

INNSATTE OG PSYKISK HELSE

AV FØRSTELEKTOR, CAND. PAED. SPEC. MARIE-LISBET AMUNDSEN

*This article refers to results obtained from a survey conducted during the spring of 2005. 216 inmates from four Norwegian prisons answered questions relating to the use of drugs, serious depression, anxiety and suicide, as well as problems relating to attention deficit hyperactivity disorder. The research shows, inter alia, that some time prior to their imprisonment, about 70% of the inmates were seriously depressed and 49% had considered suicide, whereas during imprisonment 47% reported one or more bouts of serious depression and 36% reported having considered suicide. 60% of the inmates acknowledged that the use of drugs had created problems for them with family and friends, and half reported that drugs had been the source of economic problems. Nearly half of the inmates felt that they could become violent when angry, though two-thirds indicated a willingness to take part in an anger management programme if one was offered to them. Finally, it should be noted that 29% of the inmates had great difficulties with attention deficit hyperactivity disorder (AD/HD).**

I 1977 ble man på en kongress i regi av WHO enig om en bindende politisk forpliktelse til å arbeide for å sikre at et godt helsetilbud er tilgjengelig for alle. I 1986 ble helsefremmende arbeid definert som arbeidet for å øke menneskers kontroll over faktorer som virker inn på deres helse, slik at denne kan forbedres. Det var enighet om at det måtte føres en politikk som legger de samfunnsmessige forholdene til rette for folks helse, og at det må skapes støttende miljøer. Det blir også presisert at lokalsamfunnets evne til å handle må styrkes, det må utvikles personlige ferdigheter, og helsevesenet må reorienteres mot helsefremmende arbeid (WHO 1994). Med bakgrunn i denne definisjonen av helsefremmende arbeid, kan man se på dette som en prosess der den aktuelle målgruppen må inkluderes, samtidig som det presiseres at helsefremmende arbeid også inkluderer det psykiske helsevern.

I "Helsetjenestetilbud til innsatte i fengsel" står det at personer med diagnoser som schizofreni, affektive lidelser, alvorlige personlighetsforstyrrelser og andre psykoser, har alvorlige lidelser som trenger behandling fra psykisk helsevern. Psykiatere, psykologer eller psykiatriske sykepleiere som har sitt daglige virke i psykisk helse-

* Title in English: *Inmates and Psychic Health*.
Original in Norwegian.

vern, har inngått avtale om å gi behandling til innsatte. Personer med andre diagnoser som angst, hyperkinetisk forstyrrelse/AD/HD og rusrelaterte psykiske lidelser, vil som regel kunne behandles i fengslene av kommunehelsetjenesten i samarbeid med psykisk helsevern (Sosial og helsedirektoratet 2004). Når det gjelder intensjonene i forhold til innsattes psykiske helse, er det ingen tvil om at disse er gode.

Skal man mestre det å redusere kriminalitet, er det naturlig å se nærmere på hva som kjennetegner den gruppen som sitter i norske fengsler. Desto større kunnskap man har om denne gruppen, desto større mulighet vil man kunne ha til å finne konstruktive tiltak med tanke på å forebygge ny kriminalitet.

Utgangspunktet for denne artikkelen er en spørreundersøkelse blant innsatte i fire norske fengsler våren-05, der målet er å se nærmere på hvordan de innsatte vurderer seg selv med tanke på rusproblematikk, alvorlig depresjon, angst, selvmordsproblematikk, samt hyperaktivitet, konsentrasjonsvansker og manglende impuls kontroll (AD/HD).

Tidligere forskning på psykisk helse blant innsatte

Når det gjelder psykisk helse blant innsatte, viser undersøkelser høyere forekomst av psykiske lidelser, som alvorlig depresjon og personlighetsforstyrrelser enn det man finner i befolkningen forøvrig.

I en systematisk analyse av 62 studier konkluderer Fazel og Danesh (2002) med at man kan regne med en prevalens av psykotiske lidelser på rundt 4 pct. uttalt depresjon er beregnet til 10 pct. hos menn og 12 pct. hos kvinner, og personlighetsforstyrrelse til 65 pct. hos menn og 42 pct. hos kvinner.

