

NARKOTIKABEROENDE OCH PSYKISK STÖRNING

Forskning och utvärdering inom Kriminalvården



VI BRYTER DEN ONDA CIRKELN

**KRIM:
VÅRD**



Kriminalvården

Narkotikaberoende och psykisk störning

**En kohortstudie av prevalens av droger, psykisk sjukdom
och personlighetsstörning bland narkomaner.**

**Långtidsförloppet i missbruk, kriminalitet, vårdkonsumtion
och överdödlighet**

Projektnummer 2007:9

Mats Fridell, Morten Hesse, Anna Nyhlén

Layout: Jenny Botvidsson, Kriminalvården 2015
Tryckning: Kriminalvården

Ytterligare exemplar kan beställas från:
Kriminalvården, 601 80 Norrköping
Beställningsnr: 7086
ISBN: 978-91- 86903-50-3
Hemsida: www.kriminalvarden.se/publikationer

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

FÖRORD	6
SAMMANFATTNING	7
OM RAPPORTEN	13
BEGREPP	16
MISSBRUK OCH SAMSJUKLIGHET	17
SUBSTANSMISSBRUK OCH BEROENDE I BEFOLKNINGEN	17
SYNEN PÅ ORSAKER TILL MISSBRUK/BEROENDE	17
FAKTORER SOM PÅVERKAR KRIMINALITET OCH SAMSJUKLIGHET	19
EN SPECIFIK SAMSJUKLIGHETSPROFIL VID NARKOTIKABEROENDE	20
ADHD	22
SAMSJUKLIGHET I EPIDEMIOLOGISKA STUDIER	22
SAMSJUKLIGHET I SKANDINAVISKA KOHORTSTUDIER	24
MISSBRUK HOS PATIENTER MED PSYKOSSJUKDOM	26
SUBSTANSUTLÖST PSYKOS	26
PERSONLIGHETSSTÖRNING OCH NARKOTIKA	27
ÖVERDÖDLIGHET, SAMSJUKLIGHET OCH DROGBEROENDE	29
SUICIDFÖRSÖK OCH GENOMFÖRT SUICID	30
KRIMINALITET I ETT LÅNGTIDSPERSPEKTIV	30
FRÅGESTÄLLNINGAR:	32
METOD	33
POPULATIONEN	33
URVALSSTEG OCH BERÄKNINGSGRUND	33
BORTFALL	34
TRIANGULERINGSANSATS	34
I - JOURNALGRANSKNING	34
DIFFERENTIERING AV KRONISK PSYKOSSJUKDOM OCH SUBSTANSRELATERAD PSYKOS	35
DIAGNOSTIK AV DEPRESSIONER, ÅNGESTILLSTÅND OCH NEUROTISKA STÖRNINGAR	36
DIAGNOSTIK AV PERSONLIGHETSSTÖRNINGAR	36
DIAGNOSTIK AV DÖDSORSAKER	37
II - LABORATORIEDATA	37
III - REGISTERDATA	38
RELIABILITET	38
RELIABILITETEN I KLINISK ITEMBASERAD DIAGNOSTIK AV DSM-III-R OCH SCID-II	38
RELIABILITETEN I PSYKOSDIAGNOSERNA	39
RELIABILITETEN I KATEGORISERINGEN AV DE FYRA GRUPPERNA AV SAMSJUKLIGHET	39
RELIABILITETEN FÖR OBEROENDE BEDÖMNINGAR AV DÖDSORSAKER	39
STABILITETEN I PSYKIATRISKA DIAGNOSER	39
RELIABILITET; SJÄLVRAPPORTERAD BROTTSLIGHET OCH REGISTERDATA	39

STATISTIK.....	41
RESULTAT – DEL 1, SUBSTANSER OCH DEMOGRAFI	42
SUBSTANSER/DROGER	43
RESULTAT: DEL II, PREVALENSBEDÖMNING AV PSYKISK Sjukdom ENL ICD-10	44
INITIAL DIAGNOS OCH SLUTDIAGNOS.....	44
SCHIZOFRENI	45
BIPOLÄR Sjukdom.....	46
TOTALT NÅGON PSYKOS UTÖVER SUBSTANSRELATERAD PSYKOS	46
SUBSTANSUTLÖST PSYKOS	46
DEPRESSIONSSjukdomar.....	47
ÅNGESTSjukdomar	47
BIDIAGNOSER TILL ANNAN PSYKIATRISK DIAGNOS	48
PERSONLIGHETSSTÖRNINGAR	48
RESULTAT; DEL III, SAMBAND	51
UTFALL OCH FÖRLOPP I KRIMINALITET	51
BROTTLIGHET OCH PSYKISK Sjukdom.....	53
BROTSTYPER PER ÅR I ETT LONGITUDINELLT PERSPEKTIV	55
VÅLDSBROTT OCH PSYKISK Sjukdom.....	58
ANTI-SOCIAL PERSONLIGHETSSTÖRNING, KRIMINALITET OCH SAMSjuklighet.....	59
VÅRDKONSUMTION I PATIENTMATERIALET - UTFALL OCH FÖRLOPP.....	61
FÖR TIDIG DÖD OCH NARKOTIKABEROENDE	61
DISKUSSION	63
REFERENSER	71
FÖRFATTARNA OCH DERAS BIDRAG.....	83

FÖRORD

Initiativtagare till arbetet med att systematisera data om våra narkotikamissbrukande patienter var från starten överläkare Kerstin Tunvings och professor Eric Änggård vid KI och året var 1977. Efter några inledande artiklar av forskargruppen publicerade i början av 1980-talet fortsatte Mats Fridell det fortlöpande arbetet med systematisering av data i den aktuella kohorten samtidigt som bedömning av personlighetsstörning och psykisk sjuklighet systematiserades. Den aktuella rapporten har skrivits av Mats Fridell och Anna Nyhlén i samarbete med Morten Hesse som har genomfört prediktionsanalyserna. Psykologerna Iréne Jansson och Kristina Elofsson gjorde i ett tidigare skede SCID-II-testningarna och uppdateringarna av materialet 1990-1995. Eva Johnsson och Mats Fridell gjorde den första femårs-uppföljningen med en omfattande diagnostik. Mats Fridell tillsammans med överläkarna Kerstin Tunving och Ola Thulin uppdaterade personlighetsstörningsdiagnoser enligt DSM-III till DSM-III-r-diagnoser och kompletterade kliniska data. Johan Billsten har hjälpt oss med kontinuerlig uppdateringen av data från dödsorsaksregistret. Den slutliga kontrollen och uppdateringen från journal för de 389 patienterna som hade minst en psykiatrisk diagnos utöver drogdiagnosen gjordes av Mats Fridell och överläkare Per Tætting mellan 2009 och 2012. Samtidigt översattes alla diagnoser till ICD-10.

ETIKTILLSTÅND: Från tidigt 1970-tal tillfrågades alla patienter i den aktuella kohorten om de ville medverka i forskning. Från 1978 gav patienterna skriftliga medgivanden liksom vid alla nya undersökningar. Etikkommittén vid Lunds Universitet har godkänt samtliga studier enligt följande: (1) Narkotikamissbruket i ett sjukvårdsperspektiv, LU 84/90 och LU 83/22 anslag från riksbanksfonden) (2) 5-årsuppföljning av tunga narkotikamissbrukare LU 273-92, (3) registerbeslut från Länsstyrelsen och Datainspektionen för 5-årsuppföljning, Dnr 32-3135-94; DI dnr 4423-94 10533-92. (4) djupintervjustudie av narkotikamissbrukare som gjort självmordsförsök LU 237-95 (5) 15-årsuppföljning av tunga narkotikamissbrukare, LU 670-01; (7) Utdrag ur lagföringsregistret för samtliga pågående projekt 2004 (Kuhlhorn & Fridell), LU 84/90 och LU 84/22; Etikbeslut Dnr 587/2005. (10); Uppdatering av registerdata för hela kohorten i lagföringsregistret, slutenvårdsregistret och dödsorsaksregister, (2010 och 2012), 585/2005, 586/2005 och 287/2005. Dödsorsaker för totalmaterialet 1970-2011 (LU 2011:433). Myndighetsspecifika tillstånd har därutöver erhållits från BRÅ, Socialstyrelsen, Rättsmedicinalverket och SiS.

Tillkännagivanden:

Mats Fridell har samlat in och systematiserat kohortdata och registerdata samt arbetat med analyser och rapportskrivning. Morten Hesse har ansvarat för arbetet med registerdata och prediktionsanalyser. Anna Nyhlén har granskat alla diagnostiska data, analyser av dödsorsaksdata (obduktionsprotokoll och dödsorsaksintyg från Socialstyrelsen) samt medverkat i författandet av slutrapporten. Per Tætting (avliden) genomförde journalgranskningarna tillsammans med Mats Fridell.

Aktuellt anslag: Anslag till den aktuella kohortstudien erhöles från Socialstyrelsen och från Kriminalvården 52-2007-28104. Socialstyrelsen Dnr 63-9614/96.

Ett särskilt tack riktas till **överläkare Per Tætting** som avled i maj 2012, och som deltog i arbetet genom att bedöma journaler och diagnoser. Vidare till alla andra kollegor som vi samarbetat med i datainsamling och analyser. Ett varmt tack till Lundbyprojektet och dess forskare, särskilt, professor Olle Hagnell och kollegor som varit en stor inspirationskälla.

Också ett varmt tack **till alla våra patienter** som lärt oss så mycket på vägen och som generöst har medverkat i intervjuer och uppföljningar genom åren.

SAMMANFATTNING

Syftet med den här rapporten var att studera om narkomaner¹ utan samsjuklighet eller med olika typer av samsjuklighet skiljer sig åt i klinisk prevalens och förlopp vad avser kriminalitet, sjukvårdskonsumtion och överdödlighet från andra grupper av substansberoende patienter med samsjuklighet, särskilt från den på senare år uppmärksammade gruppen med ”dubbeldiagnos”. I den aktuella rapporten fokuseras det främst på kriminaliteten medan rapporteringen av långtidsförlopp i sjuklighet och dödlighet rapporteras helt kort.

Med *klinisk prevalens* avses förekomsten av en diagnos i ett kliniskt material, inte i normalbefolkningen. Begreppet är relevant för patienternas behandling och vårdplanering. *Samsjuklighet* är ett begrepp som kan betyda många olika saker. Mest allmänt känt är begreppet ”dubbeldiagnos” (dual diagnosis). Den gruppen finner vi huvudsakligen bland patienter i psykiatrisk vård vanligen med ett missbruk/beroende av alkohol och blandmissbruk med sedativa preparat eller cannabis men sällan med andra narkotiska preparat som opiatier eller centralstimulantia. Det är en grupp med en hög andel kroniska psykiska sjukdomar och relativt liten kriminalitet och sociala avvikelser utom de som blir en följd av den kroniska psykiska sjukdomen.

Med en lite vidare definition blir begreppet samsjuklighet lättare att tillämpa på gruppen narkotika-beroende personer: *“comorbidity refers to the temporal co-existence of two or more psychiatric or personality disorders, one of which is problematic substance use”* (EMCDDA 2004). Den här gruppen visar en annan profil av psykisk sjukdom/störning. Här dominerar samsjuklighet med personlighetsstörning, ADHD, depression/ångest och i mindre omfattning psykos. Gruppen har också allvarliga sociala problem. Kriminellt beteende och kriminell livsstil är dessutom vanlig bland både kvinnor och män. Skillnaderna i samsjuklighet mellan grupperna med beroende av alkohol och narkotika har stor klinisk relevans. Narkomaner i beroendevård har som grupp större likheter med Kriminalvårdens klienter med drogproblem och LVM-vårdens än med psykiatriens patienter.

Institutionsvård ger unika möjligheter att be om patienternas medverkan, intervjua och bedöma dem och följa dem över tid. Särskilt viktigt var att kunna göra bedömningar när patienten är drogfri. Ett relativt ”rent” material som i den här studien underlättade att fastställa klinisk prevalens och hur olika psykiska störningar inverkar på förlopp och utfall. En institutionell vårdmiljö som i denna rapport är ovanligt inom beroendevården idag och material med huvudsakligen ”gatunarkomaner” som detta är svårt att bedöma i sin helhet i öppenvård eller inom andra behandlingssystem, möjligen med undantag av fängelser eller LVM-vård. De första större kartläggningarna av psykiska problem hos narkotikamissbrukare gjordes för övrigt i fängelser i USA. Flera studier som forskarna gjort har därför genomförts inom LVM-vård. Det som gjorts inom kriminalvård har varit kartläggning av ADHD och suicid.

Kohorten patienter (n=1 437) med beroende av huvudsakligen olika narkotiska substanser behandlades vid avdelningen för avgiftning och korttidsrehabilitering på St Lars sjukhus i Lund under åren 1970-1995. Samtliga patienter som vårdades för narkotikaproblem vid St Lars sjukhus under denna tid ingick i kohorten och i genomsnitt vårdades patienterna fyra gånger. Substansberoende av alla typer av droger fanns representerat, dock bara 6% personer med ett primärt alkoholberoende. De flesta av

¹ **Anmärkning om begreppsanvändning:** Vi använder i texten begreppet narkoman i stället för att alltid skriva personer/patienter med substansberoende. På samma sätt använder vi ibland *begreppet narkotika* för att beskriva alla typer av illegala droger, vilket i farmakokinetisk nomenklatur inte är korrekt men kortare. Begreppet täcker egentligen främst opiatier, opioider, vissa sedativa och analgetika. *Begreppet missbruk* används på samma sätt i löpande text även där ett beroendetillstånd förekommer. Förhoppningsvis ett par eftergifter som gynnar läsbarheten.

opiatmissbrukarna i den här studien hade *inte* behandlats i substitutionsbehandling då och inte heller senare. Metadonbehandling var vid denna tidpunkt tillgänglig i mycket begränsad omfattning.

Det är två delar i kohorten, dels en tidig subgrupp om 554 patienter vårdade 1970-1978 dels en senare subgrupp 1978-1995 med 1 052 patienter. Av dessa fanns 195 patienter i bägge. I de flesta av de aktuella analyserna användes ett kombinerat material som före bortfall bestod av de 1 437 patienterna. Tjugo patienter ville inte medverka och 274 personer vårdades bara vid ett enskilda tillfälle eller under så korta vårdtillfällen att bedömningar utöver substansdiagnos inte kunnat göras. För prevalensbestämning av substansmissbruk-/beroende har laboratorieanalyser använts vid alla vårdtillfällen för samtliga 1 437 patienter. *Drogproverna* baserades på övervakade urinprover vid ankomst och upprepade tester under varje vårdtillfälle. Analyserna gjordes vid laboratoriet vid Klinisk kemi vid Skånes universitetssjukhus (SuS). Analyserna används för all klassifikation av primär, sekundär och ibland tertiär drog vid respektive vårdtillfälle.

Av de 1 143 patienter i kohorten fick 389 personer minst en diagnos av psykisk sjukdom där förloppet kunde följas över 12 månader (12-månadersprevalens). Till detta kom ytterligare 184 psykiatriska sekundärdiagnoser: de flesta inom området, bipolär, depression eller ångest. Patienter som inte kunnat inkluderas är de som bara vårdades vid ett vårdtillfälle, under för kort tid eller inte återkom för nytt vårdtillfälle (n=294). För prevalensbestämning av psykisk sjukdom är det $1\ 437 - 294 = 1\ 143$ patienter som utgör underlaget för beräkningarna. Bortfall av patienter som inte hunnit eller kunnat inkluderas betraktar vi som slumpmässigt och att kohorten är ett representativt urval av personer i beroendevård med ett narkotikaberoende.

Personlighetsstörningsdiagnoser enligt DSM-systemet började användas under 1980-talet. För prevalensbestämning av personlighetsstörning enligt DSM-III-r/IV baseras analyserna på den andra delen av kohorten (n=1 052) minus 233 i den delen av materialet som inte kunnat tillfrågas. Underlaget för samsjuklighet mellan drogtyp, psykisk sjukdomsdiagnos och personlighetsstörning är 817 personer. För dem som kunde bedömas med DSM-III-R är andelen patienter med minst en personlighetsstörning 77%. I den tidigare delen av kohorten hade ytterligare 108 personer fått en personlighetsstörningsdiagnos enligt ICD-8 eller ICD-9. Dessa bedömningar exkluderades utom när diagnoserna kunde diagnosticeras med DSM-III-R vid ett senare vårdtillfälle. Totalt har 817 patienter bedömts med SCID-II eller DSM-IV-ekvivalenta diagnoser för personlighetsstörning. Sen diagnosen för psykisk sjukdom/störning används konsekvent, dvs. det är den stabila diagnosen efter 12 månader som använts i sambandsanalyserna. Reliabilitets-bedömningar av psykiatriska diagnoser gjordes samtidigt.

Som underlag för bestämning av dödsorsaker användes dödsorsaksintyg från Socialstyrelsen och obduktionsprotokoll från rättsmedicinska stationer i Sverige och Danmark. Därutöver har registerdata från bl. a påföljdsregistret och slutenvårdsregistret samlats från mitten av 1970-talet.

Kraven på god logistik i ett longitudinellt material som det här är extremt stora. Materialet i den aktuella studien har systematiserats i flera etapper. Den senaste inventeringen berörde dem som hade en psykiatrisk sjukdomsdiagnos vid sidan om missbruksdiagnosen. Samtliga diagnoser har granskats och uppdaterats från ICD-8 eller ICD-9 till ICD 10. Traditionerna kring diagnostik av främst psykosjukdomar vid kliniken och kraven på noggrannhet gjorde att alla patienter med misstänkt psykisk sjukdom bedömdes av minst en specialist utöver avdelningens egen överläkare. Reliabiliteten och validiteten i data har prövats och visat sig mycket hög. Det skall betonas att *inga registrerade diagnoser från journaler har ändrats* av oss vid homogeniseringen till ICD-10. Eventuella ”korrektioner” skulle omöjliggjort användning av data för prediktionsanalyser.

Kontinuitet och systematik i datainsamlingen har bidragit till att arbetet har överlevt byte av personal liksom inflödet av ny kunskap och nya diagnosmodeller. En annan fördel är att vi kunnat följa kohorten över mycket lång tid. Minst 18 år och som längst över 50 år.

Bakgrund och substanser

1. Patienterna var till 71% män och 29% kvinnor med en medelålder vid första intagningen av ca 26 år. Medianbehandlingstiden var 36 dagar med något fler inläggningar för kvinnorna än för männen. Det var små skillnader i vårddata mellan män och kvinnor. Men andelen som någon gång tvångsvårdats var högre bland kvinnorna, 23% mot männens 10%.
2. Dominerande substans var i fallande omfattning opiater (34%), amfetamin (33%) hasch (25%), hallucinogener (8%) och alkohol (6%). Injektionsmissbruk var vanligt (ca 70%) liksom blandmissbruk (71%) baserade på toxikologiska analyser. Debutåldern var ca 14 år i snitt. Debutpreparatet var vanligen cannabis. Ofta hade patienterna använt droger dagligen eller 3-4 ggr/vecka under minst 2 år före första vårdtillfället.
3. Gruppen i sin helhet hade en hög social belastning i sina uppväxtförhållanden med en hög andel skilsmässor, missbruk, psykisk sjukdom och vård inom psykiatri för anhöriga. Fler män än kvinnor hade haft fängelsedomar (31%/18%) och/eller skyddstillsyn (37%/30%) vid första vårdtillfället.

Psykiatriska diagnoser

4. I hela gruppen hade 389 personer av 1 143 i kohorten minst en psykiatrisk sjukdomsdiagnos, och med bidiagnoser fanns 573 olika sjukdomsdiagnoser utöver personlighetsstörning och beroendediagnos.
5. **Psykossjukdom utom substansutlöst psykos**
Vanligast enskilda psykossjukdom var schizofreni (n=63). Totalt var det 112 patienter som hade någon psykossjukdom inom schizofrenispektrum, kroniskt vanföreställnings-syndrom, schizoaffektiva, organisk, mani, akut/övergående, bipolär med psykos och recidiverande depression med psykos. **Den kliniska prevalensen för någon psykossjukdom var 10.2%** (112/1 143).
6. **Bipolär sjukdom** fanns som förstadiagnos hos 43 patienter. **Den kliniska prevalensen för bipolär sjukdom var 3.8%** (43/1 143).
7. **Substansutlöst psykos** diagnosticerades initialt för 86 patienter i kohorten. Denna diagnos kvarstod efter 12 månader för 66 patienter. Vanligast var psykos vid blandmissbruk med en klinisk prevalens av 2.3%, amfetaminpsykos med en klinisk prevalens i kohorten av 2.1%, och cannabis-psykos med en klinisk prevalens av 1%. **Den kliniska prevalensen för substansutlöst psykos (SIP) oavsett drog var 5.8%** (66/1 143).

Av dem som vårdades för cannabismissbruk var det 5% som fick en cannabisutlöst psykos (11/222) och 5% som diagnosticerades med en amfetaminutlöst psykos (23/461).
8. **Depressionssjukdomar** som huvuddiagnos ställdes för 128 patienter. Depressionssjukdomar fanns dessutom som andradiagnos för ytterligare 33 personer. **Klinisk prevalens för depressionssjukdom var 14.1%**.

9. **Ångestsjukdomar** fanns som primär sjukdomsdiagnos hos 83 personer. Ångestsjukdomar som bidiagnos ställdes för ytterligare 80 personer. **Den kliniska prevalensen i kohorten för ångestsyndrom var 14.3 %.**
10. Diagnos av **personlighetsstörning (PD)** har bedömts för 817 patienter i kohorten (72%). Av de 817 har personlighetsstörning bedömts tillsammans med psykisk sjukdom för 753 patienter. Av de 753 är det 81% som hade någon PD och 19% som inte fick någon personlighetsstörningsdiagnos. Den vanligaste diagnosen är antisocial PD (27.4% av personlighetsstörningarna). Beräknat för hela kohorten patienter med narkotikaberoende blev den **kliniska prevalensen för personlighetsstörning var 60 %.**
11. **Överlappningen mellan personlighetsstörning och psykisk sjukdomsdiagnos** visar en hög grad av samsjuklighet utöver beroendesjukdom. I gruppen som *inte* har någon annan psykiatrisk diagnos är det 405/491 (82%) som har någon personlighetsstörning. Därefter följer gruppen med samsjuklighet av ångest/depressionssjukdomar där 115/148 (76%) även hade personlighetsstörning. I gruppen med primär psykos hade 60/112 (53%) någon personlighetsstörning, medan de med substansutlöst psykos uppvisade en förekomst av personlighetsstörning i 33/66 (47%). Ett observandum är att bara 36/66 i denna grupp kunde sambedömas.

Registerdata användes för att studera förlopp och utfall i kriminalitet, sjukvårdskonsumtion och dödsorsaker i kohorten. I analysen av registerdata för 1 397 personer har narkomanerna delats in i fyra grupper: de utan någon diagnos utöver drogberoende (*No MI*) *psykossjukdom (SMI)*, *substansutlöst psykos (SIP)* samt patienter med *psykiatrisk sjukdom utan psykos, huvudsakligen ångestsjukdom och depression (OMD)*.

Kriminalitet: förlopp och prognos

12. Det är en mycket hög nivå av registreringar i påföljdsregistret, 60 061 brott och 22 123 åtal t.o.m. 2006. Den vanligaste brottstypen var stöld/häleri, bedrägeri/förfalskning med våldsbrott på tredje plats.
13. **Medelantalet brott (Life-time)** är högst i gruppen utan diagnos utöver beroende, No MI, (46,9 brott) följd av SIP (37,0 brott). Gruppen med psykossjukdom står för ca 25% av alla brott. Våldsbrott alla kategorier skiljer sig marginellt mellan de fyra grupperna. Patienterna fortsätter att vara involverade i kriminalitet efter behandlingen av drogberoendet. Av dem med hög kriminalitet före index har 71% en fortsatt hög kriminalitet över tid ($p < .000$). Narkotikaberoende personer med enbart drogdiagnos hade fler brott i genomsnitt redan före inläggningen, och ligger hela tiden på en högre nivå än övriga grupper. Gruppen med allvarlig psykiatrisk sjukdom med psykos (SMI) har ungefär hälften så hög nivå före och vid index, sedan avtar brottsligheten linjärt över tid. Kvinnor minskar sin brottslighet med ca 70% per år efter index.
14. Brottsligheten finns både före första inläggningstillfället och efter sista. Antal drogbrott är dubblerade efter senaste vårdtillfället jämfört med tiden före det första vårdtillfället.
15. **Medelantalet brott** är högst för den *stora gruppen utan någon psykiatrisk diagnos utöver substansberoende (No MI)*. Denna grupp har en högre brottsbelastning än övriga grupper.
16. **Våldsbrott** är lika vanligt i gruppen med psykossjukdom (SMI) som i gruppen utan samsjuklighet (No MI) men marginellt lägre i gruppen med psykisk sjukdom utan psykos (OMD). Stöld, häleri, ekonomiska brott etc. är minst vanligt bland patienter med psykos (SMI). En brottstyp som är

vanligare bland psykospatienter än bland övriga är *våld mot tjänsteman*. Våldsbrott tidigt i karriären ökar risken för fortsatta våldsbrott i senare delar av "karriären" med 25%, oberoende av om samtidig psykosjukdom finns eller inte. Totalt var antalet åtal/domar med våldsbrott 2 531 (4%).

17. **Drogrelaterade brott** som innehav av droger är mindre vanligt i gruppen med kronisk psykos. Allvarligt drogbrott var *marginellt lägre bland psykospatienter*. Alkoholrelaterade brott har inte registrerats i någon av grupperna. Den stora gruppen utan samsjuklighet (No MI) har en väsentligt högre andel personer som dömts till fängelse än övriga grupper. Minst andel fängelsestraff hade patienter i psykosgruppen (SMI).
18. **Antisocial personlighetsstörning** finns i alla fyra grupperna och ger en ca 3 ggr högre nivå av påföljder jämfört med patienter utan antisocial personlighetsstörning. Förloppet över tid visar kontinuerligt högre brottnivåer för gruppen med antisocial störning jämfört med de utan antisocial personlighetsstörning. I samtliga fyra grupper ökar kriminaliteten mätt i antalet brott om antisocial störning finns i respektive diagnostisk kategori. Särskilt tydlig är trenden i gruppen utan någon annan psykiatrisk diagnos än en beroendesjukdom.

Sjukvårdskonsumtion i Socialstyrelsens slutenvårdsregister

19. Patienter med psykosjukdom (SMI) samt de med ångest- och depression (OMD) hade 4 ggr respektive 2 ggr högre risk att på nytt bli inlagda än de utan samsjuklighet. De har högst antal vårdtillfällen både i psykiatrisk, somatisk vård och i beroendevård. Skillnaden mellan gruppen med psykosjukdom och övriga grupper är att inläggningarna ökar över tid medan inläggningarna minskar över tid i de andra grupperna. Gruppen med psykosjukdom har mångdubbelt fler inläggningar på grund av psykiatrisk diagnos jämfört med de övriga grupperna och mångdubbelt fler vårddygn.

Dödsorsaker i obduktionsprotokoll och dödsorsaksregistret vid EPC

20. **Prematur död** (obduktionsprotokoll) visar att patienter med psykosjukdom (SMI) och ångest-syndrom/depression (OMD) dör prematurt i högst utsträckning. I hela kohorten har 499 personer avlidit av 1 409 (35.4%) år 2010. Kvinnor har 34% lägre prematur dödlighet än män. Drogrelaterad död är hög i samtliga grupper (61%). Överdosis är dödsorsak i 30% av fallen medan suicid har orsakat dödsfallet i 12% i kohorten.
21. Gruppen med psykisk sjukdom utan psykos (OMD; depressioner och ångesttillstånd) har högst risk för **drogrelaterad död** jämfört med de andra grupperna. De med OMD hade 1.7 ggr högre risk att dö en primärt drogrelaterad död än de med enbart beroendediagnos. Opiatberoende personer hade en 1.6 ggr högre risk att dö en drogrelaterad död än de andra grupperna av drogmissbrukare. Intressant är att SIP, de drogutlösta psykoserna, har en bättre överlevnad över tid jämfört med de utan psykiatrisk diagnos utöver beroendediagnos ($p < .002$).
22. Gruppen med depression/ångest hade den högsta dödligheten i **överdos**. För män var risken 65% högre än för kvinnor ($p < .000$) att dö av överdos och yngre hade 4% lägre risk för överdos än äldre ($p < .01$). Opiatmissbrukare slutligen hade 2.9 ggr högre risk att dö i överdos jämfört med missbrukare av andra droger ($p < .000$).
23. I hela populationen hade år 2011, 55 män av 984 (5.6%) och 14 kvinnor av 418 (3.5%) **bekräftat suicid** över hela förloppet. Högst och mest stabil suicidfrekvens fanns för patienterna i gruppen med psykiatrisk sjukdom och psykos (SMI), följd av gruppen OMD med psykisk sjukdom *utan*

psykos (depression och ångesttillstånd). Missbruk av opiater inverkar inte på suicidfrekvensen. Inte heller inverkar antisocial personlighetsstörning.

24. Psykossjukdom med narkotikaberoende ökade risken för suicid med 3 ggr ($p < .002$) jämfört med beroendesjukdom utan samsjuklighet. Psykisk sjukdom med depression och ångesttillstånd (OMD) ökade suicidrisken 2.5 ggr.

SLUTSATSER: Drogerna heroin, amfetamin och cannabis dominerar, och blandmissbruk är vanligt. Mer än hälften har ett injektionsmissbruk. Studien bekräftar att samsjuklighetsprofilen hos narkotikaberoende personer är identifierbar och distinkt skild från gruppen patienter med primär psykisk sjukdom och missbruk (dubbeldiagnoser). Den skiljer sig ifråga om dominerande drog och vilka psykiska sjukdomar/störningar som är vanliga. Kriminaliteten är mycket hög bland narkomanerna och den kvarstår över tid. Förloppen över tid skiljer samsjuklighetsgrupperna åt i samtliga utfallsdimensioner.

Mer än 60% av narkomanerna hade minst en psykisk sjukdomsdiagnos. Utmärkande för narkomaner är samsjuklighet med hög andel personlighetsstörningar och depressions-/ångesttillstånd (totalt 28.3%), medan samsjuklighet med kroniska psykossjukdomar är mindre vanlig (10.2%). Till detta kommer patienter med substansutlöst psykos (5.8%). Totalt 16% hade någon psykos. Profilen överensstämmer med den i andra studier av huvudsakligen narkotikaberoende patienter.

Narkomanerna hade en hög social belastning och en hög grad av kriminalitet. *Antisocial personlighetsstörning* ger en högre nivå av brottsbelastning oberoende typ av annan samsjuklighet eller när ingen samsjuklighet med beroendetillstånd finns. Förloppet över tid visar kvarstående hög kriminalitet för dem med antisocial personlighetsstörning. Våldsbrott ligger på samma nivå oberoende av om personen har en psykos, någon annan typ av psykisk sjukdom eller ingen samsjuklighet.

Antisocial personlighetsstörning inverkar inte på *våldsbrott specifikt* i studien men ligger signifikant högre över hela livsloppet jämfört med patienter utan antisocial personlighetsstörning.

En hög sjukvårdskonsumtionen kvarstår över tid och är högst för drogberoende med samtidig psykos-sjukdom. Överdödligheten är hög och många narkomaner dör en för tidig, ofta drogrelaterad död (61%) före 50 års ålder. Opiatmissbrukare har högst risk att dö i överdos. Bland de få patienterna med alkoholberoende i kohorten, predicerade alkohol en prematur dödlighet som inte är drogrelaterad utan oftast orsakad av hjärt-kärlsjukdomar och tumörsjukdomar. En viktig kommentar är att de med alkoholberoende oftare drabbas av allvarliga somatiska sjukdomar tidigare i livet än normalbefolkningen och att vårdkonsumtionen därför ökar över hela livsförloppet.

Samsjuklighetsprofilen påkallar behov av speciell kunskap om bemötande och terapi med eller utan farmaka för att optimera en framgångsrik behandling för både beroende och samsjuklighet. I behandling är det nödvändigt att arbeta med den kriminella livsstilen för att uppnå kvarstående drogfrihet. Kartläggning av samsjuklighet hos patienterna/klienterna är en förutsättning för en effektiv behandling. Med en korrekt bedömning kan vi sannolikt förbättra utfallet i missbruk och kriminalitet för minst 10-15% utifrån vad vi har sett i flera uppföljningsstudier.

Slutsatserna i det här materialet har hög relevans för såväl beroendevård, tvångsvård inom SiS och kriminalvård som psykiatri och kan generaliseras till gruppen narkotikaberoende personer.

OM RAPPORTEN

Syftet med den här rapporten var att studera om narkomaner² utan samsjuklighet eller med olika typer av samsjuklighet skiljer sig åt i prevalens och förlopp vad avser kriminalitet, sjukvårdskonsumtion och överdödlighet. Slutsatserna har hög relevans för både beroendevård, psykiatri och kriminalvård.

I uppdraget från Kriminalvården ingick att följa olika typer av brottslighet och att studera om registreringen av åtal och påföljder skiljde sig mellan missbrukande/beroende patienter med olika psykiska störningar/sjukdomar. Vidare att undersöka i vilken utsträckning som t.ex. våldsbrottslighet var vanligare för vissa störningar än för andra. De eleganta epidemiologiska studierna från forskarlaget Fazel, Långström, Hjern, Grann, och Lichtenstein, har använt registerdata från brottsförebyggande rådet, EPC och tvillingregistret för att särskilja förloppen med och utan kriminalitet vid psykiska sjukdomar (2009, 2010, 2012) vilket i kombination med ett stort material ger en mycket stor tyngd åt slutsatserna i rapporterna. En viktig slutsats är att patienter med psykossjukdom visserligen har en högre nivå av våldsbrott än personer i normalbefolkningen, men att den starkast bidragande faktorn är det samtidiga missbruket inte psykossjukdomen. Materialet i denna rapport är betydligt mindre men har en god diagnostisk konsistens över tid vilket ger kompletterande information. Kohortmaterialet har också en större bredd av psykiska störningar och vi har kunnat använda *personlighetsstörning* som en medierande variabel på ett sätt som inte är möjligt i nuvarande registerdata från Socialstyrelsen. Diagnoser för personlighetsstörning journalförs sällan och registreras därmed heller inte i centrala register, utan det är missbruket/beroendet som patienten behandlas för samt samtidig allvarlig psykisk sjukdom som journalförs och registreras.

Rapportens viktigaste bidrag till diskursen är *kartläggningen av klinisk prevalens av psykiatriska sjukdomstillstånd och störningar vid substansberoende, särskilt personlighetsstörningar* hos narkotikamissbrukare, och hur samsjukligheten påverkar kriminalitet, vårdkonsumtion och prematur död. En viktig del av resultaten har varit möjligheten att följa förloppen över tid. Det har på så vis gått att särskilja t.ex. substansutlöst psykos från psykos av annan genes med större säkerhet än i registerdata. I sambandsanalyserna har vi också kunnat särskilja *förloppen för patienter med respektive utan antisocial personlighetsstörning inom fyra definierade subgrupper med olika typer av psykisk störning*. Detta har veterligt inte gjorts tidigare.

Med *klinisk prevalens* avses förekomsten av en diagnos i ett kliniskt material, inte i normalbefolkningen. *Samsjuklighet* är ett begrepp som kan betyda mycket olika kombinationer av störningar. Mest känt är begreppet ”dubbeldiagnos” (dual diagnosis). Gruppen är inte en nosologisk entitet utan ett försök att ”popularisera” som bäst och som sämst inte mer vägledande än en kliché. Dubbeldiagnoser finner vi huvudsakligen bland patienter i psykiatrisk vård som utvecklat missbruk/beroende av alkohol och ett blandmissbruk med sedativa eller cannabis men sällan med andra narkotiska preparat som opiater eller centralstimulantia. Det är en grupp med en hög andel kroniska psykiska sjukdomar och relativt ringa kriminalitet och sociala avvikelser utom de som blir en följd av den kroniska psykiska sjukdomen. Samsjuklighet hos personer med substansberoende med narkotika däremot, de som fortsättningsvis kallas narkotikamissbrukare, visar en annan profil av psykisk sjukdom/störning. Här dominerar samsjuklighet med personlighetsstörning, ADHD, depression/ångest och i mindre omfattning psykos. Kriminellt

² **Anmärkning om begreppsanvändning:** Vi använder i texten *begreppet narkoman* i stället för att alltid skriva ut personer/patienter med substansberoende. På samma sätt använder vi ibland *begreppet narkotika* för att beskriva användning av hela gruppen illegala droger, vilket ur farmakokinetiskt perspektiv inte är korrekt. Begreppet täcker egentligen främst opiater, opioider, vissa sedativa och analgetika. Också *begreppet missbruk* används ibland i löpande text där även ett beroendetillstånd förekommer. Förhoppningsvis ett par eftergifter som gynnar läsbarheten.

beteende och en kriminell livsstil är dessutom vanlig bland både kvinnor och män. Till detta kommer allvarliga sociala problem sedan tidig uppväxt. Skillnaderna i samsjuklighet mellan grupperna med beroende av alkohol och narkotika har stor klinisk relevans.

