



Lengst inne i fengselet – Kvinnelige innsatte med behov for helsehjelp

Marion Hellebust, Peter Scharff Smith, Ingrid Lundeberg og May-Len Skilbrei



UiO • **Institutt for kriminologi og rettssosiologi**
Det juridiske fakultet

Lengst inne i fengselet – Kvinnelige innsatte med behov for helsehjelp

Marion Hellebust, Peter Scharff Smith, Ingrid Lundeberg og May-Len Skilbrei

Institutt for kriminologi og retts sosiologi, Universitetet i Oslo

Forord

Denne rapporten omhandler kvinner som soner på høysikkerhet og fokuserer på kvinnelige innsattes helseproblemer og helsetilbud i fengsel. Rapporten er bestilt av Likestillings- og Diskrimineringsombudet (LDO) og utført ved Institutt for kriminologi og rettssosiologi ved Det juridisk fakultet på Universitetet i Oslo, i perioden august 2020 til mai 2021.

Prosjektgruppen som har forfattet rapporten består av vitenskapelig assistent og master i kriminologi, Marion Hellebust, professor Peter Scharff Smith, førsteamanuensis Ingrid Lundeberg (KRUS) og professor May-Len Skilbrei. Marion Hellebust har arbeidet full tid på prosjektet og Peter Scharff Smith har vært prosjektleder.

Den nåværende pandemien har skapt helt særlige utfordringer for gjennomførelsen av dette prosjektet. Forskergruppen fikk svært sent i forløpet tilgang til å innsamle data i fengslene og fikk aldri fysisk adgang til fengslene. Alle intervju måtte gjennomføres digitalt eller via telefon. En sak er å komme inn i fengslene, en annen er komme inn i Norge. Prosjektets leder er bosatt i Sverige, og har med dette ikke hatt anledning til å komme inn i landet pga. de omfattende innreiserestriksjonene.

Tross disse sentrale utfordringene har det vært svært spennende og lærerikt å gjennomføre denne forskningen. En rekke personer har vært en uvurderlig hjelp for oss. Først og fremst et meget stort takk til alle intervjupersoner og de som utfylte spørreskjemaer, innsatte og ansatte. Videre ønsker vi å rette en stor takk til prosjektets følgegruppe: Helga Ervik, avdelingsleder ved Sivilombudsmannen, Kristian Mjåland, førsteamanuensis ved Universitetet i Agder, Leif Waage, assisterende regionssjef i Kriminalomsorgen region Vest, Ingrid Dieset, Phd. og overlege ved Avdeling for akuttpsykiatri ved Oslo Universitetssykehus og Bente Østensen, prosjektets brukerrepresentant.

Et varmt takk til Charlotte Mathiassen og Thomas Ugelvik som leste og kommenterte tidligere utkast til rapport, samt til Maja Viktoria Spigseth Vestad og Per Jørgen Ystehede som har assistert med språkvask og layout m.m. I tillegg, takk til Gunilla Brant, Mathilde Bergli, Halvor Ingvaldsen og Kamilla Kristiansen for transkribering av intervju. Sist, men ikke minst, et stort takk til Helle Holst Langseth, Guri Gabrielsen, Ingeborg Fjeldstad og Lars Heltne fra LDO, som løpende har sparret med oss om prosjektet og vært til stor hjelp med kommentarer, tips og ideer. Det samlede resultat og den ferdige rapport er naturligvis forfatterens ansvar.

Oslo og Glostorp, 12 juli 2021
Marion, Peter, Ingrid og May-Len

Innholdsfortegnelse

Lengst inne i fengselet – Kvinnelige innsatte med behov for helsehjelp	1
1. Innledning	5
2. Metode	17
2.1. Forskningsgodkjennelse under en pandemi	17
2.2. Kunnskapsgjennomgang	19
2.3. Intervju	19
2.4. Spørreundersøkelse	25
2.5. Skriftlige spørsmål	28
2.6. Samlet datagrunnlag	29
3. Tidligere forskning	31
3.1. Levekårsundersøkelser i fengsel	31
3.2. Fysisk helse	33
3.3. Psykisk helse	35
3.4. Psykiske lidelser og rusmiddelmissbruk	42
3.5. Soningsrelaterte forhold og helseproblematikk	45
3.6. Diskriminering av kvinnelige innsatte	46
4. Organiseringen av helsetilbud i norske fengsler	51
4.1. Kriminalomsorgen og kommunene	51
4.2. Psykisk helsetilbud	54
4.3. Rusmestringsenheter	57
4.4. Inkomstsamtale, videre oppfølging og medisinerings	59
4.5. Koronapandemien og påvirkning på helsetilbudet	61
5. Soningsforhold i norske fengsler	64
5.1. Fengselets bygningsmasse	64
5.2. Hverdagen i fengsel	65
5.3. Besøk- og kontaktmulighet med pårørende	70
5.4. Soningsforhold under koronapandemien	72
6. Psykiske problemer og reaksjoner blant innsatte kvinner	75
6.1. Psykiske problemer og behov for helsehjelp	76
6.2. Isolasjon og psykisk helse – en ond sirkel	81
6.3. Rusproblemer	85
6.4. Medisinbruk	88
6.5. Hvilke problemer skyldes fengselet – hvilke er medbragte?	92
6.6. Fengselet som «galehus»? - Når normaliseringsprinsippet spiller fallitt	94
7. Familiekontakt	97
7.1. Ulike familierelasjoner og ulik kontakt	97

7.2. Konsekvenser av tapt kontakt for den innsatte	102
7.3. Konsekvenser for familie og barn	104
8. Profesjoner, roller og relasjoner	106
8.1 Innsattes relasjon til helsepersonale	106
8.2. Innsattes relasjon til betjenter	113
8.3. Samarbeidet mellom helsepersonale og Kriminalomsorgen.....	120
8.4. Samarbeid mellom fengsel og psykiatrisk døgntilbud.....	125
9. Kjønn forståelser og kjønnete problemer	131
9.1. Kjønn som tema i fengselsforskning.....	132
9.2. Kjønnete pine.....	139
9.3. Lengst inne i fengselet	145
10. Konklusjon og anbefalinger	147
Anbefalinger	154
Litteraturliste.....	160
Vedlegg 1: Soningsforhold og helsetilbud i norske høysikkerhetsfengsler.....	173

Forsidebilde © NTB.

1. Innledning

«Det er slående hvordan kvinnepopulasjonen i kriminalomsorgen glimrer med sitt fravær i så å si alle dokumenter som har med kriminalomsorgen å gjøre, populasjonen fremstår som 'enkjønnet'» (Kriminalomsorgen 2015, s. 4).

«There is ample evidence, historical but to some extent still current, of the collusion of law in the support of a patriarchal social order in which women were positioned (at best) different from men and therefore occupying a separate social sphere, or (at worst) inferior and therefore cast in the role of serving or amusing men or constituting objects of their property» (Conaghan 2013, s. 3).

Freda Adler (1975) forutså i FN's kvinneår 1975 at den pågående kvinnekampen ville føre til at kvinners kriminalitet ville nærme seg menns i omfang og innhold. Mens kvinners og menns liv i vår del av verden har nærmet seg hverandre på de fleste samfunnsområder, er det fortsatt slik at kvinner begår langt mindre av den registrerte kriminaliteten enn menn, og langt sjeldnere enn menn straffes for kriminalitet. Fengslene blir slik et påfallende unntak fra samfunnsutviklingen og samfunnsinstitusjoner ellers. Dette er fortsatt altoverveiende institusjoner for menn. Den kvinnelige andelen av fengselspopulasjonen ligger i gjennomsnitt på 5 % i Europa (Aebi og Tiago 2019) og i Norge utgjør kvinner 6 % av antall innsatte, hvilket betyr at det til enhver tid soner mellom 200 og 300 kvinner i norske fengsler (SSB tabell 10530). Som en konsekvens av dette er det langt færre studier om kvinners soningsforhold enn hva som er tilfellet for menn. Kvinner i fengsel har derfor vært betegnet som de «glemte lovbrøytene» (McQuaid og Ehrenreich 1998).

Ser man på historien er fengselet samtidig en institusjon som tydelig er skapt av menn. Som Judith Baer minner oss om er det ikke minst i den type totale institusjoner at vi bør være oppmerksomme på å identifisere «the gender implications of rules and practices which might otherwise appear to be neutral or objective» (Baer 2011, s. 3). Derfor er det særlig viktig å rette fokus på hvordan kvinner behandles i institusjoner hvor de er i mindretall og dessuten innesperret.

Kvinner i fengsel – økende fokus, men manglende reformer

Da Kriminalomsorgens kvinnesoningsutvalg oppsummerte utviklingen i 2015 konkluderte de med at siden det første kvinnesoningsutvalg avga innstilling i 1987 «har det ikke manglet på rapporter, innstillinger og formelle styringsdokumenter som påpeker manglene i forholdene for kvinner under Kriminalomsorgen, og som har fremmet forslag til bedring av disse» (Kriminalomsorgen 2015, s. 4). Ikke desto mindre kunne arbeidsgruppen fastslå at ingen av forslagene som har blitt fremmet, hvorav mange er blitt gjentatt flere ganger, er blitt tatt følge av (Kvinnesoningsutvalget 2015, s. 4). Sammenfattende konkluderte rapporten med at det er på tide å etablere et likeverdig tilbud for kvinnene (Kriminalomsorgen 2015, s. 4).

De siste årene har det igjen vært økt fokus på innsatte kvinner i norske fengsler og en rekke rapporter er utgitt om deres situasjon. Blant de viktigste er rapporten fra Kriminalomsorgens kvinnesoningsutvalg (2015), samt rapporter fra Sivilombudsmannen (2016) og Juridisk rådgivning for kvinner (JURK 2018). Disse viser at kvinner har dårligere eller mindre tilpassede soningsforhold og soningstilbud enn menn (Sivilombudsmannen 2016a; s. 4; JURK 2018, s. 8).

At disse aktørene har meldt seg på banen øker forhåpentlig muligheten for at denne studien og dens anbefalinger (se kap. 10) kan få gjennomslag. Samtidig setter denne studien fokus på et område som har vært berørt av blant andre Sivilombudsmannen og JURK, men som ennå ikke har vært gjenstand for en selvstendig studie nemlig kvinnes helse og problemer og utfordringer i den sammenheng. Rapporten handler om kvinner i norske høysikkerhetsfengsler og vil fokusere særlig på problemer rundt deres helse og det helsetilbudet de blir møtt med.

Kvinner i fengsel og deres helse

Helse er en sentral levekårskomponent. Å ha god helse er et gode i seg selv, i tillegg til at det åpner opp for andre levekårgoder, slik som yrkesaktivitet og sosial kontakt (Revold 2015, s. 36). Innsattes helse må ses i lys av hvilke problemer de domfelte hadde før soningen – problemer som også kan forsterkes i påvente av soning (Laursen, Mjåland og Crewe 2019). En rekke levekårsstudier viser at innsatte, både menn og kvinner, generelt har dårligere levekår enn den øvrige befolkningen. Innsatte er sjeldnere i arbeid, har lavere utdannelse, dårligere boforhold, dårligere sosiale nettverk og vanskeligere oppveksts- og familieforhold,

er mer utsatt for helseproblemer og bruker oftere narkotika (Friestad og Hansen 2004; Nilsson 2002; Revold 2015; Skarðhamar 2003).

Innsatte har med dette også dårligere helse enn hva som er tilfellet for den generelle befolkningen. Eksempelvis har de flere kroniske sykdommer og et høyere medisinkonsum. Innsattes psykiske helse, som er tema for denne rapporten, er også dårligere da de har en vesentlig høyere forekomst av psykiske lidelser som angst, depresjon, ADHD, personlighetsforstyrrelser og psykose. I tillegg har innsatte i større grad problemer med rus- og alkoholmisbruk (Friestad og Hansen 2004; Nilsson 2002; Revold 2015; Skarðhamar 2003).

Forskning indikerer samtidig at kvinnelige innsatte kan være i en særlig utsatt situasjon. Kvinner har ifølge flere studier (Fazel og Danesh 2002; Fazel et al. 2016) en litt høyere frekvens av depresjon og rusmisbruk sammenlignet med menn (mens innsatte menn i høyere grad registreres for alkoholmisbruk og personlighetsforstyrrelser), som kommer av at mange har levd marginaliserte liv, som voldsutsatte under ustabile og midlertidige boforhold, har vanskeligere oppvekstforhold, mangelfull tilknytning til arbeidslivet og stor gjeld fra før (Bukten et al. 2016; Crewe et al. 2017; Friestad og Hansen 2004; JURK 2018; Liebling 2009; Sivilombudsmannen 2016a). Videre er kvinnelige innsatte i større grad enn mannlige utsatt for seksuelle overgrep, en erfaring som ofte fører til traumer, skam og skyldfølelse. I en norsk studie (Sivilombudsmannen 2016a) hadde 42 % av de innsatte kvinnene vært utsatt for overgrep av seksuell karakter som barn og 57 % i voksen alder. Kvinner sliter også i større grad med angst før soning sammenlignet med menn. Mens en femtedel av mennene oppga at de hadde forsøkt å ta sitt eget liv før soning, gjaldt dette dobbelt så mange av kvinnene (Amundsen 2011, s. 7-8).

Denne rapporten fokuserer på kvinnelige innsatte ved høysikkerhet i norske fengsler. Høysikkerhet beskrives også som «lukket fengsel» og innebærer at innsatte utsettes for en rekke strenge restriksjoner og kontrolltiltak og tilbringer mye tid på cellen. Ved å fokusere på denne gruppen innsatte og deres helseproblemer bidrar vi med kunnskap om en av de mest utsatte og marginaliserte gruppene i det norske samfunnet. Dette vil bli mer og mer tydelig for hver side i denne rapporten. Ved å rette søkelyset mot nettopp denne gruppen mennesker er vi kommet «lengst in» i fengselet og har avdekket historier om vanskelig psykisk sykdom, voldelige reaksjoner, isolasjon, selvskading, avbrutt familiekontakt og forhold som det i

utgangspunktet er vanskelig å forstå at finnes i dagens Norge.

Problemstilling og data

Temaet for denne rapporten er *kvinnens helse og helsetilbud under soningsopphold i fengsel, og spesielt med fokus på psykisk helse*. Mer spesifikt spør vi: Hvordan er helsetilbudet organisert for kvinner som er innsatt på høy sikkerhet i norske fengsler? Hvordan opplever innsatte, betjenter og helsepersonell at helsetilbudet fungerer? Hvordan opplever innsatte, betjenter og helsepersonell innsatte kvinnens helse og helsemessige utfordringer? Hvordan påvirker soningsmiljøet innsatte kvinnens helse? Hvordan kan kjønnete forventninger og forestillinger påvirke hvordan kvinnens atferd og problemer forstås og håndteres under soning?

Vi har søkt svar på disse problemstillingene ved å gjennomføre egne empiriske undersøkelser og ved å sammenstille og analysere eksisterende kunnskap fra tidligere rapporter og artikler. Prosjektets empiriske del består av en intervjuundersøkelse og en spørreskjemaundersøkelse. Intervjuundersøkelsen består av intervjuer med kvinnelige innsatte og personale i fengsler, fengselshelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Spørreundersøkelsen ble gjennomført i Bredtveit fengsel. I tillegg har vi innhentet relevante data fra Kriminalomsorgen. Vi beskriver dette nærmere i kapittel 2, hvor vi beskriver metode og datainnsamling, inkludert de mange og omfattende utfordringene som oppstod i forbindelse med å gjennomføre denne studien midt under en pandemi. En pandemi som i seg selv har hatt stor innflytelse på de innsatte kvinnenes soning.

Begrepsavklaring og avgrensning

Nedsatt psykisk helse inkluderer et bredt spekter av tilstander. Psykiske plager og vansker er tilstander som oppleves belastende, men der symptomnivået ikke er så omfattende at det oppleves som en psykisk lidelse på diagnosnivå. Disse plagene er ofte forbigående (Cramer 2014, s. 6). Psykiske lidelser er derimot tilstander som oppfyller et visst antall kriterier som til sammen utgjør en sykdomsdiagnose. Tilstanden vurderes ut fra symptomenes intensitet, varighet og påvirkning på personens funksjonsnivå. Lidelsene har til felles at de påvirker tanker, følelser, atferd og omgang med andre (Cramer 2014, s. 7).