Gamman og Linaker (2000) antyder at forekomsten av alvorlig depresjon og abstinensreaksjoner er utbredt, og Hammerlin og Kristoffersen (1998) hevder at angstproblematikk er vanlig blant innsatte.

Kyvsgaard (2000) foretok en undersøkelse blant innsatte i Danmark i 1999, og hun fant at flere kvinner enn menn hadde vært innlagt på psykiatrisk sykehus, og flere hadde mottatt ambulant psykiatrisk behandling eller konsultasjon under soningsoppholdet. I alt fant hun at en tredjedel av kvinnene og en fjerdedel av mennene hadde tegn på psykiske problemer.

Rasmussen, Almvik og Levander (2001) viser at andelen med AD/HD og personlighetsforstyrrelser er høye, og Friestad og Hansen (2004) fant blant annet at innsatte har større grad av psykiske problemer enn befolkningen ellers. De hevder at mange innsatte sliter med dårlig helse, og halvparten har en eller flere kroniske sykdommer.

Metode og data

Undersøkelsen er basert på frivillighet, og den er anonym. Spørreskjemaet består av valgalternativ der det kan krysses av for det svaralternativet som passer.

Spørreundersøkelsen forutsatte relativt gode lese- og skriveferdigheter, og det var noen innsatte som ba om hjelp til å svare da de hadde alvorlige lese- og skrivevansker. Dette ønsket kunne ikke imøtekommes, fordi undersøkelsen skulle være anonym.

Kriminalomsorgen Nord og Kriminalomsorgen Sør ønsket å delta på undersøkelsen, og fire fengsler ble derfor valgt fra Vestfold og Trøndelag. Et av fengslene er åpent, og de tre andre lukket. Til sammen var det 315 innsatte i disse fire fengslene. 54 av disse var fremmedspråklige, og ettersom spørreundersøkelsen ikke var oversatt til andre språk, kunne disse følgelig ikke delta.

Det var derfor 261 innsatte som fikk spørreskjemaet, og av disse svarte 216 innsatte. Dette tilsier en svarprosent på 83 pct. I alle de fire fengslene var administrasjonen positive til undersøkelsen, og det ble godt tilrettelagt for at de innsatte skulle bli informert om hensikten med undersøkelsen, samtidig som de ble oppfordret til å svare på denne. Denne positive holdningen fra ledelsens side, er nok noe av årsaken til at svarprosenten ble så høy.

Temperament

På spørsmålet "Hender det at du mister kontrollen når du blir sint?" svarer halvparten av de innsatte bekreftende. På både spørsmålet "Hender det at du slår eller sparker i møbler eller andre ting når du blir sint?" og "Hender det at du blir voldelig når du blir sint?" har 45 pct. svart bekreftende.

Syv av 10 (65 pct.) innsatte svarer at de ville tatt imot et opplæringsprogram for sinnekontroll dersom de fikk tilbud om det. Det er verdt å merke seg at det er flere som ønsker et opplæringsprogram for sinnekontroll enn det det er som oppgir at det hender de mister kontrollen når de blir sinte.

Sinnemestringsprogram er ment som en bevisstgjøring på sammenhengen mellom tanker, følelser og handlinger. Målsetningen er at den det gjelder skal få større grad av innsikt i forhold til hva som skjer når de blir sinte, og å lære strategier for sinnekontroll. Alternativ til vold (ATV) er en modell der målet for samtalegruppene er å tilrettelegge for samtale rundt volds- og overgrepssproblematikk. Den enkelte kan få større grad av innsikt i forhold til egen voldsutøvelse, og således også motivasjon til å jobbe videre med seg selv.

Det er positivt at så godt som samtlige av de som har problemer med sinnekontroll selv ønsker å gjøre noe med dette problemet. Evaluering av samtalegrupper i fengsel etter "Alternativ til Vold-modellen," viser positive resultater (Friestad 2005). Slike program for voksne burde derfor ikke bare være tilgjengelig for de som sitter i fengsel, men et åpent tilbud for alle som måtte ha behov for det i samfunnet forøvrig.