Materialet är en komplett kohort av sjukhusvårdade patienter med narkotikaberoende (n=1 409) som är representativ för hur populationen av gatunarkomaner eller ”tunga narkomaner” såg ut under den aktuella perioden. Materialet var också tillräckligt stort för att möjliggöra statistiska analyser av olika subgrupper inom en av de patientgrupper som brukat benämnas ”dubbeldiagnoser”. Men samsjuklighetsprofilen vid missbruk/beroende av narkotika visar en specifik relativt specifik profil.

Analyserna i denna rapport omfattar en genomgång av diagnoser av psykiska sjukdomar i hela kohorten av narkomaner i slutenvård, dvs de tyngsta narkotikamissbrukarna med en beskrivning av vårdförloppen. Hela materialet har substansdiagnoserna alltid ställts genom oberoende laboratorieanalyser. I tabellerna beskrivs dels den *initiala* psykiatriska diagnosen, dels den s.k. *sen diagnosen eller slutdiagnosen* med en observationstid av 12 månader för psykisk allvarlig störning/psykisk sjukdom. Sen diagnosen tar således hänsyn till förloppet (Ottosson 2005). Det är *alltid sen diagnosen som används i prediktionsanalyserna*. Annars skulle det inte gått att särskilja de specifika förloppen i en substansutlöst (drogutlöst) psykos från förloppet hos patienter med kroniska psykosjukdomar eller i flera av de samsjuklighetsgrupperingar som vi redovisar. Genom att använda kompletterande och validerande data från register har vi som längst kunnat följa förloppen över observationstider upp till 40 år från 1970-talet fram till nutid.

Arbetet med materialet har gjorts i flera steg. Den första systematiseringen av patientdata gjordes för alla patienterna som vårdats vid enheten mellan 1970 och 1977. Totalt ingick 540 patienter i de första rapporter: Andersson, Fridell, Nilsson och Tunving: *De första heroinisterna (1984) och Sjuttioåtlets narkomaner (1986)* samt Kerstin Tunvings avhandling: *Careers in alcoholism and drug addiction - Clinical and Epidemiological Studies (1986)* där dödsorsaker studerades för 67 avlidna i den tidiga kohorten. Diagnoser registrerades i grövre kategorier och tyvärr inte som diagnosnummer i de första analyserna. Den fjärde, mer diagnostiskt fokuserade analysen var Mats Fridells avhandling 1990: *Kvalitetsstyrning i psykiatrisk narkomanvård – effekter på personal och patienter*.

Året **1980** är ett viktigt årtal. Det gängse diagnostiska systemet inom sjukvård och psykiatri var ICD-8 och från 1987, ICD-9 vid denna tidpunkt. Med *introduktionen av DSM-III, 1980*, lanserades en systematisk kriteriebaserad modell som strävade efter en högre reliabilitet i diagnostiken än tidigare. För diagnostik av personlighetsstörningar fanns inga standardiserade modeller översatta till svenska före 1988 då SCID II introducerades som en del av det reviderade DSM-III-systemet (Von Knorring 1988). DSM-III och senare DSM-III-r började användas från tidigt 1980-tal varvid en del patienter som också vårdats tidigare kunde bedömas på ett standardiserat sätt när de återkom för behandling. För de patienter där SCID-II inte kunnat användas reliabilitetsbedömdes diagnoserna mot itembaserade kliniska personlighetsstörningsdiagnoser. Överensstämmelsen mellan SCID-II och item-baserade kliniska diagnoser var hög till mycket hög för de flesta diagnoserna. Totalt 817 patienter har bedömts för personlighetsstörningsdiagnos enligt DSM-III-r/IV.

De psykiatriska diagnoserna ställdes alltid av psykiatriker, ibland samtidigt av flera specialister. De bygger på genomgångar av journalhandlingar med komplement av manualiserade data vid ronder under varje vårdtillfälle (n=3 111). En standardiserad manual inspirerad av ASI används som dataunderlag vid varje rondtillfälle och kompletterade data i journalen (McLellan, O'Brien C., Woody, et al 1981; 1984).

Hela materialet daterades upp till det reviderade DSM-III-r år i slutet av 1980-talet. På vårdtillfällesnivå gjordes en standardiserad utfallsbedömning i fem olika dimensioner. I samarbete med psykologerna Irène Jansson och Kristina Elofsson kompletterades data i den senare delen av kohorten med bl.a. SCID-II-diagnoser och kliniska test genom finansiering av Socialstyrelsen under åren 1992-1995. Totalt bedömdes

eller ombedömdes 354 patienter med SCID-II och/eller klinisk diagnos. Den uppdaterade kohorten kom därmed att utgöras av 1 052 *unika individer* vårdade vid 3 111 vårdtillfällen.

Den aktuella uppdateringen (2009-2012) baseras på en genomgång av samtliga journaler 1970 -1995 för alla dem där det fanns en *journalförd psykiatrisk diagnos* utöver drogdiagnoserna, totalt 389 patienter bedömda med sammanlagt 573 diagnoser utöver substansdiagnoser. Därtill kommer 817 *personlighetsstörningar* enligt DSM-III-r/DSM-IV.

Den senaste journalgenomgången gjordes av Mats Fridell tillsammans med överläkare Per Tättning där alla diagnoser som ICD-8 och ICD-9 samtidigt uppdaterades till ICD-10. Reliabilitetsbedömningar av psykiatriska diagnoser gjordes samtidigt. Genom uppdateringen omfattar den här rapporten *hela materialet* med moderna diagnoser. Det gav ett tillräckligt underlag av personer för att kunna studera prognos och förlopp även vid nedbrytning i underkategorier av samsjuklighet (n= 1 439). Substansdiagnoser finns för alla patienter i kohorten. Psykisk störning/sjukdom har vidare inte kunnat bedömas för 20% (n=287) p.g.a. för kort vårdtid, eller enstaka inläggningar samt för 20 personer som vägrat medverka i forskning. Överläkare Anna Nyhlén har därefter kontrollerat diagnoserna. Genomgången blev klar 2013. Det skall betonas att *inga registrerade diagnoser ändrades*.

Med sen diagnosen differentierar vi narkotikaberoende personer med samtidig a) psykossjukdom (Severe Mental Illness = SMI), b) substansutlöst psykos (Substance Induced Psychosis = SIP), c) psykiatrisk sjukdom utan psykos, mestadels depressions-/ångestsyndrom (Other Mental Disorders = OMD) och slutligen d) de som *inte* har haft någon psykiatrisk diagnos utöver beroendediagnosen (no mental illness = No MI). Vi följer definitionerna i National Institute of Mental Health 1987; Ruggeri, Leese, Thornicroft et al 2000). Dessa fyra grupper har sedan använts i sambandsanalyserna.

Dödsorsaker för de 499 patienter som avlidit till och med 2010 finns med dödsorsaksprotokoll och rättsmedicinska obduktionsprotokoll för 95% av alla avlidna. Alla dödsorsaker har granskats både utifrån Socialstyrelsens registerdata (dödsorsaksintyg) som obduktionsprotokoll av överläkare Anna Nyhlén och docent Peter Krantz vid rättsmedicinska kliniken i Lund. Samtliga dödsorsaker daterades upp till ICD-10.

Registerdata: kriminalregister från BRÅ och slutenvårdsregister finns för 1 397 personer. Registerdata har länkats till materialet så att förloppen i hela materialet kunnat följas från en tidpunkt ibland flera år före förstavårdtillfället upp till som längst 40 år efter indexvårdtillfället i både påföljdsregistret från BRÅ och slutenvårds- och dödsorsaksregistren vid EPC.

Begreppet psykisk sjukdom används ibland omväxlande med psykisk störning. Vi har försökt följa Ottossons (2005) rekommendationer som kräver en noggrann beskrivning av: a) psykopatologi, b) prognos, c) förlopp med och utan behandling samt d) grad av sjukdomsinsikt för diagnoser av *psykisk sjukdom*. Vi väljer att kalla personlighetsstörningarna för *psykiska störningar* i linje med DSM-III-r och DSM-IV. Att personlighetsstörningarna i det nya DSM-5 kommer att diagnosticeras enligt samma principer och med samma kriterier som vi använder här ger fortsatt aktualitet åt våra resultat.

BEGREPP

Epidemiologiska studier besvarar frågan om förekomsten av olika sjukdomar och deras inverkan på människors livssituation i ett befolkningsperspektiv. Primärdiagnosen avgör hur ”urvalet” av kompletterande data tolkas. Antalet personer med schizofreni som missbrukar opiater är inte detsamma som antalet personer med opiatberoende som har schizofreni. Epidemiologiska material möjliggör bestämning av prevalens (förekomst) och incidens (nyinsjuknanden) i en population liksom hur riskfaktorer bidrar eller motverkar sjukdomsutveckling. Som epidemiologiska material betraktas de centrala registermaterialen från t.ex. Socialstyrelsen men också studier som på nationell eller regional nivå bedömt prevalensen i urval från befolkningen. I missbruksvård rapporteras som regel bara primärdiagnosen missbruk/beroende, som patienten behandlas för medan sekundärdiagnoser som personlighetsstörning inte ställs eller registreras i Socialstyrelsens patientregister. I epidemiologiska studier rapporteras vanligen lägre prevalenser än i kliniska studier.

Kohortstudier betecknar en urvalsmodell som möjliggör studiet av kliniska data och förlopp. En klinisk kohort avgränsas i tid och plats och med patientströmmen väl definierad så att vi kan avgöra vilka som inkluderats och vilka som inte har inkluderats. En vanlig metod är att s.k. konsekutivt urval (på varandra följande vårdtillfällen) följs *på ett systematiskt sätt och över så lång tid* att materialet blir representativt för den typ av patienter/klienter som man bedömer. Ett kliniskt kohortmaterial av tillräcklig storlek möjliggör att *klinisk prevalens och incidens kan bedömas*. Små material och bortfall begränsar slutsatser och generaliserbarhet. Kohortmaterial tar lång tid att samla in och kräver forskningskompetent ledning och kontinuitet i datainsamlingen för att överleva skiften av personal och inflödet av nya kunskaper och diagnosmodeller. Kraven på god logistik är således stora. En fördel är att kohortstudier tillåter insamling av fler variabler än de som är tillgängliga i epidemiologiska register.

Kliniska studier är den vanligaste utvärderingsmodellen. Urval och timing är helt avgörande för användbarheten av resultaten. Nya diagnoser uppmärksammas inledningsvis på grund av det intresse som väcks. Risken för överdiagnostisering ökar om urvalen är små urval och om kontrollen av urvalsprocess och bortfall över tid inte är bra. Kliniska studier kan sällan användas för att fastställa prevalens eller incidens. Däremot är kliniska studier viktiga för att stimulera forskningsintresset och pröva hypoteser liksom att följa hur effekter av en RCT-studie manifesteras i den verkliga behandlingssituationen. Den kliniska studien är den kanske viktigaste metoden för *systematisk kvalitetsutvärdering*.

ICD-10 utgör WHO:s standard för diagnoser inom sjukvård och psykiatri. Under F-diagnoser anges beroendetillstånd (F 10 - F 19) och psykiatriska sjukdomar och tillstånd (F 20 – F 80). Tilläggsnummer ger sifferkombinationer som beskriver tillstånden på ett mer differentierat sätt.

Missbruk enligt DSM-III-r/DSM IV kräver att ett av följande fyra kriterier skall ha uppfyllts under de senaste 12 månaderna:

1. Upprepad användning av alkohol och droger med negativa konsekvenser som resulterat i misslyckande med att fullgöra sina skyldigheter i skola, arbete eller hemmet.
2. Upprepad användning av alkohol och droger i situationer som medför betydande risker för fysisk skada.
3. Upprepade alkohol- och drogrelaterade problem med rättvisan.
4. Fortsatt alkohol och droganvändande trots ständiga eller återkommande problem av social eller mellanmänsklig natur.

Beroende enligt DSM-III-r/DSM IV i kräver att tre av följande sju kriterier skall ha uppfyllts under de senaste 12 månaderna.

1. Behov av påtaglig dosökning för att nå den önskade effekten.
2. Abstinensbesvär vid brott av tillförsel av alkohol eller droger.
3. Alkohol- eller drogintag i större mängd och under längre tid än vad som avsågs.
4. Varaktig önskan eller misslyckade försök att minska eller kontrollera intaget.
5. Mycket tid ägnas åt att få tag på, använda och hämta sig från effekterna av alkohol- eller drogbruket.
6. Viktiga sociala aktiviteter överges eller minskas p.g.a. alkohol- eller drogbruket.
7. Bruket av alkohol eller droger fortsätter trots vetskap om fysiska eller psykiska besvär som sannolikt har förvärrats av alkoholen eller drogen.

MISSBRUK OCH SAMSJUKLIGHET

Substansmissbruk och beroende i befolkningen

Under 1960-talet ökade antalet personer med missbruk eller beroende av olika droger och narkotiska preparat. Initialt följde drogmissbruket hos unga på proteströrelserna och flower-power-rörelsen, förmodligen utan högre andel psykiska störningar än bland ungdomar i allmänhet. Men till skillnad mot ungdomar ur normalgrupper i samhället präglades narkomangruppen som senare sökte psykiatrisk sjukhusvård för drogproblem också av avvikande socialt beteende och kriminalitet. Detta ställde sjukvård och socialtjänst inför nya utmaningar. Alkohol var en legal substans medan användning av narkotiska preparat var olaglig. Redan detta visade sig vara en kraftfull indikation på olika rekryteringsvägar. Där det fanns en dominans av narkotiska preparat fanns också brottsligheten. Detta accentuerade statsmakternas intresse för tidig upptäckt och intervention och resulterade i en första nationell kartläggning (UNO 1980). Narkotikalagstiftningen sågs av politiker och beslutsfattare som den kanske viktigaste insatsen mot narkotika.

Alkohol användningen hade följts i flera epidemiologiska studier under många årtionden och förekomsten var relativt väl definierad och känd (CAN 2012). Vid publiceringen av SBU-rapporten (2001, 2003) hade ca 13,5% av landets befolkning (Sverige) någon gång under sitt liv haft ett alkoholberoende med en punktprevalens (vid en given tidpunkt) som var ca 8% (Berglund, Thelander & Jonsson 2003). Enligt Guttormsson (2011a) har antalet personer med tungt alkoholmissbruk ökat med ca 10% från 2004 till 2008 varefter en minskning ånyo har skett. Det motsvarar en ökad konsumtion från 8 liter ren alkohol per vuxen person 1978 till nära 10 liter 2011. Vi vet idag att riskkonsumtion och alkoholberoende förekommer i normalbefolkningen utan att psykiska störningar behöver ha orsakat alkoholproblemen liksom att beroendetillstånd inte alltid åtföljs av höga nivåer av psykiska störningar (Fridell, Brefeldt-Lövdén, Hellström, Jonson, Skoogh, 2002). *Riskbruk eller skadligt bruk* (av alkohol) är en relativt ny term. Nordström och Andréasson (2011) redovisar att 6.5 miljoner svenskar över 15 år har en icke skadlig konsumtion medan 700 000 personer har ett riskbruk eller skadligt bruk, 300 000 personer ett beroendetillstånd och 75 000 personer behövt söka vård för sitt beroende.

Tungt narkotikamissbruk är betydligt mindre vanligt i befolkningen än alkoholmissbruk även om det från slutet av 1960-talet upptog en mycket större plats i den allmänna debatten än alkoholmissbruket. Flera skattningar gjordes och från ca 10.000 - 14.000 personer med sk ”tungt narkotikamissbruk” under 1970-talet steg antalet till 26.000 - 28.000 vid början av 2000-talet och har sedan stabiliserats på den nivån. Den mest aktuella räkningen skattar att antalet narkotikamissbrukare i Skåne ökat från 1500 personer (UNO 1980) till ca 4.500 personer enligt MAX-studien (CAB 2012). De flesta av dessa har åtminstone fram till helt nyligen utgjorts av injektionsmissbrukare. Cannabis har använts av 1% av befolkningen mellan 16-84 år (Guttormsson 2011a). De personer som använder narkotika regelbundet är i en rad avseenden en mer negativt selekterad grupp än personer med alkohol- eller sedativa missbruk.

Synen på orsaker till missbruk/beroende

Det var inte en tillfällighet att frågan om psykiska störningar vid missbruk inte diskuterades långt in på 1980-talet. Ointresset vidmakthölls fram till mitten av 1990-talet av en generellt negativ attityd i massmedia till psykiatri och diagnostik artikulerad av bl. a Thomas Szasz (1970, 1973). Om möjligt uttrycktes en ännu större skepsis mot psykiatrisk diagnostik och behandling vid missbruk. Ideologiska ställningstaganden och en sociologiskt dominerande syn på social avvikelse förenades i den nya svenska Socialtjänstlagens (1980) definition av missbruk/beroende som ett *socialt problem*, inte ett medicinskt eller psykiatriskt. En i Sverige namnkunnig kritiker av den psykiatriska beroendevården, som t.ex. Nils Bejerot (1968) tog avstånd från psykiatrins individualistiska problemlösningsmetoder. Bejerots teori om endemisk smitta av narkotika förutsatte att smittan av narkotikamissbruk orsakats av den rådande ”drogliberala”

samhällsandan och politiken. Han förblev en färgstark kritiker av medicinsk narkomanvård och psykiatri och en lika stark anhängare av fostran och en icke tillåtande hållning från staten. Hasselapedagogik sågs som en bättre väg, åtminstone för unga missbrukare.

Med den kritiska synen på psykiatri följde en skepsis mot psykofarmaka ("hispetjack") bland både missbrukare och personal, särskilt då substitutionsbehandling och metadon. Några misslyckanden med utskrivning av amfetamin på recept i slutet av 1960-talet underblåste en stark skepticism också hos allmänheten. Drogfri institutionsbehandling av typen terapeutiskt samhälle som behandlingsalternativ förenade många kritiker vid denna tidpunkt (Fridell 1996). Många forskare visade på möjligheter med drogfri behandling (Condelli & Hubbard 1994; DeLeon 1989). När det gällde frågan om metadon- underhållsbehandling vid opiatberoende så fortlevde den negativa attityden till metadon hos socialarbetare och missbruksbehandlare fram till slutet av 1990-talet bl. a med stöd från Socialstyrelsen (Grönbladh 2004; Kakko 2010; SBU 2001).

Psykiska störningar var ett relativt okänt område för den stora gruppen behandlare även om många omfattade uppfattningen att orsaken till missbruk låg i tidig barndom (Bergmark, Björling, Grönblad, Olsson, Oscarsson & Segraeus 1989; Ramström 1978). För ungdomar var det modellen med feluppföstran som dominerade utifrån förespråkarna för Hasselapedagogik (Fridell 1996). Perioden så långt kan betecknas som klart *anti-psykiatrisk*. Det största problemet med *den antidiagnostiska kultur* som förhärskade fram till mitten av 1980-talet var att fenomen som dropout, återfall etc., dvs. allt som avvek från behandlingspersonalens förväntningar förklarades med *bristande motivation hos patienten*. Det fanns en stark övertro på viljan och individens förmåga att ta ansvar. Misslyckanden blev alltid patientens fel. Lika svårt var det för personalen att lära sig betydelsen av ett professionellt bemötande när misslyckanden alltid skyldes på patienten (Se Swedate-rapporten, Bergmark et al 1989). Ideologin blev ett alternativ till kunskap för att skapa sammanhållning och struktur (Fridell 1996).

Intresset för psykisk samsjuklighet vid alkohol- och drogberoende ökade först i slutet av 1980-talet. Det som uppmärksammades då var ökningen av missbruk hos psykiatrins patienter, dvs. dem med en primär psykisk sjukdom. Erfarenheterna från USA visade att nedrustningen av den offentliga sjukvården och psykiatrin under Reagans presidentskap gjorde många psykiskt sjuka patienter hemlösa utan medicinskt eller psykosocialt hjälp och stöd. Samma trend följde i England under Thatcher's regeringstid och följdes av en avinstitutionisering också i andra länder i Europa. Psykiatrireformen accentuerades situationen i Sverige när psykiatriska patienter skrevs ut till eget boende (Psykiatrireformen 1984). Det var i denna era som begreppet "dubbeldiagnospatient" lanserades och stimulerade utredningar och de första mer systematiska insatserna under 1990-talet, bl. a New Hampshire-projektet (Drake, & Mueser, 1996; Drake, Mercer-McFadden, Mueser, McHugond, 1998; Mueser, Drake, & Wallach 1998).

De första skandinaviska studierna var som följer. En kohortstudie från Island med ett representativt sampel av 249 män och 102 kvinnor med alkohol- och/eller drogproblem i psykiatrisk vård visade att över 70% av de patienter som vårdades för någon psykiatrisk sjukdom hade alkoholproblem och 90% hade ett blandmissbruk. Vanligaste störningar var affektiva störningar (33%) och ångest 65%. Antisocial personlighetsstörning utgjorde 28% (Tómasson och Vaglum 1995).

En dansk epidemiologisk studie redovisade data från ett urval av psykiatriskt vårdade patienter i 12 regioner i Danmark (Hansen S. P, Munk-Jorgensen, B, Guldbæk, et al. (2000). Den visade att andelen personer med samtidig psykisk sjukdom och missbruk utgjorde ca 50% av den psykiatriska patientpopulationen.

Den första svenska patientundersökningen av psykisk störning och missbruk startade sitt arbete 1983 «Narkotikamissbrukare med svåra psykiska störningar» i samarbete mellan Maria ungdom och behandlingsgruppen i City Studien gjordes på uppdrag från Socialdepartementet och baserades på ett urval

av 3 405 personer som var kända missbrukare. Bedömningsmetoden var ett test utifrån Kernberg's modell av personlighetsorganisation utformat och validerat av Sandell (1994). I gruppen bedömdes 40% ha en psykisk störning varav ca 5% hade en psykos, och ca 30-35% bedömdes ha en borderline-organisation (Bertling 1992; 1995). Kort därefter inrättades en arbetsgrupp på Socialstyrelsen som lämnade en första rapport 1996 (SOU 1996:13). I rapporten redovisades empiriska data för delar av det narkoman-material (n=773) som vi beskriver nedan.

Den första större nationella inventeringen av insatser för dubbeldiagnospatienter genomfördes i 10 kommuner i landet inom ramen för psykiatrireformen. Patienter som av socialtjänst och psykiatri bedömdes ha en dubbeldiagnos (n=1000) valdes ut och 358 kunde bedömas och följas upp efter 18 månader. Det visade sig att ca. 40% av psykiatrins patienter (främst) i Sverige också hade ett missbruk av främst alkohol men också sedativa och Cannabis (Schaar & Öjehagen 1999; 2001, 2004). Över 78% hade en psykiatrisk sjukdom och 40% hade en samsjuklighet av psykisk sjukdom och personlighetsstörning. De vanligaste psykiatriska diagnoserna i gruppen var psykossjukdom (29%), affektiv sjukdom (17%) och personlighetsstörning som borderline eller schizotyp (23%) eller annan störning (31%). Över 70% hade vårdats tidigare i psykiatri, 85% levde ensamma och 60% hade gjort suicidförsök. En nackdel med studien är att bortfallet var stort. Parentetiskt kan nämnas att det ofta blir högre bortfall när patienter med svåra psykiska sjukdomar skall uppsökas och intervjuas. Andelen klienter kända inom Kriminalvården var 40%.

Med ”upptäckten” av psykiska störningar hos missbrukare väcktes nya frågor. **Orsakade** psykiska störningar missbruket eller orsakade missbruket de psykiska störningarna? Var missbruk/beroende en **sjukdom** och var därmed alla psykiska problem också sjukdomar? En tredje fråga var om alkohol och droger i så fall kunde betraktas som en **självmedicinering**? En fjärde fråga som följde var vilket som var **viktigast att behandla: missbruket eller den psykiska störningen**? En viktig fråga var om den stora gruppen personer med huvudsakligen alkoholberoende och den betydligt mindre gruppen med beroende av olika illegala droger (narkotikamissbrukarna) var olika? En liknande fråga restes inom Kriminalvården för perspektivet om det var drogerna som orsakade kriminaliteten eller om det var kriminella ungdomar som i högre grad började missbruka.

Faktorer som påverkar kriminalitet och samsjuklighet

Risken för utvecklingen av drogberoende ökar när det finns narkotikaproblem i tonåren, och ökar när föräldrar brister i omhändertagande och föräldransvar. En studie av Hodgins, Tengström & Bylin et al (2007) var den första att systematiskt kartlägga både ungdomarnas situation i studien och föräldrarnas. Medan drygt 20-25% av ungdomar i 17-årsåldern fanns registrerade i lagförda registret, de flesta med drog eller alkoholmissbruk, så fortsatte bara ca 30-40% av dessa in i en vuxen antisocial karriär. I urvalet med 97 flickor och 81 pojkar inkluderades en stor andel av både mödrarna och fäderna till barnen.

Ungdomarna diagnosticerades med Kiddie-SADs (en DSM-IV-modul för ungdomar) och föräldrarna bedömdes med SCID-intervju. Det visade sig att medan 90% av flickorna och 81% av pojkarna hade minst en psykisk störning utöver drogmissbruk hade 80% av mödrarna och 67% av fäderna en psykisk störning utöver drogrelaterad störning (Hodgins, Tengström & Bylin et al 2007).

Kriminaliteten är ofta en förelöpare till drogmissbruk-/beroende, men det är även neuropsykiatriska problem i barndomen som ofta fortsätter upp i vuxenlivet. ADHD har en prevalens om ca 3% bland flickor och 7% hos pojkar (Tyler 2002).

Tidigare studier har pekat på *en differentiell karriär för flickor och pojkar*. Flickorna hade i ungdomsåren nervösa och psykosomatiska problem medan ca hälften av pojkarna gick vidare till en kriminell karriär med alkohol och brottslighet (Nordberg, Rydelius & Zetterström 1993). Andra könsskillnader som undersökts har indikerat en ökad benägenhet hos flickor att få bestående problem p.g.a. problem i uppväxtmiljön. Studien från IDA-projektet visade att flickor hade en högre grad av anpassningsproblem

och ADHD än pojkar (Bergman & Wångby 1998) även om de inte var utagerande på samma sätt. Senare har forskare pekat på genetisk belastning (Nilsson, K.W., Alm, P.O., Leppert, J., Orelund, L., Sjöberg, R L., Öhrvik, J. (2006). Det som kanske är mindre väl klarlagt är hur kriminell belastning redan före drogdebuten styr utfallet på längre sikt. Den högre belastningen är särskilt intressant mot bakgrund att flickor/kvinnor med narkotikamissbruk ofta klarar sig bättre på längre sikt med drogfrihet och en förbättrad social anpassning vid uppföljning (Fridell 1998; Fridell 2009; Jansson 2010).

Att *Kriminalvården* redan under 1960- och 1970-talen fick ta emot en allt högre andel av narkotikamissbrukande klienter aktualiserade frågan om samsjuklighet mellan kriminalitet och substansberoende men inte psykiska störningar i någon större utsträckning. Däremot aktualiserade problemet behovet av ny och bred kunskap inom Kriminalvården. Över 60% av Kriminalvårdens patienter hade år 2008 substansberoende av droger/narkotika (Kriminalvårdsstatistik 2008), och det finns ingen rimlig anledning att anta att andelen patienter med psykiska störningar skulle vara lägre inom Kriminalvården än inom andra kliniskt behandlade grupper av narkomaner i beroendevård. Den första mer systematiska forskningen av psykiska störningar hos narkomaner genomfördes för övrigt i fängelser eller vid miljöterapeutiska institutioner (Fridell 1990; 1991). Förutsättningarna för att samla in mer kompletta material underlättades av slutna miljöer. En studie av Andersen et al (1996) undersökte 228 klienter i fängelse i Köpenhamn 1991 och följde dem i två år. Vid indextillfället hade 64% psykiska problem enl. ICD-10 och man skattade livstidsprevalensen till 71%.

Frågan om hur psykisk sjukdom inverkar på kriminellt beteende och då särskilt våldsbeteende är viktig, särskilt som många brott begångna av personer med psykisk sjukdom har fått stor uppmärksamhet i massmedia. En serie studier med långtidsuppföljning av Fridell och medarbetare har visat att antisocial personlighetsstörning har en klar inverkan på förloppet och att drogvalet hos drogmissbrukarna tycks mediera typen av brottslighet (Fridell, m fl, 2007; Fridell, Hesse, Meier Jaeger, Kuhlhorn 2008, Jansson, Hesse, & Fridell 2008, Jansson, Fridell, & Hesse, 2008a; Jansson, Hesse, Fridell, 2009). Tidigare litteratur har visat att alkohol ofta finns med i samband med våldsbrott. För unga i LVM-vård hade mer än 8 items på conduct disorder ett klart samband med ökat antal påföljder efter fem år (Jansson 2010). Eftersom Kriminalvården som regel inte har en diagnostisk tradition vet vi inte hur stort inflytande personlighetsstörning har på förloppet i ett kriminalvårdsmaterial.

En svensk födelsekohortstudie av 992 881 unga vuxna följdes upp till 20 års ålder (2006). I studien redovisades bl.a. samband för kriminalitet och psykiska problem. Av totalt 20 210 566 personår hade 17.9% minst ett åtal vid nådda 20 år och risken för suicid ökade med högre nivå av brottslighet med 1.7 gånger. Motsvarande IRR var 2.0 för män, 5.7 för kvinnor och 6.6 gånger högre för kvinnor och män med fem eller fler åtal (Björkenstam, Björkenstam, & Vinnerljung, et al. 2011). Självordsförsök var vanligast hos narkomaner.

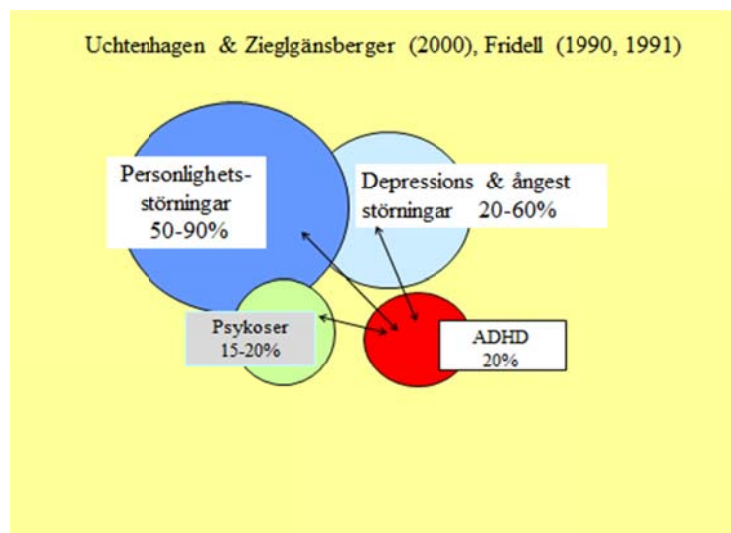
En specifik samsjuklighetsprofil vid narkotikaberoende

När arbetet med att systematisera patientmaterialet vid S:t Lars inleddes i slutet av 1970-talet var intresset för psykiska störningar hos missbrukare litet i Sverige. Frågeställningen då var *om det fanns psykiska störningar bland narkomanerna*. De systematiska litteraturoversikter som författaren sammanställde av den nationella och internationella forskningen fram till slutet av 1980-talet visade en omfattande empiri, således en klar diskrepans mellan kliniskt vetande på fältet och det dåvarande aktuella forskningsläget. En integrering av samsjuklighet i nationella och internationella översikter publicerades i bokform 1991 (Fridell 1990; 1991). Ett år tidigare hade Socialstyrelsens redovisat en första översikt av Ramström (1989) med delvis överlappande innehåll mot Fridells.

Ett par stora översikter har varit hypotesgenererande för genomgången i den här undersökningen. Den första nämndes ovan (Fridell 1990; 1991). Den andra stora genomgången sammanfattade kliniska material

i beroendevård i Europa med psykiatrisk diagnostik (Uchtenhagen och Sieglgänsbergers 2000). Bägge översikterna har sammanställt studier som baseras på kohortstudier eller kliniska studier av narkotikamissbrukare.

Forskningsöversikten av Fridell med dittillsvarande ca 350 empiriska studier av psykiska störningar hos narkomaner omfattade studier från 1950-talet och framåt (Fridell 1990, 1991). Genomgången baserades därmed på diagnoser från flera olika diagnossystem som fick sammanjämkas så långt som möjligt. Många arbeten vid denna tidpunkt baserades på psykologiska batterier av test som MMPI (80 arbeten). Men också modellerna för att diagnosticera personlighetsstörningar i psykoanalytisk litteratur (Ausubel 1958; Chein 1964; Kernberg 1975, Kolb 1965) skiljde sig både från det gängse WHO-systemet och från de olika psykologiska testen (Kernberg 1975). De dimensioner (traits) som mäts i olika test varierar från ett test till ett annat beroende på testets teoretiska utgångspunkter. Hela området var därmed diagnostiskt svåröverskådligt. Men oavsett detta så fanns flera centrala slutsatser som var gemensamma för bägge angreppen (urvalen). Ofta fokuserade de psykologiska testen och de mer dynamiska diagnosmodellerna på personlighetsstörning, främst borderlinestörning vid den här tidpunkten. Men slutsatsen var tydlig, en mycket stor andel av narkotikamissbrukarna hade någon typ av personlighetsstörning.



Figur 1. De vanligast förekommande psykiatriska syndromen hos narkotikamissbrukande patienter i kliniska material.

De två ovanstående forskningsöversikterna visade att patienter med personlighetsstörning utgjorde mellan 65% och 85%, följt av 30-65% med depressioner eller ångest och slutligen 15-20% med någon psykos (Fridell 1991). En studie av kliniska material 10 år senare av Uchtenhagen och Sieglgänsberger (2000) fann något högre prevalensnivåer i gruppen narkomaner i såväl öppen- som slutenvård: personlighetsstörningar (50-90%), ångest- och depressioner (30-70%) och psykos (20-25%). Se figur 1. Empirin bakom figuren har varit vägledande i de hypoteser som vi prövat i granskningen av de diagnostiska grupperna vid narkotikaberoende. Viktigast i de här två översikterna var att den höga andelen patienter med personlighetsstörning lyftes fram mer systematiskt och validerats.

Det är en stor spridning i diagnoser av främst depression och ångest mellan olika studier. Nivåerna i översikten av Uchtenhagen och Sieglgänsberger anges och är något högre än i Fridells genomgång. Det fanns vid tidpunkten för ovanstående två översikter inga data om ADHD tillgängliga. Mycket få studier utanför SiS eller Kriminalvården har redovisat förekomsten av ADHD bland narkotikamissbrukare.

ADHD

Till ovanstående figur har vi lagt neuropsykiatriska/psykologiska störningar (ADD- eller ADHD) som i senare års forskning har angetts till minst 20% av narkotikamissbrukarna. En ny Europeisk metaanalys av prevalensen av ADHD 6 länder (n=6 689) visar att nästan var fjärde missbrukare har ADHD, prevalens 23,1% med en variationsvidd av 19,4-27,2% (Emmerik-van Oortmerssen et al 2012). Det är sannolikt stor variation i prevalens mellan narkotikamissbrukare i olika populationer av klienter inom kriminalvård, SiS-klienter och patienter från beroendevården. Prevalensen hos vuxna narkotikamissbrukare var ca 20% (EUROPARAPPORT; Socialstyrelsen 2007). Nästan 80% av vuxna med ADHD har i epidemiologiska studier från Norge också haft minst en annan psykiatrisk störning (Torgersen et al 2006; Richel 2007). Vi vet också från jämförbara material i egna studier av narkotikamissbrukare att den kliniska prevalensen bland både LVM-vårdade män (Bihlar et al 2009) och LVM-vårdade kvinnor (Jansson 2010) är mellan 35% och 40% av dem som utretts.

ADHD komplicerar den kliniska bilden då beteenden som kan förknippas med ADHD liknar dem hos patienter med personlighetsstörning, främst impulsivitet, koncentrationssvårigheter, och rastlöshet. Vi talar nu inte om symptom som orsakas av droger/alkohol utan de som är primära. Kombinationen av CD och ADHD har visats ge en högre risk att utveckla missbruk (Hodgins, Tengström & Bylin et al 2007). Samtidigt försvårar personlighetsstörning behandlingen och inte minst förmågan att följa behandlingsupplägget (kompliansen) i behandlingen när patienterna har både ADHD och personlighetsstörning. Men problemen bör behandlas på delvis olika sätt.

Liksom vid alla typer av diagnoser spelar typ av urval, svarsbortfall och systematik i datainsamlingen en stor roll för diagnosen. Ginsberg studerade ett sampel (n=315) ur en grupp intagna i fängelse, och fann en förekomst av 40% av ADHD hos vuxna manliga interner med långa strafftider (Ginsberg 2010). Inom LVM-vården har diagnostik av ADHD och övriga här nämnda psykiska störningar gjorts utifrån kliniska material och då ofta på remiss från socialtjänsten. I en studie av 70 män i LVM-vård där frågeställningen av ADHD bekräftades diagnosen i 65% av fallen och prevalensen var ca 30% i gruppen LVM-vårdade män (Bihlar 2009; 2012). Från LVM-vård av kvinnor vid Lunden rapporterades att ca 24% hade en ADHD diagnos (Fridell et al 2009; Jansson 2010).

