prøvd ut og justert gjennom prøveintervjuer med 22 innsatte fordelt på syv fengsler i østlandsområdet vinteren 2010/2011.

Intervjuene ble gjennomført av til sammen 12 intervjuere, alle med helsefaglig bakgrunn og rekruttert spesielt til dette prosjektet. Hoveddelen av intervjuerne hadde klinisk erfaring fra sikkerhets- og/eller fengselspsykiatri. Intervjuerne mottok tre dagers grunnopplæring i bruk av intervjuet, og skåring av de enkelte instrumentene. I tillegg til grunnopplæringen, gjorde hver intervjuer ti prøveintervjuer for å kvalifisere seg til oppgaven med å intervju innsatte. Prøveintervjuene ble gjennomført våren 2011, og selve datainnsamlingen startet straks etter dette og varte til og med sommeren 2013.

Intervjuene med de domfelte ble gjennomført i fengslenes besøksrom, alternativt et annet egnet sted. Intervjuene varte i gjennomsnitt 2-3 timer. Deltakerne sto fritt til å trekke seg under intervjuet, og ble informert om muligheten til å gjennomføre intervjuet i flere etapper dersom de opplevde det som for belastende å gjennomføre hele på en gang. Intervjuene ble gjennomført på et av følgende språk: engelsk, tysk, fransk, spansk eller serbisk. Det var i forkant avtalt assistanse fra helseavdelingen i det respektive fengsel hvis noe uforutsett skulle oppstå under intervjuet, eller respondenten ønsket kontakt med helsepersonell i etterkant av intervjuet. I samarbeid med respondenten ble Helseavdelingen kontaktet i de tilfellene der det var indikasjoner på selvmordsfare eller tegn på alvorlig psykisk lidelse.

2.3 Beskrivelse av utvalget

Til sammen ble 857 personer, 102 kvinner og 755 menn, intervjuet. Tabell 1 viser noen sentrale bakgrunnskjennetegn ved de intervjuede.

Som det fremgår av tabellen, er hoveddelen av utvalget i aldersgruppene under 40 år. Blant kvinner utgjør aldersgruppen 40-49 år den største gruppen, mens de yngre aldersgruppene har større deltakelse blant menn. Utvalget har generelt lav utdanning, med lavere nivå blant menn enn blant kvinner. Et flertall av utvalget, noe større blant menn enn blant kvinner, har aldri vært gift. Nær fire av ti har annet statsborgerskap enn norsk, hovedgruppen består av borgere fra andre europeiske land, men også personer med asiatisk statsborgerskap utgjør en betydelig andel av utvalget. Når det gjelder domslengde, er det flere deltakere blant dem med dommer over 3 år (40%) enn blant dem med dommer opptil 1 år (29%).

Tabell 1: Utvalgets bakgrunnskarakteristika. Absolutte tall, prosent i parentes.

	KJØNN		TOTALT
	Mann	Kvinne	
Alder*			
17-19 år	13 (2)	0 (-)	13 (2)
20-24 år	115 (15)	17 (16)	132 (15)
25-29 år	109 (14)	13 (13)	122 (14)
30-34 år	117 (16)	13 (13)	130 (15)
35-39 år	113 (15)	10 (10)	123 (14)
40-49 år	165 (22)	33 (32)	198 (23)
50-59 år	78 (10)	13 (13)	91 (11)
60 år og eldre	34 (5)	2 (2)	36 (4)
Alder ukjent	11 (1)	1 (1)	12 (1)
Totalt	755 (100)	102 (100)	857 (100)
Utdanning*			
Ikke fullført grunnskole	235 (31)	27 (27)	262 (31)
Grunnskole	115 (15)	18 (18)	133 (16)
Videregående skole	168 (22)	28 (27)	196 (23)
Utdanning etter videregående	143 (19)	20 (20)	163 (19)
Høgskole/universitet	94 (13)	9 (9)	103 (12)
Totalt	755 (100)	102 (100)	857 (100)
Sivilstatus*			
Gift	118 (16)	19 (19)	137 (16)
Enke/enkemann	10 (1)	3 (3)	13 (2)
Separert	28 (4)	1 (1)	29 (3)
Skilt	127 (17)	26 (25)	153 (18)
Aldri gift	471 (62)	53 (52)	524 (61)
Sivilstatus ikke oppgitt	1 (-)	0 (-)	1 (-)
Totalt	755 (100)	102 (100)	857 (100)
Statsborgerskap			
Norsk	470 (62)	75 (74)	545 (63)
Europeisk for øvrig	122 (16)	13 (12)	135 (16)
Afrikansk	58 (8)	6 (6)	64 (8)
Asiatisk	78 (10)	5 (5)	83 (10)
Amerikansk (sør- og nord)	7 (1)	2 (2)	9 (1)
Statsborgerskap ikke oppgitt	20 (3)	1 (1)	21 (3)
Totalt	755 (100)	102 (100)	857 (100)
Domslengde			
Inntil 30 dager	10 (1)	7 (7)	17 (2)
1-3 måneder	35 (5)	12 (12)	47 (6)
3-6 måneder	46 (6)	10 (10)	56 (7)
6-11 måneder	102 (14)	18 (17)	120 (14)
1-2 år	257 (34)	18 (17)	275 (32)
3-4 år	127 (17)	17 (17)	144 (17)
5-6 år	56 (7)	6 (6)	62 (7)
7-8 år	33 (4)	3 (3)	36 (4)
9 år eller mer	89 (12)	11 (11)	100 (12)
Totalt	755 (100)	102 (100)	857 (100)

*= statistisk signifikant ($p < 0.05$) forskjell mellom menn og kvinner

2.3.1 Frafall og begrensninger i materialet

Selv om forholdene var lagt til rette på et administrativt nivå, bidro dagligdagse hendelser til å forstyrre en optimal datainnsamling. Eksempler på slikt var at den innsatte likevel ikke var i det respektive fengslet når intervjuer ankom, men på kort varsel var blitt flyttet til annen soningsplass, eller var opptatt med andre aktiviteter til tross for en inngått intervjuavtale. Den viktigste kilden til frafall var imidlertid at den innsatte viste seg å være løslatt selv om administrative data tilsa at løslatelsesdatoen lå frem i tid. Tidsforløpet mellom utarbeidelse av listen over brutt utvalget og til intervjuer befant seg i det respektive fengselet viste seg å være den mest kritiske faktoren, ettersom et stort flertall av dommene var av kortere varighet. Dette gjenspeiler seg i lavere representasjon i utvalget av domfelte med kortere dommer, enn det deres faktiske andel av fengselspopulasjonen skulle tilsi (jfr. tabell 1). Dette er en konsekvens av selve utvalgstrekkningen. Mangel på unike innsattnumre var en annen viktig kilde til frafall fordi det gjorde det umulig å spore en innsatt som var trukket ut til deltakelse dersom vedkommende var flyttet fra et fengsel til et annet.

2.4 Sammenlikningsdata

Når fengselsinnsatte sammenliknes med den norske befolkningen for øvrig i denne rapporten, skjer det med utgangspunkt i datamateriale hentet fra to separate epidemiologiske befolkningsundersøkelser, hhv. i Oslo (trukket ut i 1994) og i Sogn og Fjordane (trukket ut i 1996). Utvalgene til begge disse undersøkelsene ble foretatt av Statistisk sentralbyrå, basert på informasjon fra Folkeregisteret. Utvalgene ble trukket for å være representative for befolkningen i sitt fylke, basert på alder og kjønn. Begge utvalgene er nærmere beskrevet i andre publikasjoner (Kringlen, 2001, Torgersen, 2001, Cramer, 2003). Tallene for fordelingen av personlighetsforstyrrelser i Sogn og Fjordane er utarbeidet spesielt for denne publikasjonen.

Sammenlikningsdataene er basert på utvalgsundersøkelser av en storbypopulasjon og en rural befolkning. Det er betydelige forskjeller i forekomsten av psykisk lidelser i disse to utvalgene, med generelt langt høyere sykелighet i Oslo-utvalget enn i det fra Sogn og Fjordane. Etter at disse undersøkelsene ble gjort, er det gjennomført ytterligere en omfattende forekomststudie av psykiske lidelser i Norge, Folkehelseinstituttets Tvillingstudie, gjennomført i perioden 1999-2004. Utvalget i den undersøkelsen er landsrepresentativt og består av personer i alderen 19-36 år (jfr. Mykletun et al., 2009: 16).

