



UiO • Universitetet i Oslo

LAR-pasienter i norske fengsler

En beskrivelse av innsatte i LAR-behandling i fengsler i Norge

Andrea Nøstdahl

&

Maria Elisabeth Schätzer Coll

Prosjektoppgave ved Det Medisinske Fakultet

Universitetet i Oslo

Veileder: Anne Bukten, forsker ved Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF)

Vår 2022

Abstract

Background: Prisons have a high occurrence of opioid abuse among inmates. Opioid maintenance treatment (OMT) is effective and is regarded as the gold standard treatment in managing opioid dependence in Norway. There is a huge amount of literature and studies regarding OMT and its beneficial outcomes, such as decreased drug overdose mortality risk and criminal behaviour. However, less is known about inmates participating in the OMT program in Norway regarding criminality, drug use and physical and mental health.

Objective: The issue to be addressed in this thesis is: What characterizes inmates participating in the opioid maintenance treatment (OMT) programme in Norway relative to other inmates, with special focus on demographical characteristics, physical health, criminality and drug use?

Methods: This thesis is based on self-reported data from the NorMA study which investigated a broad range of aspects regarding inmates in Norwegian prisons. We processed the results using the statistical software program SPSS and defined a new group consisting of the inmates who participated in OMT program during imprisonment, as focus for our analysis. Furthermore, we compared the group with the rest of the respondents regarding variables such as demography, criminal behaviour, health, drug use and treatment.

Results: We found that most inmates participating in the OMT program were men and older than the rest of the respondents imprisoned. The OMT group was significantly less educated and significantly fewer of them reported paid work as their main income. The prevalence of hepatitis B and/or C was significantly higher. Lastly, the proportion of OMT patients with a drug use pattern above the limit corresponding to harmful drug use before imprisonment was significantly greater.

Conclusion: Our analysis shows that patients participating in the OMT programme in Norwegian prisons constitute a particularly vulnerable group, with less degree of community participation and an unstable lifestyle including factors such as comprehensive drug use and poorer health.

Innholdsfortegnelse

ABSTRACT	2
INNLEDNING	5
BAKGRUNN	6
OPIOIDER OG OPIOIDAVHENGIGHET	6
<i>Opioidbruk i verden</i>	6
<i>Konsekvenser av opioidbruk</i>	7
<i>Opioidbruk blant innsatte i fengsel</i>	8
LEGEMIDDELASSISTERT REHABILITERING	8
<i>Historie</i>	8
<i>LAR-behandling i Norge</i>	9
<i>LAR-medikamenter i bruk i dag</i>	9
<i>Hvem er LAR-pasientene?</i>	10
<i>Inntakskrav for LAR-behandling</i>	11
<i>Helsehjelp i fengsel</i>	11
<i>LAR-behandling i fengsel</i>	12
<i>Hvorfor er LAR-behandling viktig?</i>	12
<i>Utfordringer med LAR-behandling</i>	13
METODE	15
UTVALG.....	15
DATAINNSAMLING	16
DATABEARBEIDING	16
<i>LAR-pasienter</i>	16
<i>Demografi</i>	17
<i>Helse</i>	17
<i>Kriminalitet</i>	18
<i>Narkotika</i>	18
<i>Rusbehandling</i>	19
ANALYSER	20
ETISKE BETRAKTNINGER	21
RESULTATER	22
1. LAR-PASIENTENE	22
2. DEMOGRAFI	23
3. HELSE	24
4. KRIMINALITET	25
5. NARKOTIKA	27
6. RUS OG RUSBEHANDLING.....	31

7. FAKTORER SOM ER ASSOSIERT MED Å VÆRE I LAR-BEHANDLING	34
DISKUSJON	35
KJØNN	35
ALDER	35
UTDANNING.....	36
INNTEKT	37
HELSE	37
RUSBRUK	39
METODOLOGISKE BETRAKTNINGER	40
<i>Utvalgets representativitet</i>	<i>40</i>
<i>Oppbygningen av spørreundersøkelsen og missing-verdier</i>	<i>41</i>
OPPSUMMERING OG IMPLIKASJONER	41
KONKLUSJON	43
REFERANSER	44
APPENDIX.....	48

Innledning

På tross av at en stor andel av innsatte kommer til fengsel med opioidavhengighet, og at LAR-behandling er gullstandardbehandling for opioidavhengighet, vet vi ikke hvor mange pasienter som er i LAR-behandling under soning i norske fengsler eller hva som kjennetegner dem. På bakgrunn av den manglende kunnskapen om LAR-pasienter i fengsel, er problemstillingen i vår oppgave: Hva karakteriserer innsatte som er i LAR-behandling? Hvordan skiller denne gruppen seg fra innsatte for øvrig med spesielt fokus på demografi, kriminalitet, fysisk helse og rusbruk?

Denne prosjektoppgaven er basert på data fra The Norwegian Offender Mental Health and Addicition Study (NorMA). NorMA-studien er en spørreundersøkelse som ble utført blant innsatte i norske fengsel i 2013-2014. Et av hovedmålene til undersøkelsen var «å identifisere innsattes rus og helsesituasjon både forut for og under soning, samt å kartlegge ulike erfaringer og utfordringer fra tidlig i livet» (1). Blant de innsatte som deltok i NorMA-studien sammenligner vi de innsatte som oppga at de var i LAR-behandling med de innsatte for øvrig. Vi vil fokusere på sosioøkonomiske faktorer, helse, kriminalitet, rusbruk og rusbehandling. I diskusjonsdelen retter vi blikket utover og sammenligner den samme gruppen innsatte med LAR-populasjonen i Norge.

SERAF publiserer en årlig statusrapport som beskriver LAR-populasjonen i Norge. Spørreundersøkelsene som dataene våre er basert på ble gjennomført i tidsperioden 2013-2014 og derfor sammenlignes våre resultater hovedsakelig med statusrapporten fra 2014 for å få et best mulig sammenligningsgrunnlag. I enkelte tilfeller hvor ulike temaer var mindre belyst i statusrapporten fra 2014, valgte vi heller å sammenligne med rapporter fra nyere år som beskrev områdene bedre.

Bakgrunn

Opioider og opioidavhengighet

Et opioid er et stoff som binder til kroppens opioidreseptorer, og inkluderer naturlige opiater, blant annet morfin og kodein, semisyntetiske opiater, for eksempel buprenorfin, heroin og oksykodon, helsyntetiske opioider, eksempelvis metadon, fentanyl og ketobemidon, samt kroppens egne opioider, endorfiner (2). Opioider brukes innen smertebehandling, anestesi, og som substitusjonsbehandling ved opioidavhengighet i legemiddelasistert rehabilitering (LAR) (3). I tillegg til den godkjente bruken eksisterer det i Norge og internasjonalt et stort omfang av misbruk med rusformål (4). Dette gjelder både smertestillende opioidholdige legemidler og illegale opioider (4).

Opioidavhengighet kan defineres ut ifra det internasjonale klassifikasjonssystemet ICD-10 (5). Generelt kan følgende faktorer inkluderes i diagnosen rusmiddelavhengighet : 1) skadelig bruk av psykoaktive stoffer, somatisk eller psykisk, 2) avhengighetssyndrom, med endret atferd og kognisjon der behovet for rusmidler står i fokus, 3) et sterkt behov for å innta substansen, 4) ukontrollerbart inntak, 5) abstinensstilstand, 6) toleranseutvikling, 7) endret personlighet, særlig økt likegyldighet overfor gleder og interesser, 8) stadig bruk selv om negative konsekvenser er åpenbare (5).

Opioidbruk i verden

Det eksisterer et enormt opioidmisbruk i verden. Ifølge en nasjonal undersøkelse i USA utført i 2019 hadde 10,1 million mennesker (3,7 prosent) av befolkningen over 12 år misbrukt opioider det siste året, herunder reseptbelagte preparater og heroin (6). Misbruket av reseptbelagte opioidholdige smertestillende legemidler utgjorde rundt 9,7 millioner av tilfellene, og 745 000 mennesker misbrakte heroin (6). I resten av verden er dette også en utfordring. Blant voksne i EU ble prevalensen tilknyttet høyrisikobruk av opioider anslått til å være omkring 0,4 prosent i 2018, noe som utgjorde omtrent 1,3 millioner mennesker (7).

Konsekvenser av opioidbruk

Konsekvensene av rusmiddelmissbruk er omfattende. Det ble estimert rundt 42 millioner tapte leveår på verdensbasis som følge av rusmiddelmissbruk, grunnet for tidlig død eller helsetap (8). Øst-, Sør- og Sørøst-Asia, og Nord-Amerika trekkes frem som områder med størst helsebyrde med et stort antall opioidmissbrukere og injiserende rusmisbrukere. På verdensbasis døde i underkant av 600 000 mennesker som følge av konsekvenser av rusmidler i 2017 (8). Mer enn halvparten av disse døde som følge av ubehandlet hepatitt C med følgende leverkreft og cirrhose (8).

Overdosedødsfall er definert av det europeiske narkotikaovervåkningsorganet (EMCDDA) som et dødsfall som skjer akutt eller kort tid etter inntak av ett eller flere rusmidler eller medikamenter og som har direkte sammenheng med inntaket (9). I USA har overdosedødsfall økt fra 6,1 til 21,7 per 100 000 innbyggere i perioden 1999-2017. Overdosedødsfall som følge av heroin syv-doblet seg i samme periode (10). Antallet overdosedødsfall i EU steg også fra 2012 til 2018 (7). Stigningen var brattest blant personer over 50 år, med en økning på 75 prosent totalt sett. Dette kan tyde på at overdoseproblematikken i økende grad ligger hos langtidsbrukerne. Blant de rapporterte overdosedødsfallene i EU i 2019 ble opioider, særlig heroin, metabolitter av heroin og opioider i kombinasjon med andre stoffer, påvist i hele 82 prosent av tilfellene (7).

Norge har i flere år vært et av de europeiske landene med flest registrerte overdosedødsfall per million innbygger med et gjennomsnitt på ca. 240-280 dødsfall årlig, et antall som har vært nokså stabilt de siste ti årene (9). Hvorfor Norge topper overdosestatistikken kan blant annet forklares av en høy andel injiserende rusbrukere og blandingsbruk av opioider og benzodiazepiner (4). Det har imidlertid skjedd en endring de siste årene der andelen heroinutløste dødsfall har falt og andelen dødsfall som følge av opioidholdige forskrevne legemidler har økt (4). I 2020 ble det registrert 324 overdosedødsfall, noe som var det høyeste antallet siden 2001(11). Opioider ble estimert til å være årsak i 81 prosent av dødsfallene. I motsetning til den synkende trenden innen heroinutløste dødsfall tidligere år, var andelen 39 prosent høyere enn i 2019 (11).

Opioidbruk blant innsatte i fengsel

Det finnes flere studier som har kartlagt alkohol- og narkotikamisbruk blant innsatte i fengsel. En studie fra 2002, samlet inn av Einar Ødegård og medarbeidere ved SIRUS (nå Folkehelseinstituttet), undersøkte rusmisbruk blant innsatte i perioden forut for soning (12). Undersøkelsens estimater viste at sett bort i fra behandlingsapparatet, er fengsel den institusjonen hvor det til enhver tid befinner seg flest narkotikamisbrukere (12). I en nyere studie gjennomført av Revold og kolleger i 2014 fant man at andelen innsatte med narkotikamisbruk i løpet av året før fengsling utgjorde 56 prosent (13). Cannabis, amfetamin/speed og kokain var substansene som i kronologisk rekkefølge var mest brukt. I tillegg var det mange av de innsatte som hadde en høy brukerfrekvens, der en av tre av de innsatte svarte at de brukte narkotika minst fire dager i uken. Tallene viste også en klar sammenheng mellom antall dommer og rusmisbruk, da flere enn dobbelt så mange av de gjentatte sonerne (70 %) hadde hatt perioder med daglig bruk av narkotika sammenlignet med førstegangssonerne (29 %) (13).

Legemiddelassistert rehabilitering

Historie

Etter at heroin ble oppdaget i 1874 økte den avhengighetspregede bruken raskt (14). Det økende misbruket i USA la grunnlaget for utviklingen av substitusjonsbehandling med metadon (5). Denne behandlingsformen ble utviklet av legen Vincent P.Dole og psykiateren Marie Nyswander og deres forskergruppe i New York på 1960-tallet (5). Ved hjelp av selvadministrering av ulike opioider fant forskergruppen ut at pasientene viste mindre ruspreget atferd ved bruk av metadon (15). Da et ekspertpanel i National Institute of Health i USA beskrev opiatavhengighet som en hjernesykdom som effektivt kan bli medisinsk behandlet (16), var grunnlaget for moderne LAR-behandling lagt. Siden den gang har substitusjonsbehandling med metadon og etter hvert buprenorfin vokst frem til å bli den dominerende behandlingsformen for opioidavhengighet på verdensbasis (17).

LAR-behandling i Norge

I Norge ble metadonbehandling forsøkt i noen få prosjekter sent på 1960-tallet og i 1970-årene, men et kritisk syn på sykdomsforståelse av opioidavhengighet gjorde at behandlingen hovedsakelig foregikk uten medikamentelle tiltak (5). HIV-epidemien blant norske sprøytebrukere ble en viktig drivkraft i debatten om substitusjonsbehandling i Norge og førte til igangsetting av prosjekter som Metadonbehandling av HIV-positive stoffmisbrukere med langkomment immunsvikt og Metadonprosjektet i Oslo (MiO) (5). Disse prosjektene ble viktige for igangsetting av en landsdekkende metadonbehandling fra 1998. Buprenorfin ble brukt systematisk fra 2002 og er i dag førstevalget ved substitusjonsbehandling i Norge (5).

LAR-medikamenter i bruk i dag

Legemiddelassistert rehabilitering, LAR, er et substitusjonsbasert behandlingsalternativ for opioidavhengige som del av et større rehabiliteringsprogram (18).

I substitusjonsbehandling kan det benyttes både vedlikeholdsmedikamenter (agonister og partielle agonister) og blokkerende medikamenter (antagonister) (5). I Norge har behandlingen til nå vært basert på vedlikeholdsmedikamentene buprenorfin og metadon, mens det i andre land også har blitt brukt andre medikamenter. Blant annet heroin har blitt brukt til å behandle pasienter som har hatt liten effekt av behandling med metadon og buprenorfin (19). Til nå har ikke dette vært en godkjent behandling i Norge, men fra 2021 har regjeringen besluttet å iverksette et prøveprosjekt med heroinassistert behandling (HAB) som del av legemiddelassistert rehabilitering (LAR) (20).