Denne rapporten vil omhandle både psykiske plager, vansker og lidelser. I den forbindelse er det viktig å understreke at dette er ikke en helsefaglig studie, men en samfunnsvitenskapelig

undersøkelse av kvinner i fengsel og det helsetilbud de mottar. Vi kartlegger helsetilbudet i fengsler hvor kvinner soner på høysikkerhet. Vi undersøker og beskriver kvinnenes soningsvilkår og deres egne, samt fengselsbetjenters og helsepersonales, oppfatninger og vurdering av situasjonen for å forstå hvordan fengselssituasjonen kan påvirke de innsatte og deres psykiske helse. Vi diagnostiserer ikke innsatte, og vi gjør ingen individuelle helsefaglige vurderinger. Det er også viktig å pointere at denne studien ikke er en komparativ sammenligning av menns og kvinners soningsforhold. Vi har ikke undersøkt forholdene for mannlige innsatte og kan derfor generelt heller ikke vurdere om diskriminerende behandling finner sted.

I beskrivelsen av helsetjenesten i fengslene er det viktig å skille mellom primær og sekundær helsetjeneste, hvor førstnevnte er det ordinære helsetilbud i fengslene, mens den sekundære helsetjenesten (også kalt andre linje) er spesialisthelsetjeneste med særlig psykiatrisk og psykologisk ekspertise. Den primære helsetjeneste inkluderer fengselslege, som erstatter domfeltes fastlege under soning, og fengselssykepleiere som kommunene har gitt i oppgave å yte helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel. Den sekundære helsetjenesten leveres av psykiatere og psykologer (Helsedirektoratet 2016).

Fengselsplasser og fengslede kvinner i Norge

Ifølge Kriminalomsorgens årsstatistikk fra 2019 var det samlet sett 217 faste kvinneplasser i norske fengsler. 172 av plassene tilhørte Bredtveit fengsel, Telemark fengsel avdeling Kragerø, Raveberget fengsel, Agder fengsel avdeling Evje og Kongsvinger fengsel avdeling G, som alle er fengsler særskilt for kvinner. 45 av plassene var faste kvinneplasser i blandingsfengsel ved Stavanger fengsel, Bergen fengsel, Trondheim fengsel og Trondheim fengsel avdeling Leira, Tromsø fengsel og Verdal fengsel. Totalt var det 124 plasser på høysikkerhet (Kriminalomsorgen 2019, s. 17). Per dags dato (mai 2021) soner det ikke lenger kvinner i Kongsvinger fengsel, og ved Tromsø fengsel soner kvinner kun ved spesielle tilfeller. Antall fengselsplasser kan derfor ha blitt endret fra 2019 til 2021.

I 2019 satt det i gjennomsnitt 203,8 kvinner per dag i norske fengsler (Kriminalomsorgen 2019, s. 21). Det vil si at den kvinnelige fengselspopulasjonen i 2019 utgjorde 6,3 % av den totale fengselspopulasjonen. Gjennomsnittlig sonet 147,2 kvinner dom, mens 49,7 kvinner satt i varetekt og 4,6 kvinner sonet forvaringsdom (Kriminalomsorgen 2019, s. 21).

Kvinner i fengsel – bosted og barn

Ved månedsskiftet april/mai 2021 var 24,3 % av den totale fengselspopulasjonen av utenlandsk opprinnelse (KDI 2021). Statistikken skiller ikke mellom kvinner og menn. I utvalget i studien til Juridisk rådgivning for kvinner (JURK), bestående av 120 kvinner (dvs. 63% av den totale kvinnepopulasjonen i 2017), er 80 % av kvinnene i norske fengsler bosatt i Norge før fengslingen. 84 % oppga at de hadde norsk statsborgerskap og 66 % svarte at de var fra Norge når de ble spurt om dette. Av de som oppga å være fra et annet land enn Norge, var halvparten fra Øst-Europa. Videre var 17 % fra Vest-Europa, 11 % fra Afrika og 11 % fra Midtøsten. 8 % oppga å være fra Asia og 6 % fra Sør-Amerika (JURK 2018, s. 20-21).

I JURKs rapport har 73 % av kvinnene barn (2018, s. 26). En tidligere rapport viser at 85% av kvinner med barn under 18 år også har det primære foreldreansvaret (JURK 2012, s. 49). Andelen kvinner i fengsel med barn er med andre ord relativt høy, men ikke nødvendigvis høyere enn for menn. I en studie utført blant danske innsatte hadde ca. 50 % av alle innsatte (menn og kvinner) barn, og lignende tall kan ses i andre land, som for eksempel England (Smith 2014, s. 44). Det anslås at det årlig er mellom 6000 og 9000 barn i Norge som opplever å ha foreldre i fengsel, ifølge FFP – Forening for Fangers Pårørende og SSB (Smith 2014, s. 44). Både Sivilombudsmannen (2016) og JURK (2018) påpeker at fengslede kvinner med barn er en ekstra sårbar gruppe. Det er utfordrende å opprettholde kontakten med barn når man sitter i fengsel, noe som kan føre til stor grad av bekymring for kvinnene under soningsoppholdet.

Menneskerettslige standarder og anbefalinger

Historisk sett er diskusjon om fengslede rettigheter et relativt nytt fenomen. I 1871 erklærte Virginias høyesterett at fengslede var «statens slaver» og å betrakte som sivilt døde (Engbo og Smith 2012, s. 11). Det var først etter andre verdenskrig og særlig fra 1960-70-tallet og frem, at en reformprosess begynte internasjonalt og i en rekke nasjonale jurisdiksjoner. I de skandinaviske landene ble 1950-, 60- og 70-tallet en intensiv reformperiode hvor man gradvis (og delvis) gikk bort fra en paternalistisk rehabiliteringstankegang og mot en mer rettighetsbasert tenkning med normaliseringsprinsippet som omdreiningspunkt (Engbo og Smith 2012). I samme periode utviklet de menneskerettslige standardene på fengselsområdet seg markant, og det har de fortsatt å gjøre frem til i dag. I de siste tiårene har man i stigende grad vært oppmerksom på at kvinner i fengsel er en sårbar gruppe, som i en rekke

sammenhenger krever særlige hensyn. Dette kulminerte foreløpig med vedtakelsen av de såkalte Bangkok-reglene i 2010, som presiserer FNs standarder for behandlingen av kvinner i fengsel.

Enhver form for frihetsberøvelse vil alltid være et voldsomt inngrep i et menneskes liv. Derfor er det også et grunnleggende europeisk menneskerettslig prinsipp at frihetsberøvelse kun bør anvendes som en siste utvei, når alle andre muligheter er nøye overveid. Dette er klart formulert i en lang rekke av de anbefalinger som gjennom en årrekke er kommet fra Europarådets ministerkomité, og som med utførlige praktiske anvisninger søker å minske anvendelsen av fengsling (Engbo og Smith 2012, s. 51; Van Zyl Smit og Snacken 2009).

Når frihetsberøvelse likevel gjennomføres er det et helt grunnleggende menneskerettslig prinsipp at alle som berøves sin frihet skal behandles humant og med respekt for menneskets grunnleggende verdighet. Videre foreskriver menneskerettighetene et universelt forbud mot tortur, som medfører at enhver form for såkalt «umenneskelig eller nedverdiggende behandling» er ulovlig. Det er dessuten et sentralt prinsipp at en innsatt i utgangspunktet kun mister sin bevegelsesfrihet og ikke sine øvrige rettigheter (Engbo og Smith 2012, s. 57). Dette er i norsk kriminalomsorg uttrykt i form av normaliseringsprinsippet, hvilket tilsier at innsatte under straffegjennomføring ikke bare beholder sine rettigheter, men også at livet under straffegjennomføringen skal være så normal som mulig. Dette prinsippet omhandler alle former for frihetsberøvelse og gjelder naturligvis for alle uansett kjønn. Der er imidlertid også en rekke menneskerettslige instrumenter og anbefalinger som fokuserer særlig på kvinner i fengsel.

I mange jurisdiksjoner produserer generell diskriminering i samfunnet en lang rekke følgeproblemer i rettssystemet og i fengslene, for eksempel for kvinners rettssikkerhet, utsatthet for vold i fengselet og deres rolle som mødre. Flere av de tingene som fremheves som typiske problemer for kvinner i fengsel er direkte relevante i en helsemessig kontekst. Det gjelder for eksempel kvinners «disproportionate victimization from sexual or physical abuse prior to imprisonment (...) A high level of mental health-care needs, often as a result of domestic violence and sexual abuse (...) Their high level of drug or alcohol dependency (...) Gender-specific health-care needs that cannot adequately be met» (UNODC 2014, s. 7). Europarådets retningslinjer for kvinner i fengsel forklarer tilsvarende at kvinner utgjør en utsatt gruppe med særlige behov som lett kan overses nettopp fordi de er en minoritet

(CPT/Inf (2018) 5, s. 1). Derfor fastslår flere menneskerettslige instrumenter at det å etablere særlige innsatser rettet mot å beskytte kvinners rettigheter i fengsel ikke utgjør diskriminering av menn (Body of Principles for the Protection of All Persons under Any Form of Detention or Imprisonment, Principle 5.2; The United Nations Rules for the Treatment of Women Prisoners and Non-custodial Measures for Women Offenders, *the Bangkok Rules*, regel 1).

Det er med andre ord både nødvendig og lovlig å etablere særlige innsatser rettet mot kvinner for å styrke og sikre deres rettigheter. Det kan handle om alt fra å sikre gravide kvinner bedre vilkår (typisk ved å unngå frihetsberøvelse), til å sørge for at kvinner som tidligere har vært utsatt for seksuelle overgrep får et tilstrekkelig helsetilbud. Ifølge FNs håndbok om kvinner i fengsel betyr dette at man fra myndighetenes, og dermed fengselsadministrasjonens, side skal ta «affirmative action to counter-balance discrimination encountered by women prisoners, due to their small numbers» og at man skal lede fengsler på en kjønns sensitiv måte (UNODC 2014, s. 27).

Hvis man anlegger et menneskerettslig kjønnsperspektiv spesifikt på fengslede kvinners helse er det en rekke temaer som trer særlig tydelig frem. Det dreier seg kort fortalt om kvinners grunnleggende rett til helse; nødvendigheten av å unngå diskriminering av kvinner; behovet for medisinsk undersøkelse ved ankomst til fengselet, hvilket inkluderer kartlegging av spørsmål omkring seksuelle overgrep; problemer og rettigheter omkring graviditet og fødsel, og et generelt behov for kjønnsspesifikk helsebehandling, inkludert tilgang til kvinnelig helsepersonell.

Retten til helse er en grunnleggende menneskerettighet (ØSK, artikkel 12). I et fengsel betyr dette at innsatte har samme rett til helse som borgere utenfor fengsel (Mandela-reglene, regel 24.1 og 24.2). FNs konvensjon om kvinners rettigheter fastslår videre at det er statens ansvar å eliminere diskriminering av kvinner på helseområdet (CEDAW, artikkel 12.1).

Europarådets retningslinjer understreker hvordan kvinners særlige behov og utsatthet i høy grad handler om nettopp helsemessige problemstillinger, som for eksempel:

«Any physical, sexual or psychological form of violence, including domestic violence, they might have suffered before the imprisonment, a high level of mental health-care needs, a high level of drug or alcohol dependency, specific (for example,

reproductive) health-care needs, caretaking responsibilities for their children and/or their families, and the high likelihood of post-release victimisation and abandonment by their families» (CPT/Inf (2018) 5, s. 1).

Generelle standarder for behandling av kvinner i fengsel finner man som tidligere nevnt i FNs Bangkok-regler og disse inneholder en seksjon om helse (regel 6-18). Her fremheves det blant annet at kjønnsespesifikke helsetilbud skal være på plass i fengsler (Bangkok-reglene, regel 10.1). Dette gir ifølge Bangkok-reglene blant annet innsatte kvinner rett til å bli tilsett av en kvinnelig lege eller sykepleier, og hvis dette er helt umulig skal en kvinnelig ansatt være til stede (Bangkok-reglene, regel 10.2; se også regel 11.2). Bangkok-reglene foreskriver også at man skal kartlegge helseproblemene og –behovene til kvinner ved innsettelse, inkludert spørsmål om erfaringer med seksuelle overgrep og andre former for vold (Bangkok-reglene, regel 6.e). Kvinnene skal også informeres om mulighetene for å følge eventuelle overgrep opp rettslig (regel. 7.1).

Når det gjelder psykisk helse foreskriver Bangkok-reglene at individuell, kjønns sensitiv og trauma-informert behandling er tilgjengelig (Bangkok-reglene, regel 12). Helt generelt stilles det som et krav til fengselsadministrasjonen at personalet alltid er særlig oppmerksomme på kvinners behov og situasjon (Bangkok-reglene, regel 13).

Sammenfattende kan man si at det menneskerettslige perspektivet i denne sammenheng særlig bidrar til å gi en forståelse av to ting: 1) hva det betyr å ta hensyn til innsattes rettigheter, og 2) hvordan et kjønns perspektiv på kvinners situasjon i fengsel kan se ut i praksis. Begge disse elementene vil være med på å informere analysen i denne rapporten og i våre senere anbefalinger.

Kjønn, retten og innesperring

Når man studerer kvinner i fengsel kan det være vanskelig å vurdere nøyaktig hva som er kjønnsespesifikke behov under soning og hva som er et uttrykk for kjønnsstereotypiske forventninger og forestillinger. Denne problemstilling settes på spissen i fengsel, da dette som allerede nevnt er en institusjon, som i større grad enn de fleste andre samfunnsmessige institusjoner, er både skapt av og for menn. Samtidig har mange siden Simone de Beauvoirs banebrytende bok fra 1949 i økende grad forstått og tatt utgangspunkt i at de fleste forskjellene mellom menn og kvinner er sosiale, og ikke biologiske (de Beauvoir 2011).

Rettsystemet har vært preget av kjønnsforskjeller gjennom historien. Dette avspeiles for eksempel i at man i store deler av verden skiller mellom kvinner og menn under soning. Men normer endrer seg, ikke minst i skandinaviske land, hvor synet på kjønn og kjønnsroller har forandret seg markant de seneste 50 årene. Rettens rolle er i den sammenheng komplisert. Loven kan på den ene siden forsterke og fastholde kjønnsoppfatninger og på den andre siden medvirke til å endre dem.

Å forske på betydningen av kjønn i denne sammenhengen er derfor utfordrende. Både forskere og praktikere står i fare for å reprodusere kjønnsstereotypiske oppfatninger i samfunnet ved å behandle og analysere kvinner og menn kategorisk ulikt. Samtidig er det vanskelig å få kunnskap om hvordan kjønn har og får betydning i fengselshverdagen. Dette gjelder særlig hvordan kjønn utspiller seg i den daglige sosiale omgangen mellom kvinner og ansatte. Mange forhold spiller inn i dette møtet, og det er vanskelig å skille ut hva som handler om kjønn, og hva som handler om andre faktorer, og ikke minst hvordan faktorene virker sammen.

En rekke studier viser at kjønn har betydning både for måten innsatte blir omtalt og vurdert i fengselets dagligliv, og at kvinner som soner opplever et sterkere stigma enn menn. Dette er en psykisk belastning og styrker en opplevelse av utenforskap (Bosworth 2000; Karlsen 2018; Thomas 2003). Det er en tendens til å se kvinnelige kriminelle som dobbelt avvikende (Carlen og Worrall 2004). De er ikke bare avvikende som samfunnsborgere, men de avviker også fra det som forventes av dem som kvinner. Ifølge en portugisisk studie blir det for eksempel ekstra vanskelig for innsatte mødre å leve opp til moderne idealer om foreldreskap (Granja, de Cunha og Machado 2014). Studier som har fokusert på kvinnelige innsatte har også vist at fengsling kan påvirke kvinner i større grad enn menn fordi de ofte har familieansvar (Crewe et al. 2017; Zaitzow 2013, s. 25).