2.5 Intervjuguiden

Intervjuet ble innledet med spørsmål knyttet til sosiodemografiske forhold og spørsmål vedrørende livskvalitet, basert på et skjema utviklet av Cramer et.al. (2003). Skjemaet ble for anledningen utvidet med spørsmål om statsborgerskap, domslengde, soningstid og kriminalitetskategori. Resten av intervjuet besto av kartlegging av symptomer på ulike psykiske lidelser. Psykiske lidelser kan utredes ved hjelp av en rekke ulike instrumenter. I denne undersøkelsen var det sentralt å velge internasjonalt anerkjente instrumenter som var validert for norske forhold og ville gi data som kunne sammenliknes med data fra de ovenfor omtalte befolkningsundersøkelsene. Dernest var det viktig å velge tidseffektive instrumenter som dekket de lidelsene som var antatt å være mest forekommende. I denne rapporten presenteres resultater utledet fra følgende instrumenter:

MINI - MINI internasjonalt nevropsykiatrisk intervju (Sheehan et al., 1998) (norsk versjon v/Leiknes & Malt, 2009) er et semistrukturert intervju som dekker de viktigste hovedgruppene psykiske lidelser, samt antisosial personlighetsforstyrrelse. For hver lidelse angis det hvorvidt tilstedeværelsen er pågående, tidligere eller tilbakevendende. For spørsmålene knyttet til suicidalitet, har vi delt inn svarene etter antallet spørsmål som ble besvart beskreftende, og betraktet dette som uttrykk for antallet risikofaktorer for suicidalitet som ser ut til å være tilstede.

MINI fanger bare opp antisosial personlighetsforstyrrelse, og norsk versjon av SIDP-IV (Pfohl & Zimmermann, 1995) ble derfor inkludert for å dekke øvrige personlighetsforstyrrelser. Spørsmålene som inngår i SIDP-IV er delt inn i tematiske områder og omfatter atferd, tanker og følelser som har vært tilstede mesteparten av tiden (dvs. mer enn halvparten av tiden) de siste fem årene, og dermed kan antas å representere personens gjennomgående personlighetsmessige fungering. Hver personlighetsforstyrrelse skåres som tilstedeværende dersom antallet oppfylte kriterier når nedre grense for den aktuelle personlighetsforstyrrelsen. Det er ingen bestemte kriterier som må være tilstede, men et visst antall kriterier må være oppfylt. SIDP-IV omfatter følgende personlighetsforstyrrelser: paranoid, schizoid, schizotyp, dramatisk, ustabil, narsissistisk, antisosial, negativistisk, depressiv, tvangspreget, unnnvikende, selvutslettende, avhengig.

Intervjuguiden omfatter to instrumenter til kartlegging av ADHD, og kartleggingen ble gjort på følgende måte: Dersom respondenten oppgir et tilstrekkelig antall ADHD-symptomer i voksen alder, målt ved hjelp av screeningdelen i den godkjente norske versjonen av ASRS- V1.1 (Kessler et al., 2005), fortsetter intervjueren til neste skjema, den norske versjonen av Wender Utah Rating Scale for Attention (WURS) (Ward et al., 1993). WURS-skjemaet innebærer en retrospektiv kartlegging av tilstedeværelsen av ADHD-symptomer som barn. Skårer respondenten positivt også på dette skjemaet, utfylles siste del av ASRS-V1.1. På denne måten ender man opp med at de som rapporterer ADHD-symptomer over et spesifisert nivå som voksne og også oppgir å ha hatt slike symptomer som barn, klassifiseres med ADHD (Ward et al., 1993).

Norske oversettelser av MINI og WURS er gjort tilgjengelig for forskning gjennom Helsebiblioteket og ble hentet derfra til bruk i denne undersøkelsen. For bruk av SIDP ble det innhentet egne tillatelser fra rettighetshaverne.

2.6 Analyser og resultatpresentasjon

Resultatene er i all hovedsak basert på uni- og bivariate analyser, fremstilt i form av frekvensfordelinger og krystabeller med kjikvadrat-testing. Signifikansnivået er gjennomgående satt til $p < 0.05$, med mindre annet er oppgitt i tekst/tabell. Signifikanstesting er gjort med Pearsons kjikvadrattest i tabeller med forventet celleantall større enn 5 og med Fishers mid p-test i tabeller med forventet celleantall mindre enn 5. Analysene er utført med statistikkprogrammet SPSS 15.0 og 21.0.

KAPITTEL 3 RESULTATER

3.1 Innledning

I dette kapitlet presenteres først tabeller med fordelingen av de ulike lidelsene blant kvinnelige og mannlige innsatte. Deretter vises resultater fra sammenlikninger mellom innsatte (kvinner og menn samlet) og befolkningen forøvrig.

Begrepsbruken i omtalen av resultatene gjenspeiler ordlyden i de instrumenter som er brukt. I tillegg gjelder følgende: Med «pågående» menes på intervju tidspunktet og én måned tilbake i tid når det gjelder psykoser, suicidalitet og angstlidelser, og siste 14 dager for depresjon. Med «livstidsprevalens» menes en eller annen gang i løpet av livet.

Det er grunn til å understreke at selv om det er brukt internasjonalt anerkjente diagnosekartleggingsverktøy i denne undersøkelsen, erstatter ikke det en fullstendig medisinsk og psykiatrisk vurdering gjort av helsepersonell kvalifisert for dette (lege eller psykolog). Diagnosene som fremkommer kan derfor ikke sidestilles med psykiatrisk diagnostikk i klinisk praksis. Resultatene som presenteres i dette kapitlet må derfor betraktes som kvalifiserte anslag på forekomsten av ulike psykiske lidelser.

3.2 Angstlidelser, stemningslidelser og rusmiddelrelaterte lidelser

Angst inngår som et viktig tilleggsproblem ved mange psykiske og somatiske lidelser. Det vi omtaler som angstlidelser i denne sammenhengen er imidlertid tilstander der angsten utgjør det primære symptomet, og det som medfører mest lidelse og størst problemer for personen. Angstlidelser deles inn i ulike typer, som det fremkommer av tabell 1. Felles for alle typene er symptomer på kroppslig aktivering, som hjertebank, pustevansker, (kald-)svette, eller svimmelhet, og uspesifikke symptomer som vansker med konsentrasjon og hukommelse, tretthet, muskel- og skjelettsmerter, m.m. (jfr. Malt et al., 2012, side 259).

Tabell 2: Angstlidelser (pågående) blant domfelte i fengsel, kvinner og menn.
Absolutte tall, prosent i parentes.

	Kvinner (n= 102)	Menn (n=755)	Totalt (n=857)
Angstlidelser (alle innenfor denne gruppen)	45 (45)	312 (41)	357 (42)
Panikk lidelse*	16 (16)	80 (11)	96 (11)
Agorafobi	11 (11)	76 (10)	87 (10)
Sosial fobi	18 (18)	109 (14)	127 (15)
Tvangslidelse (obsessiv-kompulsiv lidelse)	10 (10)	58 (8)	68 (8)
Posttraumatisk stresslidelse (PTSD)	17 (17)	93 (12)	110 (13)

*Statistisk signifikant forskjell ($p < 0.05$) mellom kvinner og menn

Tabell 2 viser at til sammen 42% av utvalget har kriterier forenlig med en av de spesifikke angstlidelsene presentert i tabellen. Forekomsten av de ulike formene for angstlidelser er relativt lik blant kvinner og menn, med unntak av panikklidelse som ser ut til å være noe mer utbredt blant kvinner enn blant menn.

Tabell 3 presenterer resultatene vedrørende forekomsten av stemningslidelser, som i dette tilfellet omfatter depresjon (moderat/alvorlig) og bipolar lidelse, tidligere omtalt som manisk-depressiv lidelse.

Tabell 3: Stemningslidelser (pågående) blant domfelte i fengsel, kvinner og menn.
Absolutte tall, prosent i parentes.

	Kvinner (n= 102)	Menn (n= 755)	Totalt (n=857)
Stemningslidelser tilsammen	28 (27)	171 (22)	199 (23)
Moderat/alvorlig depresjon	25 (25)	156 (21)	181 (21)
Bipolar lidelse	3 (2,9)	15 (2,4)	18 (2,5)

Til sammen har 23% av utvalget symptomer forenlig med minst en pågående stemningslidelse, i de aller fleste tilfeller dreier det seg om depresjon. Analyser av sammenhengen mellom domslengde og pågående depresjon, viste at gruppen med de korteste dommene (< 30 dager) hadde klart lavere forekomst (7,7%; $p < 0.001$) enn innsatte med lengre dom.

Rusmiddelrelaterte lidelser omfatter i denne sammenhengen psykiske lidelser som skyldes bruk av psykoaktive substanser, og deles diagnostisk inn etter alvorlighetsgrad og type rusmiddel. I denne undersøkelsen har vi kartlagt to alvorlighetsgrader, hhv. misbruk og avhengighet, og to hovedgrupper av psykoaktive rusmidler, nemlig alkohol og andre substanser/legemidler.

