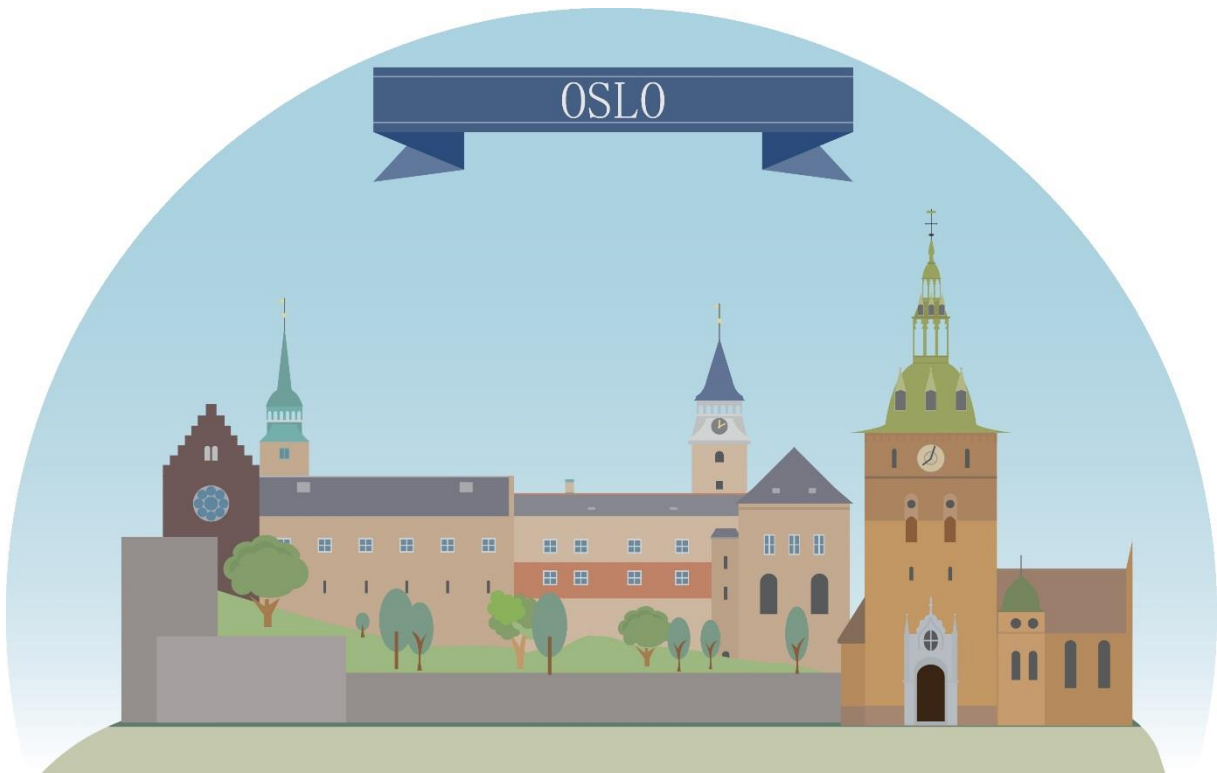


RAPPORT 4/2019

SENTER FOR RUS- OG AVHENGIGHETSFORSKNING (SERAF)

INNSATTE OG PASIENTER I RUSBEHANDLING MED TILKNYTTNING TIL OSLO



Marianne Lindstad, Anne Bukten og Thomas Clausen

seraf



UiO • Universitetet i Oslo

RAPPORT 4/2019

SENTER FOR RUS- OG AVHENGIGHETSFORSKNING (SERAF)

INNSATTE OG PASIENTER I RUSBEHANDLING MED TILKNYTTNING TIL OSLO

Marianne Lindstad, Anne Bukten og Thomas Clausen



UiO : Universitetet i Oslo

© SERAF, 2019

Engelsk tittel:

Omslagsbilder:

Forside: © Colorbox

Rapporten kan lastes ned fra SERAF's hjemmeside

www.seraf.uio.no

INNHold

Forord	1
Sammendrag av hovedfunn	2
1. Bakgrunn	3
2. Metode	5
2.1 Pasienter i rusbehandling - NorComt	5
2.2 Innsatte i fengsel - NorMA	6
Resultater	9
3. LAR-pasienter med Oslo tilhørighet	9
3.1 Demografi	9
3.1.1. LAR-medisiner	10
3.1.2 Utdanning og inntekt.....	10
3.1.3 Boligforhold	12
3.2 Bruk av narkotika og medikamenter (ikke forskrevne)	12
3.2.1 Bruk av narkotika og medikamenter – siste måned før behandlingsoppstart.....	12
3.2.2 Behandling- avbrudd, behov og oppfølging av hjelpeapparatet.....	13
3.3 Helse og livskvalitet	14
3.3.1 Fysisk helse	14
3.3.3 Sosialt nettverk.....	15
3.3.4 Livskvalitet	16
3.3.5 Angst og depresjon.....	17
Oppsummering LAR-pasienter	18
4. Innsatte med Oslo tilhørighet	19
4.1. Demografi.....	19
4.1.1 Nåværende fengsling.....	20
4.1.2 Typer av siktelser og domfellelser.....	20
4.1.3 Utsatt for kriminalitet.....	21
4.1.4 Utdanning og inntekt.....	22
4.1.5 Boligforhold	23
4.2 Bruk av narkotika og medikamenter (ikke forskrevne)	24
4.2.1 Bruk av narkotika og medikamenter	24
4.2.2 Bruk av narkotika og medikamenter – siste halvår før soning.....	24
4.3 Bruk av alkohol	25

4.4 Legemiddelassistert-behandling (LAR) i fengsel.....	26
4.5 Helse og livskvalitet	27
4.5.1 HIV og Hepatitt	27
4.5.2. Livskvalitet og forhold til seg selv og andre.....	27
4.5.3 Angst og depresjon.....	28
Oppsummering innsatte med Oslo-tilhørighet	29
5. Kvinner med rus og kriminalitet	30
5.1. Demografi.....	30
5.1.1 Utført Kriminalitet	31
5.1.2 Utsatt for kriminalitet.....	31
5.1.3 Utdanning og inntekt.....	32
5.1.4 Boligforhold	33
5.2 Bruk av narkotika og medikamenter (ikke forskrevne)	34
5.2.1 Bruk av narkotika og medikamenter siste halvår før behandlingsoppstart.....	34
5.2.2 Bruk av narkotika og medikamenter – siste halvår før fengsling.....	34
5.3 Helse og livskvalitet	35
5.3.1 HIV og Hepatitt	35
5.3.2 Forholdet til seg selv og andre	35
5.3.3 Angst og depresjon.....	36
Oppsummering kvinner med rus og kriminalitet	37
6. Unge utsatte med tilknytning til Oslo.....	38
6.1 Demografi.....	38
6.1.1 Utsatt for kriminalitet.....	39
6.1.2 Boligforhold	40
6.2 Bruk av narkotika og medikamenter (ikke forskrevne)	40
6.3 Helse og livskvalitet	41
6.3.1 Forholdet til seg selv og andre	41
6.3.2 Angst og depresjon.....	42
Oppsummering unge innsatte.....	43
7. Oppsummering og diskusjon.....	44
8. Metodologiske betraktninger.....	47
9. Avsluttende kommentarer	47
Referanser	48

FORORD

Denne rapporten er skrevet av SERAF, Senter for rus og avhengighetsforskning (UiO) og finansiert av OsloForskning, ved Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo.

Osloforskning er et samarbeid mellom Oslo kommune og Universitetet i Oslo (UiO), som skal bidra til å fremme forskning og rekruttering til forskning som henter sitt tema fra Oslo. Universitetet i Oslo ønsker å stimulere osloforskningsmiljøet og Oslo kommune ønsker på sin side å nyttiggjøre seg universitetets kompetanse for å kunne drive fremtidsrettet styring.

Denne rapporten sammenstiller kunnskap om innsatte som sitter i fengsel i Oslo og pasienter som mottar rusbehandling i Oslo. Rapporten baserer seg på data fra to ulike studier som drives ved SERAF: NorMA (The Norwegian Offender Mental Health and Addiction Study) og NorComt (Norsk kohort av pasienter i legemiddelassistert rehabilitering og annen rusbehandling).

Rapporten er organisert ved at resultatene for innsatte i fengsel og pasienter i rusbehandling presenteres separat i to ulike deler (kapittel 3 og 4). I kapitlene 5 og 6 om henholdsvis kvinner og unge presenteres data fra begge studiene samlet.

Datamaterialet som presenteres i rapporten er omfattende og er basert på en rekke personlige spørsmål noen av sensitiv karakter. Vi vil først og fremst rette en stor takk til alle innsatte og pasienter i rusbehandling som deltok i undersøkelsen.

Flere har bidratt til utformingen av denne rapporten. Spesielt vil vi takke Ashley Muller og Francesca Melis for gjennomføring av preliminære analyser og nyttige bidrag.

Gruppen som har hatt ansvar for rapporten består av Marianne Lindstad, Anne Bukten og Thomas Clausen ved Seraf. Vi står alene ansvarlige for eventuelle feil og mangler i rapporten

Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF), Universitetet i Oslo

Oslo, desember 2019

SAMMENDRAG AV HOVEDFUNN

Pasienter i rusbehandling:

- LAR pasienter med Oslo tilknytning hadde dårligere psykisk helse og livskvalitet enn LAR pasienter i resten av landet ved behandlingsoppstart.
- Ett år etter behandlingsoppstart hadde LAR- Oslo pasientene bedre psykisk helse, større grad av bedring i livskvalitet og mindre grad av sosial isolering enn LAR pasienter i resten av landet.
- Metadon var det vanligste LAR medikamentet blant LAR-Oslo pasienter, mens Suboxone ble mest brukt blant LAR pasienter i resten av landet.
- Blant LAR- Oslo pasientene som fremdeles brukte rusmidler ett år etter behandlingsoppstart var heroin mest brukt. Oslo pasientene hadde mer erfaring med røyking av heroin. Cannabis var mest brukt blant LAR pasienter i resten av landet.
- Ytterligere behandlingsbehov ett år etter behandlingsoppstart var større blant LAR- Oslo pasienten enn blant LAR pasienter i resten av landet.
- Rusmiddelbruk og misnøye med rammer og regler under behandlingen ble oppgitt som hovedgrunnene til behandlingsavbruddene.
- LAR-Oslo pasientene ønsket seg mer informasjon om medikamentene i LAR og bedre oppfølging i forhold til psykisk helse, bistand til bolig og økonomioppfølging.
- Kvinner i rusbehandling hadde i større grad blitt utsatt for seksualisert vold, hadde dårligere livskvalitet og var mer plaget av psykiske lidelser enn kvinnegruppen i fengsel.

Innsatte i fengsel:

- Innsatte med Oslo tilhørighet har større utfordringer knyttet til rus, og dårligere psykisk helse enn Oslo-nære innsatte og innsatte i resten av landet.
- Ruskriminalitet (det vil si bruk og besittelse, smugling og omsetning, og kjøring i beruset tilstand) er dominerende blant Oslo-innsatte, og markant flere Oslo-innsatte enn Oslo-nære innsatte og innsatte i resten av landet var fengslet på grunn av bruk og besittelse av narkotika.
- Færre Oslo -innsatte enn Oslo-nære innsatte og innsatte fra resten av landet var i jobb før innsettelse. Inntekt fra kriminell virksomhet var også mer vanlig blant Oslo- innsatte sammenlignet med innsatte fra resten av landet.
- Innsatte kvinner og unge innsatte rapporterte om bedre opplevd livskvalitet under soning enn kvinner og unge ved oppstart av rusbehandlingen.

Basert på resultatene fra denne rapporten kan man konkludere at ruspasienter og innsatte med Oslo tilhørighet har høyere grad av rusutfordringer, psykiske plager og levekårsproblematikk enn ruspasienter og innsatte i resten av landet. Samlet sett hadde innsatte i fengsel noe bedre livssituasjon under soning enn ruspasientene ved behandlingsoppstart. I sum understreker dette hvor marginaliserte personer med ruslidelse er og at disse ofte har sammensatte problemer innen flere domener i livet i tillegg til rusmiddelbruk. Ofte fører rusmiddelbruk til kriminalitet som resulterer i fengsling. Gode og relevante tjenestetilbud bør være individuelt tilpasset, sammensatte og langvarige og dette stiller store krav til samhandling mellom tjenestenivåene.

1. BAKGRUNN

Oslo er Norges storby og hovedstad, men også en by hvor mange har utfordringer og derav er også Oslo en by med et mangfold av hjelpetilbud. Det er vanskelig å gi en fullstendig oversikt over hvor mange personer som har rusproblemer og som bor i Oslo kommune, men i den nye rapporten Helhetlig russtatistikk for Oslo kommune 2018/2019 estimeres det at minst 7 000 til 8 000 personer i Oslo mottar tjenester i kommunen, spesialisthelsetjenesten og/eller av frivillige/ideelle aktører på bakgrunn av rusproblemer [1].

I kartlegging av brukere som mottar tjenester av bydelene på grunn av rus eller rus- og psykisk helse problemer, BrukerPlan, kommer det frem at 37 prosent av de kartlagte er vurdert å ha betydelig eller omfattende bruk av alkohol, mens 25 prosent har betydelig eller omfattende bruk av cannabis. Dette er prosentvis høyere andel enn landsgjennomsnittet. Ti prosent vurderes å ha betydelig eller omfattende bruk av heroin, noe som er et betydelig over landsgjennomsnittet. I 2017 var det 43 narkotikautløste dødsfall blant bosatte i Oslo. I tillegg døde to personer (med bostedsregistrering i annen kommune) av overdose mens de oppholdt seg i Oslo.

I rapporten «Helhetlig russtatistikk for Oslo kommune 2018/2019» kommer det frem at totalt 1 460 personer har fått behandling i Legemiddelassistert rehabilitering (LAR), samt at det totalt var 1 714 innsettelse i fengsel for personer med bostedsadresse i Oslo [1].

Både i internasjonale og norske studier er det dokumentert at innsatte i fengsel skiller seg fra den generelle populasjonen på en rekke områder. Tidligere levekårsundersøkelser har oppsummert at innsatte har en opphopning av levekårsproblemer da tre fjerdedeler hadde problemer på to eller flere levekårsområder [2]. I tillegg er det godt dokumentert at innsatte i større grad har hatt en oppvekst preget av alvorlige problemer, lav utdanning, svak tilknytning til arbeidsmarkedet, manglende bolig, rusbruk og problemer med psykisk og fysisk helse [3-10]

Det nære forholdet mellom rusmiddelbruk og kriminalitet er godt dokumentert [11] og rusmiddelbrukere er overrepresentert i fengselspopulasjoner verden over [12]. I en tidligere rapport publisert ved SERAF kom det frem at om lag halvparten av innsatte i norske fengsel oppgav å ha brukt rusmidler daglig i perioden før innsettelse [13]. Mest vanlig var bruk av cannabis og amfetamin, men mange innsatte rapporterte også om opioidbruk. Om lag en av ti innsatte er i LAR-behandling under soning. Etter løslatelse har innsatte med rusproblemer økt risiko for tilbakefall til mer rus og kriminalitet, og er i særskilt høy risiko for overdosedød de første dagene etter løslatelse [14].

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) har eksistert som et landsdekkende tilbud i Norge siden 1998. Fra å ha vært et behandlingsprogram med få pasienter de første årene etter oppstart, var det ved utgangen av 2018 totalt 7762 i behandling i hele Norge [15]. LAR er i dag en spesialisthelsetjeneste og et tilbud innen TSB, tverrfaglig spesialisert behandling i helseforetakene, med en dekningsgrad på minst 60% av målgruppen og med liten eller ingen ventetid for inntak i behandling. Tilbudet er organisert som samarbeid mellom helseforetakets enhet for rusbehandling og helse- og sosialtjenesten i den kommunen pasienten er bosatt i og utformet med en ansvarsgruppe som arbeidsform [15].

LAR-behandling er en av de mest evaluerte behandlingsmetodene rettet mot opioidavhengighet, og gjennom de siste tiårene har en rekke studier vært forholdsvis samstemte om at LAR-behandling er assosiert med redusert dødelighet [16], sykkelighet [17] og kriminalitet [18].

På den andre siden vet vi at mange pasienter i LAR fortsetter å ha utfordringer etter at behandling har startet, og selv etter lengere tid i behandling. I statusrapporten kom det frem at om lag 20% rapporterer om depressive symptomer, og mer enn 1 av 4 har en angstlidelse eller symptomer mens bare en liten andel av disse har mottatt behandling innen psykisk helse.

Hovedmålsettingen med denne rapporten er å sammenstille mer kunnskap om innsatte som sitter i fengsel i Oslo og pasienter som mottar rusbehandling i Oslo. Både innsatte i fengsel og pasienter i rusbehandling er som beskrevet, to marginaliserte grupper som kjennetegnes med omfattende levekårsproblematikk og helseutfordringer. Resultatene fra denne studien vil forhåpentligvis kunne bidra til å drive fremtidsrettet styring knyttet til disse gruppene i Oslo.

2. METODE

Denne rapporten sammenstiller resultater knyttet til to ulike prosjekter som drives av SERAF; NorMA-studien og NorComt-studien. En mer inngående beskrivelse av de to prosjektene følger under.

ANALYSER

Resultatene som beskrives i rapporten er rent beskrivende. Vi har valgt å presentere grupper i hele tall og prosent, men har ikke gjort noen statistiske tester for å undersøke om det er statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene. Ettersom rapporten har en egen del som belyser kvinners situasjon spesielt, er alle øvrige resultater presentert samlet for både menn og kvinner.

Noen studiedeltagere besvarte ikke alle spørsmålene i spørreskjema fullt ut. Årsakene kan være mange, for eksempel at man misforsto spørsmålet eller ikke ville svare. I tabellene hvor vi fremlegger absolutte tall og prosent, presenterer vi alltid svarene basert på den totale prosenten, og man vil dermed se at ikke alle prosentene alltid summerer seg til 100. På steder hvor det refereres til prosent av undergrupper i materialet, markeres dette alltid med absolutte tall i tillegg til prosent.

Spesielt ved analyser av små grupper er resultatene sårbare for utvalgsskjevheter. Derfor må man være oppmerksom på usikkerhet i funnene både når det inndelingene generelt, og unge i rusbehandling spesielt.

Ved gjennomføringen av NorMA-studien og NorComt-studien har vi brukt noe forskjellige måleinstrumenter. Selv om vi presenterer resultater på mange av de samme områdene, vil metodologiske forskjeller kunne gjøre at deler av resultatene ikke kan sammenlignes direkte.

ETISKE BETRAKTNINGER

Både NorMA-studien og NorComt-studien er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). I både skriftlig og muntlig forhåndsinformasjon ble frivilligheten i deltagelse vektlagt.

2.1 PASIENTER I RUSBEHANDLING - NORCOMT

Hovedmålsettingen til NorCOMT-studien er å fremskaffe oppdatert kunnskap om kjennetegn ved personer som har vært, og er i rusbehandling. Prosjektet har samlet inn et bredt datamateriale som både inkluderer rusmiddelbruk, behandlingserfaring, men også tema som berører hverdagen både med tanke på psykososiale forhold og livskvalitet generelt. Studien følger pasienter som starter i behandling med og uten legemiddelassistert rehabilitering over tid for å få kunnskap om hvordan pasientforløpene arter seg.

NorCOMT er en prospektiv, naturalistisk oppfølgingsstudie. Det betyr helt enkelt at deltagerne følges over tid fra et gitt tidspunkt (baseline-intervjuet ved oppstart av rusbehandling) til de ble intervjuet igjen ett år senere (oppfølgingsintervjuet). Datainnsamlingen (intervjuene) ble gjennomført i perioden 2013 – 2016. De inkluderte i NorComt begynte en ny behandlingsepisode i inklusjonsperioden ved ett av de deltagende sentrene. Det ble gjennomført baseline-intervju vanligvis innen de 3 første ukene etter behandlingsoppstart.

Intervjuskjema var nesten det samme på behandlingsoppstart og oppfølging, med ca. 100 spørsmål. I utgangspunktet var intervjuskjema basert på et kartleggingsverktøy som ble kalt «klientkartleggingsskjema», men inkluderte også spørsmål om livskvalitet, ernæring, og behandlingsfornøydhet etc. I NorComt var det et poeng å følge utvikling hos pasienter over tid, og flere «endringsvariabler er generert etter sammenligning mellom et mål ved innkomst i behandling og ved oppfølging.