Denne, og mye annen forskning som vil bli gjennomgått i kapittel 3, kommer fra forskjellige land og er naturligvis påvirket av kulturen på disse stedene, inkludert oppfatninger av kjønnsroller og samfunnets organisering. Når det i en engelsk studie fremheves at kvinner lider mer enn menn under soning fordi de mister kontakt med venner og familie (Crewe et al. 2017, s. 1367) reiser det unektelige spørsmålet om hvorvidt dette er et produkt av noe kvinnelig eller kanskje snarere skyldes kjønne samfunnsstrukturer. Ifølge forfatterne er det

særlig det at forholdet til egne barn blir dårligere under soning og at soning legger begrensninger på evnen til å oppfylle en tradisjonell morsrolle som gjør at innesperringen smerter kvinner mer enn menn (Crewe et al. 2017, s. 1368). Spørsmålet er imidlertid om det ikke er mer sannsynlig at det som er avgjørende er hvor sterk tilknytningen er mellom barn og forelder og om forelderen er den primære omsorgspersonen – og ikke om det er en kvinne eller en mann. Som forfatterne selv nevner, så hadde færre av de fengslede mennene omsorg for barn da de ble innsatt (Crewe et al. 2017, s. 1369). Her er det viktig å være oppmerksom på i hvilken grad man viderefører etablerte samfunnsstrukturer og kjønnsoppfatninger og hvorvidt dette i så fall hjelper kvinner i (og utenfor) fengsel.

Det er ikke bare forestillinger om foreldreskap som kan være svært kjønnete. Forestillinger om hva kvinner og menn er og bør være kan prege hva som fremstår og behandles som «naturlig» eller oppsiktsvekkende oppførsel. I denne studien fremstår spørsmålet om hvorvidt innsatte kvinners aggressive reaksjoner tolkes annerledes enn menns, som viktig. Liebling fremfører i en forskningsoversikt at det er et påtakelig fokus på kvinners relasjoner, privatliv og følelser, men at kvinners sinne i liten grad berøres (Liebling 2009). Med Campbell (1993) viser Liebling til at menns og kvinners aggressivitet forstås ulikt; der hvor menns aggressivitet forstås som et forsøk på å oppnå kontroll, forstås kvinners aggressivitet som et uttrykk for tap av kontroll (Liebling 2009, note 2). I gjennomføringen av studien og i arbeidet med rapporten, har spørsmålet om betydningen av den norske konteksten og av kjønnete forestillinger vært en rød tråd.

Rapportens struktur

I neste kapittel beskriver vi studiens metoder og datainnsamling, inkludert de problemene vi støtte på som følge av pandemien. Kapittel 3 presenterer en oversikt over tidligere forskning på området og igjen vil fokus være på kvinner i fengsel og helse i fengsel. Herfra beveger vi oss for alvor ut i fengslene. Kapittel 4 gir en oversikt over organisering av helsetilbud i norske fengsler med innsatte kvinner, mens kapittel 5 beskriver kvinnes generelle soningsforhold. I kapittel 6 presenterer vi studiens funn om psykiske problemer og reaksjoner under soning og varetekt blant kvinner, og diskuterer i den sammenheng blant annet medisinformbruk, selvskading og isolasjon. Kapittel 7 beskriver problemer og utfordringer de møter i forbindelse med familiekontakt og hvordan dette innvirker på de innsattes helse. Kapittel 8 handler om relasjoner mellom innsatte, betjenter og helsepersonale, mens vi i kapittel 9 tar en samlet diskusjon av de kjønnsoppfatninger og kjønnete problemer som

studien har identifisert. I kapittel 10 presenterer vi våre oppsummerende refleksjoner samt en rekke forslag til mulige reformer og forbedringer på området.

2. Metode

Hvis det mangler kunnskap om en gruppe i samfunnet, kan det reflektere at gruppen er marginalisert og selv har liten makt til å sette sin situasjon på agendaen. I 2015 konstaterte Kriminalomsorgens egne kvinnesoningsutvalg at «kvinnepopulasjonen i kriminalomsorgen glimrer med sitt fravær i så og si alle dokumenter som har med kriminalomsorgen å gjøre, populasjonen fremstår som ‘enkjønnnet’» (Kriminalomsorgen 2015). Selv om det siden har vært en økt oppmerksomhet om behovene og tilbudet til kvinnelige ansatte, er det fortsatt store udekkede kunnskapsbehov.

For å besvare studiens problemstillinger har vi samlet inn ulike typer data. Vi har gjennomført intervjuer med helsepersonale, både fra primær- og sekundærhelsetjenesten, samt med betjenter og innsatte. Vi har samtidig gjennomført en spørreundersøkelse blant en gruppe innsatte, og vi har samlet skriftlig informasjon fra ansatte og institusjoner. I tillegg har vi samlet og gått gjennom tilgjengelig litteratur på området. I det følgende vil vi beskrive studiens framgangsmåter.

Et tema vi vil berøre flere ganger er de helt spesielle forholdene som koronapandemien har skapt. Pandemien har blant annet ført til at vi ikke har hatt mulighet til å gjennomføre fysiske besøk i fengslene og alle intervjuene er gjennomført digitalt, det vil si via samtaleplattformer online og på telefon. Flere av oss har arbeidet med fengselsforskning i mer enn to tiår og aldri opplevd noe lignende tidligere. I denne forbindelse har vi opplevd studien som et slags metodisk pionerarbeid, med noen helt særlige utfordringer.

2.1. Forskningsgodkjennelse under en pandemi

Normalt sett er det ganske rutinepreget å søke godkjenninger for å gjennomføre forskning, men vi har hatt to vesentlige utfordringer i dette prosjektet. Dels var prosjektperioden meget kort for et prosjekt med ganske omfattende datainnsamling (oppstart august 2020 og avslutning mai 2021), og dels var saksbehandlingen hos Kriminalomsorgen forsinket på grunn av stort arbeidspress under pandemien.

Første steg i gjennomføringen av prosjektet var å søke godkjenning for intervjuene og spørreundersøkelse. Siden prosjektet inkluderte behandling av personopplysninger, måtte prosjektet meldes inn til Norsk senter for forskningsdata (NSD) som vurderer

personvernssidene for prosjekter for Universitetet i Oslo. Søknaden til NSD ble sendt inn i to omganger: først fikk vi godkjenning til å gjennomføre intervjuene, og deretter spørreundersøkelsen. Samtidig sendte vi inn søknad til Kriminalomsorgen. Region Øst sendte ut søknaden til samtlige av regionene. Grunnet koronasituasjonen høsten 2020 tok det lang tid å få godkjenning fra Kriminalomsorgen. Resultatet var at vi i begynnelsen av november fikk en muntlig godkjenning til å starte datainnsamlingen i Bredtveit fengsel, i påvente av skriftlig godkjenning fra de resterende fengslene. Dette innebar at vi kunne gå i gang med datainnsamling i Bredtveit først i desember 2020. Prosessen viste seg dog å være utfordrende, igjen på grunn av koronapandemien, både i Bredtveit og under datainnsamlingen generelt. Dette betød i at vi måtte endre prosjektets fremgangsmåte noe underveis.

Opprinnelig søkte vi om å gjennomføre intervjuer i ett kvinnefengsel og ett blandingsfengsel. Vi vurderte at Bredtveit og Stavanger fengsel ville være de mest gunstige fengslene å gjennomføre intervjuene i. Dette skyldes at på daværende tidspunkt var disse fengslene med flest kvinnelige innsatte som sonet på høysikkerhet. Vi ønsket å sende ut spørreskjemaet til samtlige fengsel der kvinner soner på lukket avdeling.

Med dette som bakgrunn ble søknaden delvis innvilget 12. januar 2021. Det vil si utrolig sent i prosessen, da vi på det tidspunkt skulle levere en ferdig rapport 1. april 2021 (senere utsatt til 31. mai). Vi måtte derfor tenke kreativt og justere metoden underveis i prosjektet ved å utforme alternative former for datainnsamling både i form av andre intervjuer og andre former for skriftlig materiale, hvilket vi kommer tilbake til under.

I Stavanger fengsel gjaldt godkjenningen kun for intervju med ansatte. Tidligere i prosessen fikk vi opplysninger om at det nå sonet svært få kvinner i Stavanger fengsel. Stavanger fengsel falt derfor bort som naturlig valg for gjennomføringen. I tillegg oppga Kongsvinger fengsel avdeling kvinner at de per 12. januar 2021 hovedsakelig hadde utenlandske innsatte, som snakker dårlig norsk og ha dårlige engelskkunnskaper. Dette betydde at gjennomføringen av prosjektet ville bli vanskelig i dette fengselet.

På grunn av ventetiden på godkjenningen hadde vi kort tid til å gjennomføre intervjuer og spørreundersøkelse i flere fengsel enn Bredtveit. Frem til 12. januar 2021 trodde vi at Bredtveit fengsel ville bli det eneste fengselet hvor vi kunne intervju innsatte. Vi begynte derfor å søke informanter på alternative måter, ved å kontakte ideelle organisasjoner og på

denne måten få kontakt med tidligere innsatte, hvilket vi utdyper nedenfor.

Da vi fikk skriftlig godkjenning tok vi kontakt med Trondheim fengsel for å inkludere et blandingsfengsel. De hadde til tross for godkjenningen ikke kapasitet til å gjennomføre datainnsamling. Flere av fengslene hadde også få kvinnelige innsatte på det tidspunktet vi kontaktet dem på. Med dette som bakgrunn tok vi kontakt med Agder fengsel avdeling Evje, der vi på forhånd visste at det sonet ti kvinner. Evje fengsel var svært positive til å hjelpe oss med å rekruttere innsatte og gjennomføre spørreundersøkelse.

2.2. Kunnskapsgjennomgang

Sammen med egen datainnsamling bygger også rapporten på tidligere forskning. Det er blitt gjennomført brede søk etter litteratur basert på inngående kjennskap til forskningen. Slik det ble beskrevet innledningsvis, finnes det mye forskning på menn i fengsel, mens kvinner har fått mindre oppmerksomhet. Vi har gått gjennom forskning om kvinner og deres situasjon i fengsel, men vi viser også til fengselsforskning for øvrig og, ikke minst, forskning om helse og helsetjenester i fengsel. I tillegg bruker vi annen litteratur hvor det er relevant, spesielt fra profesjonsforskning og kjønnsforskning. Vi har inkludert både internasjonal og norsk forskning, men har gjort det med bevisst over de store forskjellene som finnes i lovgivning og praksis.

2.3. Intervju

Den kvalitative delen av studien er basert på intervjuer av innsatte og ansatte i fengsel. Kategorien ansatte inkluderer både betjenter og helsepersonell i både primær- og sekundærhelsetjeneste. Totalt ble det gjennomført 17 intervju med 18 informanter. Vi har intervjuet tre sykepleiere i primærhelsetjenesten, fire ansatte i spesialisttjenesten, to ansatte ved akuttpsykiatrisk sengepost, to fengselsbetjenter, fire innsatte og to tidligere innsatte.

Et kvalitativt intervju er en samtale som har en viss hensikt og struktur og går dypere enn de spontane meningsutvekslingene som skjer i det daglige (Skilbrei 2019). For å sørge for at intervjuene dekket prosjektets temaer og la til rette for en åpen utveksling, ble det i forkant utformet en intervjuguide til hver av de ulike informantgruppene. Intervjuene var semi-strukturerte, noe som innebar at intervjuene hadde en planlagt struktur, men at det likevel var rom for å stille spørsmål der det falt seg naturlig i samtalen (McIntosh og Morse 2015). I

forbindelse med intervjuer med ansatte var det av spesiell interesse å få vite hvilke helsetilbud som tilbys og hvordan dette arbeidet er organisert. Sentrale spørsmål handlet om organisatoriske rutiner og kvalitetssikring, hvordan det tverrsektorielle samarbeidet fungerer i oppfølging av den enkelte pasient, spesielt i overføring til akutte helsetjenester som akuttpsykiatrisk avdeling og Distrikt psykiatrisk senter (DPS), og hvorvidt og hvordan den aktuelle bemannings- og ressursituasjonen og fengselets fasiliteter (bl.a. bygningsmessige egnethet) preger kvaliteten på tjenestestyringen. Et viktig overordnet tema i intervjuene med ansatte var hvordan fengselets rammebetingelser påvirker tjenestetilbudet og hvordan det eventuelt kan forbedres. I intervjuene med innsatte var det særlig deres egen opplevelse som sto i sentrum. Her var det fokus på hvordan fengselsoppholdet påvirket helsen deres, både fysisk og psykisk. Vi prøvde blant annet å få et innblikk i hvilke helseproblemer som var til stede før innsettelsen, og hva som var et resultat av soningsoppholdet.

Rekruttering av informanter

Pandemien skapte en forskningsmessig utfordrende og særpreget situasjon. På grunn av pandemien endte dette med å bli en studie hvor vi ikke har vært fysisk til stede i fengslene, hvilket naturligvis påvirket rekrutteringsprosessen, samt selve intervju-situasjonen. De tre forskerne som utføre intervju hadde alle tidligere erfaring med dette, og noen mer enn 20 års erfaring med denne typen arbeid, men ingen hadde tidligere vært med på empirisk fengselsforskning uten fysisk adgang til fengslene.

Da vi ikke hadde mulighet til å fysisk besøke fengslene var vi i rekrutteringsprosessen i større grad avhengig av hjelp og samarbeid med fengslene for å få rekruttert innsatte og ansatte. Etter at vi fikk godkjenning til å gjennomføre prosjektet i fengslene tok vi kontakt med kontaktpersonen som vi fikk tildelt i Bredtveit fengsel og Agder fengsel avdeling Evje. Vi sendte de to kontaktpersonene informasjon om prosjektet, deriblant informasjonsskriv slik at hen kunne videreformidle dette til innsatte og betjenter.

Kontaktpersonene var fengselsansatte, men arbeidet ikke som betjent. Det kan knyttes en del etiske utfordringer til å ha en fengselsansatt som «portvokter» for deltakelse i studien. Kontaktpersonene jobber for fengselet, og det kan bety at hen velger å videreformidle kontakt til innsatte hen tror vil snakke positivt om fengselet. I tillegg kan det tenkes at de innsatte tror det vil få negative konsekvenser for dem dersom de ikke deltar. I så fall svekker det det

forskningsetiske prinsippet om at forskning skal bygge på samtykke som er fritt gitt. I tillegg kan det svekke forskningens kvalitet. Hva dette har betydd for studien, er derfor noe vi har måttet reflektere over. Vår vurdering er at kontaktpersonene viste at hen reflekterte over egen rolle, og la selv vekt på å formidle til oss at hen ikke kunne legge press på folk om å delta. Kontaktpersonene var med andre ord bevist på de metodiske og etiske utfordringene og jobbet for å motvirke dette.

Kontaktpersonene hjalp oss med å rekruttere både innsatte og betjenter. Det ble sendt ut forespørsel om deltakelse via felles e-post til alle betjentene i fengslene. I tillegg ble prosjektet omtalt på de felles morgenmøtene. Kontaktpersonene fortalte at det var noe vanskelig å rekruttere ansatte da fengselshverdagen er svært travel og det er vanskelig å motivere ansatte til å sette av tid til å delta i forskingsprosjekt. Til slutt fant kontaktpersonene to betjenter som ønsket å delta på intervju. De ble da satt i kontakt med oss og vi avtalte intervjutidspunkt med dem direkte.

Det var også utfordrende å rekruttere innsatte. Det ble hengt opp informasjon om prosjektet i fengselets fellesarealer og kontaktpersonene fortalte om prosjektet muntlig til de innsatte. Da det tok noe tid å rekruttere innsatte på denne måten bestemte vi oss for å dele informasjon om oss og vår kompetanse for at innsatte skulle et inntrykk av hvem de ville snakke med om de ønsket å delta på intervju. I forkant av rekrutteringen snakket vi med kontaktpersonene om viktigheten av frivilling deltakelse og ble enige om at kontaktpersonen kun skulle rekruttere innsatte som selv viste interesse for prosjektet. Denne rekrutteringsmetoden resulterte i at fem innsatte ønsket å bli intervjuet. Den ene av disse fem innsatte ble løslatt før vi rakk å intervjuer henne, og hun er derfor ikke en del av utvalget.