Tabell 4: Livstidsprevalens av alkoholmisbruk/avhengighet og substansmisbruk/avhengighet blant domfelte i fengsel, fordelt på kjønn.
Absolutte tall, prosent i parentes

	Menn (n=755)	Kvinner (n=102)	Totalt (n=857)
Alkoholmisbruk/avhengighet	218 (28,9)	28 (27,5)	246 (28,7)
Substansmisbruk/avhengighet	392 (51,9)	48 (47,1)	440 (51,3)
Substans- og alkoholmisbruk/avhengighet	113 (14,9)	15 (14,7)	128 (14,9)

I motsetning til de foregående tabellene, angir tabell 4 kun livstidsforekomst av rusmiddelrelaterte lidelser. Det skyldes at pågående rusmiddelrelatert lidelse vanskelig lar seg identifisere når personen befinner seg i beskyttende omgivelser der tilgangen til rusmidler er begrenset, slik innsatte gjør – og mange av dem har gjort over lengre tid. Selv om det er velkjent at innsatte kan

ha tilgang til rusmidler også under soning, medfører den sterkt begrensede tilgangen at man vil få svært usikre anslag av pågående misbruk/avhengighet. Undersøkelsen fokuserer derfor på misbruk/avhengighet i tiden før nåværende fengsling. Resultatene viser da at nær tre av ti domfelte i fengsel tilfredsstilte kriteriene for alkoholmisbruk/avhengighet, mens halvparten (51,3%) tilfredsstilte kriteriene for substansmisbruk/avhengighet. Forekomsten er relativt lik blant kvinner og menn.

Til sammen 128 av de intervjuede hadde symptomer forenlig med misbruk/avhengighet av både alkohol og andre substanser, med tilnærmet lik fordeling blant kvinner og menn. Til sammen 299 personer (35%) var uten misbruks-/avhengighetsproblemer i det hele tatt.

3.3 Personlighetsforstyrrelser

Personlighetsforstyrrelser slik det er undersøkt her, refererer til hvordan personen vanligvis tenker og oppfører seg i ulike situasjoner. For hver personlighetsforstyrrelse ble hvert trekk/kriterium vurdert som tilstedeværende dersom det hadde vært oppfylt mesteparten av tiden de siste fem årene. Med dette som utgangspunkt, viser resultatene at til sammen 73% av utvalget tilfredsstiller kriteriene for en personlighetsforstyrrelse. Hvordan disse fordeler seg på ulike typer av personlighetsforstyrrelser, er vist i tabell 5. Inndelingen refererer til benevnelsene som brukes i DSM-III-R/DSM-IV og er ikke helt sammenfallende med grupperingen i ICD-10.

Tabell 5: Forekomst av ulike typer personlighetsforstyrrelser blant domfelte i fengsel, kvinner og menn. Absolutte tall, prosent i parentes.

	Menn (n= 726)	Kvinner (n= 95)	Totalt (N=821)
Minst en personlighetsforstyrrelse	544 (75)	65 (68)	605 (73)
Paranoid	159 (21)	21 (21)	180 (21)
Schizoid	52 (7)	6 (7)	58 (7)
Schizotyp	25 (3)	3 (3)	28 (3)
Dramatisk	49 (6)	6 (6)	55 (7)
Antisosial	438 (59)	49 (51)	487 (59)
Narsissistisk	79 (11)	4 (4)	83 (10)
Ustabil	148 (20)	24 (25)	172 (21)
Tvangspreget	222 (29)	29 (30)	251 (30)
Avhengig	45 (6)	7 (7)	52 (6)
Unnvikende	154 (21)	14 (14)	168 (20)
Passiv-aggressiv	81 (11)	9 (9)	90 (11)
Selvutslettende*	63 (9)	14 (15)	77 (9)

* Statistisk signifikant forskjell ($p > 0.05$) mellom kvinner og menn

Med unntak av selvutslettende personlighetsforstyrrelse som ser ut til å ha høyere forekomst blant domfelte kvinner, er det ikke kjønnsforskjeller i forekomsten av personlighetsforstyrrelser i dette utvalget. Antisosial, paranoid, tvangspreget, og ustabil personlighetsforstyrrelse er de hyppigst forekommende både blant kvinner og menn.

3.4 ADHD

ADHD er en atferdsforstyrrelse som oppstår i løpet av de første syv leveår, og er kjennetegnet ved hyperaktivitet, oppmerksomhetssvikt og impulsivitet. Utredning av ADHD er en omfattende prosess som forutsetter tilgang til opplysninger fra flere kilder, og utelukkelse av andre alternative lidelser som årsak til symptomene. I denne undersøkelsen er det kun innhentet opplysninger fra den domfelte selv, om situasjonen nå og tidligere i livet. Dette er ikke tilstrekkelig til å stille diagnosen ADHD. Det er derfor grunn til å understreke at resultatene i tabell 6 må ses som et uverifisert estimat av andelen innsatte som rapporterer symptomer på diagnosenivå. Tabellen skiller mellom kriterier i barndom og voksen alder. Som beskrevet i avsnitt 2.5, er det en forutsetning for diagnosen som voksen at man oppfylte kriteriene som barn.

Tabell 6: ADHD-symptomer blant domfelte i fengsel, kvinner og menn.
Absolutte tall, prosent i parentes

	Kvinner (n= 102)	Menn (n= 755)	Totalt (n=857)
Oppfylte kriterier for ADHD i barndommen	26 (26)	156 (21)	182 (21)
Oppfylte kriterier for ADHD voksen	17 (17)	143 (19)	150 (18)

Tabellen viser at nær to av ti innsatte rapporterer ADHD-symptomer på diagnosenivå i voksen alder, med relativt lik fordeling blant kvinner og menn.

3.5 Suicidalitet

Det strukturerte intervjuet som ble gjennomført omfattet et sett med spørsmål om tanker, følelser og handlinger knyttet til suicidalitet, som omfatter både selvskadende atferd og selvmordsforsøk. Jo flere av spørsmålene som ble besvart bekreftende, desto flere risikofaktorer for suicidalitet er tilstede. I tabell 7 er resultatene presentert etter antallet tilstedeværende risikofaktorer.

Tabell 7 : Pågående suicidalitet. Absolutte tall, prosenter i parentes.

Suicidalitet	Kvinner	Menn	Totalt
Ingen identifiserte risikofaktorene	41 (40)	355 (47)	396 (46)
Lavt antall identifiserte risikofaktorer	49 (48)	310 (41)	359 (42)
Moderat antall identifiserte risikofaktorer	5 (5)	37 (5)	42 (5)
Høyt antall identifiserte risikofaktorer	7 (7)	53 (7)	60 (7)
Totalt	102 (100)	755 (100)	857 (100)

Nær halvparten av utvalget har ingen av de undersøkte risikofaktorene, mens 42% har noen få. En liten gruppe bestående av til sammen 12% oppgir noen eller flere risikofaktorer og fremstår som en sårbar gruppe. Det er ikke signifikante forskjeller mellom menn og kvinner.

3.6 Psykoselidelser og stemningslidelser med psykose

Psykose er et gjennomgripende mentalt sammenbrudd som påvirker sanseopplevelser, tanker, følelser og atferd. Mange tilstander kan gi psykotisk sammenbrudd, for eksempel schizofreni, alvorlig depresjon og alvorlig mani, nevrologiske sykdommer og stoffskifteforstyrrelser, infeksjonssykdommer og bruk av narkotika. Denne kartleggingen undersøker forekomst av psykoselidelser med grunnlag i psykisk sykdom.

Tabell 8 viser forekomsten av symptomer forenlig med ulike psykoselidelser. Tabellen er inndelt etter om symptomene er til stede på intervjudtidspunktet (pågående) eller har vært til stede tidligere i livet (livstidsprevalens).

Tabell 8: Psykoser og psykosesymptomer blant domfelte i fengsel (N=857).
Absolutte tall, prosenter i parentes.

	Psykoselidelse (ikke-affektiv psykose)			Stemningslidelse med psykosesymptomer		
	Kvinne n (102)	Mann n(755)	Total N(857)	Kvinne n (102)	Mann n (755)	Total N (857)
Pågående	3 (3)	8 (1)	11 (1.3)	4 (4)	21 (2.8)	25 (2.9)
Livstid	9 (9)	19 (2.5)	28 (3.3)	5 (5)	43 (5.7)	48 (5.6)

Intervjuet avdekket til sammen 36 personer (4.1% av hele utvalget) med symptomer forenlig med pågående psykoselidelse. For de fleste av disse (25 personer, 2.9%) dreide det seg om stemningslidelse med symptomer på psykose. For 11 personer (1.3%) var symptomene av en slik art at de ble kategorisert som pågående psykoselidelse. Livstidsprevalensen for psykoser var 3.3 % og for stemningslidelser med symptomer på psykose 5.6 %.

3.7 Psykiske lidelser blant innsatte sammenliknet med befolkningen forøvrig

Resultatene har så langt beskrevet pågående symptomer blant innsatte menn og kvinner. I den resterende resultatpresentasjonen slås resultatene for innsatte menn og kvinner sammen og sammenliknes med funn fra to befolkningsutvalg (se nærmere beskrivelse av disse i kapittel 2, punkt 2.4). Alle sammenlikningene er basert på livstidsprevalens, altså forekomst både tidligere i livet og pågående.

Tabell 9: Sammenlikning av forekomst av psykiske lidelser (livstid) i to befolkningsutvalg med domfelte i fengsel. Prosent.