Både metadon og buprenorfin er begge opioider som binder til opioidreseptorer og kalles opioidreseptoragonister (21). Sentrale effekter av opioider er blant annet analgesi, eufori, sedasjon, nedsatt tarmmotilitet, avhengighet og respirasjonsdepresjon. Rusresponsen man får etter inntak av opioider er avhengig av hvor raskt stoffet tas opp i hjernen. Metadon og buprenorfin tas begge langsomt opp i hjernen og gir slik en betydeligere svakere rusrespons enn opioider som tas opp raskt i hjernen, eksempelvis heroin (21). I substitusjonsbehandling unyttes dette ved å gi langtidsvirkende opioider i doser som verken fremkaller ruseffekt eller abstinenssymptomer (22). Metadon og buprenorfin er to ulike typer agonister. Metadon er en full agonist som binder til og virker fullt ut på alle opioidreseptorene i hjernen. Det innebærer

at man øker effekten ved å øke dosering. Buprenorfin som er en partiell agonist, vil derimot ha et maksimalt nivå der effekten ikke lengre øker ved å øke dosering. Dette fører blant annet til at den respirasjonshemmende effekten ved bruk av buprenorfin er mildere, og følgelig er sjansen for overdose mindre enn ved bruk av metadon (5). I Norge veier denne økte faren for overdose tungt og buprenorfin er derfor førstevalg i substitusjonsbehandling (5).

For å redusere prisen på buprenorfin i det illegale markedet og slik redusere illegalt salg, gis ofte buprenorfin i kombinasjon med nalokson (Suboxone®) som en resoriblett (5). Hvis dette kombinasjonspreparatet injiseres, vil nalokson redusere virkningen av buprenorfin og følgelig reduseres etterspørselen av stoffet på det illegale markedet. Metadon og buprenorfin har begge lang halveringstid, altså elimineres de sakte fra kroppen, noe som gjør det mulig med dosering kun én gang i døgnet. Dette er en fordel ettersom legemidlene skal inntas under tilsyn, og doseringsregimet er derfor ressurs sparende og medfører større frihet for pasienten. Normalt inntas metadon som en drikkbar løsning, mens buprenorfin inntas som resoribletter (5). I 2019 kom det et nytt buprenorfin-preparat, Buvidal, som kan gis som injeksjon ukentlig eller månedlig (23). Dette preparatet gir pasientene større frihet på grunn av blant annet sjeldnere dosering og det reduserer muligheten for videresalg av medikamentet (23). Preparatet har blitt prøvd ut de siste årene og det kan tenkes at det blir et viktig preparat i årene fremover.

Hvem er LAR-pasientene?

Fra opprinnelig å være et tilbud til rundt 700 misbrukere ved oppstart i 1998 (24) har antallet LAR-pasienter steget betydelig og i utgangen av 2020 var det 8099 i behandling i Norge (25). SERAF-rapporten fra 2020 viste at gjennomsnittsalderen blant LAR-pasienter var 46,5 år og omtrent 1/3 av pasientene var kvinner (25). Rundt fire av fem var verken i inntektsgivende arbeid eller under utdanning. 68 prosent av LAR-pasientene hadde uføretrygd som sin viktigste inntektskilde, 17 prosent hadde andre støtteordninger (arbeidsavklaringspenger og økonomisk sosialhjelp) og kun ti prosent hadde arbeidsinntekt som sin viktigste inntektskilde. Rundt fire av fem hadde egen bolig og stabil bosituasjon. En tredjedel av LAR-pasienter var helt rusfrie, mens en tredjedel ble vurdert til å ha et vedvarende alvorlig rusmiddelbruk (25). 10,3 prosent av LAR-pasientene hadde vært arrestert, varetektsfengslet, siktet eller fengslet det siste året. Til sammenligning var tallet 16 prosent i 2014 (26).

Inntakskrav for LAR-behandling

Etter henvisning til LAR-behandling skal det gjøres en helhetlig, tverrfaglig, spesialisert vurdering av pasientens helsetilstand som videre er med på å avgjøre hvorvidt en pasient skal få inntak til programmet (18). Det foreligger mange faktorer som kan tale for behandlingsoppstart og her åpnes det for skjønn. I følge retningslinjene fra Helsedirektoratet for legemiddelassistert rehabilitering mot opioidavhengighet utgitt i 2010, bør blant annet psykisk og somatisk helse tas i betraktning, særlig dersom prognosetap kan unngås (5). Faren for at rettigheter og goder tapes ved tilbakefall til rus, samt risikofylt atferd hos pasienten med fare for overdose, selvskading eller prostitusjon er andre grunner som taler for at behandling bør oppstartes (5).

LAR-behandling er normalt ikke førstevalg ved behandling av opioidavhengighet (18). Dette blir i retningslinjene begrunnet med medikamentenes avhengighetspotensiale, samt risikoen for langtidsbivirkninger (5). Ifølge retningslinjene har klinisk erfaring vist at pasienter som har forsøkt andre behandlingsmuligheter forut for LAR-behandling, oftere oppnår bedre resultat av legemiddelassistert rehabilitering (5). Pasientens alder tas med i vurderingen (18), noe som begrunnes med at yngre opioidmisbrukere oftere har en livsstil som kan gjøre oppfølging og stabilitet i LAR-programmet vanskelig (5). Det har vært vanlig at LAR-behandling i Norge har et krav om full avrusning før igangsetting av substitusjonsbehandling (5). Dette gjelder særlig alkohol og benzodiazepiner, på grunn av risikoen for overdose ved kombinasjonsbruk med opioider (4). Samtidig er retningslinjene tydelige på at retten på substitusjonsmedikamenter ikke må svekkes dersom pasienten ikke oppnår fullstendig rusfrihet, så lenge bruken er på et nivå som ikke fører til fare ved igangsetting av medikamentene (5).

Helsehjelp i fengsel

Straffegjennomføringssystemet i Norge bygger på humanistiske verdier (27). Systemet skal forsøke å motvirke straffbare handlinger, virke beskyttende for samfunnet, og ta hensyn til den domfeltes mulighet til å vende tilbake til samfunnet. Visjonen til kriminalomsorgen er «Straff som endrer» (27). Pasient- og brukerrettighetsloven sikrer alle innsatte i norske fengsler de samme rettighetene på helsehjelp som den øvrige befolkningen (28). Kommunen

har ansvar for å tilby nødvendige kommunale helse- og omsorgstjenester i fengsler (29). I tillegg har alle pasienter i fengsel rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten (30).

LAR-behandling i fengsel

I dag finnes ulike tilbud og soningsformer for innsatte med rusmiddelproblematikk. Dette omfatter blant annet substitusjonsbehandling, rusenheter, herunder rusmestringsenheter og stifinnere, soning i institusjon og ulike tilpassede straffereaksjoner (31). TSB (tverrfaglig spesialisert behandling) er et helhetlig tilbud for å behandle rus- og avhengighetslidelser i spesialisthelsetjenesten (32) og kan igangsettes og vedlikeholdes under et fengselsopphold (33). Det er de regionale helseforetakene som er ansvarlige for vurdering, igangsetting, vedlikehold og eventuell avslutning av LAR-behandling, og det er et samarbeid mellom fengselslege/fastlege og spesialisthelsetjenesten (33).

Hvorfor er LAR-behandling viktig?

Forskning viser at LAR-behandling har et stort potensial til å redusere overdosedødsfall. En studie publisert i 2019 undersøkte betydningen av LAR-behandling når det kommer til risiko for overdosedødsfall (34). Studien inneholdt data fra alle pasienter som enten søkte på eller deltok i LAR-programmet i Norge i tidsperioden 1997-2009. Studien viste at pasientene under LAR-behandling hadde en betydelig redusert risiko for overdosedødsfall sammenlignet med dem som ikke var under LAR-behandling (34). En studie gjennomført blant 16 453 innsatte løslatt fra fengsler i New South Wales i Australia i perioden 2000-2012 viste at LAR-behandling i fengsel og i tiden etter løslatelse reduserte dødelighet betydelig i perioden etter løslatelse (35).

Pauser i opioidbruk, som for eksempel under et fengselsopphold, kan føre til lavere toleranse enn brukeren er vant til og følgelig øker sjansen for overdose etter soning (4). Dette kommer frem i en studie med innsamlet data fra alle løslatelser i norske fengsler i perioden 2000-2014 (36). 85 % prosent av alle dødsfall den første uken etter løslatelse skyldtes overdose med illegale rusmidler. Risikoen for overdose var størst de første dagene før den gradvis avtok. Samtidig viste forskningen at antall overdoser den første uken etter løslatelse var lavere i

perioden 2005-2014 sammenlignet med perioden 2000-2004 (36). En bidragende faktor til dette kan være økende antall pasienter i LAR-behandling i samme periode. Samtidig er det viktig å være klar over at overdoserisikoen øker betydelig dersom LAR-behandling blir avsluttet eller avbrutt (37). Helsedirektoratets nasjonale overdosestrategi 2019-2022, som inkluderer LAR-behandling som et viktig behandlingstiltak, anbefaler derfor at helsetjenesten særlig skal ha fokus på sårbare perioder som pauser i substitusjonsbehandling og tiden etter et fengselsopphold (4).

Det er flere studier som tyder på at LAR-behandling reduserer somatisk sykkelighet. En norsk studie sammenlignet akutte sykdomsepisoder blant en gruppe på 200 LAR-pasienter i en fem-årsperiode før behandling og fem år inn i behandling (38). Både antall sykehusepisoder og liggedøgn på sykehus ble redusert med nær 40 prosent under LAR-behandling sammenlignet med tiden før. Blant rusrelaterte episoder som måtte behandles på sykehus, inkludert overdoser, injiseringsrelaterte og andre rusrelaterte episoder, så man en reduksjon på 76 prosent (38).

Videre er LAR-behandling et godt verktøy for å forhindre og forebygge kriminalitet (39). En studie gjort på utbredelsen av kriminalitet blant pasienter i LAR-programmet i Norge over en syv års periode fant at antall straffedommer blant LAR-pasientene var lavere sammenlignet med dem som stod på venteliste (40). Pasientene som var i aktiv behandling i perioden hadde to tredjedels reduksjon i antall straffedommer i forhold til tiden før behandling. Gruppen som ikke lenger var i aktiv behandling på tross av flere gjentatte behandlingsforsøk hadde derimot flest antall straffedommer (40).

Utfordringer med LAR-behandling

Utover den generelle overdoserisikoen ved avbrudd i behandling foreligger det flere utfordringer ved LAR-behandling. LAR-behandling i fengsel har over tid vært sett på som kontroversielt grunnet en risiko for deling og videresalg av LAR-medikamenter mellom de innsatte (41). Dette er en utfordring som fører til et behov for kontroll i forbindelse med utdelingen av medikamentene, både i fengsel og helsetjenesten for øvrig. En svensk studie fra 2014 som inkluderte 411 LAR-pasienter viste at 67,7 prosent hadde delt medikamentene sine

videre (42). Studien peker på noen viktige risikofaktorer for videredeling og salg, blant annet at det kan finansiere illegalt bruk av andre rusmidler. I tillegg kan sosialisering med personer med et skadelig bruk av rusmidler både føre til et økt press på å dele og skape større muligheter for salg (42).

Videresalg og deling av LAR-medikamenter resulterer i nye utfordringer. Flere land rapporterer om en økende andel personer som har blitt opioidavhengige etter å ha startet med LAR-medikamenter illegalt (22). Det er en høyere risiko for overdose på LAR-medikamenter, særlig metadon, hos mennesker med en lavere opioidtoleranse enn den toleransen en pasient i LAR-behandling kan ha utviklet (43). Doser som anses som lave i terapeutisk hensikt kan være toksiske eller dødelige for ikke-tolerante individer. En studie som undersøkte 312 metadonutløste overdosedødsfall i perioden 2000-2006 viste at kun 22 % av de døde var i pågående LAR-behandling på dødstidspunktet (43). Disse tallene kan tyde på at majoriteten av de døde fikk tak i metadonet illegalt. Antallet overdosedødsfall med metadon har økt de siste årene, og i 2017 var det flere metadonutløste dødsfall i Norge sammenlignet med heroinutløste (4).

Videre er det utfordringer knyttet til utdelingen av LAR-medikamenter i fengsel, deriblant grad av kontroll og opprettholdelse av taushetsplikten. En kvalitativ studie fra 2015 studerte hvordan kontrolltiltak virket på etterlevelse av behandlingen blant LAR-pasienter i fengsel (44). Her ble det observert at jo strengere rammene var, jo større var risikoen for motstand mot programmet og omfanget av medikamentdeling mellom de innsatte. I tillegg har det vært omdiskutert hvorvidt taushetsplikten opprettholdes i forbindelse med utdeling av LAR-medikamenter i fengsel. Fylkesmannen i Hordaland sendte inn en bekymringsmelding til Helsetilsynet i 2012 da det var episoder der medisinen ble utdelt i grupper i Bergen fengsel (45). I følge helsepersonelloven § 21 skal helsepersonell hindre at pasienters helseopplysninger eller andre personlige forhold blir kjent for andre (46). Utdeling av medikamenter i fellesskap ble derfor problematisert som et brudd på taushetsplikten (45).

Metode

Denne prosjektoppgaven baserer seg på selvrapporterte data fra the Norwegian Offender Mental Health and Addiction Study (NorMA) (1). NorMA ble utarbeidet som en tverrsnittstudie som tok for seg et bredt spekter av rusbruk og psykiske problemer hos innsatte i norske fengsel i tiden før og under soning. Studien ble utarbeidet som en spørreundersøkelse bestående av totalt 116 spørsmål. Spørreskjemaet som ble brukt er en modifisert utgave av spørreskjemaet som ble utviklet av Einar Ødegård og medarbeidere ved SIRUS i forbindelse med tidligere studier av rusbruk blant innsatte i fengsel (1).

For å fange opp et større mangfold av utvalget, ble spørreundersøkelsen oversatt til engelsk, fransk, tysk og russisk (1). Temaer som ble undersøkt er: 1) Demografiske forhold, 2) Nåværende fengsling, 3) Helseopplysninger, 4) Bruk av alkohol, 5) Bruk av narkotika og medikamenter, 6) Tidligere kriminalitet, 7) Selvkontroll og 8) Bruk av forskrevne legemidler før og under soning (1).

Utvalg

Det ble samlet inn data fra 57 av 63 fengselsenheter i Norge, inkludert høy- og lavsikkerhetsfengsel, samt overgangsboliger (1). De tre fengslene som er forbeholdt soning for kvinner ble alle inkludert i utvalget. På grunn av logistikk og geografisk tilgjengelighet, ble ikke seks enheter med totalt 179 innsatte inkludert i utvalget (1). Disse enhetene skilte seg ikke ut fra de i utvalget på andre områder enn beliggenhet. Alle innsatte i fengselsenhetene som ble besøkt hadde mulighet til å delta i studien uavhengig av alder, kjønn, nasjonalitet og fysisk og psykisk helse. 1495 innsatte responderte på spørreundersøkelsen, hvorav 1396 av disse var menn og 96 var kvinner (1). 67,1 prosent av disse var født i Norge, 8,4 prosent var født i Øst-Europa og 7,3 prosent var født i Afrika. 741 av respondentene oppga sitt personnummer og ga samtykke til å være med i videre studier for å se hvordan det går med innsatte over tid etter soning (1).