I påvente av godkjennelse fra Kriminalomsorgen vurderte vi som nevnt tidligere også mulighetene for en alternativ rekruttering av tidligere innsatte. Å rekruttere kvinner som tidligere har vært innsatt i fengsel ville ikke kreve godkjennelse fra andre enn av kvinnen selv. For å komme i kontakt med tidligere innsatte tok vi kontakt med ulike ideelle organisasjoner og diskuterte mulighetene til bistand i rekruttering. For å beskytte kvinnenes anonymitet oppgir vi ikke hvilken organisasjon de ble rekruttert gjennom. Rekrutteringen i organisasjonen foregikk gjennom en kontaktperson som på våre vegne delte ut informasjon om prosjektet til tidligere innsatte som hadde sonet ved høysikkerhet de siste to-tre årene. Tre innsatte ønsket å delta på intervju. Vi fikk deres kontaktinformasjon og tok direkte kontakt

med dem per telefon. Vi fortalte kort om prosjektet på forhånd for å forsikre oss om at de hadde fått riktig informasjon. En av kvinnene ønsket ikke å delta på intervju likevel, og vi endte derfor opp med å få rekruttert to tidligere innsatte på denne måten.

Helsepersonell i fengsel er ikke organisert under Kriminalomsorgen. Godkjennelse til å utføre intervju fra Kriminalomsorgen ville derfor ikke være gjeldene for helsepersonellet, hverken i primær- eller sekundærhelsetjenesten. Dette gjorde at vi kunne rekruttere helsepersonell i påvente av godkjennelsen fra Kriminalomsorgen. Vi startet først arbeidet med å rekruttere ansatte fra spesialisthelsetjenesten. Etter anordning fra Avdeling for forsknings- og innovasjonsadministrasjonen, ved Oslo Universitetssykehus, tok vi direkte kontakt med lederen for spesialisthelsetjenesten knyttet til to ulike fengsel med forespørsel om å intervju ansatte ved deres klinikk. På den måten fikk vi kontaktinformasjonen til ansatte i spesialisthelsetjenesten som arbeidet med innsatte kvinner. Vi tok videre individuell kontakt med de aktuelle ansatte per e-post med forespørsel om deltakelse. Samtlige som ble spurt svarte ja til deltakelse.

Vi benyttet oss av samme fremgangsmåte for å rekruttere ansatte ved fengselshelsetjenesten i to ulike fengsel. Her fikk vi oppgitt kontaktinformasjonen til lederen av helseavdelingen via vår kontaktperson i fengselet. Intervjutidspunkt ble deretter avtalt med lederen av helseavdelingen.

Vi intervjuet også to ansatte ved akuttpsykiatrisk avdeling på akuttmottaket ved et sykehus. Dette var en psykiater og en psykiatrisk sykepleier. De to ansatte ble rekruttert gjennom et av referansegruppedlemmene. Hen anbefalte oss ansatte og gav oss kontaktinformasjonen til disse personene. Deretter sendte vi informasjon om prosjektet til de to ansatte og avtalte intervjutidspunkt direkte med dem.

Utvalg

Vi intervjuet fire kvinner under soning og to tidligere innsatte kvinner. Flere av kvinnene er førstegangssonere og har vært innsatt fra et par måneder til fem år. Noen av kvinnene sitter eller har sittet i varetekt. For å sikre kvinnenes anonymitet oppgir vi ikke hvilke kvinner som tilhører hvilke kategorier. Videre har vi tildelt kvinnene fiktive navn: Frida, Emma, Maja, Olivia, Leah og Sofie. Av hensyn til kvinnenes anonymitet oppgir vi heller ikke hvilket lovbrudd kvinnene er dømt for.

I forbindelse med prosjektet intervjuet vi også to fengselsbetjenter. Én betjent hadde vært ansatt i svært mange år og hadde også arbeidserfaring fra andre fengsler, mens den andre betjenten var relativt nyansatt. Betjentene har fått navnene David og Viktoria.

Rundt halvparten av de intervjuede informantene i prosjektet er helsepersonell. I primærhelsetjenesten i fengsel intervjuet vi tre sykepleiere. To av sykepleierne er spesialistsykepleier, noe som innebærer at de har tittelen «psykiatrisk sykepleier». Sykepleierne har fått navnene Cecilie, Beate og Hanne. Ved spesialisthelsetjenesten intervjuet vi to psykologspesialister, som har fått navnene Solveig og Anne, én psykolog, ved navn Emil, og én lege, ved navn Mathilde. De fire ansatte har ulik erfaring fra spesialisthelsetjenesten, hvorav en har vært ansatt i flere år, mens en annen nylig er ansatt i sin stilling.

Som beskrevet tidligere intervjuet vi også to ansatte ved akuttpsykiatrisk avdeling på et sykehus. Dette var ansatte ved døgnpost. Disse to informantene ble intervjuet sammen. Den ene ansatte var psykiater, det vil si lege med spesialisering innen psykiatri, mens den andre var psykiatrisk sykepleier. Legen har fått navnet Lise, mens sykepleieren har fått navnet Marie.

Gjennomføring

Intervjuene ble gjennomført mellom november 2020 og februar 2021. På dette tidspunktet var fengslene i stor grad preget av koronarestriksjoner og det lot seg derfor ikke gjøre å gjennomføre intervju ansikt-til-ansikt. Vi ble derfor nødt til å finne alternative løsninger og gjennomførte intervjuene enten over videoløsning eller telefon.

I forkant av intervjuene snakket vi med en fengselsbetjent om organiseringen og bygningsmassen fengselet. Denne samtalen ble et slags alternativ til en fysisk omvisning. Betjenten fortalte om fengselets historie og hvordan fengselet er bygget opp. Hen forklarte organiseringen av avdelingene og beskrev hvilket tilbud de innsatte mottok. Dette inkluderte arbeidstilbud, helsetilbud, besøkstilbud og fritidstilbud. Denne samtalen ga et fint innblikk i hverdagen ved fengselet og gjorde det lettere å plassere informasjonen fra de ulike informantene som vi senere snakket med.

Å gjennomføre intervju over videosamtale eller telefon byr på egne utfordringer. For det første gjør digitale intervjuer at man i større grad er avhengig av en godt planlagt intervjuguide, da intervjuene har lettere for å bli oppstykket. For det andre var det ikke alltid videoløsningen fungerte optimalt og dette gjorde at vi flere ganger måtte finne en «nødløsning» som da ble telefonintervju. Intervjuer via digitale plattformer kan påvirke kontakten mellom forsker og informant. Ansikt-til-ansikt-intervjuer i samme lokale gir en rekke sanseintrykk, som erstattes av andre når man i stedet ser inn i en skjerm og følelsen av fysisk nærhet går tapt. Ikke minst derfor var det interessant hvordan de digitale intervjuene på noen måter opplevdes mer «intime» enn hva som er vanlig i slike intervju. Ved digitale intervju får man hverandres ansikt svært tett på og det opplevdes som om vi fysisk kom «tettere». De innsatte gjennomførte intervjuene på egen celle. På den måten kunne vi snakke med informantene i et miljø der de var hjemmevant. Legen vi intervjuet gjennomførte intervjuet i sitt eget hjem. Dette fikk oss til å tenke over at den digitale intervjumetoden i visse tilfelle gjorde at informantene muligens ble mer frittalende. Til tross for utfordringene opplevde vi derfor at digitale intervju fungerte godt og ble mer personlige enn hva vi hadde regnet med.

De største utfordringene er knyttet til intervjuene som ble avholdt over telefon. Intervju over telefon ble løsningen i de tilfellene der det ikke var mulig å gjennomføre dem ved hjelp av Kriminalomsorgens videoløsning. Telefonintervju gjør at man mister mye av den menneskelige kontakten. Både ansiktsuttrykk og kroppsspråk forsvinner ved denne metoden, og det blir vanskeligere å oppnå en likeverdig samtale. Vi avholdt totalt syv intervju over telefon. Denne metoden var spesielt vanskelig i samtaler med innsatte, som gjelder tre av de seks intervjuene. Intervjuene handlet om innsattes psykiske helse, noe det under alle omstendigheter kan være tungt å snakke om. I flere av intervjuene snakket vi for eksempel om både selvskading og selvmordsforsøk. At forskeren da ikke kan uttrykke medfølelse i like stor grad som ved et fysisk intervju, kan være problematisk. Over telefon blir det langt vanskeligere å tolke hvordan den innsatte reagerer på spørsmålene. Det er også vanskeligere å tolke hvilke spørsmål den innsatte er komfortabel med å svare på. Spørsmålene kan også vekke vonde minner hos den innsatte. Vi sa derfor tydelig i forkant av intervjuet at innsatte ikke pliktet til å svare på spørsmålene dersom det opplevdes ubehagelig for dem.

Under ett av telefonintervjuene opplevde vi at en innsatt avbrøt samtalen midt i intervjuet,

uten forvarsel. Dette kan skyldes at intervjuet ble for belastende for den innsatte og kunne trolig vært unngått dersom intervjuet ble utført ansikt-til-ansikt. En etisk problemstilling er at man ikke har mulighet til å følge opp informantene i etterkant av en slik hendelse. Vi var derfor avhengige av at hun ble fulgt tilstrekkelig opp i fengselet. I etterkant av intervjuet kontaktet vi fengselet for å forsikre oss om at kvinnen ikke ønsket å fortsette intervjuet. Vi informerte også fengselet om at hun kunne trekke tilbake samtykket, dersom hun skulle ønske det. Vi sørget også for at kvinnen hadde vår kontaktinformasjon dersom hun skulle ønske å komme i kontakt med oss på et senere tidspunkt av ulike grunner.

Det ble gjort lydopptak og/eller videoopptak av samtlige intervju. Informantene ga tillatelse til dette i forkant. Vi informerte om at vi ønsket å ta opp intervjuet i informasjonsskrivet som deltakerne mottok i forkant. Da vi ikke møtte informantene fysisk, ble samtykke til deltakelse gitt muntlig. Vi startet hvert intervju med en kort presentasjon av prosjektet og spurte i denne sammenheng om samtykke til deltakelse og opptak av intervjuet. Opptakene ble transkribert i etterkant og da ble også informantene anonymisert, som vil si at opplysninger som kan bidra til å identifisere dem ble fjernet eller endret.

2.4. Spørreundersøkelse

I tillegg til kvalitative intervju med ansatte og innsatte, gjennomførte vi en spørreundersøkelse blant innsatte om deres helsesituasjon, livssituasjon og erfaringer med straffegjennomføring. Formålet med undersøkelsen var å få innblikk i behovet for hjelp blant kvinnelige innsatte og kartlegge hvilke tiltak som finnes i ulike fengsel, hvilke innsatte som får tilgang til disse tiltakene og hvordan innsatte selv vurderer oppfølgingen de får under fengselsoppholdet. For å kunne vurdere kvaliteten på soningsforhold, ivaretagelse av kvinners helse i ulike soningsanstalter og hvilke muligheter fengselet har som forbedringsanstalt, er det viktig å få kunnskap om hva innsatte selv mener er de største utfordringer de møter for å kunne mestre tilværelsen under soning og etter løslatelsen. I undersøkelsen skilte vi mellom kvinners oppgitte helsesituasjon før innsettelsen og hvilke plager som forsterkes, oppstår eller bedres som følge av soningsforholdene. Noen plager kan være knyttet til problemer kvinnene hadde før de blir fengslet og som bringes inn i fengselet. Andre forhold oppstår, vedlikeholdes eller forsterkes som en følge av å bli idømt og måtte sone straff.

Utforming

Spørreundersøkelsen er basert på en revidert versjon av en tidligere undersøkelse av soningsforhold og helsetilbud som ble oversatt til fem språk og utført ved ti norske fengsel av Lundeberg og Mjåland i 2014-2015 (denne undersøkelsen, og datagrunnlaget de resulterte i, er nærmere beskrevet i tidligere publikasjoner (se: Lundeberg 2017; Mjåland og Lundeberg 2014; Lundeberg og Mjåland 2016; Lundeberg, Rye og Mjåland 2018). 81 kvinner deltok i denne studien, derav de fleste fra Bredtveit (58).

Spørreundersøkelsen ble utarbeidet etter tilbakemeldinger fra prosjektets referansegruppe. Den besto av fem deler: «Del 1: Bakgrunnsspørsmål og livssituasjon før innsettelse», «Del 2: Sonings erfaring og soningsforhold», «Del 3: Helse», «Del 4: Sosial kontakt», «Del 5: Forhold til rusmidler før innsettelse». Spørreundersøkelsen besto av ulike former for spørsmål, i form av avkrysning og spørsmål med mulighet for svar i fritekst. Deltakerne ble blant annet bedt om å rangere i hvor stor grad de opplever å få den helsehjelpen de trenger, hvordan de opplever sin psykiske og fysiske helse og om det å ha tilgang til kvinnelig helsepersonell er viktig for dem. Undersøkelsen besto av totalt 85 spørsmål. Deltakerne ble informert om at de kunne levere en ufullstendig undersøkelse, som vil si at de ikke nødvendigvis måtte svare på alle spørsmålene, dersom de av ulike grunner ikke ønsket dette.

Rekruttering og gjennomførelse

Spørreundersøkelsen ble delt ut til innsatte i papirformat. Vi valgte papir foran et digitalt skjema fordi dette er enklere å gjennomføre i et fengsel. Hvert skjema ble merket med et individuelt nummer som den innsatte ble bedt om å huske. Dette nummeret er koblingsnøkkelen mellom skjema og respondent. Dette betyr at respondentene er anonyme for forskeren samtidig som respondenten har mulighet til å trekke tilbake samtykket uten å oppgi navn, dersom det skulle bli aktuelt. Sammen med hvert spørreskjema fulgte det også et informasjonsskriv og beskrivelse av undersøkelsen. Her var det også oppgitt kontaktinformasjon til prosjektets ansvarlige dersom deltakerne skulle ha spørsmål eller ønsket å trekke tilbake sitt samtykke.

I likhet med rekrutteringen av deltakere til de kvalitative intervjuene var vi i stor grad avhengig av kontaktpersonen vår i fengslene i rekrutteringsprosessen og gjennomførelsen av spørreundersøkelsen. I fengslene som inngikk i undersøkelsen ble det hengt opp informasjon

om undersøkelsen i avdelingenes fellesområder. Informasjonen inneholdt bilder av og informasjon om forskerne, samt kontaktinformasjon slik at eventuelle deltakere kunne kontakte oss dersom de skulle ha spørsmål. Våre kontaktpersoner i fengslene var ansvarlige for distribueringen av undersøkelsen. Hvert spørreskjema ble utdelt i individuelle konvolutter. Etter å ha fylt ut skjemaet, la deltakerne skjemaet tilbake konvolutt og limte igjen, slik at ikke andre enn vi skulle få tilgang til innholdet. Deretter ble skjemaene returnert til oss. Svarene fra deltakerne det ene fengselet forsvant dessverre i posten, og deres svar er derfor ikke inkludert i de endelige resultatene.

Normalt sett ville vi selv møtt opp i fengslene og informert om studien. At dette ikke var mulig, har med stor sannsynlighet hatt konsekvenser for prosessen. For det første kan det tenkes at flere hadde deltatt dersom vi selv var til stede. Mange av spørsmålene handlet om meget private temaer og det hadde uansett vært bedre å kunne overlevere dem personlig og gi eventuelle informanter mulighet til å stille spørsmål ansikt til ansikt. I likhet med de kvalitative intervjuene kan det videre knyttes en del etiske problemstillinger til å bruke en fengselsansatt til rekruttering av deltakere til undersøkelsen. Innsatte kan i verste fall føle seg presset til å delta siden den ansatte har makt over dem. Å informere innsatte om at de ikke trengte å svare på alle spørsmålene og at undersøkelsen leveres i en gjenklisset konvolutt forebygget forhåpentligvis dette. For det andre hadde vi sluppet å miste skjemaer i posten om vi selv hadde vært i fengslene for å hente dem.