Type lidelse	Oslo (N= 2066)	Sogn og Fjordane (N= 1083)	Domfelte i fengsel (N= 857)
Alkoholmisbruk/avhengighet ¹	22,7	9,4	28,7
Stoffmisbruk/avhengighet ¹	3,4	0,4	51,3
Moderat/alvorlig depresjon	17,8	8,3	57,6
Sosial fobi ²	13,7	7,3	11,2
Agorafobi ¹	6,1	3,6	10,2
Panikkangst ¹	4,5	2,6	20,4
Generalisert angst ¹	4,5	3,4	12,6
Spiseforstyrrelser ³	1,8	0,5	0,3
Obsessiv-kompulsiv ¹	1,6	0,6	7,9
Bipolar lidelse ¹	1,6	0,2	13,1
Ikke-affektiv psykose ¹	0,4	0,4	3,3

1 Signifikant forskjell ($p < 0,001$) mellom innsatteutvalget og begge befolkningsutvalgene

2 Signifikant forskjell ($p < 0,01$) mellom innsatteutvalget og Sogn og Fjordane-utvalget

3 Signifikant forskjell ($p < 0,01$) mellom innsatteutvalget og Osloutvalget

Livstidsforekomsten av psykiske lidelser er betydelig høyere blant domfelte i fengsel enn i begge befolkningsutvalgene, med to unntak. Det ene gjelder spiseforstyrrelser som har høyere forekomst i Oslo-befolkningen enn blant innsatte. Det andre unntaket gjelder sosial fobi hvor det kun er forskjellen mellom forekomsten i Sogn og Fjordane og innsatteutvalget som er signifikant.

Tabell 10: Forekomst av personlighetsforstyrrelser i Oslo, Sogn og Fjordane og blant domfelte i fengsel. Absolutte tall, prosent i parentes.

	Oslo (N= 2066)	Sogn og Fjordane (N= 1080)	Domfelte i fengsel (N= 821)
Minst en personlighetsforstyrrelse ¹	268 (13)	86 (8)	605 (73)
Paranoid	46 (2,2)	13 (1,2)	180 (21)
Schizoid	32 (1,5)	20 (1,8)	58 (7)
Schizotyp	12 (0,6)	8 (0,7)	28 (3,5)
Histrionisk eller dramatisk	39 (1,9)	10 (0,9)	55 (6,4)
Antisosial	12 (0,6)	3 (0,3)	485 (59)
Narsissistisk	12 (0,6)	6 (0,6)	82 (10)
Borderline eller emosjonelt ustabil	14 (0,7)	27 (0,2)	172 (21)
Tvangspreget	39 (1,9)	12 (1,1)	251 (30)
Avhengig	31 (1,5)	11 (1,0)	52 (6)
Unnvikende	102 (5)	27 (2,5)	168 (20)
Passiv-aggressiv eller negativistisk	32 (1,5)	10 (0,9)	90 (11)
Selvutslettende	17 (0,8)	6 (0,6)	77 (9)

1 Inndelingen i ulike typer personlighetsforstyrrelser gjenspeiler inndelingen i DSM-III-R/DSM-IV, ikke i ICD-10.

Alle personlighetsforstyrrelsene som er presentert i tabell 10, er betydelig mer utbredt blant innsatte enn i begge befolkningsutvalgene (alle sammenlikninger er klart statistisk signifikante ($p < 0.001$)). Totaltallet for innsatte i tabellen ($n=821$) er lavere enn i de foregående tabellene. Dette skyldes at personer med symptomatologi forenlig med pågående psykose (til sammen 36 personer, jfr. tabell 8) ble utelukket fra screeningen for personlighetsforstyrrelser.

Som beskrevet innledningsvis (jfr 1.2.2), er det stor grad av samsykelighet mellom ulike typer psykiske lidelser. Tabell 11 gir en enkel oversikt over sammenhengen mellom forekomst av personlighetsforstyrrelser og andre psykiske lidelser blant domfelte.

Tabell 11: Samsykdom mellom personlighetsforstyrrelser og andre psykiske lidelser. Absolutte tall, prosent i parentes.

	Andre psykiske lidelser		
Personlighetsforstyrrelse	Nei	Ja	Total
Nei	72 (27)	187 (73)	259 (100)
Ja	78 (13)	520 (87)	598 (100)
Totalt	150 (17)	707 (83)	857 (100)

Tabellen viser at 72 personer (8% av hele utvalget) verken har personlighetsforstyrrelser eller noen av de andre psykiske lidelsene som er undersøkt. Det andre ytterpunktet representeres av de 520 personene (61% av hele utvalget) som både har en personlighetsforstyrrelse og en eller flere andre psykiske lidelser. Den øvrige gruppen innsatte (31% av hele utvalget) har enten personlighetsforstyrrelser eller andre psykiske lidelser.

Samsykdom ble også analysert i forhold til domslengde, og resultatene er presentert i tabell 12.

Tabell 12: Sammenhengen mellom andre psykiske lidelser og personlighetsforstyrrelser (samsykdom) og domslengde. Absolutte tall og prosent i parentes.

Andre psykiske lidelser	Personlighetsforstyrrelser		
Domslengde	nei	ja	Total
< 1 år			
nei	22(31,9)	47(68,1)	69(100)
ja	13(6,3)	192(93,7)	205(100)
Mellom 1 år og 3 år			
nei	23 (33,3)	46 (66,7)	69(100)
ja	26 (13,8)	162 (86,2)	188(100)
>3år			
nei	27(30,7)	61(69,3)	88(100)
ja	39(16,4)	199(83,6)	238(100)
total			
nei	72(31,9)	154(68,1)	226(100)
ja	78(12,4)	553(87,6)	631(100)
Total	150(15,5)	707(82,5)	857(100)

Sammenhengene mellom andre psykiske lidelser og personlighetsforstyrrelser (samsykdom) og domslengde i tabell 12 er statistisk signifikante ($p < 0.001$).

Analysene viser en statistisk forskjell for ustabil personlighetsforstyrrelse, bipolar lidelse og

substansmisbruk/avhengighet i forhold til forekomst av andre psykiske lidelser blant innsatte med domslengde < 1 år.

Undersøkelsen omfattet et enkelt spørsmål om hvorvidt den innsatte hadde mottatt noen form for behandling siste 2 måneder (behandling definert til enten i helseavdelingen i fengsel, almenpraktiserende lege, DPS, privatpraktiserende psykolog, privatpraktiserende psykiater eller innlagt psykiatrisk avdeling). Svarene viste at 24% av utvalget (37 kvinner og 164 menn) hadde mottatt behandling (en eller annen form), med relativt lik andel blant kvinner og menn.

KAPITTEL 4 DISKUSJON

Som påpekt innledningsvis er dette den mest omfattende kartleggingen som er gjort av psykiske lidelser blant innsatte i Norge, både med hensyn til antallet innsatte som har vært undersøkt, og antallet lidelser de ble undersøkt for. Resultatene gir dermed et godt utgangspunkt for videre diskusjon, og vi vil i dette kapitlet innlede til dette gjennom å fremheve noen hovedfunn. Samtidig er det viktig å understreke at det også er svakheter ved den valgte metoden og grenser for hvilke implikasjoner som kan trekkes på basis av funnene. Kapitlet omfatter også et avsnitt som går nærmere inn på dette.

4.1 Høy forekomst av psykiske lidelser

Oppsummert viser resultatene fra denne undersøkelsen at forekomsten av psykiske lidelser blant fengselsinnsatte er betydelig høyere enn i begge de norske befolkningsutvalgene vi har sammenliknet med. Dette gjelder for nær sagt alle diagnosekategorier som er undersøkt. Personlighetsforstyrrelser viser seg å være mest utbredt, idet 73% av utvalget innfridde kriterier for en eller flere slike. Rusmiddelmisbruk hadde også høy forekomst (51%), det samme gjaldt angstlidelser (42%) og depresjon (21%).

Personlighetsforstyrrelser

Det er vanlig å betrakte personlighet som bestående av personlighetstrekk, som er den enkeltes innarbeidede, vanlige og stabile mønstre for tenkning, følelser, handlinger og atferd. Den enkeltes personlighet er resultat av arvelige forhold og den personlige utvikling i samspill med omgivelsene. Kategorien personlighetsforstyrrelse brukes når en persons personlighetstrekk avviker betydelig fra andre individer i samme kultur og samfunn, og skaper problemer eller plager for den enkelte selv og/eller for omgivelsene. Personlighetsforstyrrelser etableres i ung, voksen alder, og er stabile og varige til forskjell fra de definerte symptumlidelsene, som kommer som episoder, tilbakevendende i perioder eller som kroniske sykdommer, men med varierende intensitet.

Resultatene viser at 73% av domfelte i fengsel oppfyller de diagnostiske kriteriene for minst en personlighetsforstyrrelse. I den norske befolkningen er de tilsvarende tallene hhv 13% (Oslo) og 8% (Sogn og Fjordane). Det er med andre ord snakk om en svært forhøyet forekomst blant innsatte. Dette er i tråd med både norske og internasjonale undersøkelser av fengselsinnsatte (Fazel, 2002; Vicens et al., 2011).