For å måle angst og depresjonssymptomer blant pasientene i rusbehandling ble målet Hopkins Symptom Checklist (HSCL)-25 benyttet. Det er 10 spørsmål som omhandler angst symptomer og 15 spørsmål omhandlende symptomer på depresjon. Respondentene svarte på spørsmål angående mentale stress symptomer den siste uken. Tradisjonelt har HSCL-25 blitt skåret ut i fra en 4-punkt graderingsskala [19], men NorComt studiet benyttet seg av en 5-punkt graderingsskala fra 0 (ikke plaget) til 4 (veldig plaget) [20]. Det anslås at de som har en gjennomsnittsskåre over 1.00 har psykiske plager av klinisk relevant karakter, og at de som har en skåre på 1.75 eller mer regnes som sterkt plaget av symptomer på angst og depresjon.

For å få oversikt over pasientenes rusbruk ble spørsmål fra kartleggingsverktøyet European Addiction Severity Index (EuropASI) omhandlende rusmiddelbruk benyttet.

I NorComt rekrutterte man fra til sammen 21 LAR og døgninstitusjoner fra hele landet, hvorav ett LAR behandlingstilbud og en døgnbasert kvinneinstitusjon var i Oslo.

Til sammen 548 deltakere fra 21 enheter deltok i baseline intervjuene hvorav 341 deltok i oppfølgingsintervjuene ett år senere.

INDELINGER AV PASIENTER TIL OSLO-RAPPORTEN

I rapporten er det fokusert på LAR populasjonen spesielt, hvor personer med bo- og eller behandlingsadresse i Oslo er inkludert i «Oslo-LAR gruppen», mens de øvrige ble inkludert fra LAR behandling i resten av landet. I hele NorComt prosjektet er ca. halvparten av de inkluderte rekruttert fra døgnbehandlingstiltak, mens de resterende er fra LAR-behandling.

2.2 INNSATTE I FENGSEL - NORMA

Målsetningen med NorMA-studien er å indentifisere innsattes rus og helsesituasjon både forut for og under soning, samt å kartlegge ulike erfaringer og utfordringer fra tidlig i livet. Dataene i NorMA-studien ble samlet inn ved hjelp av spørreskjema som innsatte svarte på.

Spørreskjemaet ble dobbeltoversatt til engelsk, tysk russisk og fransk og inkluderer en rekke ulike deltema: 1) Demografi: nasjonalitet, arbeid, utdanning, inntekt, sosiale stønader og boforhold, 2) Nåværende fengsling: sikkerhetsnivå, tiltaler og domfellelser, 3) Helseopplysninger: fysisk og psykisk helse (HSCL-10), livskvalitet (QOL5), behandlingsmotivasjon (DUDIT E), trening og livsstil, 4) Bruk av alkohol: AUDIT, 5) Bruk av narkotika og medikamenter: livstid, siste halvår før soning, under tidligere og nåværende fengsling, behandling for narkotika og medikamentbruk og DUDIT E, 6) Tidligere kriminalitet: utsatthet for kriminalitet og utøvd kriminalitet (livstid), 7) Selvkontroll og 8) Bruk av forskrevne legemidler før og under soning.

For å måle eventuelle alkoholproblemer svarte innsatte på the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) som er et selvrapporteringskjema for identifisering av alkoholproblemer. Skjemaet

inneholder 10 spørsmål, og gir en skåre fra 0-40, der en gjennomsnittlig skåre på 8 poeng eller mer angir et nivå som indikerer skadelig eller risikofylt bruk. Testen kan brukes til å identifisere tre ulike nivåer av risikodrikking: 0-7 (ingen risiko), 8-15 (enkle råd om redusering av alkoholbruk), 16-19 (rådgivning og oppfølging), og 20-40 (henvisning for utredning) [21, 22].

For å måle eventuelle problemer med bruk av illegale rusmidler ble Drug Use Disorders Identification benyttet (DUDIT). DUDIT består av 11 spørsmål som sikter mot å finne ut av konsumpsjonsmønsteret og rusrelaterte problem av forskjellige slag. Det maksimale poengtallet for DUDIT-spørsmålene er 44 poeng (11 x 4). Har en mannlig klient 6 poeng eller mer har han sannsynligvis rusrelaterte problem – enten misbruk/skadelig bruk eller avhengighet. En kvinnelig klient med 2 poeng eller mer har sannsynligvis rusrelaterte problem. Samtidig bør alle klienter med 1 poeng eller mer bli utredet for å avgjøre hvor vidt det dreier seg om en pågående illegal bruk. Har klienten 25 poeng eller mer er han eller hun med stor sannsynlighet avhengig av en eller flere rusmidler [23]. I denne rapporten er det valgt å ikke skille mellom kvinner og menn når det kommer til cut off for sannsynlig rusrelaterte problemer da kvinnelige og mannlige innsattes rusmønster er sammenfallende.

For å måle symptomer på angst og depresjon blant innsatte ble Hopkins Symptom Checklist (HSCL)-10 benyttet [24]. Innsatte ble spurt om å rangere ulike plager i de siste 14 dagene, fra 1 (ikke plaget) til 4 (veldig plaget) på hvert av de 10 spørsmålene i målet. Poengene ble lagt sammen til en score mellom 10 og 40, der 40 betyr veldig mye plaget. Det anslås at de som har en gjennomsnittscore på 1,85 eller høyere på HSCL-10 har psykiske plager av klinisk relevant karakter. De som har en skåre på 1.90 eller mer regnes som sterkt plaget av symptomer på angst og depresjon [24].

Livskvalitet ble målt med spørreskjemaet QOL5 som er en anerkjent måte å måle livskvalitet på [10], med svar på 5 spørsmål. Svarene graderes på en skala fra Meget dårlig (0) til Meget godt (4). Jo høyere gjennomsnitt dess bedre opplevd livskvalitet.

NorMA-Studien hadde ingen eksklusjonskriterier men innsatte som var på institusjoner utenfor kriminalomsorgen ved undersøkelsestidspunktet (for eksempel § 12) ble ikke forespurt om å delta i undersøkelsen. Data ble samlet inn i til sammen 57 fengselsenheter i perioden 2013-2014, og inkluderer fengsel med høyt og lavt sikkerhetsnivå, samt overgangsboliger. Tre av landets fengsel er forbeholdt soning for kvinner.

Seks enheter, med en samlet kapasitet på 179 innsatte, ble ikke inkludert i datainnsamlingen, primært på grunn av geografisk tilgjengelighet og logistikk. De fengselsenheter som ikke ble besøkt, skiller seg ikke fra de som er inkludert i materialet på andre kriterier enn beliggenhet.

INDELINGER AV INNSATTE TIL OSLO-RAPPORTEN

Kriminalomsorgen tar utgangspunkt i nærhetsprinsippet når de innkaller til gjennomføring av straff. Dette innebærer at domfelte skal få muligheten til sone sin straff i en enhet så nære bostedsadresse som mulig. Målet for denne rapporten er å vise et bilde av situasjonen til innsatte med Oslo tilhørighet. Deltakeren er derfor valgt ut ifra det fengslet de oppholdt seg i da de deltok på undersøkelsen.

Resultatene er delt inn i tre områder, ut ifra hvilket fengsel deltakeren oppholdt seg i. Hensikten med denne inndelingen er å vise eventuelle forskjeller mellom innsatte fra fengsler med beliggenhet i Oslo kommune, fengslene i Oslo omegn og resten av landet. Tre grupper beskrives i rapporten: Oslo-innsatte, Oslo-nære innsatte og innsatte i resten av landet.

Gruppen *Oslo-innsatte* innebefatter innsatte som har sonet høysikkerhetsfengslene Oslo fengsel og Bredtveit, lavsikkerhetsfengslene Bredtveit avdeling B2 samt Oslo overgangsbolig Torshov avdeling. Bredtveit og Bredtveit avdeling B2 er Norges største kvinnefengsel. Oslo overgangsbolig Torshov avdeling (tidligere Sandaker fengsel) er en overgangsbolig for både menn og kvinner. Disse fengslene er valgt da de har fysisk lokalitet i Oslo kommune. Oslo fengsel er primært et varetekstfengsel, samtidig er det mange som blir sittende i Oslo fengsel også etter at de har fått dom.

Gruppen *Oslo-nære* består av innsatte som har sonet i høysikkerhetsfengslene Ullersmo og Halden og Eidsberg samt lavsikkerhetsfengslene Krogsrud, Trøgstad, Ilseng og Ravneberget (kvinnefengsel). Disse fengslene har fysisk lokalitet utenfor Oslo kommune, men er inkludert som egen gruppe med bakgrunn i at domfelte bosatt i Oslo i all hovedsak blir innkalt til soning også ved disse fengslene.

Gruppen *innsatte i resten av landet* består av 46 enheter fra hele landet. Ila fengsel-og forvaringsanstalt huser innsatte fra hele landet dømt til forvaring. I Kongsvinger fengsel soner innsatte med utenlandsk opprinnelse som skal sendes ut av landet i løpet av eller etter endt soning. Disse to enhetene (Ila og Kongsvinger) er med bakgrunn i innsattpopulasjonen derfor utelatt fra gruppen «Oslo-nære» og blitt lagt i gruppen «Resten av landet».

RESULTATER

3. LAR-PASIENTER MED OSLO TILHØRIGHET

Følgende resultater er hentet fra intervjuene ved behandlingsoppstart og oppfølgingsintervjuer ett år etter. Ved behandlingsoppstart var 57 av LAR pasientene definert som LAR-Oslo pasienter, da de ble fulgt opp av seksjon ruspoliklinikker i Oslo eller fikk poliklinisk oppfølging av LAR i Akershus med bostedsadresse i Oslo. Av de 57 LAR-Oslo pasientene deltok 33 i oppfølgingsintervjuet ett år etter behandlingsstart. LAR pasienter i resten av landet inkluderte de øvrige LAR pasientene som ikke hadde bostedsadresse i Oslo. Dette var 226 ved behandlingsoppstart hvorav 146 deltok i oppfølgingsintervjuet ett år etter.

3.1 DEMOGRAFI

Andelen kvinner (49%) blant LAR- Oslo pasientene var høyere enn blant LAR pasienter fra resten av landet (23%). LAR pasienter i resten av landet var i snitt 5 år yngre enn LAR-Oslo pasientene (Tabell 1).

Flesteparten av LAR-Oslo pasientene var enslige (88%), mens om lag en femtedel var gifte eller samboende (22%). Andelen LAR pasienter i etablerte parforhold var høyere blant LAR-Oslo pasienter sammenlignet med LAR pasienter i resten av landet (12%) (Tabell 1).

Ved oppfølgingsintervjuene ett år etter behandlingsoppstart, svarte 40 prosent av LAR-Oslo pasientene at de fremdeles var enslige. Fem prosent hadde blitt samboende eller gift i løpet av det siste året. Blant LAR pasienter i resten av landet var det noen flere som hadde etablert seg i samboerskap eller blitt gift det siste året (9%).

Tabell 1. Demografiske kjennetegn etter LAR-pasient gruppe. Absolutte tall og prosent (%).

	LAR-Oslo	LAR resten av landet
Antall	57	226
Menn	29 (51)	173 (77)
Kvinner	28(49)	53 (23)
Alder gjennomsnitt	38 år	33 år
Sivilstatus		
Enslig	50 (88)	200 (88)
Gift /samboer	7 (22)	26 (12)
Fødeland		
Norge	47 (82)	218 (97)
Norden utenom Norge	4 (7)	-
Vest Europa utenfor Norden	5 (9)	7 (3)

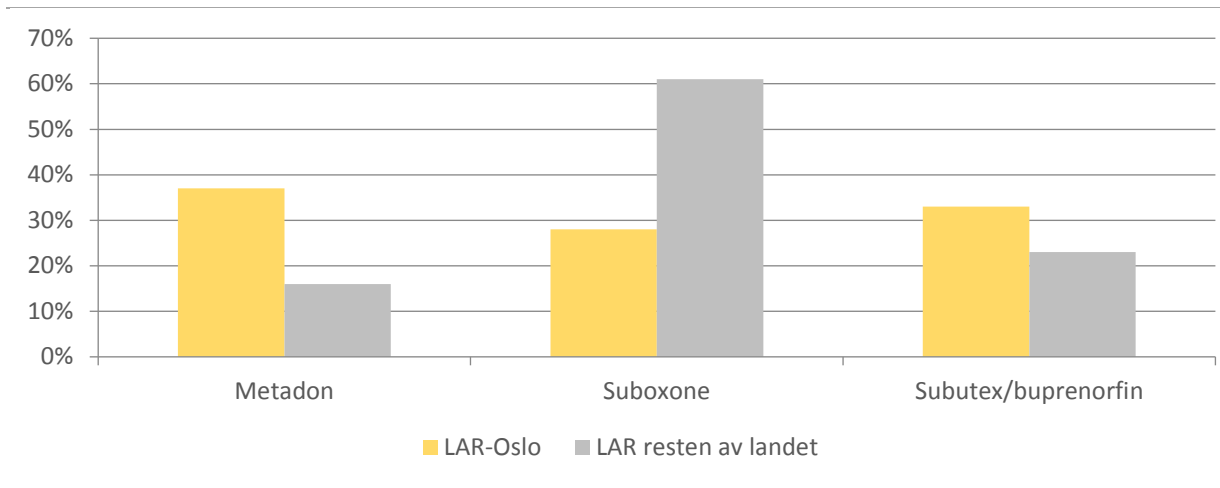
Grupper: LAR-Oslo pasienter (n=57), LAR pasienter i resten av landet (n= 226)

Blant LAR-Oslo pasientene var en noe større andel født utenfor Norge (18%), sammenlignet med resten av landet (3%) (Tabell 1).

3.1.1. LAR-MEDISINER

I Figur 1 kommer det frem at Metadon (37%) ble mest brukt blant LAR-Oslo pasienter, deretter Subutex/buprenorfin (33%) og Subutex (28%). Til sammenligning ble Suboxone (61%) mest brukt blant LAR pasienter i resten av landet, før Subutex/buprenorfin (23%) så Metadon (16%).

Figur 1. LAR- medikament ved oppstart av behandling. Absolutte tall og prosent (%).



Grupper: LAR-Oslo pasienter (n=57) og LAR pasienter i resten av landet (n= 226)

3.1.2 UTDANNING OG INNTEKT

For å kartlegge utdanningsnivået til pasientene, ble respondentene spurt om å oppgi høyeste fullførte utdanning.

Nær alle LAR- pasientene både i Oslo og i resten av landet hadde fullført grunnskolen. En av fem hadde fullført videregående, og en av ti hadde fullført yrkesfaglig utdanning. Andelen fullført treårig høyskole eller mer, var høyere blant Oslo pasientene (15%) enn blant pasientene fra resten av landet (6%) (Tabell2).

Pasientene ble også spurt om hvilken yrkesstatus de hadde før behandlingsoppstart. Flesteparten av LAR pasientene både i Oslo (81%) og resten av landet (88%) var utenfor arbeidsmarkedet, og ikke under utdanning (Tabell 2).

Ved oppfølgingsintervjuene ett år etter behandlingsoppstart, hadde en av ti beholdt jobben eller fått seg jobb (10% LAR-Oslo pasienter og 13% LAR- pasienter i resten av landet).

Tabell 2. Utdanning og inntekt etter LAR-pasientgruppe. Absolutte tall og prosent (%).

	LAR-Oslo	LAR resten av landet
Høyeste fullførte utdanning		
Ikke fullført grunnskole	4 (7)	10 (4)
Grunnskole	27 (47)	117(52)
Videregående skole	12 (21)	52 (23)
Faglig yrkesutdanning	6 (11)	33 (15)
Treårig høyskole eller mer	8 (15)	13(6)
Yrkesstatus siste 6 måneder før rusbehandling		
Ikke i arbeid eller under utdanning	46 (81)	199 (88)
Heltidsjobb	3(5)	12 (6)
Deltidsjobb	3 (5)	2 (1)
Under utdanning	3 (5)	7 (3)
Deltidsjobb og under utdanning	1 (2)	1 (0,5)
Viktigste inntekt siste måned før rusbehandling		
Lønnet arbeid	1 (2)	5 (2)
Forsørget av andre	-	1 (0,5)
Dagpenger	1 (2)	20 (9)
Sykepenger/AAP	23 (40)	62 (27)
Uføretrygd	10 (17)	64 (28)
Sosial stønad	18 (32)	54 (24)
Annen inntekt	4 (7)	19 (9)

Grupper: LAR-Oslo pasienter (n= 57) og LAR pasienter i resten av landet (n=226)

Ved spørsmål om viktigste inntektskilde måneden før behandlingsoppstart mottok tilnærmet alle LAR-Oslo pasientene statlige eller kommunale økonomiske ytelser (91%). Nær halvparten mottok arbeidsavklaringspenger eller sykepenger (40%). Dette var høyere enn andelen pasienter fra resten av landet med AAP eller sykepenger (27%). En tredjedel av LAR-Oslo pasientene oppgav kommunal sosialstønad som viktigste inntektskilde (32%), mens 17 prosent var uføretrygdet. Andelen LAR pasienter i resten av landet med sosialstønad (24%) var lavere, samtidig var andelen uføretrygde høyere (28%) (Tabell 2).

3.1.3 BOLIGFORHOLD

Pasientene ble spurt om de i hovedsak hadde en stabil bosituasjon siste måned. Det ble ikke eksemplifisert hva som mentes med en stabil bosituasjon. Åtte av ti LAR-Oslo pasienter (82%) sa de hadde hatt en stabil bosituasjon (Tabell 3).

Tabell 3. Bosituasjon etter gruppe. Absolutte tall og prosent (%).

	LAR-Oslo	LAR resten av landet
Stabil bosituasjon før behandling	47 (82)	195 (87)
Boligforhold i siste måned før behandling		
Privat bolig (selveier)	16 (28)	50 (22)
Privat og kommunal bolig (leier)	15 (26)	93 (41)
Hospits/hybelhus/hotell	6 (11)	7 (3)
Institusjon	14 (25)	41 (18)
Ingen bolig	3 (5)	15 (7)
Annen	3 (5)	20 (9)
Hvem bodde du sammen med siste måned før behandling		
Alene	38 (67)	117 (52)
I parforhold	9 (16)	46 (20)
Sammen med venner	3 (5)	4 (2)
Sammen med foreldre	2 (3)	4 (2)
Sammen med barn	-	2 (1)
Sammen med andre	4 (7)	8 (4)

Grupper: LAR-Oslo pasienter (n= 57) og LAR pasienter i resten av landet (n=226)

Halvparten av LAR-Oslo pasientene bodde i eiet (28%) eller leiet bolig (26%). Å bo i leiet bolig var mer vanlig blant pasientene i resten av landet (41%) enn blant Oslo pasientene. Kun en liten andel av alle LAR pasientene var uten bolig (5-7%) (Tabell 3).

På spørsmål om hvem man bodde sammen med den siste måneden før behandlingsoppstart, svarte over halvparten av LAR-Oslo pasientene at de bodde alene (67%), noe høyere andel enn blant LAR pasientene i resten av landet (52%) (Tabell 3).

3.2 BRUK AV NARKOTIKA OG MEDIKAMENTER (IKKE FORSKREVNE)

3.2.1 BRUK AV NARKOTIKA OG MEDIKAMENTER – SISTE MÅNED FØR BEHANDLINGSOPPSTART

For å få et bilde av pasientenes rusituasjon ble de spurt om hvorvidt de hadde brukt rusmidler de siste fire uker før behandlingsoppstart, samt hvor ofte og på hvilken måte de hadde brukt rusmidlene.

Opiatavhengighet er et av kriteriene for å motta LAR-behandling og heroin var det mest brukte rusmidlet forut for behandling. To tredeler (74%) av LAR-Oslo pasientene oppgav bruk av heroin som sitt hovedrusmiddel, hvorav halvparten (49%) av disse hadde daglig bruk. Godt over halvparten (61%) av Oslo pasientene som brukte heroin daglig injiserte og en femtedel (19%) røyket heroin. Til sammenligning oppgav en tredjedel (34%) av LAR pasientene i resten av landet at de hadde brukt heroin den siste måneden før behandling, hvorav 58 prosent oppgav daglig bruk. Halvparten (54%) av pasientene i resten av landet med daglig heroinbruk injiserte, mens kun en liten andel (7%) opplyste at de røyket heroin.