Utvalg

Tolv kvinner deltok i spørreundersøkelsen. Dette var innsatte i Bredtveit fengsel, da svarene fra Evje fengsel forsvant i posten. Måten spørreundersøkelsen er gjennomført på og det at utvalget er så lite, betyr at funnene ikke kan generaliseres til å gjelde alle kvinner som soner på høysikkerhet. I stedet bruker vi funnene fra spørreundersøkelsen til å komplettere funn fra de kvalitative intervjuene, Kvinnene som deltok hadde ulike bakgrunn. Sju av de tolv sonet en dom, de andre satt i varetekt, sonet en forvaringsdom eller ventet på uttransportering. Lengden på dommene og tiden de allerede har sonet, varierer mye mellom respondentene. Noen sitter på dommer på noen få uker, mens andre sitter på lange dommer.

Undersøkelsen ble kun gjennomført på norsk og det betyr at det kun er kvinner med relativt god norskforståelse som fikk mulighet til å delta (se nedenfor). Ti av de tolv kvinnene oppga

å ha norsk statsborgerskap. Kvinnene ble bedt om å oppgi alder i et aldersintervall. Dette er med på å bevare kvinnenes anonymitet. Én kvinne oppgir å være under 21 år. Tre kvinner oppgir å være 21-30 år, fire kvinner oppgir å være 31-40 år, tre kvinner oppgir å være 41-50 år og én kvinne oppgir å være over 51 år. Syv av de tolv kvinnene oppgir å ha barn. Kun én av disse kvinnene oppgir å ha omsorgsansvar for barn.

Språk og skrivekunnskaper

Undersøkelsen til Kristian Mjåland og Ingrid Lundeberg fra 2014-2015 ble oversatt til fem språk. Den reviderte utgaven vi gjennomførte i dette prosjektet ble av tids- og ressursgrunner kun gjennomført på norsk. I forkant av utleveringen av undersøkelsen vurderte vi mulighetene for å få den oversatt, slik at en større andel innsatte ville ha mulighet til å delta. Hvilke språk den i så fall burde oversettes til, er ikke åpenbart. Innsatte kvinner kommer fra ulike land, men det er få individer fra hvert av disse landene. I løpet av 2019 sonet 646 kvinner i norske fengsler. 510 av disse kvinnene hadde norsk statsborgerskap, ifølge årsstatistikken til Kriminalomsorgen. Deretter var statsborgerskapene svært spredt. Den nest største gruppen hadde rumensk statsborgerskap, men dette gjaldt kun 17 kvinner, deretter fulgte Sverige med 16 kvinner. Åtte hadde i 2019 makedonisk statsborgerskap, sju hadde polsk, seks nederlandsk og fem hadde somalisk og thailandsk statsborgerskap (Kriminalomsorgen 2019). Denne fordelingen varierer trolig en del fra år til år. Å oversette undersøkelsen ville derfor krevd for mye ressurser.

Det er problematisk at innsatte uten tilstrekkelige norskkunnskaper utelates fra forskning. Når forskning gjennomføres slik at personer som ikke behersker godt norsk deltar, er resultatet at kunnskap om en stor andel av innsatte, både blant kvinner og menn, mangler. Det kan også tenkes at spesielt innsatte med svake norskkunnskaper vil ha større vanskeligheter med å uttrykke sitt behov for helsehjelp, derfor er det spesielt viktig at deres behov undersøkes. Et annet problem er at innsatte i større grad enn normalbefolkningen har skrive- og lesevansker (Friestad og Hansen 2004, s. 32). Denne gruppen vil også i varierende grad kunne ha mulighet til å delta på en slik skriftlig spørreundersøkelse.

2.5. Skriftlige spørsmål

Som beskrevet tidligere, sendte vi også ut skriftlige spørsmål til fengslene, inspirert av «SWOT»-analyse. Denne metoden tok vi i bruk på grunn av alle de ovennevnte problemene

med innsamling av empiri både når det gjaldt rekruttering av intervjuinformanter og gjennomførelse av spørreskjema undersøkelsen, men også fordi vi ikke selv kunne besøke fengslene og på den måte se og vurdere fasiliteter samt stille spørsmål. Vi hadde derfor behov for å samle inn data fra alternative kilder. Dette innebar at vi utformet skriftlige spørsmål i et Word-dokument, der informanter kunne svare direkte på spørsmålene, for deretter å sende det til oss per e-post.

Spørsmålene var rettet mot fengselsbetjenter og ansatte ved fengselets helseavdeling. Vi utformet ett skjema til hver av ansattgruppene. Skjemaet rettet mot fengselsbetjenter omhandlet betjentes opplevelser av kvinnenes helsetilbud. Her var det spørsmål om hvordan den ansatte personlig vurderer kvinnenes helsesituasjon, om de opplever at kvinnene får den helsehjelpen de har behov for, hvordan de opplever at de i kraft av sin stilling kan hjelpe innsatte kvinner med deres helseproblemer og hva de mener er de største utfordringene knyttet til kvinnelige innsatte og helsetilbudet de tilbys. Det andre skjemaet var rettet mot helseansatte. Her var det blant annet spørsmål om hva helseavdelingene er gode på, hvilke mangler de opplevde at de hadde, hvordan de opplever de kvinnelige innsattes helsesituasjon og hvilke tiltak som er sentrale for å hjelpe innsatte med dårlig psykisk helse. Ansatte i disse to kategoriene mottok forespørsel om å delta gjennom kontaktpersoner, for så å sende oss svarene sine direkte. Der det henvises til data fra betjenter og helsepersonell som sendte skriftlige svar vil dette bli oppgitt.

I tillegg til å sende ut spørsmålene til fengselsbetjenter og helseansatte ønsket vi å samle informasjon om fengsler der kvinner soner. Vi utformet derfor et tredje skjema som hadde som hensikt å gi oss svar på en del generelle faktaopplysninger om fengslene. Her spurte vi blant annet om hvor mange kvinner som sonet i fengselet per dags dato, hvordan avdelingene for høysikkerhet er organisert, hvor mange timer fellesskap kvinnene normalt sett har og hva helsetilbudet til kvinnene består av. Kontaktpersonen vår i de ulike fengslene sendte dette dokumentet til en ansatt i fengselet som hadde god oversikt over fengselet. Vi fikk inn denne informasjonen fra Bredtveit fengsel, Agder fengsel avdeling Evje og Bergen fengsel.

2.6. Samlet datagrunnlag

Prosjektet har samlet inn data gjennom fire ulike metoder: kvalitative intervjuer med 18 personer, en spørreundersøkelse blant tolv innsatte, skriftlige spørsmål med svar fra seks

ansatte, og innhentning av relevante dokumenter og data fra Kriminalomsorgen, LDO og andre institusjoner. Alle informanter er blitt anonymisert. Informantene som ble intervjuet er blitt tildelt fiktive navn. Annen informasjon som kan knyttes til den enkelte er blitt tatt bort.

Samlet sett har vi med 36 informanter og skriftlig materiale fra relevante institusjoner et bredt datagrunnlag, spesielt når man tar prosjektets korte forløp og de store utfordringer i forbindelse med datainnsamling under pandemien i betraktning. Ikke desto mindre er det viktig at poengtere at vi har intervjuet relativt få innsatte og betjente, mens vi relativt betraktet har snakket med en vesentlig del av helsepersonalet som behandler innsatte kvinner på høysikkerhet. Det er også viktig å se rapportens empiri, analyse og funn i lyset av vårt fokus på innsatte kvinner på høysikkerhet og deres psykiske helse. En studie av et åpent soningsmiljø hadde sikkert frembrakt svært annerledes resultater. Vi er med våre forskningsspørsmål kommet i kontakt med et spesielt soningsmiljø i norske fengsler og en særdeles utsatt gruppe kvinner i det norske samfunn, samt et personale som jobber med de største problemene og utfordringene blant denne gruppen innsatte.

3. Tidligere forskning

«Concealed within the hidden institution of the prison is the women's prison population, an even more shadowy phenomenon that has generally been both subsumed, in terms of policy needs, into the male prison population, and singled out for discriminatory treatment» (Medlicott 2009, s. 246).

Historisk sett har forskningen om kvinner i fengsel vært sparsom, hvilket sannsynligvis har vært et produkt av ikke minst to faktorer: at kvinner er i mindretall i fengslene og kvinners generelle stilling i samfunnet. Som allerede belyst i kapittel 1 har det likevel skjedd ganske mye de siste tiårene, og det finnes nå en internasjonal og norsk litteratur på området. Fengselsforskning konsentrerer seg dog fortsatt bevisst eller ubevisst mest om menn eller behandler fengselet som en mer eller mindre kjønnsnøytral arena.

I dette kapittelet skal vi se nærmere på hva tidligere undersøkelser og forskningen på området kan fortelle oss om innsatte kvinner og deres helse. Til dette formål anvender vi generell litteratur om fengsler, innsatte, helse og levekår, som ofte ikke skiller mellom menn og kvinner, i tillegg til forskning som direkte handler om kvinner i fengsel. Kapittelet starter med en oversikt over kunnskap om fengsledes levekår generelt, som tydelig illustrerer at gruppen generelt er marginalisert. Videre vil det være fokus på innsattes fysiske og psykiske helse. Her er også rusmiddelbruk et tema. Avslutningsvis vil vi se nærmere på tidligere forskning om kvinner i fengsel, med særlig fokus på kvinner i norske fengsler og spørsmålet om diskriminering. Gjennomgående tar kapittelet for seg forhold som er spesielt relevante for innsatte kvinners helsesituasjon. Dette kapittelet vil ikke berøre all forskning som er anvendt i rapporten, men vil begrense seg til å gi en kortfattet oversikt over kunnskapsstatus på de ovennevnte temaene.

3.1. Levekårsundersøkelser i fengsel

At innsatte i fengsler generelt utgjør en marginalisert gruppe, er ingen nyhet. «Og fængslet tager de sidste» var tittelen på en dansk undersøkelse om straff, kriminalitet og levekår fra 1989 (Kvysgaard 1989). En senere studie fra 2013, som sammenlignet innsatte i danske fengsler i 1999 med innsatte i 2011, fikk tittelen «Fængslet ta'r (stadig) de sidste» (Clausen 2013). Undersøkelsen konkluderte blant annet med at klientellet i fengslene hadde blitt enda mer belastet sosialt og kriminelt i løpet av de siste 12 årene (Clausen 2013, s. 30). Grundig

norsk forskning bekrefter i hvor stor utstrekning fengslede utgjør en marginalisert gruppe. En rekke levekårsstudier viser at innsatte, både menn og kvinner, generelt sett har dårligere levekår enn den øvrige befolkningen. Innsatte har eksempelvis lavere utdanning, dårligere boforhold, er sjeldnere i arbeid, har dårligere sosialt nettverk og vanskeligere oppvekst- og familieforhold, og bruker oftere narkotika (Friestad og Hansen 2004; Nilsson 2002; Revold 2015; Skarðhamar 2003).

Revold gjennomførte en omfattende intervjustudie med 264 innsatte, hovedsakelig mannlige, men også kvinnelige, som gir en detaljert oversikt over innsattes levekår anno 2014 (Revold 2015). Kvinnene i Revolds utvalg er representert i ca. samme grad som blant alle som soner, og kvinnene utgjør 5 % av utvalget (Revold 2015, s. 20). Ifølge studien er det tydelig at barndomsopplevelser er viktige for å forstå livene til personer som ender opp som kriminelle. Dette belyses også i annen litteratur (se Friestad og Hansen 2004; Skarðhamar 2002).

Revold trekker først og fremst frem at flere innsatte har opplevd ustabile oppvekstsvilkår med dårlig økonomi og ustabile familieforhold. Færre vokste opp med begge foreldrene enn hva som er tilfellet for normalbefolkningen, og hver tredje innsatt hadde lite penger eller var blant de fattigste i nabolaget (Revold 2015, s. 14-15). En stor andel oppgir også å ha blitt mishandlet i oppveksten. Dette vil bli ytterligere belyst senere i kapittelet. Videre oppga fire av ti innsatte i Revolds utvalg at de bodde sammen med noen som brukte narkotika, hadde alkoholproblemer eller var alkoholikere da de var under 18 år. En høy andel (38 %) hadde også vært i kontakt med barnevernet i løpet av oppveksten. Revolds rapport viser også at en høy andel innsatte hadde hatt ett eller flere familiemedlemmer i fengsel under oppveksten. Dette gjaldt for 41 % av utvalget. Dette kan være en traumatisk opplevelse og indikerer at noen i familien var i kontakt med kriminelle miljø, som kan være vanskelig for barn å være eksponert for (Revold 2015, s. 17).

Opphopningen av oppvekst- og levekårsproblemene gjør innsatte til en særlig sårbar gruppe og gjør at de har større sannsynlighet for å få fysiske og psykiske plager og lidelser senere i livet. Sivilombudsmannens rapport om kvinner i fengsel fra 2016 og Kriminalomsorgens egen rapport, «Likeverdige forhold for kvinner og menn under Kriminalomsorgens ansvar» (Kriminalomsorgen 2015) argumenterer for at kvinnelige innsatte er ekstra utsatt. Ifølge tidligere forskning har kvinnelige innsatte enda verre oppvekst- og levekårsproblemer enn hva som er tilfelle for menn. Dette avspeiler situasjonen i mange andre land. En kvantitativ

svensk studie viste for eksempel at dømte kvinner hadde opplevd «more disadvantaged childhoods» sammenlignet med dømte menn (Estrada og Nilsson 2012). Samme studie viser videre at kvinner opplever mer sosial eksklusjon også senere i livet sammenlignet med menn, som følge av involvering i kriminalitet (Estrada og Nilsson 2012). Forskning har også dokumentert at kvinnelige innsatte i USA har høyere forekomst av psykiske lidelser enn mannlige innsatte, samt at kvinnelige innsatte oftere mottar psykiatrisk bistand enn mannlige innsatte (Wakai et al. 2014, s. 348). Dette kommer vi tilbake til senere i kapitlet.

Helse er en sentral levekårskomponent. Å ha god helse er et gode i seg selv, i tillegg til at det åpner opp for andre levekårsfaktorer, slik som yrkesaktivitet og sosial kontakt (Revold 2015, s. 36). En undersøkelse av innsattes helse må koble helsesituasjonen under soning og hvilke problemer de domfelte hadde før soningen; problemer som også kan forsterkes i påvente av soning (Laursen, Mjåland og Crewe 2019). Innsattes livssituasjon er preget av problemer som også er risikofaktorer for dårlig helse. Ifølge Revolds rapport (2015, s. 36) vurderer én av fem innsatte sin helse som dårlig, mot én av 20 i den generelle befolkningen. Den dårligere helsetilstanden gjenspeiles også i den høye andelen innsatte som rapporterer å ha en varig sykdom, lidelse eller nedsatt funksjonsevne. Det kan være utfordrende å si noe om hva som utgjør «god» eller «dårlig» helse, da det å ha «god helse» innebærer mer enn bare fravær av sykdom (Friestad og Hansen 2004, s. 44).

En problemstilling i denne sammenheng er at det kan være utfordrende å innhente informasjon om helsetilstanden til kvinnelige innsatte i utredninger og statistiske fremstillinger. Dette skyldes at innsattes helsetilstand som regel rapporteres samlet. Siden kvinner utgjør en svært liten del av fengslenes totalpopulasjon, har kvinnelige innsatte lett for å forsvinne i mengden. Resultatet er at kvinners helseutfordringer og -behov ikke synliggjøres i tilstrekkelig grad (Sivilombudsmannen 2016a, s. 40).

3.2. Fysisk helse

Tidligere forskning viser at innsatte har en rekke fysiske helseutfordringer og generelt har dårligere fysisk helse enn normalbefolkningen. I denne sammenheng er det spesielt tre faktorer som skiller innsatte fra normalbefolkningen.

For det første vurderer innsatte sin egen helse som dårligere enn hva som er tilfellet for normalbefolkningen. Revold finner i sin studie at 60 % av innsatte vurderer sin helse som god eller svært god. Dette er betydelig lavere enn referansegruppen der 83 % vurderer sin helse slik. 21 % av innsatte mente at helsen var dårlig eller svært dårlig. Her ser man også en markant forskjell fra den generelle befolkningen, der kun 5 % vurderer sin helse som dårlig (Revold 2015, s. 36).