Samtidig er det grunn til å bemerke at instrumentet som er brukt i denne undersøkelsen (og i de to befolkningsutvalgene vi sammenlikner med), generelt gir høyere forekomsttall for personlighetsforstyrrelser enn det som fremkommer i undersøkelser basert på andre instrumenter (jfr. Huang, Kotov, de Girolamo et al., 2009). I Verdens helseorganisasjons kartlegging av psykiske lidelser basert på data fra 13 land, var forekomsten av personlighetsforstyrrelser i den generelle befolkningen til sammenlikning 6,1% (Huang et al., 2009). Men selv om vi tar høyde for en viss overestimering grunnet selve undersøkelsesinstrumentet, kan det langt fra forklare den store forskjellen mellom innsatte og resten av befolkningen. Det kan heller ikke forklare forskjellene vi ser i hvilke typer personlighetsforstyrrelser som er mest utbredt. De siste internasjonale tallene

tyder på at det i den generelle befolkningen er personlighetsforstyrrelser av den eksentriske typen (paranoid, schizoid) som er vanligst, mens de dramatiske (narsissistisk, antisosial, histrionisk og ustabil) er de minst vanlige (Huang, et al., 2009). Blant de innsatte er fordelingen annerledes; antisosial personlighetsforstyrrelse er den desidert mest utbredte, deretter kommer tvangspreget, paranoid og ustabil. Antisosial og ustabil personlighetsforstyrrelse tilhører begge gruppen av "dramatiske" personlighetsforstyrrelser (preget av affektiv ustabilitet, impulsivitet og dyssosiale trekk) hvor overlappet med symptomlidelser ser ut til å være størst (jfr. Huang et al., 2009).

Andelen innsatte med symptomer forenlig med antisosial personlighetsforstyrrelse var i denne undersøkelsen 59%, altså relativt nært opptil tidligere norske funn (63 % i Langeveld og Melhus, 2004; og 60 % i Rasmussen, 2001). Vi har diagnostisert antisosial personlighetsforstyrrelse utfra kriteriene i DSM-IV som krever atferdsforstyrrelse før 15 års alder for å kunne stille diagnosen. Dette er ikke et krav i ICD-10. Vi har med andre ord en noe høyere terskel for å klassifisere antisosial personlighetsforstyrrelse enn det som ligger til grunn for dyssosial personlighetsforstyrrelse i ICD-10. For å få diagnosen antisosial personlighetsforstyrrelse må en, i tillegg til atferdsforstyrrelse før 15 års alder, etter 15 års alder ha vist et vedvarende mønster kjennetegnet av tilsidesettelse og krenkelse av andres rettigheter, og manglende evne til å følge aldersadekvate sosiale normer for lovlydig atferd. Ettersom kriterier av forskjellig normbrytende karakter er en forutsetning for å få diagnosen antisosial personlighetsforstyrrelse, er det åpenbart at denne diagnosen vil være mer utbredt i en gruppe der alle har begått kriminalitet, enn ellers i befolkningen.

Tvangspreget personlighetsforstyrrelse skiller seg ut med relativt høy forekomst både i befolkningen generelt og blant innsatte. Ifølge diagnosekriteriene er dette en lidelse preget av overopptatthet av orden, perfeksjonisme og kontroll, på bekostning av fleksibilitet, åpenhet og effektivitet. Lidelsen i seg selv betraktes ofte som en mild form for personlighetsforstyrrelse, men det er viktig å understreke at den i kliniske utvalg (pasientutvalg) ofte er knyttet til andre personlighetsforstyrrelser (Hummelen, Wilberg, Pedersen et al., 2008).

Misbruk og avhengighet av alkohol og andre rusmidler

En gruppe innsatte (299 personer, 35%) var uten misbruks-/avhengighetsproblemer i det hele tatt. Blant de resterende var det nær tre av ti som hadde alkoholproblemer, i betydningen misbruk/avhengighet, målt som livstidsforekomst. Dette er høyere enn i befolkningen, men forskjellen mellom innsatte og Oslo-utvalget var ikke veldig stor. Andre undersøkelser har vist at alkoholisbruk og -avhengighet blant innsatte ikke har vesentlig høyere forekomst enn ellers i befolkningen, men at drikkemønstrene er ulike. Blant innsatte er det oftere slik at de ikke drikker alkohol, eller har et lavt forbruk, fordi de bruker andre rusmidler enn alkohol, eller de har et veldig høyt konsum. De innsatte har også til dels et omfattende blandingsmisbruk. I befolkningen ellers finner man ikke like stor variasjon i konsummønster (Ødegård, 2008).

Halvparten av de innsatte ble registrert med misbruk/avhengighet av andre rusmidler enn alkohol. En mindre gruppe (15%) hadde misbruk/avhengighetsproblemer knyttet til både alkohol og andre rusmidler. Rusmiddelmisbruk er nest etter depresjon den psykiske lidelsen som har høyest livstidsforekomst blant innsatte. Forekomsttallene vedrørende rusmiddelmisbruk varierer

mellom ulike undersøkelser, både internasjonalt og nasjonalt, men tallene som er fremkommet i denne undersøkelsen er i overensstemmelse med for eksempel Fazel og medarbeideres systematiske litteraturgjennomgang (2006). Forekomsten ligger noe lavere enn det som tidligere er presentert basert på innsattes selvrappotering av alkohol-/rusmiddelmisbruk (se for eksempel Friestad & Skog Hansen, 2004; Skardhamar, 2002).

Angst- og stemningslidelser

Sammenliknet med befolkningen for øvrig har alle angstlidelsene høyere forekomst blant innsatte, med unntak av sosial fobi som har høyere forekomst i Oslo (13 % mot 11% blant de innsatte). I tidligere undersøkelser av angstlidelser blant innsatte, har panikkangst vist seg å være den hyppigst forekommende lidelsen (Pondé, 2011; Vicens, 2011). Denne undersøkelsen viser det samme bildet, og for denne diagnosen er andelen kvinner noe høyere enn blant menn. Den høye forekomsten av angst kan skyldes mange forhold, knyttet til det å begå kriminalitet, være i krise, bli dømt, vente på soning og soningen i seg selv. Personene kan ha vært utsatt for stort stress og psykisk belastning over lengre tid. En angstlidelse har en tendens til å utvikle seg til flere typer angstlidelser hos samme person. Differensieringen til korrekte diagnoser er vesentlig med henblikk på behandling. Angst kombinert med depresjon er den vanligste symptomkombinasjonen.

To av ti innsatte har en pågående depresjon på undersøkelsestidspunktet, mens nær seks av ti har hatt en depresjon i løpet av livet. Dette er en betydelig høyere forekomst av depresjon i løpet av livet enn hva som er funnet i befolkningen ellers (jfr. 9.9% hos menn og 24% hos kvinner (Kringlen 2001)). Det er også grunn til å merke seg høy forekomst blant innsatte av bipolar lidelse (13,1%).

Psykoser

Psykoselidelsene betraktes ofte som de mest alvorlige psykiske lidelsene, og det er derfor naturlig å vie resultatene vedrørende disse grundig oppmerksomhet. Resultatene ga et estimat på 4% av pågående psykose blant innsatte, noe som er i overensstemmelse både med andre norske undersøkelser og analyser av store datasett fra forskjellige utenlandske undersøkelser (Fazel & Danesh, 2002; Fazel & Seewald, 2012). Omregnet til antall innsatte totalt, tilsier dette at det på en vanlig dag kan befinne seg 148 personer med symptomer forenlig med pågående psykose i norske fengsler. Det er alvorlig. Samtidig er det viktig å understreke at tallet er utledet fra et estimat som må verifiseres gjennom ytterligere klinisk utredning i hvert enkelt tilfelle. Det er bare etter slike ytterligere diagnostiske utredninger det er mulig å gi eksakte angivelser av hvor mange som er i behov av helsehjelp utenfor fengsel. Gunn og kolleger (1991) har tidligere undersøkt sammenhengen mellom forekomsttall og behandlingsbehov blant fengselsinnsatte. Deres resultater viste at et lite mindretall (2.9%) av dem som ble identifisert med en psykisk lidelse var i behov av sykehusinnleggelse, men at det gjaldt et stort flertall av dem som hadde psykoselidelser. Et annet viktig funn var at fengselsmyndighetene ikke nødvendigvis hadde identifisert alle i denne gruppen som innsatte med psykiske problemer. Til det er det å si at personer som primært har negative psykosesymptomer krever oppmerksomme omgivelser for å bli identifisert og hjulpet til kontakt med helsetjenesten slik at tiden med ubehandlet psykose blir kortest mulig.

Vi har tidligere påpekt at flere tilstander kan utløse psykose, men at denne undersøkelsen kun omfatter kartlegging av psykoser med grunnlag i psykisk sykdom. Rusmiddelmisbruk kan være en annen utløsende faktor for psykosetilstander, men denne rapporten omfatter ikke slike rusutløste psykoser.