Benzodiazepiner som ikke var forskrevet av lege var det nest mest brukt rusmidlet (23%) blant LAR-Oslo pasientene. En tredjedel (32%) av disse oppgav daglig bruk. Blant LAR pasienter i resten av landet var det nest mest brukte rusmidlet cannabis (24%), hvorav i underkant av en tredjedel (30%) av disse oppgav daglig bruk.

Blant LAR-Oslo pasientene som fremdeles brukte rusmidler ett år etter behandlingsoppstart, var heroin (24%) fortsatt det mest brukte rusmiddelet. En femtedel (21%) av de som brukte heroin fortalte om daglig bruk, og i underkant av en tredjedel (30%) av disse, sa de røyket heroin, mens en femtedel (21%) injiserte.

Blant LAR pasienter i resten av landet som fremdeles brukte rusmidler ett år etter behandlingsoppstart, var cannabis (17%) mest brukt, hvorav en fjerdedel (26%) av disse oppgav daglig bruk.

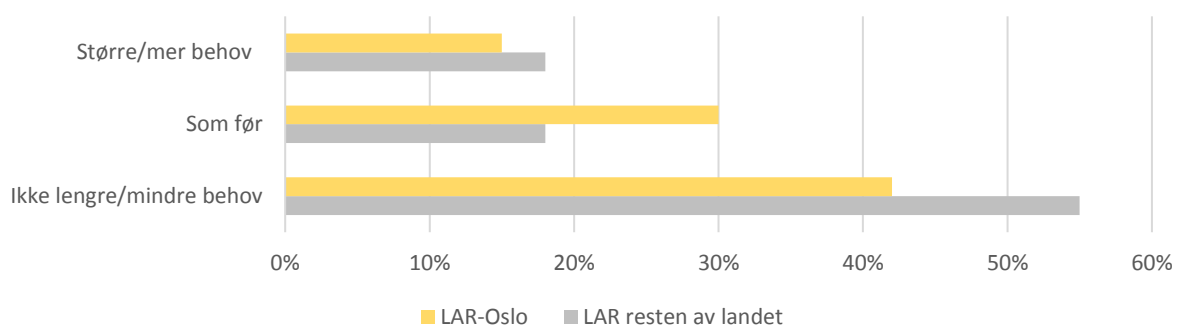
3.2.2 BEHANDLING- AVBRUDD, BEHOV OG OPPFØLGING AV HJELPEAPPARATET

Et av hovedmålene for studien var å kartlegge behandlingsavbrudd og grunnlaget for avbrudd. Pasientene ble derfor ved oppfølgingsintervjuet ett år etter behandlingsoppstart spurt om avbrudd fra behandling det siste året, samt årsak og grunnlag for avbruddet.

En femtedel (18%) av LAR-Oslo pasienter forteller at de det siste året har hatt minst 30 dagers opphold fra LAR- medisiner, og blir dermed regnet som å ha hatt avbrudd fra LAR. Dette var likt med resten av landet. Av de som oppgav begrunnelse for behandlingsavbruddet fortalte flertallet at behandlingsavbruddet var frivillig. De to hovedgrunnene som ble trukket frem var rusmiddelbruk og misnøye med regler og rammer under behandlingen.

Etter ett år ble pasienten spurt om de opplevde å ha ytterligere behandlingsbehov for sine rusproblemer.

Figur 2. Behandlingsbehov ett år etter behandlingsoppstart. Prosent (%).



Grupper: LAR-Oslo pasienter (n=57) og LAR pasienter i resten av landet (n=226)

I underkant av halvparten (41%) av LAR-Oslo pasientene opplevde at de ikke hadde behov for ytterligere rusbehandling eller at behovet var mindre, ett år etter behandlingsoppstart. Blant LAR pasienter i resten av landet var andelen med ingen eller mindre rusbehandlingsbehov høyere (55%) (Figur 2).

Pasientene fikk også mulighet til å fortelle hva de savnet i sin behandling. En av fire LAR-Oslo pasienter (25%) gav tilbakemelding om at de ønsket mer informasjon og bedre oppfølging rundt opptrapping, nedtrapping og bivirkninger av LAR-medikamentene. Pasientene uttalte videre at de ønsket tettere relasjon til ansatte, og større grad av opplevelse i å bli møtt på sine behov. De ønsket større fleksibilitet i LAR og bedre samarbeid mellom de ulike hjelpeinstansene. Områder som gikk igjen var bedre oppfølging av psykisk helse, bolig og økonomi.

Ved oppfølgingsintervjuene etter ett år i behandling ble pasientene spurt om hvilken type oppfølging de hadde fra hjelpeapparatet (Tabell 4).

Tabell 4. Type oppfølging av hjelpeapparatet ett år etter behandlingsoppstart. Prosent (%)

	LAR-Oslo	LAR resten av landet
Ansvarsgruppemøter	23 (70)	100 (68)
Oppfølging LAR- medisinerer	21 (64)	90 (62)
Oppfølging hos fastlege	18 (55)	90 (62)
Individuell plan	16 (48)	71 (49)
Oppfølging av psykisk helse	8 (24)	59 (40)
Oppfølging av somatisk helse	8 (24)	38 (26)
Bistand til kurs, skole, utdanning	6 (18)	35 (24)
Oppfølging av økonomi	6 (18)	41 (28)
Bistand med bolig	6 (18)	35 (24)
Bistand med jobb	4 (12)	19 (13)
Forskrevet benzodiazepiner	3 (9)	24 (16)
Oppfølging av fysisk aktivitet	3 (9)	22 (15)
Oppfølging med ernæring	1 (3)	8 (5)

Grupper: LAR-Oslo pasienter (n=33) og LAR pasienter i resten av landet (n=146)

Den vanligste formen for oppfølging av hjelpeapparatet blant LAR-Oslo pasientene var ansvarsgruppemøter (70%). Mange oppgav også at de hadde oppfølging av LAR-medisinerer (64%) og avtaler med fastlege (55%). Halvparten hadde individuell plan (48%). Det var mindre vanlig med oppfølging av fysisk aktivitet (9%) og ernæring (3%) (Tabell 5). Den største forskjellen mellom Oslo og landet for øvrig var knyttet til den lave andelen Oslo pasienter (24%) som hadde fått oppfølging i psykisk helse i løpet av siste år, sammenlignet med 40 prosent i resten av landet (Tabell 4).

3.3 HELSE OG LIVSKVALITET

I dette kapittelet presenteres disse resultatene hvor det spesielt er lagt vekt på endringer fra behandlingsoppstart og ett år etterpå.

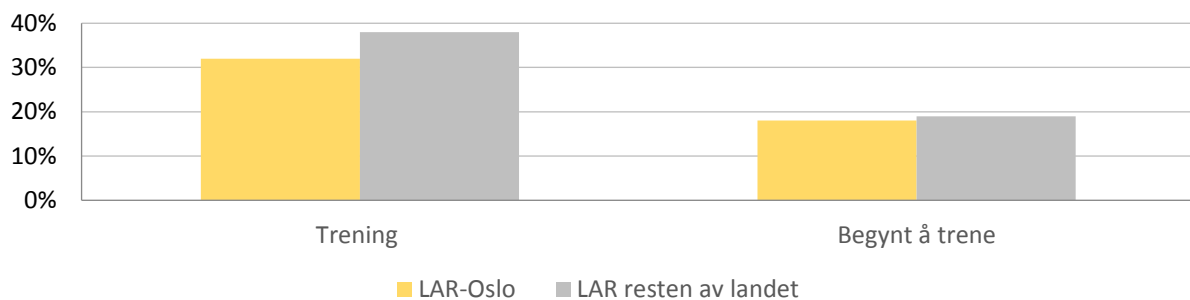
3.3.1 FYSISK HELSE

I en rekke sammenhenger har det vist seg at fysisk aktivitet og trening har en positiv innvirkning på både kroppens funksjon, psykiske helse plager og livskvalitet. Pasientene ble spurt om de drev med fysisk trening enten organisert eller i privat regi 6 måneder før behandlingsoppstart.

En av tre LAR-Oslo pasienter fortalte at de trente før behandlingsoppstart (32%).

Ved oppfølgingsintervjuene ett år etter behandlingsoppstart hadde en av fem av LAR-Oslo pasientene begynt å trene i løpet av det siste året (18%). Noen få (5%) hadde sluttet med fysisk trening (Figur 3).

Figur 3 Trening i løpet av det siste året. Prosent (%).



Grupper: LAR-Oslo pasienter (n=57) og LAR pasienter i resten av landet (n=226).

Pasientene ble også spurt om sine tobakksvaner de siste 6 måneder før behandlingsoppstart. Nær alle (91%) LAR-Oslo pasientene sa de røyket tobakk, mens det var få (4%) som hadde sluttet å røyke det siste året.

3.3.3 SOSIALT NETTVERK

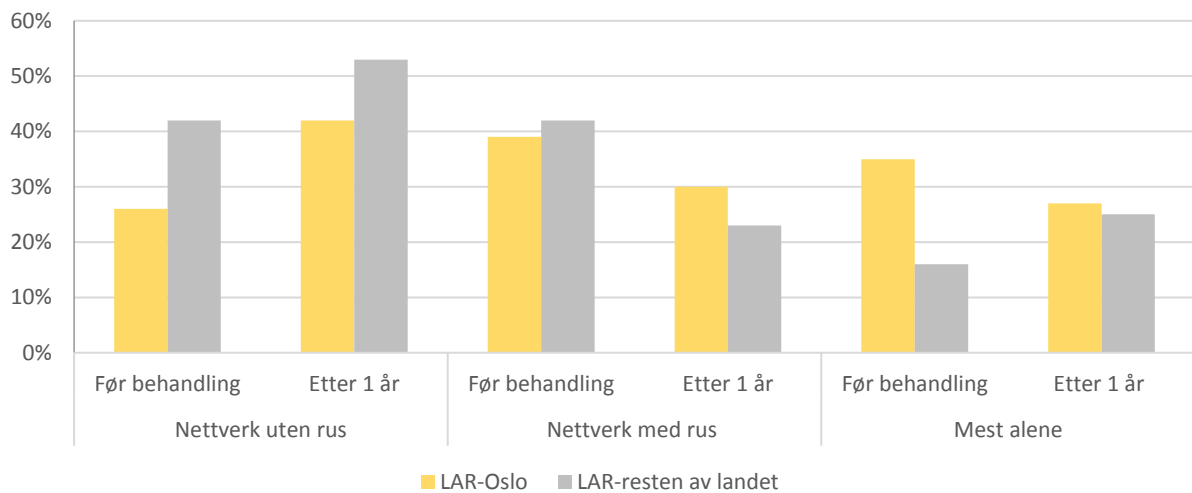
Sosialt nettverk har betydning for opplevelse av livskvalitet og har vist seg å være en viktig faktor i ruspasienters rehabilitering og tilfriskning.

Pasientene ble spurt om hvem de vanligvis var mest sammen med før behandlingsoppstart. Fra behandlingsoppstart til oppfølgingsintervjuene ett år etter, var det en økning hos LAR-Oslo pasientene som hadde et nettverk uten rus (fra 26% til 42%) og en nedgang hos pasienter som hadde nettverk med rus (fra 39% til 30%). Det var også en lavere andel av Oslo-pasientene som oppga å være mest av alene (fra 35% til 27%) (Figur 4).

Blant LAR pasienter fra resten av landet var det en økning i andelen pasienter som var mest alene (fra 16 % behandlingsoppstart til 25% oppfølging ett år etter) (Figur 4).

Ved oppfølgingsintervjuene ett år etter behandlingsoppstart fikk pasientene også spørsmål om hvordan de selv vurderte sine sosiale relasjoner til venner og familie nå sammenlignet med tiden før de begynte i LAR. I overkant av halvparten (58%) av LAR-Oslo pasientene oppgav å ha bedre relasjon til venner og familie.

Figur 4. Sosialt nettverk før behandlingsoppstart og ett år etter behandlingsoppstart. Prosent (%).

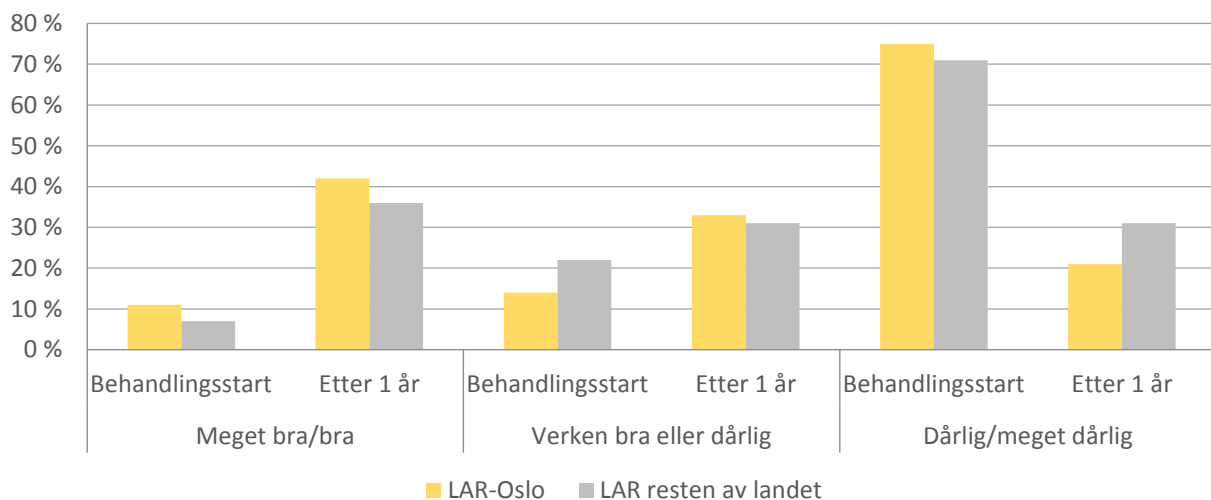


Grupper: LAR-Oslo pasienter (n= 57 ved behandlingsoppstart, n=33 etter ett år) og LAR pasienter i resten av landet (n=226 ved behandlingsoppstart, n=146 etter ett år)

3.3.4 LIVSKVALITET

Pasientene ble spurt om hvordan de syntes kvaliteten på livet deres var. De kunne svare meget bra, bra, verken god eller dårlig, dårlig eller meget dårlig.

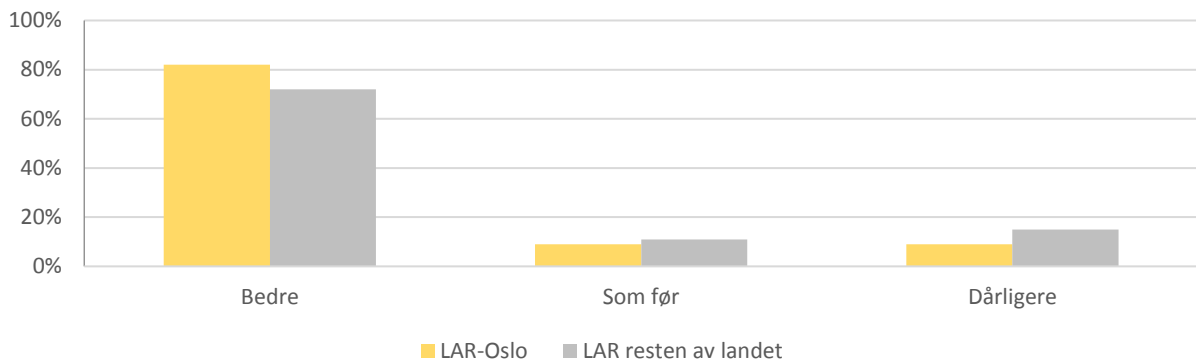
Figur 5a. Livskvalitet (%).



Grupper: LAR-Oslo pasienter (n= 57 ved behandlingsoppstart, n=33 etter ett år) og LAR pasienter i resten av landet (n=226 ved behandlingsoppstart, n=146 etter ett år)

Meget bra/bra livskvalitet ble i større grad rapportert av LAR-Oslo pasientene enn av LAR pasientene i resten av landet både ved behandlingsstart og ett år etter. Samtidig var det en større andel Oslo pasienter som opplevde meget dårlig livskvalitet ved inntak i behandling (75%), sammenlignet med LAR-pasienter fra resten av landet (71%). Etter et år hadde dette snudd hvor andelen som opplevde meget dårlig livskvalitet var større blant LAR pasientene i resten av landet (Figur 5a).

Figur 5b. endring av livskvalitet fra behandlingsoppstart til oppfølging ett år etter (%).



Grupper: LAR-Oslo pasienter (n= 33) og LAR pasienter i resten av landet (n=146)

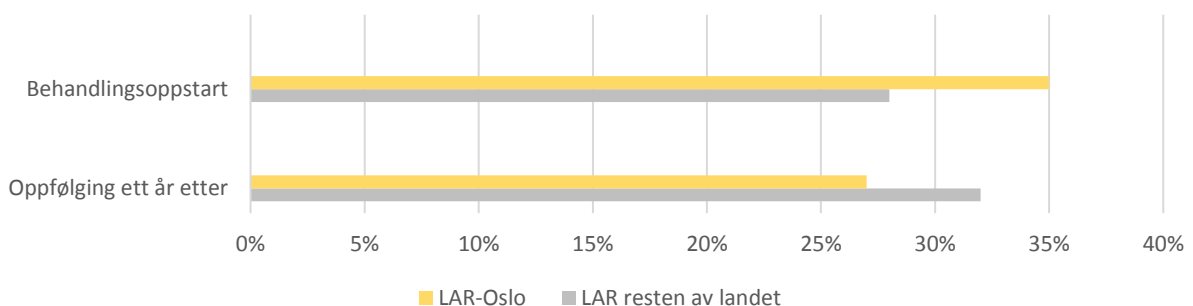
Ved oppfølgingsintervjuene ett år etter behandlingsoppstart ble deltakerne spurt om å vurdere hvordan de anså sin livskvalitet til sammenligning med hvordan den opplevdes ved behandlingsoppstart. Flesteparten (82%) av LAR- Oslo pasienten opplevde en bedring i livskvalitet, og kun en av ti rapporterte om en forverring i opplevd livskvalitet (9%) (Figur 5b).

3.3.5 ANGST OG DEPRESJON

Under intervjuene ble pasientene spurt om svare på en rekke spørsmål omhandlende symptomer på angst og depresjon. Svarene ble behandlet ut i fra standardiserte skåringskriterier etter HCSL-25.

Ved behandlingsoppstart var det flere LAR- Oslo pasienter (35%) enn LAR pasienter fra resten av landet (28%) som var svært plaget av symptomer på angst og depresjon (skåre over 1.75, HCSL-25).

Figur 6. Andel pasienter som var sterkt plaget av angst og depresjonssymptomer. Prosent (%)



Grupper: LAR-Oslo pasienter (n= 57 ved behandlingsoppstart, n=33 etter ett år) og LAR pasienter i resten av landet (n=226 ved behandlingsoppstart, n=146 etter ett år)

Ved oppfølgingsintervjuene etter ett år var andelen LAR pasienter som var svært plaget av angst og depresjonssymptomer mindre blant LAR- Oslo pasientene (27%) enn blant LAR pasienter i resten av landet (32%) (Figur 6).

OPPSUMMERING LAR-PASIENTER

- Ved behandlingsoppstart var det flere LAR-Oslo pasienter enn LAR- pasienter i resten av landet som var sterkt plaget med angst og depresjonssymptomer. Ved oppfølgingsintervjuene ett år etter, var resultatene snudd, da var det færre LAR-Oslo pasienter enn LAR pasienter i resten av landet som var sterkt plaget av angst og depresjonssymptomer.
- Ett år etter behandlingsstart hadde andelene LAR Oslo-pasientene som isolerte seg (var mest alene) blitt mindre. Blant LAR pasienter i resten av landet var det flere som isolerte seg ett år etter behandlingsoppstart enn før behandlingsoppstart.
- Metadon var det mest brukte LAR medikamentet blant LAR-Oslo pasienter, mens Suboxone blir mest brukt blant LAR pasienter i resten av landet.
- LAR- Oslo pasientene ønsket seg mer og bedre informasjon om medikamentene i LAR. Alt fra opptrapping, bivirkninger og nedtrapping. De etterlyste også bedre oppfølging i forhold til psykisk helse, bistand til bolig og økonomi.
- Blant LAR-Oslo pasientene som fremdeles brukte rusmidler ett år etter behandlingsoppstart, var heroin det mest brukte rusmiddelet. En større andel Oslo-pasienter hadde erfaring med å røyke heroin enn i resten av landet. Blant LAR pasienter i resten av landet som fremdeles brukte rusmidler etter ett år i behandling, var cannabis mest brukt.
- Ytterligere opplevd behandlingsbehov ett år etter behandlingsoppstart var større blant LAR-Oslo pasienten enn blant LAR pasienter i resten av landet. En av ti LAR- Oslo pasienter hadde avbrutt behandlingen i løpet av det siste året, og de opplyste at rusmiddelbruk og misnøye med rammer og regler under behandlingen som hovedgrunnene til avbruddene.
- LAR- Oslo pasienten var i snitt 5 år eldre enn LAR pasienter fra resten av landet. Det var en relativ overvekt av kvinner i det innsamlede datamaterialet blant LAR- Oslo pasientene.
- Hovedvekten av LAR–Oslo pasientene bodde alene i leiet bolig med arbeidsavklaringspenger eller sykepenger som hovedinntektskilde. Blant LAR pasienter fra resten av landet var det mer vanlig å bo i parforhold, i eiet bolig med uføretrygd som hovedinntektskilde.