Innsatte med AD/HD

I henhold til ICD-10, International Certification of Diagnoses, krever diagnosen for hyperkinetiske forstyrrelser absolutte avvik innen oppmerksomhet, hyperaktivitet og impulsivitet. Avvikene forekommer i forskjellige situasjoner, er vedvarende over tid i minst seks måneder, og har ikke årsak i andre forstyrrelser slik som autisme eller affektive forstyrrelser. Funksjonsforstyrrelsen må ikke ha oppstått senere enn sju års alder, og kriteriene må møtes i mer enn en situasjon.

Tilsammen 63 innsatte (29 pct.) har svart ”nesten alltid” på minst ti av spørsmålene blant annet fra Adult AD/HD Self-Report Scale (ASRS), noe som indikerer problemer med hyperaktivitet, konsentrasjonsvansker og manglende impulskontroll (AD/HD). Selv om det ikke kan være sikkert at symptomene har vært aktuelle siden barndommen, er det grunn til å tro at svarene er relevante, ikke minst fordi man ved korrelasjonsanalyse ser at det også er denne gruppen som er mest spenningsøkende, som har falt ut av utdanningssystemet, og som oppgir å ha størst problemer med sinnekontroll. Likevel vil man for å kunne stille en sikker diagnose måtte gjennomgå kliniske undersøkelser med utgangspunkt i diagnosekriteriene.

Tre av 10 av samtlige innsatte skårer så høyt på diagnosekriteriene at det er grunn til å tro at de har AD/HD. Rasmussen med flere (2001) fant at i Trondheim fengsel hadde 30 pct. AD/HD, hvilket er det samme antall som viser seg i denne undersøkelsen. Dette er et stort antall i forhold til normalbefolkningen, der man i dag regner med at mellom 3-5 pct. har AD/HD, med en noe lavere forekomst hos ungdom og voksne enn hos barn (Zeiner med flere 2004).

Epidemiologiske studier viser at AD/HD forekommer tre ganger så hyppig hos gutter som hos jenter. Årsaken til dette kan være at man ikke i tilstrekkelig grad er kjent med symptombildet hos jenter, og at testmaterialet derfor ikke er godt nok for denne gruppen. I denne undersøkelse har dette mindre betydning, fordi de fleste er menn.

Otte av 10 (78 pct.) av de med AD/HD har sittet inne tidligere, og halvparten (53 pct.) har sittet inne tre ganger eller mer. Til sammenligning har 49 pct. av de uten AD/HD sittet inne tidligere, og bare 28 pct. har sittet inne tre ganger eller mer. Dette betyr at dersom den innsatte har AD/HD, er det større sannsynlighet for at vedkommende har sittet inne minst tre ganger før.

At barn med AD/HD har høy risiko for å utvikle senere kriminalitet, er godt dokumentert i litteraturen. Mellom 40 og 60 pct. kan forventes å utvikle kriminalitet i ungdomsalder (Moffit og Silva 1988, Szatmari med flere 1989). Biologiske faktorer og biokjemisk ubalanse er relatert til utvikling av alvorlige atferdsvansker (Gabel med flere 1995).

Hele 8 av 10 (79 pct.) av de innsatte med AD/HD svarer bekreftende på spørsmålet ”Hender det at du mister kontrollen når du blir sint?” Noen færre (68 pct.) svarer bekreftende på at det hender at de slår eller sparker i møbler eller andre ting når de blir sinte.

Opposisjon, aggresjon og antisosial atferd er de psykiatriske symptomene som er hyppigste ledsagertilstander eller komorbide lidelser ved AD/HD. Det er en betydelig korrelasjon mellom AD/HD og atferdsforstyrrelser, og studier viser at 40-55 pct. fyller kriteriene for "conduct disorder" eller opposisjonell atferdsforstyrrelse (oppositional defiant disorder) (Aanonsen med flere 2000).