Datainnsamling

I forkant av spørreundersøkelsen ble det sendt ut informasjonsskriv til ansatte og innsatte for å sikre at det var tydelig hva studien omhandlet (1). Kun forskere tilknyttet prosjektet besøkte fengslene og leverte ut spørreundersøkelsene. Det ble gitt tydelig informasjon om studien muntlig både på engelsk og norsk (1). Ved høysikkerhetsfengsel ble denne informasjon gitt individuelt, mens innsatte på avdelinger med lavere sikkerhetsnivå ofte ble informert i fellesskap. Det ble understreket at det var frivillig å delta i studien og at man kunne trekke seg fra studien når som helst (1). Prosjektmedarbeidere skulle, i den grad det var mulig, være til stede for å besvare spørsmål og ta imot de utfylte spørreundersøkelsene direkte fra de innsatte. I noen tilfeller der de innsatte ønsket mer tid og ikke syntes det var problematisk å levere spørreskjemaene til de ansatte i fengselet, ble svarene ettersendt i lukkede konvolutter med posten (1).

Databearbeiding

I denne oppgaven valgte vi å dele utvalget vårt i to grupper avhengig av om de innsatte var i LAR-behandling under soning eller ikke. Vi valgte å undersøke de fem følgende områdene nærmere; demografi, helse, kriminalitet, narkotika og rusbehandling. I denne delen følger en beskrivelse av gruppen LAR-pasienter blant de innsatte og de beskrivende variablene innenfor hvert område.

LAR-pasienter

For å best mulig kunne undersøke og beskrive innsatte som var under LAR-behandling lagde vi en ny variabel der vi inkluderte to spørsmål som omhandlet LAR-behandling- og medikamentbruk. Den nye variabelen inkluderte både de som svarte at de var i LAR-behandling og de som rapporterte at de brukte reseptbelagte LAR-medikamenter på lovlig vis hver dag eller flere ganger per uke de siste 30 dagene. På denne måten ble flere innsatte i LAR-behandling inkludert i den nye variabelen. Respondenten fikk mulighet til å oppgi hvor lenge vedkommende hadde vært i LAR-behandling i form av år og måneder som videre ble summert i måneder totalt. De innsatte kunne også krysse av på hvilket LAR-preparat de

brukte på det nåværende tidspunktet med følgende alternativer: Subutex, Suboxone, Metadon og annet.

Demografi

Vi inkluderte variablene kjønn, alder, sivilstatus, fødeland, utdanning, inntekt og stabil bosituasjon. Kjønn inkluderte valgene mann eller kvinne. Sivilstatus ble gjort om til en dikotom variabel etter om de var i parforhold (gift/samboer) eller ikke (enslig/separert/skilt/enke/enkemann). Fødeland ble kategorisert i tre verdier: Norge, Vest-Europa og andre (Øst-Europa/Asia/Afrika/Sør- og Mellom-Amerika/Nord-Amerika/Oceania), og vi lagde også en dikotom variabel der vi skilte på Norge og annet fødeland. Utdanning ble kategorisert i tre verdier etter de som hadde fullført videregående skole eller høyere utdanning, de som kun hadde grunnskole og de som ikke hadde fullført grunnskole. Vi lagde også en dikotom variabel der vi delte inn respondentene etter fullført videregående skole/høyere utdanning og lavere utdanning. Inntekt ble delt i de fire kategoriene lønnet arbeid, støtteordninger, inntekt som følge av kriminell virksomhet og annen inntekt, og vi lagde en dikotom variabel der lønnet arbeid ble sammenlignet med de tre resterende alternativene. Innenfor støtteordninger inkluderte vi de som rapporterte om dagpenger, sykepenger, arbeidsavklaringspenger, uførepensjon, alderspensjon, sosial stønad, studielån/stipend eller var forsørget av andre. Bosituasjon var delt etter hvorvidt respondenten hadde stabil bosituasjon den siste måneden før fengsling eller ikke.

Helse

For å kunne beskrive innsattes helse ble variabler som undersøkte selvopplevd fysisk og psykisk helse, hepatitt B-, C- og HIV-smitte og HSCL-score inkludert. Fysisk og psykisk helse ble delt i fem kategorier fra meget bra til meget dårlig. Psykiske plager de siste 14 dagene ble målt ved hjelp av måleinstrument Hopkins Symptoms Checklist-10 (HSCL10). Verktøyet består av ti spørsmål vedrørende symptomer på angst og depresjon (47) som alle var inkludert i spørreundersøkelsen. Per spørsmål fikk respondenten ett til fire poeng etter hvor plaget den var og en totalscore på 10-40 poeng. Hver respondent fikk videre en gjennomsnittlig HSCL-score. En gjennomsnittlig score på $\geq 1,85$ per spørsmål indikerer psykiske plager av klinisk betydning (47). Vi inkluderte videre et spørsmål angående

nåværende smitte av hepatitt med svaralternativene hepatitt B-smitte, hepatitt C-smitte, både hepatitt B- og C-smitte, ikke smittet, vet ikke og vil ikke svare. Vi lagde også en dikotom variabel der vi skilte ut de som hadde svart ja på hepatitt B- og/eller hepatitt C-smitte. Svaralternativene innen HIV-test inkluderte ja i løpet av siste år, ja ikke i løpet av siste år, nei, vet ikke og vil ikke svare, og alternativene for siste testresultat inkluderte HIV-positiv, HIV-negativ og vil ikke svare.

Kriminalitet

I kriminalitetsdelen ble domsvarighet, type lovbrudd, påvirkning ved lovbrudd og form for påvirkning undersøkt. De innsatte fikk mulighet til å svare på domsvarighet i år, måneder og dager som videre ble summert til måneder totalt. Når det kom til type lovbrudd som de innsatte enten var siktet eller dømt for under nåværende fengselsopphold var det opprinnelig ti valgalternativer og det var mulig å krysse av for flere typer. Vi dannet dikotome variabler (der både siktelser og domfellelser inngikk) for narkotikarelatert kriminalitet (bruk og besittelse, smugling og omsetning, kjøring i beruset tilstand), vinningskriminalitet (mindre alvorlig vinningskriminalitet, grov vinningskriminalitet, økonomisk kriminalitet) og annen kriminalitet (vold, drap, seksualkriminalitet, annen kriminalitet). Innsatte ble spurt om de var påvirket da de begikk det lovbruddet som de nå sonet for, med valgalternativene påvirket av alkohol, narkotika, begge deler og ikke påvirket. Videre lagde vi en dikotom variabel som skilte mellom påvirket og ikke påvirket.

Narkotika

Av spørsmålene som kartla narkotikabruk ble følgende variabler inkludert: livstidsbruk av ulike narkotika/medikamenter inkludert debutalder, perioder med daglig/nesten daglig bruk av narkotika/medikamenter og bruk av narkotika/medikamenter seks måneder før soning. Livstidsbruk og bruk seks måneder før soning av ulike narkotika- og medikamenter (ikke resept) inkluderte: Cannabis, syntetiske cannabinoider, heroin, (met)amfetamin, kokain, ecstasy, LSD, PCP, Ketamin, GHB, sniffestoffer, anabole steroider, Metadon, Subutex, Suboxone, Dolcontin, Paralgin Forte, Nobligan, Oxycontin, Valium, Vival, Stesolid, Sobril, Alopam, Rohypnol, Flunipam, Rivotril, Xanor, Apodorm, Mogadon, Ritalin, Concerta og andre stoffer/medikamenter. Basert på dette ble en variabel som kartla gjennomsnittlig antall

narkotika/medikamenter på livstidsbasis dannet. Det ble laget en dikotom variabel av narkotika- og medikamentbruk seks måneder før soning, som skilte mellom bruk (4 ganger per uke eller mer, 1-3 ganger per uke, 1-3 ganger per måned) og ikke bruk. Innenfor spørsmålene som kartla sprøytebruk ble følgende variabler inkludert: bruk av sprøyte i løpet av livet, debutalder for sprøytebruk, bruk seks måneder før soning og perioder med daglig/nesten daglig bruk. Basert på variabelen sprøytebruk seks måneder før soning dannet vi en dikotom variabel som skilte mellom bruk (daglig/nesten daglig, 1-3 ganger i uken, 1-3 ganger per måned) og ikke bruk (ikke brukt, aldri brukt).

I tillegg ble variabler som kartlegger skadelig og avhengighetspreget bruk av alkohol og narkotika inkludert, herunder gjennomsnittlig score og antall respondenter over terskelverdi for skadelig eller problematisk bruk. Drug Use Disorder Identification Test (DUDIT) er et måleinstrument bestående av 11 spørsmål som kartlegger og identifiserer rusmiddelbruk og rusrelaterte problemer (48). Disse spørsmålene var inkludert i spørreskjemaet og hver respondent fikk en gjennomsnittlig DUDIT-score basert på svarene. Terskelverdien på et problematisk bruk av rusmidler tilsvarer en poengsum på seks eller høyere for menn og to eller høyere for kvinner (48). Tilsvarende er Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) et måleinstrument som kartlegger alkoholbruk og alkoholmisbruksrelaterte problemer basert på ti spørsmål (49) som også var inkludert i spørreundersøkelsen og som basert på disse ga hver respondent en gjennomsnittlig score. Her tilsvarer et problematisk eller skadelig bruk av alkohol en terskelverdi på åtte eller høyere for menn og seks eller høyere for kvinner (49;50). Variablene DUDIT over cut-off og AUDIT over cut-off er basert på disse grensene.

Rusbehandling

Innenfor rusbehandling inkluderte vi variabler som inneholdt informasjon om rusmestringsenhet, bruken av medisiner på resept, problemer som følge av rusmidler, motivasjon for endring av rusmiddelbruk og tidligere behandling for rusmidler. Respondenten fikk mulighet til å opplyse om de sonet på en rusmestringsenhet eller ikke. Innenfor bruk av reseptbelagte medikamenter de siste 30 dagene og i løpet av fengselsoppholdet valgte vi ut kategoriene sovemedisin, beroligende medisin, medisin mot depresjon og smertestillende medisin. Det var fem alternativer basert på hyppighet av medikamentbruk og vi dannet

dikotome variabler der vi skilte mellom hyppig bruk (daglig og flere ganger per uke) og sjeldnere/ikke bruk (to-tre ganger per måned, mindre enn to-tre ganger per måned og ikke brukt). Vi valgte ut følgende tre problemområder som følge av rusmiddelbruk siste året: problemer relatert til skole/jobb/hjemme, problemer med politi og oppsøking av lege/sykehusbehandling/hatt medisinske problemer som hukommelsestap eller hepatitt. Innenfor disse spørsmålene ble hyppighet kartlagt og vi lagde dikotome variabler for hvert problemområde der vi skilte mellom månedlig eller oftere (hver måned, hver uke, daglig/nesten daglig) og sjeldnere (aldri, sjeldnere enn en gang i måneden).

Innen motivasjon for endring av rusmiddelbruk ble følgende områder kartlagt: om vedkommende hadde vært urolig for sitt rusmiddelbruk det siste året, hvorvidt vedkommende var klar for å jobbe med å endre sitt rusmiddelbruk og om de syntes dette var viktig, samt om respondenten hadde forandret sitt rusmiddelbruk og var i søk etter metoder for å forhindre tilbakefall. Alternativene var slett ikke, litt og svært mye. Vi komponerte dikotome variabler der vi slo sammen alternativene litt og svært mye, mot slett ikke. Den siste variabelen vi inkluderte var tidligere behandling for rusmidler annet enn alkohol der respondenten hadde følgende 11 ulike behandlingsalternativer: har aldri vært i behandling, avrusning i institusjon, poliklinisk avrusning, LAR-behandling, annen poliklinisk behandling, institusjonsbehandling, dagtilbud, legevakt, sykehus, psykiatrisk avdeling og annen behandling. Det var mulig å krysse av på et valgfritt antall behandlingsformer.

Analyser

Alle analyser ble gjennomført ved bruk av SPSS versjon 27. I denne oppgaven ble de innsatte som var i LAR-behandling sammenlignet med resten av deltagerne i spørreundersøkelsen. For å få en oversikt over karakteristika til de to gruppene undersøke vi dataene ved hjelp av deskriptive analyser. Videre undersøkte vi for signifikante forskjeller ved hjelp av kjikvadrat-tester for kategoriske variabler og uavhengige T-tester for kontinuerlige variabler, med et 95% konfidensintervall. For å kunne utføre regresjonsanalyser undersøkte vi korrelasjon mellom variablene. I de tilfellene der korrelasjonen mellom to variabler var høyere enn 0,7 valgte vi å inkludere den variabelen vi anså som mest interessant i videre regresjonsanalyser. På tross av at vi ikke fant en signifikant forskjell mellom kjønn i de to utvalgene ønsket vi å

inkludere variabelen i regresjonsmodellen. Vi gjennomførte univariat og bivariat logistisk regresjon for å estimere odds ratio (OR) og 95 % konfidensintervall.

NorMA-data er basert på selvutfyllende spørreskjema, noe som resulterte i en relativt høy missing-verdi på flere av variablene på grunn av respondenter som ikke svarte på spørsmål. Derfor valgte vi å oppgi missing-verdier i alle tabeller slik at man kan tolke resultatene i lys av dette. I oppgavens figurer blir det ikke oppgitt missing-verdier, for oversikt se appendix 1. Variablene som er basert på HSCL-10, AUDIT og DUDIT har standardiserte måter for å håndtere missing-data, noe som var blitt gjort tidligere i bearbeidingen av datasettet. Før vi gjennomførte regresjonsanalyser undersøkte vi i tillegg missing-verdier for de signifikante variablene vi ønsket å ha med. I SPSS gjøres analysene automatisk som «complete case»-analyser der individer som ikke responderte på én eller flere av de aktuelle variablene ekskluderes fra hele analysen. Vi inkluderte kun variabler med en missing-verdi på under ni prosent for å få en sterkere regresjonsmodell.

Etiske betraktninger

NorMA-studien er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (1). Frivillighet i deltakelse ble understreket både gjennom muntlig og skriftlig informasjon. Samtidig bør det bemerkes at utvalget bestod av innsatte som sitter i en frihetsbegrensende institusjon som i stor grad baserer seg på regler. Det ble derfor lagt vekt på å sikre at de innsatte forsto frivilligheten av undersøkelsen og at de kunne trekke seg fra studien når som helst. I den grad det var mulig, var prosjektarbeidere til stede for å kunne besvare spørsmål underveis og samle inn spørreskjemaene etterpå (1). Undersøkelsen inneholdt spørsmål som kan regnes som svært sensitive og enkelte spørsmål omhandlet aktiviteter som i andre sammenhenger kan gi straffbare følger. Det ble derfor understreket at informasjonen kun skulle bli brukt i forskningssammenheng og ikke kunne gi straffbare sanksjoner (1).