4. INNSATTE MED OSLO TILHØRIGHET

Følgende resultater hentet fra NorMa-studien. I undersøkelsen besvarte 1499 innsatte spørreskjema, av disse var 1396 menn og 96 kvinner. Resultatene i denne delen presenteres i tre grupper: Oslo-innsatte (n = 195), Oslo-nære innsatte (n= 252) og innsatte fra resten av landet (n= 1047).

4.1. DEMOGRAFI

Dette kapittelet beskriver demografi og kjennetegn ved innsatte som svarte på undersøkelsen.

Andel kvinner er høyere blant Oslo-innsatte sammenlignet med resten av landet. Dette kan forklares med at kvinnefengslet Bredtveit inngår i denne grupperingen. Den gjennomsnittlige alderen for Oslo-innsatte var 33 år, som var noe lavere enn Oslo-nære innsatte (34 år) og innsatte fra resten av landet (35 år). Totalt var en av fem Oslo-innsatte under 25 år.

Tabell 1. Demografiske kjennetegn etter gruppe. Absolutte tall og prosent (%).

	Oslo- innsatte	Oslo-nære innsatte	Innsatte i resten av landet
Antall	195	259	1047
Menn	160 (82)	230 (91)	1001 (96)
Kvinner	35 (18)	20 (8)	41 (4)
Alder gjennomsnitt	33	34	34
Sivilstatus			
Enslig	96 (49)	145 (58)	556 (53)
Gift /samboer	63 (32)	74 (29)	143 (14)
Separert/skilt/Enke(mann)	22 (11)	29 (12)	143 (14)
Fødeland			
Norge	94 (48)	161 (64)	748 (71)
Norden u/Norge	7 (4)	4 (2)	29 (3)
Annet fødeland utenfor Norden	85 (44)	75 (30)	247 (24)
Norsk statsborgerskap	117 (60)	189 (75)	823 (79)

Grupper: Oslo-innsatte (n = 195), Oslo-nære innsatte (n= 252) og innsatte fra resten av landet (n= 1047).

Majoriteten av alle innsatte var enslige (Oslo-innsatte 49%, Oslo-nære innsatte 58% og innsatte i resten av landet 53%) En av tre Oslo- innsatte (32%) og Oslo-nære innsatte (29%) var gift eller samboende, mens blant innsatte i resten av landet var det kun en av ti som var etablert i parforhold (14%) (Tabell 1).

Ser man på fødeland var halvparten av Oslo-innsatte født i Norge (48%), noe som var vesentlig lavere enn blant Oslo-nære innsatte (64%) og innsatte fra resten av landet (71%) (Tabell 1).

4.1.1 NÅVÆRENDE FENGLING

I Tabell 2 kommer det frem at kun halvparten av Oslo-innsatte var domssonere (51%), mens majoriteten av Oslo-nære innsatte (89%) og innsatte i resten av landet (77%) sonet dom. En av tre Oslo-innsatte var i varetekt (37%). Dette er en betydelig større andel sammenlignet med innsatte i Oslo-nære fengsler (6%) og innsatte i resten av landet (17%).

Tabell 2. Fengselsstatus og tidligere domfellelser etter grupper. Absolutte tall og prosent (%).

	Oslo- innsatte	Oslo-nære innsatte	Innsatte i resten av landet
Status nåværende fengsling			
Dom	100 (51)	224(89)	802(77)
Varetekt	73(37)	15 (6)	181(17)
Forvaring	16(8)	6(2)	51(5)
Tidligere domfelt	99 (51)	125(50)	607(58)
Alder ved første dom (gjennomsnitt)	19	21	21
Alder første fengsling (gjennomsnitt)	22	23	23

Grupper: Oslo-innsatte (n = 195), Oslo-nære innsatte (n= 252) og innsatte fra resten av landet (n= 1047).

Over halvparten av de som svarte på spørreskjema var tidligere domfelte, og forskjellen mellom de tre gruppene er liten. Oslo-innsatte var i gjennomsnitt ett år yngre, både ved første domfellelse (19 år) og ved første fengsling (22 år), sammenlignet med Oslo-nære innsatte og innsatte i resten av landet (Tabell 2).

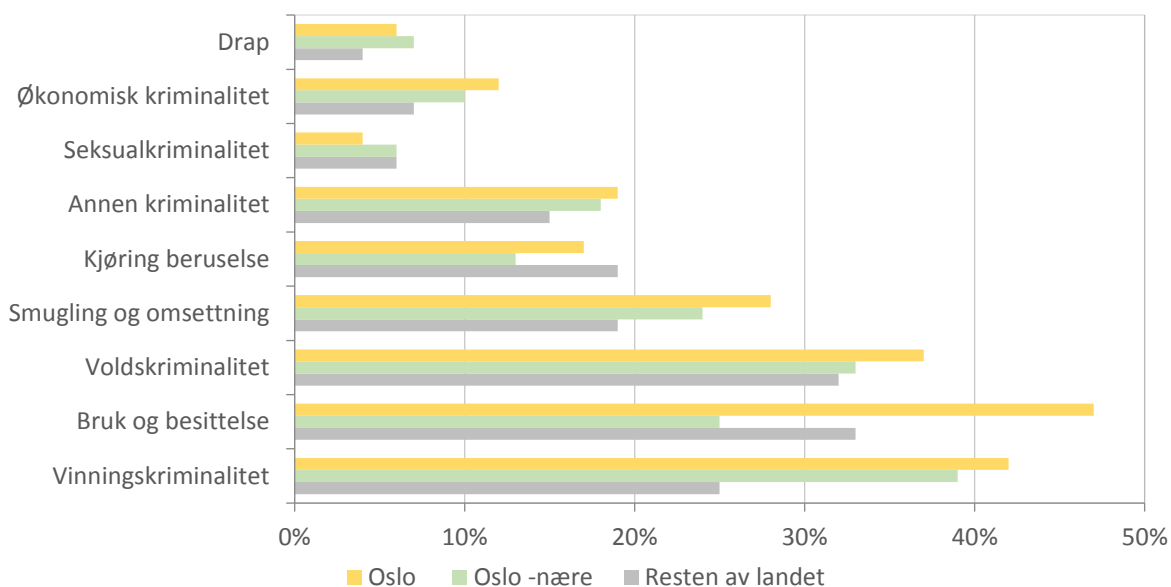
4.1.2 TYPER AV SIKTELSER OG DOMFELLELSER

Innsatte ble også spurt om hvilke typer lovbrudd de var dømt eller siktet for i forbindelse med nåværende fengsling. Her kunne man krysse av for flere alternativ, for eksempel at man både var dømt for vinningskriminalitet og narkotikarelatert kriminalitet. Prosentene i Figur 1 overstiger derfor 100 ved summering.

Ruskriminalitet (det vil si bruk og besittelse, smugling og omsetning og kjøring i beruset tilstand) var dominerende for Oslo-innsatte. Nær halvparten av alle Oslo-innsatte var siktet eller domfelt for bruk og besittelse av narkotika (47%), dette var dobbelt så mange sammenlignet med Oslo-nære innsatte (25%). En tredjedel av innsatte i resten av landet (33%) oppga at de var dømt eller siktet for bruk og besittelse av narkotika (Figur 1).

For 42 prosent av Oslo-innsatte var deres nåværende fengsling knyttet til vinningskriminalitet. Vinningskriminalitet var også vanligere for innsatte i Oslo-nære fengsler (39%) enn for innsatte i resten av landet (35%). Andelen som var dømt eller siktet for voldskriminalitet var også høyest blant Oslo-innsatte (37% vs. 33% i Oslo-nære fengsler og 32% i resten av landet) (Figur 1).

Figur 1. Typer av siktelser og/eller domfellelser etter grupper. Prosent (%)



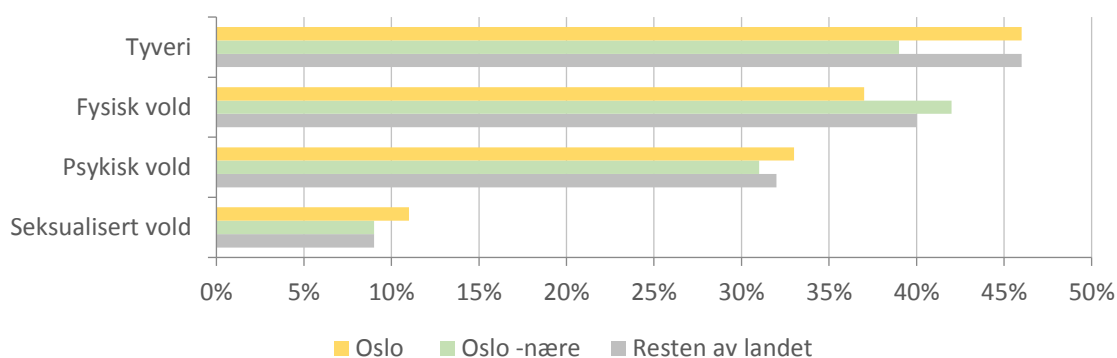
Grupper: Oslo-innsatte (n = 195), Oslo-nære innsatte (n= 252) og innsatte fra resten av landet (n= 1047).

4.1.3 UTSATT FOR KRIMINALITET

Innsatte regnes som en marginalisert gruppe i samfunnet. Mange lever et liv med aktiv rus og kriminalitet. Mennesker som lever med rus og kriminalitet, blir i større grad enn andre utsatt for kriminalitet, men mørketallene antas å være store. For å få et bilde av omfanget var det derfor viktig å kartlegge i hvor stor grad innsatte selv oppgav at de hadde blitt utsatt for kriminalitet.

De innsatte ble spurt om de hadde blitt usatt for å bli frastjålet personlige ting som penger, mobiltelefon eller annet (tyveri). Utsatt for vold som førte til synlige merker eller skader på kroppen (fysisk vold). Utsatt for vold som ikke førte til synlige merker på kroppen (psykisk vold) Og utsatt for seksuelt motivert vold, overgrep eller forsøk på dette (seksualisert vold).

Figur 2. Utsatthet for kriminalitet etter grupper. Prosent (%)



Grupper: Oslo-innsatte (n = 195), Oslo-nære innsatte (n= 252) og innsatte fra resten av landet (n= 1047).

Nær halvparten av de Oslo-innsatte oppgav at de hadde blitt utsatt for tyveri (46%). En av tre sa de har blitt utsatt for fysisk vold (37%) og psykisk vold (33%). En av ti oppgav å være utsatt for seksualisert vold (11%). Det var små forskjeller mellom de ulike innsatte gruppene når det kom til utsatthet for kriminalitet (Figur 2).

4.1.4 UTDANNING OG INNTEKT

I denne delen presenteres innsattes situasjon med hensyn til utdanning og arbeidssituasjon. Både tidligere og nyere undersøkelser blant innsatte i fengsel har vist at en høy andel innsatte har lese- og skrivevansker, og et lavere utdanningsnivå sammenlignet med befolkningen for øvrig [2, 25].

Resultatene i Tabell 3 viser at en av fire av Oslo-innsatte rapporterer om lese- og skrivevansker (23%).

Nær alle innsatte hadde fullført grunnskolen. En av tre hadde fullført videregående skole. Andelen med yrkesfaglig utdanning var lavere blant Oslo innsatte (13%) enn blant innsatte i resten av landet (24%). Fullført treårig høyskole eller mer, var vanligere blant Oslo-innsatte (17%), enn innsatte i resten av landet (12%) (Tabell 3).

Tabell 3. Utdanning og inntekt etter kjønn. Absolutte tall og prosent (%).

	Oslo-innsatte	Oslo-nære innsatte	Innsatte i resten av landet
Lese og skrivevansker	44 (23)	62 (25)	260 (25)
Høyeste fullførte utdanning			
Ikke fullført grunnskole	18 (9)	16 (6)	83 (8)
Grunnskole	58 (30)	81 (32)	300 (29)
Videregående skole	52 (27)	69 (27)	278 (27)
Faglig yrkesutdanning	25 (13)	44 (17)	254 (24)
Treårig høyskole eller mer	34 (17)	37 (15)	122(12)
Yrkesstatus siste 6 måneder før fengsling			
Heltidsjobb	49 (25)	87 (35)	344 (33)
Deltidsjobb	21 (11)	32 (13)	91 (9)
Under utdanning	18 (9)	24 (10)	95 (9)
Ikke i arbeid eller under utdanning	105 (54)	113 (45)	515 (49)
Viktigste inntekt siste måned før fengsling			
Lønnet arbeid	51 (26)	92 (37)	356 (34)
Forsørget av andre	14 (7)	9 (4)	29 (3)
Dagpenger	13 (7)	9 (4)	29 (3)
Sykepenger	4(2)	5 (2)	22 (2)
AAP	28 (14)	34 (13)	141 (13)
Pensjon (inkludert uførepensjon)	14 (7)	21 (8)	124 (12)
Sosial stønad	27 (14)	34 (13)	141 (13)
Kriminell virksomhet	46 (24)	51 (20)	181 (17)
Lån/stipend	4 (2)	1 (0)	18 (2)
Annen inntekt	20 (10)	18 (7)	78 (7)

Grupper: Oslo-innsatte (n = 195), Oslo-nære innsatte (n= 252) og innsatte fra resten av landet (n= 1047).

Innsatte ble også spurt om hvilken yrkesstatus de hadde siste 6 måneder før fengsling. En av fire Oslo-innsatte var i heltidsjobb (25%) forut for soning, noe som var lavere enn innsatte i Oslo-nære fengsler

(35%) og innsatte i resten av landet (33%). I overkant av halvparten (54%) av Oslo-innsatte var verken var i utdanning eller i arbeid de siste 6 måneder før innsettelse (Tabell 3).

Ved spørsmål om viktigste inntektskilde måneden før fengsling, var andelen innsatte med lønnet arbeid mindre blant Oslo-innsatte (27%) sammenlignet med innsatte i Oslo-nære fengsler (37%) og innsatte i resten av landet (34%). Likeledes var andelen som oppgav kriminell virksomhet som hovedinntektskilde, større blant Oslo-innsatte (24%) sammenlignet med innsatte i Oslo-nære fengsler (20%) og innsatte i resten av landet (17%) (Tabell 3).

4.1.5 BOLIGFORHOLD

Innsatte ble også spurt om de i hovedsak hadde en stabil bosituasjon siste måned før fengsling. Det ble ikke eksemplifisert hva som mentes med en stabil bosituasjon. Over halvparten av Oslo-innsatte (64%) svarte at de hadde hatt en stabil bosituasjon siste måned før fengsling, noe som var lavere sammenlignet med innsatte i Oslo-nære fengsler (77%) og innsatte i resten av landet (74%) (Tabell 4).

Et flertall av Oslo-innsatte som svarte på undersøkelsen, eide (22%) eller leide bolig (42%) på det private markedet i måneden før innsettelse (Tabell 4). Blant Oslo-nære innsatte var andelen som eiet egen bolig høyere (31%) (Tabell 4).

Til sammen oppga 29 prosent av alle Oslo-innsatte at de bodde i kommunal bolig, hospits, flyktningmottak, institusjon, eller hadde en annen boligform, mens i underkant av en tiendedel (7%) oppga at de ikke hadde noen bolig og må forstås som å være «uten fast bopel» (Tabell 4).

Tabell 4. Bosituasjon. Absolutte tall og prosent (%).

	Oslo-innsatte	Oslo-nære innsatte	Innsatte i resten av landet
Stabil bosituasjon før fengsling	124 (64)	193(77)	772(74)
Boligforhold i siste måned før fengsling			
Privat bolig (selveier)	43 (22)	78(31)	259(25)
Privat bolig (leier)	82 (42)	99(39)	449(43)
Kommunal bolig	27(14)	25(10)	137(13)
Hospits	10(5)	9(4)	28(3)
Flyktningmottak	-	-	15(1)
Institusjon	2 (1)	5 (2)	13(1)
Ingen bolig	14(7)	23(9)	86(8)
Annen	18(9)	14(6)	83(8)
Hvem bodde du sammen med siste måned før fengsling			
Alene	66(34)	84(33)	390(37)
I parforhold	72(37)	88(35)	405(39)
Sammen med venner	38(19)	23(9)	131(13)
Sammen med foreldre	15(8)	37(15)	112(11)
Sammen med barn	17(9)	20(8)	110(11)
Sammen med andre	10(5)	17(7)	75(7)

Grupper: Oslo-innsatte (n = 195), Oslo-nære innsatte (n= 252) og innsatte fra resten av landet (n= 1047).

På spørsmål om hvem man bodde sammen med den siste måneden før fengsling, svarte flesteparten av Oslo-innsatte at de enten bodde alene (34%) eller i parforhold (37%). Om lag en femtedel bodde

sammen med venner (19%). Andelen Oslo-innsatte boende sammen med venner var høyere sammenlignet med innsatt i Oslo-nære fengsler (9%) og innsatte i resten av landet (13%). En av ti Oslo-innsatte bodde sammen med foreldre (8%) eller barn under 18 år (9%) (Tabell 4).

4.2 BRUK AV NARKOTIKA OG MEDIKAMENTER (IKKE FORSKREVNE)

4.2.1 BRUK AV NARKOTIKA OG MEDIKAMENTER

I vår studie svarte totalt 65 prosent (n=127) av Oslo-innsatte at de hadde brukt en eller flere typer narkotika/medikamenter en eller annen gang i livet for å ruse seg. Andelen var relativt lik for Oslo-nære innsatte (66%) og innsatte i resten av landet (65%).

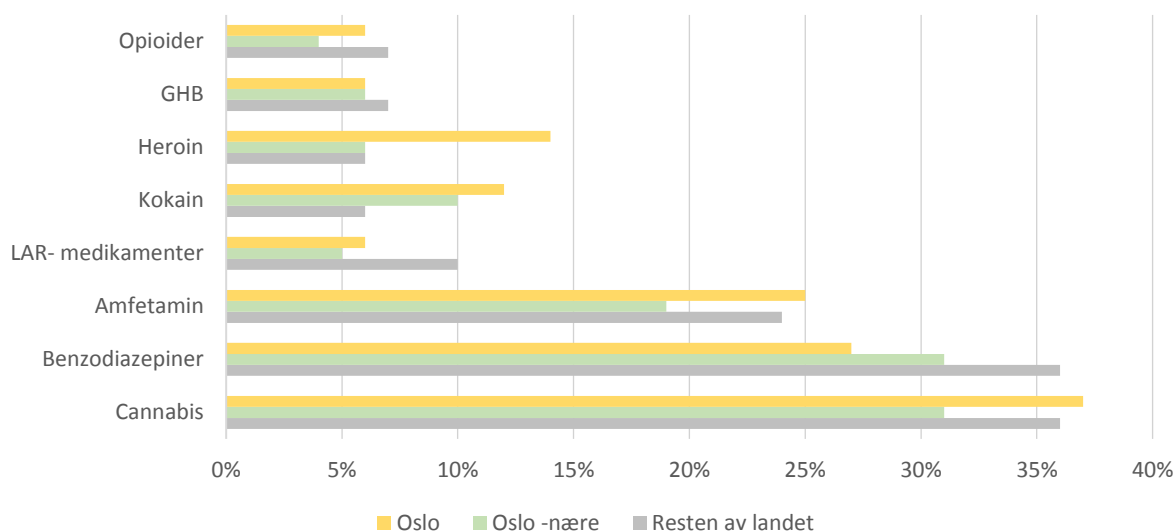
Seks av ti Oslo-innsatte (61%) hadde brukt cannabis, og om lag halvparten amfetamin (44%) og kokain (55%). Fire av ti hadde brukt ecstasy (41%), mens en av tre (32%) hadde brukt GHB. Tre av ti hadde brukt LSD (29%), mens en av fire hadde brukt heroin (25%). Anabole steroider og syntetiske cannabinoider ble oppgitt brukt av 16 prosent. Oslo-nære innsatte og innsatte fra resten av landet fulgte stort sett det samme mønsteret i bruk av narkotiske stoffer som Oslo-innsatte. Unntaket var bruk av anabole steroider, som var mer vanlig blant Oslo-nære innsatte (20%) og blant innsatte i resten av landet (26%).