På spørsmålet "Hender det at du blir voldelig når du blir sint?" svarer også 7 av 10 (69 pct.) med AD/HD bekreftende. Samtlige av de som oppgir at de kan bli voldelige når de blir sinte, svarer at de ville tatt imot et opplæringsprogram i forhold til sinnekontroll dersom de fikk tilbud om dette.

Den vitenskapelige dokumentasjon av effekt av sentralstimulerende midler i forhold til behandling av mennesker med AD/HD er godt dokumentert i litteraturen, og det er ikke funnet noen alvorlige langtidsbivirkninger. Rundt 70 pct. har i randomiserte studier vist klar bedring av kjernesymptomene ved behandling av sentralstimulerende legemidler (Greenhill med flere 2002).

Dette er et argument for å prioritere utredning av AD/HD under soningsoppholdet.

Et annet argument for utredning under soning er, at det i fengsel er lettere å etablere gode rutiner i forbindelse med medisiner, fordi situasjonen her bærer preg av stor grad av forutsigbarhet, faste rammer og struktur.

Rusmidler

Rusmisbruk blir ofte definert som psykisk lidelse definert ved regelmessig, ikke-medisinsk bruk av stoffer som påvirker hjernen i den hensikt å oppnå rus eller velvære (eufori). Rent somatisk utvikler det seg ofte fysisk avhengighet og toleranse som fører til at mengden må økes for å oppnå samme ruseffekt (Malt med flere 1999).

Under rusmidler blir det i undersøkelsen spurt om problemer i forhold til alkohol, diazepam-preparater, hasj (marihuana), kokain, amfetamin og heroin under ett, og således skilles det ikke mellom de som har problemer med alkohol, og de som har problemer med illegale rusmidler. Det er isteden lagt vekt på hvilke konsekvenser bruk av rusmidler har fått for den det gjelder.

På spørsmål "Har du opplevd at rusmidler har gjort deg aggressiv?" svarer 6 av 10 (55 pct.) av alle innsatte bekreftende, og på spørsmålet "Har rusmidler gitt deg problemer i forhold til familie eller venner?" svarer omtrent like mange (60 pct.) bekreftende.

Fekjær (2004) hevder at det er en stor overhyppighet av psykiske lidelser blant rusmisbrukere, særlig blant sosialt utslåtte sprøytemisbrukere, og han viser til at man også finner tilsvarende overhyppighet av rusproblemer blant psykiatriske pasienter. Malt med flere (1999) hevder at det er personlighetsegenskaper som er

viktige disponerende faktorer ved stoffmisbruk. Mennesker som sliter med seg selv, som er usikre på egen identitet, har kontaktproblemer, eller som har vanskelig for å leve opp til omgivelsenes forventninger, er mest utsatt.

På spørsmålet ”Har du opplevd helsemessige problemer grunnet rusmiddelbruk?” svarer 4 av 10 innsatte (36 pct.) bekreftende. Når man vet at gjennomsnittsalderen blant de innsatte ligger på ca 33 år, er dette et relativt høyt antall.

På spørsmålet ”Har du opplevd økonomiske problemer grunnet rusmiddelbruk?” svarer halvparten av de innsatte bekreftende.

Omtrent en fjerdedel (27 pct.) svarer at de er avhengige av rusmidler nå. Av disse sier 4 av 10 (42 pct.) at de får hjelp, mens halvparten (49 pct) svarer at de ikke får hjelp nå. Ni pct. har ikke svart på spørsmålet. Tatt i betraktning at dette er innsatte som har redusert tilgang til rusmidler, er det et relativt høyt antall som oppgir at de er avhengig av rusmidler nå.

At mindre enn halvparten av de som oppgir at de er avhengige av rusmidler nå, får tilbud om behandling, er til ettertanke. Det er også verdt å merke seg at av de som ikke får tilbud om behandling, oppgir 7 av 10 (72 pct.) at de ville tatt imot behandling dersom de fikk tilbud om dette.