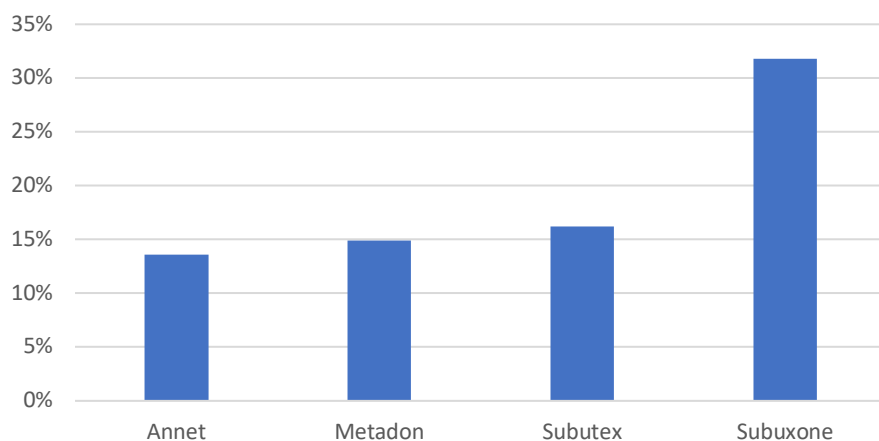
Resultater

1. LAR-pasientene

Det var 142 personer som svarte at de for tiden var med i legemiddelassistert rehabilitering og 86 stykker rapporterte at de hadde hatt et daglig bruk av Metadon, Subutex eller Suboxone på resept siste 30 dager. Disse to spørsmålene danner grunnlaget for gruppen vi kalte LAR-pasienter, som totalt utgjorde 154 personer (10,3 % av utvalget totalt), merk det var flere som svarte på begge spørsmålene. Gjennomsnittlig varighet for LAR behandlingen var 3,5 år.

Majoriteten av LAR-pasientene brukte Subuxone (31,8 %) og det var en nokså lik andel som brukte Subutex eller Metadon, henholdsvis 16,2 prosent og 14,9 prosent. 13,6 prosent oppga at de brukte andre medikamenter enn de nevnte alternativene (Figur 1.1).

Figur 1.1 Type substitusjonsmedikament blant innsatte i LAR-behandling. Prosent (%).



2. Demografi

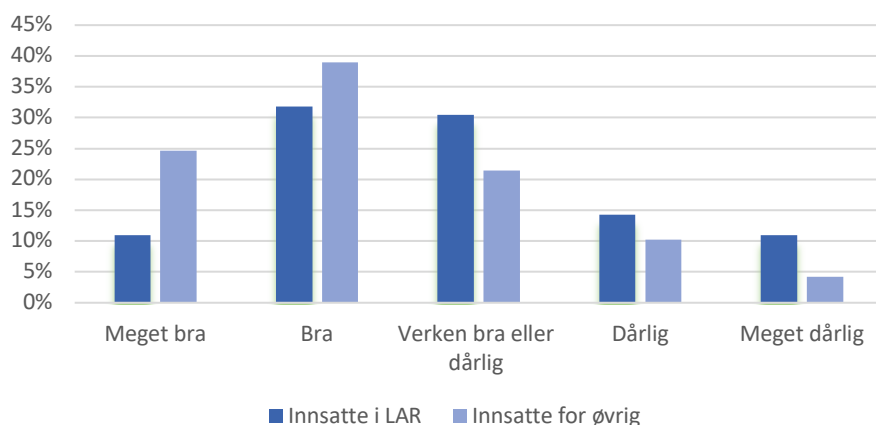
Tabell 2.1 Demografiske kjennetegn etter innsatte i LAR og innsatte for øvrig (n=1495).
Absolutte tall og prosent (%).

	Innsatte i LAR (n=154)	Innsatte for øvrig (n=1205)	Total (n=1495)	Missing (n=136)	P-verdi
Kjønn					
Menn, n (%)	137 (90,7)	1128 (93,8)	1392 (93,1)	7 (0,5)	0,143
Kvinner, n (%)	14 (9,3)	74 (6,2)	96 (6,4)		
Alder, gjennomsnitt (SD)	37,7 (10,4)	34,3 (11,3)	34,6 (11,3)	131 (8,8)	0,001
Sivilstatus					
Enslig/separert/skilt/enke(-mann), n (%)	118 (76,6)	800 (66,3)	1002 (67,0)	22 (1,5)	0,006
Gift/samboer, n (%)	33 (21,4)	392 (32,5)	471 (31,5)		
Fødeland					
Norge, n (%)	119 (82,1)	831 (70,6)	1004 (67,2)	49 (3,3)	0,004
Vest-Europa, n (%)	3 (1,9)	72 (6,0)	93 (6,2)		
Andre, n (%)	23 (14,9)	274 (22,7)	349 (23,3)		
Utdanningsnivå	67 (45,0)	778 (65,2)	917 (61,3)		
Fullført videregående utdanning eller høyere, n (%)	67 (45,0)	778 (65,2)	917 (61,3)	23 (1,5)	<0,001
Fullført grunnskole, n (%)	67 (43,5)	329 (27,3)	438 (29,3)		
Ikke fullført grunnskole, n (%)	15 (9,7)	87 (7,2)	117 (7,8)		
Viktigste inntekt siste måned før fengsling					
Lønnet arbeid, n (%)	27 (18,4)	419 (35,7)	500 (33,4)	47 (3,1)	<0,001
Støtteordninger, n (%)	93 (60,4)	542 (45,0)	681 (45,6)		
Kriminell virksomhet n (%)	18 (11,7)	109 (9,0)	139 (9,3)		
Annet n (%)	9 (5,8)	103 (8,5)	128 (8,6)		
Stabil bosituasjon siste måned før fengsling, n (%)	97 (66,4)	905 (77,7)	1090 (72,9)	72(4,8)	0,003

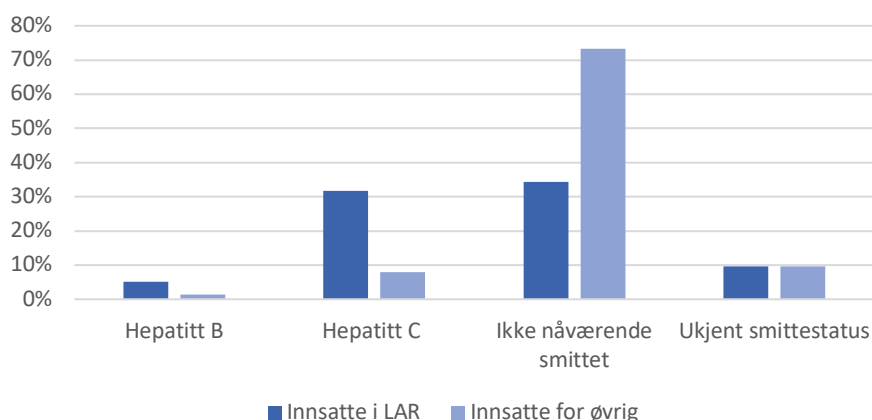
Blant de innsatte i LAR-behandling var i overkant av ni av ti menn og nær en av ti kvinner og gjennomsnittsalderen var signifikant høyere (37,7 år) sammenlignet med de innsatte for øvrig (34,3 år). Det var signifikant færre som var i et parforhold og som hadde stabil bosituasjon. Majoriteten av de innsatte i LAR-behandling og de innsatte for øvrig hadde Norge som fødeland. Det var signifikant færre som hadde videregående skole/yrkesfag eller høyere utdanning blant LAR-pasientene. I løpet av den siste måneden før fengsling utgjorde støtteordninger viktigste inntekt for begge grupper og signifikant færre av innsatte i LAR-behandling hadde lønnet inntekt sammenlignet med de innsatte for øvrig.

3. Helse

Figur 3.1 Opplevd fysisk helse etter innsatte i LAR og innsatte for øvrig. Prosent (%).

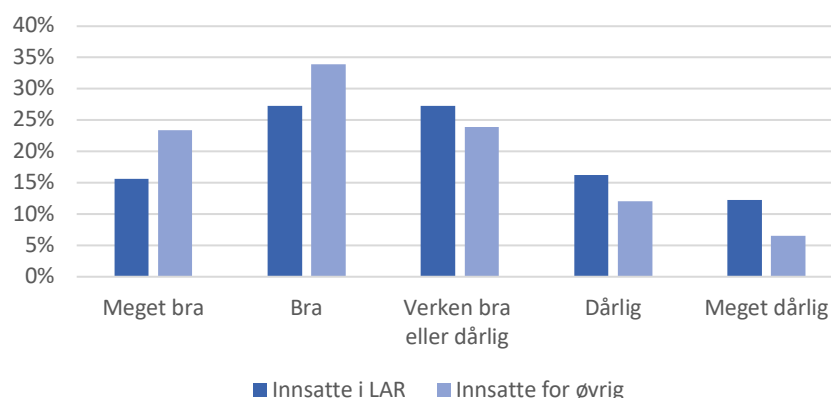


Figur 3.2 Forekomsten av hepatitt B- og hepatitt C-smitte. Prosent (%).



Innsatte i LAR-behandling opplevde mindre grad av god fysisk helse, sammenliknet med innsatte som ikke var i LAR-programmet (figur 3.1). Rundt en av tre (31,8 %) av de innsatte i LAR-behandling rapporterte om at de var smittet av hepatitt C, noe som utgjorde rundt fire ganger så mange sammenlignet med de innsatte for øvrig (7,9 %) (figur 3.2). 11 % av LAR-pasienten oppga at de var smittet av både hepatitt B og C. Signifikant flere av de innsatte i LAR-behandling var smittet av hepatitt B og/eller hepatitt C (p -verdi $< 0,001$). En like stor andel av begge grupper rapporterte om ukjent nåværende smittestatus. Det var flere innsatte i LAR-programmet som hadde testet seg for HIV siste året (54,5 %) sammenlignet med innsatte for øvrig (31,6 %). Av LAR-pasientene rapporterte 72,1 prosent om negativt HIV-resultat på siste test og ingen om positivt resultat.

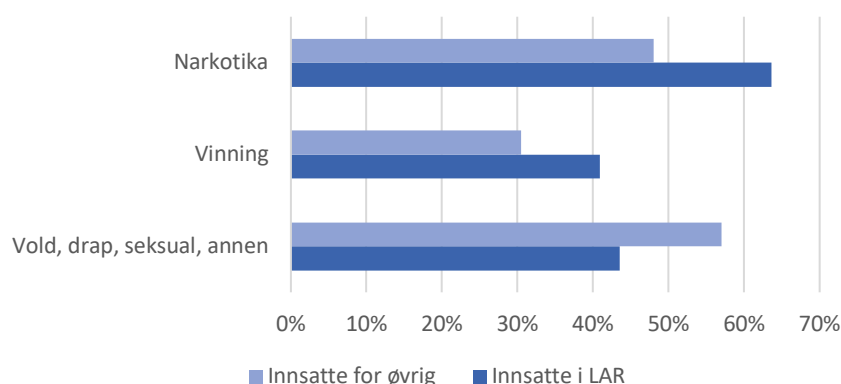
Figur 3.3 Opplevd psykisk helse etter innsatte i LAR og innsatte for øvrig. Prosent (%).



Man ser den samme tendensen til generelt dårligere selvopplevd helse når det kommer til psykisk helse. LAR-pasientene blant de innsatte rapporterte i lavere frekvens om bra eller meget bra opplevd psykisk helse (figur 3.3). Den gjennomsnittlige HSCL-scoren som gir et bilde av angst- og depresjonsrelaterte plager de siste 14 dagene var signifikant høyere blant innsatte i LAR-behandling (gjennomsnittsverdi per spørsmål 2,21) enn hos de andre innsatte (gjennomsnittsverdi per spørsmål 1,85) (p-verdi < 0,001).

4. Kriminalitet

Figur 4.1 Type lovbrudd i forbindelse med det nåværende fengselsoppholdet etter innsatte i LAR og innsatte for øvrig. Prosent (%).

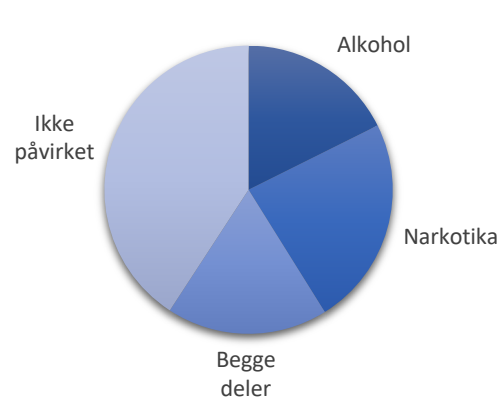
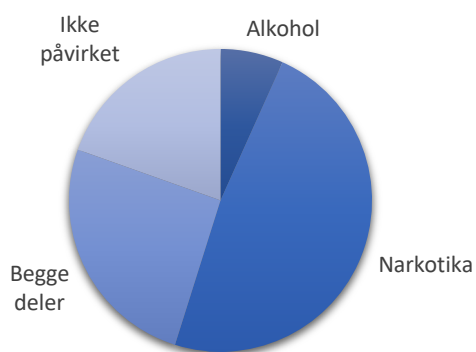


Gjennomsnittlig domsvarighet blant LAR-pasientene var rett i overkant av 2 år, mens den for resten av de innsatte var på gjennomsnittlig 2,5 år. Når det kommer til type lovbrudd som LAR-pasientene var siktet eller dømt for i forbindelse med nåværende fengsling skilte denne gruppen seg fra resten av de innsatte (figur 4.1). LAR-pasientene hadde en signifikant høyere andel av narkotikarelaterte lovbrudd inkludert smugling, omsetning og kjøring i beruset

tilstand (63,6 %, p-verdi <0,001) og vinningskriminalitet (40,9 %, p-verdi 0,002) sammenlignet med de som ikke var i LAR-behandling. Blant de innsatte som ikke var i LAR-behandling var det en signifikant større forekomst av siktelse eller dom for vold, drap, seksual- og annen kriminalitet (p-verdi 0,009).

Figur 4.2 Påvirkning av alkohol og/eller narkotika under siste lovbrudd blant innsatte i LAR.

Figur 4.3 Påvirkning av alkohol og/eller narkotika under siste lovbrudd blant innsatte for øvrig.



Det var signifikant flere av de innsatte i LAR-behandling som oppga å være påvirket av rus og/eller alkohol da de begikk lovbruddet sammenlignet med resten av de innsatte (p-verdi < 0,001). Blant disse var det nesten dobbelt så mange innsatte i LAR-programmet som var påvirket av narkotika (48,1 %), sammenlignet med de innsatte for øvrig (23,5 %) (figur 4.2 og 4.3). På den andre siden var det mer enn dobbelt så mange av de sistnevnte som var påvirket av alkohol (17,7 %). En av fire LAR-pasienter var påvirket av begge deler, sammenlignet med rundt en av fem innsatte for øvrig.