Blant medikamentene som var brukt for å oppnå rus, oppga fire av ti Oslo-innsatte at de hadde brukt ulike typer benzodiazepiner (42%). En av fire hadde henholdsvis brukt LAR-medikamenter som Metadon/Subutex/Suboxone (23%) og sentralstimulerende ADHD-legemidler som Ritalin eller Concerta (22%) for å ruse seg.

4.2.2 BRUK AV NARKOTIKA OG MEDIKAMENTER – SISTE HALVÅR FØR SONING

For å få et bilde av innsattes rusituasjon ble innsatte spurt om hvorvidt de hadde brukt rusmidler i de siste 6 månedene før soning, samt hvor ofte de hadde brukt ulike rusmidler i denne perioden. For å synliggjøre hvor mange som hadde alvorlig rusbruk i denne perioden presenteres her resultatene fra de som rapporterte om daglig bruk.

Figur 3. Daglig bruk av narkotika og medikamenter siste halvår før soning. Prosent (%)



Grupper: Oslo-innsatte (n = 195), Oslo-nære innsatte (n= 252) og innsatte fra resten av landet (n= 1047).

Totalt hadde 52 prosent av Oslo-innsatte brukt narkotika/medikamenter daglig det siste halvåret før soning. Noe som var høyere enn andelen for Oslo-nære innsatte (42%) og innsatte i resten av landet (47%).

I Figur 3 tas det utgangspunkt i de 8 mest brukte stoffene i halvåret før innsettelse: cannabis, benzodiazepiner, (Met)amfetamin, kokain, GHB, LAR-medisiner, opioider og heroin. Oslo-innsatte oppgav gjennomgående høyere daglig bruk av rusmidler, hvor bruk av heroin blant Oslo-innsatte (14%) var markant høyere sammenlignet med innsatte i Oslo-nære fengsler (6%) og innsatte fra resten av landet (6%). Andelen Oslo-innsatte som brukte LAR-medikamenter for å oppnå rus (6%) var lavere sammenlignet med innsatte i resten av landet (10%).

Totalt hadde 28 prosent av Oslo-innsatte brukt sprøyte i løpet av livet, og en av ti Oslo-innsatte oppgav både daglig rusbruk og injeksjonserfaring (10%). Dette var dobbelt så mange som Oslo-nære innsatte som oppgav daglig rusbruk og injeksjonserfaring (5%).

Fire av ti Oslo-innsatte oppgav at de både var tidligere domfelt og hadde daglig rusbruk forut for soning (41%). Dette var flere enn andelen innsatte fra Oslo-nære fengsler som oppgav både tidligere domfellelse og daglig rusbruk (31%).

I tillegg til å undersøke hyppigheten ved innsattes rusbruk var det ønskelig å finne ut av hvor mange innsatte som kunne regnes å ha et skadelig rusbruk hvor man tenker at rusbruken gir fysiske og psykiske helseskader. Innsatte svarte på spørsmål fra Drug use Disorder Identification test (DUDIT) som er et selvrapporteringskjema for å avdekke alvorlighetsgrader av narkotikabruk. Høyere skåre indikerer mer alvorlig bruk.

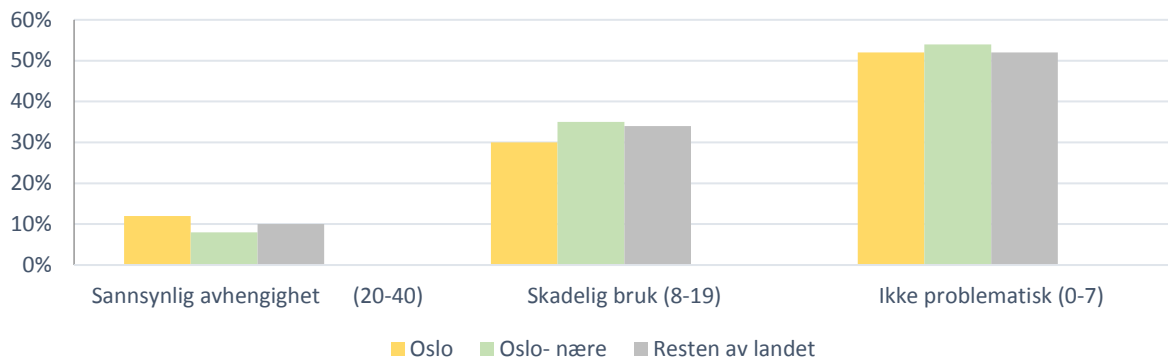
Oslo-innsatte hadde høyere gjennomsnitt skåre ved DUDIT (12,87) enn innsatte ved Oslo-nære fengsler (10,01) og innsatte i resten av landet (11,6). Ved inndeling av skadelig og ikke skadelig bruk oppgav halvparten av Oslo-innsatte (50%, DUDIT cut off 6) å ha skadelig bruk av rusmidler. Andelen av innsatte med skadelig bruk ved Oslo-nære fengsler var lavere (44%, DUDIT cut off 6).

4.3 BRUK AV ALKOHOL

På spørsmål om man noen gang hadde drukket alkohol, svarte 84 prosent av Oslo-innsatte ja. Dette var lavere enn blant innsatte fra Oslo-nære fengsler (87%) og innsatte fra resten av landet (89%). Gjennomsnittlig alder for å drikke alkohol første gang og for å være beruset var i underkant av 15 år for alle gruppene.

I tillegg svarte innsatte på et selvrapporteringskjema for identifisering av alkoholproblemer (AUDIT). Oslo-innsatte hadde en gjennomsnittlig AUDIT-skåre på 7,75. Innsatte fra resten av landet hadde en noe høyere gjennomsnittlig skåre (8,32).

Figur 4. Ulike nivå av AUDIT-skåre etter innsattgruppe. Prosent (%)



Grupper: Oslo-innsatte (n = 195), Oslo-nære innsatte (n= 252) og innsatte fra resten av landet (n= 1047).

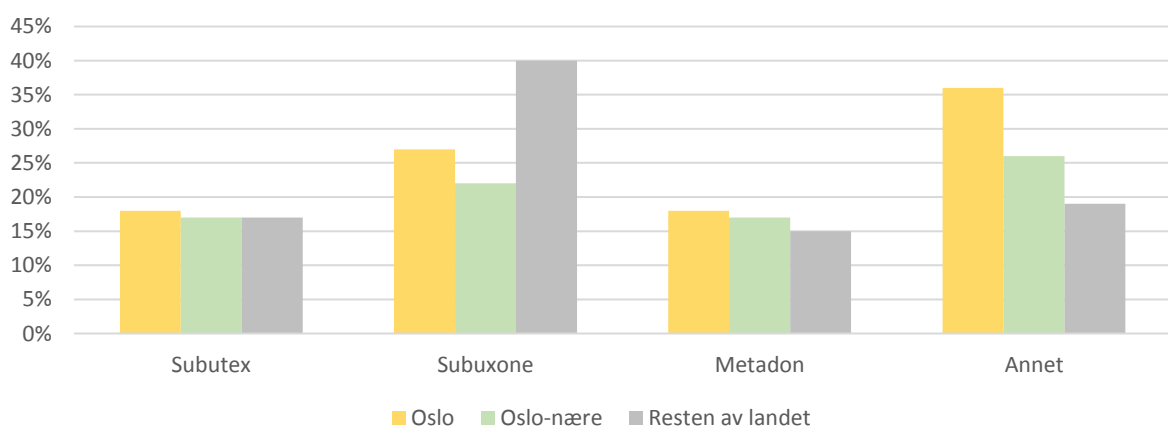
Totalt sett hadde 42 prosent av Oslo-innsatte en AUDIT-skåre på 8 eller høyere som indikerer skadelig bruk, mens 16 prosent hadde en skåre på mer enn 16, noe som indikerer behov for rådgiving og oppfølging. Av respondentene befant 12 prosent seg i gruppen som har sannsynlig avhengighet (skåre over 20) og dermed burde få henvisning for utredning av sine alkoholproblemer (Figur 4).

4.4 LEGEMIDDELASSISTERT-BEHANDLING (LAR) I FENGSEL

I vår undersøkelse oppga 22 (11%) av Oslo-innsatte at de for tiden var i LAR, og dette var noe vanligere enn hos innsatte i Oslo-nære fengsler (9%) og innsatte i resten av landet (9%).

Blant Oslo-innsatte som mottok LAR medikamenter var «annen medisin» mest brukt (36%). Dette kan være Suboxone film eller Dolkontin. Blant innsatte i resten av landet var Suboxone (40%) det mest brukte LAR-medikamentet (Figur 5).

Figur 5. Type LAR-legemiddel etter innsattgruppe. Prosent (%)



Grupper: Oslo-innsatte (n = 195), Oslo-nære innsatte (n= 252) og innsatte fra resten av landet (n= 1047).

4.5 HELSE OG LIVSKVALITET

I dette kapitlet beskrives en rekke mål på helse og livskvalitet. Innsatte ble spurt generelle spørsmål knyttet til fysisk og psykisk helsetilstand, samt om forholdet til seg selv. I tidligere undersøkelser av innsatte i fengsel har det kommet frem at mange innsatte sliter med dårlig helse i form av kroniske sykdommer og dårligere psykisk helse [2, 26].

4.5.1 HIV OG HEPATITT

Siden innsatte i fengsel er en gruppe med utstrakt rusproblematikk er det viktig å kartlegge eventuell Hepatitt smitte. I våre resultater kom det frem at en av ti Oslo-innsatte (11%) rapporterte å være smittet av Hepatitt C. Totalt 12 prosent av Oslo-innsatte oppgav at de ikke visste om de var Hepatitt smittet, og andelen blant Oslo-innsatte var noe høyere enn blant innsatte i Oslo-nære fengsler (8%) og blant innsatte i resten av landet (10%).

4.5.2. LIVSKVALITET OG FORHOLD TIL SEG SELV OG ANDRE

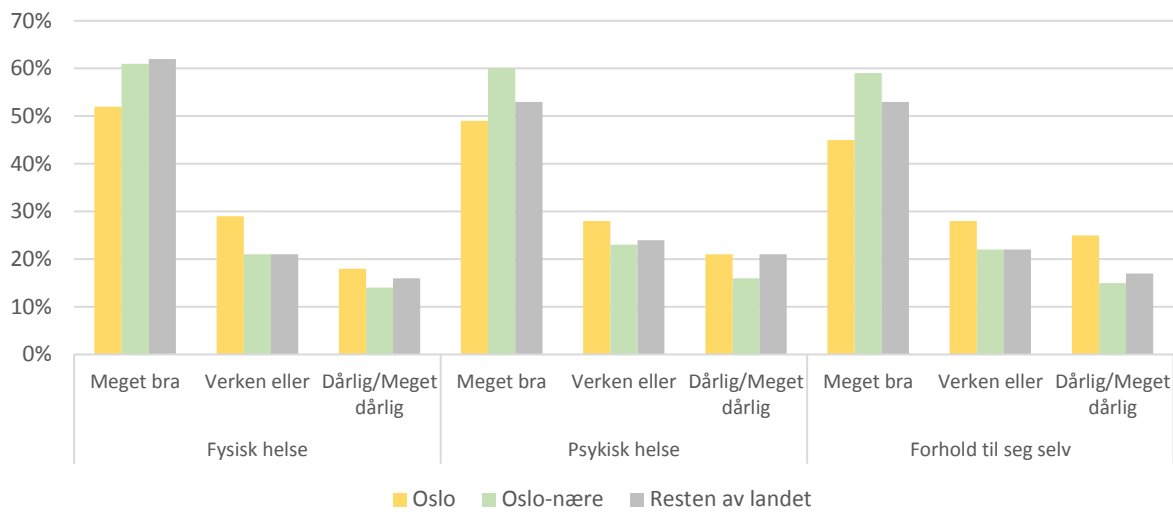
Livskvalitet handler om hvordan livet oppleves for den enkelte og kan være situasjonsbetinget. Høy livskvalitet har sammenheng med bedre fysisk helse og psykisk plager og lidelser. Et av hovedmålene til kriminalomsorgen er rehabilitering og innsattes livskvalitet er viktig i denne sammenheng.

Innsatte ble derfor spurt om hvordan de for tiden (under soning) hadde det i forhold til seg selv og sin egen helsetilstand via et kort livskvalitetsskjema (QOL-5). Jo høyere skåre jo bedre livskvalitet. Gjennomsnittskåren viste at Oslo-innsatte hadde noe dårligere opplevd livskvalitet (3,3) sammenlignet med Oslo-nære innsatte (3,6) og innsatte fra resten av landet (3,5).

På spørsmål om hvordan egen fysiske helsetilstand var, svarte halvparten av Oslo-innsatte (52%) at de for tiden vurderte den som meget bra eller bra. Oslo-innsatte var mindre fornøyd med sin fysiske helse sammenlignet med Oslo-nære innsatte (61%) og innsatte i resten av landet (62%).

Når det kom til psykisk helse, opplevde halvparten av Oslo-innsatte sin psykiske helse som meget bra eller bra (49%), mens 21 prosent vurderte den som dårlig eller meget dårlig. Oslo-innsatte var mindre fornøyd med sin psykiske helse sammenlignet med Oslo-nære innsatte (60%) og innsatte fra resten av landet (53%).

Figur 6. Forhold til seg selv og egen fysisk og psykisk helse. Prosent (%)



Grupper: Oslo-innsatte (n = 195), Oslo-nære innsatte (n= 252) og innsatte fra resten av landet (n= 1047).

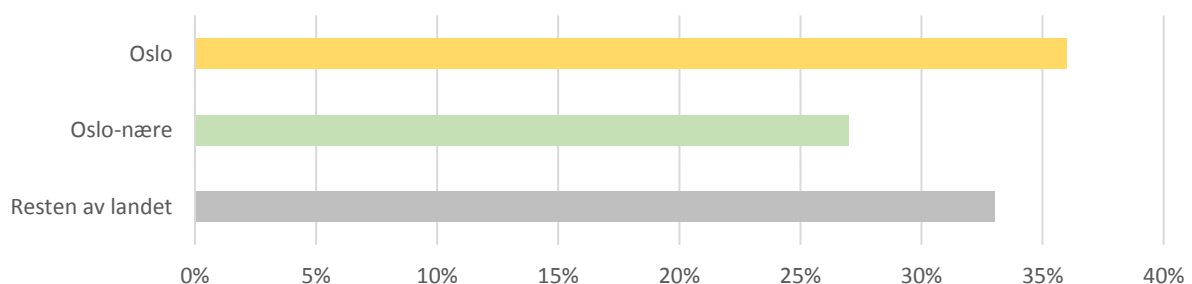
I underkant av halvparten av Oslo-innsatte oppgav å ha et megetbra/bra forhold til seg selv (45%). En av fire opplevde å ha dårlig til meget dårlig forhold til seg selv. Det var færre Oslo nære innsatte (15%) og innsatte fra resten a landet (17%) som hadde det dårlig eller meget dårlig med seg selv (figur 6).

4.5.3 ANGST OG DEPRESJON

For å måle symptomer på angst og depresjon svarte innsatte på spørsmål fra Hopkins Symptom Checklist (HSCL-10).

Gjennomsnittlig skåre for Oslo-innsatte var 1,96, noe som var høyere enn gjennomsnittsskåren for innsatte i Oslo-nære fengsler (1,82) og innsatte i resten av landet (1.88).

Tabell 5. Sterkt plaget av angst og depresjon (HSCL 10) etter grupper. Prosent (%).



Grupper: Oslo-innsatte (n = 195), Oslo-nære innsatte (n= 252) og innsatte fra resten av landet (n= 1047).

Hvis vi ser på andelen innsatte som har en gjennomsnittlig skår på mer enn 1,90 (sterkt plaget) ser vi at i overkant av en tredjedel av Oslo-innsatte (36%) regnes for å være sterkt plaget av symptomer på angst og depresjon. Andel innsatte med skåre over 1,90 er lavere blant Oslo-nære innsatte (27%) og blant innsatte i resten av landet (33%). Dette kan tyde på at Oslo-innsatte i større grad har psykiske plager, noe som er naturlig med tanke på den store andelen varetektsfengslede blant Oslo-innsatte.

OPPSUMMERING INNSATTE MED OSLO-TILHØRIGHET

- Oslo-innsatte hadde dårligere opplevd livskvalitet enn både Oslo-nære innsatte og innsatte fra resten av landet. Dette gjaldt både opplevd fysisk- og psykisk helse. Oslo-innsatte rapporterte også i større grad å være sterkt plaget av symptomer på angst og depresjon enn innsatte fra resten av landet.
- Oslo innsatte rapporterer i større grad om rusbelastning enn Oslo nære innsatte og innsatte fra resten av landet. Halvparten av alle Oslo-innsatte skåret for skadelig narkotikabruk, og en av ti skåret for alkoholbruk med sannsynlighet for avhengighet.
- 65 prosent av Oslo-innsatte hadde brukt en eller flere rusmidler en eller annen gang i livet for å oppnå ruseffekt. Over halvparten hadde brukt rusmidler daglig og bruk av heroin var markant høyere blant Oslo-innsatte sammenlignet med innsatte i resten av landet.
- Rusrelatert kriminalitet var dominerende for Oslo- innsatte og andelen innsatte med rusrelatert kriminalitet var høyere blant Oslo-innsatte sammenlignet med Oslo-nære innsatte og innsatte fra resten av landet.
- Oslo-innsatte var i mindre grad enn innsatte fra resten av landet i full jobb før innsettelse, inntekt fra kriminell virksomhet var om lag likte viktig for Oslo-innsatte som inntekt fra lønnet arbeid
- Oslo-innsatte var i snitt ett år yngre enn innsatte fra resten av landet og andelen innsatte med utenlandsk opprinnelse var høyere blant Oslo-innsatte enn Oslo-nære innsatte og innsatte fra resten av landet.

5. KVINNER MED RUS OG KRIMINALITET

I denne delen av rapporten har vi valgt å vie ekstra oppmerksomhet mot kvinnene fra NorMA studien og NorComt studien med tilknytning til Oslo.

Kvinnene er delt inn i to grupper. Den ene gruppen er kvinner som er diagnostisert med en rusavhengighet og mottok behandling enten via LAR (n=28) og eller døgninstitusjon (n=21), til sammen 49 pasienter. Den andre gruppen er kvinner som satt i fengsel enten på dom eller varetekt (n=55).

5.1. DEMOGRAFI

Dette kapitlet beskriver demografi og kjennetegn ved kvinnene som deltok i de to studiene. Alt som presenteres er basert på selvrapportert informasjon.

Kvinner i rusbehandling (n=49) hadde en gjennomsnittsalder på 37 år, mens kvinner i fengsel (n=55) var i snitt to år yngre (35 år). Litt over halvparten (57%) av kvinnene i rusbehandling var i LAR-behandling. Til sammenligning var 15 prosent av kvinnene i fengsel i LAR.

Tabell 1. Demografiske kjennetegn. Absolutte tall og prosent (%).

	Kvinner i rusbehandling	Kvinner i fengsel
Antall	49	55
LAR behandling	28 (57)	8 (15)
Alder gjennomsnitt	37 år	35 år
Sivilstatus		
Enslig	32 (65)	29 (53)
Gift /samboer	4 (8)	19 (35)
Separert/skilt/enke	13 (27)	7 (13)
Fødeland		
Norden m/Norge	44 (90)	40 (73)
Annet fødeland utenfor Norden	2 (4)	12 (22)

Grupper: Kvinner i rusbehandling (n=49) og kvinner i fengsel (n=55)

Over halvparten av kvinnene i rusbehandling var enslige (65%), og kun et fåtall (8%) var gifte eller samboende. Andelen enslige var noe lavere blant kvinner i fengsel (53%) og en tredjedel (35%) var gift eller samboende. Andel kvinner som var separert/ skilt eller enke var høyere blant kvinner i behandling (27%) enn kvinner i fengsel (13%) (Tabell1).