For det andre oppgir en høyere andel av innsatte å ha varige sykdommer eller lidelser, enten medfødt eller som virkning av skade. I Revolds utvalg gjelder dette 55 % av innsatte, mens kun 37 % av referansegruppen har en slik sykdom eller lidelse. I Skarðhamars (2003) utvalg oppgir hver tredje innsatt å ha en alvorlig varig sykdom eller lidelse, mot kun hver tiende i den generelle befolkningen. Fengselspopulasjonen har ikke bare lidelser i større grad, disse lidelsene er også oftere av alvorlig karakter enn hos befolkningen for øvrig. Kvinnelige innsatte ser ut til å ha varige sykdommer i enda større grad enn mannlige innsatte (Skarðhamar 2003, s. 60). En nyere norsk studie (JURK 2018) viser til at halvparten av innsatte, både kvinner og menn, har en eller flere kroniske sykdommer. Dette dreier seg i hovedsak om muskel- og skjelettplager, leversykdommer og astma- og allergiplager (JURK 2018, s. 53).

For det tredje viser tidligere forskning at innsatte også blir henvist til legespesialister eller sykehus oftere enn resten av befolkningen (Skarðhamar 2003, s. 46). JURK utga i 2018 rapporten «Kvinnens erfaringer med å sone i norske fengsler våren 2017» hvor utvalget kun besto av innsatte kvinner. 120 kvinner deltok i studien, noe som utgjorde 63 % av den totale kvinnepopulasjonen på dette tidspunktet. Omtrent halvparten av disse kvinnene oppga at de gikk på reseptbelagte medisiner (JURK 2018, s. 52). Rapporten spesifiserer ikke hvorvidt dette gjelder medisiner av psykiske og eller fysiske plager. Uansett indikerer det at mange kvinnelige innsatte har et behandlingsbehov forut for innsettelsen. Ifølge Friestad og Hansen (2004, s. 47) opplever innsatte i større grad kvalme og fordøyelsesbesvær enn normalbefolkningen, dette er spesielt gjeldende for kvinnelige innsatte.

I tillegg til innsattes høyere hyppighet av kroniske lidelser, høyere medisinkonsum og opplevelsen av dårligere helse enn normalbefolkningen, viser også tidligere forskning at innsatte har dårligere tannhelse enn normalbefolkningen. Ifølge Revold (2015, s. 39) oppgir en høy andel innsatte at de vurderer sin tannhelse som ganske dårlig eller dårlig. Dette var klart høyere enn for referansegruppen der kun 6 % oppga å ha ganske dårlig eller dårlig

tannhelse (Revold 2015, s. 39). Den dårlige tannhelsen var mer fremtredende hos de innsatte som også betegnet seg som rusmisbrukere, og spesielt gruppen som betegnes som «tungt rusmisbrukende» (Friestad og Hansen 2004, s. 46-47).

Funksjonshemning

Kommuner med fengsel rapporterer årlig om innsattes helsesituasjon til Helsedirektoratet. «Årsrapport for 2018 for helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel» er basert på kommunenes rapportering. Kommunene ble bedt om å oppgi hvor mange innsatte som har fysisk funksjonshemning (med hjelpemiddelbehov) i løpet av de siste året. Spørsmålet ble besvart av 46 av 47 fengsel. I 2017 var det 216 innsatte med hjelpebehov, mens det i 2018 var 211 innsatte (Helsedirektoratet 2019). Statistikken skiller ikke mellom kvinnelige og mannlige innsatte. Det rapporteres om at 15 innsatte i 2018 var synshemmede, 27 var hørselshemmede med høreapparat og 30 var bevegelsehemmede. Det rapporteres også om at 20 innsatte var avhengige av rullestol og at 24 innsatte bruke rullator og/eller krykker (Helsedirektoratet 2019). Bevegelsehemning i en fengselssituasjon er spesielt problematisk i og med at fengsel ofte befinner seg i gamle bygg uten universell utforming.

Eldre innsatte

Helsedirektoratets årsrapport trekker også frem problemstillinger knyttet til eldre innsatte. Det opplyses om at en økende eldrebefolkning også gjenspeiles i fengselspopulasjonen og at eldre innsatte med sammensatte og komplekse lidelser er blitt en verdensomspennende utfordring. Helsedirektoratet skriver at innsatte ofte eldes raskere enn den øvrige befolkningen da de ofte har dårligere psykisk helse og lever med rusproblematikk. Levekårsproblemer spiller også inn på dette. I 2018 sonet det 94 kvinner i aldersgruppen 50-59 år, 13 kvinner i gruppen 60-69 år og tre kvinner over 69 år (Helsedirektoratet 2019).

3.3. Psykisk helse

Det finnes flere ulike psykiske lidelser, hvorav noen er mer alvorlige og langvarige enn andre. Psykiske lidelser påvirker også individer ulikt. Det heller ikke uvanlig å ha flere psykiske lidelser samtidig og symptomer på lidelsene er ofte overlappende (Cramer 2014; Mykletun, Knudsen og Mathiesen 2009). En vesentlig del av diskusjonen rundt innsattes helse i fengsel omhandler den psykiske helsen, som ifølge en rekke tidligere forskning, både nasjonal og internasjonal, er dårligere for innsatte enn for normalbefolkningen (Friestad og

Hansen 2004; JURK 2018; Revold 2015; Sivilombudsmannen 2016; Skarðhamar 2003). I dette delkapittelet skal vi først gjennomgå deler av den internasjonale forskningen om innsattes psykiske helse, etterfulgt av tilsvarende norsk forskning. Deretter skal vi se nærmere på kjønnsforskjeller innen psykisk helse og kvinners særlige situasjon.

Generelt viser internasjonal forskning at innsatte, både kvinner og menn, har dårligere psykisk helse enn normalbefolkningen. Den dårligere psykiske helsen er til stede både før, under og etter soningsoppholdet. Forskningen viser også til kjønnsforskjeller innen psykisk helse.

I en oversiktsartikkel fra 2002 sammenstilte Fazel og Danesh 62 psykiatriske studier av 22.790 innsatte i fengsler, i tolv forskjellige land. Undersøkelsen viste at 3,7 % av alle mannlige innsatte og 4 % av alle kvinnelige innsatte hadde en psykotisk lidelse. 10 % av de mannlige og 12 % av de kvinnelige innsatte led av dyp depresjon, mens 65 % av mennene og 42 % av kvinnene hadde en personlighetsforstyrrelse (Fazel og Danesh 2002). Forfatterne konkluderte med at risikoen for å ha alvorlige psykiske lidelser er vesentlig høyere hos innsatte enn i befolkningen generelt (Fazel og Danesh 2002, s. 548). En senere oversiktsartikkel som sammenlignet studier fra perioden 2003 til 2015 bekrefter denne tydelige tendensen (Fazel et al. 2016). Denne undersøkelsen viste at 4 % av innsatte menn og kvinner hadde en psykotisk lidelse, mens 10 % av de mannlige innsatte mot 14 % av de kvinnelige innsatte hadde en dyp eller alvorlig depresjon (Fazel et al. 2016, s. 871). Når det gjelder alkoholmisbruk var tallene også langt høyere enn i normalbefolkningen og høyere for de mannlige innsatte (18–30 %) enn de kvinnelige innsatte (10–24 %), mens tallene for rusmisbruk lå på 10–48 % for de mannlige innsatte og 30–60 % for de kvinnelige innsatte (Fazel et al. 2016, s. 871).

Et interessant funn i denne sammenheng er at internasjonal forskning indikerer at kvinnelige innsatte oftere mottar psykiatrisk bistand enn mannlige innsatte (Wakai et al. 2014, s. 348). Dette er et funn som er vanskelig å tolke siden det både kan skyldes at kvinner i fengsel har et større behov for bistand enn menn, at mannsrollen gjør det vanskelig å oppsøke hjelp, eller at helsesektoren lettere ser (eller lettere sykeliggjør) og tar initiativ til å behandle kvinners psykiske helse. Dette temaet vil bli diskutert nærmere i kapittel 9.

Psykisk helse i norske fengsler

I likhet med den internasjonale forskningen viser også tidligere forskning i norsk kontekst at innsatte i norske fengsler har langt dårligere psykisk helse enn hva som er tilfellet for normalbefolkningen (Cramer 2014; Friestad og Hansen 2004; JURK 2018; Revold 2015; Sivilombudsmannen 2016a; Skarøhamar 2002).

Cramers rapport fra 2014 er den kanskje mest omfattende undersøkelsen av innsattes psykiske helse som er blitt gjennomført i norsk kontekst. 857 domfelte menn og kvinner ble undersøkt ved bruk av diagnostisk intervju med hensikt å kartlegge forekomst av utvalgte psykiske lidelser. Rapporten viser at en svært høy andel innsatte har psykiske lidelser og symptomer. Ifølge Cramer (2014) har kun 8 % av innsatte *ikke* tegn til psykisk lidelse. 73 % av innsatte har personlighetsforstyrrelse, 28,7 % har hatt alkoholmisbruk eller avhengighet, og 51,3 % har hatt narkotikamisbruk eller avhengighet, 35 % av utvalget hadde verken alkoholmisbruk eller avhengighet eller narkotikamisbruk eller avhengighet, 42 % hadde en angstlidelse, 23 % hadde en stemningslidelse, 18 % hadde ADHD, og 3,3 % hadde i løpet av livet hatt symptomer forenlig med ikke-affektiv psykose. Det er også vanlig å ha flere lidelser samtidig (Cramer 2014, s. 5).

Disse tallene er svært høye, og i denne sammenheng må det bemerkes at Cramers undersøkelse benytter internasjonalt anerkjente diagnosekartleggingsverktøy, men at intervjuene som ble utført ikke kan erstatte en fullstendig medisinsk og psykiatrisk undersøkelse. Dette betyr at diagnosene som fremkommer i rapporten ikke er kliniske sykdomsdiagnoser, men må betraktes som kvalifiserte anslag på forekomst av psykiske lidelser i utvalget som er undersøkt (Cramer 2014, s. 5). I en dansk studie om psykisk helse i fengsel fra 2013 ble samtlige 672 varetektsfanger i undersøkelsen imidlertid diagnostisert av en psykiater og omfanget av psykiske lidelser var på samme høye nivå som i Cramers studie. Av de 672 innsatte hadde 8 % en «sinnssykdom» (schizofreni etc.), 83 % ble diagnostisert med andre psykiatriske lidelser, og kun 9 % hadde ikke tegn på psykisk lidelse. Også i denne studien var andelen av misbruksrelaterte lidelser særdeles høy og mer enn seks av ti av de undersøkte varetektsinnsatte var alkohol- eller substansmisbrukere (Adamsen 2013).

En rekke annen tidligere forskning bekrefter at innsatte er langt mer utsatt for psykisk sykdom enn den generelle befolkningen. I den generelle befolkningen har rundt én av ti psykiske plager, mens andelen for mannlige innsatte er tre ganger så høy, og andelen er fire

ganger så høy blant kvinnelige innsatte ifølge Friestad og Hansen (2004, s. 49). Cramers rapport sammenligner fengselsinnsatte med befolkningsutvalg fra Oslo og Sogn og Fjordane og fant høyere forekomst av alle diagnosekategorier blant innsatte, med to unntak. Spiseforstyrrelser så ut til å ha en høyere forekomst i Oslo-utvalget, og sosial fobi hadde en høyere forekomst i utvalget i Sogn og Fjordane (Cramer 2014, s. 25).

I JURKs utvalg, som kun består av kvinner, oppgir 54 % at de har slitt psykisk i løpet av tiden som innsatt i fengsel (JURK 2018, s. 54). Ifølge rapporten til JURK er det spesielt yngre innsatte som oppga å ha psykiske plager. Blant kvinnene under 30 år sa nesten syv av ti at de slet psykisk. I gruppen over 45 år var det fire av ti som svarte det samme (JURK 2018, s. 54).

Revolds (2015) rapport har tre spesielt interessante funn om innsatte og psykisk helse. Han finner at 1) personer som soner lange dommer har klart flere symptomer på psykiske problemer enn personer som soner korte dommer, 2) én av fire innsatte har en psykisk lidelse som de jevnlig tar medisiner for, og 3) medisiner for psykiske lidelser er mest utbredt blant innsatte som soner lengre dommer (Revold 2015, s. 40-41). Hvorvidt soningsoppholdet i seg selv fører til psykiske lidelser hos flere innsatte eller om disse lidelsene var til stede allerede før innsettelse er et komplisert tema som Revold ikke drøfter videre. En mulig forklaring er også at lang soning betyr bedre helseoppfølging og diagnostisering, med etterfølgende medisiner. Vi tar opp soningsrelaterte utfordringer senere i dette kapittelet.

Kjønnsforskjeller i psykisk helse

Det kan være utfordrende å undersøke kjønnsforskjeller i psykisk helse i fengselspopulasjonen. Det skyldes blant annet at kvinner utgjør en liten del av populasjonen. I studier der kvinner og menns psykiske helse sammenlignes vil kvinnene utgjøre en langt mindre del av utvalget, og det kan derfor være vanskelig å identifisere signifikante forskjeller.

Generelt er det ikke forskjell i hyppighet av psykiske lidelser mellom menn og kvinner, men det er forskjeller i hvilke lidelser og symptomer de opplever. Dersom vi ser på de mest forekomne lidelsene blant innsatte – rusmiddelrelaterte lidelser, depresjon og personlighetsforstyrrelse – er dette lidelser hvor det typisk er forskjeller mellom kvinner og

menn i den generelle befolkningen (Cramer 2014, s. 33). Ifølge rapporten kan man også se at det generelt sett er slik at innsatte kvinner har høyere forekomst av de fleste psykiske lidelser sammenlignet med menn. Men det er ofte snakk som små forskjeller (Fazel og Baillargeon 2011, gjengitt i Cramer 2015, s. 33).

Slik det fremgikk av den internasjonale forskningen referert over, hadde innsatte kvinner en litt høyere frekvens av depresjon og rusmisbruk sammenlignet med menn. Innsatte menn var i høyere grad registrert for alkoholmisbruk og personlighetsforstyrrelser (Fazel et al. 2016; Fazel og Danesh 2002). I Cramers utvalg viste det seg å ikke være kjønnsforskjeller i forekomst av hovedgruppene av symptomidelser, personlighetsforstyrrelser og ADHD (2014, s. 33).

Samlet sett må vi konkludere med at det er ganske begrenset kunnskap om kjønnsforskjeller i psykisk helse blant innsatte, men at mange innsatte kvinner har omfattende psykiske problemer, er det ingen tvil om. Ifølge Kriminalomsorgens interne utvalgsrapport bekreftet fengselsledere at kvinner har store helseproblemer under soning og at disse har blitt verre (Kriminalomsorgen 2015, s. 58). Innsatte har i større grad psykiske lidelser enn tidligere, ifølge kvinnesoningsutvalget (Kriminalomsorgen 2015). Det kan være flere forklaringer på dette. En av dem er at kvinner (og menn) i større grad soner utenfor fengsel, for eksempel med elektronisk kontroll, noe som resulterer i at de kvinnene som soner i fengsel er en mer belastet gruppe, fordi de ikke kvalifiserer til soningsalternativer. Kriminalomsorgens interne utvalg konkluderte i 2015 med at «helsetilbudet til psykisk syke innsatte kvinner må styrkes, samt at det burde etableres rusmestringsenheter i flere fengsler som tar imot kvinner» (Kriminalomsorgen 2015, s. 62). Det er med andre ord tungtveiende grunner til å fokusere på hvordan innsatte kvinners helse er påvirket av en lang rekke faktorer, som starter før innsettelsen, men som kan vedvare, forsterkes eller bedres under ulike soningsforhold.

Overgrep og traumer

Slik det ble vist til i sammenheng med forskning på innsattes leve- og oppvekstvilkår viser tidligere forskning at innsatte i langt større grad enn normalbefolkningen har vært utsatt for overgrep og mishandling i barndommen. Dette er gjeldende for alle former for mishandling. Friestad og Hansens (2004) rapport viser at nesten én av tre innsatte ble utsatt for en eller

flere former mishandling eller overgrep, mens Revolds (2015) rapport har tilnærmet likt funn, der fire av ti innsatte hadde opplevd dette.