Samsjuklighet i epidemiologiska studier

Den hittills största epidemiologiska studien av samsjuklighet inom missbruksområdet baserades på intervjuer med ett representativt urval ur normalbefolkningen i USA med 43 093 personer som diagnosticerats med en standardiserad modul enligt DSM-IV: Audadis-IV (Grant et al. 2003). Nivån av substance use disorders i befolkningen var 9.35% (95% CI, 8.86%-9.84%). Det som var nytt med NESARC-studien var att samsjukligheten för personlighetsstörning i befolkningen fastställdes med stor noggrannhet och standardiserade diagnoser i ett stort befolkningsunderlag. De flesta psykiatriska tillstånd studerades. Psykossjukdomar redovisades inte.

Samsjukligheten mellan alkohol och droger studerades mot en rad olika psykiatriska sjukdomar/störningar (Grant et al 2004, 2005). Tolv månadersprevalensen av DSM-IV oberoende förstärnings- och ångeststörningar i populationen var 9.21% (95% konfindensint. [CI], 8.78%-9.64%) respektive 11.08% (95% CI, 10.43%-11.73%). Endast få individer med förstärnings- (mood disorder) eller ångestdiagnos klassificerades med *enbart* substansinducerad störning. Sambandet mellan substance use disorder och oberoende förstärnings- och ångestsyndrom var positivt och signifikant.

I NESARC-studien hade omvänt patienter med en diagnos inom området förstärningssyndrom totalt 18.7% – 27.9% minst en substansdiagnos och av dem med en ångeststörning hade 13.9%-24.15% minst en substansdiagnos. Tolv månadersprevalensen (alltså det vi betecknar som en sen diagnos) av oberoende förstärnings- och ångeststörning utgjorde 9.21% respektive 11.08% i populationen (hela samplet).

Prevalensen av *substansutlösta* förstärknings- och ångeststörningar i det totala samplet både med och utan samtidig substance use disorder var litet, *mindre än 1.0%*. Av approximativt 19.3 miljoner vuxna i USA som hade en samtidig mood disorder hade bara 202 211 upplevt sjukdomstillfällena som klassificerats enbart som substansutlösta. På liknande sätt hade de med en aktuell ångeststörning (23 miljoner personer i USA) upplevt ett mindre antal (50 980) episoder som exklusivt kunde klassificeras som substansinducerade. Av de respondenter som hade *minst en aktuell oberoende förstärknings- eller ångeststörning*, uppgav bara 7.35% respektive 2.95% en oberoende och substansutlöst episod under året som föregick undersökningen. *En konklusion är att psykisk störning/sjukdom i normalbefolkningen förekommer samtidigt med missbruks-/beroendetillståndet.*

Andelen personer med psykossjukdom utom mani bedömdes inte i NESARC-studien.

Tabell 1. *Tolv månaders prevalens av DSM-IV. Mood och ångeststörningar bland respondenter med en 12-månaders substance use disorder** (Tabellen redovisas avkortad efter tabell 5 i Grant et al 2004, sidan 813).

Comorbidity syndrom	Index: Substance Use disorder (SUD)								
	Any subst Use disord	Any subst abuse	Any subst Dependen	Any Alcoh Use Disord	Alcohol Abuse	Alcohol Depend	Any Drug Use Disord	Any Drug Abuse	Any Drug Depend
Ngn mood disorder	19.67 (0.78)	12.33 (0.82)	29.19 (1.49)	18.85 (0.83)	11.73 (0.86)	27.55 (1.53)	31.80 (2.07)	21.23 (2.16)	55.02 (4.27)
Major depression	14.50 (0.68)	8.85 (0.71)	21.82 (1.40)	13.70 (0.73)	8.15 (0.74)	20.48 (1.43)	23.33 (1.84)	15.75 (1.91)	39.99 (3.95)
Dysthymi	2.08 (0.37)	5.43 (0.69)	2.93 (0.34)	8.37 (1.21)	4.59 (1.08)	8.37 (1.21)	8.37 (1.21)	4.59 (1.08)	16.68 (2.83)
Hypomani	3.30 (0.33)	2.04 (0.37)	4.94 (0.58)	3.30 (0.35)	1.92 (0.39)	4.99 (0.62)	4.30 (0.78)	4.07 (0.93)	4.81 (1.53)
Mani	4.94 (0.41)	2.39 (0.40)	8.25 (0.81)	4.66 (0.41)	2.23 (0.38)	7.63 (0.83)	9.99 (1.33)	6.34 (1.18)	18.00 (3.11)
Hypomani	3.30 (0.33)	2.04 (0.37)	4.94 (0.58)	3.30 (0.35)	1.92 (0.39)	4.99 (0.62)	4.30 (0.78)	4.07 (0.93)	4.81 (1.53)
Any anxiety disorder	17.71 (0.81)	12.45 (0.80)	24.54 (1.39)	17.05 (0.85)	11.81 (0.83)	23.45 (1.42)	25.36 (2.04)	17.33 (1.75)	43.02 (4.29)
Social fobi	4.72 (0.46)	3.09 (0.45)	6.83 (0.87)	4.25 (0.46)	2.61 (0.42)	6.25 (0.85)	7.59 (1.08)	5.17 (1.01)	12.91 (2.43)
Specific fobi	10.54 (0.67)	7.82 (0.71)	14.06 (1.12)	10.40 (0.69)	7.58 (0.72)	13.84 (1.15)	14.55 (1.57)	11.05 (1.50)	22.26 (3.78)
GAD	4.20 (0.41)	2.24 (0.39)	6.74 (0.80)	3.60 (0.40)	1.90 (0.39)	5.69 (0.71)	8.28 (1.25)	4.21 (1.00)	17.22 (3.35)

Av tabell 1 framgår att 19.67% av respondenterna hade minst en oberoende och stabil förstärkningsdiagnos 12 månader efter första intervjun. Ytterligare 17.71% hade åtminstone en oberoende ångestdiagnos. Bland respondenter med någon substance use disorder hade 3.3% till 14.5% någon specifik förstärkningsdiagnos och 1.46% till 10.54% hade en specifik ångeststörning. Nivåerna för missbruk enligt DSM-IV var genomgående lägre än för beroendetillstånd och högst för individer med drogberoende. Respondenter med substance use disorders hade ökad risk för egentlig depression och specifik fobi.

Patienter med en *beroendediagnos* hade generellt högre nivå av psykiska störningar, ångest och depression än de med enbart diagnosen *missbruk*. I ett epidemiologiskt material som NESARC var depression och ångest också vanligare om patienterna samtidigt hade ett alkohol/drogberoende än om de *inte* hade något samtidigt missbruk: depression: 20% v s 8% och ångest 18% v s 10%.

Samsjuklighet innebär ofta förekomst av flera psykiatriska störningar. I den amerikanska studien av patienter i depressionsbehandling: Sequential Treatment Alternative to Relieve Depression (STAR*D; n = 4.010) var punktprevalensen 8.6-25% av depressioner. Life-time-prevalensen var 30%-42% av substance use disorder för de patienter som hade vårdats för depressionssjukdom (Davis, Newell & Frazier 2008). I befolkningen var motsvarande punktprevalens av SUD 8.5% -21.4% och Life-Time SUD 27%-40%.

Trots att både psykostimulantia som amfetamin och hallucinogena droger som LSD är vanliga orsaker till psykotiska symtom så är hasch den drog som mest förknippas med psykos eller risk för psykos. En svensk epidemiologisk studie av 45 570 män som mönstrande för värnplikten av Andréasson, Engström, Allebeck,

och Rydberg, (1987): följde gruppen över tre år och fann att de som hade ett regelbundet cannabismissbruk vid mönstringen visade en 6 ggr högre risk att senare diagnosticeras med en schizofreni (Allebeck, Andreasson m.fl. 2001). Artikeln orsakade en hätsk debatt där riskerna med cannabisanvändning har erkänts först under senare år (British Medical Society 2009).

En senare dansk epidemiologisk studie utgick från ett representativt sampel av 3 114 cannabisanvändare som sökt beroendevård. Dessa jämfördes med ett representativt sampel (n= 15 570) som valts slumpmässigt efter ålder och kön via registerdata i den danska populationen (Arendt, Rosenberg, Foldager, Perto, Munk-Jørgensen, 2007). Cannabisanvändarna följdes över tid och återinläggningar registrerades. Psykiatriska syndrom som schizofreni (F 20) eller schizotypal störning (F 21), schizoaffektiva störningar (F 25), andra psykotiska störningar samt bipolära störningar (F 30 - F 31) var signifikant vanligare bland cannabismissbrukarna än bland kontrollerna (Arendt et al 2007). Forskarna tolkar data som att psykosymtom vid cannabismissbruk bör betraktas som prodromalsymtom till främst schizofren psyksjukdom, vilket är en specificering av Andréassons resonemang. I gruppen med haschpsykos *hade totalt 40.7% av fallen fått psykiatrisk vård mot 5.2% av kontrollerna* (OR =12.5; 95% CI = 11.3–13.8).

Användningen av haschish i den danska studien kan enligt forskargruppen innebära en högre risk för psykos än Marijuana som är vanligare i amerikanska studier. Haschish har en högre koncentration av THC $\Delta 9$ än marijuana. Också de mer förekommande sociala problemen i patientgruppen ger en negativ påverkan på droganvändningen (Compton et al., 2004). En metaanalys med 48 longitudinella populationsstudier bland unga vuxna missbrukare av MacLeod, Oakes et al (2004) gav inte något starkt stöd för ett kausalt samband mellan cannabis och kronisk psykos bland yngre brukare.

Vid sidan om psykos har cannabis ofta förknippats med försämrade kognitiv förmåga, minne och en ökad passivitet. Det finns relativt få studier av inverkan av cannabisrökning på kognitiva funktioner över längre tid. En relativt ny prospektiv studie av Meier, Caspi, Ambler, et al (2012) med uppföljning av 1 037 unga haschmissbrukare (Dunedinstudien) jämförde data från tester av kognitiva funktioner före debut i cannabis och med återkommande uppföljningar upp till 38 års ålder. Fortsatt cannabismissbruk visade samband med mer omfattande neuropsykologiska funktionsnedsättningar, även efter kontroll för år av utbildning. De kognitiva problemen vid uppföljningen var större för dem som hade en tidig start av cannabisanvändning. Mer intensiv användning förknippades med högre grad av kognitiva problem. Även där missbruket helt hade upphört återställdes inte kognitiva funktioner fullt ut (Meier, et al 2012). Cannabis har en neurotoxisk effekt på hjärnan och studien understryker betydelsen av tidig intervention (Lundqvist 2005).

Samsjuklighet i skandinaviska kohortstudier

En studie gjord på uppdrag från Socialdepartementet och baserades på ett urval av 3 405 personer som var kända missbrukare av alkohol eller narkotika. Bedömningsmetoden var ett test utifrån Kernberg's personlighetsorganisation utformat och validerat av Sandell (1994). I gruppen bedömdes 40% ha en psykisk störning varav ca 5% hade en psykos, och ca 30-35% bedömdes ha en borderlineorganisation (Bertling 1992; 1995), vilket här kan jämföras med främst klustren «udda» och «dramatiska».

I en kohortstudie av Dalmau et al (1998) studerades samsjukligheten mellan psykisk sjukdom/störning och typ av substans i ett tvåstegsurval där populationen patienter som lagts in vid Psykiatriska kliniken i Huddinge från 1991-1994 (n=5 397 patienter) inkluderades efter korrektion för bortfall. Data för alla patienter som lagts in för någon typ av substansberoende eller substansmissbruk från 1981–1995 samkördes och totalt 773 patienter hade ett etablerat drogberoende. Patienter med ett rent substansberoende särredovisades utifrån registrerad huvuddrog, dem med blandmissbruk av flera droger respektive

dem med drogmissbruk av droger och alkohol (Se tabell 2). De tre grupperna har i nedanstående tabell 2 tabulerats mot psykos-diagnos i respektive grupp.

Tabell 2. *Antal drogmissbrukare med huvuddrog resp blandmissbruk där också alkohol kan ingå, där patienterna diagnostiserats med psykos/sjukdom: schizofreni, affektiv psykos, paranoid psykos eller reaktiv psykos (Från Dalman et al 1999, sid 368).*

	Droger	Antal	Psykos (n)	Psykos (%)
1.	Amfetamin enbart	(78)	21	26.9
2.	Cannabis enbart	(36)	10	27.8
3.	Opiater enbart	(35)	5	14.3
4.	Amfetamin plus annan drog	(141)	32	22.7
5.	Cannabis plus annan drog	(138)	26	18.8
6.	Opiater plus annan drog	(94)	19	20.2

Det fanns inga signifikanta skillnader i samsjuklighet mellan användare av olika droger inom gruppen

Psykos var vanligast för patienter med cannabissmissbruk följt av amfetaminmissbruk. Diagnoserna registrerades som regel enbart vid ett vårdtillfälle (primärdiagnos). Totalt hade 14.6% vid något tillfälle haft minst ett vårdtillfälle med psykos. Gruppen med lägst prevalens av psykos var opiatmissbrukarna. Cannabis och amfetamin visade högst förekomst av psykos när det förekom som enda preparat men inte när det förekom tillsammans med missbruk av annan substans.

En av de tidigaste skandinaviska studierna var en kohortstudie av 300 unga opiatmissbrukare i Köpenhamn (Haastrup 1973; Haastrup, Jepsen 1988). Prevalensen av inlagda med psykos i denna grupp (som inte enbart bestod av opiatmissbrukare initialt) var 8,5% (Sörensen, Jepsen, Haastrup & Juel 2005). Det är sannolikt den skandinaviska kohorten som mest liknar vår egen från Lund.

En uppmärksammas norsk studie var den av Vaglum, Bakken och Landheim (2002) som bedömde samsjukligheten i kliniska material vid sex institutioner och tre polikliniker inom missbruksvården i Hedmark och Oppland (n=287) 1997-1998. Deras studie kartlade även psykiska sjukdomar bland personer aktuella inom missbruksvården i Norge (Landheim et al., 2002). *Livstidsprevalensen för allvarlig psykisk sjukdom som schizofreni, bipolär, allvarlig depression eller ångest var högre bland narkotikaberoende än bland alkoholberoende personer, 85 % vs 72%.* De med allvarlig psykisk sjukdom hade fått tidigare behandling i psykiatri, narkomaner i högre grad än alkoholberoende personer och kvinnor i högre grad än män: 83%, 62 %. En reservation är att det varit svårt att urskilja vad i Landheims et al studier som är samsjuklighet med narkomani respektive samsjuklighet med andra typer av missbruk. Samplet är relativt litet och bortfallet har varit stort. I studien försökte man systematiskt studera vad som kom först, de psykiska störningarna eller missbruket. Procentsatserna är väldigt höga vilket ofta är en följd av små material (med stor spridning). Bakken menar att man har stöd för att den psykiska störningen i allmänhet har kommit först (Bakken 2008).

Studier som har gjorts i metadonprogram har identifierat en liten andel narkotikamissbrukare med diagnostiserade psykos. En studie från ett metadonprogram i USA redovisade psykos hos bara 11.8% av patienterna (n=271) hade haft en psykos (Milby, Sims, Khuder et al 1996). Det finns veterligt inga epidemiologiska material om samsjuklighet i metadonprogram. I en pågående kohortstudie från Lund med 170 konsekutivt rekryterade patienter gjordes en omfattande intagningsintervju med psykiatrisk bedömning (ICD-10), tester och SCID-II för personlighetsstörning. Inga patienter i studien hade haft eller vårdats för schizofren psykos och bara 8% hade någon gång medicinerats med neuroleptika. Bipolär störning diagnostiserades hos 16/170 patienter (9.1%) och personlighetsstörning för 84%. 63/170 patienter hade haft suicidtankar senaste 12 månaderna vid inläggningen (Öhlin, Fridell, Hesse & Tättning 2011: Öhlin, Fridell, Nyhlén 2015). Svenska substitutionsprogram har en liten andel patienter med

psykossjukdom så långt vi vet. Tyvärr är det en ringa del av patienterna i substitutionsprogram som diagnosticeras psykiatriskt/psykologiskt. Men patienter med psykossjukdom exkluderas sannolikt redan i urvalsstadiet.

En viktig skillnad mellan psykiatriska patienter med missbruk och narkotikamissbrukare är att *sökströmmarna* (vårdförloppet) riktas mot beroendevård eller mot tvångsvård av typen LVM-vård liksom mot kriminalvård och i undantagsfall rättspsykiatrisk vård. *Få personer i den kliniska narkomangruppen (20%) hade vårdats under psykiatrisk tvångsvårdslagstiftning (LPT)*. Inom LVM-vården hade vid motsvarande jämförelse ”bara” en femtedel någon gång fått psykiatrisk tvångsvård (LSPV/LPT; Se DOK 2008; 2012). Således mycket lägre nivåer än för material med patienter som vårdas för psykisk sjukdom inom psykiatrin. I sig är skillnaderna mellan sökströmmarna en viktig indikation på att det rör sig om helt olika populationer.

Missbruk hos patienter med psykossjukdom

När vi studerar patienter med psykossjukdom så är det ”dubbeldiagnosperspektivet” vi studerar. Det är ett annat urval som vi bara berör helt kort som jämförelse. Förloppet för patienter som redan har en psykiatrisk diagnos, har som regel också vårdats i psykiatrin. Generellt blir prognosen och förloppet mycket sämre för gruppen schizofrena patienter när missbruk finns med, vilket var en viktig slutsats i den första internationella översikten (Berglund & Öjehagen 1998). Se också Schmidt, Hesse & Lykke (2011). Vidare hade gruppen med samsjuklighet med schizofreni högre risk för suicidförsök jämfört med patienter som hade psykiatriska störningar utan samsjuklighet med missbruk (Berglund & Öjehagen 1998).

I en studie av 300 förstagångsinsjuknade patienter med icke affektiv psykos fanns ett pågående drogmissbruk hos 23% och ett alkoholmissbruk hos 15% under de senaste 6 månaderna (Laarsen, Melle, Augestad & Friis et al 2006). Av patienter i åldrarna 17-40 år som inlades med psykosdiagnos hade 54% år använt alkohol/droger senaste månaden (Helseth, Aamo & Johnsen (2005). Bland patienter med schizofreni-diagnos eller bipolär sjukdom fanns en 44% högre användning av illegala droger hos patienterna i undersökningen än i normalbefolkningen. Life-timeanvändning av amfetamin var 16 ggr vanligare (Ringén, Melle & Birkenäs et al 2008).

En nationell studie av psykisk helsevern (2003) med urvalet definierat vid ett bestämt datum (20/11-2003) visade att av patienter som inlagts på psykiatrisk akutavdelning i ettårsuppföljningen att 10% av patienterna i psykiatrisk helsevern och 47% av patienterna i rusbehandling hade en samsjuklighet (Gråwe och Ruud 2006). Av dem som blev inlagda med substansmissbruk hade patienter med alkoholproblem ca 10-15% fler inläggningar än de med narkotikaproblem (Hagen & Ruud 2003).

Substansutlöst psykos

Det finns inte så mycket systematisk forskning kring substansinducerade psykoser (SIP) hos narkotikamissbrukare (Dawe 2011; Fiorentini et al 2011). Men under senare år har ett växande antal studier visat att drogutlösta psykoser och psykossjukdomar av annan genes bör betraktas som delvis olika kliniska entiteter när man beaktar förloppet på kort och lång sikt.

Substansutlösta psykoser studerades i ett urval av 1 533 inläggningar vid psykiatrisk klinik i Stavanger. Av drygt 404 förstagångsinläggningar som sökte hjälp hade 47% ett substansmissbruk med 25% illegala droger och 23% alkoholmissbruk. (Öydna 2006). Av 103 psykoser vid inläggningen bedömdes 42 vara substansutlösta (40%). Prevalensen substansutlöst psykos skulle således kunna skattas till 5% av hela gruppen inlagda.

I en australiensisk studie jämfördes en grupp sjukhusvårdade patienter med SIP (n=47) utlösta av cannabis eller amfetamin med en grupp med primär psykossjukdom (n=51). Diagnostiken som användes var DSM-IV, SCID och PRISM för att differentiera de två typerna avseende förlopp. Symtom skattades med Brief Psychiatric Symptom Scale (BPRS). Gruppen med drogutlösta psykoser uppvisade mer maniska symtom

och beteendeproblem vid inläggningen än gruppen med primär psykos. Symtomen avklingade snabbare i SIP-gruppen än bland patienterna med primär psykosjukdom (Dawe, S., Geppert, L., Occhipini, S., Kingswell, W., (2011). Patienterna bedömdes symtomatiskt med regelbundna intervall fram till utskrivningen. Genomsnittligt antal vård dagar var 19.1 dagar (20.3). Vad vi kan se har sen diagnos inte fastställts, vilket är vitalt kriterium för differentialdiagnostik.

Två studier har visat att ett fåtal patienter som initialt klassificerats som substansutlösta har behövt om-diagnosticeras med en primär psykos av annan genes (Bromet, Kotov, Fochotmann, Carlson, et al 2011: Caton, Hasin, Shrout, & Drake (2007).

Personlighetsstörning och narkotika

Tre epidemiologiska studier som studerat prevalens av personlighetsstörningar i normalbefolkningen är Crawford et al (2005), Lenzenweger et al (1997), Samuels et al (2002). Slutsatserna är att personlighetsstörning förekommer hos mellan 9% och 15.7% i normalbefolkningen. Nedan redovisas en översikt av Verheul och Van den Brink (2001). Se tabell 3 nedan.

Kliniska material ligger väsentligt högre och den största skillnaden mellan psykiatriska material och narkomanerna är den högre förekomsten av patienter med borderline, dependent och avoidant personality disorder i de psykiatriska materialen jämfört med drogmissbrukarna/narkomanerna där antisocial är mest dominerande.

I den nationella studien av behandling av rusmedelsmissbrukare i Norge från Sirius (Melberg, Lauritzen, & Ravndal (2003) hade 75% av klienterna i urvalet (n=482) en eller flera personlighetsstörningar definierade efter det strängaste kriteriet i MCMI II (BR > 84), vid intagning till behandling. Den kliniska prevalensen var högst för antisocial (52%), passivt-aggressiv (45%), borderline (27%), narcissistisk (26%) och undvikande (26%) personlighetsstörningar. I MCMI II kan samma person kan ha flera personlighetsstörningar.

Tabell 3. Prevalens av DSM-III-R Axis II störningar rapporterade i ett antal publicerade artiklar bland individer från normalbefolkningen, från psykiatriska patienter och drogmissbrukare i behandling (Citat från Verheul (2001 sid 275).

Antal studier med 3-6 personlighetsstörningar	Normalpopulation		Psykiatriska patienter		Drogmissbrukare i behandling	
	range	median	range	median	range	median
Paranoid	0.4-1.8	1.7	1.7-25.0	7.1	3.2-20.7	10.1
Schizoid	0.4-0.9	0.7	0.0-6.5	4.0	0.0-4.0	1.3
Schizotypal	0.0-3.0	0.7	1.0-18.5	13.2	0.0-7.0	0.6
Borderline	1.1-1.7	1.7	6.2-63.0	35.7	5.0-22.4	17.7
Antisocial	0.2-3.0	2.2	1.7-13.7	8.9	3.0-27.0	22.9
Histrionic	1.3-3.0	1.7	3.1-28.6	15.2	1.4-11.9	3.3
Narcissistic	0.0-3.9	0.0	3.8-18.5	6.2	0.7-17.0	5.3
Dependent	0.4-1.7	1.5	6.2-33.5	14.6	1.7-8.1	4.6
Avoidant	1.1-5.2	1.3	12.8-45.0	15.4	2.0-18.4	6.0
Obsessive-compulsive	1.7-2.6	2.2	3.4-20.0	8.8	0.7-10.7	4.4
Passive-aggressive	1.7-3.0	1.8	5.5-14.3	10.0	0.0-11.6	6.0
Minst en personlighetsstörning	10.0-14.8	13.5	45.2-80.0	60.4	34.8-73.0	56.5

From: Verheul and van den Brink, 1999 [11]., ₁ Excluding personality disorder not otherwise specified

I Lund har det genomförts tre kliniska uppföljningsstudier av två helt skilda kohorter av narkotikamissbrukare över 3, 5 och 15 år (Fridell, Johnsson 1996; 1997; Fridell, Hesse & Johnsson 2006; Jansson 2008, 2008a, 2009, 2010). Samtliga patienter diagnosticerades med standardiserade metoder. Den första studien med SCID-II-diagnostik gjordes av Iréne Jansson på 110 injektionsmissbrukande narkomaner

1991-1994 vid S.t Lars, den andra var en femårsuppföljning respektive en femtonårsuppföljning av ett konsekutivt urval av 125 narkotikamissbrukare från samma avdelning (redovisas i tabell 5). Den tredje var en femårsuppföljning av en kohort av 230 LVM-vårdade kvinnor där 130 diagnosticerades omsorgsfullt vid ett indexvårdtillfälle och följdes upp efter fem år. Registerdata fanns för både interventions- och jämförelsegrupp.

Tabell 4. *Fördelningen av personlighetsstörningar bland drogmissbrukare (%)*

	<i>Fridell et al (1996)</i> <i>n=817</i>	<i>Craig, (2000) md of 14 studies</i> <i>n=3555</i>	<i>Jansson (2010)</i> <i>n=132 women</i>
Paranoid	3	7	10
Schizoid	4	2	1
Schizotypal	2	2	1
Antisocial	28	25	23
Borderline	7	14	18
Histrionisk	7	4	3
Narcissistisk	6	5	5
Undvikande (fobisk)	2	5	5
Dependent (beroende)	5	2	6
Obsessivt-compulsiv	2	3	4
Passivt-aggressiv	5	6	6
Depressivt-masochistic	3	No D	No D
Atypisk	3	10	No D
Ingen personlighetsstörning	24	26	38
Total %:	77	75	62

För kvinnor i Lundenmaterialet ovan är det 62% som hade någon personlighetsstörningsdiagnos och 40% som dessutom hade minst en annan psykiatrisk diagnos. Bara 5% av både de unga LVU-vårdade kvinnorna och 4% av LVM-kvinnorna hade en psykopatidiagnos enligt Hare-PCL-2 (Hare et al 1990). Fridell et al beräknade andelen personlighetsstörningar på 1.052 fall i studien och fann att 77% hade minst en personlighetsstörning. I översikten av 14 studier med 3 555 narkotikamissbrukande patienter hade 75% minst en personlighetsstörning. Skillnaden mellan män och kvinnor i studierna ovan var en högre andel antisocial personlighetsstörning bland män respektive högre av histrion och borderline bland kvinnor.

För de patienter där den standardiserade modellen inte hade funnits tillgänglig på svenska före 1989 gjordes kliniska diagnoser på item nivå som senare jämfördes i en reliabilitetsstudie av 248 SCID-II-bedömda patienter (Fridell & Hesse 2006 och denna rapport). Reliabilitetsnivåerna var acceptabla till höga och sambandsanalyserna gjordes för de personlighetsstörningsdiagnoser där vi fann medelhög och hög reliabilitet. Studien av LVM-vårdade kvinnor använde SCID-II för personlighetsstörning och gjordes på tvångsvårdade kvinnor (Fridell, Jansson, Billsten et al 2009; Jansson 2010). Dessutom kompletterades bedömningarna med bl.a. ADHD-diagnostik.

Andelen patienter med personlighetsstörning har undersökts exklusivt i relativt få studier av alkoholproblematiker. Den studie som mest liknar normalbefolkningen är sannolikt den från Nämndemansgården i Skåne. Veterligt har personlighetsstörning inte bedömts i de flesta studier från 12-stegsbehandling. Ett slumpurval av 82 patienter gjordes från en fullständig kohort med 850 alkoholmissbrukare vårdade vid Nämndemansgården 1997-2000, en del med blandmissbruk med sedativa/hypnotika och en marginellt liten grupp med narkotika följdes upp över ett 2-4 års perspektiv efter behandling. Personlighetsstörning fastställdes med DIP-Q för DSM-IV och andelen patienter med minst en personlighetsstörning var 17%. Det är närmast exakt samma nivå som för alcohol use disorder i NESARC-studien, och en indikation på att patienterna i kohorten liknar normalbefolkningen och är en helt annan population än de narkomaner vi beskriver (Fridell, Brefeldt-Lövdén, Hellström, Jonson, Skoogh, (2002). Ingen patient hade en antisocial

personlighetsstörning. Också nivån av nykterhet var mycket hög efter 2-4 år (64%) fastställd med ASI. Med substansdiagnos enligt DSM-IV hade samtliga patienter före behandlingen ettdera en missbruksdiagnos (45.3%) eller 54.7% en beroendediagnos. Vid uppföljningen hade 70.4% inte längre vare sig en missbruks- eller beroendediagnos. Mindre än 10% av patienterna hade åtalats eller dömts för något brott under uppföljningstiden. En slutsats som kan dras av den studien är att de frivilligt vårdade alkoholproblematikerna i Minnesotabehandling utmärktes av en hög social funktionsnivå trots alkoholberoendet. Personlighetsstörning var ovanlig (17%). Psykossjukdom fanns inte alls.

Sallmén sammanfattar i en SiS-rapport resultaten från flera års kartläggning av en grupp om 104 LVM-vårdade män och kvinnor vid Karlsviks LVM-hem. Samsjuklighet förekom hos 78% av den studerade gruppen. Personlighetsstörningarna sammanfattade i de tre DSM-IV-klustren visar att 30% hade en "udda" personlighetsstörning, 33% minst en i det "dramatiska" och 26% minst en i det sensitiva klustret. Diagnoserna överlappade och den totala andelen med någon personlighetsstörning var ca 65% (Sallmén 2004). Med ökande social avvikelser ökar också den psykiska sjukligheten även bland alkoholproblematikerna. Se också Landheim och Bakken nedan.

Överdödlighet, samsjuklighet och drogberoende

Tre långtidsuppföljningar har gjorts i USA som skildrar spontanförloppet hos heroinberoende patienter med minst 20 och högst 33 års uppföljningstid. Andelen drogfria respektive döda var i de tre studierna 25% respektive 23% (Vaillant, 1973), 22% respektive 49% (Hser, Hoffman, Grella, & Anglin 2001) och 5% respektive 40% (Goldstein & Herrera, 1995). Problemet är att ingen av studierna har beaktat någon moderatorvariabel av psykisk sjukdom/störning som möjliggör analys av inomgruppsvarians.

Enligt EMCDDA (2010) redovisar de flesta kohortstudier dödlighetstal i intervallet 1-2% per år bland tunga narkotikamissbrukare. Detta är en dödlighet om 10-20 ggr högre i motsvarande åldersgrupper i befolkningen. Den danska 15-årsuppföljningen med en kohort patienter ganska lik den här undersökningen hade 32% avlidna efter 15 år eller 2% per år (Sörensen, Haastrup & Juel 2005). Även i gruppen som hade haft stabil drogfrihet var SMR sju gånger högre än i normalbefolkningen.

En långtidsuppföljning (som längst 40 år) av den tidiga kohorten narkotikamissbrukande patienter vårdade 1970–1977 vid S:t Lars sjukhus visade en dödlighet om ca 36% när alla preparat beaktas och 46% döda bland opiatmissbrukare specifikt under samma uppföljningstid (Nyhlén, Fridell, Hesse & Krantz, 2011). Av de som avlidit hade 60% dött en drogrelaterad död i den svenska studien med dödsorsakerna bedömda utifrån obduktionsprotokoll (Nyhlén et al., 2011). Personer med ett initialt alkoholberoende dog senare, som regel efter 58 års ålder och då ofta av somatiska senkomplikationer till sitt tidigare missbruk främst hjärtkärlsjukdomar och tumörer som levercancer som bidragande dödsorsak (Jmfr Tønnessen 2011). Sjukdomarna var lika dem i normalbefolkningen men personerna avled vid en tidigare ålder. Narkomaner i kohorten ovan hade en mycket lägre medelålder vid dödsfallet: 37 år för kvinnor och 39.7 år för män. Få individer i detta material hade haft metadonunderhållsbehandling. Ändå är åldern vid dödsfallet identiskt lik den i ett material från Stockholm där flertalet har haft metadonunderhållsbehandling (Sten-backa et al 2011).

Tidigare nämnda femårsuppföljning av 125 konsekutivt vårdade narkotikamissbrukare från S:t Lars med flera olika klasser av droger följdes upp vid fem år, femton år med intervju och diagnostisk bedömning (Fridell, Hesse & Johnsson 2006; Fridell & Hesse 2006a). Vid fem år var 5% döda (6/125), vid 15 år var 30/125 (24%) döda enligt dödsorsaksregistret. Mortaliteten var stabilt 1.6% döda per år över hela uppföljningen. Bara 8% av patienterna hade fått metadonbehandling under någon period (Fridell, Hesse & Johnsson 2006). Drogfrihet vid fem år predicerade inte mortalitet vid 15 år ($b = 0.30$, Wald statistic=1.88, $p = 0.17$) även om färre hade dött bland dem som varit drogfria 2 år eller längre (12% vs. 28%). Låga poäng på GAF var signifikant relaterat till mortality ($b = 0.07$, Wald=12.0, $p = 0.0005$) liksom till höga

symptom på Global Severity Index i SCL-90 ($b = 0.82$, $Wald = 6.2$, $p = 0.01$). Skalan *meningsfullhet* i KASAM var positivt associerat med lägre risk att dö ($b = 0.61$, $Wald = 7.9$, $p = 0.005$). Antisocial personlighetsstörning hade ingen inverkan på dödligheten.

Suicidförsök och genomfört suicid

Vid genomfört suicid är den vanligaste diagnosgruppen efter depression beroendetillstånd, främst alkohol (Schneider 2009). En meta-analys av 30 studier av Harris & Barraclough 1997 fann en risk 20 ggr högre vid drogmisbruk/beroende jämfört med ålders- och könskorrigerade material (Harris & Barraclough 1997). Blandberoende ökade risken (19 ggr).

I femårsuppföljningen ovan följdes 84% av patienterna upp. Av de som intervjuades uppgav 45% ha gjort minst ett suicidförsök (*paracitid*) fram till uppföljningen (Johnsson & Fridell 2006). De angav att suicidförsöket hade varit impulsivt i bara ca 10% och oftast övervägt under mer än 3 timmar. Efter indexvårdtillfället hade 14.4% av patienterna gjort ett förnyat suicidförsök. Inga patienter i uppföljningen hade fått en psykosdiagnos. En uppföljande djupintervjustudie av 29 st av de ca 59 patienter som gjort suicidförsök i femårsuppföljningen ovan visade att få av patienterna hade en önskan att dö, utan mer att de saknade redskap att söka stöd och hjälp att ta sig ur en hopplös livssituation (Fridell & Johnsson 2001; Johnsson 2002).

Studien av 230 kvinnor LVM-vårdade vid Lunden visade i femårsuppföljning att 19/230 hade avlidit (8%) eller 1.7% per år motsvarande en standard mortality rate av 5.3 ggr högre än för kvinnor i samma ålder. Dödsorsakerna fastställdes genom obduktionsprotokoll och (1%) var bekräftade suicid. Samtliga dödsfall var drogrelaterade (Fridell et al 2009; Jansson 2010).

En jämförbar kohortstudie av narkotikaberoende personer från Norge vid samma tidpunkt fann i en femårsuppföljning (ovan) att 47% redan vid intagningen till behandlingen hade gjort ett eller flera suicidförsök med en högre andel bland kvinnorna (66%) än bland männen (38%) (Ravndal & Vaglum 1999). Med korrektion för ålder var oddsrationivån för män 0.33 jämfört med kvinnorna. I både den norska och den svenska studien hade gruppen med självmordsförsök högre nivåer på SCL-90-variabeln GSI än de som inte gjort självmordsförsök. Under de fem åren efter avslutad behandling rapporterade 27% av 139 uppföljda personer ett nytt självmordsförsök. Patienter med överdoser hade en profil med längre tid i institutions-behandling och högre nivå av opiatanvändning.

I studien av Landheim et al (2002) har narkotikaberoende personer i högre grad än alkoholberoende personer gjort ett eller flera självmordsförsök vid indexvårdtillfället jämfört med patienter utan missbruk. Faktorer som var relaterade till självmordsförsök var en missbrukskarriär längre än 15 år och missbruksdebut före 18 år. Efter 6 år hade (11%) patienter avlidit.

Kriminalitet i ett långtidsperspektiv

I kohorten ovan hade 87 av 104 intervjuade (83%) åtalats och dömts; män i högre grad än kvinnor (Fridell, Hesse, Johnsson 2006). En reliabilitetskontroll av överensstämmelsen mellan registerdata och intervjuuppgifter visade en mycket hög överensstämmelse. Antisocial personlighetsstörning var generellt högre i gruppen som hade en fortsatt brottslighet över hela uppföljningstiden.

I femårsuppföljningen av kvinnor med narkotikaberoende i LVM-vård hade 60% någon gång dömts för brott men antalet åtal var snedfördelat med en mindre grupp (ca 20%) som begick de flesta brotten (Fridell et al 2009; Jansson 2010). Brotten beräknades utifrån registerdata från BRÅ. De flesta brottsrubriceringarna var tillgreppsbrott av olika slag och i mindre grad våldsbrott. Några få kvinnor stod för de flesta våldsbrotten.

Psykossjukdomar är givetvis ett speciellt problem liksom *drogutlösta psykos* och frågan är hur mycket i ett sjukdomstillstånd som beror på sjukdomen, eller andra aspekter av samsjuklighet. Vad gäller drogutlösta psykos finns mycket lite gjort både vad gäller prevalens, förlopp och kriminalitet. Det är kanske främst *schizofrena sjukdomar* och *bipolär sjukdom* särskilt då maniska skov som kan påverka personens verklighetsuppfattning och därmed öka risken för brott. Flera stora svenska registerstudier har också redovisat en ökad kriminalitet hos patienter som diagnosticerats för schizofren sjukdom (Eriksson, Romelsjö & Stenbacka 2011; Fazel et al 2008). Studierna visade en höjd risk för våldsbrott för dem med schizofreni.