5. Narkotika

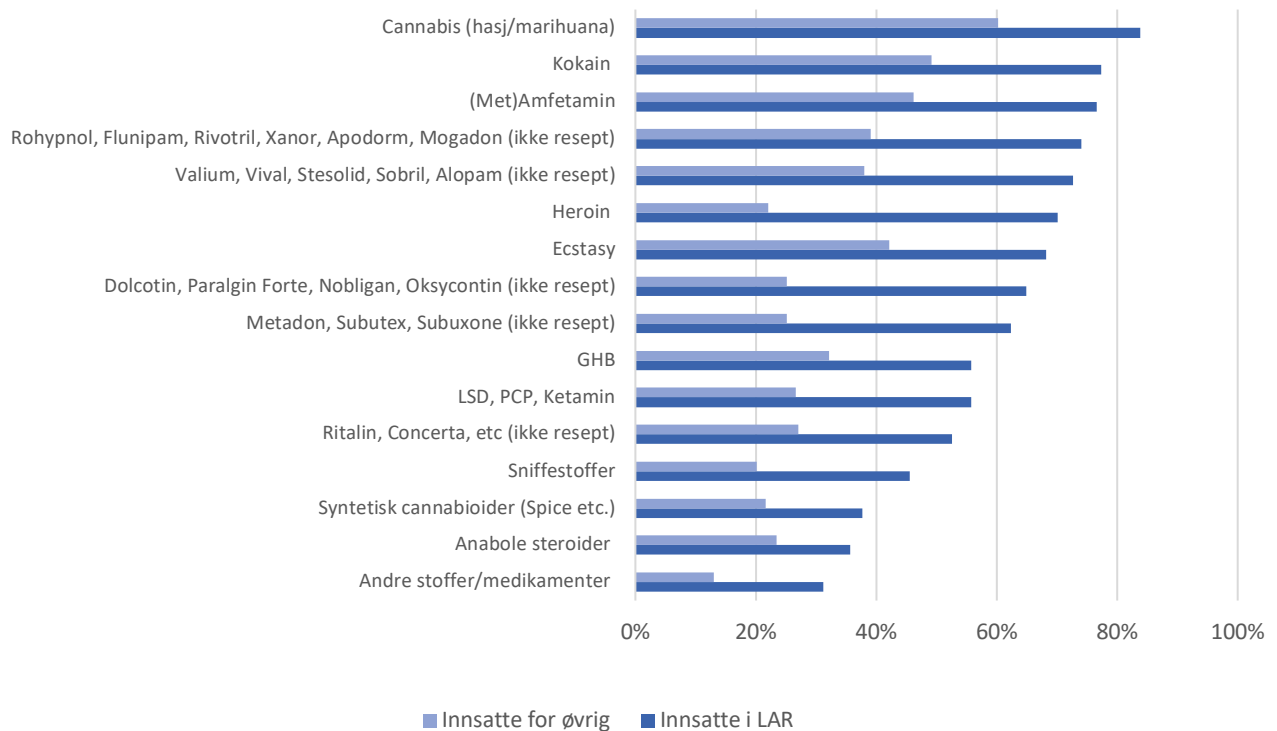
Tabell 5.1 Bruk av narkotika/medikamenter etter innsatte i LAR og innsatte for øvrig.

Absolutte tall, gjennomsnitt og prosent (%).

	Innsatte i LAR (n=154)	Innsatte for øvrig (n=1205)	Total (n=1495)	Missing (n=136)	P-verdi
Perioder med daglig eller nesten daglig bruk av narkotika/medikamenter noensinne, n (%)	124 (80,5)	612 (50,1)	780 (52,2)	467 (31,2)	<0,001
Antall medikamenter brukt noensinne, gjennomsnittlig antall (SD)	9,6 (5,4)	5,1 (5,4)	5,36 (5,5)	525 (35,1)	<0,001
Bruk av narkotika/medikament siste seks måneder før soning, n (%)	122 (79,2)	633 (52,5)	805 (53,8)	250(16,7)	<0,001
Alder førstegangsbruk ulike narkotika/medikamenter					
Cannabis, gjennomsnitt alder (SD)	13,82 (2,92)	16,17 (4,42)	15,83 (4,31)	618 (41,3)	<0,001
Heroin, gjennomsnitt alder (SD)	19,45 (4,65)	21,73 (6,34)	21,05 (5,96)	1117 (74,7)	0,001

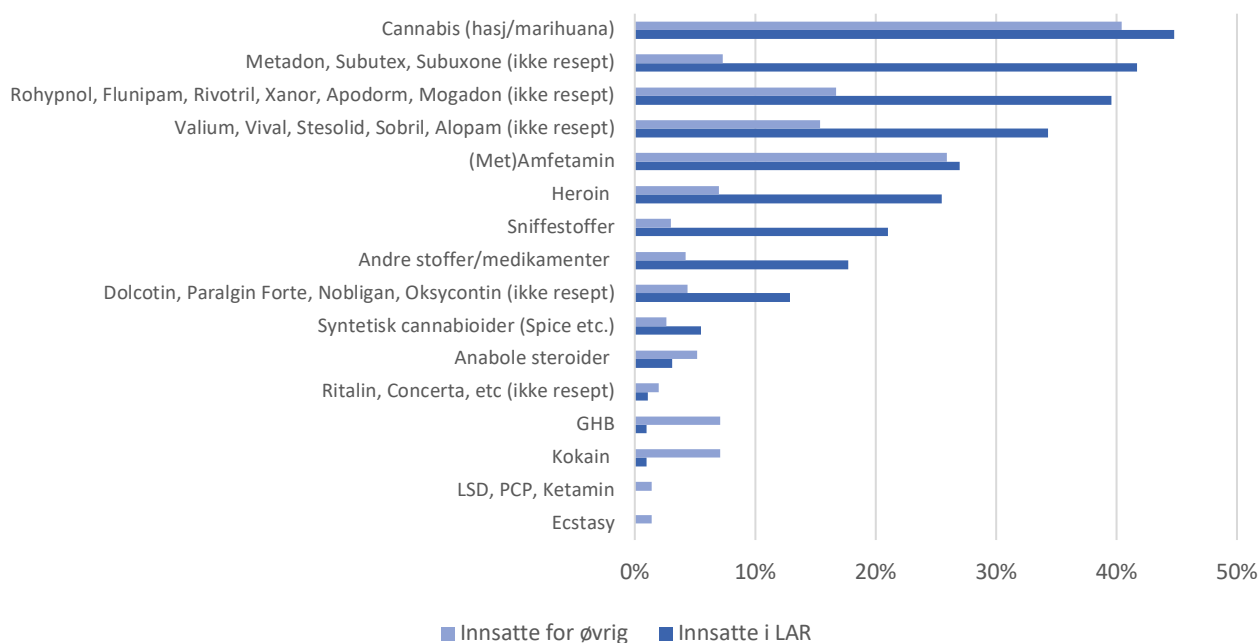
I forhold til faktorer relatert til narkotikabruk skilte LAR-pasientene seg klart fra de innsatte for øvrig. Blant innsatte i LAR-programmet oppga 80,5 prosent at de tidligere hadde hatt perioder med daglig eller nesten daglig bruk av narkotika/medikamenter, med et gjennomsnittlig antall på 9,6 forskjellige typer. Innsatte for øvrig hadde et signifikant lavere antall med et gjennomsnitt på 5,1. Debutalder for både cannabis og heroin var signifikant lavere for de innsatte i LAR-behandling, henholdsvis 14 år og 20 år og signifikant flere opplyste at de hadde brukt medikament eller narkotika i løpet av det siste halvåret før soning.

Figur 5.1 Bruk av narkotika/medikamenter (ikke resept) noensinne etter innsatte i LAR og innsatte for øvrig. Prosent (%).



For hver av de ulike typene narkotika og medikamenter var det en større andel av LAR-pasientene som rapporterte om bruk uten personlig resept i løpet av livet sammenlignet med innsatte for øvrig (figur 5.1). Cannabis var det mest brukte rusmiddelet for begge grupper. Den største forskjellen i andelen mellom de to gruppene gjaldt for heroin med en differanse på 48 prosentpoeng. Det var også langt flere av LAR-pasienter som rapporterte om bruk av opioid-medisiner (Dolcontin, Paralgin Forte, Nobligan og Oxycontin)

Figur 5.2 Bruk av narkotika/medikamenter (ikke resept) mer enn fire dager per uke seks måneder før soning etter innsatte i LAR og innsatte for øvrig. Prosent (%).



Kartlegging av bruk av narkotika eller medikamenter mer enn fire dager per uke de siste seks månedene før soning viste også at cannabis ble brukt hyppigst av begge grupper (figur 5.2). Det var også et omfattende bruk av andre typer rusmidler og medikamenter uten resept. Rundt tre av fire av de innsatte i LAR-behandling rapporterte om bruk av ulike typer benzodiazepiner og i overkant av en av fire brukte heroin. Tre ganger så mange innsatte i LAR-behandling (12,9 %) brukte opioid-medisiner (Dolcontin, Paralgin Forte, Nobligan og Oxycontin) sammenlignet med de innsatte for øvrig (4,4 %).

Tabell 5.2 Sprøytebruk etter innsatte i LAR og innsatte for øvrig. Absolutte tall, gjennomsnitt og prosent (%).

	Innsatte i LAR (n=154)	Innsatte for øvrig (n=1205)	Total (n=1495)	Missing (n=136), n (%)	P-verdi
Brukt sprøyte for å injisere medikamenter/narkotika i løpet av livet, n (%)	104 (67,5)	314 (26,1)	429 (28,7)	454 (30,4)	<0,001
Perioder med daglig eller nesten daglig bruk av sprøyte i løpet av livet n (%)	102 (66,2)	259 (21,5)	541 (36,2)	954 (63,8)	<0,001
Brukt sprøyte siste seks måneder før soning, n (%)	80 (51,9)	229 (19,0)	321 (21,5)	525 (35,1)	<0,001
Alder førstegangs sprøytebruk, gjennomsnitt alder (SD)	18,32 (4,64)	21,5 (6,11)	20,7 (5,97)	1058 (70,8)	<0,001

Gjennomsnittlig alder for debut av sprøytebruk var 18 år for LAR-pasienter, noe som var signifikant lavere enn for innsatte for øvrig (22 år). Signifikant flere LAR-pasienter brukte sprøyte siste seks måneder før soning. Forekomsten av tidligere injeksjon av medikament eller narkotika med sprøyte i løpet av livet var signifikant høyere blant de innsatte i LAR-programmet enn for de andre innsatte. To av tre LAR-pasienter oppga perioder med daglig/nesten daglig bruk av sprøyte i løpet av livet. Dette var signifikant høyere sammenlignet med andelen innsatte for øvrig.

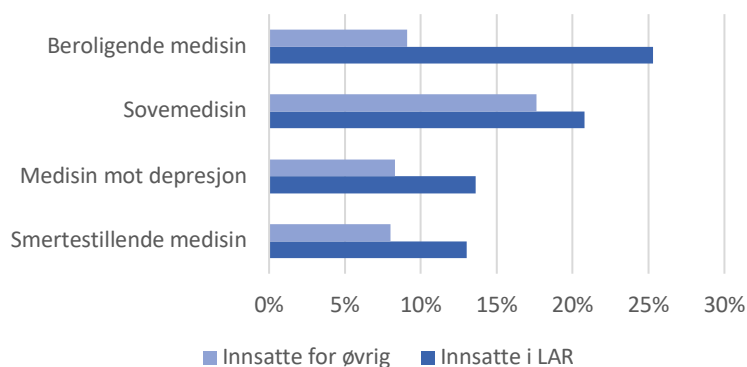
Tabell 5.3 DUDIT- og AUDIT-score etter innsatte i LAR og innsatte for øvrig. Absolutte tall, gjennomsnitt og prosent (%).

	Innsatte i LAR (n=154)	Innsatte for øvrig (n=1205)	Total (n=1495)	Missing (n= 136), n (%)	P- verdi
DUDIT score, gjennomsnitt (SD)	27,29 (14,03)	14,53 (14,44)	15,68 (15,77)	83 (5,6)	<0,001
Antall over cut-off DUDIT-score, n (%)	126 (81,8)	623 (51,7)	797 (53,3)	89 (6,0)	<0,001
AUDIT score, gjennomsnitt (SD)	10,46 (9,93)	11,0 (9,39)	10,88 (9,45)	45 (3,0)	0,372
Antall over cut-off AUDIT-score, n (%)	73 (47,4)	666 (55,3)	803 (53,7)	52 (3,5)	0,124

Som tidligere nevnt er DUDIT og AUDIT verktøy som kan brukes til å avgjøre om pasienter har skadelig og/eller avhengighetspreget bruk av henholdsvis narkotika eller alkohol. Når det kommer til bruk av narkotika hadde LAR-pasientene en signifikant høyere DUDIT-score enn de innsatte for øvrig og det var i tillegg en signifikant høyere andel LAR-pasienter som hadde en DUDIT-score over terskelverdi (tabell 5.3). Når det derimot kommer til AUDIT-score var gjennomsnittet høyere blant innsatte som ikke var i LAR-programmet og litt over halvparten hadde en score over terskelverdi.

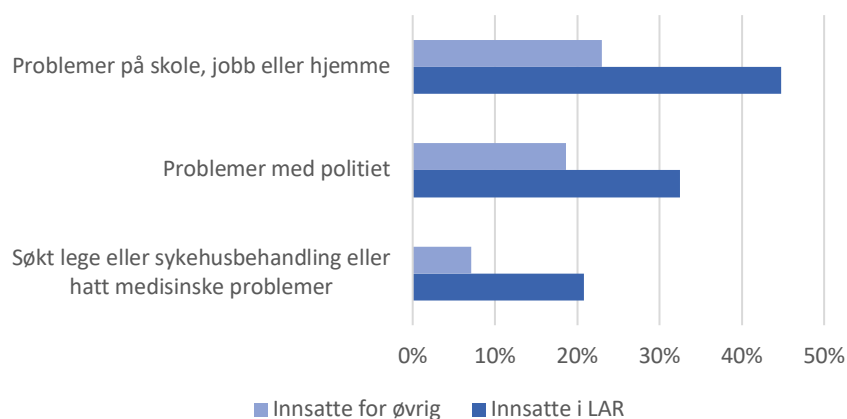
6. Rus og rusbehandling

Figur 6.1 Bruk av medisiner på resept daglig/flere ganger per uke siste 30 dager. Prosent (%)



14,9 prosent av LAR-pasientene rapporterte at de sonet på en rusmestringsenhet, og 6,2 av de øvrige innsatte rapporterte om det samme (p -verdi $< 0,001$). Det var hyppigst bruk av beroligende medisiner de siste 30 dagene blant LAR-pasientene (figur 6.1). Bruken av beroligende medisiner (p -verdi $< 0,001$), sovemedisiner (p -verdi 0,002), medisiner mot depresjon (p -verdi $< 0,001$) og smertestillende medisiner (p -verdi $< 0,001$) var signifikant høyere blant LAR-pasientene sammenlignet med innsatte for øvrig. Den samme forskjellen gjaldt for bruk av de samme reseptbelagte medisinene gjennom hele det nåværende fengselsoppholdet.