I begge rapportene ble de innsatte bedt om å oppgi hvilken form for mishandling de hadde opplevd. Fysisk mishandling var mest vanlig. I Friestad og Hansens (2004) utvalg hadde 76 personer opplevd mishandling, hvorav 63 hadde opplevd fysisk mishandling. Av de som hadde opplevd mishandling i Revolds utvalg hadde ni av ti av disse opplevd fysisk mishandling. Det var også mange som hadde opplevd psykisk mishandling. 37 av 76 innsatte hadde opplevd dette i Friestad og Hansens utvalg og seks av ti i Revolds utvalg. Når det kommer til seksuell mishandling, hadde tolv av 76 personer i Friestad og Hansens utvalg opplevd dette og to av ti i Revolds utvalg. I Revolds utvalg hadde også én av ti innsatte opplevd andre former for mishandling (Friestad og Hansen 2004, s. 25; Revold 2015, s. 15).

Når det kommer til forskjeller i kjønn oppgir kvinnelige innsatte å ha vært utsatt for fysisk og psykisk mishandling i like stor grad som mannlige innsatte, ifølge rapportene til Revold (2015) og Friestad og Hansen (2004). Kvinnene hadde derimot i betydelig større grad vært utsatt for seksuelle overgrep (Revold 2015; Friestad og Hansen 2004). I utvalget til Skarðhamar (2002) finner man også at en noe større andel kvinner enn menn har vært utsatt for seksuelle overgrep. Sivilombudsmannen (2016) og JURK (2018) argumenterer i sine rapporter for at kvinnelige innsatte i større grad enn menn har vært utsatt for mishandling og overgrep.

Angst og depresjon

Angst og depresjon er de mest vanlige psykiske lidelsene i den norske befolkningen og en relativt stor andel av befolkningen opplever dette i løpet av livet (Helsedirektoratet u.d.) Tidligere forskning på angst og depresjon i fengselssammenheng viser generelt to ting: 1) en stor andel av fengselspopulasjonen har opplevd å ha angst og depresjon både før og under soningsoppholdet, og 2) at det er kjønnsforskjeller i hvor utbredt det er.¹

I Revolds utvalg oppgir 39 % av de innsatte å være nedstemt eller deprimerte og 25 % oppgir å ha angst og/eller fobier. Dette er betydelig høyere enn hos referansegruppen hvor angst og

¹ Cramer (2014, s. 33) finner vel og merke ingen kjønnsforskjeller blant symptomlidelser, personlighetsforstyrrelser eller ADHD.

depresjon til sammenligning oppleves for under 10 %, ifølge Revold (2015, s. 39). I rapporten «Rusmiddelbruk og helsesituasjon i norske fengsel» av Bukten et al. (2016, s. 16) vises det til at en tredjedel av fengselspopulasjonen regnes som å være sterkt plaget med symptomer på angst og depresjon. Ifølge denne rapporten er det også kjønnsforskjeller i hyppighet av lidelsene, hvor 41 % av kvinnene opplever dette, mot 29% av mennene.

Amundsen (2011) utførte en spørreundersøkelse blant både innsatte kvinner og menn over en tidsperiode fra 2005 til 2009. I undersøkelsen deltok 100 av 112 kvinner og 216 av 291 menn i utvalgte fengsler. Funnene fra disse spørreundersøkelsene indikerer at kvinner i større grad enn menn sliter med angst og alvorlig depresjon før soning. Syv av ti (65 %) menn oppgir at de har vært alvorlig deprimerte før innsettelse, mens dette gjelder for åtte av ti (77 %) kvinner.

Selvskading og selvmordsforsøk

Internasjonalt er selvmord den vanligste dødsårsaken blant innsatte. Sammenligninger av selvmordsraten blant innsatte og den generelle befolkningen viser at innsattes selvmordsrate er minst tre ganger høyere enn for den generelle befolkningen (Cramer 2014, s. 10).

Forskningen på denne tematikken viser for det første at kjønnsforskjellene gjenspeiles i selvmordsstatistikken. Situasjonen er alvorlig for begge kjønn, men kvinner sliter i langt større grad enn menn med selvmordstanker og selvmordsforsøk i perioden før soning. 49 % av mennene og 64 % av kvinnene oppgir at de har tenkt å ta sitt eget liv før soning. Når det kommer til faktiske forsøk oppgir en dobbelt så høy andel av kvinnene enn mennene at de har forsøkt å ta sitt eget liv (Amundsen 2011, s. 7). Under soningsoppholdet sliter derimot dobbelt så mange menn som kvinner med selvmordstanker (Amundsen 2011, s. 9-10).

En rekke empiriske undersøkelser viser at det også er kjønnsforskjeller innen selvskading. Innsatte kvinner i USA har ifølge Wakai et al. (2014) større sannsynlighet for å utføre selvskadende handlinger enn innsatte menn. Blant mannlige innsatte er selvskading estimert til å gjelde for 17 % av den innsatte populasjonen. For kvinnelige innsatte varierer andelen mellom 32 % og 51 %. Til sammenligning rapporterer 6 % av ikke-innsatte kvinner om det samme (Wakai et al. 2014, s. 349). Selvskadings- og selvmordsproblematikken blant innsatte vil være et tema i kapittel 7.

3.4 Psykiske lidelser og rusmiddelmissbruk

Bruk av rusmidler medfører ofte en rekke levekårsproblemer (Revold 2014, s. 49). Tidligere forskning viser til at innsatte generelt er langt mer rusbelastede enn den generelle befolkningen og at sammenhengen mellom rusmiddelmissbruk og psykiske lidelser og plager er kjent (Bukten et al. 2016; Friestad og Hansen 2004; JURK 2018; Revold 2015; Sivilombudsmannen 2016a;). Forskningen viser at 1) svært mange rusmiddelavhengige har både kroniske sykdommer og psykiske lidelser, 2) personer som både har et rusproblem og en eller flere psykiske lidelser bruker ofte rusmidler på en ødeleggende måte, 3) et flertall av «gjengangerne» i fengsel er også rusmisbrukere, og 4) for en høy andel av de innsatte er det rusmidler som førte til lovbruddet de nå soner for (Bukten et al. 2016).

Rusmisbruk blir ofte definert som psykisk lidelse ved regelmessig, ikke-medisinsk bruk av stoffer som påvirker hjernen med den hensikt å oppnå rus eller velvære (Amundsen 2010, s. 185). Cramer (2014, s. 9) beskriver rusrelaterte lidelser som en samlebetegnelse for ulike tilstander som opptrer i sammenheng med bruk av kjemiske substanser som påvirker psykologiske funksjoner. Lidelsene diagnostiseres ut fra hvilket rusmiddel som fremkaller lidelsen og følgetilstander (Cramer 2014, s. 9). Slike lidelser er gjerne knyttet til avhengighet og konsekvensene det medfører. Somatisk sett utvikler det seg ofte til fysisk avhengighet og økt toleranse, som resulterer i at mengden stoff som inntas må øke for å oppnå samme ruseffekt (Amundsen 2010 s. 185). Betegnelsen brukes om både alkohol- og narkotikarelaterte lidelser.

Mange i aktiv rusmisbruk har tillegg utfordringer. Det er for eksempel godt dokumentert at selvmordsrisikoen er langt større blant rusmisbrukere enn i den øvrige befolkningen. Depresjon og selvmordstanker kan til dels skyldes at rusmisbrukeren er i en livssituasjon det er vanskelig å komme ut av, og at rus ofte henger sammen med økonomiske og sosiale vansker som kan føre til opplevelse av nederlag og avmakt (Amundsen 2006, s. 186).

Forekomst av rusmiddelmissbruk hos innsatte

Både Cramer (2014, s. 21-22) og Revold (2015, s. 52) finner at halvparten av innsatte brukte narkotiske stoffer forut for innsettelsen. Hele 60 % av Skarðhamars (2002) utvalg oppgir å ha brukt illegale rusmidler jevnlig eller ofte. I Skarðhamars utvalg er det flest kvinnelige innsatte som oppgir å være «ikke-brukere» av illegale rusmidler, men det er også flere

«storforbrukere» blant kvinner enn blant menn (Skarðhamar 2002, s. 56). Innsatte bruker også tyngre stoffer enn hva som er tilfellet for normalbefolkningen (Revolv 2015, s. 51). Friestad og Hansen (2004, s. 62) finner at det er en høyere andel sprøytebrukere blant kvinnelige innsatte enn blant mannlige innsatte, mens Bukten et al. (2016, s. 25) ikke finner noen kjønnsforskjell.

Rusmisbruk, rusbehandling og fengsel

Narkotikaproblemet og straff er svært omdiskutert (NOU 2019: 26), og fremstilles som en av de største utfordringene i norsk kriminalpolitikk (Andenæs 1994; Pedersen 2010). Dette er en viktig bakgrunn for våre diskusjoner om kvinners kriminalitet og soning som så sterkt er forbundet med helseproblemer og utenforskap knyttet til rus (Estrada og Nilsson 2012). Problemer knyttet til rusmiddelmisbruk er en særlig aktuell problemstilling for kvinner i fengsel. Rusmiddel og ruskriminalitet er ofte selve hovedårsaken til at kvinnene havner i fengsel (det vil si bruk og besittelse, smugling og omsetning, og kjøring i beruset tilstand) (Bukten et al. 2021; Nilsson et al. 2014), og sammenhengen mellom rus og kriminalitet er sterkere enn for menn (Estrada og Nilsson 2012). Kvinner bruker oftere både medisiner og illegale rusmidler før innsettelsen. Selv om dette i høy grad også er situasjonen for mange menn, tyder forskning på at kvinners rusbruk oftere betraktes som en overlevelsesstrategi for å holde ut sosial nød, som midler for å berolige seg, «selv-medisinere» seg bort fra smertefulle erfaringer og å kunne fungere sosialt (Liebling 2009). Kvinner har større utfordringer knyttet til rusavhengighet, og dårligere psykisk helse og levekårsproblematikk på grunn av dette, enn menn (Bukten et al. 2016; 2019).

Selv om straffepolitikken overfor personer med rusproblemer og fengslenes manglende behandlingstilbud har vært mye kritisert, er ikke forskningen helt entydig på hvorvidt fengselsopphold på noen områder kan bidra til en konstruktiv bedringsprosess (Lundeberg 2017; 2018; 2020). Soningen gir mulighet for en (rusfri) pause der de får anledning til å skjerme seg og reflektere rundt sitt forhold til rusmidler og konsekvensene av bruk. Dette kan gi rom for aktørskap og endringsmotivasjon (Gjeruldsen og Jensen 2021; Lundeberg 2020). Selv om fengsel for noen har blitt en mulighet for behandling og tvungen avrusning, er den også imidlertid en arena for bruk, kjøp og salg av narkotika (Mjåland 2015). Nær en tredjedel har brukt narkotika under soning (Bukten et al. 2016).

Innsatte kan oppleve at det er vanskelig å være åpne om sine problemer i frykt for å møte straff og kontroll, i stedet for hjelp. En hybrid maktutøvelse der både hjelpe- og kontrollhensyn blir vektlagt i den kontinuerlige fangebehandlingen skaper mistillit, avstand og manglende motivasjon (Mjåland og Lundeberg 2014). Betjentenes veiledende hånd kan i neste øyeblikk bli et hardt, tvingende grep (Crewe 2009). Dette ambivalente forholdet fengselet har til personer med rusproblemer, og de uklare rollene og tillitsskjøre relasjonene som dette innebærer, gjør det utfordrende å forankre rehabiliteringen i fengselshverdagen (Helgesen 2019; Mjåland 2015; Mjåland og Lundeberg 2014). Den forhøyede overdosedødeligheten ved løslatelse viser også at fengselet kan være en særlig farlig plass for fengslede, dersom problemer med rus ikke tas på alvor (Bukten et al. 2017).

Erkjennelsen av dette narkotikaproblemet i tilbakeføring har ført til at det i den senere tid har vært en satsing på rusrehabilitering i fengsel. Tilbudet til kvinner med rusproblemer i fengslene har blitt noe styrket. Det er opprettet en rusmestringsenhet for kvinner. Kvinner som har rusproblemer kan få tilbud om oppstart i legemiddelassistert rehabilitering (LAR), og de som er pasienter ved innsettelsen får fortsette behandlingen under soningsoppholdet. Andelen av de kvinnelige innsatte som er pasienter i LAR er noe større enn menn; Ifølge Bukten et al. (2016, s. 16) gjaldt dette 14 % av kvinnene, og 9 % av de mannlige innsatte.

Flere mottar ulike former for rusbehandling under straffegjennomføring. Imidlertid er rehabiliteringstiltakene i ulike fengsler varierende. Et manglende og lite differensiert tilbud til rusavhengige har blitt påpekt og kritisert i en årrekke (Mjåland 2015). Selv om det har skjedd visse utbedringer, ved blant annet etablering av rusmestringsenheter også for kvinner, dekker dette langt i fra det reelle behovet. For eksempel fikk bare halvparten av de som søkte om plass på rusmestringsenhetene et tilbud om å delta (Helgesen 2019). Mange som selv erklærer seg som behandlingstrengende, og som oppsøker hjelp, får det ikke. Selv om kvinner har mer alvorlige problemer enn menn er rusmestringstilbudet noen steder forbeholdt menn eller helt fraværende.

Imidlertid pågår det nå et reformarbeid som skal gjøre rusbehandling mer tilgjengelig. Blant annet skal det etableres en såkalt områdefunksjon. Dette innebærer at tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helsevern skal være fysisk tilstedeværende i alle fengsler og til faste tider (Helsedirektoratet 2019).

3.5. Soningsrelaterte forhold og helseproblematikk

Slik det er blitt vist til i dette kapittelet har innsatte langt dårligere helse, både fysisk og psykisk, enn hva som er tilfelle for den generelle befolkningen. Et interessant spørsmål i denne forbindelse er om forekomsten av sykdommer og lidelser skyldes forhold med soningen eller om plagene var til stede før innsettelse. For mange kan påkjenningen ved å begå en kriminell handling eller det å bli satt i fengsel i seg selv være en utløsende årsak til psykiske lidelser og problemer (Amundsen 2006, s. 188; Skarðhamar 2002, s. 61). Angsten de opplever er knyttet til det å være i fengsel og situasjonen det representerer (Skarðhamar 2002, s. 61). Mange innsatte befinner seg i en svært presset situasjon og har vært gjennom en tøff tid med blant annet rettssak og atskillelse fra familie.

I Revolds (2015, s. 36) utvalg mener fire av ti innsatte at helsen deres har blitt litt eller mye dårligere under soningsoppholdet. Cramer (2014) påpeker også hvordan den høye forekomsten av angst kan skyldes mange forhold knyttet til det å begå kriminalitet, være i en krise, bli dømt, vente på soningen og soningen i seg selv. Personene dette gjelder har vært utsatt for stress og belastning i en lengre tidsperiode (Cramer 2014, s. 31). Det kan vurderes som normalt å ha psykiske og fysiske reaksjoner på dette. I Norge er det relativt sett få studier som er gjort om psykiske lidelser og psykiske problemer som utvikles under fengslingen og som følge av oppholdet i fengsel (Hammerlin 2015, s. 179). Det er derfor usikkerhet rundt soningsrelaterte forhold og psykiske problemer.

Ikke desto mindre vet vi hvordan forskjellige fengselsforhold og forskjellige aspekter ved et fengselsopphold kan være med på å forverre eller fremprovosere psykiske lidelser og psykisk sykdom. For det første har omfattende forskning om isolasjon i fengsel vist hvordan manglende meningsfylt sosial kontakt øker risikoen for dårlig psykisk helse og i verste fall kan resultere i psykiske lidelser (Haney 2020; Shalev 2008; Smith 2006). For det andre kan manglende eller ikke fungerende kontakt med barn og nærmeste familie påvirke innsatte i stor grad (Liebling 2004, s. 325 ff.). Generelt viser forskningen også til en rekke forskjellige «pains of imprisonment» (Sykes 1958; Crewe 2011), som ofte vil påvirke innsattes livsvilkår og trivsel markant og dermed potensielt forverre deres helse. Omvendt tyder forskning også på at enkelte innsatte, sannsynligvis primært rusmisbrukere, kan få bedre helse i begynnelsen av et fengselsopphold fordi et kaotisk misbruksliv erstattes med en mer stabil tilværelse med jevn tilgang til medisin, med mer (Smith 2006).