Några nyare studier med samkörning av olika registerdata har också kunnat komplettera riskanalysen med data om missbruk av droger och alkohol. Den hittills mest omfattande analysen använde registerdata från Socialstyrelsen (EPC), påföljdsregistret (BRÅ) med kontroll för inverkan av ärftlig belastning genom tvillingregistret analyserade sjukhusinläggningar och domar över perioden 1973-2006 för att studera inverkan av psykossjukdom på kriminaliteten (Fazel, Långström, Hjern, Grann, & Lichtenstein, 2009). Risken för våldsbrott efter en schizofrenidiagnos (n=8 003) matchades mot kontroller i populationen (n=80 025) korrigerat för bakgrund, familj (genetik) och kriminalitet hos syskon (n=8 123) till patienter med schizofreni. Patienter med schizofreni (n=1 054) hade dömts för åtminstone ett brott i 13.2% jämfört med 5.3% av 4 276 personer i den allmänna populationen, OR = 2,0. Men risken var störst för våldsbrott hos schizofrena patienter med drogberoende där 27.6% hade begått åtminstone ett sådant brott (OR=4.4). Utan samtidig samsjuklighet med substansmissbruk var nivån lägre: 8.5%. Risken för våldsbrott var mindre tydlig för de schizofrena patienterna när de jämfördes med icke insjuknade syskon där 17.9% av syskonen hade begått ett brott (Fazel, et al. 2009).

En senare studie beskrev inverkan av bipolär sjukdom på sjukhusvård och våldsbrott i Sverige från 1973 t.o.m. 2004 (Fazel, Lichtenstein, Grann, Goodwin, & Långström, 2012). Urvalet baserades på det svenska slutenvårdsregistret vid EPC och 3 743 patienter med 2 eller fler utskrivningsdiagnoser med bipolär störning, 37 429 kontroller ur populationen samt 4 059 icke sjuka helsyskon jämfördes. Vid uppföljning hade 314 individer (8.4%) med bipolär störning dömts för minst ett våldsbrott jämfört med 1 312 personer i den allmänna populationen (3.5%), vilket ger en justerad Oddsratio om OR=2.3. Liksom i den tidigare kohorten med schizofreni var det substansmissbruk som inverkade mest på kriminaliteten (OR=6.4). När gruppen som dömts för våldsbrott jämfördes med icke insjuknade syskon försvann skillnaden så att också syskonen visade en lika hög grad av kriminalitet (OR=1.0-1.5). Det fanns inga skillnader i kliniska subgrupper: manisk versus depressiv, psykotisk respektive icke psykotisk. Forskarna menar att heterogeniteten i tidigare forskning ger stor variation mellan olika studier men att risken för våld alltid måste beaktas i gruppen bipolära med samtidigt drogmissbruk.

De sistnämnda undersökningarna modifierade en spridd uppfattning i massmedia att psykossjukdom i sig skulle medföra en mycket hög risk för våldsbeteende och att det snarast var missbruket som avgjorde. Detta var ett mycket viktigt inlägg i debatten. Det vi försökt att lägga till i våra analyser är hur personlighetsstörning, främst antisocial, inverkar på förloppen i bl.a. kriminalitet och våldsbeteende.

FRÅGESTÄLLNINGAR:

1. Hur ser kliniska prevalensmönster ut för missbruk/beroende och psykiska störningar i kohorten drogmissbrukare?
2. Hur inverkar personlighetsstörning på förloppet hos narkotikamissbrukare med olika typer av psykiska sjukdomar eller utan någon diagnosticerad psykisk sjukdom?
3. Förloppet i registerdata som beskriver kriminogena mönster, sjukvårdskonsumtion och dödsorsaker i ett långtidsperspektiv.
4. Begår missbrukare med psykiatriska sjukdomstillstånd samma typer av brott som gruppen narkotika-missbrukare utan psykiatriska diagnoser?
5. Skiljer sig brottstyper och brottspåföljder mellan narkotikamissbrukare med toxisk (substansutlöst) psykos respektive de som har en kronisk (icke drogrelaterad) psykosjukdom?
6. Hur ser vårdkonsumtionsmönster ut över tid i en population drogmissbrukare?
7. Hur ser den prematura dödligheten ut, särskilt drogrelaterad dödlighet, i en population drogmissbrukare med och utan samsjuklighet?

METOD

Populationen

Alla konsekutivt vårdade patienter från avgiftningsavdelningen som öppnade i januari 1970 till och med juli 1995 har inkluderats. Det är totalt 1 439 personer som vårdades under perioden. Rutinen var att alla patienter tillfrågades om medverkan i studier.

Från ett urvalsperspektiv var det en fördel att avdelning 1 F var den enda narkomanvårdsavdelningen med regional upptagning. Alla oklara psykiatriska fall hos personer med drogberoende remitterades till avdelning 1F för specialistbedömning eller för en ”second opinion”. En parallellavdelning med upptagning begränsad till Helsingborgs stad/kommun var reserverad för Helsingborgs egna missbrukspatienter (både alkohol- och narkotika) och man hyste där om möjligt en ännu större skepsis mot psykiatrisk behandling. Patienter med misstänkt substansrelaterad (toxisk) psykos remitterades därför vanligen till 1F i Lund. Ibland rörde det sig om patienter med flera års psykossjukdom där remitterande instanser ville kontrollera om det möjligen var en förgiftningsutlöst (toxisk) psykos eller ej. Oftast var det en för vården tidigare okänd eller nyinsjuknad patient som togs emot för bedömning. Ibland kunde remissen med förfrågan om ”second opinion” besvaras, bekräftas eller avvisas redan under det första vårdtillfället men de flesta bedömningarna krävde en uppföljning efter 12 månader eller mer. Den stora gruppen patienter var dock narkomaner där eventuell psykisk sjuklighet inte fanns eller inte var uppenbar i akutsituationen. Majoriteten sökte vård frivilligt.

Vid inläggningen gjordes en *grundlig somatisk/kroppslig undersökning* och *psykiatrisk screening*. Övervakade droganalyser togs och i rutinerna ingick att läkare gjorde en fullständig kroppsvisitation av kroppshälorna för att undvika insmuggling av droger. På samma sätt visiterades patientens packning och kläder. Patienterna accepterade vanligtvis och förstod att visiteringen ytterst var till för att skydda dem själva och medpatienterna för oönskade frestelser och risker. I den första femårsuppföljningen av ett konsekutivt sampel från avdelningen (n=125) fick vi en validering när patienterna själva skattade att den *viktigaste kvalitetsfaktorn* för en avgiftningsbehandling var att *”avdelningen hölls drogfri”* (Fridell 1995; 1998).

Urvalssteg och beräkningsgrund

Den fullständiga kohorten består av 1 437 personer vårdade från 1970-1995. För denna grupp finns fullständiga data för drogdiagnoser (toxikologiska data) så när som på 10 patienter. Dödsorsaker med dödsorsaksprotokoll och obduktionsprotokoll insamlades för alla avlidna (n=499 fram t.o.m. 2010). Vidare finns bakgrundsdata för hela gruppen. Klinisk prevalens för droger, för diagnoser, för överdödlighet och för bakgrundsdata bedöms för hela kohorten.

I urvalet om 1 437 personer fanns 20 personer som svarsvägrade och 274 stannade för kort tid, återkom inte eller kunde inte bedömas av annan anledning. Toxikologiska analyser och dödsorsaksintyg finns för denna grupp liksom anamnestiska uppgifter. Bortfallsanalys har bl.a. jämfört detta bortfall med återstående för att avgöra representativiteten. Det finns inga skillnader mellan grupperna. Vi betraktar det här bortfallet som slumpmässigt. De återstående 1 143 patienterna utgör underlaget för att bedöma klinisk prevalens. Det är 389 individer som fått minst en psykiatrisk diagnos och för hela den gruppen fanns 573 diagnoser som uppgaderades till ICD-10.

Personlighetsstörning bedömdes systematiskt för 817 patienter enligt DSM-III/DSM-III-R/DSM-IV. SCID-II har använts på materialet från 1989 med itembaserade intervjuer med patienterna utifrån DSM-III-R-manualen, senare DSM-IV. En reliabilitetsanalys har jämfört 248 SCID-II-diagnoser med itembaserad klinisk bedömning. Reliabilitetsnivåerna är acceptabla till höga och vi menar att bedömningarna kan generaliseras till hela gruppen narkotikamissbrukare. Personlighetsstörningsdiagnoser enligt ICD-8

(kohort I, n=108 patienter) har inte tagits med p.g.a. svårigheter i jämförbarhet med DSM-III-r. Exklusionen medför sannolikt minst 10% för låg prevalens.

I registersökningar har *data* samlats in för 1 379 patienter. Det är data från påföljdsregistret vid BRÅ, slutenvårds- och till viss del öppenvårdsregistret vid Socialstyrelsen samt dödsorsaksregistret. Användningen av registerdata möjliggör både bortfallsanalyser och kompletteringar av data som vi inte annars haft tillgång till samt möjligheten att följa processen över tid.

Vinsten med föreliggande material är urvalet av "gatunarkomaner" som är relativt homogent. Vidare att diagnostiken kunnat harmoniseras till modern standard och att patienterna kan följas i sin "karriär" över lång tid både inom sjukvården och via register på nationell nivå. Processen/prognosen kan på så vis redovisas. Ett slutenvårdsmaterial av narkomaner kan sannolikt inte längre skapas utanför Kriminalvården. Vi drar slutsatsen att populationen speglar en tung grupp narkotikamissbrukare under den studerade tidsperioden.

Bortfall

Bortfallet är relativt litet. Direkt vägran var bara 20 patienter. Därutöver har ca 20% av de 1 437 inte kunnat bedömas psykiatriskt (n=274). Anledningen var att de varit intagna vid bara ett vårdtillfälle (ofta kort) eller flera gånger men för få vård dagar eller att de aldrig hade återtagits i vården så att en bedömning kunnat göras. Ett mindre antal patienter har kunnat intervjuas och bedömas under eftervård även om slutenvårdstillfället inte kunde användas för bedömning. Bland de som inkluderats finns ett internt bortfall för enstaka variabler och ett mindre bortfall i delstudier som gjorts.

Triangleringsansats

Triangulering som metod anger här att vi använt flera olika datakällor som delvis ger jämförbar eller kompletterande information; a) journalgenomgångar med granskning av alla diagnoser där sen diagnosen används för prediktionsanalyser, b) diagnostiska bedömningar utifrån kvalificerade specialister vid kliniken, standardiserade intervjuer med SCID-II o s v., c) oberoende registerdata som kriminalregister (BRÅ), sjukvårdsregister (Socialstyrelsen) för analys av vårdkonsumtion, och dödsorsaksregistret (Socialstyrelsen) samt obduktionsprotokoll för bedömning av dödsorsak, samt d) laboratoriedata som jämförelse med självrapporterade uppgifter i journaler och intervjuer.

I - Journalgranskning

I den aktuella studien hade 389 patienterna minst en psykiatrisk diagnos förutom drogdiagnosen och förutom personlighetsstörningsdiagnosen. De psykiatriska journalerna hämtades ur arkivet på S.t Lars eller rekvirerades externt. I materialet som utgör underlaget för bedömning av psykiatriska sjukdomsdiagnoser ingår patienter såväl från den tidiga kohorten 1970-1977 som från den senare kohorten (1978-1995).

En genomgång av både journaler och tidiga och senare års datafiler gjordes inför den här undersökningen. Överläkare Per Tätting gick tillsammans med Mats Fridell igenom journalerna och gjorde samtidigt reliabilitetskontroller. Alla journaler för patienter med psykiatriska diagnoser granskades (n=389). Särskilt har data som hade kunnat ändra den ursprungliga diagnosen granskats extra noga. Diagnoserna ställdes vid indexvårdtillfället av minst två specialister och validerades i oberoende bedömningar. Traditionen vid kliniken påbjöd en noggrann beskrivning i klartext med klinisk bild, utbrott, anamnes, beskrivning av ärftlighet i släkt och förstegradssläktingar, beskrivning av symtom, vanföreställningar, typ av vanföreställningar, hallucinationer, innehåll i hallucinationerna etc. som underlättade nutida bedömningar. För 14 patienter fanns dessutom data från rättspsykiatriska utredningar som komplement. Totalt hade ett 70-tal patienter bedömts rättspsykiatriskt enligt våra egna uppgifter. För 8 patienter där långa vårdtider i början av 1970-talet indikerar psykos kunde journalen inte uppbringas.

För samtliga 389 patienter har journalerna i sin helhet gått igenom inkl. remisser, laboratorieanalyser, somatiska remisser och specialistutlåtanden. Bedömare: överläkare Per Tättning vid St. Lars och professor Mats Fridell, leg psykolog, bägge med en lång erfarenhet av beroendevård för narkomaner kontrollerade om de diagnoser som fanns i tidigare datafiler stämde med journaluppgifterna. Vidare vilken diagnos som ställts vid första utskrivningstillfället och den definitiva diagnosen. För diagnoser av substansutlöst psykos krävs i ICD en uppföljning om minst sex månader, och för psykiatriska icke drogrelaterade sjukdomsdiagnoser en observationstid av 12 månader. Vi har använt 12 månader också för de toxiska psykoserna där så varit möjligt.

För att inte påverka prediktionsanalyserna har forskarna *aldrig överprövat* diagnoserna, utan kontrollerat deras korrekthet och funnit få fall där diagnosen behövde ifrågasättas. Ett problem var att de första diagnoserna före 1978 ställts med ICD-8, senare ICD-9 i journalen. Alla psykiatriska sjukdomsdiagnoser uppdaterades till ICD-10 vid genomgången. I uppdateringen till ICD-10 har alla psykiatriska diagnoser redovisats enligt F 20 - F 99 och redovisats efter initial diagnos och sen diagnos.

Differentiering av kronisk psykosjukdom och substansrelaterad psykos

Den viktigaste och ibland svåraste differentieringen vid psykostillstånd är att särskilja vad som är en substansutlöst psykos respektive vad som är en psykiatrisk sjukdom med psykos. I redovisningen beskrivs den initiala diagnosen och den s.k. *sen diagnosen eller slutdiagnosen* med en observationstid av minst 6 månader för substansrelaterad psykos och 12 månader för psykiatrisk sjukdom. Som regel är det 12-månadersuppföljning på samtliga diagnoser utom för drogdiagnoserna.

Psykosdiagnoserna ställdes vid indexvårdtillfället av specialist inom kliniken (vanligen överläkaren/professorn) förutom avdelningens specialistläkare. Varje diagnos baserades således på bedömningar av minst två oberoende specialister. De patienter som före indexvårdtillfället hade vårdats i annan psykiatrisk slutenvård hade fått sin första specialistbedömning där. Många patienter hade dessutom varit i vård efter indexvårdtillfället och stabiliteten i psykosjukdomen har då även kunnat värderas i öppenvård. Psykoserna har daterats upp till ICD-10 i sin helhet.

Behandlaren som möter patienten vid det första vårdtillfället vet sällan om symtomen är en del i en långvarig process där psykosymtomen har förekommit tidigare, eller plötsligt uppdykande, alternativt att substansen momentant har utlöst t.ex. förföljelsetidéer eller hallucinationer. Denna osäkerhetsfaktor bidrog till att psykiatriker remitterade patienter på ibland ganska oklar grund för bedömning till avdelning 1F. Ofta var omfattningen av missbruket inte klarlagt, särskilt gällde detta under 1970-talet och risken fanns att förhistorien inte hade penetrerats tillräckligt i anamnesen. Inläggningen på en beroendeenhet med psykiatriskt erfarna specialister erbjöd i flera avseenden ett undantag från regeln. Diagnosen substansrelaterad psykos presenteras enligt DSM-IV-Tr nedan och inför DSM-5-revisionen (Mathias, Lubman & Hides 2008).

Tabell 5. DSM-IV-TR kriterier för substansinducerad psykos (APA)

-
- A. Utpräglade hallucinationer eller vanföreställningar. Inkluderar inte hallucinationer där personen har insikt i att dessa är substansinducerade.
 - B. Finns belägg från tidigare sjukhistoria, somatisk/psykiatrisk undersökning eller toxikologiska analysen om följande två kriterier:
 - 1. Symtomen i kriterie A utvecklades under eller inom en månad efter en förgiftning av droger eller under abstinens.
 - 2. Användningen av drogen är relaterad till drogintoxikationen eller abstinens.
 - C. Störningen är inte rimligare att betrakta som en psykotisk störning som inte är substansinducerad. Substansinducerad psykos kan ifrågasättas när symtomen föregår användning av drogen, när symtomen fortsätter kontinuerligt under längre tid än en månad efter utsättning eller abstinensbehandling, eller det finns andra indikationer på en oberoende psykosstörning eller en historia med upprepade icke substansutlösta psykotiska skov.
 - D. Psykosen uppträder inte exklusivt under ett delirium.
-

Drogerna påverkar centrala nervsystemet delvis olika vad avser effekten på dopaminsystemet. Amfetamin och kokain kan även under en kort tids användning ge florida vanföreställningar, hallucinationer och förföljelsetidéer (Franck och Nylander (2011). Opiater kan i höga doser ge hallucinationer men sällan av samma verklighetsfrämmande pregnans som övriga droger. Hallucinogena preparat har som namnet säger verkningsmekanismer som kan förvränga verklighetsuppfattningen med åtföljande symptom som stark oro och s.k. ”återtrippa” och är det som motiverar patienten att söka hjälp. ”Återtrippa” är en skrämmande upplevelse som kommer tillbaka utan att individen använt drogen på nytt (Fridell 1991). För en mer detaljerad beskrivning av drogernas effekter hänvisas till Heilig (2010) eller Franck och Nylander (2011).

De vanligaste drogerna som gett psykosymtom i det här materialet av drogberoende personer är amfetamin, följt av cannabis, hallucinogener och blandberoende. Det är dock viktigt att ha klart för sig att kombinationer av droger vanligen innehåller substanser av främst amfetamin eller cannabis och att *psykosymtom i sig inte uppkommer därför att flera droger i sig används samtidigt utan på grund av typen av blandning.*

Diagnostik av depressioner, ångesttillstånd och neurotiska störningar

Neurodiagnoserna i ICD-8 var svåra att direkt översätta till ICD-10. Neurodiagnoserna är problematiska när de jämförs mellan ICD-8 och ICD-9 och ICD-10. I ICD-8 var det framför allt depressioner och ångestdiagnoser (i narkomanmaterialet) som inkluderades under rubriken neuroser, totalt 18.6%, medan den senare ICD-9 diagnostiken tog fasta på landvinningar inom klinik med nya benämningar som *affektiv störning* och en högre grad av differentiering. Med ICD-10 har diagnostiken utvecklats och tar hänsyn till både grad och art av störningar där t.ex. begreppet bipolaritet har ersatt det tidigare begreppet affektiva störningar. I ICD-10 kan även psykosymtom klassificeras för affektiva sjukdomstillstånd i diagnoserna F 30, F 31, F 32 och F 33 där individen *samtidigt hade en psykos* vid vårdtillfället.

Diagnostik av personlighetsstörningar

I den här rapporten används begreppet psykisk sjukdom i enlighet med Ottossons klassiska definition (2004) med krav på enhetlighet i psykopatologi, etiologi, prognos och sjukdomsbild. Också patientens förmåga till realitetstestning har beaktats. Att det blir viktigt att differentiera psykiatriska sjukdomstillstånd är p.g.a. att vissa personlighetsstörningsdiagnoser (även med SCID-II) inte betraktas som en psykiatrisk sjukdom utan en *psykisk störning* som kan vara mer eller mindre allvarlig och genomgripande i personens sätt att fungera men aldrig når den rubning i verklighetsuppfattning som drabbar t.ex. psykospatienter.

Kriterierna för personlighetsstörningar specificerades inte i ICD-8 på samma sätt som i senare diagnostiska system. I kohort I (ICD-8) hade ca 22% av patienterna en personlighetsstörning och prevalensen är således för låg jämfört med nivåerna när modernare instrument som DSM-III-R och DSM-IV används. De flesta patienter hade med 1970-talets terminologi en ”abnorm personlighet”, huvudsakligen av typen antisocial, men jämförbarheten med senare kategoriseringar är tveksam.

Revisionen (DSM-III-r) från 1988 var omfattande och ökade precisionen i diagnoserna genom att man i princip bytte systemet från ett kategorisystem till ett system där items för flera diagnoser ställdes parallellt, vilket ökade reliabiliteten. Med den senare revisionen (DSM-III-r) utvecklades den första standardiserade diagnosmodellen för personlighetsstörningar; SCID-II med en inledande intervju och uppföljningsfrågor. Intervjumodellen med SCID-II översattes till svenska av Lars von Knorring och hans medarbetare och användes 1989 inom narkomanvården i Lund i två av våra projekt. Samtidigt gjordes en total genomgång av tidigare bedömda patienter (totalt 817). Varje diagnos värderades item för item och uppdaterades till DSM-III-r i seminarier med överläkare, psykolog, kurator och ibland annan personal som kände patienten bäst. För patienterna som därefter bedömdes användes SCID-II eller i några fall DIP-Q (Ottosson et al 2002).

Personlighetsstörningar är ett välkänt men sällan diagnostiserat fenomen inom psykiatin. Den kanske tidigaste och mest beskrivna personlighetsstörningen var *psykopati* (Patrick 2007; Reid et al 1982). En pionjär redan på 1950-talet var bl.a. Robert Hare som senare också utvecklade *psykopatiskalan PCL (R)*, Hare et al (1999). PCL-R-skalan har använts som kompletterande bedömning i ca 1/3-del av kohorten 1978-1995.

Undersökningarna i den här studien kompletterades med olika personlighetstest och skalor: SCL-90 (Cesarec & Fridell 2002); Personlighetstesten BCT (Cesarec & Fridell 1980, 2012); CMPS (Cesarec & Marke 1968; 1993), KSP (Schalling et al 1978), KASAM (Antonovski 1995; Hansson och Olsson (2004) samt en skala för socialt nätverk: ISSI, (Henderson 1980; Orth-Gomér 1994) samt skalor för att bedöma suicidalitet. I de uppföljningar som gjordes av representativa sampel utifrån den aktuella kohorten, gjordes mer omfattande bedömningar med standardiserade test och skalor förutom de ovan angivna.

I den första kohorten klassificerades ångest, depressions- och fobiska störningar i ICD-8 under ”neurotiska störningar” (18.6%) som inte helt sammanfaller med de mer pregnanta beskrivningarna i ICD-9 och ICD-10. Diagnostiseringen i den tidiga kohorten underskattade prevalenstalen. Den tidiga delen av kohorten hade bara 22% patienter med personlighetsstörning, den senare kohorten ca 77%. Underlaget för klinisk prevalens av personlighetsstörning var de 1052 patienter minus de 233 som vi betraktar som ett slumpmässigt bortfall i kohort II (n=817). Utöver diagnosen granskades också om farmakologisk eller psykosocial behandling hade åtföljt diagnosen under vårdtillfället.

Diagnostik av Dödsorsaker

I journalerna fanns få referenser till dödsorsaker och relativt få dödsfall var kända för behandlande läkare vid kliniken utom för de fall där dödsfall inträffat under pågående vårdtillfälle eller som suicid i anslutning till pågående vårdtillfälle. I våra analyser av dödsorsaker har både Socialstyrelsens dödsorsaker använts liksom obduktionsprotokoll. Jämförelsen av data från Epidemiologiskt centrum vid Socialstyrelsen och obduktionsprotokollen för samma individer visade att drogrelaterad död underskattades med 37% i Socialstyrelseregistren och genomfört suicid med 73%. (Nyhlén, Fridell, Bäckström, Hesse & Krantz 2011). Totalt har i maj 2012, 518 personer avlidit. I den här redovisningen sträcker sig dödsfallen t.o.m. 2010, vilket omfattar 499 avlidna. Medelålder för dödsfallet för narkomanerna var 39 år och för de med alkoholberoende 59 år.

II - Laboratoriedata

Substanser i toxikologiska analyser registrerades med laboratoriedata i patientens journal. Samtliga är väl beskrivna och kan betraktas som oproblematiske. Alla beroendediagnoser har uppdaterats till ICD-10-diagnoser. Laboratorieanalyser av urinprov medgav en hög precision för bestämning av droger som användes, upp till 7 olika substanser. I den här rapporten redovisas tre möjliga samtidiga substanser och de har uppdaterats till ICD-10 (tabell 3). Blandmissbruk eller blandberoende anges här vid samtidig förekomst av mer än en substans i lika hög omfattning.

III - Registerdata

Dödsorsakerna för samtliga avlidna patienter i populationen har erhållits dels från dödsorsaksregistret vid Socialstyrelsen, dels från dödsorsaksbevis samt obduktionsprotokoll från Rättsmedicinska avdelningar i Sverige och Danmark. Reliabiliteten i dessa har granskats parallellt för 70 av dödsorsakerna av överläkare/psykiatriker Anna Nyhlén och docent/överläkare Peter Krantz vid Rättsmedicin i Lund. Kappa för bedömningarna var $k = .94$. Samtliga dödsorsaksdiagnoser omfattar 518 avlidna till och med 2012, den här rapporten omfattar dödsfall t.o.m. 2010 (499 avlidna). Tidigare ICD-8 och ICD-9 koder har översatts till ICD-10 och redovisats i publikationer (Nyhlén, Fridell, Hesse, Krantz 2011; Nyhlén, Fridell, Bäckström, Hesse, Krantz 2011). Data om *vårdkonsumtion och om kriminalitet* har inhämtats från nationella register enligt ovan.

Reliabilitet

I analyserna nedan används både produktmomentkorrelationer mellan parade jämförelser och beräkningarna har vanligen gjorts med Flies kappas koefficient (k). Enligt Fleiss (1981) är ett kappavärde som överstiger $k > 0.75$ utmärkt medan en nivå mellan $k = 0.40 - 0.75$ indikerar god överensstämmelse, medan ett kappavärde om $k < 0.40$ indikerar dålig överensstämmelse. Ett annat sambandsmått som använts är intraklasskorrelationskoefficienter med kontroll för t.ex. kön och ålder.

Reliabiliteten i klinisk itembaserad diagnostik av DSM-III-R och SCID-II

Personlighetsstörningar enligt DSM-III-r/IV bedömdes. Alla diagnoser redovisas för enhetlighetens skull enligt DSM-III-R, som i stort sammanfaller med kategorierna i DSM-IV (APA 1994).

Tabell 5. Intraklasskoefficienter för SCID-II diagnoser och klinisk manualbaserad diagnos ($n=248$)

Personlighetsstörning	Koefficient	Std. Error	95% konf-intervall
Paranoid	0.720	0.059	0.595 - 0.823
Schizoid	0.580	0.080	0.421 - 0.728
Schizotypal	0.741	0.054	0.624 - 0.836
Vuxen anti-social (ASPD)	0.499	0.101	0.221 - 0.602
Borderline	0.490	0.092	0.317 - 0.665
Histrion	0.336	0.107	0.159 - 0.561
Narcissistisk	0.661	0.068	0.520 - 0.783
Undvikande (fobisk)	0.634	0.074	0.483 - 0.766
Dependent (osjälvständig)	0.542	0.087	0.373 - 0.703
Tvångsmässig (obsessivt – kompulsiv)	0.580	0.082	0.418 - 0.729
Masochistisk	0.417	0.100	0.238 - 0.616

Reliabiliteten mellan diagnoser där SCID II användes innebar en jämförelse med 248 parallella fullständiga itemjämförelser med lika många noggrant gjorda kliniska intervjuer där manual använts. Som framgår av jämförelserna är reliabiliteten hög eller acceptabel för de flesta diagnoserna. En tidigare publikation jämförde data för ett antal parallella diagnoser (femårsuppföljningen: (Fridell, Hesse, Johnsson 2006) med 68 parallella intervjuer där antisocial, borderline, histrion och ingen personlighetsstörning har acceptabla kappanivåer. Reliabilitetsdata ovan har beräknats med kontroll för ålder och kön och anges som intraklasskorrelationskoefficienter (Se Tabell 5). Enbart för borderline och histrion personlighetsstörning finns en signifikant skillnad för kön ($p < .000$) som visar att bägge diagnoserna är signifikant vanligare för kvinnor än för män.

Nivåerna är höga till acceptabla och fullt användbara för de gruppjämförelser som görs i studien. En tidigare jämförelse gav något högre reliabilitetsnivåer för antisocial $K = .59$ ($p < .001$) och borderline $K = .77$ ($p < .000$) och samma nivå som ovan för histrion ($K = .34$, $p < .001$), (Fridell & Hesse 2006). Jämförelsen av 248 parallella bedömningar är således robust och pekar på att materialet i sin helhet är användbart även när manualbaserade kliniska diagnoser har använts.

Reliabiliteten i psykosdiagnoserna

Reliabiliteten i de *tidigare ställda psykosdiagnoserna* har bedömts i oberoende granskning av Mats Fridell och överläkare Per Tättning för 100 patienter efter journalgenomgångar. Samtidigt uppdaterades alla diagnoser till ICD-10. Vi använde en manual för utredningar med DSM-IV och ICD-10 beskrivningar för att skapa ett jämförelseunderlag. Bedömningen av slutdiagnosen baserades på konsensus. Vi fann att bara *fyra av 100 psykosdiagnoser* bedömdes olika av bedömarna utifrån journaldata.

Reliabiliteten i kategoriseringen av de fyra grupperna av samsjuklighet

Med sen diagnosen differentierar vi narkotikaberoende personer med samtidig a) psykosjukdom (Severe Mental Illness = SMI), b) substansutlöst psykos (Substance Induced Psychosis = SIP), c) psykiatrisk sjukdom utan psykos, mestadels depressions-/ångestsyndrom (Other Mental Disorders = OMD) och slutligen d) de som *inte* har någon samsjuklighet, d.v.s. ingen psykiatrisk diagnos utöver beroendediagnosen (no mental illness = No MI). Bedömningarna gjordes av forskarna parvis för 410 patienter. Reliabiliteten skattades med Pearssons reliabilitetskoefficient och visade en total korrelation om $r=.98$ beräknad på alla fyra grupperna (hela kohorten). Korrelationen blir marginellt lägre ($r=.90$) om bedömningen görs på de tre grupperna med en psykisk sjukdom ($p < .000$).

Reliabiliteten för oberoende bedömningar av dödsorsaker

Vid bedömningar av dödsorsaker gjordes en analys av parallella bedömningar av rättsmedicinsk specialist och vår egen forskare. Alla analyserna har gjorts dels med IIR-analys med kontroll av bakgrundsvariabler och med Spearman's korrelationsanalyser. De tidigare resultaten har uppdaterats med patienterna i den senare kohorten 2011. Anna Nyhlen och Peter Krantz vid Rättsmedicin i Lund utvärderade alla post mortem diagnoser i materialet varvid bara 3 av 100 bedömningar skiljde sig åt. En reliabilitetsanalys av 70 parallella protokoll gav ett kappavärde om $k = .94$. Dödsorsaksdiagnoserna uppdaterades samtidigt till ICD-10 (Nyhlén & Fridell, Hesse et al 2011).

Stabiliteten i psykiatriska diagnoser

Stabiliteten i psykiatriska diagnoser kräver minst två diagnostillfällen och stabiliteten beror delvis på intervallet mellan mätningarna. En kohortstudie i Geneve jämförde diagnoser från ett första vårdtillfälle med ett nytt inom en 45-månadersperiod i psykiatrisk slutenvård. Stabiliteten följdes i olika diagnoser: DSM-III-R; SCID I och SCID II (Huguelet, Schneider El Gueddari & Glauser 2001). Stabiliteten var högst för psykosjukdomar, främst schizofreni, med en överensstämmelse av **86.4%**, följd av bipolär sjukdom, **75.5%**, alcohol och drug beroende, **75.3%**, organiskt betingade psykiska sjukdomar, **74.3%**, depressionssjukdom, **60.3%**, ångestsjukdom, **42.3%**, anpassningsstörning, **34.3%**, andra axel I-störningar, **37.1%** samt axel-II-diagnoser (**17.9%**). Stabiliteten i diagnoserna var således generellt hög.

Reliabilitet; självrapporterad brottslighet och registerdata

Överensstämmelse mellan självrapporterad brottslighet i intervju och registerdata brukar vara ett problem för intervjuundersökningar eftersom drogmissbrukares uppgifter anses otillförlitliga. Reliabiliteten brukar anses vara lägre för anhörigas bedömning, bl.a. på grund av att droganvändning är svår att upptäcka även för anhöriga (Miller, Yahne and Tonigan, 2003). Vi gjorde en prövning av brottspåföljder från BRÅ där intervju svar i en femårsuppföljning av ett konsekutivt sampel om 125 patienter i populationen med 84% uppföljningsprocent jämfördes med BRÅ:s kriminalregister (Fridell, Hesse & Johnsson 2006; Fridell, Hesse & Billsten 2006). Totalt 20 intervjuade av 89 där jämförelser kunde göras mellan registerdata och självrapportering uppgav fängelsestraff någon gång under uppföljningstiden 1989-2006. För 15 av dessa fanns uppgift om fängelsestraff i register. För 7 fall uppgavs inte fängelse i intervju men uppgifter fanns i BRÅ-data. Omvänt uppgav 5 personer fängelsestraff utan att detta fanns registrerat i BRÅs registerdata. Resulterande kappavärde var $k = 0,663$, [SE]=0.095. Med korrektion för antal år sedan behandlingen inleddes kvarstod ett $k = 0,552$, [SE]=0.08) vilket gav ett marginellt lägre kappavärdet men på en acceptabel nivå.

Tabell 6. Kappa-värden för överensstämmelse mellan självrapportering och registerdata för kriminalitet varje år i femårsuppföljningen.

Året för observationen	Kappa-värden
Year 1	0.481
Year 2	0.491
Year 3	0.226
Year 4	0.845
Year 5	0.181

Fängelsestraff där uppgiftslämnarna förnekade fängelse men medgav straffpåläggande rapporterades kortare tid i intervjuerna än i registeruppgifterna med som längst underrapporterade straff med 6 månader. Som jämförelse var det längsta registrerade straffet 60 månader. De klienter som förnekade fängelsestraff hade haft kortare än 30 dagars inläsning under de fem åren jämfört med ett genomsnitt av 11 månader bland resterande fängelsedömda [SD=14.2], Mann Whitney U=216, ($p < .01$).

STATISTIK

I undersökningen har data samlats in vid flera olika tillfällen med delvis olika upplägg och data. Reliabilitetsanalyser har gjorts av de psykiatriska diagnoserna och de befintliga ICD-8 och ICD-9-diagnoserna. Detta redovisas i reliabilitetsavsnittet ovan. En homogenisering av data har måst göras i samband med journalgenomgångar och översättning av ICD-8 och ICD-9-diagnoser till ICD-10.

Skillnader i materialen redovisas dels i absoluta tal, dels i procent. Jämförelser av proportioner vid nominal och rangordningsdata har gjorts med Chi-2 analyser där vi i några fall korregerat för sneda fördelningar med Tukey's beräkningsmodell. För jämförelser av data på intervall- eller kvotnivå (främst laboratoriedata) har vi använt t-test och envägsvariansanalys samt i en del fall också multivariatanalys.

Prediktionsanalyserna har övervägt dels fördelningarnas utseende, dels vilken inferens som kan göras från data. Det är två fördelningsmodeller som använts. Poissonfördelning som möjliggör analyser med parametriska mått trots snedfördelning. Här har modellen möjliggjort en anpassning till data. Prediktionsanalyser som gjorts redovisas bl. a. som oddsratio i flera av analyserna och man jämför främst dikotoma mått som att personen dör eller inte dör, begår brott, respektive inte begår brott o s v. Cox-analyser har använts för en del prediktionsberäkningar där Odds-Ratio-kvoter (OR) anges. En annan modell som användes för prediktionen av dödsorsaker var en Coxregression cumulative risk modell enligt Pintilie (2006) där ett dödsfall i ett förlopp ändrar sannolikheten för att ett annat dödsfall i samma sampel skall ge samma prediktion. Metoden är särskilt användbar vid analyser av longitudinella förlopp.

En annan prediktionsmodell som använts är Incidence Rate Ratio (IRR) där beräkningarna beaktar att en viss person under en given period begår *ännu ett brott*. De modeller som använts korregerar så långt detta låter sig göras för variation i bakgrunds- och oberoende variabler. Ett specialfall är regressionsmodellen där samtliga variabler kontrolleras varvid vi också erhåller ett mått på den icke-förklarade variansen. Dessa uttrycks som Alpha eller Rho, beroende på den statistiska modellen.

Alpha är ett relativt stabilt mått på den interpersonella variationen, dvs. den delen av variationen som inte varierar mellan individerna utan mer med faktorer i de variabler som studeras. T.ex. är det i hög grad samma individer som har en hög brottslighet (antal brott) och ofta av samma typ (t.ex. drogbrottslighet eller våldsbrottslighet).