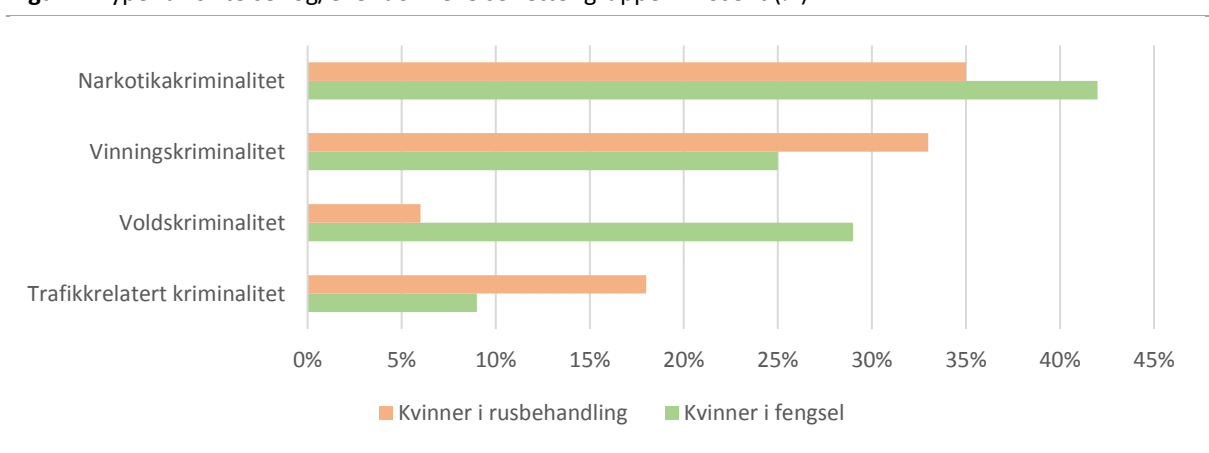
Ser man på opprinnelses var de fleste kvinnene i rusbehandling født i Norge eller Norden (90%). Andel norskfødte kvinnelige innsatte var noe lavere (73%) (Tabell 1).

5.1.1 UTFØRT KRIMINALITET

Kvinnene som var i rusbehandling ble spurt om de tidligere hadde utført kriminalitet og eventuelt hvilken type kriminalitet de hadde gjort. Opplysningene om typekriminalitet kvinner i fengsel hadde utført, er hentet fra kvinnenens opplysninger om grunnlaget for nåværende fengsling.

Over halvparten (53%) av kvinnene i rusbehandling fortalte de hadde utført kriminelle handlinger og tidligere sonet i fengsel (51%). Blant kvinnene som satt i fengsel var over en tredjedel (36%) tidligere domfelt. Narkotikakriminalitet var hyppigst representert hos begge gruppene (kvinner i rusbehandling 35% og kvinner i fengsel 42%). Andelen kvinner som hadde begått vinningskriminalitet var noe høyere blant kvinner i behandling (33%) sammenlignet med kvinner i fengsel (25%). Mens voldskriminalitet var mer utbredt blant kvinner i fengsel (29%) sammenlignet med kvinner i behandling (6%). Om lag en femtedel (18%) av kvinner i behandling rapporterte om trafikkrelatert kriminalitet, mens om lag en av ti (9%) kvinner i fengsel hadde begått denne type kriminalitet (Figur 1).

Figur 1. Typer av siktelser og/eller domfellelser etter grupper. Prosent (%)



Grupper: Kvinner i rusbehandling (n=49) og kvinner i fengsel (n=55)

5.1.2 UTSATT FOR KRIMINALITET

Kvinner som lever i nettverk preget av rus og kriminalitet medfører i mange sammenhenger at kvinnene også i større grad blir utsatt for kriminelle handlinger. Begge grupper kvinner ble spurt om de hadde vært utsatt for tyveri, fysisk vold, psykisk vold og seksuell vold. Svarene utelukker ikke hverandre.

Begge gruppene ble mest utsatt for tyveri (65% blant kvinner i behandling og 53% blant kvinner i fengsel). Over halvparten av kvinnene i rusbehandling fortalte at de hadde vært utsatt for seksualisert vold i løpet av livet. Andelen var noe lavere blant kvinner i fengsel (35%). Kvinner i fengsel hadde i større grad enn kvinner i behandling vært utsatt for fysisk vold (47% vs 33%) og psykisk vold (44% vs 27%) (Tabell 2).

Tabell 2. Utsatt for kriminalitet Absolutte tall og prosent (%).

	Kvinner i rusbehandling	Kvinner i fengsel
Tyveri	32 (65)	29 (53)
Fysisk vold	16 (33)	26 (47)
Psykisk vold	13 (27)	24 (44)
Seksualisert vold	27 (55)	19 (35)

Grupper: Kvinner i rusbehandling (n=49) og kvinner i fengsel (n=55).

5.1.3 UTDANNING OG INNTEKT

For å kartlegge utdanningsnivået til kvinnene, ble respondentene spurt om å oppgi høyeste fullførte utdanning. Majoriteten hadde fullført grunnskolen. Andelen med videregående som høyest fullførte utdanning var større blant kvinner i rusbehandling (29%) enn kvinner i fengsel (18%). Samtidig var andelen kvinner med 3-årig høgskole eller mer, var større blant kvinner i fengsel (26%) enn kvinner i rusbehandling (8%) (Tabell 3.)

Tabell 3. Utdanning og inntekt etter gruppe. Absolutte tall og prosent (%).

	Kvinner i rusbehandling	Kvinner i fengsel
Høyeste fullførte utdanning		
Ikke fullført grunnskole	3 (6)	2 (4)
Grunnskole	25 (51)	26 (47)
Videregående skole	14 (29)	10 (18)
Faglig yrkesutdanning	2 (4)	5 (9)
Treårig høyskole eller mer	4 (8)	9 (16)
Yrkesstatus siste 6 måneder før fengsling/behandling		
Ikke i arbeid eller under utdanning	40 (82)	24 (44)
Heltidsjobb	2 (4)	15 (27)
Deltidsjobb	2 (4)	7(13)
Under utdanning	3 (6)	6 (11)
Viktigste inntekt siste måned før fengsling/behandling		
Lønnet arbeid	1 (2)	18 (33)
Forsørget av andre		1 (2)
Dagpenger	1 (2)	
Sykepenger/AAP	12 (24)	12 (22)
Pensjon (inkludert uførepensjon)	4 (8)	3 (5)
Sosial stønad	17 (35)	10 (18)
Kriminell virksomhet		9 (16)
Lån/stipend		2 (4)
Annen inntekt	2 (4)	6 (11)

Grupper: Kvinner i rusbehandling (n= 49) og kvinner i fengsel (n=55).

Kvinnene ble også spurt om hvilken yrkesstatus de hadde siste 6 måneder før behandlingsoppstart og fengsling. Hovedvekten (82%) av kvinnene i rusbehandling hadde vært uten arbeid eller utdanning siste

halvåret. Mens halvparten (44%) av kvinnene i fengsel hadde vært uten sysselsetting forut for innsettelse (Tabell 3).

Ved spørsmål om viktigste inntektskilde, var det kun en av damene i rusbehandling som oppgav lønnet arbeid. Til sammenligning oppgav en tredjedel (33%) av kvinnene i fengsel lønnet arbeid som viktigste inntektskilde forut for fengslingen.

Ulike sosiale stønader utgjorde den viktigste inntekten for mange: sykepenger og arbeidsavklaringspenger (AAP), sosial stønad, uførepensjon og dagpenger. Samtidig var andelen med sosiale stønader høyere blant kvinnene i rusbehandling (69%) sammenlignet med kvinner i fengsel (45%) (Tabell 3).

5.1.4 BOLIGFORHOLD

Kvinnene ble også spurt om de i hovedsak hadde en stabil bosituasjon siste måned før behandlingsoppstart og fengsling. Det ble ikke eksemplifisert hva som mentes med en stabil bosituasjon.

Hovedvekten av kvinnene hadde en stabil bosituasjon før behandlingsoppstart og fengsling (78% kvinner i rusbehandling, 62% kvinner i fengsel), og de fleste bodde i eiet eller leiet bolig. Å bo i leiet bolig var mer vanlig blant kvinner i fengsel (47%) enn blant kvinner i rusbehandling (29%) (Tabell 4).

På spørsmål om hvem man bodde sammen med den siste måneden før behandlingsoppstart og fengsling, svarte godt over halvparten (61%) av kvinnene i rusbehandling at de bodde alene. En av fem bodde i parforhold (20%). Blant kvinner i fengsel var det en av tre (33%) som bodde alene forut for fengslingen, noen flere (38%) bodde i parforhold (Tabell 4).

Tabell 4. Bosituasjon etter gruppe. Absolutte tall og prosent (%).

	Kvinner i rusbehandling	Kvinner i fengsel
Stabil bosituasjon før behandling/fengsling	38 (78)	34 (62)
Boligforhold i siste måned før behandling/fengsling		
Privat bolig (selveier)	15 (31)	14 (25)
Leiet bolig (privat eller kommunal)	14 (29)	26 (47)
Hospits	4 (8)	6 (11)
Institusjon	8 (16)	-
Ingen bolig	5 (10)	4 (7)
Annen	3 (6)	5 (9)
Hvem bodde du sammen med siste måned før behandling/fengsling		
Alene	30 (61)	18 (33)
I parforhold	10(20)	21 (38)
Sammen med venner	1 (2)	7 (13)
Sammen med foreldre	1 (2)	2 (4)
Sammen med barn	-	5 (9)
Sammen med andre	5 (10)	4 (7)

Grupper: Kvinner i rusbehandling (n=49) og kvinner i fengsel (n=55).

5.2 BRUK AV NARKOTIKA OG MEDIKAMENTER (IKKE FORSKREVNE)

5.2.1 BRUK AV NARKOTIKA OG MEDIKAMENTER SISTE HALVÅR FØR BEHANDLINGSOPPSTART

Rusmiddelavhengige bruker ofte flere rusmidler samtidig. For å få en oversikt over hvilke type rusmidler kvinnene brukte før behandlingsoppstart ble de spurt om hvilke rusmidler de brukte mest og hvor ofte de brukte dette rusmidlet.

Blant kvinnene i rusbehandling oppgav halvparten (49%) heroin som sitt hovedrusmiddel. Heroin var også det rusmidlet som flest oppgav som sitt hovedrusmiddel hvor 45 prosent fortalte om daglig bruk. Cannabis ble oppført av flest som nest mest brukte rusmiddel, hvor 33% oppgav daglig bruk. Benzodiazepiner ikke foreskrevet av lege ble oppført som det tredje mest brukte rusmidlet, hvorav 20 prosent oppgav daglig bruk.

Nær alle kvinnene i rusbehandling (84%) oppgav at de en eller annen gang i livet hadde brukt sprøyter med formål å injisere rusmidler. Det er også gjort den antagelsen at alle kvinnene i gruppen rusbehandling kvalifiserer til diagnosen rusavhengig, da dette er et kriterium for både døgnbehandling og behandling innenfor LAR.

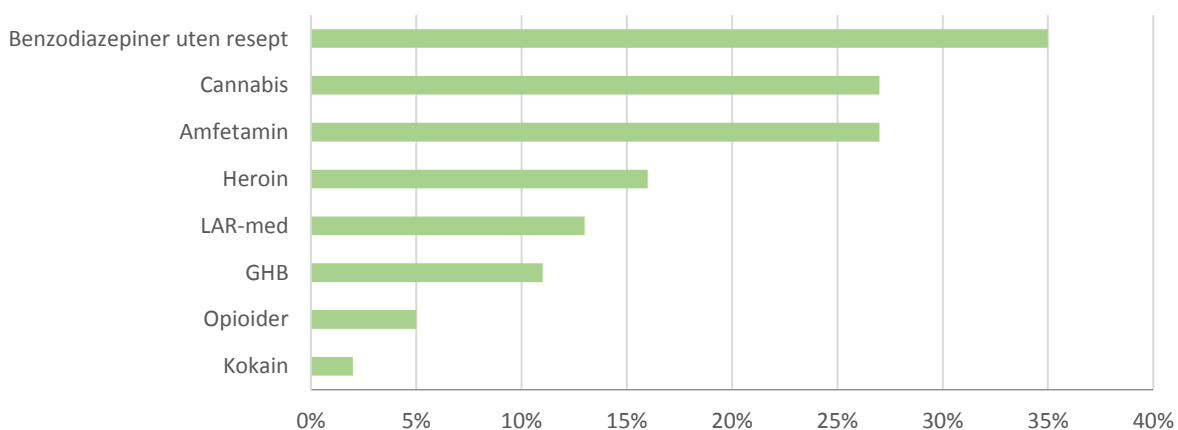
5.2.2 BRUK AV NARKOTIKA OG MEDIKAMENTER – SISTE HALVÅR FØR FENGLING

For å få et bilde av innsattes rusituasjon ble innsatte spurt om hvorvidt de hadde brukt rusmidler i de siste 6 månedene før soning, samt hvor ofte de hadde brukt ulike rusmidler i denne perioden.

For å synliggjøre hvor mange som hadde alvorlig rusbruk i denne perioden presenteres her resultatene fra de som rapporterte om daglig bruk.

Totalt hadde 42 prosent av de kvinnelige innsatte brukt narkotika/medikamenter daglig det siste halvåret før fengsling. I Figur 6 tas det utgangspunkt i de 8 mest brukte stoffene i halvåret før innsettelse: benzodiazepiner (35%), cannabis (27%), (Met)amfetamin (27%), heroin (16%), LAR – medisiner (13%), GHB (11%), opioider (5%) og kokain (2%) (Figur 4).

Figur 4. Daglig bruk av narkotika og medikamenter siste halvår før soning, kvinner i fengsel (n=55). Prosent (%)



For å avdekke alvorlighetsgrader av narkotikabruk svarte kvinnene i fengsel på spørsmål fra Drug use Disorder Identification test (DUDIT) som er et selvrappoterings skjema. Gjennomsnitt skåre ved DUDIT for kvinner i fengsel var 11,1. Ved inndeling av skadelig og ikke skadelig bruk (DUDIT skåre over 6 indikerer skadelig bruk) oppgav i underkant av halvparten (45%) å ha skadelig bruk av rusmidler.

5.3 HELSE OG LIVSKVALITET

I dette kapittelet beskrives en rekke mål på helse og livskvalitet. Innsatte ble spurt generelle spørsmål knyttet til fysisk og psykisk helsetilstand, samt om forholdet til seg selv.

5.3.1 HIV OG HEPATITT

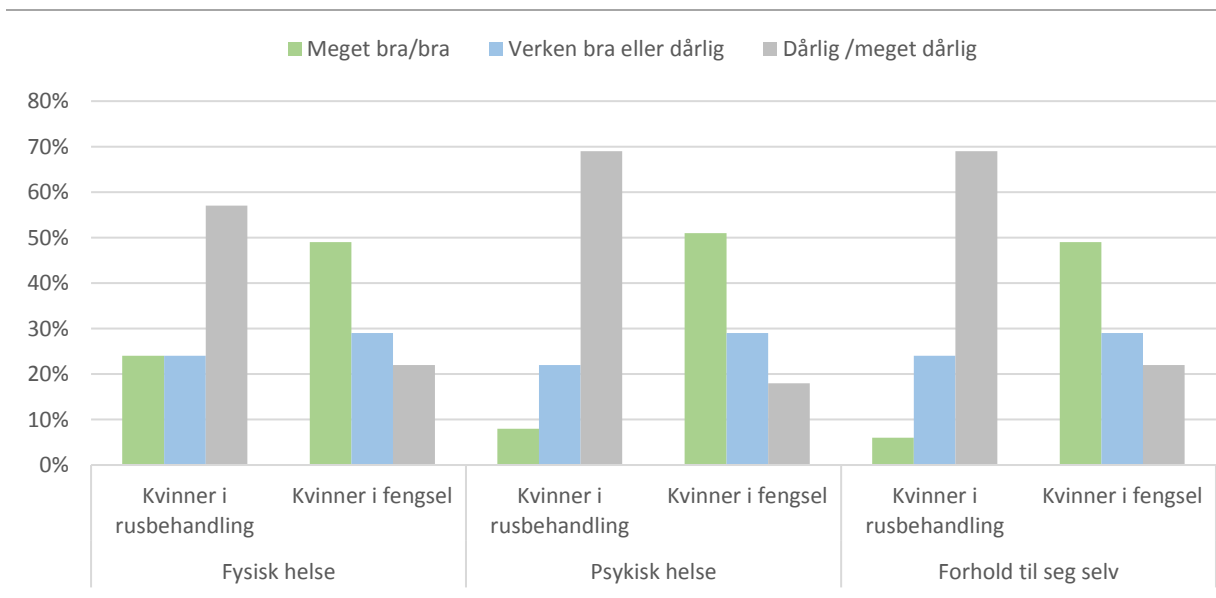
Siden gruppen kvinner vi har sett på er en gruppe med utstrakt rusproblematikk er det viktig å kartlegge eventuell Hepatitt smitte. I våre resultater kom det frem at en liten andel kvinner i rusbehandling (6%) og i fengsel (5%) oppgav at de hadde hepatitt B. I overkant av en tredjedel av kvinnene i rusbehandling (37%) rapporterte å være smittet av Hepatitt C. Andelen Hepatitt C smittede blant kvinner i fengsel var mindre (13%), samtidig oppgav en av ti (11%) av kvinnene i fengsel at de ikke visste om de var smittet av hepatitt.

5.3.2 FORHOLDET TIL SEG SELV OG ANDRE

Kvinnene ble spurt om hvordan de for tiden hadde det i forhold til seg selv og sin egen helsetilstand via et kort livskvalitetsskjema.

Om lag halvparten av alle kvinnene vurderte sin fysiske helse som dårlig eller veldig dårlig og det var noen flere blant kvinner i rusbehandling (57%) enn kvinner i fengsel (49%) (Figur 2).

Figur 2. Forholdet til seg selv og egen fysiske og psykiske helse. Prosent (%).



Grupper: Kvinner i rusbehandling (n=49) og kvinner i fengsel (n=55).

Når det kom til psykisk helse, var det en liten andel (8%) av kvinnene i rusbehandling som vurderte sin psykiske helse som meget bra eller bra, mens syv av ti (69%) vurderte den som dårlig eller meget dårlig. Blant kvinner i fengsel vurderte halvparten (51%) sin psykiske helse som meget bra eller bra, mens en av fem (18%) opplevde å ha en dårlig eller meget dårlig psykisk helse.

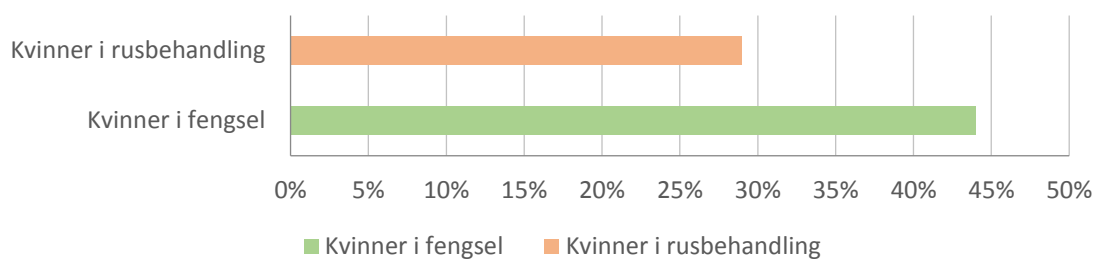
På spørsmål om hvilket forhold innsatte hadde til seg selv svarte en liten andel av kvinnene i rusbehandling (6%) at det var meget bra eller bra, mens hoveddelen (69%) rapporterte at de hadde et dårlig eller meget dårlig forhold til seg selv. Blant kvinner i fengsel oppgav halvparten (49%) at de opplevde å ha et bra eller meget bra forhold til seg selv, mens i underkant av en fjerdedel (22%) opplevde å ha dårlig eller meget dårlig forhold til seg selv. (Figur 2).

5.3.3 ANGST OG DEPRESJON

For å måle symptomer på angst og depresjon ble Hopkins Symptom Checklist benyttet. Kvinnene svarte på spørsmål hvor svarene ble skåret ut i fra standardiserte skårer.

Blant kvinner i rusbehandling var en av tre sterkt plaget av symptomer på angst og depresjon (29% skåret over cut off på 1.75 etter HSCL-25) (Figur 3).