Samsykdom

Flere lidelser kan opptre samtidig innenfor samme tidsrom. Når kriteriene for mer enn en psykisk lidelse er innfridd samtidig, har vi valgt å betegne dette som samsykdom i denne rapporten. Som påpekt innledningsvis, er samsykdom vanlig for mange psykiske lidelser. Dette kan være tilfeldig eller det kan skyldes felles sykdomsanlegg som uttrykker seg på ulike måter. Psykiske sykdommer kan ha et blandet symptom mønster eller kan stamme fra felles risikofaktorer, men på grunn av manglende spesifisitet i årsaksforståelsen kan symptomene havne i ulike kategorier i vårt diagnosesystem. Angst og depresjon er de lidelsene som opptre hyppigst sammen. Samsykdom forekommer også mellom de ulike typene personlighetsforstyrrelser. Enhver symptomlidelse kan i prinsippet opptre i kombinasjon med hvilken som helst personlighetsforstyrrelse. Noen sammenhenger mellom personlighetsforstyrrelse og psykisk sykdom er mer vanlig enn andre, for eksempel emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, depresjon og angst og alkohol- og / eller substansmisbruk og avhengighet.

I analysene av samsykdom har vi slått grupper av lidelser sammen, slik at alle pågående symptomlidelser ses under ett og alle personlighetsforstyrrelser ses under ett. Med dette som utgangspunkt fant vi at 61% av dette utvalget innsatte personer hadde en eller flere symptomlidelser samtidig med en eller flere personlighetsforstyrrelser. Det er bare 72 personer av de 857 som ble intervjuet som ikke innfrir kriterier verken for personlighetsforstyrrelse eller symptomlidelse. Syttiåtte personer har bare kriterier forenlig med personlighetsforstyrrelse, mens 187 personer innfrir kriterier for bare symptomlidelse.

Høy forekomst av flere lidelser samtidig er i tråd med hva andre har funnet (Fazel 2012), og Sierfield et al. (2009) konkluderte med at innsattes populasjonen hadde fire til fem samtidige diagnoser. Det er ikke uvanlig blant innsatte å innfri kriterier til flere (3-4) personlighetsforstyrrelser samtidig og ha kriterier fra andre personlighetsforstyrrelser i tillegg til symptomlidelser. I normalbefolkningen er det vist høy samsykdom mellom minst én personlighetsforstyrrelse og alle typer depressive lidelser.

Sammenhengen mellom personlighetsforstyrrelser/symptomlidelser og domslengde (jfr tabell 12) viste at domslengden ikke endrer forekomsten av samsykdom. I gruppen med domslengde under ett år, er det høyest forekomst av ustabil personlighetsforstyrrelse, bipolare lidelser og substansrelaterte lidelser. Vi vet at det er flest førstegangssonere under ett år så dette bildet virker rimelig med impulsivitet og kriminelle handlinger i ruset tilstand. Andre undersøkelser som har fulgt innsatte over tid, har vist høyere forekomst av symptomlidelser etter lengre tids soning (Kopp, 2011). Disse undersøkelsene har imidlertid ikke undersøkt samsykdom mellom personlighetsforstyrrelser og symptomlidelser som gir et mer nyansert bilde.

Suicidalitet

Suicidalitet er ingen diagnose, men en tilstand som kan forekomme med eller uten psykiske

lidelser. Selvmordsrisiko blant de innsatte ble i denne undersøkelsen kartlagt ved spørsmål om kjente risikofaktorer, og risiko ble gradert i fire kategorier. Resultatene viste at ni av ti innsatte svarte at de ikke har selvmordsrisiko eller har lav selvmordsrisiko. De resterende hadde enten moderat eller høy selvmordsrisiko. Moderat og høy risiko for at den innsatte skulle ta sitt eget liv var likt fordelt på kvinner og menn. Selvmord er den hyppigste dødsårsak i fengsel, og forekommer oftest blant innsatte i varetekt. Dette er en gruppe som ikke er representert i denne undersøkelsen, og det er derfor viktig å understreke at estimatene av suicidalitet i denne undersøkelsen ikke omfatter den gruppen innsatte som i utgangspunktet antas å ha høyest selvmordsrisiko.

4.2 Lik forekomst blant kvinner og menn

Hvis vi ser på de mest forekommende lidelsene blant innsatte, rusmiddelrelaterte lidelser, depresjon og personlighetsforstyrrelser, er det typisk forskjell i forekomst mellom kvinner og menn når de undersøkes i den generelle befolkningen. Både i Norge og andre land er depresjon hyppigere forekommende blant kvinner, mens rusmiddelrelaterte lidelser er mer enn dobbelt så hyppig forekommende blant menn (jfr. tabell 5 i Mykletun et al., 2009). Tallene fra Verdens helseorganisasjons undersøkelse viste at personlighetsforstyrrelser er mer utbredt blant menn enn blant kvinner (Huang et al., 2009). Også blant innsatte er det generelt slik at innsatte kvinner har høyere forekomst av de fleste psykiske lidelser sammenliknet med innsatte menn, selv om det ofte er snakk om relativt små forskjeller (jfr. Fazel & Baillargeon, 2011). I vår undersøkelse viste det seg å ikke være kjønnsforskjeller i forekomst av hovedgruppene av symptomlidelser, personlighetsforstyrrelser, eller ADHD. Dette til tross for at kvinner ble oversamlet nettopp for å kunne avdekke kjønnsforskjeller av betydning. Det er derfor grunn til merke seg dette funnet. For enkelte spesifikke personlighetsforstyrrelser, var det forskjell i forekomst mellom kvinner og menn, men disse tallene må tolkes med forsiktighet fordi antallet i hver subgruppe er lavt.

4.3 Hva kan resultatene si noe om – og hva sier de ikke noe om?

Flere tidligere norske undersøkelser har vist at fengselsinnsatte er en marginalisert gruppe ut fra en rekke sentrale levekårsindikatorer: innsatte har gjennomgående lav utdanning, boligproblemer, økonomiske problemer, og svak eller ustabil arbeidstilknytning (Friestad & Skog Hansen, 2004; Skardhamar, 2002). Problemene har en tendens til å akkumulere, og danner grunnlaget for økt risiko for utvikling av psykiske lidelser. Det er derfor ikke overraskende at de aller fleste undersøkelser, inkludert denne, finner forhøyet forekomst av psykiske lidelser i fengselsutvalg. Det er alvorlig i seg selv, og gruppens manglende mulighet til å kompensere for helsemessig ressursvikt med ressurser på andre levekårsområder tilsier at behovet for helse-tjenester potensielt er stort. Det er imidlertid viktig å understreke at den undersøkelsen vi nå har gjennomført, er en forekomstundersøkelse, ikke en kartlegging av behandlingsbehov. Resultatene gir et overblikk over problemforekomst innen et bredt spekter av psykiske lidelser, og viser hvordan fengselsinnsatte som gruppe kommer ut i hver diagnosekategori. Innenfor hver diagnosekategori vil det imidlertid befinne seg personer med ulik alvorlighetsgrad av sykdom, forskjellig subjektivt ubehag knyttet til lidelsen, og ulikt både selvurdert behandlingsønske og klinisk vurdert behandlingsbehov. Resultatene gir derfor ikke grunnlag for å trekke konklusjoner om behandlingsbehovet i denne gruppen, annet enn å understreke at det er et område hvor det trengs ytterligere undersøkelse, gitt den høye sykdomsforekomsten som er avdekket i denne undersøkelsen.

4.4 Styrker og svakheter ved undersøkelsen

En viktig styrke med den foreliggende undersøkelsen er det store antallet innsatte som er intervjuet, og at intervjuet er basert på internasjonalt anerkjente instrumenter som det finnes sammenlikningsgrunnlag for i den generelle befolkningen. Forskningsmaterialet inneholder data fra respondenter som er nyinnsatt, har sonet en tid og de som har sonet ferdig og skal løslates. Utvalget ser ut til å være representativt for domfelte i norske fengsler en gitt dag, med unntak av de aller korteste dommene. I norske fengsler er det flest førstegangssonere med korte dommer. Utvelgelsen av innsatte til denne undersøkelsen tok tid, og mange med korte dommer var løslatt eller overflyttet før tiden for intervjuet. Derfor har materialet en skjevfordeling mot lengre domslengder. Men det er ikke funnet forskjeller i forekomst av psykisk lidelse (samsykdom) mellom domslengdene i < 1 år, 1 år til 3 år og > 3 år.

Utvalget består av konsekutive tverrsnitt av domfelte i fengsel fra perioden 2011-2013. Aldersfordelingen av innsatte i dette utvalget er i overensstemmelse med kriminalstatistikk fra SSB som oppgir at hovedtyngden innsatte er over 30 år både for kvinner og menn. Andelen innsatte med annen etnisk bakgrunn enn norsk har økt betydelig de siste årene, og det er derfor en betydelig styrke ved denne undersøkelsen at den også omfatter en relativt stor gruppe innsatte med utenlandsk statsborgerskap (37%). For ytterligere å sikre representativiteten, ble utvalget sortert ut fra lovbruddsgrupper. Dette er grove kategorier basert på hovedlovbrudd, og vi har ikke foretatt noen ytterligere differensiering av lovbruddene. Også med hensyn til sosiodemografiske karakteristika, ser utvalget ut til å være i overensstemmelse med tidligere undersøkelser av innsattepopulasjonen i Norge.