RESULTAT – DEL 1, SUBSTANSER OCH DEMOGRAFI

Majoriteten av patienterna var män, n=995, (70.9%) och n=407 (29.1%) var kvinnor. Medelåldern hos männen var 26,7 år och medianen 25,1 år vid första intagningen med en variationsvidd om 1564 dagar. För kvinnorna var åldern vid första inläggningen 26.08 år i snitt med en median av 23,9 år och en variationsvidd om 1371 dagar. Under 1970-talet servade avdelningen Råby ungdomsvårdsskola med avgiftningar under tvång och de yngsta patienterna var då 16 år. Den yngste i kohorten var 16 år och den äldste över 70 år.

Antalet inläggningar för män var 3.73 med ett snitt av 79,2 (median=35) vård dagar och för kvinnorna 4.28 inläggningar med 78.26 dagar (median=38 dagar). Dagar med tvång utifrån den psykiatriska lagstiftningen (LSPV då) var lågt: 9.5% av männen (n=192) hade tvångsvårdats med i genomsnitt 19,8 dagar (Sd=65,5) och 23.2% av kvinnorna (n=97) hade vårdats någon gång på LSPV med 18 dagar i egenomsnitt (Sd=52). Bara ca 20% i materialet har någon gång under sin livstid fått någon typ av tvångsvård, då huvudsakligen inom LVM eller LVU.

Drogbruket domineras av opiater och amfetamin i ungefär lika stor omfattning. Huvuddelen (70%) injicerade droger. Blandmissbruk var vanligt (70%). Debutåldern var för männen 14,6 år (Sd=2,8) och för kvinnorna 15,5 år (Sd=3,6). Debutpreparat var hasch primärt och amfetamin och alkohol sekundärt. Det fanns få könsskillnader. Trots att proportionen män/kvinnor är 3 till 1 i kohorten så fanns få signifikanta skillnader mellan bakgrundsvariablerna för män respektive kvinnor så som situationen såg ut vid första inläggningstillfället. Ca en tredjedel uppgav opiater som vanligaste preparat och ungefär lika många använde amfetamin. Fler män än kvinnor använde hasch som huvudsaklig drog. Alkoholberoende (kronisk ICD-8) förekom sparsamt. Injektionsmissbruk var lika vanligt bland män som bland kvinnor. Missbruksmönstret kommenteras närmare i följande text. Det var små skillnader mellan män och kvinnor i social bakgrund. Mindre än hälften hade avslutad grundskola. Något fler kvinnor var gifta/sambo än männen och männen hade något mer yrkeserfarenhet från en eller flera anställningar under ett halvt år eller mer.

Tabell 7. Familjebakgrund, uppväxt, vårderfarenheter och rättsliga ingripanden hos män och kvinnor i kohorten narkomaner (n=1383).

	Män (n=995)		Kvinnor (n=407)		Signifikans
	Antal	%	Antal	%	
Missbruk i familjen	545	56.3	128	31.1	8.35 n.s.
Psykisk sjukdom anhörig	499	50.2	206	50.6	1.40 n.s.
Familjemedl psykvårdad	439	44.1	177	43.5	0.61 n.s.
Splittrad familj	283	28.8	141	33.7	8.35 p <.04
Fosterhem	107	10.8	39	9.6	2.62 p <.27
Adoptivbarn	35	3.5	7	1,7	6.40 n.s.
Förälder utl medborgar	215	21.6	84	20.6	0.5 n.s
Barn- & ungdomspsyk	158	15.9	57	14.0	1.41 n.s.
Ungdomsvårdsskola	147	14.8	98	23.4	6.82 n.s.
Tid psykiatrisk tvångsv	243	24.4	103	25.3	3.11 n.s.
Rättspsykiatrisk vård	99	9.9	23	5.5	8.0, p <.,05
Åtalad/dömd för brott	174	17.5	54	13.3	7.87 p <.02
Dömd till fängelse	305	30.7	75	18.4	30.2 p <.00
Skyddstillsyn	364	36.6	119	29.2	13.3 p <.004

Majoriteten patienter kommer från Socialgrupp III, kvinnor har i något högre omfattning partner eller är gifta medan männen dominerar bland ensamma. Nära hälften har avslutad grundskola. Vi har tyvärr inte data om skolbetyg. Över 20% av patienterna har haft stadigvarande yrkeslivserfarenhet före första inläggningen och ytterligare.

Det var en mycket socialt tungt belastad grupp. Drygt hälften hade vuxit upp med missbruk i familjen, och hälften hade haft någon familjemedlem som bedömts ha en psykisk störning/sjukdom. Hälften av familjemedlemmarna hade vårdats för psykiska problem vari ingår också vård missbruk/beroende. Både män och kvinnor hade en hög belastningsgrad i sin uppväxt. Kvinnor kom i högre grad från splittrade familjer och hade varit oftare placerade på ungdomsvårdsskola (äldre kohorten). Vidare hade fler män än kvinnor varit åtalade för brott och män hade en mycket högre andel fängelse än kvinnorna. I linje härmed hade fler män än kvinnor dömts till skyddstillsyn.

Substanser/droger

Alla droger i populationen bestämdes genom övervakade urinprov såväl vid inläggningen som två gånger per vecka under vårdperioden. Baserat på laboratorieanalyser har droganalyser diagnostiserats enligt ICD-8 och ICD-9 (303; 304) och senare omkodats också till diagnoser enligt ICD-10 (F 10 - F 19). Totalt 7 olika droger kunde spåras i rutinanalyserna. Tre olika samtidigt diagnostiserade droger redovisas som mest (tabell 8).

Ett kontinuerligt drogproblem i enlighet med ICD-10 diagnosen beroende (fjärde positionen) kräver åtminstone tre av följande kriterier: (1) en överdriven daglig användning av drogen under ett år eller längre, (2) för andra droger än drogen; användning av substansen åtminstone tre gånger per vecka under 12 månader eller längre, (3) abstinenssymtom vid avgiftning, (4) tidigare misslyckanden med att skära ned på drogen, (5) reducerad social, yrkemässig eller fritidsaktiviteter enligt definitionen.

Table 8. *Substanser i fallande ordning F10-F19 vid första intagningen till St Lars i Lund (n=1404).*

Substans	Primär substans diagnosis (n=1 404)	Sekundär substansdiagnos (n=1 404)	Tertiär substansdiagnos (n=1 152)
Alkohol	F 10 96 (6.1%)	F 10 217 (15.3%)	F 10 74 (5.3)
Opiater	F 11 470 (33.2%)	F 11 57 (5.1%)	F 11 29 (2.0%)
Cannabis	F 12 222 (15.8%)	F 12 319 (22.7%)	F 12 58 (4.1%)
Benso/etc	F 13 101 (7.1%)	F 13 195 (15.9%)	F 13 37 (2.7%)
Amfetamin	F 15 461 (30.5%)	F 15 157 (11.2%)	F 15 24 (1.8%)
Hallucinogen	F 16 16 (2.2%)	F 16 23 (1.6%)	F 16 25 (1.6%)
Solution	F 18 12 (0.9%)	F 18 14 (1.0%)	F 18 7 (0.5%)
Blandmissbruk	F 19 27 (2.0%)	F 19 44 (0.8%)	F 19 2 (0.2%)

Den första diagnosen är den som patienten behandlas för vid vårdtillfället. Opiater utgör i högre grad en huvuddiagnos än övriga preparat (33.2%) och tillsammans med andra och tredje preparat utgör opiat-användningen 39.6% i gruppen (n=556). Alkohol som förstadiagnos utgör en ringa del av drogmönstret men finns hos totalt 387 patienter (27%) när andra och tredjediagnos inkluderas. Bensodiazepinmissbruk (vari vi här inkluderat också barbiturater fram till 1982) är mer vanligt som bidiagnos än som huvuddiagnos (n=333, 23,6%) och var vanligt som bidiagnos till de flesta droger. Amfetamin är den mest använda drogen om bidignoser inkluderas, 45.6% använder den (n=642). På samma sätt använder 43% cannabis totalt (n= 599). Få hade blandmissbruk som primärdiagnos (F19) trots att 70% av patienterna hade mer än en drog i urinanalyser vid indexvårdtillfället.

RESULTAT: DEL II, PREVALENSBEDÖMNING AV PSYKISK SJUKDOM ENL ICD-10

Initial diagnos och slutdiagnos

I tabell 9 redovisas den psykiatriska huvuddiagnosen som förutom drogdiagnos hade satts vid utskrivningen. En del psykiska störningar redovisas senare där personlighetsstörningar utgör den största gruppen. I redovisningen av psykiatriska sjukdomsdiagnoser ingår hela gruppen som bedömts ha en psykiatrisk sjukdom, alltså både kohort I och kohort II. Ångestsyndrom och depressioner som dessutom förekommit som en bidiagnos parallellt med något av syndromen (tabell 10).

Tabell 9. Klassifikation av vissa psykiatriska sjukdomsdiagnoser efter diagnos ställd vid indexvårdtillfälle och efter observationstid av 12 månader: stabilitet och förändring (n=274 i tabellen).

Initial diagnoskategori		Antal	Slutdiagnos	Antal	
F 20 Schizofreni som psykiatriska diagnos (min 12 mån)					
F 20.1- F 20.9	Schizofreni	47	F 20.1-F 20.9	Schizofreni	55
F 12.5	Cannabis	4		Schizofreni	1
F 15.5	Stimulantia	5		Schizofreni	2
F 16.5	Hallucinogen	3		Schizofreni	1
F 19.5	Blandmissbruk	5		Schizofreni	4
F 20.1	Schizofreni	1	F 15.5	Toxisk psykos	1
F 20.5	Schizofreni	1	F 29.9	Ospecifik organisk	1
F 20.5	Schizofreni	1	F 31.6	Bipolär	1
F 20.9	Schizofreni	1	F 33.3	Depressiv psykos	1
Total		67			67
F 22 – Kroniskt vanföreställningssyndrom (n=5)					
F 22.0 – F 22.9	Vanföreställnings-syndrom	4	F 22.0	Vanföreställnings-syndrom	5
F 15.0	Stimulantia intox	1			
Total		5			5
F 23 Akuta och övergående psykotiska syndrom (n=8)					
F 23.0 – F 23.9	Akut/övergående	10	F 23.0 - F 23.9	Akut/övergående	9
			F 29.9	Ospecif. organisk	1
Total		10			10
F 25 Schizoaffektiva syndrom (n=12)					
F 25.0-F 25.9	Schizoaffektivt	10	F 25.0	Schizoaffektivt	12
F 23.0	Akuta/övergående	1			
F 15.0	Toxisk psykos	1			
Total		12			12
F 29 Ospecificerad icke organisk psykos (n=7)					
F 29.9	Ospecif organisk	6	F 29	Ospecif ej organisk	7
F 20.5	Schizofreni	1			
Total		7			7
F 30 Manisk episod, (n= 5)					
F 30.1-30.9	Mani	6	F 30.1 – 30.9	Mani	5
			F 31.8	Bipolär II	1
Total		6			6

<i>FORTS. Initial diagnoskategori</i>	<i>Antal</i>	<i>Slutdiagnos</i>	<i>Antal</i>
F 31 – Bipolär sjukdom			
F 31.0 – F 31.9 Bipolär	27	F 31.0 – F 31.9 Bipolär sjukdom	29
F 31.2 & F 31.5 Bipolär m psykos	6	F 31.2 & 31.5 Bipolär med psykos	9
Total	33		38
F 32. Depression			
F 32 F 32.0-F 32.9 Depression	32	F 32.0 – F 32.9 Depression	32
Total	32		32
F 33. Recidiverande depressioner			
F 33.0 – F 33.9 Recidiv depress.	60	F 33.0 – F 33.9 Recidiv depression	61
F 33.3 Depr m psykos	2	F 33.3 Recidiv m psykos	1
Total	62		62
F 34. Kroniska förstämningssyndrom			
F 34.0 – F 34.9 Förstämningssyndr	32	F 34.0 – F 34.9 Förstämningssyndr	33
F 39. Ospecificerat förstämningssyndr (n=1)			
F 39 Ospecificerat förstämningssyndr	1	F 39 Ospecificerat förstämningssyndr	1
F 40. Fobier			
F 40.0 – 40.3 Fobier	3	F 40.0 – F 40.3 Fobier	3
F 42. Tvångssyndrom			
F 42.0 – F 42.9 Tvångssyndrom	1	F 42.0 – F 42.9 Tvångssyndrom	2
F 43. Anpassningsstörning (krisreaktion eller posttraumatiskt syndrom)			
F 43.0 – F 43.9 Anpassningsstörn	5	F 43.0 – 43.9 Anpassningsstörn	5
F 44. Dissociativa symptom			
F 44.0 – F 44.9 Dissociation	1	F 44.0 Dissociativ amnesi	1
F 50. Ätstörningar			
F 50.0 – F 50.9 Ätstörningar	1	F 50.0 – F 50.2 Ätstörningar	1
F 84. Genomgripande utvecklingsstörning			
F 84.5 Asperger	1	F 84.5 Asperger	1
F 94. Störningar i social funktion			
F 94.0 Elektiv mutism	1	F 94.0 Mutism	1

Schizofreni

Den största psykiatriska sjukdomsgruppen i tabell 13 är schizofreni, som i slutdiagnos utgjordes av 63 personer. I gruppen fanns 9 personer som initialt fått diagnosen substansutlöst psykos. Det fanns också 4 personer där diagnosen schizofreni inte bekräftades som sen diagnos. Prevalensen inom gruppen är 63/274 (23%) av de diagnosticerade och den **kliniska prevalensen i kohorten är 63/1 143 (5.5%)**. En schizofrenispektktrumstörning fanns hos 80 personer.

Bipolär sjukdom

Den andra stora gruppen är olika former av bipolär sjukdom (n=38) varav 9 med psykos. Till detta kommer manisk episod med psykotiska symtom (5 personer). Totalt hade 43 av 274 en bipolär sjukdom (15,7%). **Den kliniska prevalensen är 43/1 143 i kohorten (3.8%).**

Totalt någon psykos utöver substansrelaterad psykos

Med övriga psykoser inkluderade (F20, F22, F 23, F 25, F 29, F 30.2, F 31.2, F 31.5, F 32.3 och F 33.3) finns en prevalens i gruppen av 112/274 (40.9%) av alla psykiatriska diagnoser. **Klinisk prevalens för dem som vid något tillfälle haft en psykos i hela kohorten var 112/1 143 (10.2%).**

Substansutlöst psykos

Tabell 10: Initiala och definitiva substansutlösta psykoser: stabilitet och förändring efter 6-12 månader (n=86)

Initial diagnos	Antal	Slutdiagnos	Slutbeteckning	Antal
F 12 Totalt Cannabis som förstadiagnos i populationen narkomaner, n = 222				
F 12.5 Cannabispsykos	14	F 12.5	Toxisk	11
		F 20.3	Atypisk Schizofreni	1
		F 23.3	Vanföreställningssyndrom	1
		F 31.8	Bipolär 2, recidiverande	1
F 15 Totalt antal stimulantdiagnoser i populationen som första diagnos, n=461				
F 15.0 Akut intoxication	4	F 22.0	Vanföreställningssyndrom	1
F 15.5 Stimulantipsykos	27	F 15.5	Toxisk	23
		F 19.5	Toxisk blandmissbruk	1
		F 20.3	Atypisk schizofreni	2
		F 20.8	Schizofreniform	2
		F 25.0	Schizoaffektivt - mani	1
		F 30.1	Bipolär II - hypomani	1
		F 31.9	Bipolär - ospecificerad	1
F 16 Totalt antal diagnoser med hallucinogener i populationen, n=39				
F 16.5 Hallucinogenpsykos	3	F 16.5	Hallucinogenpsykos	2
			Atypisk schizofreni	1
F 18 Totalt antal diagnoser med lösningsmedelsberoende i populationen, n=26				
F 18.5 Lösningsmedelspsykos	3	F 18.5	Lösningsmedelspsykos	3
F 19 Totalt antal diagnoser multiberoende i populationen, n= 71				
F 19.5 Blandberoendepsykos	34	F 19.5	Psykos av blandmissbruk	26
		F 20.1	Schizofreni - Hebefreni	1
		F 20.3	Schizofreni - Atypisk	1
		F 20.5	Schizofreni - restillstånd	1
		F 20.8	Schizofreniform	1
		F 23.3	Vanföreställningssyndr	1
		F 98.8	Hyperaktivitetssyndrom	1
	34			32
F 29.9				
Psykos UNS	1	F 29.9	Psykos UNS	1
Totalt	86			66

För att kunna avgöra vad som är substansutlöst eller en kronisk psykos i en psykiatrisk sjukdom krävs att patienten kan observeras under en längre tid samt att diagnosen som ställts i en akutsituation kan omprövas efter 6 till 12 månader. Vi väljer här att i linje med ICD-10 sätta en observationstid om minst 6 månader som ett minimum för slutdiagnos (Se Lubman & Hides 2008). Vi har kunnat beräkna 12-månadersprevalensen i samtliga fall.

Definitionen av substansutlöst psykos är enkel; dvs. psykotiska symtom skall försvinna utan kvarstående restsymtom när drogtillförseln avbryts (Ottosson 2005). Sedan kan det ta olika lång tid till fullt tillfrisknande, från några dagar till flera månader beroende på preparat. Längst tid anges för hallucinogener, upp till 6 månader (Fridell 1991). Totalt är det 66 patienter i kohorten som har en sen diagnos av **substansutlöst psykos, dvs. en klinisk prevalens i kohorten av 5.8%**.

Av 222 patienter vårdade med cannabisdiagnos (F 12.5) hade 11/222 en cannabisutlöst psykos som slutdiagnos. Fem procent (5%) av *alla vårdade patienter (n=222) med cannabis som huvuddiagnos* fick en cannabisutlöst psykos. Prevalensen i psykosgruppen för **cannabispsykos** är 11/178 (6.2%) och **den kliniska prevalensen i hela kohorten är 11/1 143 patienter (1%)**.

I stimulantigruppen (F 15) som består av 461 individer har 23/461 vårdade för amfetaminmissbruk en substansutlöst psykos (5%). Prevalensen i gruppen psykos är 23/178 (13%) och **den kliniska prevalensen i kohorten är 23/1 143 (2%)**.

Av 39 patienter som vårdats för hallucinogenberoende (F 16) fanns tre personer med initial substansutlöst psykos varav en som slutdiagnos hade en schizofrenisjukdom. **Klinisk prevalens är 2/1 143 (0.2%)**.

Patienter med beroende av lösningsmedel (F 18) var totalt 26 personer varav 3 bedömdes ha en substansutlöst psykos både vid inläggningstillfället och efter 12 månader. I psykosgruppen är detta 3/178 (1.7%). **Den kliniska prevalensen av psykos orsakad av lösningsmedel i kohorten är 3/1 143 (0.3%)**.

Flest patienter med psykos återfanns i gruppen med missbruk av flera samtida droger (F 19) där substansutlöst psykos i gruppen bekräftades för **14.6%**, 26/178) personer med psykos. **Den kliniska prevalensen i kohorten för drogutlöst psykos med flera samtida droger var (2.3%)** (26/1 143). För 4 patienter med substansutlöst psykos var alkohol diagnosticerad som huvuddrog och opiater för 5 personer (F 11.2). Resten hade ett blandmissbruk utan något specifikt dominerande preparat.

Vikten av att analysera *förloppet för de olika psykiatriska störningarna* visavi substanserna framgår tydligt. Av 86 patienter med en initial substansutlöst psykos bekräftades diagnosen för 66 patienter. Medan 11 hade en sen diagnos schizofrenisjukdom, 3 hade en bipolär sjukdom, 3 ett vanföreställningssyndrom, 1 annan ospecificerad psykosjukdom och 1 hyperaktivitetssyndrom.

I hela gruppen av toxiska psykos (n=66) var det *37 som någon gång (Life-time) tvångsvårdats enligt LSPV eller LPT* (56%); 8/14 med cannabispsykos (F 12.5), 10/24 med amfetaminpsykos (F 15.5) och 13/34 (40%) av psykos p.g.a. flera droger (F 19.5). Totalt är det 31 av 37 tvångsvårdade substansutlösta psykos där någon av dessa tre preparat återfinns. Återstående 6 drogutlösta tvångsvårdade psykos var orsakade av lösningsmedel (F 18.5) eller hallucinogener (F 16.5).

Depressionssjukdomar

Gruppen depressionssjukdomar och förstämningssyndrom (F 32, F 33, F 34 och F 39) som förstadiagnos utgör 128/274 personer (**46.7%**). Diagnoser med psykos har inte räknats in. Till detta kommer 33 personer med depression som bidiagnos vilket sammantaget ger 161 depressionsdiagnoser. **Den kliniska prevalensen av depressionssjukdom i kohorten är 14.1%** (161/1 143).

Ångestsjukdomar

Ångestdiagnoser består av (F 40, F 41, F 42, F 43) utgör i tabell 15 (n=83) totalt 83/274, (30,3%). Till dessa kommer 80 patienter som har en ångestsjukdom som bidiagnos, vilket ger en **klinisk prevalens för ångesttillstånd i materialet av 14,3%** (163/1 143).

Bidiagnoser till annan psykiatrisk diagnos

Diagnoser av depression och ångest samt ytterligare några mindre vanliga diagnoser i populationen där diagnoserna ställts som en bidiagnos till en annan psykiatrisk huvuddiagnos redovisas i tabell 11.

Tabell 11. Psykiatriska diagnoser som finns utöver den primära psykiatriska diagnosen (n=124)

Diagnoskod	Kategori	Antal
	Depressionssjukdom	
F 31.4-F 31.8	Bipolär sjukdom	3
F 32.0-F 32.9	Depressiv episod	8
F 33.1-F 33.3	Recidiverande depr	5
F 34.1	Kronisk förstämning	17
Totalt		33
	Ångestsjukdomar	
F 40.0- F40.1	Fobiska störningar	6
F 41.1- F 41.9	Ångestsyndrom, panikångest, generaliserat	70
F 42.0- F42.9	Tvångssyndrom: tvångstankar, tvångshandlingar	4
Totalt		80
	Övriga diagnoser	
F 50.0 – F 50.9	Ätstörning: Anorexia nervosa, bulimia nervosa	10
F 63.0 – F 63.9	Impulskontrollstörningar: Kleptomani, spelberoende	1
		11
Totalt		124

Som andra eller tredjediagnos har totalt 33 personer fått en depressionsdiagnos. Ytterligare 80 personer har fått en ångestdiagnos, totalt 113 diagnoser. Samtliga dessa diagnoser är ställda för patienter som också behandlats för respektive huvuddiagnos vid indexvårdtillfället (tabell 11).

Patienter med en ”neurodiagnos” enligt ICD-8 utgör 18,6% men vi har inte inkluderat dem i totalbilden p.g.a. diagnostiska jämförbarhetsproblem. I modern ICD-10-diagnostik kan man betrakta dessa som depressions- och ångestdiagnoser.

Personlighetsstörningar

I den tidiga delen av kohorten fanns 108 patienter som hade minst en personlighetsstörning (32%) enligt ICD-8 eller ICD-9. Dessa diagnoser har *inte inkluderats i analyserna* eftersom diagnosförfarandet inte var kompatibelt mellan kohorterna. Om patienten däremot kunnat bedömas igen med en DSM-III-R eller DSM-IV/DSM-5 har den modernare diagnosen inkluderats.

Av de 1052 där personlighetsstörning teoretiskt kunde bedömas enligt DSM-III-r var det 240 missing data. Av tabell 16 framgår att av de 812 individer som bedömdes hade 144 (17,2%) ingen personlighetsstörning och 620/812 hade minst en personlighetsstörning (76.3% av de bedömda), 248/812 personer hade två personlighetsstörningsdiagnoser (31%) och 124/812 (15.3%) hade tre personlighetsstörningsdiagnoser (Se tabell 12).

Den kliniska prevalensen för hela kohorten för personlighetsstörning är 60% (673/1 143). För två diagnoser med personlighetsstörning är 248/1 052 (24%) och 124/1052, 12%, hade tre.

Tabell 12. *Personlighetsstörning I DSM-III-r i delkohort II, 1978–1995 (n=1052). Antal bedömda (817)*

DSM IV	Kluster	Antal	ICD-10	Personlighetsstörning	Ant	Valid%
0	Ingen Pd	144		Ej personlighetsstörning (bedömd)	144	19.0
301,0	I Udda	62	F 60.0	Paranoid	25	3.3
301,20	I		F 60.1	Schizoid	26	3.4
301,22	I		F 21.0	Schizotypal	11	1.5
301,70	II Dramatisk	343	F 60.2	Anti-social (ASPD)	208	27.4
391,83	II		F 60.3	Borderline (<i>emotionellt instabil</i>)	62	4.4
301,50	II		F 60.4	Histrion	36	4.7
301,81	II		F 60.8	Narcissistisk	37	4.9
301,82	III Sensitiva	150	F 60.6	Undvikande (fobisk)	11	1.3
301,60	III		F 60.7	Dependent (osjälvständig)	47	6.2
301,40	III		F 60.6	Tvångsmässig (obsess. – kompuls)	17	1.7
301,90	III		F 60.8	Passivt-aggressiv	40	5.3
301,90	III		F 61	Masochistisk (Specifik)	25	3.2
301,9	UNS	75	F 61	UNS	75	9.9
Uppgift saknas					240	22.8
Totalt					1 052	

Den vanligaste diagnosen var antisocial (27,4%), högre bland män (34,6%) än bland kvinnor (10,2%).

I tabell 13 visas samsjuklighet för dem som bedömts avseende både sen diagnos av någon psykisk sjukdom **och** någon samtidig personlighetsstörning. Med sen diagnosen differentierar vi narkotika-beroende personer med samtidig a) psykossjukdom (Severe Mental Illness = SMI), b) substansutlöst psykos (Substance Induced Psychosis = SIP), c) psykiatrisk sjukdom utan psykos, mestadels depressions-/ångestsyndrom (Other Mental Disorders = OMD) och slutligen d) de som *inte* har haft någon psykiatrisk diagnos utöver beroendediagnosen (no mental illness = No MI).

Av tabell 13 framgår att av de patienter som kunnat sambedömas för både personlighetsstörning och annan psykiatrisk diagnos, hade totalt 817 individer (82%) åtminstone en personlighetsstörningsdiagnos. I nedanstående tabell redovisas data för 755 som kunnat sambedömas. Av de 491 individer som *inte* hade en psykiatrisk sjukdomsdiagnos hade 405 däremot en personlighetsstörning (82%). I gruppen med allvarlig psykisk sjukdom (SMI) psykos var det 60/112 (53%) och i gruppen med substansutlöst psykos 31/66 (47%) samt i gruppen med depressions-/ångeststillstånd 115/148 (76%) som hade minst en personlighetsstörning.

Tabell 13. Antal och andel patienter där samtidig psykisk sjukdom och personlighetsstörning bedömts (n=753)

	<i>No MI</i> (n=491)	<i>SMI</i> (n=112)	<i>SIP</i> (n=66)	<i>OMD</i> (n=148)	<i>Totalt</i> n=817
<i>Ingen PD</i>	86 (17.5)	18 (23.1)	5 (13.9)	35 (23.3)	144 (19.1)
Paranoid	13 (2.6)	2 (2.6)	2 (5.6)	8 (5.3)	25 (3.3)
Schizoid	14 (2.9)	3 (3.8)	4 (11.1)	4 (2.7)	25 (3.3)
Schizotyp	3 (0.6)	6 (7.7)	0	2 (1.3)	11 (1.5)
Histrionisk	19 (3.9)	3 (3.8)	5 (13.9)	9 (6.0)	36 (4.8)
Narcissistisk	24 (4.9)	4 (5.1)	0	9 (6,0)	37 (4.9)
Antisocial	162 (33.0)	15 (19.2)	4 (11.1)	25 (16.7)	206 (27.3)
Borderline	21 (4.3)	11 (14.1)	6 (16.7)	24 (16.0)	62 (8.2)
Avoidant	7 (4.3)	0	2 (2.8)	2 (1.3)	11 (1.3)
Dependent	34 (6.9)	4 (5.1)	0	9 (6.0)	47 (6.2)
Tvångsmässig	6 (1.2)	1 (1.3)	2 (5.6)	4 (2.7)	13 (1.7)
Passivt-aggres.	30 (6.1)	2 (2.6)	1 (2.8)	7 (4.7)	40 (5.3)
Masochistisk	16 (3.3)	2 (2.6)	0	6 (4.0)	24 (3.2)
NUD	56 (11.4)	7 (9.0)	6 (16.7)	6 (4,0)	75 (9.9)
SUMMA	491	78	36	148	753

1) Kolumnprocent inom varje kategori i tabellen

RESULTAT; DEL III, SAMBAND

Utfall och förlopp i kriminalitet

Registerdata används i den här studien dels som kompletterande utfallsmått, dels för att följa förändringar över tid i påföljdsregistret, patientregistret och dödsorsaksregistret vid Socialstyrelsen. Utfallsmåtten är på så vis att betrakta som unbiased och helt bortom påverkan från forskargruppen som arbetat med de oberoende variablerna, psykopatologin i gruppen. Den andra fördelen är att vi på så vis kan följa en narkomanpopulation som denna längre tillbaka än vi själva kunnat samla in data och på ett konsistent sätt över tid fram till nutid. Totalt omfattar gruppen 60 061 brott och 22 123 åtal. Antalet våldsbrott är 2.531,

Tabell 14: Åtal för olika typer av brott i kohorten vårdad 1970-1995 enligt påföljdsregistret 1975 – 2006 (n=1.490).
Registrering av olika brott i relation till huvudbrottet

	Tot n	Cum	%	Brott 2	Brott 3	Brott 4	Brott 5	Rest
Other	1194	1194	5,4	3788 (17)	2300 (10)	1495 (7)	1170 (5)	536 (3,7)
Våldsbrott	715	1909	3,24	440 (2)	261 (1,2)	202 (.91)	120 (0,5)	115 (0,5)
Mord	15	1924	0,07					
Vållande till annans död	2	1926	0,01					
Stöld/tillgrepp/Häleri	7418	9344	33,5	2893 (13)	2057 (9,3)	3280 (7,2)	1167 (5,3)	1179 (5,3)
Grov mordbrand	20	21334	0,09					
Våld mot tjänsteman	434	13946	1,97					
Grovt rån/rån	180	9524	0,81	7 (0,03)	5 (0,02)	10 (0,04)	3 (0)	2 (0,007)
Bilstöld	802	10326	3,63					
Bedrägeri/förfalskning	1323	11649	6,0	838 (3,8)	567 (2,6)	429 (2)	354 (1,7)	322 (1,5)
Fencing	870	12519	3,9					
Ekonomiska brott	308	12827	1,4					
Vandalism	546	13373	2,5					
Allmänfarligt brott	17	13390	0,09					
Mened	58	13448	0,26					
Störande av ordning	64	13512	0,29	369 (1,7)	248 (1,2)	174 (.79)	113 (0,5)	138 (1,5)
Trafikbrott	2822	16768	12,8					
DUI	564	17332	2,5					68 (0,31)
Droginnehav	1797	19129	8,1					255 (1,2)
Allvarligt drogbrott	136	19265	0,6					
Drogrelaterat annat	1330	20595	6,0					
Smuggling	719	21314	3,3					
Innehav av farligt vapen	80	21414	0,36					
Missing	709	22123	3,2	13788 (62)	16685 (75)	16823 (82)	19194 (87)	20851 (0,9)

= (B1L1KAP=3)+(B1L1KAP=3)*(B1L1PAR=1)+(B1L1KAP=3)*(B1L1PAR=2)+(B1L1KAP=3)*(B1L1PAR=7)*2
+(B1L1KAP=8)*4+(B1L1KAP=8)*(B1L1PAR=5)+(B1L1KAP=8)*(B1L1PAR=6)+(B1L1KAP=8)*(B1L1PAR=7)*
2+(b1l1kap=9)*7+(b1l1kap=9)*(b1l1par>3)+(b1l1kap=10)*9+(b1l1kap=12)*10+(b1l1kap=13)*11+(b1l1
par.

Tabell 15. Antal brott i påföljdsregistret uppdelat på patienter utan någon diagnos, (n=1071), substansrelaterad psykos (SIP, n=69, psykiatrisk sjukdom med psykos (SMI, n=126) respektive de utan psykos men någon annan psykiatrisk diagnos, (n=148). Brottdata i sin helhet från (BRÅ). Totalt 379 patienter har både diagnos och brottsregisterdata.

	Ingen diagnos 1021 ³	SIP psykos 69	SMI psykos 126	OMD ej psykos 148	Total 1399 ⁴
Totalt antal brott	50407	2183	3003	4054	59456
Medeltal antal brott – lifetime	46.9	37.0	24.2	28.0	42.5
Medelvärde vid rangordning av grupper	727.84	641.03	583.88	617.66	
Lägre kvartilen	6	2	3	3	5
Medianen för antal brott – life-time ⁵	25	14	13	14	22
Övre kvartilen	58	50	35	42	53
Våldsbrott annat än nedan uppräknade	45.6%	49.2%	39.7%	46.4%	45.6%
Våldsrelaterat brott	39.7%	35.6%	42.5%	39.9%	39.7%
Våldsbrott	27.4%	28.8%	27.4%	22.1%	27.1%
Mord	1.0%	1.7%	0.8%	0.7%	1.0%
Vållande till annans död	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%
Rån	11.7%	5.1%	8.9%	4.2%	11.4%
Farliga brott (mordbrand, riktat mot person)	1.2%	1.7%	1.6%	2.1%	1.2%
Innehav av livsfarligt vapen	5.3%	3.4%	3.2%	2.1%	4.7%
Stöld, inbrott, häleri, etc.	45.2%	44.1%	27.4%	44.4%	43.4%
Bilstöld	26.4%	23.7%	18.5%	28.1%	26.4%
Bedräger, forgery, etc.	43.9%	45.8%	28.1%	46.0%	43.9%
Fencing	35.8%	28.8%	21.0%	32.4%	33.8%
Ekonomiska brott	19.5%	13.6%	9.7%	13.8%	17.8%
Vandalism	23.9%	29.8%	31.4%	26.2%	25.0%
Mened Purgery	4.2%	1.7%	1.6%	2.8%	3.8%
Störningar mot lugn och ordning	4.3%	0.0%	4.8%	4.1%	4.1%
Våld mot tjänsteman	18.6%	11.9%	21.0%	11.7%	17.8%
Trafikbrott – alla typer	43.9%	35.6%	32.3%	32.4%	52.1%
Kört under inverkan av droger	25.4%	22.0%	17.1%	27.6%	25.4%
Drogrelaterade brott					
Innehav av droger	50.6%	42.4%	49.3%	51.8%	50.6%
Allvarligt drogbrott	8.0%	8.5%	2.4%	2.8%	7.0%
Drogrelaterade andra brott	41.9%	25.4%	26.7%	45.1%	41.9%
Smuggling	30.6%	25.4%	25.0%	31.7%	30.0%
Alkoholrelaterat brott	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Någonsin fängelse	60.0%	39.0%	35.5%	45.5%	55.7%

³ Inkluderande personer som inte kunde diagnosticeras eller länkas till brottsregister (n=285)

⁴ Inkluderande personer som inte kunde diagnosticeras eller länkas till brottsregister (n=285)

⁵ Kruskal-Wallis ANOVA.

Brottslighet och psykisk sjukdom

Patientmaterialet har delats in enligt följande: 1. Patienter utan samsjuklighet (No Mental illness=No MI), d.v.s. ingen psykiatrisk diagnos utöver missbruksdiagnos. 2. med substansutlöst psykos (SIP). 3. med psykisk sjukdom med psykos, ej substansutlöst (SMI=severe mental illness), 4) med psykisk sjukdom utan psykos (OMD=other mental disorder) Gruppen med psykiatrisk sjukdom och psykos utgörs av 126 personer. Gruppen patienter med substansrelaterad psykos utgörs av 66 patienter. Gruppen med depressioner och ångesttillstånd utgörs av 148 personer var till fogas patienter med ångest- eller depressionsdiagnos som bidiagnos till annan psykiatrisk störning (n=124). Totalt 513 psykiatriska diagnoser hade ställts för de 389 personerna.

Av de 1 143 patienter som teoretiskt kunnat bedömas och som utgör underlaget för prevalensskattningarna är det 126 som har en svår psykisk sjukdom med psykos (SMI=Severe Mental Illness) och 66 som hade en bekräftad substansrelaterad psykos (SIP). Skillnaderna redovisas i tabell 21. Gruppen av 146 personer med *annan psykiatrisk sjukdom* (OMD=*other mental disorder*) innefattar huvudsakligen depressions- och ångesttillstånd utan samtidig psykos. Vidare har 1 071 individer inte någon psykiatrisk diagnos utöver missbruket.

Av tabell 15 framgår att *medelantalet brott är högst för den stora gruppen utan någon psykiatrisk diagnos utöver substansberoende* (No MI). Denna grupp har en högre brottsbelastning än övriga grupper. **Våldsbrott** är lika vanligt i gruppen med psykosjukdom som i gruppen utan psykos men marginellt lägre i gruppen med psykisk sjukdom utan psykos (OMD). Stöld, häleri, ekonomiska brott etc. är minst vanligt bland patienter med psykos (SMI). En brottstyp som är vanligare bland psykospatienter än bland övriga är *våld mot tjänsteman*.