Figur 3. Andel kvinner som var sterkt plaget av angst og depresjonssymptomer etter grupper. Prosent (%)



Grupper: Kvinner i rusbehandling (n=49) og kvinner i fengsel (n=55).

Blant kvinner i fengsel var nær halvparten sterkt plaget av symptomer på angst og depresjon (44% skåret over cut off på 1.90 etter HSCL-10) (Figur 3).

OPPSUMMERING KVINNER MED RUS OG KRIMINALITET

- Resultatene indikerer at kvinnene i fengsel hadde bedre psykisk helse og livskvalitet enn kvinner i rusbehandling.
- Heroin var det mest brukte rusmidlet blant kvinner i rusbehandling, mens benzodiazepiner (ikke forskrevet av lege) ble mest brukt blant kvinner i fengsel, før fengsling. I underkant av halvparten av alle kvinnene i fengsel oppgav svar som indikerer skadelig bruk av narkotika.
- Narkotikakriminalitet var fremtredende hos begge kvinnegruppene. Når det gjald utsatthet for kriminalitet var andelen utsatt for vold både, fysisk og psykisk, større blant kvinner i fengsel. Samtidig var kvinner i rusbehandling i større grad utsatt for seksualisert vold.
- En av tre kvinnelige innsatte var i jobb før innsettelse og oppgav lønnet arbeid som viktigste inntektskilde. Blant kvinner i rusbehandling var det ingen som var i jobb før behandlingsoppstart og de oppgav sosialstønad som viktigste inntektskilde.
- Kvinner i rusbehandling var i snitt to år eldre enn kvinner i fengsel. Majoriteten av alle kvinnene var enslige, samtidig var det markant flere kvinner i fengsel enn kvinner i rusbehandling som var gift eller samboende. Utenlandsk opprinnelse var mer vanlig blant kvinner i fengsel enn blant kvinner i rusbehandling.
- De fleste kvinnene hadde gjennomført grunnskolen. Videregående utdanning er mer vanlig blant kvinner i rusbehandling, samtidig som det var flere kvinner i fengsel som hadde høyskole eller høyere utdanning som høyest gjennomførte utdanning.

6. UNGE UTSATTE MED TILKNYTNING TIL OSLO

Unge mennesker med rus og kriminell bakgrunn ansees som en særdeles sårbar gruppe. Dette er mennesker med komplekst og vaiende hjelpebehov som i stor grad har lang erfaring med tiltak fra barnevern. Mange har hatt en oppvekst preget av rus, psykiatri og sosioøkonomisk utfordringer. Utfordringene blant unge utsatte er sammensatt og de har ulike bistandsbehov. Samtidig er prinsippet om tidlig intervensjon særlig relevant for unge slik at man kan snu en negativ utvikling så tidlig som mulig.

I denne delen av rapporten har vi valgt å vie ekstra oppmerksomhet mot de unger 25 år fra NorMA studien og NorComt studien som har tilknytning til Oslo. Alle som har svart på undersøkelsene som er 25 år eller yngre er definert som unge. Gruppen unge innsatte med Oslo tilhørighet er hentet fra de som svarte på spørreskjema i NorMA studien i Oslo fengsel, Bredtveit fengsel, Bredtveit fengsel avdeling B2 og Oslo overgangsbolig Torshov avdeling. Unge ruspasienter er hentet fra de som ble intervjuet i NorComt studien som var i behandling ved kvinnekollektivet ARKEN, eller i LAR behandling med oppfølging av politikk og hadde folkeregistret adresse i Oslo

De unge er delt inn i to grupper. Den ene gruppen er unge som er diagnostisert med en rusavhengighet og mottar behandling enten via LAR og eller døgninstitusjon (n=10). Den andre gruppen unge er de som sitter i fengsel enten på dom eller varetekt (n=41). Som det fremgår av gruppestørrelsene er antallet i utvalget lavt for pasienter i rusbehandling og man må derfor fortolke resultatene med forsiktighet.

6.1 DEMOGRAFI

Dette kapitlet beskriver demografi og kjennetegn ved de unge (25 år og yngre) som deltok i de to studiene. Alt som presenteres er basert på selvrapportert informasjon.

Blant unge ruspasienter (n=10) var det 2 menn og 8 kvinner og alle var født i Norge. Blant unge innsatte (n= 41) var det 34 menn og 7 kvinner, og over halvparten var født i Norge.

Flesteparten av de unge hadde fullført grunnskolen, og dobbelt så mange unge innsatte som unge ruspasienter hadde fullført videregående eller høyere utdanning (Tabell 1).

Den viktigste inntektskilden for unge ruspasienter 6 måneder før behandlingsoppstart var sykepengen/AAP, deretter kom sosialstønad. Det var ingen unge ruspasienter som oppgav å ha hatt inntekt fra lønnet arbeid. Blant unge innsatte var kriminell virksomhet den viktigste inntektskilden, deretter kom lønnet arbeid og sosial stønad (Tabell 1).

Tabell 1. Demografiske kjennetegn og utdanning. Absolutte tall.

	Unge ruspasienter (n=10)	Unge innsatte (n=41)
Antall	10	41
Menn	2	34
Kvinner	8	7
Fødeland		
Norden m/Norge	10	22
Høyest fullførte utdanning		
Ikke fullført grunnskole	1	5
Grunnskole	6	19
Videregående	2	10
Faglig yrkesutdanning	0	2
Treårig høyskole eller mer	0	5
Viktigste inntekt siste 6 måned		
Lønnet arbeid	0	8
Forsørget av andre	0	1
Dagpenger	1	3
Sykepenger/AAP	6	4
Sosial stønad	3	5
Kriminell virksomhet	0	17
Lån/stipend	0	3
Annen inntekt	0	6

6.1.1 UTSATT FOR KRIMINALITET

En høy andel av mennesker som lever i et rus og kriminelt miljø blir selv utsatt for kriminalitet. Samtidig vet man at oppvekst preget av vold både fysisk, psykisk og seksualisert vold øker risikoen for rusbruk i tidlig alder med påfølgende kriminalitet. Begge gruppene ble spurt om de hadde vært utsatt for å bli frastjålet personlige ting (tyveri), vold som førte til synlige merker eller skader på kroppen (fysisk vold), vold som ikke førte til synlige merker på kroppen (psykisk vold) og seksuelt motivert vold, overgrep eller forsøk på dette (seksualisert vold). Svarene utelukker ikke hverandre.

Tabell 2. Utsatt for kriminalitet Absolutte tall.

	Unge ruspasienter (n=10)	Unge innsatte (n=41)
Tyveri	8	19
Fysisk vold	4	12
Psykisk vold	3	13
Seksualisert vold	5	29

Flesteparten av unge ruspasienter og halvparten av unge innsatte hadde vært utsatt for tyveri. Andelen som er utsatt for fysisk vold var også høyere blant unge ruspasienter enn unge innsatte. Mens om lag like mange forteller å ha blitt utsatt for psykisk vold. Halvparten av unge ruspasienter forteller at de en eller gang i liver har blitt utsatt for seksuelle vold, mens hele syv av ti unge innsatte rapporter om utsatthet av seksuell vold (Tabell 2).

6.1.2 BOLIGFORHOLD

Den vanligste boformen for unge er å bo i leid privat eller kommunal leilighet. Det var flere unge i rusbehandling som eide egenbolig sammenlignet med unge innsatte. Et få tall unge hadde midlertidig bosted eller var uten bolig forut for behandlingsoppstart eller fengsling (Tabell 3).

Tabell 3. Bosituasjon etter grupper.

	Unge ruspasienter (n=10)	Unge innsatte (n=41)
Boligforhold i siste måned før behandling/fengsling		
Privat bolig (selveier)	3	8
Leiet bolig (privat eller kommunal)	6	20
Hospits	0	3
Institusjon	0	1
Ingen bolig	1	5
Hvem bodde du sammen med siste måned før behandling/fengsling		
Alene	3	13
I parforhold	4	12
Sammen med venner	0	13
Sammen med foreldre	1	6
Sammen med barn	0	0
Sammen med andre	1	2

De unge svarte på spørsmål om hvem man bodde sammen med før behandlingsoppstart og fengsling. Nær halvparten av de unge ruspasientene bodde sammen med partner, mens i underkant av en tredjedel oppgav å bo alene. Blant unge innsatte svarte om lag like mange, at de bodde alene, i parforhold eller sammen med venner (Tabell 3).

6.2 BRUK AV NARKOTIKA OG MEDIKAMENTER (IKKE FORSKREVNE)

Unge ruspasienter ble spurt om hvilke rusmiddel de brukte mest før behandlingsoppstart. Halvparten oppgav at de brukte heroin mest. En femtedel fortalte at amfetamin var det rusmiddelet de brukte mest, mens en av ti oppgav cannabis og alkohol som sitt mest brukte rusmiddel. Majoriteten av unge ruspasienter oppgav å ha brukt sprøyter og nesten alle hadde hatt overdose en eller flere ganger i livet.

Blant unge innsatte var det cannabis som ble mest brukt siste halvår før innsettelse. Deretter benzodiazepiner, amfetamin og kokain. En av ti oppgav bruk av heroin.

Flesteparten av unge innsatte skåret på skadelig bruk av rusmidler (AUDIT & DUDIT) og i underkant av en tredjedel oppgav at de en eller gang i livet har brukt sprøyter til injisering av rusmidler.

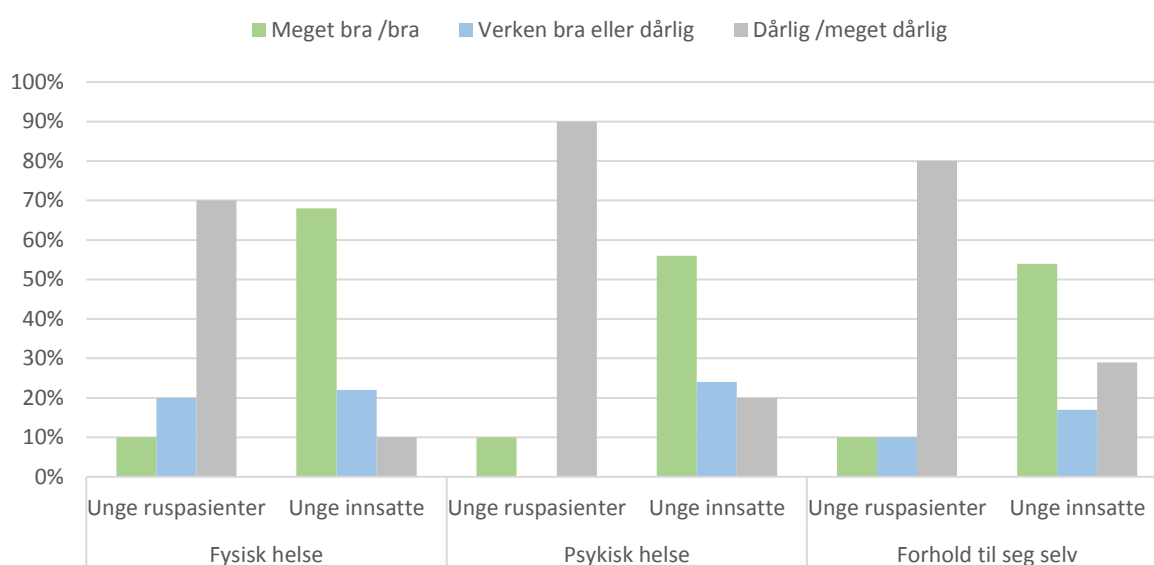
6.3 HELSE OG LIVSKVALITET

I dette kapitlet beskrives en rekke mål på helse og livskvalitet. Deltakerne ble spurt generelle spørsmål knyttet til fysisk og psykisk helsetilstand, samt om forholdet til seg selv.

6.3.1 FORHOLDET TIL SEG SELV OG ANDRE

De unge ble spurt om hvordan de for tiden hadde det i forhold til seg selv og sin egen helsetilstand via et kort livskvalitetsskjema.

Figur 1a. Forholdet til seg selv og egen fysiske og psykiske helse. Prosent (%).



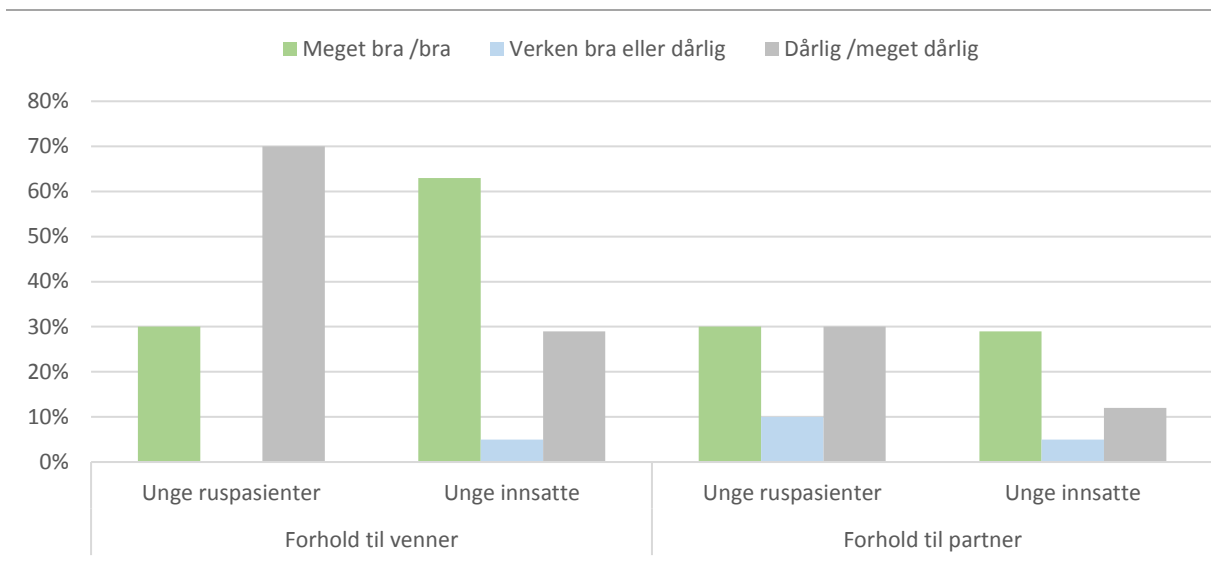
Grupper: Unge ruspasienter (n=10) og unge innsatte (n=41)

Majoriteten av unge ruspasienter opplevde sin fysiske helse som veldig dårlig, mens majoriteten unge innsatte opplevde den som meget bra. Samme tendens fulgt ved opplevd psykisk helse hvor majoriteten av unge ruspasienter opplevde dårlig psykisk helse, mens halvparten av unge innsatte opplevde å ha meget bra psykisk helse (Figur 1a).

På spørsmål om hvilket forhold de unge hadde til seg selv svarte et fåtall unge ruspasienter å ha det bra med seg selv, mens flesteparten sa de hadde det dårlig eller meget dårlig med seg selv. Blant unge innsatte hadde over halvparten det bra med seg selv og i overkant av en fjerdedel oppgav å ha et dårlig eller meget dårlig forhold til seg selv (Figur 1a).

Nettverk har stor betydning for opplevd livskvalitet og ensomhet er en av hovedbegrunnelsene for tilbakefall til rus og kriminalitet. På spørsmål om forhold til venner fortalte tre av ti unge i rusbehandling at de opplevde å ha et godt til meget godt forhold til venner, mens syv av ti oppgav å ha et årlig forhold til venner eller å ikke ha noen venner. Blant unge innsatte hadde godt over halvparten et meget bra eller bra forhold til venner, mens i underkant av en tredjedel oppgav å ha dårlige venneforhold eller å ikke ha venner (Figur 1b)

Figur 1b. Forhold til venner og partner etter grupper. Prosent (%)



Grupper: Unge ruspasienter (n=10) og unge innsatte (n=41)

Av de som hadde partner oppgav like mange i begge gruppene unge, å ha et godt forhold til partneren sin. Samtidig var det flere unge ruspasienter som opplevde å ha et dårlig forhold til sin partner enn unge innsatte. Kjønnforskjellene innad i gruppene kan ha betydning for denne forskjellen (Figur 1b).

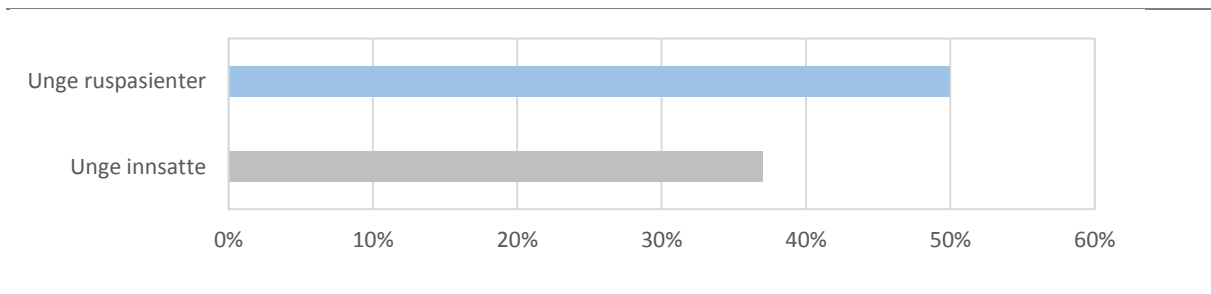
6.3.2 ANGST OG DEPRESJON

Deltakeren svarte på korte spørsmål for å undersøke grader av angst og depresjons symptomer.

Unge ruspasienter er mer plaget av symptomer på angst og depresjon noe som indikerer at unge ruspasienter har en dårligere psykisk helse enn unge innsatte. Blant unge ruspasienter skåret halvparten på SCL-25 på cut off over 1.75. Dette indikerer at halvparten av alle unge ruspasienter er sterkt plaget av symptomer på angst og depresjon (Figur 2).

Til sammenligning skåret i overkant av en tredjedel av unge innsatte på tilsvarende mål (HSCL-10, cutt off 1.90) som indikerer at de er sterkt plaget av angst og depresjonssymptomer (Figur 2).

Figur 2. Andelen unge som er sterkt plaget av angst og depresjonssymptomer etter gruppe. Prosent (%)



Grupper: Unge ruspasienter (n=10) og unge innsatte (n=41)

OPPSUMMERING UNGE INNSATTE

- Generelt svarte unge innsatte at de hadde det bedre med seg selv enn unge ruspasienter, og unge ruspasienter var mer plaget av symptomer på angst og depresjon enn unge innsatte.
- Heroin ble mest brukt blant unge ruspasienter før behandling, mens cannabis ble mest brukt blant unge innsatte. Flesteparten av unge innsatte skåret for skadelig bruk av rusmidler.
- Begge gruppene hadde i stor grad vært utsatt for kriminelle handlinger. Unge ruspasienter hadde i større grad vært utsatt for tyveri og fysisk vold, mens unge innsatte i større grad hadde vært utsatt for seksualisert vold, men også halvparten av ruspasientene hadde slik erfaring.
- Unge ruspasienter var alle født i Norge, mens halvparten av unge innsatte var norskfødte. Blant unge ruspasienter var to av ti menn, mens blant unge innsatte var åtte av ti menn. De fleste hadde gjennomført grunnskolen. Høyere utdanning var mer vanlig blant unge innsatte enn unge ruspasienter.
- Hovedinntektskilden til unge ruspasienter var ulike offentlige ytelser som sosialstønad og arbeidsavklaringspenger, mens unge innsattes hovedinntektskilde var lønnet arbeid eller inntekt fra kriminell virksomhet.
- Den vanligste boformen for unge utsatte var å bo i eiet eller leiet bolig, og det var om lag like mange som bodde alene som i parforhold. Det var ingen markant forskjell mellom unge ruspasienter og unge innsatte når det gjaldt boforhold.
- Samlet er vurderingen at unge utsatte enten de er å finne i rusbehandling eller i fengsel har en sammensatt problembyrde av stort omfang. Det er viktig at denne gruppen nåes med adekvate sammensatte tiltak.

7. OPPSUMMERING OG DISKUSJON

Hovedmålsettingen med denne rapporten var å sette søkelys på pasienter i rusbehandling og innsatte i fengsel som er bosatt i Oslo. Vi har i likhet med tidligere undersøkelser funnet at en stor andel av ruspasientene og innsatte på gruppenivå har levekårsproblemer knyttet til lav utdanning, svak tilknytning til arbeidsmarked og høy grad av bruk av sosiale stønader [2, 5].