Friestad og Skog Hansen (2004) fant også at 6 av 10 innsatte hadde rusproblemer, mens Kyvsgaard (2000) fant at 53 pct. av de innsatte hadde et dokumentert misbruk, mens 44 pct hadde et misbruk under soningsoppholdet. Blant menn fant hun at halvparten misbrukte et eller flere rusmidler, mens blant kvinner var forekomsten på rundt 60 pct.

Rusmidler virker inn på menneskets psyke når det brukes over tid, og det er godt dokumentert i litteraturen at selvmordsrisikoen er langt større blant rusmisbrukere enn i befolkningen forøvrig. At depresjon og selvmordstanker hos rusmisbrukere er stor, skyldes nok også delvis at rusmisbrukeren bringes inn i vanskelige livssituasjoner det er vanskelig å komme ut av, ikke minst grunnet økonomiske og sosiale vansker som kan føre til opplevelse av nederlag og avmakt.

Depresjon, angst og selvmordstanker før soning

Beskow (1982) hevder at selvmordstanker utløses av en tilfeldig konstellasjon av psykiske stimuli som mennesket ikke håndterer på det aktuelle tidspunkt. Malt, Retterstøl og Dahl (1999) hevder at de psykiatriske lidelser som framfor noen rekrutterer selvmordsproblematikk, er depresjoner. Kortvarige tilbakevendende depresjoner innebærer en betydelig økt selvmordsrisiko. Ved alvorlig depresjon er faren størst når den det gjelder er på vei ut av depresjonen og initiativet igjen vender tilbake, eller før bunnen i depresjonen er nådd. Blant pasienter med alvorlige depresjoner vil 15-25 pct. senere begå selvmord.

ICD-10 klassifiserer i utgangspunktet angstlidelser og depresjoner som to separate lidelser, men det er ingen tvil om at angst og depresjon ofte har en nær korrelasjon til hverandre. Flere funn viser også nær korrelasjon mellom selvfølelse og depresjon, blant andre Walker med flere (1994) som også viser til at depresjon og negativ selvpoppfatning er korrelert til atferdsvansker.

På spørsmål om man før soning noen gang har vært alvorlig depriment, svarer 6 av 10 innsatte (65 pct.) bekreftende. Folkehelseinstituttets helse- og levekårsundersøkelse fra 2002 konkluderer med at 10 pct. av den norske befolkningen mellom 16 og 79 år oppgir å ha hatt psykiske problemer.

På spørsmål om man før soning har slitt med angst, svarer halvparten av de innsatte (54 pct.) bekreftende. Til sammenligning fant Folkehelseinstituttet (2002) at 5 pct. av befolkningen i Norge sliter med angstproblematikk.

På spørsmål om man noen gang før soning har tenkt på å ta sitt eget liv, svarer halvparten av de innsatte bekreftende, og på spørsmål om man noen gang før soning har prøvd å ta sitt eget liv, svarer en femtedel av de innsatte bekreftende.

Statens helsetilsyn (2000) påpeker at depresjon er en risikofaktor for selvmord, og andre risikofaktorer som nevnes spesielt er angst, skyldfølelse, opplevd håpløshet, krenkelse eller ydmykelse, rusmiddelmisbruk eller personlighetsforstyrrelser. Svakt sosialt nettverk, arbeidsledighet og samtidig somatisk sykdom blir også nevnt som risikofaktorer. At lettere depresjoner også kan føre til selvmordsfare, er også godt dokumentert, blant andre av Clark med flere (1999) og Malt med flere (1999).

Depresjon, angst og selvmordsproblematikk under soning

På spørsmål om man etter at man ble satt inn har opplevd alvorlig depresjon, svarer halvparten

(47 pct.) av de innsatte bekreftende, mens noen færre (44 pct.) svarer at de etter at de ble satt inn har opplevd angst.

Det er påvist økt risiko for selvmord ved angstlidelser, og i et materiale av innlagte pasienter i ungdomspsykiatrisk avdeling, ble det etter en observasjonsperiode på 15 år funnet en selvmordsrate hos menn som var seks ganger større enn hos kvinner, og hos kvinner nitten ganger større enn i tilsvarende aldersgrupper (Kjelsberg med flere 1994).