Drogrelaterade brott som innehav av droger är mindre vanligt i grupperna med psykos. Allvarligt drog-brott är marginellt lägre bland psykospatienter och dem med övriga störningar. Alkoholrelaterade brott har inte registrerats i någon av grupperna. En indikator på brottens tyngd är att den stora gruppen utan psykiatrisk diagnos har en väsentligt högre andel personer som dömts till fängelse än övriga grupper. Lägst ligger de med psykos.

I följande analyser jämförs inverkan av dessa fyra olika grupper av grad och art av psykisk störning på utfallet i kriminellt beteende, sjukvårdskonsumtion samt dödlighet.

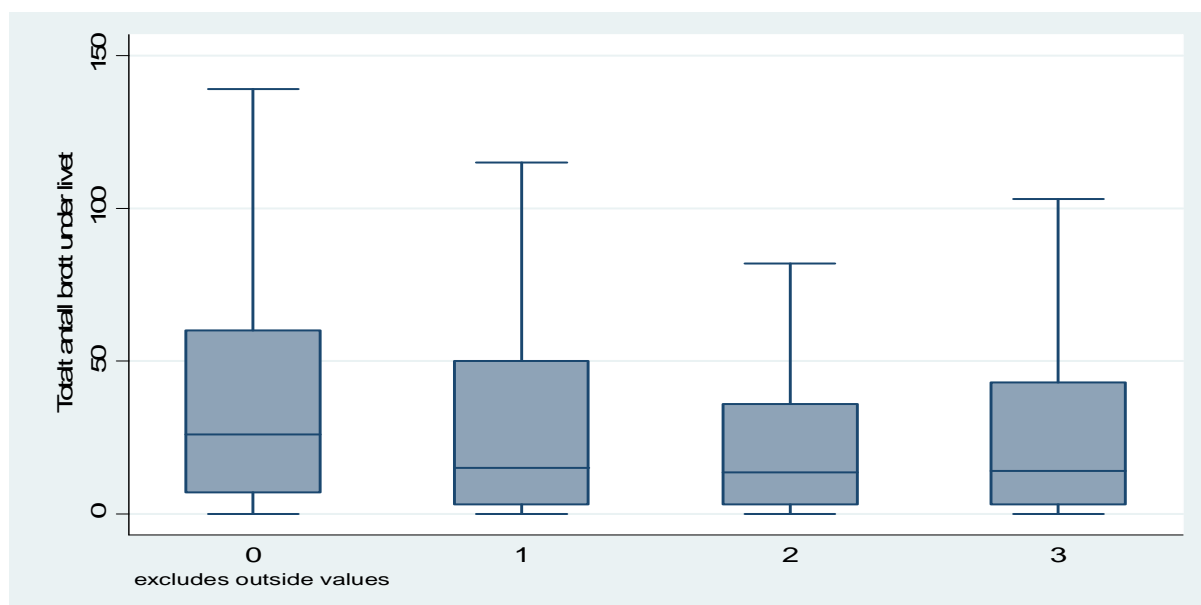
SMI är patienter som har haft någon samsjuklighet där psykos ingår i den kliniska bilden. Gruppen består av patienter med schizofreni: och bipolär sjukdom med psykos F 31.0, F 31.2, F 31.5, F 31.6, F 31.8 och F 31.9. Till psykosgruppen räknas också depressionssjukdomar *med psykos*: F 32.3, och F 33.3, samt svåra förstämningssyndrom med psykos, F 34.0.

Tabell 16. *Psykiatriska diagnoser med resp utan psykosdiagnos av alla diagnoser (antal diagnoser 389).*

Diagnoser	Antal	Procent
Psykosjukdomar inkl schizofreni F 20 – F 25, F 28, F 29	94	24,4
Bipolär F 30- F 31	26	6,8
Depression med psykos F32.3, F33.3, och F34.3	11	2,9
Substansutlöst psykos F 10 – F 19 med kod xx 5	66	15,3
Psykisk sjukdom utan psykos	148	38,4
Sekundärdiagnos psyk sjukdom utan psykos	44	12,2
Totalt	389	100

Tabell 17. Antal personer, antal brott och procentuell andel av alla brott

	Individer	Antal brott	Procent
Ej ngn psykiatrisk diagnos	1 077	50 216	84,5%
Psykiatrisk diagnos utan psykos	148	4 054	6,8%
Psykossjukdom, ej substansutlöst	125	3 003	5,1
Substansutlöst psykos	59	2 183	3,6
Totalt	1409	59 456	100



Figur 4. Life-time antal brott i fyra grupper av patienter med narkotikaberoende: 0: ingen psykiatrisk diagnos No MI (n=1077), 1: substansutlöst psykos, SIP (n=59), 2: svår psykisk sjukdom med psykos, SMI (n=125), 3: psykisk sjukdom utan psykos, OMD (n=146). Extremvärden (outliers har exkluderats linjer anger medianer, boxarna representerar interkvartilintervall och linjerna är värden som inte räknats som outliers)

I figur 4 ovan presenteras de fyra grupperna utifrån kriminalregisterdata. Gruppen utan diagnosticerad störning har högst belastning i påföljdsregistret men också den största variationen.

Tabell 18 Antal brott som patienten åtalats för i en kohort av narkotikamissbrukare vårdade 1970-1995.

		No MI	SMI	SIP	Pearson $\chi^2(2)$	P-värde
Brott före först inlägg	Nej	156	26	13	8.69	0.013
	Ja	677	72	24		
	%	81.27	73.47	64.86		
Brott efter indexvårdtillf	Nej	148	29	6	8.80	0.012
	Ja	741	73	32		
	%	83.35	71.57	84.21		

Antal patienter som någon gång åtalats för någon typ av brott fram till året för första vårdtillfället i missbruks-/beroendevård jämfört med en grupp patienter som begått brott efter indexvårdtillfället på St Lars. Andelarna är ungefär desamma vid bägge jämförelserna men gruppen med substansutlöst psykos har en högre ökning av brott efter indexvårdtillfället.

Table 19. Åtal för drogbrott före första vårdtillfället i missbruks-/beroendevård jämfört med en grupp patienter som vårdas för drogbrott efter indexvårdtillfället på S:t Lars under perioden i 1970-1995.

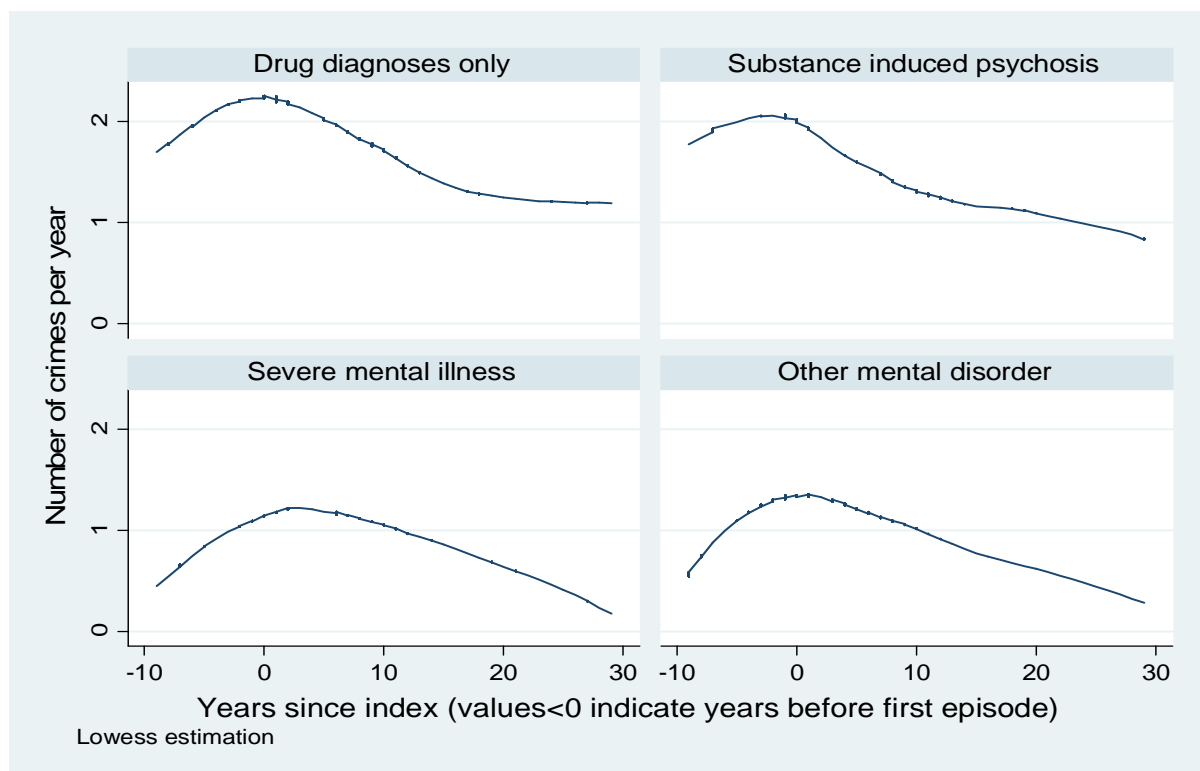
		Ej MI	SMI	SIP	Pearson $\chi^2(2)$	P-value
Drogbrott före	Nej	504	57	24	4.70	0.095
	Ja	243	22	4		
	%	32.53	27.85	14.29		
Drogbrott efter	Nej	466	59	28	1.70	0.428
	Ja	448	47	20		
	%	49.02	44.34	41.67		

Patienter som vårdats för drogbrott före första vårdtillfället i missbruks-/beroendevård jämförs med de som vårdats för drogbrott efter indexvårdtillfället på St Lars. Definitionen för drogbrott omfattar innehav av droger, försäljning eller smuggling.

Det fanns en tendens till att färre patienter har dömts för drogbrott före index. Gruppen med substans-inducerad psykos har en mycket ringa andel dömda. I samtliga grupper är andelen som dömts för drogbrott *högre efter än före första vårdtillfället* men variationen mellan grupperna är inte signifikant.

Brottstyper per år i ett longitudinellt perspektiv

Nedan jämförs de fyra grupperna med varandra med startpunkt 10 år före indexvårdtillfället med index som nollpunkt och trettio års uppföljning. Den första registreringen i brottsstatistiken är från 1973 medan data dessförinnan är alltför sporadiskt registrerade för att kunna användas med säkerhet. Figuren visar antalet brott per år i de fyra grupperna.



Figur 5. De fyra grupperna med och utan psykiatrisk störning från 10 år före indexvårdtillfället upp till 30 år efter index. Avser antal brott per år under observationstiden.

Narkotikaberoende personer med enbart drogdiagnos har en högre nivå brott i snitt redan före inläggningen och ligger hela tiden på en högre nivå än övriga. Personer med substansinducerad psykos

ligger marginellt lägre än grupp I kring inläggningen men avtar i brottsregistreringen mer än grupp 1 över tid. Gruppen med allvarlig psykiatrisk sjukdom med psykos (grupp III) har ungefär hälften så hög nivå före och vid index, sedan avtar brottsregistreringen linjärt över tid. Gruppen som inte har någon psykos och domineras av depressioner och ångestillstånd visar liknande profil som gruppen med psykos-sjukdomar. Patienterna fortsätter att vara involverade i brott också efter behandling.

I följande analyser används en metod som använder en poissonfördelning, och en beräkningsmetod: IRR = *incidencerate ratio* eftersom frågan här inte bara är vilken grupp som har fler eller färre ingripanden utan *hur många personer som under en bestämd period begår ännu ett brott*. För att se om själva den statistiska modellen påverkar jämförs i nedanstående analys två modeller med och utan tillägg av interaktion med tid (tabell 20).

Tabell 20. *Prediktion av antal brott per år där random effects poisson regressions används n=1317, 25569 observations-år. Wald $\chi^2(13) = 2627.92$*

	Model 1				Model 2			
	Coeffic.	[95% Conf	Interval	P-värde	Coeffic.	[95% Conf.	Interval	P- värde
Referens = ingen psykiatrisk diagnos					Referens=Ingen psykiatrisk diagnos			
Ingen psykiatrisk diagn	Referens				Referen			
SIP – substanspsykos	-0.38	-0.75	-0.02	0.037	-0.47	-0.84	-0.11	0.012
SMI- psykos	-0.55	-0.82	-0.29	0.000	-0.51	-0.78	-0.24	0.000
OMD-psyk sjd,ej psykos	-0.21	-0.45	0.04	0.100	-0.20	-0.46	0.05	0.116
TID								
1*time	-				0.01	0.00	0.02	0.009
2*time	-				-0.01	-0.01	0.00	0.130
3*time	-				0.00	-0.01	0.01	0.909
Referenskategori = ingen psykiatrisk diagnos					Referens=ingen psykiatrisk diagnos			
Kvinnligt kön	-1.01	-1.17	-0.84	0.000	-1.01	-1.17	-0.84	0.000
Intagningsålder	-0.04	-0.05	-0.03	0.000	-0.04	-0.05	-0.03	0.000
Opiater och opioider	0.30	0.13	0.47	0.001	0.30	0.13	0.47	0.001
Stimulantia	0.44	0.28	0.60	0.000	0.44	0.28	0.60	0.000
Cannabis	-0.13	-0.29	0.03	0.117	-0.13	-0.29	0.03	0.118
Alkohol	0.13	-0.04	0.31	0.141	0.13	-0.04	0.31	0.137
Alpha	1.72			0.000	1.72			0.000

Notes: Model 1: Effects of disorders adjusted for time, gender, age and type of drug.

Model 2: Interactions between each diagnosis and time added.

I den andra analysmodellen relateras svår psykisk sjukdom med psykos till ett mindre antal brott. Slut-satsen är oberoende av beräkningsmodell. Substansinducerad psykos är också relaterad till lägre antal brott i bägge modellerna. Men med modell 2 som tar in tidsaspekten i analysen finns en interaktionseffekt som visar en ökning av den relativa andelen brott över tid också för den substansinducerade psykosen. Yngre man som missbrukar cannabis och stimulantia är förknippat med högre nivåer av brott.

Faktorer som påverkar är lång tid sedan tidigare psykiatrisk vård vilket minskar risken för ingripande. För kvinnor minskar risken (11%), medan för personer med lång historia av tidigare psykiatrisk vård så ökar risken med 30%. Opiater ökar risken för nya åtal med 42% och amfetamin ökar risken med 45%.

Av tabell 21 framgår att efter indexvårdtillfället så ökar antalet brott i gruppen med psykossjukdom med 24% per år ($p < .05$). I gruppen med substansutlöst psykos minskar antalet brott med 15% efter index och i gruppen psykisk sjukdom utan psykos ökar den med 11%. De två sista förändringarna är inte signifikanta. I gruppen med psykossjukdom ökar antalet brott signifikant med 24%. För samtliga tre grupper minskar antalet brott signifikant över tid utom i gruppen psykisk sjukdom utan psykos ($p < ,001$).

Tabell 21. Faktorer som predicerar antal brott.

Prediktorer	IRR	Std. Err.	Z	P-value	95% CI-	95% CI+
0. No MI, ingen diagnos	Reference					
1. SIP, substanspsykos	0.85	0.12	-1.15	0.252	0.64	1.12
2. SMI, Psykossjukdom	1.24	0.13	1.97	0.049	1.00	1.53
3. OMD, psyk sjd, ej psykos	1.11	0.12	1.00	0.315	0.91	1.36
Interaktion med tid						
4. Tid i år	0.97	0.00	-42.02	0.000	0.96	0.97
1*4 SIP över tid	1.01	0.00	3.20	0.001	1.00	1.02
2*4 SMI över tid	0.99	0.00	-3.24	0.001	0.98	1.00
3*4 OMD över tid	1.00	0.00	0.39	0.694	0.99	1.01
Kovariat:						
Kvinnligt kön	0.77	0.05	-3.95	0.000	0.67	0.87
Ålder vid inläggning	0.98	0.00	-4.71	0.000	0.97	0.99
Baseline drog diagnos						
Alkohol	1.00	0.07	0.03	0.978	0.87	1.15
Opioider	1.23	0.09	2.94	0.003	1.07	1.41
Cannabinoider	1.00	0.06	0.07	0.944	0.89	1.14
Sedativa	1.01	0.07	0.10	0.922	0.87	1.16
Stimulantia	1.17	0.08	2.42	0.016	1.03	1.33
Kriminalitet före	1.71	0.04	25.41	0.000	1.64	1.79
Alpha	0.90	0.04		0.000	0.82	0.99

Notes: 0: Ingen psykiatrisk diagnos. SIP: Substansinducerad psykos. SMI: Severe mental illness med psykos.

OMD: Other mental disorder utan psykos, IRR = Incidence-rate ratio

Antal brott året före första registrerade brottet enligt BRÅs påföljdsregister.

Kvinnor har 23% färre brott per år efter index ($p < .000$). Med ökande ålder sjunker antalet brott per år med ett par procent ($p < .000$). Missbruk av opioider ökar risken för att bli åtalad och fälld med 23% per år ($p < .003$), och med 17 % för amfetaminmissbruk ($p < .016$). Personer med högre kriminalitet före index har fortsatt 71% högre kriminalitet över tid ($p < .000$).

Våldsbrott och psykisk sjukdom

En viktig fråga som många forskare har belyst i olika material är den om psykosjukdom kan vara en orsak till våldsbeteenden hos patienterna. I tabell 22 jämförs våldsbrott före index och efter senaste vårdtillfället för de fyra grupperna. Behandlingsdata före 1975 har ej tagits med.

Tabell 22. Antal våldsbrott som patienter vårdade 1970-1995 har begått före första inläggningen inom narkomanvården vid S.t Lars sjukhus i Lund och efter sista vårdtillfället vid S.t Lars.

		No MI	SMI	SIP	Pearson $\chi^2(2)$	P-value
Våldsbrott före	Nej	549	56	17	2.39	0.302
	Ja	198	23	11		
	%	26.51	29.11	39.29		
Våldsbrott efter	Nej	599	64	35	2.39	0.303
	Ja	315	42	13		
	%	34.46	39.62	27.08		

Jämförelsen i tabell 22 gäller enbart våldsbrott. Definitionen är att *patienten någon gång skall ha åtalats för våldsbrott: mord, hot, misshandel, våld mot tjänsteman*. Detta jämförs med sista året för kontakt med beroendevården på S.t Lars under perioden 1970-1995. Det finns inget stöd för att våldsbrottsligheten skiljer mellan sig grupperna. I samtliga, särskilt gruppen med psykosjukdom, finns en högre nivå av våldsbrott efter indexvårdtillfället.

För att se vilka faktorer som predicerar våldsbrott görs en logistisk regressionsanalys. En prediktionsanalys med Cox regression och antal brott som utfall (tabell 23). Referens betyder här att variabeln används för att jämföra nivån i övriga grupper. Kontroll görs samtidigt för oberoende variabler, och hur de olika fenomenen varierar över observationstiden.

Tabell 23. Risken att bli åtalad för våldsbrott under ett givet år i Sverige (logistic regression)

Prediktorer till våldsbrott	Coef.	Z	P>z	[95% Conf.	Interval]
Time since last contact	0.94	-5.840	0.000	0.93	0.96
Typ av psykiatrisk diagnos					
<i>Referens: ej psyk diagnos</i>					
SMI	1.39	1.240	0.215	0.83	2.34
SIP	0.59	-1.220	0.221	0.25	1.38
OMD	1.01	0.050	0.957	0.63	1.63
Brottslighet					
Previous crime	1.15	6.030	0.000	1.10	1.21
Gender	0.33	-5.310	0.000	0.22	0.50
Age	0.96	-3.700	0.000	0.93	0.98
Rho	0.304			0.244	0.372

I materialet sjunker antalet brott med 6% för varje år ($p < .000$). Ingen av de olika grupperna predicerar våldsbrott (n.s.). Däremot ökar antalet brott med 15% per år när personen har begått våldsbrott tidigare ($p < .000$). Kvinnor minskar sin brottslighet med ca 70% per år.

Anti-social personlighetsstörning, kriminalitet och samsjuklighet

Tidigare i texten redovisades inverkan av antisocial personlighetsstörning på förloppet vid det enskilda vårdtillfället. I det följande jämförs de fyra grupperna, skillnader och likheter när dimensionen antisocial personlighetsstörning inkluderas i beräkningarna. Antal patienter med antisocial störning är uppdelade på de fyra grupperingarna.

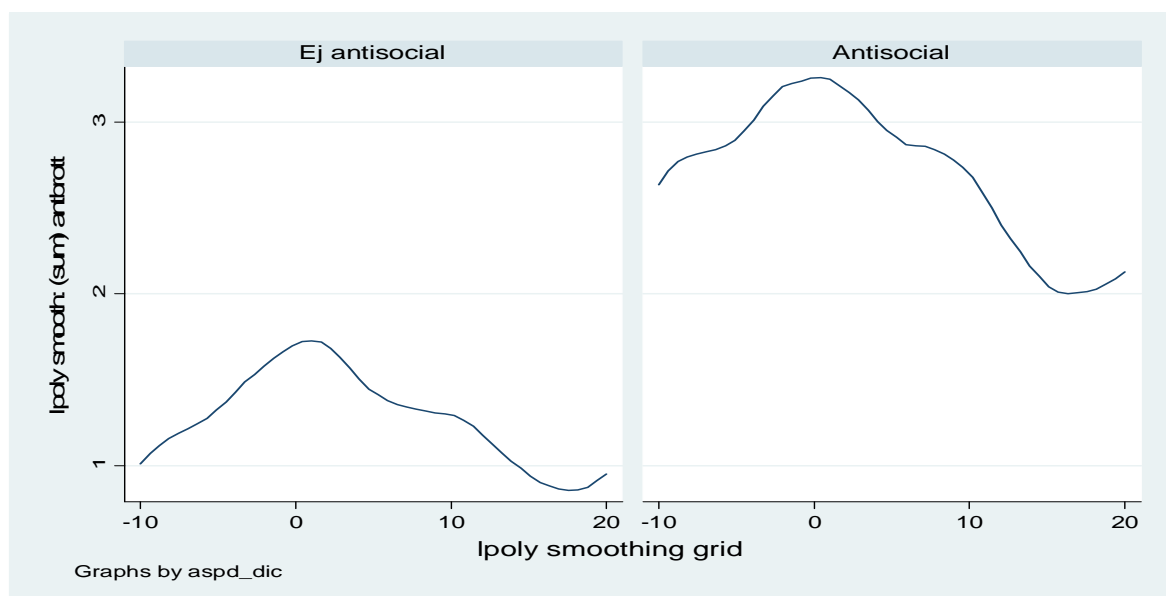
Tabell 24. Samsjuklighet mellan antisocial personlighetsstörning och de fyra psykiatriska grupperna.

Aspd_dikotom	Ingen psykiatrisk sjukd.	SIP	SMI	OMD	Total
0 = ej ASPD	334	22	50	87	493
1 = ASPD	163	7	14	39	223
Procent ASPD	35%	26%	27%	30%	31%
Total	497	29	64	126	716

Tabell 25. Samsjuklighet med antisocial uppdelat på kvartiler av kriminell belastning

Aspd_dikotom	1. kvartil	2. kvartil	3. kvartil	4. kvartil	Total
0 = Ej Aspd	151	129	122	91	493
1 = Aspd	31	42	63	87	223
Procent	17%	25%	34%	49%	31%
Total	182	171	185	178	716

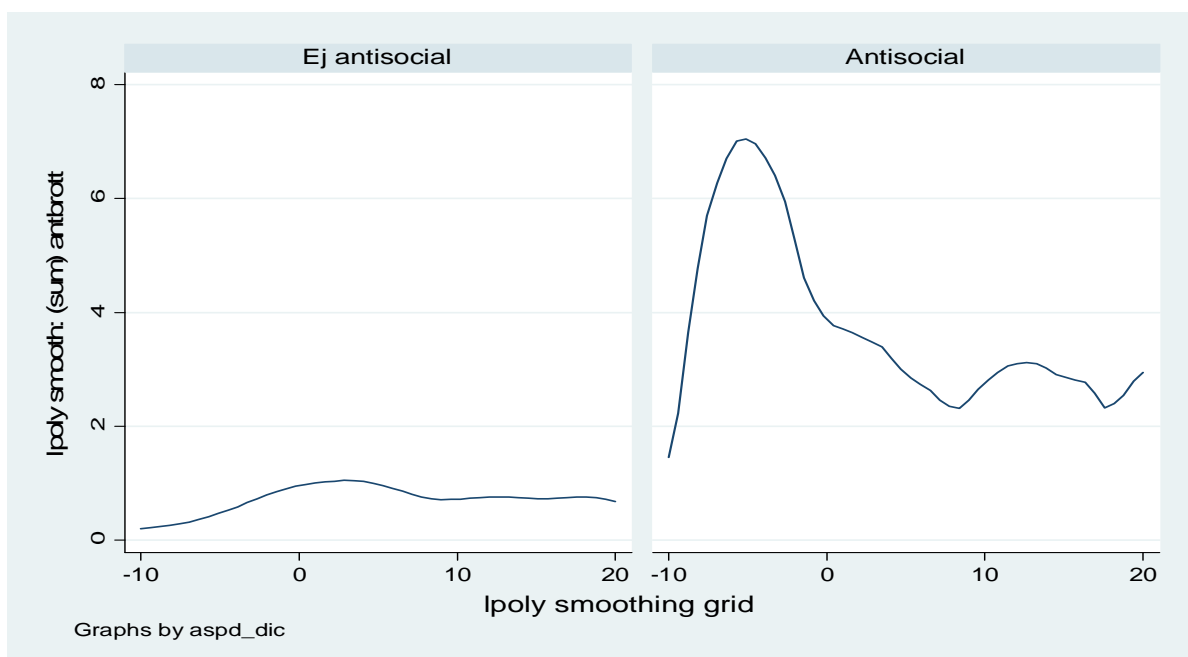
Av tabellerna 24 och 25 framgår att samsjukligheten med antisocial personlighetsstörning är lägst i såväl gruppen med psykiatrisk sjukdom med psykos som i gruppen med substansrelaterad psykos, men skillnaderna är marginella ($\text{Chi}^2_{(3)} = 3.86, p < .28$). När jämförelsen görs på kvartilnivå är skillnaden högst signifikant i de högre kvartilerna $\text{Chi}^2_{(3)} = 47.18, p < .000$). Inverkan av ASPD är således högre i kvartiler med högre brottsligheten både före och efter index (Se figur i appendix).



Figur 6. Skillnaden på brottslighet räknat i antal brott bland patienter ($n=525$) utan annan diagnosticerad samsjuklighet men med antisocial personlighetsstörning ($n=183$) respektive utan antisocial personlighetsstörning ($n= 342$).

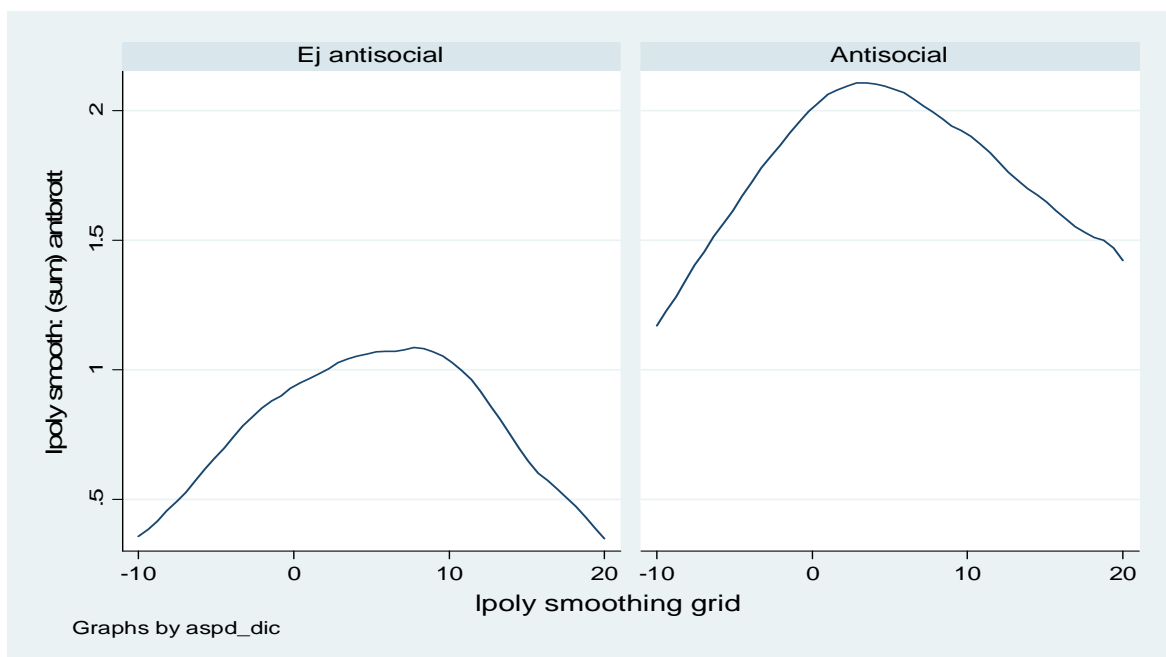
I ovanstående figur illustreras inverkan av antisocial personlighetsstörning på förloppet i påföljdsregistret från 10 år före indexvårdtillfället där den psykiatriska problematiken diagnosticeras första gången samt upp till 20 år efter senaste vårdtillfället. De fyra grupperna jämförs inbördes med avseende på om det finns

en antisocial personlighetsstörning diagnosticerad eller ej. Av tabell 26 framgår också att den kriminella belastningen ökar med ökad andel patienter med antisocial personlighetsstörning.



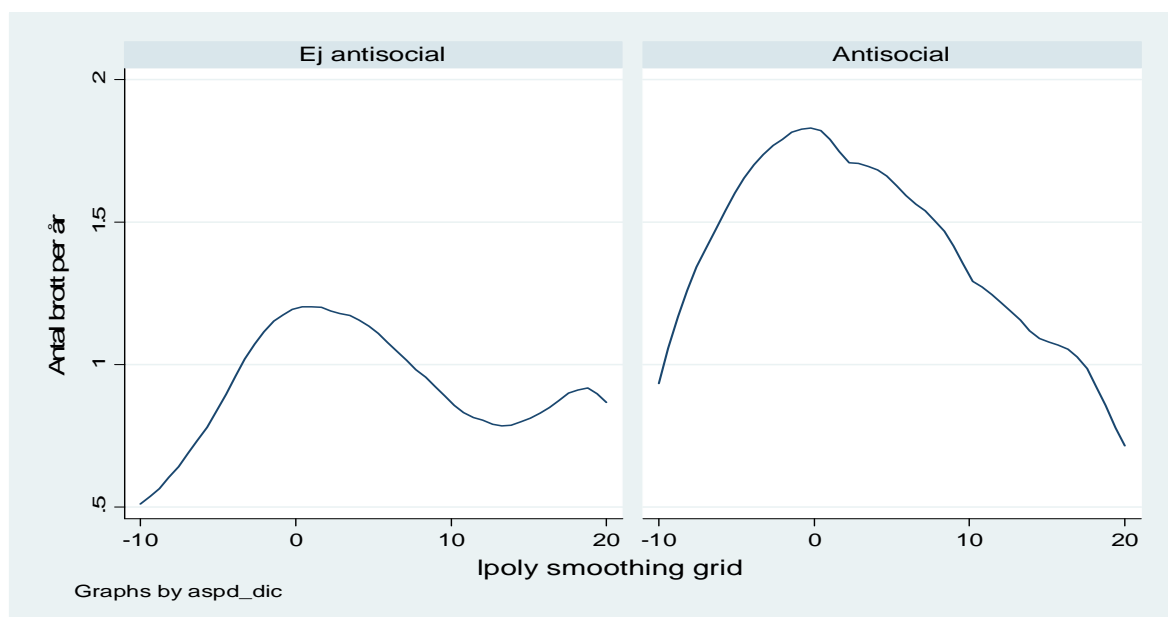
Figur 7. Skillnaden i totalt antal brott per år beräknad för patienter (n=31) med substansrelaterad psykos med (n=8) respektive utan antisocial störning (n=23).

Inflytandet av antisocial personlighetsstörning på antal brott för per år för patienter med psykiatrisk diagnos med psykos illustreras i följande figur (8) nedan.



Figur 8. Inverkan på antal brott av psykiatrisk sjukdom på med psykos (n=70) och antisocial personlighetsstörning (n=19) respektive utan antisocial störning (n=51). Patienterna har följts 10 år före första inläggning och upp till 20 år efter indexvårdtillfället.

Inflytandet av antisocial störning på förloppet i brottspåföljder för patienter som har en diagnosticerad psykisk sjukdom utan psykos (OMD) illustreras i figur 9.



Figur 9. Brottspåföljder för patienter med psykisk sjukdom utan psykos – OMD, med antisocial personlighetsstörning (n=39) respektive utan antisocial störning (n=88).

Vårdkonsumtion i patientmaterialet - Utfall och förlopp

Totalt antal inläggningar på olika sjukhus i Sverige var 55 400 t.o.m. 2006. Behandlingstiden i missbruksvård för hela patientmaterialet var för män i genomsnitt 23 dagar mot kvinnornas 24.5 vid de olika vårdtillfällena. Antalet inläggningar för män var 3.69 med ett snitt av 76.35 vård dagar totalt och 4.28 inläggningar över 78.26 dagar för kvinnorna. Dagar i tvång utifrån den psykiatriska lagstiftningen (LSPV eller LPT) var lågt: 9.5% av männen (n=192) och 23.2% av kvinnorna (n=97) hade tvångsvårdats någon gång. Bara ca 20% i materialet har någon gång under sin livstid tvångsvårdats inom psykiatrin. Annan tvångsvård har förekommit, då enligt LVM eller LVU (Se tabell 26).

För tidig död och narkotikaberoende

Missbrukare dör i förtid, de har en ökad risk för prematur död jämfört med ålders- och könsmatchade individer i normalbefolkning. Detta beror på ett antal faktorer såsom vilken drogtyp som missbrukas, hur drogerna intages, riskbeteende inklusive social situation och om missbrukarna ådragit sig infektionssjukdomar genom intravenöst missbruk. *Prematur död definieras som den död som inträffar innan medelåldern för död i normalbefolkningen.* Opiatmissbrukare har visat sig ha en 13 gånger högre risk för prematur död (Nyhlén et al 2011).

Dödsorsakerna i föreliggande studie baseras på dödsorsaksbevis i Socialstyrelsens dödsorsaksregister som analyserats tillsammans med obduktionsprotokoll från rättsmedicinska enheter i Sverige och andra skandinaviska länder tom 2010 (Nyhlén, et al 2011a, 2011b). Patienter där dödsorsaken är okänd skall enligt svensk lag obduceras för att undanröja misstanke om brott. Under hela observationstiden för kohorten var en mycket stor andel av patienterna i narkomanpopulationen obducerade men andelen har sjunkit på senare år. Socialstyrelsen skrev 2009: ”En minskning av antalet obduktioner medför sannolikt risk för att en felaktig dödsorsak anges. Ändrade regler för ersättning vid klinisk obduktion, nya föreskrifter som ger anhöriga större möjlighet att neka obduktion samt ändrade föreskrifter för rättsmedicinsk dödsorsaksundersökning har successivt minskat antalet obduktioner sedan mitten på

1970-talet då 50% av de avlidna obducerades jämfört med 14% år 2003". I vår kohort har ca 95% obducerats och 93% är rättsmedicinskt obducerade.

(www.socialstyrelsen.se/register/dodsorsaksregistret/bortfallochkvalitet).

I analyserna är det *rättsmedicinska obduktionsprotokoll* som använts utom för 7% under den aktuella observationsperioden. Bedömningen av vilken typ av inverkan som olika faktorer har, baseras på rättsmedicinska obduktioner med laboratorieanalyser, ofta med stöd i polisrapport och journaldata. Akut drogrelaterat dödsfall refererar till droger som primär dödsorsak, antingen p.g.a. intoxication (förgiftning) eller överdos.

Överdoser som dödsorsak är alltid relaterat till *illegala* droger (Buster, 2002). En del fall kan kategoriseras inom flera kategorier och används i analyserna därför som utslutande entiteter.

Tabell 27. Dödlighet och bakgrundsfaktorer inom de fyra diagnostiska grupperna (1970 t.o.m. 2010), 499 avlidna.

	No MI, ej psyk diagnos	SIP	SMI	OMD	Tot
Antal avlidna/tot	375/1077	20/59	48/95	56/144	499/1367
Dödsålder: m (Sd)	42,1 (12,0)	44,3 (23,4)	41,3 (10,5)	41,2 (12,4)	
n (procent inom parentes)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Opiater/opioider vid dödsfallet*	157 (42,0)	6 (27,8)	24 (50,0)	37 (66,0)	224 (44,0)
Centralstimulantia'	41 (11,1)	3 (16,7)	8 (15,9)	6 (10,0)	58 (11,7)
Förgiftning som dödsorsak	120 (32,5)	8 (38,9)	23 (47,7)	20 (36,0)	172 (34,6)
Drogrelaterad död	223 (59,5%)	11 (55%)	30 (63%)	39 (70%)	303 (61%)
Överdoser som dödsorsak	111 (30%)	6 (30)	8 (17)	22 (39%)	147 (30%)
Suicid	39 (10%)	1 (5%)	13 (27%)	9 (16%)	62 (12%)

Dödsorsakerna har fastställts genom obduktion och dödsorsaksintyg, ca 7% enbart dödsorsaksintyg

**droger som identifierats via toxikologiska analyser under obduktion, obs behöver inte vara överdos.*

Droger kan sekundärt orsaka döden utan att den omedelbara dödsorsaken behöver vara en drog. Tidigare missbruk som gett individen hepatit B och C kan skapa en senare utveckling av levercancer som i sin tur är dödlig. Denna grupp av sekundärt drogrelaterade dödsfall är proportionellt lik gruppen av primärt, drogrelaterade dödsfall med totalt 366 personer: 273 män och 93 kvinnor. Det är 30 fler män och 11 fler kvinnor som har en sekundärt drogrelaterad död jämfört med primärt drogrelaterad död. Vi gör dock ingen separat analys av denna kategori.