Det foreligger generelt få studier blant innsatte som har beskrevet innsattegruppen ut fra "summen" av ulike samtidige enkeltlidelser, slik vi har gjort i denne undersøkelsen, og beskrevet som forekomst av samsykdom. Denne undersøkelsen har derimot analysert alle personlighetsforstyrrelsene med alle symptomlidelser, med det resultat at det blir tydelig hvor stor andel av de innsatte som har symptomer på flere psykiske lidelser samtidig.

Med denne typen undersøkelser vil det alltid kunne reises spørsmål ved om metoden over- eller underestimerer forekomsten av sykdom. Det fins argumenter for begge deler. Et vanlig argument for at forekomsten av sykdom mest sannsynlig undervurderes, er at mange syke, særlig de aller sykeste, ikke stiller til intervju og dermed ikke telles med. Slik har det sannsynligvis vært i denne undersøkelsen også, uten at vi har hatt mulighet til å vurdere omfanget av denne formen for frafall. Blant de som faktisk stiller til intervju, kan man tenke seg at det i løpet av intervjuet oppstår en intervju-effekt hvor respondenten svarer positivt på spørsmål som gjentar seg i intervjuet. Med så mange lidelser med til dels overlappende symptomer, vil det være spørsmål som gjentas flere ganger, om enn med litt ulik ordlyd. Det kan føre til at man overvurderer forekomsten av psykiske lidelser. Samtidig har vi understreket gjennom hele rapporten at forekomsttallene vi har presentert er kvalifiserte anslag over forekomst, og ikke eksakte angivelser av antallet som "har" en eller flere spesifikke lidelser. I alle instrumentene som er benyttet ligger det en mulighet for at de fanger opp personer som ved nærmere undersøkelse viser seg ikke å ha den aktuelle lidelsen, med det resultat at den "faktiske" forekomsten overvurderes. Utredningen av ADHD kan tjene som eksempel: Anslaget på forekomst av ADHD er basert på internasjonalt anerkjente selvutfyllingsinstrumenter. For at en person skal bli diagnostisert med ADHD trengs det imidlertid en

langt mer omfattende utredning, som bl.a. sørger for å ekskludere andre mulige forklaringer på symptomene. Flere av symptomene ved ADHD likner på symptomer ved for eksempel bipolar lidelse med hypomane eller maniske symptomer og ustabil personlighetsforstyrrelse. De diagnostiske instrumentene skal i utgangspunktet fange opp ulikhetene, men det kan forekomme en overdiagnostisering der symptomer fra ulike lidelser overlapper hverandre. Samtidig er det verdt å merke seg at det for nettopp ADHD nylig er funnet tilsvarende forekomst (16%) i et fengselsutvalg fra Canada, basert på samme instrumenter som vi har benyttet (Usher et al., 2013).

Et annet viktig poeng, er at instrumentene som er benyttet i denne – og de fleste andre undersøkelser blant innsatte – ikke er utviklet for bruk i denne populasjonen, og validiteten er derfor foreløpig uavklart (Andersen, 2004). Fengselskonteksten kan gjøre det vanskelig å tolke symptomer på psykisk lidelse, fordi personens respons kan være uttrykk for tilpasning til en ekstrem kontekst snarere enn uttrykk for vedkommendes generelle funksjonsnivå, for eksempel.

4.5 Videre utfordringer

Det er et hovedfunn i denne undersøkelsen at domfelte i fengsel har en svært høy forekomst av psykiske lidelser sammenliknet med den alminnelige befolkningen. Dette er i tråd med tidligere forskning både i Norge og andre land. Internasjonalt har man tatt til orde for å følge utviklingen av psykiske lidelser blant domfelte fengselsinnsatte over tid, med regelmessige undersøkelser basert på felles utredningsinstrumenter tilpasset nettopp denne populasjonen (Salize et al., 2007). Det fremstår også etter denne undersøkelsen som et viktig forslag. En viktig utfordring som gjenstår til fremtidige undersøkelser, er avklaring av forholdet mellom diagnose og behandlingsbehov. Hvor stor andel av de innsatte trenger psykiatrisk behandling?

En undersøkelse av den typen vi nå har gjennomført, gir et grundig overblikk, men favner samtidig en rekke mildere tilstander og personer som verken vil ha eller behøver behandling. En annen innfallsvinkel til økt kunnskap om innsattepopulasjonen, er å etablere en kohort som følges over tid, med undersøkelser som dekker både helsemessige og andre forhold av betydning for vellykket rehabilitering.

Referanser

Andersen, H.S. (2004). Mental health in prison populations. A review -with special emphasis on a study of Danish prisoners on remand. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 110(Supplement 424), 5-59.

Assadi, M. S., Noroozian, M., Pakravannejad, M., Yahayaazadeh, O., Aghayan, S., Shariat, V. S. & Fazel, S. (2006). Psychiatric morbidity among sentenced prisoners: prevalence study in Iran. *British Journal of Psychiatry*, 188, 159-164. doi: 10.1192/bjp.188.2.159.

Binswanger, I. A., Stern, M. F., Deyo, R. A., Heagerty, P. J., Cheadle, A., Elmore, J. G. & Koepsell, T. D. (2007). Release from prison. A high risk of death for former inmates. *New England Journal of Medicine*, 356(2), 157-165. doi: 10.1056/NEJMsa064115.

Binswanger, I.A., Merrill, J.O., Krueger, P.M., White, M.C., Booth, R.E., & Elmore, J.G. (2010). Gender differences in chronic medical, psychiatric, and substance-dependence disorders among jail inmates. *American Journal of Public Health*, 100(3), 476-482.

Black, D. W., Gunter, T., Allen, J., Blum, N., Arndt, S., Wenman, G. & Silien, B. (2007). Borderline personality disorder in male and female offenders newly committed to prison. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 400-405. doi: 10.1016/j.compsych.2007.04006.

Black, D. W., Gunter, T., Loveless, P., Allen, J. & Sieleni, B. (2010). Antisocial personality disorder in incarcerated offenders: Psychiatric comorbidity and quality of life. *Annals of Clinical Psychiatry*, 22, (2), 113- 120.

Brinded, P.M.J., Simpson, A.I.F., Laidlaw, T.M., Fairley, N. & Malcolm, F. (2001). Prevalence of psychiatric disorders in New Zealand prisons: a national study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 166-173.

Borrill, J. & Taylor, D. A. (2009). Suicides by foreign national prisoners in England and Wales 2007: mental health and cultural issues. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 20 (6), 886-905. doi: 10.1080/14789940903174113.

Cahill, B.S., Coolidge, F.L., Segal, D.L., Klebe, K.J., Marle, P.D. & Overmann, K.A. (2012). Prevalence of ADHD and its subtypes in male and female adult prison inmates. *Behavioral Sciences and the Law*, 30, 154-166.

Cramer, V., Torgersen, S. & Kringlen, E. (2003). Personality disorders, sociodemographic correlations, quality of life, dysfunction, and the question of continuity. *Personlichkeitstörungen. Theorie und Therapie*, 7, 189-198.

Dahl, A. A. & Aarre, T. F. (2012). *Praktisk psykiatri*. Fagbokforlaget, Bergen.

DSM-IV (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fourth edition. American Psychiatric Association, Washington, DC.

- Einarsson, E., Sigurdsson, J.F., Gudjonsson, G., Newton, A.K. & Bragason, O.O. (2009). Screening for attention-deficit hyperactivity disorder and co-morbid mental disorders among prison inmates. *Nordic Journal of Psychiatry*, 63(5), 361-367.
- Fazel, S., Bains, P. & Doll, H. (2006). Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction*, 101, 181-191.
- Fazel, S., Cartwright, J., Norman-Nott, A. & Hawton, K. (2008). Suicide in prisoners: a systematic review of risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(11), 1721-1731.
- Fazel, S. & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet*, 359, 545-550.
- Fazel, S., Grann, M., Kling, B. & Hawton, K. (2011). Prison suicide in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003-2007. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(3), 191-195. doi: 10.1007/s00127-010-0184-4.
- Fazel, S. & Seewald, K. (2012). Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 200, 364-373.
- Fazel, S. & Baillargeon, J. (2011). The health of prisoners. *The Lancet*, 377, 956-965.
- Friestad, C. & Skog Hansen, I.L. (2004). Levekår blant innsatte. Fafo-rapport (pp. 1-95). Oslo.
- Gamman, T. & Linaker, O.M. (2000). Screening for psykiatrisk lidelse blant fengsels innsatte. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, 120, 2151-2153.
- Ginsberg, Y., Hirvikoski, T. & Lindefors, N. (2010). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) among long-term prison inmates is a prevalent, persistent and disabling disorder. *BMC Psychiatry*, 10:112.
- Gunn, J., Maden, A. & Swinton, M. (1991). Treatment needs of prisoners with psychiatric disorders. *British Medical Journal*, 30, 338-341.
- Hammerlin, Y. (2010). Å bryte livet i fengsel. *Suicidologi*, 15, 20-29.
- Hammerlin, Y. (2013). Selvmord i fengsel. KRUS. Forelesning, 12. september 2013.
- Hartvig, P. & Østberg, B. (2004). Psykisk lidelse og avvik blant norske fengsels innsatte. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, 124, 2091-2093.
- Huang, Y., Kotov, R., Girolamo, de G., Preti, A., Angermeyer, M., Benjet, Corina., Demyttenaere, K., Graaf, de R., Gureje, O., Karam, A. N., Lee, S., Lépine, J. P., Matschinger, H., Posada-villa, J., Suliman, S., Vilagut, G. & Kessler, R. C. (2009). DSM-IV personality disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, 195, 46-53. doi:10.1192/bjp.bp.108.058552.