På spørsmål om man etter at man ble satt inn har tenkt på å ta sitt eget liv, svarer omtrent en tredjedel bekreftende. En tiendedel av alle innsatte svarer bekreftende på spørsmål om man etter at man ble satt inn har forsøkt å ta sitt eget liv.

Malt med flere (1999) hevder at angst og depresjonssymptomer på subsyndromalt nivå er utbredt i befolkningen, og dette betyr at mange mennesker har en viss symptombelastning uten at symptomenes intensitet gir grunnlag for å diagnosti-

sere noen psykisk lidelse. Men ved påkjenninger kan symptombelastningen bli så stor at man kommer over terskelen for en angstlidelse eller depresjon.

For mange kan nok påkjenningen ved å begå en kriminell handling, eller det å bli satt i fengsel i seg selv være en utløsende årsak. Hammerlin (2000) hevder også at risikoen for selvmord er størst i begynnelsen av soningsoppholdet. Han fant at i varetektstiden og i den første fasen av fengselsoppholdet, er faren for selvmord størst. Beskow (1982) hevder også at den største risiko for selvmordsforsøk er tiden rett etter arrestasjon, eller overflytning fra en institusjon til en annen.

Dette tilsier at det er spesielt stort behov for tett oppfølging den første tiden under soningsoppholdet. Rutz med flere (1989) viser til at undervisningsprogram om depresjon og depresjonsbehandling kan føre til en nedgang i selvmordshyppigheten.

Opplevd hjelp mot angst og depresjon under soning

Statens helsetilsyn (2000) påpeker at primærhelsetjenesten skal sørge for at depresjoner blir diagnostisert og behandlet. Videre står det at det forutsettes at kommunehelsetjenesten kan tilby adekvat undersøkelse som omfatter såvel somatisk som psykiatrisk status, samt kartlegging av om medikamenter eller rusmidler har fremkalt eller opprettholdt lidelsen.

Av de 102 personene som opplevde alvorlig depresjon under soning, oppsøkte 66 personer (65 pct) hjelp. Blant disse 66 personene oppgir bare en fjerdedel at de fikk god nok hjelp.

Av de 95 personene som har oppgitt å ha slitt med angst under soning, har 58 personer (61 pct.) oppsøkt hjelp. Blant disse 58 personene, har bare 7 personer (12 pct) oppgitt at de opplevde å få god nok hjelp.

Dette betyr at få av de innsatte som sliter med alvorlig depresjon og angst oppsøker hjelp, og av de som oppsøker hjelp er det få som er fornøyd med den hjelpen de får.

Malt med flere (1999) konkluderer med at depressive lidelser er underbehandlet i vårt samfunn, noe som kan stemme overens med det faktum at få innsatte oppsøker hjelp.

Når det gjelder innsattes syn på den behandlingen de tilbys, stemmer dette også overens med det Ruud med flere (2006) fant blant brukere ved åtte distrikst-psykiatriske sentre i Norge. De konkluderte med at i henhold til pasientenes oppfatning er det områder hvor behandlerne har et betydelig forbedringspotensiale.

Statens helsetilsyn (2000) påpeker at også milde og moderate depresjoner bør diagnostiseres og behandles i primærhelsetjenesten, og det forventes at kommunehelsetjenesten kan tilby adekvat undersøkelse som omfatter så vel somatisk som psykiatrisk status, og en kartlegging med den hensikt å avklare om medikamenter eller rusmidler har framkalt eller opprettholdt lidelsen.

Hjelp i forhold til selvmordstanker under soning

Av de 77 personene som under soning har tenkt på å ta sitt eget liv, har 37 personer ikke svart på spørsmålet om de oppsøkte hjelp for sine problemer. 20 personer (26 pct.) har svart at de søkte hjelp, og av disse 20 har 17 personer (85 pct.) svart at de ikke opplevde å få god nok hjelp.