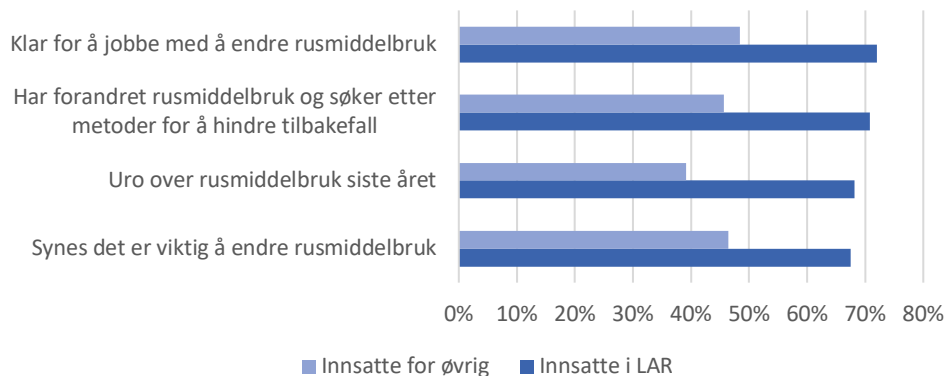
Figur 6.2 Problemer i ulike sammenhenger månedlig eller oftere det siste året som følge av rusmidler. Prosent (%).



Det var en signifikant høyere andel innsatte i LAR-behandling som hadde hatt de følgende ulike problemene månedlig eller oftere det siste året som følge av rusmidler (figur 6.2). 44,8 prosent rapporterte om problemer på skole, jobb eller hjemme (p -verdi $< 0,001$). En av fem

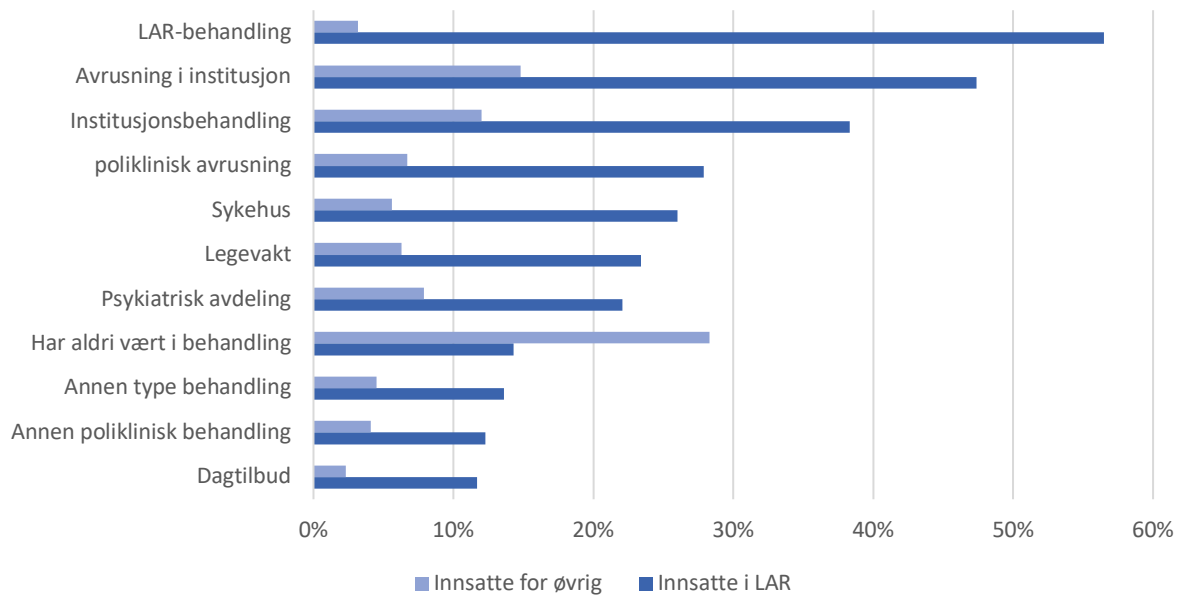
(20,8 %) hadde søkt lege, vært i sykehusbehandling eller hatt medisinske problemer det siste året (p-verdi < 0,001). En av tre (32,5 %) hadde hatt problemer med politiet (p-verdi 0,001).

Figur 6.3 Motivasjon og endring av rusmiddelbruk. Prosent (%).



En høy andel (68,2 %) av LAR-pasientene meldte om at de det siste året hadde uroet seg for sitt rusbruk, en signifikant høyere andel sammenlignet med de innsatte for øvrig (p-verdi <0,001) (figur 6.3). Rundt syv av ti LAR-pasienter var motivert for endring av sitt rusmiddelbruk og i underkant av halvparten av de innsatte for øvrig rapporterte om den samme motivasjonen (p-verdi <0,001). To av tre av LAR-pasientene syntes dette var viktig (p-verdi <0,001) og omtrent like mange hadde allerede begynt med å forandre sitt bruk og søkte etter metoder for å forandre det (p-verdi <0,001).

Figur 6.4 Tidligere behandling for rusmiddelproblemer annet enn alkohol. Prosent (%).



Generelt hadde flere LAR-pasienter vært i behandling ved ulike institusjoner for rusmiddelproblemer annet enn alkohol (figur 6.4). Det var derimot flere av de innsatte for øvrig som aldri hadde vært i behandling tidligere. Sett bort i fra legemiddelassistert behandling var avrusning i institusjon den behandlingsformen flest av LAR-pasientene hadde vært i tidligere (47,4 %). Videre fulgte behandling i institusjon (38,3 %), poliklinisk avrusning (27,9 %) og sykehus (26 %).

7. Faktorer som er assosiert med å være i LAR-behandling

Tabell 7.1 Univariat binær logistisk regresjon og bivariat binær logistisk regresjon. Odds ratio (OR) og konfidensintervall (KI).

	Ujustert		Justert	
	OR (KI)	P-verdi	OR (KI)	P-verdi
Demografi				
Kjønn	0,64 (0,35-1,17)	0,146	0,88 (0,42-1,86)	0,732
Alder	1,03 (1,01-1,04)	0,001	1,03 (1,01-1,06)	0,003
Fullført videregående skole eller høyere	0,44 (0,31-0,62)	< 0,001	0,56 (0,36-0,87)	0,010
Lønnet inntekt	0,41 (0,26-0,63)	< 0,001	0,56 (0,31-0,98)	0,043
Stabil bosituasjon	0,57 (0,39-0,82)	0,003	0,78 (0,48-1,26)	0,304
Helse				
Smittet av hepatitt B og / eller hepatitt C	7,26 (5,01-10,51)	< 0,001	3,97 (2,49-6,33)	<0,001
Kriminalitet				
Narkotikarelaterte lovbrudd (smugling, omsetning av narkotika og kjøring i beruset tilstand)	1,71 (1,20-2,42)	0,003	0,89 (0,54-1,47)	0,646
Vinningskriminalitet (mindre alvorlig og grov vinning)	2,17 (1,51-3,12)	<0,001	1,14 (0,71-1,84)	0,581
Annen kriminalitet (økonomisk, vold, drap, seksualkriminalitet, annen)	0,63 (0,45-0,89)	0,009	0,92 (0,57-1,50)	0,748
Narkotika				
Antall over cut-off DUDIT-score	5,99 (3,61-9,95)	<0,001	3,74 (1,90-7,36)	<0,001

Etter å ha justert for sosioøkonomiske-, helse-, kriminalitet- og narkotikafaktorer, var det fem gjenstående faktorer som var uavhengig assosiert med å være i LAR-behandling i fengsel (tabell 7.1). LAR-pasientene i fengsel var signifikant eldre enn de innsatte for øvrig (OR = 1.03; 95 % KI 1.01-1.06; p=0.003). Det var lavere sannsynlighet for at LAR-pasientene hadde fullført videregående skole eller hadde høyere utdanning (OR = 0.56; 95 % KI 0.36-0.87; p=0.01). Samtidig var det høyere sannsynlighet for at LAR-pasientene uten lønnet inntekt og måtte livnære seg på økonomiske støtteordninger eller andre nære relasjoner (OR=0.56; 95 % KI 0.31-0.98; p=0.043). Det var signifikant større risiko for å være smittet med hepatitt B og/eller hepatitt C (OR=3.97; 95 % KI 2.49-6.33; p<0.001) og ha en DUDIT-score over terskelverdi dersom respondenten var blant de innsatte som var i LAR-behandling (OR=3.74; 95 % KI 1.90-7.36; p <0.001).

Diskusjon

LAR-pasienter i fengsel utgjør en liten andel av LAR-pasientene i Norge. Sammenlignet med det totale antallet LAR-pasienter i Norge i 2014, utgjorde gruppen av LAR-pasienter fra vårt utvalg rundt to prosent av disse (26). Ifølge statusrapporten fra 2014 hadde 15,8 prosent av LAR-pasientene blitt arrestert, tiltalt, dømt eller varetektsfengslet i løpet av året og 1,7 % oppga fengsel som boforhold (26). LAR-pasienter er en heterogen gruppe pasienter, og LAR-pasientene i fengsel utgjør trolig en av de mer ustabile gruppene når det kommer til rusbruk, fysisk- og psykisk helse og kriminalitet. Det foreligger mye forskning på LAR-pasienter på generell basis, for eksempel på kriminalitet (40) og overdoserisiko under behandling (34). På den andre siden foreligger det mindre forskning på LAR-pasientene i fengsel i Norge når det kommer til demografiske kjennetegn, rusbruk, helse, kriminalitet og rusbehandling. På bakgrunn av dette foreligger det et behov for å få et bedre bilde av hvem LAR-pasienter i fengsel er og hva som kjennetegner dem som en gruppe.

Kjønn

Våre funn viste ingen signifikant forskjell i andelen kvinner i LAR-behandling i fengsel sammenlignet med andelen kvinnelige innsatte for øvrig. Sammenlignet med LAR-pasienter generelt i Norge i 2014 var andelen kvinner betydelig lavere i fengsel (26). Rundt en av tre LAR-pasienter var kvinner i Norge på tidspunktet, mens i fengsel utgjorde de i underkant av ti prosent. En SERAF-rapport fra 2018 fokuserte på kjønn- og aldersforskjeller blant LAR-pasienter i Norge (51). I denne rapporten kom det frem at mannlige LAR-pasienter var mer kriminelt aktive enn kvinnelige LAR-pasienter. Omtrent en av fem av de mannlige LAR-pasientene hadde begått et lovbrudd det siste året, sammenlignet med rundt en av ti av de kvinnelige LAR-pasientene (51). Våre funn og den nevnte SERAF-rapporten fra 2018 kan derfor tyde på at menn er mer involvert i kriminalitet sammenlignet med kvinner i LAR-behandling.

Alder

LAR-pasientene blant de innsatte hadde en gjennomsnittsalder på 37,7 år noe som var omtrent tre år høyere enn for de innsatte for øvrig. Sammenliknet med LAR-populasjonen generelt

som i 2014 hadde en gjennomsnittsalder på 43,4 år (26), var de innsatte i LAR-behandling yngre. Går vi nærmere inn på aldersforskjeller i LAR-pasienter generelt viste tall fra 2018 at majoriteten av LAR-pasienter som satt fengslet var under 30 år og nær en av tre av alle LAR-pasienter under 30 år hadde enten blitt arrestert eller fengslet det siste året (51). I tillegg hadde de yngre et høyere rusmiddelbruk og større forekomst av livsvansker målt i overdosetilfeller og suicidforsøk (51). Det kan tyde på at de yngre LAR-pasientene derfor har en mer ustabil livsstil og kan være med å forklare hvorfor gjennomsnittsalderen blant LAR-pasienter i fengsel er lavere enn LAR-populasjonen generelt.

Utdanning

Blant LAR-pasientene i fengsel var det 45 prosent som hadde videregående utdanning eller høyere. Denne andelen var signifikant lavere sammenlignet med innsatte for øvrig (65,2%), men utgjør likevel en stor andel. Det kan stilles spørsmål om innsatte i LAR-behandling får utnyttet sitt potensial når i underkant av en av fem hadde lønnet inntekt som sin viktigste inntektskilde før soning, på tross av den høye andelen med skolegang og høyere utdanning. Samtidig kan det være vanskelig å komme tilbake til arbeidslivet hvis man først har falt utenfor, spesielt for en sårbar gruppe som LAR-pasienter. Av LAR-populasjonen generelt var 81,5 prosent verken i inntektsgivende arbeid eller under utdanning i 2014 (26). Det betyr at det var urovekkende mange som sto uten et fast holdepunkt i hverdagen og som manglet en arena for sosial deltagelse. Dette kan igjen øke faren for å havne i rus- og kriminalitetspregede miljøer og risikoen for kriminell aktivitet blir dermed høyere. Det er derfor viktig å styrke tiltak i fengsel som inkluderer de innsatte i aktiviteter og arbeid for å bedre livskvaliteten under soning og slik gjøre de bedre rustet til å ta del i arbeidslivet etter fullført soning.

Statusrapporten fra 2014 viste at i overkant av 60 prosent av den generelle LAR-populasjonen manglet en individuell plan (26), som er et koordinert arbeidsdokument som skal bidra til at pasienten får et helhetlig og tilpasset tjenestetilbud, sikre pasientmedvirkning og tydeliggjøre pasientens mål, ressurser og behov (52). Dersom forekomsten av individuell plan i fengsel er like lav som den er i den generelle LAR-populasjonen bør dette med fordel settes fokus på og brukes mer aktivt i behandling. Ved å tydeliggjøre pasientens mål og ubrukte ressurser i planen kan det bidra positivt for den innsatte både under soning og i tiden etter.

Inntekt

Sammenlignet med innsatte for øvrig var det å være i LAR-behandling sterkt assosiert med å være uten lønnet inntekt i tiden før soning. Til tross for dette var det mer enn dobbelt så mange av de innsatte i LAR-behandling som hadde lønnet arbeid som sin viktigste inntektskilde i tiden før soning sammenlignet med LAR-populasjonen generelt i 2014 (26). Dette er et noe overraskende funn, da det kunne være naturlig å tenke seg at LAR-pasienter i fengsel generelt har en mer ustabil livsstil og dermed sjeldnere arbeidsinntekt før soning. Det må nevnes at andelen med lønnet arbeid som hovedinntekt generelt var lav i begge gruppene og at det hovedsakelig var støtteordninger som utgjorde viktigste inntektskilde. Dette kan vise at LAR-pasienter både i fengsel og utenfor er en gruppe mennesker som generelt har lav yrkesdeltagelse.

Støtteordninger utgjorde den største delen av inntekten for flere av LAR-pasienter generelt i Norge (86,0 %) sammenlignet med innsatte i LAR-behandling før soning (60,4 %) i 2014 (26). Den skjeve fordelingen av støtteordninger kan henge sammen med at LAR-populasjonen i Norge generelt er eldre enn LAR-pasientene i fengsel og at uføre- og alderspensjon i større grad dominerer blant de eldre. Over en av ti innsatte i LAR-behandling oppga kriminell aktivitet som sin viktigste inntektskilde, noe som også kan være en konsekvens av den skjeve fordelingen av støtteordninger. Dette kan belyse viktigheten av å ha gode støtteordninger på plass som når ut til flere, spesielt for sårbare grupper som LAR-pasienter. I Norge har vi etablerte støtteordninger, men man kan sette spørsmålsteget ved om det er et likt tilbud for alle, både med tanke på informasjon og tilgjengelighet.