Hummelen, B., Wilberg, T., Pedersen, G. & Karterud, S. (2008). The quality of DSM-IV obsessive-compulsive personality disorder construct as a prototype category. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 446-455.

Justis- og politidepartementet (2008). Etterkontroll av reglene om strafferettslig utilregnelighet, strafferettslige særreaksjoner og forvaring. Oslo.

Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E., Walters, E. E. (2005). The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*, 35 (2), 245-256.

Kinyanjui, D. & Atwoli, L. (2013). Substance use among inmates at the Eldoret prison in Western Kenya. *BMC Psychiatry*, 13:53.

Kingston, P., Mesurier, N. L., Yorston, G., Wardle, Sue. & Heath, L. (2011). Psychiatric morbidity in older prisoners: unrecognized and undertreated. *International Psychogeriatrics*, 23(8), 1354-1360. doi:10.1017/S1041610211000378.

Kjelsberg, E., & Hartvig, P. (2005). Can morbidity be inferred from prescription drug use? Results from a nation-wide prison population study. *European Journal of Epidemiology*, 20, 587-592.

Kjelsberg, E., Hartvig, P., Bowitz, H., Kuisma, I., Norbech, P., Rustad, A. B. & Vik, T. G. (2006). Mental health consultations in a prison population: a descriptive study. *BMC Psychiatry*, 6: 27. doi: 10.1186/1471-244x-6-27.

Kopp, D., Drenkhahn, K., Dünkler, F., Freyberger, H. J., Spitzer, C., Barnow, S. & Dudeck, M. (2011). Psychische Symptombelastung bei Kurz- und langzeitgefangenen in Deutschland. *Nervenarzt*, 82, 880-885. doi:10.1007/s00115-010-3066-9.

Kringlen, E., Torgersen, S. & Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1091-1098.

Langeveld, H. & Melhus, H. (2004). Blir psykiske lidelser i fengsel fanget opp av helsetjenesten? *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, 124, 2094-7.

Lintonen, T. P., Vartiainen, H., Aarnio, J., Hakamäki, S., Viitanen, P., Wuolijoki, T. & Joukamaa, M. (2011). Drug use among prisoners: By any definition, it's a big problem. *Substance Use & Misuse*, 46, 440-451. doi: 10.3109/10826081003682271.

Lukasiewicz, M., Blecha, L., Falissard, B., Neveu, X., Benyamina, A., Reynaud, M., & Gasquet, I. (2009). Dual diagnosis: prevalence, risk factors, and relationship with suicide risk in a nationwide sample of French prisoners. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 33(1), 160-168. doi: 10.1111/j.1530-0277.2008.00819.x.

Malt, U. F., Andreassen, O. A., Melle, I. & Årslund, D. (2012). *Lærebok i psykiatri*. 3. utgave. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo.

- Mundt, A. P., Alvarado, R., Fritsch, R., Poblete, C., Villagra, C., Kastner, S. & Priebe S. (2013). Prevalence rates of mental disorders in Chilean prisons. *PLOS ONE*, 8(7)e69109.
- Mykletun, A., Knudsen, A.K. & Mathiesen, K.S. (2009). *Psyriske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Nes, R.B. & Clench-Aas, J.(2011). *Psyriske helse i Norge. Tilstandsrapport med internasjonale sammenlikninger*. Oslo.
- Opitz-Welke, A. Bennefeld-Kersten, K., Konrad, N. & Welke, J. (2013). Prison suicides in Germany from 2000 to 2011. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36(5-6), 386-389. doi: 10.1016/j.ijlp.2013.06.018.
- Piselli, M., Elisei, S., Murgia, N., Quartesan, R. & Abram, Karen, M. (2009). Co-occurring psychiatric and substance use disorders among male detainees in Italy. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32(2), 101-107. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijlp.2009.01.006>.
- Pfohl, B., Blum, N. & Zimmermann, M. (1995). *Structured Interview for DSM-IV Personality (SIDP-IV)*. Iowa City, IA: Department of Psychiatry, University of Iowa.
- Pondé, M. P., Freire, A. C. C. & Mendonça, M. S. S. (2011). The prevalence of mental disorders in Prisoners in the City of Salvador, Bahia, Brazil. *Journal of Forensic Science* 56(3), 679-682). doi:10.1111/j.1556-4029.2010.01691.x.
- Proctor, S. & Hofmann, G. N.(2012). Identifying patterns of co-occurring substance use disorders and mental illness in a jail population. *Addiction Research & Theory*,20 (6), 492- 503. doi: 10.3109/16066359.2012.667853.
- Rasmussen, K., Almvik, R. & Levander, S. (2001). Attention deficit hyperactivity disorder, reading disability, and personality disorders in a prison population. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 29(2), 186-193.
- Rasmussen, K., Storsæter, O. & Levander, S. (1999). Personality Disorders, Psychopathy and Crime in a Norwegian Prison Population. *International Journal of Law and Psychiatry*, 22, 91-97.
- Rosler, M., Retz, W., Retz-Junginger, P., Henges, G., Schneider, M., Supprian, T., Thome, J. (2004). Prevalence of attention deficit-/hyperactivity disorder (ADHD) and comorbid disorders in young male prison inmates. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 254(6), 365-371. doi: 10.1007/s00406-004-0516-z.
- Rosler, M., Retz, W., Yaqoobi, K., Burg, E., & Retz-Junginger, P. (2009). Attention deficit/hyperactivity disorder in female offenders: prevalence, psychiatric comorbidity and psychosocial implications. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 259(2), 98-105.doi: 10.1007/s00406-008-0841-8.

Salize, H. J., Dressing, H. (2008). Epidemiologie und Versorgung psychischer Störungen in Europäischen Strafvollzug. *Psychiatrische Praxis*, 35, 353-360.

Salize, H. J., Dressing, H. & Kief, C. (2007). Mentally Disordered Persons in European Prison Systems- Needs, Programmes and Outcome (EUPRIS). Mannheim, Central Institute of Mental Health.

Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E. & Dunbar, G. C. (1998). The Mini- International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 Suppl. 20, 22-33; quiz 34-57.

Skardhamar, T. (2002). Levekår og livssituasjon blant innsatte i norske fengsler. Institutt for kriminologi og rettsosologi, Universitetet i Oslo.

Sørland, T. O. & Kjelsberg, E. (2009). Mental helse hos varetektsfengslede tenåringsgutter. *Tidsskrift for Den norske Legerforening*. 129, 2472-2475.

Torgersen, S., Kringlen, E. & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry* 58, 590-596.

Vicens, E., Vicens, T., Duenas R. M., Muro, A., Ferez-Arnau, F., Arroyo, J. M., Acin, E., Vicente, A., Guerrero, R., Lluch, J., Planella, R. & Sarda P. (2011). The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Criminal Behaviour and Mental health*, 21, 321-332. doi:10.1002/cbm.815.

Usher, A. M., Stewart, L. A. & Wilton, G. (2013). Attention deficit hyperactivity disorder in a Canadian prison population. *International Journal of Law and Psychiatry* 36, 311-315.

Veling, W. (2013). Ethnic minority position and risk for psychotic disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(2), 166-171. doi: 10.1097/YCO.0b013e32835d9e43.

Vinkers, D. J., Vorst, van de M. & Hoek, H. W. (2012). Severe mental illness in prisoners worldwide. *British Journal of Psychiatry*, 201, 327-328. doi: 10.1192/bjp.201.4.327a.

Værøy, Henning. (2011). Depression, anxiety, and history of substance abuse among Norwegian inmates in preventive detention: Reasons to worry? *BMC Psychiatry*, 11(1), 40.

Ward, M. F., Wender, P. H. & Reimherr, F. W. (1993). The Wender Utah Rating Scale: An aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *American journal of Psychiatry*, 150(6), 885-890.

WHO (2007). Preventing suicide in jails and prisons. ISBN 978 924 1595506.

Ødegård, E. (2008). Narkotika- og alkoholproblemer blant innsatte i norske fengsler. *Nordisk Alkohol & Narkotikatidsskrift*, 25, 169-185.