Åldern för dödsfallen varierar marginellt mellan grupperna. Opiater återfinns i flest dödsfall inom gruppen utan psykiatrisk diagnos utöver beroendediagnosen, men procentuellt flest i grupperna med psykos (SMI) och depression/ångest (OMD). Amfetamin är procentuellt ungefär lika vanligt i alla grupperna. Förgiftning/intoxikation är procentuellt vanligast dödsorsak i gruppen OMD. SMI följt av de med förgiftningspsykos (SIP) och OMD. I följande redovisningar presenteras de olika typerna av dödsorsaker kopplat till typen av psykiatrisk diagnos.

DISKUSSION

Den centrala frågan i rapporten är dels prevalensen av olika störningar inom gruppen narkotikaberoende personer, dels frågan om störningar påverkar prognosen och därmed i sista ledet utfallet i ett långtidsförlopp. Relevansen för Kriminalvården är att narkotikamissbrukare utgör en majoritet av klienterna i fängelserna och de slutna anstalterna i landet. Många skulle invända att vi vet hur störningarna ser ut. Men detta är mer en klinisk erfarenhet, där den alls beaktas än en empiriskt solid slutsats. Vår invändning är att området inte studerats tillräckligt specifikt och att kunskapen om den funnits inte tillämpats på ett adekvat sätt. De frågor som vi försökt belysa mer ingående är förekomst av psykiska störningar i en väldefinierad grupp av patienter med substansberoende, och hur denna samsjuklighet påverkar kriminalitet, sjukvårdskonsumtion och för tidig död. Ett dilemma som alltid drabbar den som försöker tränga in i området är att data ofta samlats in i blandade patient/klientmaterial ibland i öppen och ibland i slutenvård, vanligen med en varierande grad av diagnostiska bedömningar. Prevalensen av definierade psykiska störningar är alltid beroende av den urvals metod som används. Det blir olika resultat i epidemiologiska studier, kliniska studier respektive i kohortstudier. Skillnader som i förstone ser orimliga ut eller rent av felaktiga, kan bero på olika urval av patienter. Ofta saknas uppgift om vilken population man utgår från liksom typ av urval och bortfall. Detta påverkar generaliserbarheten av resultaten.

Valet av dataunderlag påverkar utfallet. Självrapporterade uppgifter liksom uppgifter från socialsekreterare har visat sig överskatta prevalensen av psykisk sjukdom (Heilig 2010). Medan frekvensen av psykiska sjukdomar överskattas så underskattas frekvensen av personlighetsstörningar när patienternas egna uppgifter jämförs med professionella bedömningar (Neumann, Giambone, Yanes, Jaanimägi et al., 2013). Självrapportering är en vanlig men inte alltid en tillförlitlig modell vid psykiatrisk/psykologisk diagnostik av samsjuklighet. På samma sätt är fullständigheten i ett material avgörande för att några slutsatser alls skall kunna dras om prevalens. Bortfall är sällan slumpmässiga.

Även registerdata har felkällor. EPC-materialet från Socialstyrelsen 2004 visade sig inte tillförlitligt för att bedöma prevalens av psykiska störningar hos narkomaner. Underskattningen av psykiska störningar var mycket stor. Samsjukligheten i EPC-materialet med psykisk sjukdom var 17%, och med personlighetsstörning bara 4%. Anledningen till diskrepansen var att EPC-materialet bygger på inrapporterade uppgifter från läkare på fältet som ofta registrerar en huvuddiagnos (substansen) medan s.k. sekundärdiagnoser inte registreras annat än i undantagsfall. Den låga nivån av personlighetsstörningsdiagnoser i EPC-materialet är sannolikt resultatet av både en underdiagnostisering och en underrapportering. För vissa patientgrupper, med hög prevalens av personlighetsstörning, som vid narkotikaberoende blir bilden grovt missvisande (EPC, slutenvårdsregistret 2004). En genomgång av dödligheten bland narkomaner visade också en mycket stor underrapportering av drogrelaterade dödsorsaker och av suicid i EPC-register när obduktionsprotokoll kunde användas som jämförelse (Nyhlén, et al 2011).

Alla bedömningar i den här studien baseras på intervju med patienterna med komplement av standardiserade diagnosmetoder, ofta med både psykologisk testning och skattningsskalor och alltid med tillägg av laboratorieanalyser för att avgöra drogtyp och typ av somatiska sjukdomar. Långtidsförloppen har följts i registerdata länkade på personnummer.

Det är känt att allvarlighetsgraden i de psykiska störningarna ökar om patienterna har ett missbruk eller beroendetillstånd (Berglund & Öjehagen 1998). Nivåerna är högre bland drogmissbrukare/narkomaner än bland alkoholberoende personer (Grant et al 2004; Vaglum et al 2002). Vidare ökar graden av psykisk störning med grad och art av missbruk. Personer med beroendediagnos har högre grad av psykisk störning än de med den lägre valören missbruk enligt DSM-IV. En tidig hypotesgenererande modell av samsjuklighet hos narkotikamissbrukare av Fridell baserades på en forskningsöversikt av närmare 350 kliniska studier från 1970-talet fram till slutet av 1980-talet (Fridell 1990; 1991). Mycket av diagnostiken

gjordes med MMPI (132 studier) men slutsatserna liknade dem i en senare och helt oberoende översikt av kliniska studier av Uchtenhagen och Sieglängsberger (2000). Andelen personlighetsstörningar i kliniska material varierade mellan 50% och 90%. Den andra stora gruppen var depressions- och ångesttillstånd som redovisades för mellan 30%-60% och slutligen psykos (15-20%). De empiriska slutsatserna i de här tidiga studierna utgjorde hypoteser i den här rapporten. Vi konkluderade att narkomanerna har en hög samsjuklighetsnivå men inte av typen ”dubbeldiagnoser” utan med en ”egen” profil.

Genom att urvalet i den här studien begränsats till en kohort patienter med huvudsakligen narkotikaberoende redovisas relativt stabila nivåer av samsjuklighet över tid. Öjehagen och Schaar visade i sin studie av 10 kommuner i landet att patienter med psykisk sjukdom (dubbeldiagnospatienter) i högre grad använde alkohol, sedativa och cannabis, således droger som är mer tillgängliga. Till skillnad mot dessa var det i den aktuella kohorten opiater som dominerade (34%) följt av amfetamin (32%) och cannabis (12%). Majoriteten av narkomanerna i den aktuella kohorten hade ett injektionsmissbruk. Alkohol däremot var ovanlig som primär substansdiagnos (6%). Användningen av olika droger var lika fördelat mellan könen utom för cannabis där männen hade högre användning än kvinnor. Användningen i materialet speglar i stort hur droger användes bland narkomaner under observationstiden (UNO 1980; Max-studien 2000).

Beräknat på hela den aktuella kohorten hade drygt 60% minst en psykiatrisk sjukdomsdiagnos utöver beroendesjukdom. Utmärkande för narkomanerna var samsjuklighet med hög andel personlighetsstörningar och depressions-/ångesttillstånd, medan samsjuklighet med kroniska psykosjukdomar är mindre vanligt, inklusive drogutlöst psykos som bekräftades för ca 5 %. Profilen överensstämmer med tidigare empiriska genomgångar (ovan) och med andra studier av huvudsakligen narkotikaberoende patienter.

Undantag är den höga nivån av psykisk sjukdom i den norska multicenterstudien Vaglum, Bakken och Landheim (2002) som inte bekräftas i vårt material. Nivåerna var betydligt högre än i vår studie och högre än i de flesta andra internationella studier. *Livstidsprevalensen för allvarlig psykisk sjukdom som schizofreni, bipolär, allvarlig depression eller ångest* var högre bland narkotikaberoende än alkoholberoende personer, 85 % v s 72%. Den höga nivån ställer vi oss tveksamma till. En faktor som kan ha bidragit är ett stort bortfall. Resultaten bekräftar betydelsen av att använda mer renodlade material om det är prevalensberäkning som eftersträvas. Och sådana material är sällsynta idag vad gäller narkotikamissbrukare.

I den aktuella kohorten är den kliniska prevalensen för *någon psykosjukdom* 8.7%, och den kliniska prevalensen för substansutlöst psykos 5.8%, totalt 14.5% med någon psykosdiagnos. I ett jämförbart danskt material av opiatmissbrukande patienter från början av 1970-talet hade 8.5% en psykosjukdom (Sörensen, Haastrup, S. & Juel, K. 2005). När både substansutlöst psykos och andra psykos redovisas i översikter över kliniska studier av narkomaner låg andelen patienter med psykos kring 15–20% (Uchtenhagen och Sieglängsberger, 2001). I den aktuella kohorten är motsvarande siffra 14,5%. Detta är också den nivå; 14,5% som redovisas i en välgjord svensk studie av narkomaner från Huddinge (Dalmau, Bergman & Brismar, 1999). Det föreligger således en stor överensstämmelse av psykosförekomst med andra studier när urvalsfaktorn kontrollerats. Särskilt viktigt är det att vara uppmärksam på sambandet mellan substans och samsjuklighet.

En indirekt indikator på att psykosjukdom är relativt ovanlig inom narkomangruppen demonstreras av att i hela den studerade kohorten hade bara ca 20% någon gång under sin livstid fått tvångsvård inom psykiatri (LSPV eller LPT). Gruppen i sin helhet har vårdats frivilligt inom psykiatri, och där tvångsvård behövts så har detta skett inom rådande sociallagstiftning (LVU för unga eller LVM för de äldre) eller inom Kriminalvården för dem som dömts för brott.

Diagnoserna för de allvarliga psykosjukdomarna i den här studien var mycket stabila över tid, också där de kunde följas över flera år. Huguelet et al (2001) har visat att kroniska psykosjukdomar var mycket stabila medan depressions- och ångesttillstånd var mindre stabila över tid hos beroende individer. Två studier har visat att ett fåtal patienter som initialt klassificerats med substansutlösta psykos och standardiserade diagnosmetoder omklassificerades till psykos av annan genes (Bromet, Kotov, Fochotmann, Carlson, et al 2011; Caton, Hasin, Shrout, & Drake (2007)). De substansutlösta psykoserna i den aktuella kohorten bekräftades i 75% efter ett år. Vanligast var substansutlöst psykos vid blandberoende, följt av amfetamin- och därefter cannabisberoende. Ett viktigt beaktande härvidlag är att det inte enbart handlar om blandning av flera droger vid en blandmissbrukspsykos, utan av kombinationen av droger och mängden av drogerna. Av dem som vårdades för cannabis- respektive amfetaminberoende var det 5% vardera som bedömdes ha en drogutlöst psykos. Det var således en liten andel av de patienter som vårdades för primärt cannabismissbruk som utvecklade en substansutlöst psykos.

Cannabis har ägnats stor uppmärksamhet i relation till substansutlöst psykos. En metaanalys av 48 longitudinella populationsstudier bland unga vuxna gav dock inte något starkt stöd för ett kausalt samband mellan cannabis och kronisk psykos (MacLeod, Oakes et al 2004). En fråga är således om den sexfaldiga riskökningen för schizofreni som Andréasson et al studerade hos cannabisrökande värnpliktiga kan tolkas i linje med Arndt (2005, 2010), dvs. att riskökningen beskrev en prodromalfas före insjuknandet i psykosjukdom. Det kan bara en longitudinell studie av samma individer ge klarhet om.

Det finns dock en risk att begränsa intresset för cannabis till risken för psykos. Men cannabis har en neurotoxisk effekt på hjärnan (Lundqvist 2005). En långtidsuppföljning över 38 år som Dunedinstudien (38 år) visade en ökad risk för neuropsykologiska funktionsnedsättningar varav flera visade sig bestående (Meier et al 2012). Detta bör ägnas lika stor uppmärksamhet. Det klassiska s.k. "amotivationssyndromet" hos cannabisberoende patienter är sannolikt förknippat mer med neuropsykologiska störningar än med psykos.

En större grupp av samsjuklighet utgjordes av **depressions- och ångesttillstånd**. Nästan 1/3 av kohortens individer uppvisade en depression som huvud- eller bidiagnos. Nivåerna ligger nära de som redovisades i tidigare översikter (Fridell 1991; Uchtenhagen och Sieglgänsberger 2000). I kliniska studier redovisas vanligen de fall som intervjuats eller bedömts (punktprevalens av symtom) medan ett kohortmaterial som detta också fångar dem som behandlats också farmakologiskt. Först med NESARC-studien (Grant et al 2004) gavs möjlighet att jämföra kliniska data med befolkningsdata. Bland respondenter med någon substance use disorder i NESARC-studien hade fler med beroendetillstånd depression och ångesttillstånd än de med diagnosen missbruk (Grant et al 2004). Av 43000 respondenter hade 20% minst en oberoende och stabil förstärkningsdiagnos. Ytterligare 18% hade en oberoende ångestdiagnos. Klinisk prevalens för depressionssjukdomar och för ångestsyndrom i den studerade kohorten var runt 28 %. Vi drar slutsatsen att det finns en viss underdiagnostisering i vår kliniska kohort, även om nivåerna överensstämmer relativt bra med den epidemiologiska studien. En förklaring är att narkomanerna sällan sökte för sina psykiatriska problem utan mer för drogmissbruket.

Medan **personlighetsstörning** bland narkotikaberoende personer är starkt underrapporterad i svensk psykiatri och beroendevård har den varit en välkänd komplicerande faktor redan i de första empiriska översikterna av narkomanmaterial från USA (Ausubel 1958, Chein et al 1964; Kolb et al 1969). I den tidigare empiriskt baserade modellen av Fridell (1990; 1991) och Uchtenhagens och Sieglgänsbergers jämförbara översikt (2000) hade över tre fjärdelar av narkomanerna minst en personlighetsstörning. Fridells studie är den enda, av oss kända, som jämförde nivåerna också i de tidigare diagnosystemet där diagnoser ställts med DSM I och DSM-II. Men Fridells översikt (1990, 1991 och 1996) visade att med rimlig hänsyn till förändringar i diagnostiken över tid så har andelen patienter med personlighetsstörning

varit stabilt hög sedan 1950-talet och framåt. Det är då främst antisocial störning, borderline- och narcissistisk störning som kan jämföras över tid. NESARC-studien var den första epidemiologiska studien som med modern diagnostik i ett urval ur normalbefolkningen bekräftade att samsjuklighet med alkohol respektive samsjuklighet med narkotika var olika (Grant et al 2004). Vid den allvarigare beroendediagnosen ökade dessutom samsjukligheten med personlighetsstörning till ca 60% vid droger och 38% vid alkohol (Grant et al 2006). Först med NESARC-studien stod det klart att det som tidigare iakttagits i olika kliniska studier observerades också i epidemiologiska material. En studie av psykiska störningar med ett slumpmässigt urval av 80 patienter från en population om 850 patienter med främst alkoholberoende men en i övrigt hög funktionsnivå i form av arbete, familj etc. (Fridell et al 2002) visade en prevalens av personlighetsstörning närmast identisk med den i NESARC-studien: 17% mätt med DIP-Q, (Rehn 2000; Fridell et al 2002). Ingen av dessa patienter hade en antisocial personlighetsstörning och ingen hade tung kriminalitet. Personlighetsstörning är på många sätt ett viktigt korrelerat till allvarliga sociala och funktionsmässiga problem liksom motsatsen: där individen har en hög funktionsnivå så är personlighetsstörning mindre vanligt.

Användning av narkotiska preparat framstår som en alltmer robust indikator på en mer allvarlig problematik. Prevalensen var 61% i den studerade kohorten för minst en personlighetsstörning. Den höga prevalensen av personlighetsstörning gör vårt material högst jämförbart med klientmaterial inom Kriminalvårdens institutionsvård och i SiS LVM-vård där personlighetsstörningar är ännu mer frekventa. Dock är nivåerna av personlighetsstörning inom Kriminalvården sällan systematiskt bedömda trots att de första systematiska försöken att diagnosticera narkotikamissbrukande klienter med t.ex. MMPI gjordes i fängelser eller i terapeutiska samhällen i USA (Fridell 1991). Här betyder givetvis diagnostiska traditioner mycket. SiS LVM-vårdade klienter är dock väl beskrivna idag (Fridell, Holmberg, Benderix 2014).

En brist i den här kohortstudien är avsaknade av prevalens för ADHD. Anledningen är att vårdtillfällena låg många år bakåt i tid innan denna diagnos ställdes eller ens bedömdes relevant för vuxna. Socialstyrelsens riktlinjedokument (2007) angav 20% som en sannolik prevalensnivå hos vuxna missbrukare. Andelen patienter i aktuell kohort med bekräftad eller misstänkt hjärnskada, DAMP eller ADHD var 21%, men längre än så kan inte jämförelserna göras. Emmerik van Oortmerssen et al (2012) fann ADHD hos ca 20-23% av narkotika-beroende patienter. Sannolikt ökar också kriminaliteten med obehandlad ADHD (Lichtenstein et al 2012). I ett fängelsematerial där samsjukligheten med personlighetsstörning var hög, visade Ginsberg i sin avhandling att ADHD förekom hos 40% av intagna för långa straff (Ginsberg 2012). En slutsats är att personlighetsstörning är vanlig men att graden av samsjuklighet med ADHD varierar från en institutionsmiljö till en annan.

Kriminaliteten i den aktuella kohorten följdes fram till och med 2006 i påföljdsregistret och var då 60 061 brott med 22 123 påföljder. Med tanke på att upplärningsprocenten av begångna brott är ca 10% så är mängden brott tankeväckande.

För några år sedan diskuterades i massmedia frågan om huruvida schizofrenisjukdom ökar risken för brottslighet och då särskilt våldsbrottslighet. Framför allt väckte mordet på utrikesminister Anna Lind och en döds-körning i Gamla Stan i Stockholm vid samma tidpunkt farhågor om samhället kunde eller borde skydda sig mot denna grupp. En viktig studie var därför den av Fazel, Långström, Grann & et al (2009) som visade att det inte i första hand var schizofrenisjukdomen som ökade risken för våldsbeteende utan samtidigt substansmissbruk hos de schizofrena patienterna. En något senare studie av samma forskargrupp visade också att det var samsjukligheten i beroende som förklarade våldsbeteendet (Fazel et al 2012). I den aktuella kohorten hade patienter med kronisk psykosjukdom och beroende *inte* högre allmän våldsbrottslighet än övriga kategorier av samsjuklighet. Däremot var brottet *våld mot tjänsteman* vanligare bland psykopatienter. I aktuellt material stod gruppen med narkotikaberoende och samtidig kronisk psykosjukdom för ca 5% av brottsligheten

beräknat på hela kohorten. Alltså finner vi stöd för slutsatserna i vår kohortstudie när de jämförs med den epidemiologiska studien.

Vad vi uppfattar som en nyhet är att narkomaner med **antisocial personlighetsstörning** har en systematiskt högre nivå av brott vare sig patienten har en samsjuklighet med psykosjukdom eller depression/ångest eller ingen övrig samsjuklighet om tre gånger högre nivå av brott jämfört med när patienterna inte hade en antisocial personlighetsstörning. Mätt i medelantalet brott (Life-time) begick denna sista grupp av narkomaner flest brott. Den kategori av brott som ökade över tid var drogrelaterade brott som var dubbelt så många efter senaste vårdtillfället som före det första vårdtillfället (index). Personer med hög kriminalitet före index hade fortsatt 71% högre kriminalitet över tid jämfört med de utan tidigare kriminalitet ($p < .000$). Relationen mellan drog och kriminellt beteende i studien visade att unga män som missbrukar stimulantia och cannabis hade högst nivå av brott. En tidigare studie av kohorten vårdad 1978-1995 visade att det främst var alkohol och amfetamin samt blandmissbruk som predicerade högre nivåer av våldsbrott (Fridell, Hesse, Meier Jaeger, & Kuhlhorn, E., 2008). Oavsett drog begick narkomaner med antisocial störning systematiskt fler brott än de utan. En samkörning med kriminalvårdsdata utöver BRÅ borde här kunna ge en ännu tydligare bild av samband.

Kvinnor hade 23% färre brott per år efter index ($p < .000$). Med ökande ålder sjönk antalet brott med ett par procent per år ($p < .000$). Antisocial PD förekommer hos en tredjedel så många kvinnor som män, så här samspelar kön med diagnos.

Konsumtionen av slutenvård var extremt hög i den aktuella kohorten. Antalet vårdtillfällen i slutenvård var många för den studerade kohorten (55 400 vårdtillfällen). De vanligaste inläggningsorsakerna var psykiatrisk vård följt av internmedicinsk vård och beroendevård. Det är inte förvånande att gruppen med kronisk psykosjukdom både hade mångfalt fler inläggningar än övriga grupper och mångdubbelt fler vårddygn i psykiatrisk vård. Samma grupp konsumerar dock även mest somatisk sjukvård, vilket sannolikt kan tillskrivas de kroppsliga komplikationer som följer av långvarig användning av neuroleptika, främst sk metabolt syndrom. Patienter med kronisk psykosjukdom samt de med ångest- och depressionstillstånd hade fyra gånger respektive dubbelt högre risk att på nytt bli inlagda i psykiatrisk vård än de utan samsjuklighet ($p < .000$).

Överdödlighet. I hela kohorten hade 35.4% avlidit 2010. Kvinnorna har 34% lägre prematur dödlighet än männen över hela livsloppet. Hälften av de svårast samsjukliga med beroende och kronisk psykosjukdom avled under observationstiden, medan 30% var döda i grupperna med samsjuklighet i depressioner och ångeststillstånd och drogutlöst psykos liksom i gruppen med enbart beroendediagnos. Den högre observerade prematura mortaliteten hos kroniskt psykosjuka har beskrivits i litteraturen vara oftare orsakad av framför främst hjärtkärlsjukdom och akuta komplikationer till diabetes mellitus än av psykosjukdomen i sig. Antisocial personlighetsstörning predicerade *inte* ökad prematur mortalitet.

Drogrelaterad död var vanlig i den aktuella kohorten, över 60%. Överdös var dödsorsak i 30% av dödsfallen i kohorten. Blandmissbruk, främst av opiater, alkohol och benzodiazepiner, var mest associerat med dödliga överdoser. Kombinationen av andningdeprimerande opiater med sederande alkohol och benzodiazepinläkemedel kan förklara dödlig utgång av även relativt måttliga doser av tex heroin. De med samsjuklighet med samtida depressioner och ångeststillstånd uppvisade högst risk för drogrelaterad död, inklusive död i överdos. Gruppen med depressioner och ångeststillstånd hade ca dubbelt så hög risk att dö en primärt drogrelaterad död än de med enbart beroende utan samsjuklighet. De med opiatmissbruk hade en högre risk att dö en drogrelaterad död jämfört med missbrukare av andra droger. Andra studier av opiatmissbrukare har redovisat en 13 ggr högre risk för prematur död jämfört med normalbefolkningen, och de dör av suicid i en omfattning från 3%-35% i olika studier (Gossop et al 2002). I likhet med andra studier (Runesson et al) är det vanligt att de patientgrupper som gör många suicidförsök inte självklart är

de som genomför suicid. Vanligast i den senare gruppen är depressionssjukdom. Vi konstaterade att självmordsförsök var vanliga både i den aktuella gruppen av narkotikamissbrukare och liksom i andra studier, men andelen suicid korresponderade inte till de höga nivåerna av suicidförsök (parasuicid).

Suicid orsakade 12% av för tidig död i kohorten. I hela den studerade populationen suiciderade 6 % män och 3.5% kvinnor. Tidigare kohortstudier har visat att beroendesjukdom ökar risken för suicid hos dem som tidigare utfört suicidförsök (Hawton et al, 1993; Öjehagen 2011). Samsjuklighet av beroende-sjukdom med depression har högst risk för suicid (Cheng, 1995). I en tidigare femårsuppföljning av ett representativt urval av narkomaner ur den här kohorten hade 45% gjort minst ett suicidförsök (Johnsson & Fridell 1997) och av dem som vid intervjun uppgav suicidförsök hade bara 27% registrerats för suicidförsök i sjukhusjournalen vid tidigare vårdtillfällen. Men andelen fullföljda suicid var betydligt lägre.

Narkotikaberoende patienter med samtidig psykosjukdom uppvisade i den aktuella kohorten ca 3 ggr högre risk för genomfört suicid jämfört med narkomaner utan samsjuklighet i psykisk sjukdom, och de med samtidig depression och ångestsyndrom hade 2.5 ggr högre risk. Här liknar narkomanerna andra patientgrupper inom psykiatri.

Behandlingsaspekter: Narkomanerna med sin vanligen höga nivå av social utslagning och brottslighet är en annan klinisk grupp än de vanliga psykiatriska patienterna. Detta indikerar ett behov av annorlunda strategier än för psykiatrins patienter i allmänhet. Strategierna måste alltid beakta den höga nivån av personlighetsstörning och neuropsykiatriska problem.

Viktigt att betona är att personlighetsstörning försvårar behandlingen av beroendetillstånd oavsett typen av annan psykiatrisk sjukdom. Behandling, oavsett om den är farmakologisk eller psykologisk, måste inrymma en hög grad av struktur runt de samsjukliga. Här liknar gruppen narkomaner mer klienterna inom Kriminalvården med narkotikaproblem än patienter med psykisk sjukdom. Behovet av struktur manifesteras i många institutionella behandlingsmodeller med ibland extrema disciplinära regler och sanktioner. Principen har alltför ofta varit att samma behandling ska ges till *alla* narkomaner, oavsett att dessa sinsemellan var mycket olika individer med skiftande samsjuklighet.

Av litteraturen framgår att behandlare inom drogfria terapeutiska samhällen från Synanon och framåt ”förstod” att patienterna var utspelande, manipulativa och destruktiva i sina beteenden men att man uppfattade detta som medvetna val (Dederich 1970; Fridell 1996). Man tvingades utveckla strategier som bemötte narkomanens utagerande beteende. Där strategierna fungerade bäst kännetecknades miljön av en hård kontroll av drogfrihet, en hög struktur och ofta konfrontativt förhållningssätt. Inte minst betonades behovet av en livsstilsförändring, ett arbete med individen och dennes nätverk. Till en del återspeglas dessa erfarenheter i Socialstyrelsens riktlinjer för missbruksvården (2007).

Socialstyrelsen betonar att den psykiska störningen och missbruket skall behandlas samtidigt (Socialstyrelsen 2007). Men det beror på vad som avses. En aktuell metaanalys (13 studier, n=2 824) i USA visade t.ex. inte högre effekter för integrerade behandlingsmodeller. Medan drogmissbruket minskade för narkomaner i vård, fanns ingen signifikant fördel framför separerad specialistbehandling när det gällde behandling av psykiska sjukdomssymtom eller alkoholkonsumtion (Chow et al 2013). Sannolikt spelar organisationen och kompetensen här en oerhört stor roll i behandling, inte minst strukturen i betydelsen av att skapa en upplevelse av sammanhang för patienten.

En viktig förståelsemodell i arbetet med narkotikaberoende personer är att både farmaka och ett bemötande baseras på kunskaper om personlighetsstörning. Personlighetsstörningarnas dynamik kan bäst förstås som olika yttringar av självreglering där narkomanen använder omgivningen för att reglera egna behov och brister och där behandlarna blir indragna vare sig de vill det eller ej (Karterud, Wilberg & Urnes 2014). Betydelsen av att hela organisationen både förmår hålla en övergripande struktur och

samtidigt kan individualisera delar av behandlingen för de personer som behöver det kan inte nog betonas. Terapeutiska metoder är sannolikt inte lösningen, framför allt om de inte beaktar samsjukligheten, och då i synnerhet den höga graden av personlighetsstörningar bland narkomanerna. Det är tyvärr ovanligt att diagnostiska aspekter beaktas och detta är en väsentlig orsak till låg behandlingseffekt hos narkomaner med och utan kriminalitet (Fridell i SBU 2001; Berglund, Thelander & Jonsson 2003). Den höga graden av antisocial personlighetsstörning avspeglas i en hög nivå av framför allt drogrelaterade brott som ökar över tid i den här studien. Om behandlingen inte samtidigt inriktas på att bryta den kriminella livsstilen har de beroendesjuka liten möjlighet att bli drogfria. En kvarstående kriminell livsstil är inte en bisak utan en integrerad del av narkomanens liv. Om den inte hanteras så kvarstår missbruket, som t.ex. läckaget av metadon och buprenorfin i substitutionsprogrammen med ökad risk för prematur död när legala farmaka blandas med illegala (Stenbacka 2009). Här finns viktiga beröringspunkter mellan beroendevård och kriminalvård.

Svagheter och styrkor: Det kan alltid riktas invändningar mot en longitudinell observationsstudie som denna. En invändning är att en korrekt forskningsdesign inte redan från början kunnat planera eller att vi inte kunnat använda SCID-II genomgående. Anledningen är att vi har följt verksamheten under ett långt tidsförlopp där metoder som vi idag tar för givna inte ens var uppfunna. Till en del har detta kunnat kompenseras med systematik, reliabilitetskontroller i olika delar av materialet och gedigna kliniska bedömningar. Oberoende bedömningar av kvalificerade specialister har ökat validiteten liksom standardiserade bedömningar. Många data har samlats in prospektivt utifrån de första vårdtillfällen där en diagnos kunde ställas. Tillgången på en enhetlig kohort av huvudsakligen narkotikaberoende personer är unik.

Ändå tror vi att studien underskattar prevalensen av vissa psykiska störningar, främst ångest och depression. Samtidigt har vi genom uppföljningar av urval ur den stora kohorten, och kompletteringar med registerdata kunnat validera diagnostiska data och skapa en longitudinell modell där patienterna följts upp över 40 år. De samband som upptäckts är således inte tillfälligheter. Studien följer förlopp och prognos. Kausala slutsatser ryms inte inom en kohortdesign av det här slaget men likheten i resultat från andra studier ger ett starkt stöd för våra fynd.

Konklusioner: Vi menar att den profil vi specificerat är relevant också för Kriminalvården. Av patienterna i den aktuella kohorten hade mer än 60% en kriminell bakgrund, också av kvinnorna. En viktig slutsats är att det i gruppen narkotikamissbrukare inte i första hand är psykosjukdom som dominerar utan en klinisk bild med personlighetsstörning, depressions-/ångestsjukdom och ADHD samt kriminellt beteende. Antisocial personlighetsstörning är alltid associerad med högre och bestående kriminalitet oavsett samsjuklighet jämfört med narkomaner utan antisocial störning. Våldsbrott ligger på samma nivå oberoende av om personen har en psykos, någon annan typ av psykisk sjukdom eller ingen samsjuklighet. Sjukvårdskonsumtionen är extremt hög och kvarstår över tid. En likhet mellan ”dubbeldiagnospatienter” och de med narkotikaberoende och psykosjukdom är möjligen att denna subgrupp fortsätter en ”karriär” inom psykiatri/sjukvård. Övriga finns kvar inom kriminalvård och beroendevård. Överdödligheten är hög och många narkomaner dör en för tidig, ofta drogrelaterad död (61%) före 50 års ålder. Opiatmissbrukare löper högst risk att dö i överdos.

Samsjuklighetsprofilen påkallar behovet av speciell kunskap om bemötande och terapi med eller utan farmaka för att optimera en framgångsrik behandling. I behandling är det nödvändigt att arbeta med den kriminella livsstilen för att uppnå kvarstående drogfrihet. Ett sätt att tillämpa slutsatserna i den här rapporten är att försöka differentiera subgrupper med olika utvecklingsprofiler och pröva metoder för utvalda grupper snarare än för alla intagna vid en viss institution. Även bland personer med psykisk sjukdom är funktionsnivån en viktig faktor för att välja behandling och rehabilitering. En möjlighet skulle vara att satsa mer på personer med medelsvår och ”lätt” profil men med hög funktionsnivå i stället för att

som så ofta satsa mest på den grupp som har minst förutsättningar att kunna rehabiliteras. Studierna av behandling med ADHD vid kriminalitet är studier som ligger nära det sättet att tänka.

REFERENSER

- Allgulander, C. (1992). Risk of suicide by psychiatric diagnosis in Stockholm County. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 241:323-326.
- Alonso, J, Angermeyer, M, Bernert S, et al. (2004). 12-month comorbidity patterns and associated factors in Europe, results from the European Study on of the epidemiology of Mental disorders (ESEMED) project. *Acta Psych Scand* , 109 (420, suppl), 28–37.
- Andersen, HS., Sestoft, D., Lillebäck, T., Gabrielsen, G. & Kramp, P. (1987): Prevalence of ICD-10 psychiatric morbidity in random samples of prisoners on remand. *International Journal of Law and Psychiatry* 19:1: 61-74.
- Andersson, B., Fridell, M., Nilsson, K. & Tunving, K. (1984). *De första heroinisterna Opiatmissbrukare vårdade vid S:t Lars sjukhus 1975-1977*. Institutionsrapport, Psykiatriska Institutionen, Lunds Universitet.
- Andersson, B., Fridell, M., Nilsson, K. & Tunving, K., (1986). *Sjuttioalets narkomaner – Patienter vårdade 1970-1978 vid S:t Lars sjukhus i Lund*. Psykiatriska Institutionen, Lund
- Andréasson, S. , Engström, A., Allebeck, P., & Rydberg, U. (1987): Cannabis and schizophrenia. Longitudinal study of Swedish Conscripts. *Lancet* 1987; 1483-1485.
- Armeliuss, B-Å. Bihlar, B., Fahlke, C., Fridell, M., Hillarp Katz, L., & T. Reitan, T. (2010): *BIB 2010: Bedömningsinstrument inom behandling och forskning för missbruks- och beroendevård. Stockholm, Statens Institutionsstyrelse*. (232 sidor).
- Arendt, M., Rosenberg, R., Foldager, L., Perto, G., & Munk-Jørgensen, P., (2008). Cannabis-induced psychosis and subsequent schizophrenia spectrum disorders: follow-up study of 535 incident cases. *British Journal of Psychiatry* 187; 510-515.
- Arendt M, Rosenberg R, Foldager L, Perto G, Munk-Jorgensen P.(2007). Psychopathology among cannabis-dependent treatment seekers and association with later substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment* March; 32 (2), 113-9.
- Bakken, K., (2008): Psykiske lidelser hos rusmisbrukere med langvarig og omfattende misbruk - En sexårs prospektiv studie av pasienter I russektorn. Akad. Avhandling, det medicinske fakultet, Universitetet i Oslo.
- Baldacchino, A., & Corkery, J., (Editors): Comorbidity – Perspectives across Europe. European Collaborating Centres in Addiction Studies, (ECCAS), Lisboa, 2006.
- Bejerot, N. (1975): *Drug Abuse and Drug Policy – An epidemiological and methodological study of drug abuse of intravenous type in the Stockholm police arrest population 1965-1970 in relation to changes in drug policy*. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 256, Copenhagen, Munksgaard.
- Berglund M. & Öjehagen A. (1998): The influence of alcohol drinking and alcohol use disorder on psychiatric disorders and suicidal behavior. I Rydberg, U. et al. (Eds.): Alcohol and Health: individual risks and benefits. *Supplement. Alcohol, Clinical and Experimental Research*, 22/7: 333-345.
- Bergman, L.R., & Wångby, M.: (1998). Are girls more than boys subjected to disrupted conditions of upbringing? *Scandinavian Journal of Social Welfare* 1998(7); 194-203.
- Bergmark, A., Björling, B., Grönblad, L-, Olsson, B., Oscarsson, & Segraeus, V. (1989): Klienter i Institutionell narkomanvård – Analyser av bakgrund, behandling och utfall. Pedagogiska Forskning i Uppsala no 89. Pedagogiska institutionen, Uppsala Universitet.