Den suicidale prosessen er ofte avhengig av responsen den suicidale får fra omgivelsene.

Wasserman (2001) hevder at prosessen kan bli kort dersom hjelp settes inn raskt, ellers kan det utvikles kronisk suicidalitet.

Farberow og Schneiderman (1961) hevder at man må forstå det kommunikative aspekt dersom man skal forstå suicidal atferd. Selvmordstanker kan være en følge av alvorlig depresjon, men litteraturen beskriver også selvmordstanker som en prosess som skjer over tid.

Dersom man ser på selvmordsproblematikk i et kommunikasjonsperspektiv, ser man at det ofte er snakk om aggresjon rettet mot en selv eller andre, eller uttrykk for avmakt eller hjelpeløshet.

Mange av de innsatte jeg har snakket med sier de er bekymret, fordi de etter soning ikke har noe sosialt nettverk å støtte seg til. Det er lett å forstå at mange i en slik situasjon velger å gå tilbake til det gamle kriminelle miljøet de tidligere var en del av. Psykologisk oppfølging og etablering av et sosialt nettverk som innebærer kontakt med nye miljøer og faste støttepersoner, kan for disse være det som skal til for at de skal mestre det å bryte den vonde sirkelen de er kommet inn i.

Selvmordsforsøk under soning

Av de som under soningsoppholdet har forsøkt å ta sitt eget liv (19 personer), svarer 9 personer (47 pct.) at de har oppsøkt hjelp, men bare 2 av disse 9 personer svarer at de opplevde å få god nok hjelp.

Friestad og Hansen (2004) konkluderer med at halvparten av dem som ber om behandling, får dette. De fant at det var de innsatte som bad om behandling som hadde de alvorligste problemene, men det var tilfeldig hvilke av disse som fikk behandling, og hvem som ikke fikk dette.

Det er et problem at mange som sliter med ulike alvorlige plager i fengsel, ikke får hjelp. Dersom det tilbys hjelp til de innsatte, slippes de ofte for tidlig fra behandlingsopplegget (Hammerlin 2000).

Behandling i fengsel

I retningslinjene for Kriminalomsorgen står det at kriminalomsorgen skal gjennomføre varetektsfengsling og straffereaksjoner på en måte som er betryggende

for samfunnet, og som motvirker straffbare handlinger. Samtidig skal det legges til rette for at lovbrutere kan gjøre en egen innsats for å endre sitt kriminelle handlingsmønster (Justis- og politidepartementet 2002).

De innsatte som har psykiske problemer, rusproblemer eller AD/HD, vil ha behov for behandling og oppfølging dersom disse forutsetningene skal kunne imøtekommes.

I St.meld. Nr.25 (1996-97) står det at helsetjenestens oppgave i det selvmordsforebyggende arbeidet først og fremst bør rette seg mot en målrettet innsats mot risikogrupper som mennesker med depresjon, schizofreni og personlighetsforstyrrelser. Blant andre risikogrupper nevnes også rusmisbrukere og mennesker som har prøvd å begå selvmord.

Til tross for at intensjonene er gode, er situasjonen fortsatt langt fra tilfredsstillende. De fleste opplever lange ventelister, og mange får avslag på søknad om behandlingstilbud. Blant de innsatte som får et behandlingstilbud i dag, er det også svært få som er fornøyd med denne.

Dersom det i større grad enn i dag satses på behandling og rehabilitering, er det ikke bare mulig å nå det målet WHO satt for nesten tredve år tilbake, nemlig å sikre at et godt helsetilbud er tilgjengelig for alle; men man har også mulighet til å imøtekomme intensjonene i Kriminalomsorgens retningslinjer ved å legge forholdene til rette slik at alle innsatte, også gjengangerne i norske fengsler, får mulighet til å gjøre en egen innsats i forhold til å bryte sitt kriminelle handlingsmønster.