Helse

Vi fant at det var en betydelig høyere risiko for å være smittet av hepatitt B- og/eller hepatitt C dersom man var en innsatt i LAR-behandling enn hvis man var en innsatt for øvrig. På tross av at vi inkluderte hepatitt B-smitte i den logistiske regresjonen er denne andelen så liten (5,2 %) at vi velger å fokusere på hepatitt C-smitte videre. Ifølge statusrapporten fra 2020 var andelen med positivt resultat på antigenest (andelen som er smittebærende) på 4,9 prosent (25). Antallet som hadde antistoffer var ifølge rapporten lavere enn forventet (20,2 %). Det nevnes flere årsaker til den lave andelen med antistoffer. Blant annet påpekes det lav

testaktivitet, høy andel med ukjent smittestatus (16,5 %) og en økende andel som mottar effektiv tablettbehandling gjennom sykehus og et nasjonalt hepatitt C-behandlingsprosjekt (25).

Ser vi på våre data over hepatitt C-smitte blant innsatte i LAR-behandling oppgir i overkant av 30 prosent et nåværende positivt resultat. Dette utgjorde rundt seks ganger så mange sammenlignet med hele LAR-populasjonen for øvrig (4,9 %) på samme tid (25). En pågående studie med fokus på hepatitt C-smitte i norske fengsler har funnet at den største forekomsten av hepatitt C-smitte blant innsatte er blant dem som er eller har vært i LAR-behandling (53), noe som sammenfaller med våre funn. Samlet sett kan resultatene våre tyde på at det er LAR-pasienter i det kriminelle miljøet som har den største forekomsten av hepatitt C-smitte sammenlignet med den generelle LAR-populasjonen.

Videre fant vi at om lag en av ti av LAR-pasientene i fengsel ikke kjente til sin smittestatus, noe som var færre enn for LAR-populasjonen generelt (16,5 %) (25). Det bør være lav terskel for å screene risikogrupper, for eksempel personer med aktivt sprøytebruk, særlig på grunn av at det nå finnes effektiv behandling mot hepatitt C-viruset (25). Våre data viste at LAR-pasientene i fengsel hadde et omfattende sprøytebruk både tidligere i livet og i tiden før soning, noe som gjør at de kan kategoriseres som en risikogruppe. Det er som følge av disse nevnte argumentene viktig å teste LAR-pasienter i fengsel for hepatitt.

Fengsel kan være en god arena for å teste og behandle hepatitt av flere grunner. For det første har vi funnet at det er høy prevalens av hepatitt C blant LAR-pasienter i fengsler. Videre er målgruppen lettere tilgjengelig i fengsel, det er trolig mindre risiko for at de ikke møter til testen eller dropper ut av behandlingen og det er mulig å gi oppfølging underveis.

Fengselsoppholdet og behandlingen kan dermed bedre helsesituasjonen til LAR-pasientene i fengsel. Samtidig kan tilbudet om testing og eventuell behandling oppleves som tvang for den innsatte. Det er derfor viktig å formidle kunnskap om sykdommen og hvorfor det er viktig å teste og eventuelt behandle seg og samtidig sikre at dette gjøres på en nøytral måte for å sikre pasientens autonomi.

Rusbruk

Å være en innsatt i LAR-behandling er sterkt assosiert med å ha en DUDIT-score over terskelverdi. Fire av fem hadde en score over terskelverdi for skadelig rusbruk. Dette funnet er ikke overraskende ettersom vi fant at rundt fire av fem av LAR-pasientene brukte narkotika/medikamenter i løpet av de siste seks månedene før soning og nær fire av fem hadde hatt tidligere perioder med daglig/nesten daglig bruk. Gjennomsnittlig DUDIT-score var på 27,29 – en score som tilsvare høy risiko og man vanligvis vurderer henvisning til mer spesialisert utredning og behandling (54). Statusrapporten for LAR-pasienter i 2014 viste at kun 18 prosent hadde et bruk der rusmidler, inkludert alkohol, dominerte livsførselen (avhengighetspreget bruk) og 21 prosent hadde en variabel fungering (26). Sammenligner vi disse tallene med andelen innsatte med en DUDIT-score over terskelverdi kan det tyde på at de innsatte i LAR har et mer problemfylt rusbruk i tiden før soning sammenlignet med LAR-pasienter for øvrig.

Våre resultater viste at noen av de dominerende rusmidlene/medikamentene som ble hyppig brukt av de innsatte i LAR-behandling (ikke på resept) de siste seks månedene før soning var ulike typer benzodiazepiner (sammenlagt 73,9 %), cannabis (44,8 %), og amfetamin (27,0 %). I statusrapporten for LAR-populasjonen i 2014 ble de samme rusmidlene/medikamentene trukket frem som mest dominerende i bruk over en fire ukers periode (26). Ifølge rapporten var det 15,1 prosent som hadde brukt et benzodiazepin illegalt, 28,4 prosent hadde brukt cannabis og 9,0 prosent hadde brukt et sentralstimulerende rusmiddel (herunder amfetaminderivater og kokain). Statusrapporten spesifiserer ikke brukshyppigheten til hvert av rusmidlene, men generelt hadde 28,7 prosent et regelmessig bruk av stoff og alkohol de siste fire ukene og 15,1 prosent hadde få enkeltepisoder i samme periode (26). Det er med andre ord en betydelig andel LAR-pasienter i Norge som har et omfattende rusbruk av cannabis, benzodiazepiner og sentralstimulerende midler, imidlertid kan det se ut som at bruksfrekvensen er høyere blant LAR-pasienter i fengsel før soning.

Det må nevnes at det er mange av de innsatte i LAR-behandling (41,7 %) som svarte at de brukte LAR-medikamenter uten resept mer enn fire ganger per uke i løpet av de siste seks månedene før soning (figur 4.2). Man kan stille spørsmål ved hvorvidt det er reelt at slike medikamenter uten resept brukes i så stort omfang som det ble rapportert om. Det er mulig at respondentene ikke merket seg at dette gjaldt illegalt bruk. Eventuelt kan man tenke seg at

noen av LAR-pasientene kan ha et sidebruk av medikamentene i tillegg til den reseptbelagte dosen.

Metodologiske betraktninger

Utvalgets representativitet

Utvalget bestod av 1495 respondenter som deltok i NorMa-studien. Som nevnt tidligere ble ikke seks fengselsenheter inkludert, og det bør derfor bemerkes at utvalget ikke er valgt ut helt tilfeldig. Prosjektarbeidene i NorMA sammenliknet en rekke av de demografiske variablene med en levekårsundersøkelse gjennomført blant innsatte på samme tid som studien (13), og konkluderte med at utvalget kunne anses som relativt representativt (1). Samtidig bør det bemerkes at det kan være en viss grad av seleksjonsbias som kan påvirke funnene. Da spørreundersøkelsene ble gjennomført var det innsatte som av ulike grunner ikke fikk muligheten til å delta (1). Dette gjaldt blant annet innsatte som ble regnet for å være svært psykisk syke eller for ustabile til å delta av sikkerhetsgrunner. I tillegg var det ansatte som hadde avtaler, for eksempel med advokater eller leger, eller aktiviteter utenfor fengsel som heller ikke fikk muligheten til å delta. Innsatte som ikke behersket et av de språkene som undersøkelsene ble oversatt til, hadde heller ikke forutsetningene til å besvare undersøkelsen (1). Samtidig var det innsatte som ikke ønsket å delta på grunn av at de ikke så betydningen av å delta, da de verken hadde helse- eller rusproblemer (1). Det kan derfor tenkes at utvalget vårt kan være noe skjevt på bakgrunn av helsetilstand og kunnskapsnivå.

Vi har tatt utgangspunkt i de innsatte som oppga at de var i LAR-behandling i fengsel blant de 1495 innsatte som svarte på NorMA-undersøkelsen. Som nevnt tidligere valgte vi å basere gruppen LAR-pasienter på to ulike spørsmål. Dette gjorde at vi fikk flere respondenter med i gruppen, noe som styrket resultatene våre. Det er imidlertid få eksakte tall på hvor mange innsatte som er i LAR-behandling i Norge. Det kan tenkes at vi ikke fikk tak i alle de reelle LAR-pasientene blant de 1495 innsatte. På den ene siden er det en risiko for at vår definerte gruppe ikke inkluderte alle respondenter som var i LAR-behandling i fengslene, mens det på den andre siden er en fare for at innsatte som ikke var i behandlingsprogrammet ble en del av vår definerte gruppe. På tross av dette mener vi at vi fikk mange nok deltakere til at

resultatene våre kan være representative til å gi et generelt bilde av LAR-populasjonen i fengsel.

Oppbygningen av spørreundersøkelsen og missing-verdier

Våre data er som nevnt basert på et spørreskjema bestående av 116 spørsmål. Dette er mange spørsmål og krever mye konsentrasjon og gode lese- og skriveferdigheter. I følge NorMA-rapporten har om lag en av fire innsatte lese- og skrivevansker (1). Språkbarrierer og lese- og skrivevansker kan ha ført til misforståelser og påvirket svarene. Det var også slik at avhengig av hva man svarte på enkelte spørsmål så fikk man beskjed om å hoppe videre forbi enkelte deler. For enkelte variabler ble dermed mye data ekskludert og de fikk derfor høye missing-verdier (se tabeller og appendix 1). Eksempelvis hvis man svarte nei på spørsmålet om man noensinne hadde brukt sprøyte fikk man beskjed om å hoppe over flertallet av spørsmålene tilknyttet sprøytebruk. Disse variablene endte dermed opp med høye missing-verdier. I tillegg kunne spørreundersøkelsen til tider virke repetitivt med flere spørsmål med relativt lik ordlyd, noe som kan gjøre at respondenter valgte å hoppe over disse. Høye missing-verdier vil kunne påvirke resultatene i «complete case»-analyser. I enkle analyser er ikke dette problemet så omfattende på grunn av at det er kun to variabler som inkluderes. Ved logistisk regresjon vil det derimot skje en kumulativ opphopning av missing-verdier og analysen vil kun inkludere respondenter uten missing-verdier i alle de aktuelle variablene. Dette kan resultere i at man står igjen med en modell som inneholder svært få respondenter. Som følge av dette valgte vi å ekskludere flere variabler med høye missing-verdier fra den logistiske regresjonsmodellen, på tross av at vi tenkte at disse var sentrale i forhold til oppgavens problemstillinger.

Oppsummering og implikasjoner

Justert for andre relevante faktorer, fant vi fem faktorer som er assosiert med å være i LAR-behandling under soning. Sammenlignet med de innsatte for øvrig hadde innsatte i LAR-behandling høyere alder, lavere forekomst av lønnet inntekt og fullført videregående skole/utdanning, høyere forekomst av hepatitt C-smitte og flere hadde en DUDIT-score over terskelverdi for skadelig rusbruk.

De innsatte LAR-pasientene var yngre sammenlignet med LAR-populasjonen generelt, men sammenlignet med de innsatte for øvrig var de derimot eldre. Aldersforskjellen mellom LAR-pasienter i fengsel og utenfor kan blant annet forklares av at de yngre LAR-pasientene i større grad har en ustabil livsstil, og har et mer omfattende og problemfylt rusbruk. Overraskende mange av LAR-pasientene i fengsel hadde fullført videregående eller høyere utdanning, men en mindre andel var i lønnet arbeid. Det kan derfor tenkes at det foreligger mye ubrukt potensial hos denne gruppen innsatte. Blant LAR-pasientene som populasjon var det flere som hadde støtteordninger sammenlignet med gruppen innsatte i LAR-behandling, noe som blant annet kan forklares av at de innsatte i LAR-behandling er yngre. Gode støtteordninger også til de yngre pasientene i LAR-behandling kan være en viktig bidragsytende faktor for å redusere kriminalitet.

Prevalensen av hepatitt C var høyere blant innsatte i LAR-behandling sammenlignet både med LAR-pasienter utenfor fengsel og med de innsatte for øvrig. Sammen med den utbredte forekomsten av sprøytebruk blant innsatte i LAR-behandling gjør dette dem til en viktig målgruppe for forebyggende arbeid som både testing av hepatittsmitte og utdeling av rene sprøyter. Innsatte i LAR-behandling hadde et hyppigere og mer problemfylt rusbruk før soning sammenlignet med både LAR-pasienter utenfor fengsel og innsatte for øvrig. Det er viktig å være klar over dette for å kunne gi forsvarlig helsehjelp og tilrettelegge behandlingen i fengsel.

Vår hovedfunn viser at innsatte i LAR-behandling har relativt større og flere utfordringer sammenlignet med andre innsatte og med LAR-populasjonen generelt. Viktige implikasjoner knyttet til våre resultater er dermed å tilrettelegge for minoriteten av LAR-pasienter som befinner seg i fengsel slik at de kan stabilisere sin livssituasjon og redusere helseskader og videre kriminell aktivitet. Å være LAR-pasient i fengsel bør ikke utelukke muligheten til å bli inkludert i andre tilbud i fengsel som rusprogrammer og rusmestringsenheter.

Samfunnsdeltakelse og støtteordninger kan være viktige innsatsområder i tiden etter soning. Individuell plan kan med fordel implementeres i større grad i behandlingen slik at pasientens mål og ressurser settes fokus på. Videre er det viktig å drive helsefremmende arbeid som utdeling av rene sprøyter og behandling og testing av hepatitt C. Våre funn viste at svært mange av de innsatte i LAR-behandling var motivert for å endre sitt rusmiddelbruk, noe som er avgjørende for enhver varig endring. De nevnte tiltak kan bidra med å opprettholde stabilitet i vedlikeholdsbehandlingen for å forhindre tilbakefall til rus.

Blant våre respondenter fant vi at over halvparten av de innsatte som ikke var i LAR-behandling hadde en DUDIT-score over terskelverdi for skadelig rusmiddelbruk. I tillegg var nær halvparten av de innsatte for øvrig klar for å jobbe med å endre rusbruket sitt og syntes dette var viktig. Selv om vi ikke har kunnskap om i hvilken grad de andre innsatte kvalifiserte for en opioidavhengighetsdiagnose, foreligger det sannsynligvis potensielle kandidater for LAR-behandling blant de innsatte som deltok i NorMa-studien.