Et av hovedmålene for rusbehandling er å forbedre pasientens helsesituasjon, både fysisk og psykisk. Tidligere forskning har vist at LAR-behandling er effektivt med tanke på reduksjon av overdosedødsfall og helseskader [17, 27]. I denne rapporten var det også ønskelig å finne ut mer om hvordan pasientene selv oppfattet sin egen fysiske og psykisk helse og ikke minst hvordan de opplevde å ha det med seg selv. Pasientene ble derfor spurt en rekke spørsmål knyttet til egen helse med bakgrunn i kartleggingsverktøy for måling av psykisk helse og livskvalitet.

Funn fra denne rapporten viser at det var det flere LAR- Oslo pasienter (35%) enn LAR pasienter fra resten av landet (28%) som var svært plaget av symptomer på angst og depresjon (skåre over 1.75, HCSL-25) ved behandlingsstart. Ved oppfølgingsintervjuene etter ett år var andelen LAR pasienter som var svært plaget av angst og depresjonssymptomer derimot mindre blant LAR- Oslo pasientene (27%) enn blant LAR pasienter i resten av landet (32%). Dette illustrerer at den relative forbedringen var høyest blant Oslo-pasientene, som ved behandlingsstart hadde et dårligere utgangspunkt.

Sosialt nettverk har betydning for opplevelse av livskvalitet og har vist seg å være en viktig faktor i ruspasienters rehabilitering og tilfriskning [11]. Våre resultater viser at andelen som har et nettverk uten rus, øker etter et år i LAR-behandling, både blant Oslo-pasienter og resten av landet. En lavere andel oppgir å være mest alene etter et år i behandling.

Blant LAR-pasienter fra Oslo opplevde en større andel å ha veldig dårlig livskvalitet ved inntak i behandling, sammenlignet med LAR-pasienter fra resten av landet. Likevel opplevde mer enn 80% av Oslo-pasientene en bedring i livskvalitet etter et år i behandling.

Oslo er en kommune med omfattende tilbud til rusmiddelavhengige på ulike nivå fra lavterskel tilbud, jobbtreningstilbud, gjennom frivillige organisasjoner som Røde Kors til et godt organisert rustilbud via Oslo kommune og velferdsetaten. Dette godt utbygde tjenestetilbudet peker i retning av mange behandlingsmuligheter, men det har vært en utfordring når det gjelder koordinering mellom de ulike tjenesteyterne [28]. Meningsfylt sosialt samvær med andre er en viktig komponent for opplevelse av god livskvalitet [10]. Det vil derfor være viktig å tilrettelegge nettopp for tilbud som bidrar til å fremme deltagelse i det sosiale livet, f.eks. gjennom aktivisering i regi av frivilligsektoren. Deltagelse i rusfrie nettverk er viktig for personer i rusbehandling og for personer som kommer ut fra soning, og dette bør være et satsningsområde for tiltakssektoren.

I denne rapporten kom det frem at pasienter fra LAR- Oslo i snitt 5 år eldre (38 år vs. 33 år) enn LAR pasienter fra resten av landet. Metadon var det mest brukte LAR medikamentet blant LAR-Oslo pasienter, mens Suboxone blir mest brukt blant LAR pasienter i resten av landet. I statusrapporten fremkommer det at alder har konsekvenser for behandling, deriblant for valg av medikament. Høy alder samvarierer med hyppigere valg av metadon som medikament mens de yngre i større grad behandles med buprenorfin [15].

Det var en relativ overvekt av kvinner i det innsamlede datamaterialet blant LAR- Oslo pasientene. Den samlede nasjonale kvinneandelen i LAR har ligget stabilt rundt 30 %, noe som tilsvarer omtrent kjønnsandelen i populasjonen med tunge rusproblemer i Norge [15].

Høgskole og annen høyere utdanning var mer vanlig blant LAR- Oslo pasientene enn LAR pasienter i resten av landet. Flesteparten av LAR pasientene var uten arbeid før behandlingsoppstart og hovedinntektskilden for LAR- Oslo pasientene var sykepengen eller arbeidsavklaringspenger. Blant LAR pasienter i resten av landet var hovedinntektskilden uføretrygd. I Statusrapport for 2018, som dokumenterer situasjonen for norske pasienter i LAR, kommer det frem at få er i yrkesrettet eller studiepreget aktivitet og den langt viktigste inntekten er blitt uføretrygd.

Innsatte med Oslo-tilhørighet skiller seg fra innsatte fra resten av landet knyttet til noen demografiske variabler: de er noe yngre, en høyere andel er kvinner, og en vesentlig høyere andel oppgir fødeland utenfor Norge. Innsatte med Oslo-tilhørighet sitter mer i varetekt sammenlignet med innsatte i resten av landet, og var noe yngre ved første dom og fengsling.

Innsatte med Oslo-tilhørighet hadde også en noe mer utfordrende levekårsproblematikk sammenlignet med innsatte fra resten av landet, og spesielt knyttet til rus og psykisk helse.

Å kartlegge bruk av narkotika og medikamenter var en sentral målsetning for denne studien. Fra tidligere undersøkelser vet vi at en stor andel innsatte i fengsel har brukt rusmidler før soning [2, 29]. Det er likevel viktig å merke seg at flere av undersøkelsene har brukt ulike mål og ulike tidsvindu for å undersøke bruk av narkotika og medikamenter, noe som gjør at tallene ofte varierer fra studie til studie.

En større andel oppga daglig bruk av rusmidler i halvåret før soning, hvor bruk av heroin blant Oslo-innsatte (14%) var markant høyere sammenlignet med innsatte i Oslo-nære fengsler (6%) og innsatte fra resten av landet (6%). Totalt hadde 28 prosent av Oslo-innsatte brukt sprøyte i løpet av livet, og en av ti Oslo-innsatte oppga både daglig rusbruk og injeksjonserfaring (10%). Dette var dobbelt så mange enn Oslo-nære innsatte som oppga daglig rusbruk og injeksjonserfaring (5%).

Ruskriminalitet er mer dominerende blant Oslo-innsatte, og markant flere Oslo-innsatte oppga bruk og besittelse av narkotika knyttet til deres nåværende soning.

En rekke studier viser at personer med opioid avhengighet som begynner i LAR begår mindre kriminalitet [18, 30] og man antar dermed at det er færre opioidavhengige i fengsel nå, sammenlignet med tidligere. Samtidig med at antall LAR-pasienter i Norge har steget har også antall LAR-pasienter i fengsel blitt høyere [31-33]. I norske fengsler fortsetter man i dag LAR behandling under soning, og man kan også få tilbud om oppstart av LAR i fengselet under soningsoppholdet. I vår undersøkelse oppga 11% av Oslo-innsatte at de for tiden var i LAR, og dette var noe vanligere enn hos innsatte i Oslo-nære fengsler og innsatte i resten av landet.

Livskvalitet handler om hvordan livet oppleves for den enkelte og kan være situasjonsbetinget. Høy livskvalitet har sammenheng med bedre fysisk helse og psykisk plager og lidelser. I tidligere undersøkelser av innsatte i fengsel har det kommet frem at mange innsatte sliter med dårlig helse i form av kroniske sykdommer og dårligere psykisk helse [2, 26]. Et av hovedmålene til kriminalomsorgen er rehabilitering og innsattes livskvalitet er viktig i denne sammenheng.

Innsatte i Oslo rapporterte om noe dårligere opplevd livskvalitet sammenlignet med innsatte fra resten av landet. Andelen som oppga å vær sterkt plaget av symptomer på angst og depresjon var også høyere blant Oslo-innsatte. Dette kan ha sammenheng med store andelen varetektsfengslede blant Oslo-innsatte. Fokus på bedring av innsattes psykiske helse gjennom økte psykolog ressurser og mer tilstedeværelse av kvalifiserte ansatte vil være viktig. Tilsvarende vil meningsfull aktivisering under soningen kunne bidra til opplevelse av bedre livskvalitet.

Kvinner er en minoritetsgruppe både i rusbehandling og i norske fengsler, og de innehar kjønnsespesifikke behov som det er viktig å ivareta både under fengsling og i rusbehandling. Noe av kritikken rettet mot både rusbehandling og fengslene er at rehabiliteringen av kvinnene ikke blir prioritert som et eget område, men som et komplementært tilbud til en mannsdominert rehabiliteringsmodell.

En studie fra 2010 som inkluderte et utvalg av 100 kvinnelige innsatte, viste at fire av ti kvinnelige innsatte hadde blitt misbrukt som barn, åtte av ti hadde vært alvorlig deprimerte og seks av ti fortalte om alvorlige rusproblemer som medførte økonomiske, sosiale og helsemessige utfordringer [34].

Kvinner i fengsel rapporterer om bedre livskvalitet enn kvinner i rusbehandling de var også i større grad i jobb, hadde høyere fullført utdanning og levde i større grad i parforhold, før fengsling. Noe som kan tyde på at kvinner i fengsle har en bedre livssituasjon enn kvinner i rusbehandling. Samtidig skåret om lag halvparten av kvinnene i fengsel for skadelig bruk av illegale rusmidler. Problemfylt rusmiddelbruk ved løslatelse av fengsel er en kjent problemstilling noe som kan medføre nye kriminelle handlinger og gjeninnsettelse. Det synes å være et betydelig overlapp mellom gruppene kvinner i fengsel og kvinner med rusmiddelproblemer i behandling, og at over tid vil mange av disse kvinnene ha erfaring fra begge «rollene»; i rusbehandling og innsatt.

Selv om gruppen med unge utsatte var liten gir resultatene noen indikasjoner det er verdt å ta med seg. Unge ruspasienter og unge innsatte har i mange tilfeller blir kasteballer mellom ulike hjelpetjenester og omsorgsordninger fra de er små. Atferdsproblematikk, manglende framtidstro og opplevelse av lite mening og mestring, og ikke minst manglende tillit til systemet og samfunnet er typiske kjennetegn. En annet kjent fellestrekk er at barnevernet enten kom for sent inn til å klare å snu utviklingen, eller ikke var på banen i det hele tatt, til tross for at barnets utfordringer ofte viste seg allerede i barnehagen [35-37]. Med bakgrunn i unge innsattes sammensatte behov er det viktig med kompetanse på denne gruppens utfordringer, hvor samarbeid mellom de ulike etatene er særdeles viktig.

Blant alle gruppene som er belyst i rapporten, fant vi at store andeler oppga å være utsatt for kriminalitet. Spesielt fant vi at kvinner i rusbehandling og unge innsatte var utsatt for seksuell kriminalitet. I møte med innsatte i fengsel og pasienter i rusbehandling er det derfor viktig å ha med seg at gruppene i stor grad bærer på traumatiserende opplevelser.

8. METODOLOGISKE BETRAKTNINGER

Når man skal se ulike forskningsresultater i lys av hverandre, er det viktig å være oppmerksom på at forskjellene kan skyldes at undersøkelsene har brukt ulike metoder, og at forskjellene man finner dermed ikke nødvendigvis gjenspeiler reelle forskjeller i populasjonene. Forskjeller i estimater mellom ulike studier kan for eksempel skyldes små ikke-representative utvalg, samt seleksjoner i hvilke deltakere som faktisk besvarte spørreskjemaene.

Et representativt utvalg kan beskrives som en undergruppe av en populasjon, som på en presis måte reflekterer medlemmene av den totale populasjonen. Utvalget i studien var ikke trukket tilfeldig fra den offisielle ruspopulasjoen og fengselspopulasjonen, og undergrupper som unge utsatte er små. Når det gjelder valg av grupper med Oslo tilhørighet kan det være deltakere fra NorComt undersøkelsen med Oslo tilhørighet som ikke er tatt med. Dette kan skyldes ukjent bostedsadresse eller reservasjon fra å oppgi bosted. Videre kan det også være deltakere som er tatt med i gruppen Oslo tilhørende som har bosted utenom Oslo da pasienter ved Arken kvinnekollektiv kommer fra hele landet. Vedrørende deltakerne fra NorMA- studien har vi ingen informasjon om bostedsadresse til de innsatte og seleksjonen er derfor gjort på bakgrunn av beliggenheten til fengslet de oppholdt seg i ved svartidspunktet.

Utvalget unge utsatte er lite og resultatene er derfor ikke nødvendigvis representative for hele populasjonen av unge i rusbehandling i Oslo og unge innsatte i Oslo. Resultatene må derfor lese med forsiktighet og er kun ment å gi et bilde av tendenser i en undergruppe, de unges situasjon, som vi ellers vet lite om.

Vår vurdering er at de presenterte resultatene i denne rapporten gir en god indikasjon på livssituasjonen til ruspasienter og innsatte med tilknytning til Oslo.

9. AVSLUTTENDE KOMMENTARER

Det overordnede bildet med en noe større problebyrde, spesielt knyttet til rusmiddelbruk, psykisk uhelse og vanskelig sosial situasjon for personer fra Oslo, sammenlignet med landet for øvrig, understreker behovet for særlige satsninger mot disse målgruppene i Oslo og i storbyer. I dette ligger den en utfordring til tiltaksapparatet mot å strekke seg langt i Oslo for å nå ut med adekvate tilbud til alle i behov av bistand. Det å snu negative spiraler, med rus, kriminalitet og utenforskap er krevende og vil som regel kreve individuelt tilpassede, sammensatte og langvarige hjelpeinnsatser. Det å bistå personer med rus og psykisk lidelse til å oppnå daglig meningsfull aktivitet og deltagelse i rusfrie nettverk er en viktig prioritering som gjelder både etter rusbehandling og etter soning.

REFERANSER

1. Fauchald, K. and R. Audestad, *Helhetlig russtatistikk, Oslo kommune 2018/2019*. 2019: Velferdsetaten, Oslo kommune.
2. Friestad, C. and I.L. Skog Hansen, *Levekår blant innsatte*. 2004: Oslo, Norway.
3. Friestad, C. and E. Kjelsberg, *Drug use and mental health problems among prison inmates-- results from a nation-wide prison population study*. Nord J Psychiatry, 2009. **63**(3): p. 237-45.
4. Friestad, C. and I.L.S. Hansen, *Mental Health Problems among Prison Inmates: the Effect of Welfare Deficiencies, Drug Use and Self-Efficacy*. Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention, 2005. **6**(2): p. 183-196.
5. Skardhamar, T., *Levekår og livssituasjon blant innsatte i norske fengsel*, in *Institutt for kriminologi og rettssosiologi*. 2002, Universitetet i Oslo. p. 157.
6. Strang, J., et al., *Persistence of drug use during imprisonment: relationship of drug type, recency of use and severity of dependence to use of heroin, cocaine and amphetamine in prison*. Addiction, 2006. **101**(8): p. 1125-32.
7. Fazel, S. and J. Baillargeon, *The health of prisoners*. Lancet, 2011. **377**(9769): p. 956-65.
8. Zlodre, J. and S. Fazel, *All-cause and external mortality in released prisoners: systematic review and meta-analysis*. Am J Public Health, 2012. **102**(12): p. e67-75.
9. Fazel, S., P. Bains, and H. Doll, *Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review*. Addiction, 2006. **101**(2): p. 181-91.
10. Muller Ashley, E., *Measuring the quality of life of incarcerated individuals*. International Journal of Prisoner Health, 2019. **15**(1): p. 1-13.
11. Skjaervo, I., et al., *Substance use pattern, self-control and social network are associated with crime in a substance-using population*. Drug Alcohol Rev, 2017. **36**(2): p. 245-252.
12. Carpentier, C., et al., *The Global Epidemiology of Drug Use in prionsn*, in *Drug Use in Prisoners. Epidemiology, Implications and Policy Responces*, S.A. Kinner and J.D. Rich, Editors. 2018, Oxford University Press: USA.
13. Bukten, A., et al., *Rusmiddelbruk og helsesituasjon blant innsatte i fengsel*. 2016, SERAF, Universitetet i Oslo: Oslo, Norge.
14. Bukten, A., et al., *High risk of overdose death following release from prison: variations in mortality during a 15-year observation period*. Addiction, 2017. DOI: [10.1111/add.13803](https://doi.org/10.1111/add.13803).
15. Waal, H., et al., *Annual report. Patients in opioid maintenace treatment in Norway. [Statusrapport 2018. LAR i rusreformenes tid]. Norwegian only*. 2018, Senter for rus- og avhengighetsforskning, SERAF. Nasjonal kompetansetjeneste for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB): Oslo, Norway.
16. Clausen, T., et al., *Mortality among opiate users: opioid maintenance therapy, age and causes of death*. Addiction, 2009. **104**(8): p. 1356-62.
17. Skeie, I., et al., *Somatic health among heroin addicts before and during opioid maintenance treatment: a retrospective cohort study*. BMC Public Health, 2008. **8**.
18. Bukten, A., et al., *Engagement with opioid maintenance treatment and reductions in crime: a longitudinal national cohort study*. Addiction, 2012. **107**(2): p. 393-399.
19. Bakken, K., A.S. Landheim, and P. Vaglum, *Axis I and II disorders as long-term predictors of mental distress: a six-year prospective follow-up of substance-dependent patients*. BMC psychiatry, 2007. **7**(1): p. 29.
20. Andreas, J.B., G. Lauritzen, and T. Nordfjærn, *Co-occurrence between mental distress and poly-drug use: a ten year prospective study of patients from substance abuse treatment*. Addictive behaviors, 2015. **48**: p. 71-78.
21. Saunders, J.B., et al., *Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-- II*. Addiction, 1993. **88**(6): p. 791-804.

22. Halkjelsvik, T. and E.E. Storvoll, *Andel av befolkningen i Norge med et risikofylt alkoholkonsum målt gjennom Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)*. Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 2015. **32**(1): p. 49-60.
23. Berman, A.H., et al., *The self-report Drug Use Disorders Identification Test: Extended (DUDIT-E): reliability, validity, and motivational index*. J Subst Abuse Treat, 2007. **32**(4): p. 357-69.
24. Derogatis, L.R., et al., *The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory*. Behav Sci, 1974. **19**(1): p. 1-15.
25. K, R.M., *Innsattes levekår 2014. Før, under og etter soning*. . 2015, Statistisk Sentralbyrå: Oslo - Kongsvinger.
26. Cramer, V., *Forekomst av psykiske lidelser hos domfelte i norske fengsler*. 2014, Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri. Helseregion Sør-Øst: Oslo.
27. Clausen, T., K. Anchersen, and H. Waal, *Mortality prior to, during and after opioid maintenance treatment (OMT): A national prospective cross-registry study*. Drug and Alcohol Dependence, 2008. **94**: p. 151-157.
28. Gjersing, L., et al., *Fatal overdoses in Oslo 2006-2008*. 2011: Oslo, Norway. p. 1-126.
29. Ødegård, E., *Drugs and alcohol problems among Norwegian inmates*. Nordisk alkohol-og narkotikatidsskrift (NAT), 2008. **25**(3): p. 16.
30. Bukten, A., et al., *A day-by-day investigation of changes in criminal convictions before and after entering and leaving opioid maintenance treatment: a national cohort study*. BMC Psychiatry, 2013. **13**: p. 262.
31. Folkehelseinstituttet, *Sykdomsbyrde i Norge 1990-2013*. 2016, Folkehelseinstituttet.
32. Helsedirektoratet, *Healthcare Services for prison inmates [Helse-og omsorgstjenester for innsatte i fengsel]*. Norwegian only, in *Årsrapport*. 2014: Oslo, Norway.
33. Waal, H., et al., *Annual report. Patients in opioid maintenance treatment in Norway. [Statusrapport 2014. En aldrende LAR-populasjon]*. Norwegian only, in *Annual report*. 2015, Norwegian Centre for Addiction Research (SERAF), University of Oslo: Oslo, Norway.
34. Amundsen, M.-L., *Kvinnelige innsatte og sosial marginalisering*. 2010.
35. Clausen, S.-E., *Har barn som mishandles større risiko for å bli kriminelle?* Tidsskrift for Norsk psykologforening, 2004.
36. Lien, I.-L., *I bakvendtland: Kriminelle liv*. 2011: Universitetsforl.
37. Falck, S., *Hva er det med familieråd? Samlerapport fra prosjektet " Nasjonal satsing for utprøving og evaluering av familieråd i Norge*. Nova rapport, 2006. **18**(06).

Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF) er organisert under institutt for klinisk medisin, ved det medisinske fakultetet ved Universitetet i Oslo. SERAF er en nasjonal koordinator for rusmiddelforskningen i Norge og driver omfattende nettverksarbeid og kursvirksomhet.

Senter for rus- og avhengighetsforskning
Kirkeveien 166, Bygg 45
0407 Oslo
www.seraf.uio.no