Litteraturliste:

- Beskow 1982, *Longitudal and transactional perspectives on suicidal behaviour, Experiences of suicide prevention.*
- Achte, Nieminen, Vikkula & Mehlum 2003, Selvmordsforebyggende strategi for England, *Suicidologi*, årg. 8 nr.1.
- Clark, Beck & Alford 1999, *Scientific foundations and cognitive theory and therapy of depression.*
- Coelho, Rangel, Ramos, Martins, Prata & Barros 2000, Depression and the severity of substance abuse, *Psychopathology*, 13, 103-109.
- Farberow & Shneidman 1961, *The cry for help.*
- Fazel & Danesh 2002, Serious mental disorder in 23000 prisoners; a systematic review of 62 surveys, *The Lancet*, Vol. 359, February 16, 545-550.
- Friestad 2005, *Tilbudet til volds- og sedelighetsdømte*, Fafo-rapport 488.
- Friestad & Skog Hansen 2004, *Levekår blant innsatte*, Fafo-rapport 429.
- Gabel, Stadler, Bjorn, Schindldecker & Bowden 1995, Homovanillic acid and monoamine oxidase in sons of substance-abusing fathers; relationships to conduct disorder, *Journal of Studies on Alcohol*, 56, 135-139.

- Gamman & Linaker 2000, Screening for psykiatrisk lidelse blant fengselsinnsatte. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, 120, 2151-2153.
- Greenhill, Pliszka & Dulcan 2002, Parameter for the Use of Stimulant Medications in the Practice Treatment of Children, Adolescents, and Adults, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41, 268-498.
- Guy, Platt, Zwerling & Bullock 1985, Mental Health Status of Prisoners in an Urban Jail, *Crime Justice Behave*, 12, 29-53.
- Hammerlin 2000, Selvmord i norske fengsler del 1, *Suicidologi*, nr.1, årg. 5.
- Justis- og politidepartementet 2002, *Fakta om kriminalomsorgen*.
- Kjelsberg, Neergaard & Dahl 1994, Suicide in adolescent psychiatric inpatients: incidence and predictive factors, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 15, 50-52.
- Kyvsgaard 2000, Klientundersøgelsen. Bilag til *Den institutionsmæssige placering af indsatte*, Nordskov-utvalget, Direktoratet for Kriminalforsorgen.
- Malt, Retterstøl & Dahl 1999, *Lærebok i psykiatri*, 1.utgave.
- Moffit & Silva 1988, IQ and delinquency; A direct test of the differential detection hypothesis, *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 152-156.
- Powell, Holth & Fondacaro 1997, The prevalence of mental illness among inmates in a rural state, *Law and Human Behaviour*, 21, 427-37.
- Rasmussen, Almvik & Levander 2001, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Reading Disability, and Personality Disorders in a Prison Population, *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 29, 186-193.
- Rutz, Knorrung & Wålinder 1989, Frequency of suicide in Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80, 151-154.
- Ruud, Gråwe, Lilleeng & Bjørngaard 2006, *Endringer i tjenestetilbud og brukertilfredshet ved åtte distriktpsikiatriske sentre fra 2002 til 2005*, SINTEF-Helse.
- Sosial- og helsedirektoratet 2004, *Helsetjenestetilbud til innsatte i fengsel*, Veileder 10.
- Statens helsetilsyn 2000, *Stemningslidelser- kliniske retningslinjer for utredning og behandling*.
- St.melding 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet, Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*.
- Szatmari, Boyle & Offord 1989, AD/HD and conduct disorder: degree of diagnostic overlap and differences among correlates. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 865-872.
- Walker, Stieber, Ramsey & O'Neill 1994, School behaviour profiles of arrested versus non-arrested adolescents, *Exceptionality*, 1, 249-265.
- Wasserman 2001, *Suicide an unnecessary death*.

WHO 1994, *Health promotion and community action for health in developing countries.*

WHO 1992, *ICD-10, Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser.*

Zeiner (red.) 2004, *Barn og unge med AD/HD.*

Aanonsen (red.) 2000, *AD/HD-Diagnose, klinikk og behandling hos voksne.*

Adresse:

Høgskolen i Vestfold

Postboks 2243

N - 3103 Tønsberg