- Bernstein, D., Cohen, P., Skodol, A., Berziganian, S., & Brook, J: (1996). Childhood Antecedents of Adolescent Personality Disorders. *American Journal of Psychiatry* 1996;153: 907-913.
- Bertling, U., Sandell, R.: (1996). Levels of personality organization and psychopathology among drug abusers in Sweden. *Journal of Clinical Psychology* 52(6): 711-722.
- Bertling, U. (1993): *Narkotikamisbrukare med svåra psykiska störningar*. Stockholm, Publica.
- Björkenstam, E., Björkenstam, Ch., Vinnerljung, B., Hallqvist, J., & Ljung, R. (2011). Juvenile delinquency, social background and suicide – a Swedish national cohort study of 992,881 young adults. *International Journal of Epidemiology* 2011;40: doi:10.1093/ije/dyr127.
- Broberg, A., Granqvist, P., Ivarsson T., & Risholm-Mothander, P. (2010). *Anknytningsteori – Betydelsen av nära känslomässiga relationer*. Natur och Kultur, Stockholm.
- Bromet, E J., Kotov, R., Fochotmann, LJ., Carlson, GA, Tanenberg-Karant, Ruggaro, C et al ., (2011): Diagnostic shifts during the decade following first-admission for psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 168(11), 1186-1194.
- Buster CA, van Brussel GHA, van den Brink W. An increase in overdose mortality during the first 2 weeks after entering or re-entering methadone treatment in Amsterdam. *Addiction*. 2002;97:993-1001.
- Cacciola, JS, Alterman, AI., Rutherford MJ.& Sreatment response of antisocial substance abusers. *Journal of Nervous and Mental Disease* 183(3):166-171.
- Caton, CL., Hasin, DS., Shrout, PE., Drake, RE., (2007): Stability of early-phase primary psychotic disorders with concurrent substance use and substance-induced psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 190: 105-111.
- Cesarec, Z. & Fridell, M. (2011). Grundläggande karaktärsdrag –Basic Character Trait test - BCT Stockholm, Statens Institutionstyrelse. SiS följer upp och utvecklar.
- Cheng, AT. (1995). Mental illness and suicide. A case-control study in east Taiwan. *Arch Gen Psychiatry*: 52 (7):594-603.
- Condelli, WS & Hubbard, I R (1994). Relationship between time spent in treatment and client outcomes from Therapeutic Communities. *Journal of Substance Abuse Treatment* 11(1): 23-33.
- Dalmau, A, Bergman, B, Brismar, B (1999). Psychotic disorders among inpatients with abuse of cannabis, amphetamine and opiates. Do dopaminergic stimulants facilitate psychiatric illness? *European Psychiatry* 14 (7), 366-71.
- Davis, L, Uezato, A, Newell, J, Frazier, E (2008) Major depression and comorbid substance use disorders. *Current Psychiatry*, 21, 14-18.
- Dawe, S., Geppert, L., Occhipini, S., Kingswell, W., (2011). A comparison of the symptoms and short-term clinical course in inpatients with substance induced psychosis and primary psychosis. *Journal of Substance Abuse Treatment* 40: 95-101.
- Davstad, I., Allebeck, P., Leifman, A., Stenbacka, M., & Romelsjö, A., (2011). Self-reported drug use and mortality among a nationwide sample of Swedish conscripts – A 35 year follow-up. *Drug and Alcohol Dependence* 118: 283-390.
- DeLeon, G. (1989), Psychopathology and Substance Abuse: What is being learned from Research in Therapeutic Communities? *Journal of Psychoactive Drugs* 21(2): 177-188.

- Drake, RE., Mercer-McFadden, C., Mueser, KT, McHugoond, GR, (1998): Review stance of Integrated Mental Health and Substance Abuse treatment for Patients with Dual Disorders. *Schizophrenia Bulletin* 1998:24(4).
- Drake, RE., & Mueser, KT., (1996): Dual diagnoses of Major Mental Illness and Substance Abuse. In: *New Directions for Mental Health services*. San Francisco, Jossey-Bass.
- EMCDDA (2004): Selected issue 3: *Co-morbidity*. In Annual Report 2004: The state in the European Union and Norway. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Luxembourg. Pp94-203
- EMCDDA (2010): *Drug related deaths and mortality*. Annual report on the state of the drug problem in Europe/EMCDDA Lison, 2010, 87-92. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Luxembourg.
- Eriksson, Å. (2008). *Schizophrenia and Criminal Offending - Risk Factors and the Role of Treatment*. Akad Avhandling, Karolinska Institutionen, Stockholm.
- Eriksson, A, Romelsjö, A., Stenbacka, M.:(2011). Early Risk factors for Criminal offending in Schizophrenia – A 35 year Longitudinal Cohort Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2011; 46(9): 925-932.
- Fazel, S., Långström, Hjern, A., Grann, M., & Lichtenstein, P., (2009). Schizophrenia, Substance Abuse and Violent Crime. *Journal of the American Medical Association* 302(11): 1168-
- Fazel, S., Lichtenstein, P., Grann, M., Goodwin, G., & Långström, N., (2012). Bipolar disorder and Violent Crime. *Archives of General Psychiatry* 67(9): 931-938.
- Fiorentini, A., Volonteri, LS., Dragona, F., Robera, C., Maffini, M., Mauri, M., Mauri, MC. Etal (2011): Substance induced psychoses: a critical review of the literature. *Current Drug Abuse Reviews*, 4(4): 228-240.
- Fleiss JL (1981): *Statistical Methods for Rates and Proportions*. Ed. 2. New York, NY: Wiley
- Frazer, S., Hides, L., Philips, L., Proctor, D., Lubman, D., (2012). Differentiating first episode substance induced and primary psychotic disorders with concurrent substance use in young people. *Schizophrenia Research* 2012.
- Fridell, M. (1989). Överförings- och motöverföringsreaktioner i arbete med missbrukare. I. V. Segraues, V & H. Jenner,(Red:er). *Att hålla lågan levande – Om bemästrande av utbrändhet*. Lund, Studentlitteratur. Sid 76-102.
- Fridell, M. (1990). *Kvalitetsstyrning i psykiatrisk narkomanvård: effekter på personal och patienter*. Acta Psychologica et Paedagogica, Series Altera XCVII. Stockholm, Almqvist & Wiksell. Institutionen för Tillämpad Psykologi, Lunds Universitet, Akademisk Avhandling.
- Fridell, M. (1991). Personlighet och drogmissbruk – En forskningsöversikt. CAN, PM-serie 10, Stockholm.
- Fridell, M. (1996a). Institutionella behandlingsformer vid missbruk – Organisation, Ideologi och Resultat. Stockholm, Natur och Kultur (340 s). ISBN 91-27-05363-6.
- Fridell, M. (1998). Drogmissbrukare med psykisk störning – femårsuppföljning av tunga narkomaner. I Gerdner, A., & Sundin, Ö (Red:er): *Dubbel trubbel – Nya rön och erfarenheter i diagnos och behandling av samtidigt beroende och psykisk störning*. Örebro, Runnagården.:
- Fridell, M., Cesarec, Z., Johansson, M., & Malling Thorsen, S. (2002). Svensk normering, standardisering

och validering av symtomskalan SCL-90. Stockholm *SiS följer upp och utvecklar*, 4/02, Statens Institutionsstyrelse. ISSN 1403-1558.

Fridell, M., Ahlström, A., Brännström, K., Jonsson, S., Månsdotter, A., Plate, C. (2002b). *Patienter med dubbeldiagnos vårdade vid Långstorps vård- och behandlingshem – Uppföljning av en grupp patienter två år efter utskrivningen*. Forskningsrapport från Lund, Institutionen för Psykologi.

Fridell, M., Brefeldt-Lövdén, S., Conradsen, M., Hellström, Jonson, S., Skoogh, E-L. (2002). *Nämndemansgårdens patienter 2-4 år efter behandling*. Forskningsrapport från Inst Psykologi i Lund,

Fridell, M. (2003). Psychosocial Treatment for Drug Dependence. I Berglund, M., Thelander, S., Jonsson, (Ed:s). *Treating Alcohol and Drug Problems – An Evidence Based Review*. Weinheim, Wiley, VCH, GmBH & Co., KGaA. ISBN 0-471-97122-7.

Fridell, M., & Hesse, M. (2005). Personality Disorders in Substance Abusers. I M-U. Pedersen och V. Segraeus (Eds.). *Evidence based practices? Challenges in Substance Abuse Treatment*. NAD-publikation 47, Helsingfors (pp 65-80).

Fridell, M., & Hesse, M. (2006a). Clinical Diagnosis and SCID-II Assessment of DSM-III_R personality Disorders. *European Journal of Psychological Assessment* 22(2), 2006.

Fridell, M., & Hesse, M. (2006b). Psychiatric severity and Mortality in substance abusers – A 15-year follow-up of drug users. *Addictive behaviors* 31, 559-565.

Fridell, M., Hesse, M., & Johnsson, E. (2006c). High prognostic Specificity of Anti-social Personality Disorder in Patients with Drug Dependence: Results from a five-year Follow-up. *The American Journal on Addictions* 15:227-232.

Fridell, M., Billsten, J., Jansson, I., & Hesse, M. (2006d), 15-årsuppföljning av drogberoende personer. I B. Fries & F. Nyberg (Red:er). *Vad vet vi om narkotikaanvändarna i Sverige? MoB-rapport no 14, 2006, Sid 21-27*.

Fridell, M., Hesse, M. & Billsten, J (2007). Criminal Behavior in Antisocial Substance abusers between 5 years follow-up and 15 years follow-up. *The American Journal on Addictions* 16:1-5.

Fridell, M., Hesse, M., Meier Jaeger, M., Kuhlhorn, E., (2008): Antisocial personality disorder as a predictor of criminal behaviour in a longitudinal study of a cohort of abusers of several classes of drugs. Relation to type of substance and type of crime. *Addictive behaviors* 33: 799-811.

Fridell, M., Holmberg, R., & Benderix, Y. (2014): Psykologutredningar inom SiS. – En analys av Överlämningsmöten och de psykologiska utredningarna utifrån klienterna, socialsekreterarna, och personalen vid LVM-hemmen. SiS Följer upp och utvecklar, (under publicering).

Fridell, M., Billsten, J., Jansson, I., & Amylon, R. (2009). Femårsuppföljning av Tvångsvårdade kvinnor i LVM- och LVU-vård. Inverkan av psykisk störning på förloppet. SiS Följer upp och utvecklar.

Fridell, M., Crabo, J., Gradowska, J. (2010). Persons with drug dependence treated at Dianova Sweden. A one- to two-year follow-up of the first cohort. *Dianova International, Webb-publication 2010*.

Fugelstad, A., Johansson, I & Thiblin. (2010). Allt fler dör av metadon. ”Läckage” från dagens mer liberala behandlingsprogram kan vara en orsak. *Läkartidningen*. 107(18):1225-8.

Fugelstad, A. (2012). Utvecklingen av akuta narkotikarelaterade dödsfall 1994 – 2011. Karolinska Institutet. Institutionen för kliniks neurovetenskap. Statens folkhälsoinstitut.

- Gauffin, K., Vinnerljung, B., Fridell, M., Hesse, M., & Hjern, A. (2013). Childhood socioeconomic status, school failure, and drug abuse – A Swedish national cohort study. *Addiction, accepted for publication*.
- Gerstley, LJ., Alterman, AI., McLellan, AT., Woody, GE: (1989). Ability to form an alliance with the therapist, A possible marker of prognosis for patients with antisocial personality disorder. *American Journal of Psychiatry 146(4)*: 508-512.
- Gerstley, LJ., Alterman, AI., McLellan, AT., Woody, GE: (1990). Anti-social personality disorders and substance abuse disorders: A problematic diagnosis ? *American Journal of Psychiatry 147(2)*: 173-178.
- Ginsberg, Y., Hirvikoski, T., & Liinderfors, N. (2010): Attention Deficit Hyperactivity Disorders (ADHD) among longer-term prison inmates is a prevalent, persistent and disabling disorder. *BMC Psychiatry 10*, 112-120.
- Ginsberg, Y., (2012). *Attention Deficit hyperactivity disorder in prison inmates*. Akademisk avhandling. Karolinska Institutet,
- Goldstein, A., & Herrera, J. (1995). Heroin addicts and methadone treatment in Albuquerque: a 22-year follow-up. *Drug Alc Dependence*, 40:139-150.
- Gossop, M., Stewart, D., Treacy S., & Marsden, J., (2002): A prospective study of mortality among drug misusers during a 4-year period after seeking treatment. *Addiction 97(1)*: 39-47.
- Grant, B, Stinson F, Dawson, D, et al. (2004 b) Co-occurrence of 12 month alcohol and drug use disorders and personality disorders in United States: results from the National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions. *Archives of general psychiatry*, 61, 362–368.
- Grilo, C., Becker, D., Edell, W., McGlashan, T. (1996). Conduct disorder, substance Use with substance disorders and coexisting Conduct disorders in adolescent inpatients. *American Journal of Psychiatry 153(2)*: 914-920.
- Grilo, C., Becker, D., Edell, W., McGlashan, T. (1996). Personality disorders in Adolescents with Major Depression, Substance Use Disorders and Coexisting Major Depression and Substance Use Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology 65(2)*: 328-332
- Grant, B, Stinson, F, Dawson, D, et al. (2004 a). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of general psychiatry*, 61, 807- 816.
- Grant, B., Dawson, D., Stinson, F., Chou, P.S., Kay, W., Pickering, R. (2003). The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-IV (AUDADIS-IV): reliability of alcohol consumption, tobacco use, family history of depression and psychiatric diagnostic modules in a general population sample. *Drug and Alcohol Dependence 71 (2003) 7-16*
- Grant, B, Stinson F, Dawson, D, et al. (2004 b) Co-occurrence of 12 month alcohol and drug use disorders and personality disorders in United States: results from the National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions. *Archives of general psychiatry*, 61, 362–368.
- Grilo CM, Sanislow CA , Skodol A E, e t (2007). Longitudinal diagnostic efficiency of DSM-IV criteria of Borderline personality disorder: A two year prospective study. *J. of Clinical Psychiatry 2007 (52)*; 357-362.
- Guldager, S., Linneberg, IH., Hesse, M. (2011). Order of age at onset for substance use disorder, conduct disorder and psychiatric illness. *Mental Health and Substance Use*.
[Http://dx.doi.org/10.1080/17523281.17616178](http://dx.doi.org/10.1080/17523281.17616178).

- Gunderson JG, Morey L C, Stout R L, (2004): Major depressive diagnosis and borderline personality disorder revisited: Longitudinal interactions. *J of Clinical Psychiatry* 2004, 65(4); 272-278.
- Gunderson, J.G. & Phillips, K.A. (1991), A current view of the Interface between Borderline Personality Disorder and Depression. *American Journal of Psychiatry* 148(8): 967-975.
- Gunderson, JG (2012): Borderline Personality Disorder. *New England Journal of Medicine*; 364:2037-42.
- Gråwe RW. & Ruud T. (2006). Rus og psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne. STF78 A06003.
- Guttormsson, A. (2011): KAP 3. Drogutvecklingen i Sverige. SOU 2011:3: *Missbruket, Kunskapen och vården*. Socialdepartementet, Stockholm pp 51-78.
- Guttormsson, A. (2011): KAP 3. Alkoholutvecklingen i Sverige. SOU 2011:3: *Missbruket, Kunskapen och vården*. Socialdepartementet, Stockholm pp 78-86.
- Gutkind, D., Ventura, J., Barr, Ch., Shaner, A., Green, M., Mintz, J.:(2001). Factors affecting reliability and confidence of DSM-III-R psychosis-related diagnosis. *Psychiatric research* 101, 269-275.
- Haastrup, S. (1973): 300 unga opiatmissbrukere. Dissertation, København, Munksgaard
- Haastrup, S. & Jepsen, PW.:(1988): Eleven-year follow-up of 300 young opioid addicts. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 70:503-509.
- Hagen, H., & Ruud, T. (2003). Pasienter I psykisk helsevern for voksne 20 november 2003. Trondheim, SENTEF Helse
- Hall W, Degenhardt, L, Teesson, M. (2009). Understanding the comorbidity between substance abuse, anxiety and affective disorders: broadening the research base. *Addictive behaviors* 34, 526-530.
- Hansen S. P, Munk-Jorgensen, B, Guldbaek, Solgard, T., Lauszus, KF., Albrechtsen, N. et al (2000). Psychoactive substance use disorders among psychiatric inpatients. *Acta Psych Scand*, 102, 432-438.
- Hasin, D S., et al. (2007). Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Alcohol Abuse
- Hasin, D., Samet, S., Nunes, E., Meydan, J., Matseoane, K., & Waxman (2006). Diagnosis of Comorbid Psychiatric Disorders in Substance User assessed with the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM-IV. *American Journal of Psychiatry* 163: 689-696.
- Hasin, D., Hatzenbuchler, ML., Keyes, K., Ogburn, E. (2006). Substance use disorders: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV) and international Classification of Diseases, tenth edition (ICD-10). *Addiction*, 101;11: 59-75.
- Hare R.D., Herpur, T.J., Hakstian, A.R., Forth, A E., & Newman, J.P. (1990). The revised Psychopathy Checklist: Reliability and factor structure. *Psychological Assessment: A journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2: 338-341.
- Hawton, K. Fagg, J, Platt, S, Hawkins M. (1993). Factors associated with suicide after parasuicide in young people. *BMJ*, June 19; 306 (6893): 1641-1644.
- Af Klinterberg, B., Alm, P-O., Schalling, D., (1995): Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R). Kort manual för skattning enligt Hare (1991). *Unpublished manuscript*. Stockholm University.
- Henderson, S., Duncan-Jones, P., Byrne, DG., Scott, R., (1980): Measuring Social relationships: The Interview Schedule for Social Interaction – *Psychological Medicine* 10: 723-734.

- Helseth, V, Lykke-Enger T, Aamo TO et al. (2005). Rusmiddelscreening av pasienter i alderen 17–40 år innlagt med psykose. *Tidsskrift. For Norske Lægeforening*, 125, 1178–80.
- Hodgins, S., Tengström, A., Bylin, S., Göranson, L., Hagen, L., Jansson, M., Larsson, A., Lundgren-Andersson, Lundmark, C., Norell, E., & Pedersen, H. (2007). Consulting for Substance Abuse: mental disorders among adolescents and their parents. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61 (5), 379-86.
- Hser, Y-I., Hoffman, V., Grella, CE., & Anglin, D.(2001): A 33-year follow-up of narcotic narcotic addicts. *Arch Gen Psychiatry*, 58:503-508.
- Huguelet P., Schneider, N., El Gueddari DG (2001): Stability of DSM-III-R Diagnoses: Study of a Case Register. *Psychopathology* 2001;34:118-122
- Jansson, I., & Fridell, M. (2003). Psykisk och somatisk belastning hos tvångsvårdade kvinnor – LVM- och LVU-vårdade kvinnor vid Lunden. *Sis följer upp och utvecklar*, 1/03, Stockholm., ISSN 1403-1558.
- Jansson, I., Hesse, M., Fridell, M. (2009). Influence of personality disorder features on social functioning in substance abusing women five year after compulsive residential treatment. *European Addiction Research* 15, 23-31.
- Jansson, I., Hesse, M., & Fridell, M. (2008). Personality disorder features as predictors of symptoms five years post-treatment. *American Journal on Addictions*, 17:3, 172 – 175.
- Jansson, I., Fridell, M., & Hesse, M. (2008) Validity of self-reported criminal justice system involvement in substance abusing women at five-year follow-up. *BMC Psychiatry* 2008, 8:2.
- Johnsson, E., & Fridell, M. (1997). Suicide attempts in a cohort of drug abusers: A 5-year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scand* 96, 362-366.
- Johnsson, E., & Fridell, M. (1999). *Plötsligt så vill man leva – En grupp narkomaners berättelser om sina självmordsförsök*. Stockholm, Statens Institutionsstyrelse, Rapport no 2.
- Jonsson, Å. (2012). Samsjuklighet med PTSD och substansberoende. Stencil
- Karlsson, U. (1979). Alternativa produktionssystem till lineproduktion. En utvärdering av produktionssystem i karossverkstaden vid SAAB-SCANIA, Trollhättan. Akademisk avhandling, Sociologiska institutionen, Göteborgs Universitet.
- Kendler, K.S., Sundqvist, K., Ohlsson, H., Palmér, K., Maes, H., Winkleby, M.A., & Sundqvist, J. (2012): Genetic and Familial Environmental Influences on the risk for Drug Abuse –A National Swedish Adoption Study. *Archives of General Psychiatry*, DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.2112
- Kernberg, O. (1975). *Borderline Conditionis and Pathological Narcissism*. New York. Jason Aronson.
- Kringlen, E, Torgersen, S, Cramer, V . et al. (2001). A Norweigan psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1091–1098.
- Kringeln, E. Torgersen, S, Cramer, V. (2006). Mental illness in a rural area: a Norweigan psychiatric epidemiological study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* , 467, 713-19.
- Landheim, A. Bakken, K, Vaglum, P. (2002). Sammansatte problemer og separate systemer. psykiske lidelser bland rusmisbrukere til behandling i russektoren. *Norske epidemiologi* , 12 (3), 309–318.
- Landheim, S. (2007). Psykiske lidelser hos pasienter i russektoren: Forekomst og relasjon til langtidsforløpet av rusmisbruket. En tverrsnittsstudie og en prospektiv studie i to fylker. Avhandling medisinska fakulteten i Oslo.

- Laursen, TM., Wahlbeck, K., Hällgren, J., Westman, J., Ösby, U., Alinaghizadeh, H., Gissler, M., & Nordentoft, M. (2013). Life expectancy and death by diseases of the circulatory system in patients with bipolar disorder or schizophrenia in the nordic countries. *PLOS One* 2013 (8-6): e67133.
- Lenzenweger, M, Lane M, Loranger A, Kessler K. (2007). DSM-IV Personality Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry, Volume 62*, 6.
- Lenzenweger, M, (2008). Epidemiology of Personality Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 31: 395-403.
- Lichtenstein, P, Halldner, L, Zetterqvist, J, Sjölander, A, Serlachius, E, Fazel, Z & Långström N: (2012). (2012). Medication for Attention Deficit-Hyperactivity Disorder and Criminality. *New England Journal of Medicine* 2012, 467. 2006-2014.
- Lin, N., Eisen, SA, Sherrer, JF, et al (1996). The influence of familial and nonfamilial factors on the association between major depression and substance abuse/dependence in 1874 monozygotic male twin pairs. *Drug and Alcohol Dependence* 1996; 43: 46-55.
- Lundqvist, T., (2005): Cognitive consequences of cannabis use: comparison with abuse of stimulants and heroin with regard to attention, memory and executive functions. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior* 81; 319-330.
- Löfgren , B., & Nelson-Löfgren, I. (1980). *Alkohol – rus, missbruk, behandling*. Prisma, Stockholm.
- MacLeod, J.R., Oakes, et al (2004 longitudinal general population studies. *Lancet* 363(9421): 1579-1588.
- Mathias S., Lubman, DI., & Hides, L. (2008). Psychological and social sequelae of cannabis and other illicit drug use by young people: a systematic review of Psychosis: A diagnostic Conundrum. *Journal of Clinical Psychiatry*; 69:358-367,
- McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, G.E. & O'Brien, C.P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: the Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 26–33.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., Cacciola, J. & Griffith, J. E. (1985). New data from the addiction severity inventory: Reliability and validity in three centers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 412–423.
- McLellan, A. T., Kushner, H. Metzger, D., Peters, R., Smith, L, Grissom. G m.fl. (1992). The fifth edition of the addiction severity index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9(3), 199–213.
- McLellan, A.T, Cacciola, Miller WR, Yahne CE, Tonigan JS (2003): Motivational Interviewing in Drug Abuse Services: A Randomized Trial. *J Consult Clin Psychol*, 71:754–763.
- Meier, MH., Caspi, A., Ambler, A., Harrington, H., Houts, R., Keefe, RSE., McDonald, K., Ward, A., Poulton R., & Moffitt, TE.,(2012): Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. www.pnas.org/cgi/doi/10.1037/pnas.1206820109.
- Melberg, H O, Lauritzen, G, & Ravndal, E. (2003). *Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad? En prospektiv studie av stoffmisbrukere i behandling*. (SIRUS rapport nr. 4).
- Milby, J.BN., Sims, MK., Schumacher, JE., Huggins, N., McLellan, AT., Woody, GE., Haas, N. (1996): Psychiatric comorbidity: Prevalence in Methadone Maintenance Treatment. *Am Journal on Drug and Alcohol Abuse* 22(1): 95-107.

- Moran, P., Walsh, E., Tyrer, P., Burns, T., Creed, F., & Fahy, T., (2003). Impact of comorbid personality disorder on violence in psychosis. *British Journal of Psychiatry* 183: 129-134.
- Mordal, J., Bramness, J., Holm, B., Mörlund, J., (2008). Drugs of abuse among acute psychiatric and medical admissions: laboratory based identification of prevalence and drug influence. *General Hospital Psychiatry* 30: 55-60.
- Mueser, K.T., Drake, R., & Wallach, M., (1998). Dual Diagnosis: A Review of Ethiological Theories. *Addictive Behaviors*, 23(6): 717-774.
- National Institute of Mental Health (1987): www.nimh.nih.gov. Washington. USA.
- Neumann, AM., Giambrone, AK., Yanes, PK., Jaanimägi U., Wisniewski, AM., Valtin, LL., Matteson, G., Turniel-Berhalter, L., Blondell, R.D. (2013). Validity of self-reported psychiatric diagnoses among patients seeking treatment for a substance use disorder. *Mental Health and Substance Use*, Vol 6(2): 111-123.
- Nielsen P, Røjskjær S, Hesse M. (2007). Personality-Guided Treatment for Alcohol Dependence: A Quasi-Randomized Experiment. *The American Journal on Addictions*, 16, 357–364.
- Nilsson, K.W., Alm, P.O., Leppert, J., Orelund, L., Sjöberg, R L., Öhrvik, J. (2006): Interaktions between genes and milieu predicts criminality, depression and alcohol dependence (In Swedish), *Läkartidningen* Nr 39 (103), 2859-2862.
- Nilson, M., Fridell, M. & Griffiths, P. (2006). Comorbidity – developing of a European Perspective – *ECCAS Monograph Series no 4: Co-morbidity in Europe. Lisboa, EMCDDA*, Pp. 351-363.
- Nordberg, L., Rydelius, P-A., & Zetterström, R (1993). Children of alcoholic parents: health, growth, mental development and psychopathology until school age. *Acta paediar Scand.*, 387: 1 – 24.
- Nordström, A., & Andréasson, S. (2011): KAP 10. Riskbruk av alkohol, dolt beroende, tidig upptäckt och möjliga insatser. I Kap 10, SOU 2011:6: Missbruket, Samhället och Vården. Socialdepartementet, Stockholm pp 279-323.
- Öjehagen, A.: Samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk sjukdom. SOU 2011:6 Pp 235, Stockholm Socialdepartementet,
- Nyhlén, A., Fridell, M., Hesse, M., Krantz, P. (2011). Causes of premature mortality In Swedish drug abusers: A prospective longitudinal study 1970 – 2006. *Journal of Forensic and Legal Medicine* 18 . 67-72.
- Nyhlén, A., Fridell, M., Bäckström, M., Hesse, M., Krantz, P. (2011a). Substance abuse and psychiatric comorbidity as predictors of premature mortality in Swedish drug abusers a prospective longitudinal study 1970 – 2006. *BMC Psychiatry* 2011, 11:122-132.
- Orth-Gomér, K. & Johnson, J.V. (1987). Social Network Interaction and Mortality – A six-year Follow Up study of a random sample of the Swedish population. *Journal of Chronic Diseases* 40, 949–957.
- Ottosson, H., Bodlund, O., Ekselius, L., von Knorring, L., Kullgren, G., Lindström, E. & Söderberg, S. (1995a). The DSM-IV and ICD-10 Personality Questionnaire (DIP-Q): Construction and preliminary validation. *Nordic Journal of Psychiatry*, 49, 285–291.
- Patrick. Ch.,J. (Ed): *Handbook of psychopathy*, New York. The Guildford, Press, 2007.
- Ramström, J. (1978): *Narkomani. Orsaker och behandling*. Borås, Tidens förlag.
- Ramström, J. (1989). *Det glömda narkotikamisbruket. Vård och behandling av narkotika-missbrukare med psykisk sjukdom eller djupgående personlighetsstörning*. Stockholm, Socialstyrelsen , 1989.

- Ravndal, E & Vaglum, P. (1994). Treatment of female addicts: The importance of relationship to parents, partners and peers for outcome. *The International Journal of the Addictions*, 29, 115–125.
- Ravndal, E & Vaglum, P. (1991). Psychopathology and substance abuse as predictors of program completion in a therapeutic community of drug abusers: A prospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 83: 217-222.
- Ravndal E., & Vaglum, P. (1999): Overdoses and Suicide attempts: different relations to psychopathology and substance abuse? A 5 year prospective study of drug abusers. *European Addiction Research* 1999:5: 63-70
- Rosman, B., Gräsbeck, A., Hagnell, O., Lanke, J., Öhman, R., Ljesjö, L. (1990): Prospective Study of the first incidence depressions, The Lundby Study 1952-1972. *British Journal of Psychiatry* 156: 336-342.
- Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G., Bisoffi, G., & Tansella, M., (2000): Definition and prevalence of Severe and persistent mental illness. *British Journal of Psychiatry* 177(8); 149-155.
- Rydellius, P-A. (1981). Children of alcoholic fathers: Their social adjustment and their socialhealth status over 20 years. Akademisk avhandling, *Acta Paediatrica Scan-dinavica, Suppl* 286, 1981.
- Sallmén B, Nilsson L-H, Berglund M (1997). Psychiatric comorbidity in alcoholics treated at an institution with both coerced and voluntary admission. *Journal of Associated European Psychiatrists* 12, 329–334.
- Sallmén, B. (2004): Institutionsbaserad LVM-forskning. *Sis följer upp och utvecklar*, 4 , 2004. Stockholm, SiS.
- Schaar, I. & Öjhagen, A. (2001). Severely mentally ill substance abusers: an 18-month Follow-up study. *Social Psychiatry Psychiatry Epidemiology*, 36:2, 70-78.
- Schmidt, LM., Hesse, M., & Lykke, J., (2011). The impact of substance use disorders on the course of schizophrenia, A 15 year follow-up study, Dual diagnosis over 15 years. *Schizophrenia Research*, 130(2011); 228-233.
- Schneider B. (2009). Substance Use Disorders and Risk for Completed Suicide. *Archives of Suicide research*, 13, 303-316.
- Sher L. (2005). Clinical Overview Article Alcoholism and suicidal behavior: a clinical overview. *Acta Psychiatrica Scandinavica* Volume 113 Issue 1, 13 – 22.
- Singh, JP., Grann, M., Lichtenstein, P., Långström, N., Fazel, S., (2012). A novel approach to determining Violence Risk in Schizophrenia: Developing av Stepped Strategy in 13.806 Discharged Patients. *Open Ccess, PLUS one*.2012.
- Sobranski, E., Bruggemann, D., Alm, B., Kern, S., DeSchner, M., Schubert, T., Philipsen, A., & Ritschel, M. (2007): Psychiatric co-morbidity and functional impairment in a clinically referred sample of adults with ADHD. *European Archives of Psychiatry and Neuroscience* 257(7): 371-377.
- Socialstyrelsen (2007). Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och Beroendeproblem. Stockholm, Socialstyrelsen.
- Stenbacka M. Mortality and cause of death among 1705 illicit drug users: A 37 year follow up. *Drug Alcohol Rev.* 2010;29, 21-27.
(WWW.socialstyrelsen.se/register/dods-orsaksregistret/bortfallochkvalitet).
- Svenska Psykiatriska Föreningen (2009): Schizofreni – kliniska riktlinjer för utredning och behandling. *Svensk psykiatri*, 10: 2009, Stockholm, GOTHIA.
- Szasz, T. (1970). *Ideology and Insanity*. New York, Double day, Anchor Book.

- Szasz, T. (1974). *Ceremonial Chemistry*, . New York, Double day, Anchor Book.
- Szasz, T. (1979). *The Theology of medicine – the Political-philosophical foundations of medical ethics*. Oxford University Press, Melbourne, Oxford.
- Sörensen, HJ., Hastrup, S., & Juel, K. (2005). Drug-use pattern, comorbid psychosis and mortality in people with a history of opioid addiction. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 111: 244-249.:
- Tiet Q & Mausbach B. (2007). Treatment for patients with Dual Diagnosis: A review. *Alcoholism: Clinical Exp Research* volume 31(4), 513–536.
- Thylstrup B. (2009). Dual Diagnosis and treatment relations. Akademiska avhandling psykologiska institutionen, Köpenhamns Universitet.
- Tómasson, K., & Vaglum, P.,(1995): A nationwide sample of treatment-seeking alcoholics: a study of psychiatric comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 92(5), 378-385.
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58, 590–596.
- Torgersen, T., Gjervan, B. & Rasmussen, K. (2006): ADHD in adults; a study of clinical characteristics, impairments and comorbidity. *Nordic Journal of Psychiatry* 60(1); 38-43.
- Tunving, K. (1988). Fatal outcome in drug addiction. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 77(5): 97-135.
- Tønnesen, H. (2011): Öjehagen, A. (2011). Samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och somatisk sjukdom. I Kap 12, SOU *Missbruket, Sambället och Vården*. Missbruksutredningens forskningsbilaga. Socialdepartementet, Stockholm pp 236-272.
- Uchtenhagen, U., & Sieglgänsberger, W. (2000): *Suchtmedizin – Konzepte, Strategien und therapeutische management*. München, Urban & Fisehr Verlag.
- Vaillant, GE. (1973). A 20-year follow-up of New York narcotic addicts. *Arch Gen Psychiatry*, 29:237-241. *Norsk Epidemiologi* 2002; **12** (3): 309-318 **309**
- Weil, A. (1972): The Topography of Straightsland. In *Weil (ed.): The Natural Mind*. Houghton Mifflin Company, Boston: Pp 116-148.
- Westermeyer, J., (2006). Comorbid Schizophrenia and Substance Abuse: A review of Epidemiology and Course. *American Journal on Addictions*, 13: 345-355.
- Verheul, V., (2001): Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry* 2001;16:274-82
- Woody, GE., McLellan, AT., Luborsky, L. et al (1985): Sociopathy and psychotherapy outcome. *Archives of General Psychiatry* 42: 1081-1086.
- Öhlin, L, Hesse, M, Fridell, M., Tätting, P. (2011). Poly-substance use and antisocial personality traits at admission predict cumulative retention in a buprenorphine programme with mandatory work and high compliance profile *BMC Psychiatry* 2011, 11:81-89
- Öhlin, L, Fridell, M, & Tätting, P (2013). Substitutionsbehandling med drogfri kontraktsvård – så gick det. *Läkartidningen Vol 110, 2013*.

Öhlin, I, Fridell, M, & Nyhlén, A. (2015). Buprenorphine maintenance program with contracted work/education and low tolerance for non-prescribed drug use: a cohort study of outcome for women and men after seven years. *BMC Psychiatry* DOI 10.1186/s12888-015-0415-z.

Öjehagen A., & Schaar, I. (1999). Personer med svår psykisk störning och missbruk. *Psykiatriuppföljningen* 1999:1, Stockholm, Socialstyrelsen.

Öjehagen, A. (2011). Samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk sjukdom. I Kap 11, *SOU Missbruket, Sambället och Vården*. Missbruksutredningens forskningsbilaga. Socialdepartementet, Stockholm pp 222-235.

Öydna, A T. (2006): Diagnostisering av drogtlöste psykosor ved en akuttpost. *Tidsskrift for norske psykologforening* 43(2006): 234-239.

Ösby, U., Correia, N., Brandt, L., Ekblom, A., & Sparrén, P., (2000): Mortality and causes of death in schizophrenia in Stockholm County, Sweden. *Schizophrenia Research* 2000(29): 45(1-2): 21-28.

FÖRFATTARNA OCH DERAS BIDRAG

Mats Fridell är professor i klinisk psykologi vid Lunds Universitet och Linnéuniversitetet i Växjö. Leg psykolog och Leg psykoterapeut, specialist i klinisk psykologi och i organisationspsykologi med många års erfarenhet av beroendevård. MF designade studien och samlade in alla grunddata och diagnostiska data samt kompletterande registerdata från 1970-talet och framåt för hela kohorten av 1 409 patienter. Tillsammans med överläkare Per Tätting (nedan) läste och bedömde Mats Fridell alla journaler på nytt med, utlåtanden, laboratoriesvar och tester från tidigt 1970-tal och framåt. Mats Fridell och Per Tätting granskade samtidigt alla diagnoser för de 1 409 patienterna och översatte dem där så var möjligt till en modern terminologi utifrån redovisade basdata. Personlighetsstörningsdata enligt DSM-III-r som samlats in sedan 1980 kompletterade övriga kliniska diagnoser. Alla kliniska diagnoser översattes också till ICD-10 medan personlighetsstörningsdiagnoser redovisades enligt DSM-III-r/DSM-IV.

Morten Hesse är fil dr, assistant professor/docent vid Center för Rusmedelsforskning vid Århus Universitet, filialen i Köpenhamn. Morten Hesse har tillsammans med Mats Fridell systematiserat kliniska data och registerdata och gjort förloppsberäkningarna som redovisas i texten samt gjort reliabilitetsbedömningar av diagnoser och mätvärden. Morten Hesse har varit statistisk konsult under hela arbetet.

Anna Nyhlén är överläkare, specialist i psykiatri och infektionssjukdomar, doktor i medicinsk vetenskap och numera anställd vid universitetssjukhuset i Lund, VO psykiatri. Anna Nyhlén har tillsammans med Mats Fridell och Morten Hesse granskat alla diagnostiska data, laboratoriedata vid uppdateringen till ICD-10. Anna Nyhlén har också dödsorsakerna i materialet och därvid analyserat också obduktionsprotokoll för samtliga avlidna samt uppdaterat dödsorsaksdiagnoserna till ICD-10.

Per Tätting, överläkare vid beroendeenheten vid S:t Lars sjukhus granskade tillsammans med Mats Fridell alla journaler och laboratoriehandlingar samt medverkade i bedömningar och reliabilitetskontroller av materialet. Per Tätting avled hastigt 2012.

Mats Fridell, Morten Hesse och Anna Nyhlén skrev rapporten.

Lund, augusti 2014



Kriminalvården

www.kriminalvarden.se
601 80 Norrköping
Telefon 077-22 80 800
Fax 011-496 36 40