Det er kjent at mange personer med rusmiddelbruk, herunder opioidbruk, befinner seg i fengsel (12) og kan være utenfor behandlingsapparatet. Fengsel kan være en god arena for oppstart av legemiddelassistert rehabilitering av flere årsaker. Avrusning, særlig fra benzodiazepiner og alkohol, er et kriterium for oppstart ifølge retningslinjene (5) og det er gode muligheter for å oppnå dette i fengsel da tilgangen på narkotiske stoffer trolig er mindre. Ifølge LAR-retningslinjene skal risikofylt atferd der det er fare for overdose tale for oppstart (5). Den høye forekomsten av rusmiddelbruk blant innsatte og den økte risikoen for overdosedødsfall etter soning (4) er argumenter som taler for dette. Som nevnt viser studier at LAR-behandling reduserer rusmiddelbruk, kriminalitet, somatisk sykелighet og overdoserisiko (25;34;38;40). Oppstart av LAR-behandling i fengsel kan dermed legge grunnlag for en bedre livssituasjon både under og etter soning. Samtidig krever dette gode tiltak og oppfølging fra oppstart av LAR-behandling, spesielt i den sårbare perioden like etter soning.

Konklusjon

Våre funn viser at LAR-pasienter i fengsel er en marginalisert og sårbar gruppe. De har et større og mer problematisk rusbruk, dårligere helse og mindre grad av samfunnsdeltakelse sammenlignet med innsatte for øvrig og pasienter i LAR-behandling generelt. Det er imidlertid ikke slik at denne oppgaven gir et fullstendig bilde av LAR-pasienter i norske fengsler. Det bør derfor forskes videre på denne gruppen for å identifisere flere mulige problemområder slik at effektive tiltak kan kartlegges og iverksettes. Spesielt hvordan det går med LAR-pasienter i tiden etter soning er noe denne oppgaven ikke tar for seg som videre studier kan sette lys på.

Referanser

1. Bukten A, Stavseth MR, Skurtveit S, Kunøe N, Lobmaier PP, Lund IO, et al. Rusmiddelbruk og helsesituasjon blant innsatte i norske fengsel. Resultater fra The Norwegian Offender Mental Health and addiction study (NorMA). Oslo: Senter for rus og avhengighetsforskning (SERAF); 2016. 2.
2. Helsedirektoratet. Avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler. Nasjonal faglig retningslinje. Oslo: Helsedirektoratet. [Mangler IS-nummer].
3. Oslo universitetssykehus. Fakta om opioider (Inkludert heroin og morfin). 2020. [Dokument]. Oslo: Oslo universitetssykehus; [oppdatert 22.01.2020]; [hentet 2021 15.01]. Tilgjengelig fra: [https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/nasjonal-kompetansetjeneste-for-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-tsb/Documents/Fakta%20om%20opioider%20\(heroine%20og%20morfin\)%2022.01.20.pdf](https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/nasjonal-kompetansetjeneste-for-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-tsb/Documents/Fakta%20om%20opioider%20(heroine%20og%20morfin)%2022.01.20.pdf)
4. Helsedirektoratet. Nasjonal overdosestrategi 2019-2022: Javisst kan du bli rusfri - men først må du overleve. Oslo: Helsedirektoratet; 2019. 17/3829-92.
5. Helsedirektoratet. Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. IS-1701.
6. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2019 National Survey on Drug Use and Health US, Rockville, MD: Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration 2020. PEP20-07-01-001.
7. Europeisk overvåkningscenter for narkotika og narkotikamisbruk. Europeisk narkotikarapport 2020: Hovedpunkter Luxemburg: Den europeiske unions publikasjonskontor. [Mangler rapportnummer].
8. The United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2019. Wien, Østerrike: United Nations publications; 2019. Sales No. E.19.XI.8.
9. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Drug-related deaths and mortality in Europe: update from the EMCDDA expert network. Luxemburg: Publication Office of the European Union; 2021. [Mangler rapportnummer].
10. Hedegaard H, Miniño AM, Warner M. Drug Overdose Deaths in the United States, 1999-2017. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; 2018. NCHS Data Brief, no 329.
11. Gjersing L. Narkotikautløste dødsfall 2020. 2021. [Internett]. Oslo Folkehelseinstituttet [oppdatert 10.06.2021]; [hentet 25.01 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/konsekvenser-av-narkotikabruk/narkotikautloste-dodsfall-2020/>
12. Ødegård E. Drug and alcohol problems among Norwegian inmates. NAT. 2008;25(3):169-85.
13. Revold MK. Innsattes levekår 2014: før, under og etter soning. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2015. 2015/47.
14. Booth M. Opium: a history. London: Simon & Schuster; 1996.
15. Dole VP, Nyswander M. A Medical Treatment for Diacetylmorphine (Heroin) Addiction: A Clinical Trial With Methadone Hydrochloride. JAMA. 1965;193(8):646-50. Tilgjengelig fra: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/656315>
16. Mathias R. NIH Panel Calls for Expanded Methadone Treatment for

- Heroin Addiction. NIDA Res Monogr. 1997;12(6):23.
17. Department of Mental Health and Substance Abuse. Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. Geneva, Switzerland: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse; 2009. [Mangler rapportnummer].
 18. Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering. 2009. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2009-12-18-1641>
 19. Farrell M, Hall W. Heroin-assisted treatment: has a controversial treatment come of age? Br J Psychiatry 2015;207(1):3-4.
 20. Kvaal JN. 22,5 millioner kroner til forskning på heroinassistert behandling (HAB). 2020. [Internett]. Oslo: UiO: Institutt for klinisk medisin [oppdatert 18.08.2020]; [hentet 26.januar 2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.med.uio.no/klinmed/om/aktuelt/aktuelle-saker/2020/seraf-22-millioner-til-forskning-hab.html>
 21. Rang H, Ritter J, Flower R, Henderson G. Rang & Dale's pharmacology 8utg. Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone; 2016.
 22. Skeie I, Clausen T, Bukten A. Legemiddelassistert rehabilitering – viktig behandling med dilemmaer. Tidsskrift for den Norske Lægeforening,. 2014;134(11):1156-58.
 23. Statens legemiddelverk. Buprenorfin depotinjeksjon (Buvidal) til behandling av opioidavhengighet . Oslo: Statens legemiddelverk 2019. 2018-19191.
 24. AIM Research Based Consulting. Evaluering av legemiddelassistert rehabilitering: evalueringsrapport. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet 2004. [Mangler rapportnummer].
 25. Lobmaier P, Skeie I, Lillevold P, Waal H, Bussesund K, Clausen T. Statusrapport 2020: LAR behandling under første året med Covid-19 pandemi. Oslo: Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF); 2021. 4/2021.
 26. Waal H, Bussesund K, Clausen T, Scheie I, Håseth A, Lillevold PH. Statusrapport 2014: En aldrende LAR-populasjon? Oslo: Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF); 2015. 2/2015.
 27. Om kriminalomsorgen. [Internett]. Lillestrøm: Kriminalomsorgsdirektoratet; [oppdatert 2022]; [hentet 2022 04.01]. Tilgjengelig fra: <https://www.kriminalomsorgen.no/om-kriminalomsorgen.533223.no.html>
 28. Lov om pasient- og brukerrettigheter. 1999. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_2
 29. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. 2011. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_3
 30. Lov om spesialisthelsetjenesten. 1999. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
 31. Oslo Economics. Vurdering av det samlede tilbudet under straffegjennomføring for personer med rusmiddelproblematikk. Oslo: Oslo Economics; 2020. 2020_23.
 32. Introduksjon til TSB. [Internett]. Oslo: Oslo Universitetssykehus; [oppdatert 04.01.2022]; [hentet 05.01 2022]. Tilgjengelig fra: <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tsb/om-tsb/introduksjon-til-tsb>
 33. Helsedirektoratet. Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel: Veileder. Oslo: Helsedirektoratet; 2013. IS-1971.

34. Bukten A, Stavseth MR, Clasuen T. From restrictive to more liberal: variations in mortality among patients in opioid maintenance treatment over a 12-year period. *BMC health serv Res.* 2019;19(1):1-8.
35. Degenhardt L, Larney S, Kimber J, Gisev N, Farrell M, Dobbins T, et al. The impact of opioid substitution therapy on mortality post-release from prison. *Drug Alcohol Depend.* 2014;146(1):260.
36. Bukten A, Stavseth MR, Skurtveit S, Tverdal A, Strang J, Clausen T. High risk of overdose death following release from prison: variations in mortality during a 15-year observation period. *Addiction.* 2017;112(8):1432-9.
37. Sordo L, Barrio G, Bravo MJ, Indave BI, Degenhardt L, Wiessing L, et al. Mortality risk during and after opioid substitution treatment: systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ.* 2017;357(1):1-14.
38. Skeie I, Brekke M, Gossop M, Lindbaek M, Reinertsen E, Thoresen M, et al. Changes in somatic disease incidents during opioid maintenance treatment: results from a Norwegian cohort study. *BMJ Open.* 2011;1(1):1-9.
39. Lind B, Chen S, Weatherburn D, Mattick R. THE EFFECTIVENESS OF METHADONE MAINTENANCE TREATMENT IN CONTROLLING CRIME: An Australian Aggregate-Level Analysis. *Br J Criminol* 2005;45(2):201-11.
40. Bukten A, Skurtveit S, Gossop M, Waal H, Stangeland P, Havnes I, et al. Engagement with opioid maintenance treatment and reductions in crime: a longitudinal national cohort study. *Addiction.* 2012;107(2):393-9.
41. Stöver H, Michels II. Drug use and opioid substitution treatment for prisoners *Harm Reduct J* 2010;7(17):1-7.
42. Johnson B, Richert T. Diversion of methadone and buprenorphine by patients in opioid substitution treatment in Sweden: Prevalence estimates and risk factors. *Int J Drug Policy.* 2014;26(2):183-90.
43. Bernard J-P, Havnes I, Slørdal L, Waal H, Mørland J, Khiabani HZ. Methadone-related deaths in Norway. *Forensic Sci Int.* 2012;224(1):111-6.
44. Mjåland K. The paradox of control: An ethnographic analysis of opiate maintenance treatment in a Norwegian prison. *Int J Drug Policy.* 2015;26(8):781-9.
45. Moe B, Vogt KA. Fylkesmannen i Hordaland - Spørsmål om taushetsplikt i forbindelse med LAR til innsatte i fengsel. 2012. [Brev]. Oslo: Helsetilsynet; [opdatert 27.03.2012]; [hentet 11.01 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsetilsynet.no/regelverk/tolkningsuttalelser/helse-omsorgstjenester/taushetsplikt-lar-til-innsatte-i-fengsel/>
46. Lov om helsepersonell 1999. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_5#%C2%A721
47. Strand BH, Dalgard OS, Tambs K, Rognerud M. Measuring the mental health status of the Norwegian population: A comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nord J.* 2003;57(2):113-8.
48. Hildebrand M. The Psychometric Properties of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT): A Review of Recent Research. *J Subst Abuse Treat.* 2015;53(1):52-9.
49. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, G.Monteiro M. AUDIT : the alcohol use disorders identification test : guidelines for use in primary health care. 2 utg. Geneva: World Health Organization Division of Mental, Health; 2001. WHO/MSD/MSB/01.6a.
50. Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (ROP). Guide for beregning av poengsum AUDIT. 2022. [Internett]. Ottestad: Nasjonal

- kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (ROP); [oppdatert 2022]; [hentet 24.01 2022]. Tilgjengelig fra: <https://rop.no/globalassets/snakkomrus/utskrifter/audit/audit-scoringguide.pdf>
51. Waal H, Bussesund K, Clausen T, Lillevold PH. Kjønn og alder i LAR. Oslo: Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF), Nasjonal kompetansetjeneste for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB); 2018. 1/2018.
 52. Helsedirektoratet. Veilder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. 2015. [Nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 02.12.2020]; [hentet 15.01 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/individuell-plan-og-koordinator/om-individuell-plan-og-koordinator-formal-og-rettigheter>
 53. Frimand M. Undersøker forekomsten av hepatitt C i norske fengsler 2021. [Internett]. Ottestad: Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykiske lidelser (ROP); [oppdatert 20.10.2021]; [hentet 11.01 2022]. Tilgjengelig fra: <https://rop.no/aktuelt/undersoker-forekomsten-av-hepatitt-c-i-norske-fengsler/>
 54. H.Berman A, Bergman H, Palmstjerna T, Schlyter F. DUDIT Drug Use Disorders Identification Test. 2002. [Internett]. Ottestad: Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (ROP); [oppdatert 2002]; [hentet 24.01 2022]. Tilgjengelig fra: <https://rop.no/kartleggingsverktøey/dudit/>

Appendix

Appendix 1: Missing-data.

Oversikt over missing-verdier fra fremstilte figurer. Absolutte tall og prosent (%).

	Missing (n=136), n (%)
LAR-behandling	
Er for tiden i legemiddellassistert rehabilitering (LAR)	143 (9,6)
Daglig bruk av Metadon, Subutex eller Suboxone på resept siste 30 dager	455 (30,4)
Varighet LAR-behandling	1387
Type LAR-medikament	
Subutex	1470 (90,3)
Subuxone	1445 (96,7)
Metadon	1472 (98,5)
Annet	1462 (97,8)
Helse	
Opplevd fysisk helse	27 (1,8)
Opplevd psykisk helse	26 (1,7)
HSCL-score	320 (21,4)
Smittet av hepatitt B og / eller hepatitt C	106 (7,1)
HIV-test	69 (4,6)
Siste HIV resultat	667 (44,6)
Kriminalitet	
Varighet dom	291 (19,5)
Type lovbrudd (siktet/dømt)	88 (5,9)
Påvirkning ved lovbrudd de nå soner for	146 (9,8)
Rusbehandling	
Rusmestringsenhet	61 (4,1)
Bruk av medisiner på resept siste 30 dager	
Sovemedisin	355 (23,7)
Beroligende medisin	417 (27,9)
Medisin mot depresjon	430 (28,8)
Smertestillende medisin	440 (29,4)
Bruk av medisiner på resept i løpet av dette fengselsoppholdet	
Sovemedisin	352 (23,5)
Beroligende medisin	432 (28,9)

Medisiner mot depresjon	449 (30,0)
Smertestillende medisin	465 (31,1)
Problemer pga rusmidler månedlig eller oftere det siste året	
Problemer på skole, jobb eller hjemme	406 (27,2)
Søkt lege eller sykehusbehandling eller hatt medisinske problemer	410 (27,4)
Problemer med politiet	408 (27,3)
Motivasjon for endring av rusmiddelbruk	
Uroet over rusmiddelbruk siste året	435 (29,1)
Klar for å jobbe med å endre rusmiddelbruk	442 (29,6)
Synes det er viktig å endre rusmiddelbruk	446 (29,8)
Har forandret rusmiddelbruk og søker etter metoder for å hindre tilbakefall	448 (30,0)
Behandling for rusmidler annet enn alkohol	
Har aldri vært i behandling	1109 (74,2)
Avrusning i institusjon	1231 (82,3)
poliklinisk avrusning	1368 (91,5)
LAR-behandling	1369 (91,6)
Annen poliklinisk behandling	1422 (95,1)
Institusjonsbehandling	1282 (85,8)
Dagtilbud	1446 (96,7)
Legevakt	1379 (92,2)
Sykehus	1382 (92,4)
Psykiatrisk avdeling	1362 (91,1)
Annen type behandling	1415 (94,6)