Isolasjon

«Å begrense noens mulighet til å ha sosial kontakt med andre mennesker, er et omfattende inngrep i menneskers personlige integritet og autonomi» (Sivilombudsmannen 2019, s. 24). Plassering i fengsel vil imidlertid ofte medføre et element av sosial isolasjon, spesielt for innsatte som soner ved høy sikkerhet. Innsatte ved høy sikkerhet tilbringer store deler av døgnet alene på cellen. Dette betyr at mange innsatte i norske fengsler plasseres i eller opplever absolutt isolasjon (22-24 timer alene på cellen) under soning (Sivilombudsmannen 2019). Mangel på sosial kontakt og fellesskap kan imidlertid være med på å forverre eller fremprovosere psykiske lidelser. Det vet vi fra forskning om sosial ensomhet utenfor fengsel (Hawkley 2020) og det vet vi fra omfattende forskning om isolasjon i fengsel (Haney 2018; Lobel og Smith 2020; Shalev 2008; Smith 2006). Isolasjon øker risikoen for at den innsatte opplever dårlig fysisk og psykiske helse. Reaksjoner er individuelle og varierer fra for eksempel mageproblemer og søvnløshet til angst og depresjon (Smith 2006). Sivilombudsmannen beskriver hvordan isolasjon over lengre perioder fører til passivitet, utmattelse og apati, samt hvordan konsentrasjon, planlegging og motivasjon svekkes (Sivilombudsmannen 2019, s. 26).

Fysisk aktivitet

En annen problemstilling innsatte står ovenfor er at de har langt mindre mulighet for fysisk aktivitet. Omtrent halvparten av de innsatte i JURKs utvalg oppga at de var misfornøyde med treningstilbudet og mulighetene for fysisk aktivitet under soningsoppholdet (JURK 2018, s. 54). JURK poengterer at det er en rekke barrierer for fysisk aktivitet under soning. Det trekkes for eksempel frem at det ofte er dårlig eller utilstrekkelig tilbud om utendørsaktiviteter. I tillegg har kvinneavdelinger ofte små luftegårder. Fysisk aktivitet er viktig for psykisk og fysisk helse. Med manglende tilrettelegging for dette øker risikoen for at flere vil ha en fengselstilværelse preget av inaktivitet som kan ha en negativ effekt på helsen (JURK 2018, s. 54), spesielt for innsatte som soner lange dommer.

3.6. Diskriminering av kvinnelige innsatte

Da kvinner utgjør en tydelig minoritet i fengselspopulasjonen har deres behov under straffegjennomføringen lettere for å bli oversett enn hva som er tilfellet for menn. Kvinner skal ha like rammer som menn i fengselspraksisen. Likevel viser forskning at mange kvinnelige innsatte føler seg mer stigmatisert enn mannlige innsatte (Carlen og Worrall 2004; JURK 2018; Karlsen 2018, s. 98; Sivilombudsmannen 2016a). Kvinner opplever også å ikke

ha like gode tilbud som mannlige innsatte og de føler seg derfor diskriminert (Lundeberg 2017).

Kristoffersen argumenterer på den andre siden for at det er lettere å iverksette aktiviteter og initiativer for menn i løpet av deres soningsopphold nettopp fordi de utgjør en større andel av populasjonen. Dette gjelder spesielt for tilbud som går over tid, da det er grunn til å tro at negative konsekvenser av fengselsstraff har større sannsynlighet for å oppstå under lengre soningsopphold, noe som i større grad er tilfellet for menn (Kristoffersen u.d.).

Fengselsadministrasjonen og fengsler er, ifølge Sivilombudsmannen (2016, s. 8), organisert etter behovene til mannlige innsatte. Dette gjenspeiles blant annet i helsetilbudet og de tilgjengelige aktivitetene. JURK stiller i sin rapport spørsmålene: «Hvordan er soningsforholdene for kvinner? Er de gode nok? Hva er godt nok?» (JURK 2018, s. 8). Denne avsluttende delen av kapittelet vil belyse noen av argumentene for at kvinner i fengsel diskrimineres.

For det første har Sivilombudsmannen dokumentert at kvinnelige innsatte i større grad utsettes for isolasjon under soningsoppholdet, da de blant annet har måtte sitte på restriktiv avdeling fordi det ikke har vært ledig plass på kvinneavdelingen eller fordi det ikke finnes egen kvinneavdeling i fengselet der kvinnen soner. Det blir også trukket frem at kvinneavdelingene i blandingsfengsel oftere blir låst ned, fordi de er mindre, ved høyt sykefravær hos betjenter eller ved mange fremstillinger, og «Dette innebærer at kvinnelige innsatte oftere risikerer isolasjon, utelukkende fordi de er kvinner» (Sivilombudsmannen 2019, s. 136). For det andre har kvinner også større sannsynlighet for å bli beltelagt eller plassert på sikkerhetscelle, hvilket vil bli diskutert i kapittel 6.

For det tredje kan det argumenteres for at kvinner mottar et dårligere helsetilbud under straffegjennomføringen, ifølge Sivilombudsmannen (2016) og JURK (2018).

Hovedproblemet er at kvinnelige innsatte ikke har tilstrekkelig tilgang på kvinnelig helsepersonell, da spesielt lege (Friestad og Hansen 2004; JURK 2018; Sivilombudsmannen 2016a). Det argumenteres også for at kvinner ikke har samme tilbudet om rusmestringsbehandling som menn. Rusmestringsenheter tilbys ofte kun til kvinner som soner på lavsikkerhet, noe som betyr at en stor andel av kvinner på høysikkerhet kan ha et ubehandlet rusproblem. Dette er problematisk da en høy andel kvinnelige innsatte har

rusmiddelproblemer og dette har store konsekvenser for fysisk og psykisk helse (JURK 2018; Sivilombudsmannen 2016a).

Deltakelse i gruppebasert behandling i forbindelse med atferdsproblemer og rusmiddelmissbruk er derimot tilnærmet lik, ifølge Kristoffersens (u.d.) analyse. 5 % av de innsatte kvinnene startet et slikt program, sammenlignet med 7 % av mennene. Kortere fengselsopphold, som er tilfelle for flere av kvinnene, gjør slike program vanskeligere å gjennomføre. Dersom man ser på deltakelse i slike program for innsatte med dom over seks måneder, ser vi at 20 % av kvinnene deltok i et slikt program, sammenlignet med 19 % mennene (Kristoffersen u.d.). På den andre siden har kvinnelige innsatte i større grad problemer med rus enn hva som er tilfellet for menn (Bukten et al. 2016; Sivilombudsmannen 2016a, s. 44). En følge av dette er at kvinner oftere får et rusmestringstilbud.

Videre argumenterer Sivilombudsmannen og JURK for at kvinner gjennomgående har dårligere tilgang til reell arbeidstrening og at aktivitetstilbudet i liten grad er arbeidskvalifiserende og kompetansegivende. Kristoffersen argumenterer på den andre siden for at det er små forskjeller mellom aktivitetstilbudet til innsatte kvinner og menn. I tillegg trekker Kristoffersen (u.d.) frem at analyser av soningsforhold kan tyde på at kvinner får mer permisjonstid, til tross for at menn soner lenger. Per tusen fengselsdager hadde kvinner 29 % høyere permisjonstid enn menn i 2017 (Kristoffersen u.d.). Dette kan likevel forklares ved at kvinner oftere soner kortere dommer og derfor kvalifiserer for permisjonsretten raskere.

Sivilombudsmannen og JURK argumenterer videre for at kvinner soner under dårligere fasiliteter enn hva som er tilfellet for menn, ifølge rapportene. Kvinnene har 1) mindre tilgang til egnede uteområder og muligheter for fysisk aktivitet, 2) uegnede fasiliteter som er en begrensning for tilrettelagt sosialt samvær og 3) sjeldnere tilgang til eget toalett på cellen og derfor avhengige av å bli låst ut av cellen på natten. Sivilombudsmannen og JURK argumenterer også for at kvinnelige innsatte risikerer å sone på plasser med høyere sikkerhet enn hva saken deres tilsier, som blant annet skyldes begrensede fengselsplasser til kvinner på grunn av ressursmangel (Sivilombudsmannen 2016a, s. 28). I tillegg risikerer kvinner å sone geografisk lengre unna familie og andre pårørende (Sivilombudsmannen 2016a, s. 12). Dette er spesielt utfordrende med tanke på den høye andelen kvinner som har omsorgsansvaret for barn.

Med dette som utgangspunkt mener Likestillings- og diskrimineringsombudet at det er grunn

til å reise spørsmål om kvinner i norske fengsler diskrimineres, ved at de får dårligere soningsforhold enn menn (LDO 2017, s.15). Gjennomgående er det et problem at kvinner nedprioriteres ved tilbud som i utgangspunktet skal tilbys både kvinner og menn (LDO 2017, s. 19). Som tidligere nevnt er ikke denne studien en komparativ undersøkelse av forskjellen mellom mannlige og kvinnelige innsattes soningsforhold. Vi har likevel gjort funn som viser at kvinner er en minoritet blant den innsatte populasjonen, og at dette har noen konsekvenser for deres soningsforhold. Vi har også sett nærmere på og drøftet betydningen av kjønnsesifikke behov, og hvordan disse blir møtt av Kriminalomsorgen og helsevesenet. Funnene kan si noe om forskjeller som eksisterer og behov som ikke blir møtt tilstrekkelig, men denne studien har ikke som mål å foreta en rettslig vurdering av om kvinnelige innsatte blir diskriminert. Diskriminering kan både innebære enten en direkte forskjellsbehandling mellom kvinnelige og mannlige innsatte, eller det kan være spørsmål om indirekte diskriminering. Ved indirekte diskriminering er det en tilsynelatende nøytral praksis/handling som i tilfelle innebærer at kvinnelige innsatte blir stilt dårligere enn mannlige innsatte, for eksempel ved at ulike behov behandles likt.

Diskrimineringsvedtak

I forbindelse med soningsforhold og kvinnelige innsatte har LDO både behandlet klager på diskriminering og selv klaget inn Kriminalomsorgsdirektoratet til Diskrimineringsnemnda i 2019. Ombudets klagesak gjaldt Tromsø fengsel, og nemnda konkluderte med at Kriminalomsorgsdirektoratet hadde handlet i strid med forbudet mot diskriminering på grunn av kjønn ved å ikke gi de kvinnelige innsatte likeverdige tilbud som mannlige innsatte. Likestilling- og diskrimineringsloven forbyr direkte og indirekte diskriminering og trakassering på grunn av kjønn på alle samfunnsområder. Loven tar særlig sikte på å bedre kvinners stilling. Å behandle og tilby kvinner en dårligere standard enn menn kan være direkte diskriminering. Dersom alle innsatte behandles likt, uavhengig av kjønn, kan det være indirekte diskriminering dersom konsekvensen er at et kjønn stilles dårligere enn det andre. Hvorvidt hensikten er å forskjellsbehandle er ikke avgjørende i diskrimineringsvurderingen. Det avgjørende er hvilken virkning den diskriminerende handlingen har (Likestillings- og diskrimineringsloven, §§ 6-8).

Diskrimineringsnemnda fattet i 2020 vedtak om at kvinner i Tromsø fengsel utsettes for diskriminering med bakgrunn i at kvinner på høysikkerhet må sone på varetektsavdelingen,

som er en mer restriktiv avdeling enn ordinære soningsavdelingene. Med dette som bakgrunn ble det vedtatt at kvinner behandles dårligere enn menn i fengselet (Diskrimineringsnemda 2020). I 2015 konkluderte også Likestillings- og diskrimineringsombudet med at Trondheim fengsel brøt likestillingsloven §5, da kvinnelige innsatte ble låst inn på cellene i større grad enn mannlige innsatte. Med bakgrunn i dette foreligger det gode grunner til å tro at kvinnene forskjellsbehandles ifølge deres konklusjon. I tillegg konkluderte nemda med at Trondheim fengsel hadde handlet i strid med likestillingsloven ved at kvinnelige innsatte ikke fikk et likeverdig tilbud om rusmestring som mennene. Kvinnene hadde heller ikke mulighet til å benytte seg av fengselets store luftegård, som også blir omtalt som urettmessig forskjellsbehandling (LDO 2016).

4. Organiseringen av helsetilbud i norske fengsler

Organiseringen av helsetilbudet varierer noe mellom de ulike fengslene, men tar likevel utgangspunkt i samme struktur, og skal så langt det er mulig være likestilt med tilbudet utenfor fengslene. Innsatte har rett til et likeverdig helsetilbud under soningsoppholdet.

Når myndighetene plasserer folk i fengsel medfører det et ansvar for å sørge for at grunnleggende og rimelige behov blir ivaretatt. For å sikre dette tar norske fengsler, som allerede beskrevet innledningsvis, utgangspunkt i et normalitetsprinsipp, som betyr at innsatte beholder sine rettigheter, samt at fengselsforhold skal ligne verden utenfor så godt det lar seg gjøre. Dette innebærer blant annet at sosiale tjenester, kulturtilbud og helsetjenester er ansvarsområder for de relevante myndighetene og ikke Kriminalomsorgen alene (Storvik 2011, s. 39). Denne modellen er referert til som «importmodellen» av Nils Christie (2000, s. 116). Modellen ble innført med begrunnelsen om at helsepersonell skal være faglig uavhengige fra fengselet (Christie 1970; Rua 2015, s. 241). Lignende systemer finnes også i andre land, men er mer omfattende i det norske fengselssystemet (Engbo 2017, s. 333).

Normalitetsprinsippet innebærer som sagt at hverdagen i fengsel skal representere hverdagen utenfor fengsel så godt det lar seg gjøre. Dårligere helse skal derfor ikke være en del av straffen innsatte påføres. Innsatte i Norge har etter normalitetsprinsippet krav på samme helse- og omsorgstjenester som befolkningen for øvrig og krav på spesialisthelsetjenester dersom de har pasientrettigheter etter pasient- og brukerrettighetsloven (Engbo 2017; St. meld. 37 (2007–2008), s. 22). Det er de relevante myndighetene som har ansvar for helsetjenestene, ikke Kriminalomsorgen. Det innebærer at leger, sykepleiere og annet helsepersonell som tilbyr tjenester til innsatte ikke er ansatt av Kriminalomsorgen, men av den aktuelle kommunen og spesialisthelsetjenesten. Hensikten er å sikre at innsatte får samme behandling etter samme standard som de øvrige borgerne (Storvik 2011, s. 39).

4.1. Kriminalomsorgen og kommunene

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 skal kommunene sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, inkludert personer innsatt i fengsel, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Helsetilbud skal være tilpasset den enkeltes behov etter individuell

vurdering. At innsatte har tilgang til kvalifisert personell med særlig kompetanse knyttet til innsattes levekår, livssituasjon, funksjonsevne og helseproblem er av særlig betydning (Helsedirektoratet 2016, s. 9). Straffegjennomføringsloven kapittel 3.25 presiserer at pasient- og brukerrettighetsloven §2-4 må tolkes innskrenkende for innsatte i fengslene, slik at praktiseringen av reglene skjer innenfor de rammene fengselsoppholdet setter. Eksempelvis gjelder retten til å velge behandlingssted så langt det er forenlig med frihetsberøvelsen og vil i praksis være noe modifisert (Helsedirektoratet 2016, s. 20). På tross av normaliseringsprinsippet kan det altså i praksis skje innskrenkninger i de innsattes rettigheter, også når det gjelder helsetilbud.

Kommuner med fengsel har det administrative og faglige ansvaret for helse- og omsorgstjenestene i fengselet (Helsedirektoratet 2016, s. 13). Kommunene fastsetter selv organisasjonsformen for helse- og omsorgstjeneste til innsatte i fengsel (Helsedirektoratet 2016, s. 14). Dette innebærer en rekke lokale variasjoner i helsetilbudet i de ulike fengslene. Variasjonene skyldes blant annet bygningsmessige variasjoner i utforming og standard som igjen påvirker hvilke tilbud som kan gis til de innsatte (Helgesen 2019, s. 19). Eksempelvis befinner en del fengsel seg i gamle og uegnede bygninger (JURK 2018; Sivilombudsmannen 2016).

Når en person dømmes til fengselsstraff bortfaller fastlegens ansvar og plikter, og ansvaret overføres til legen i det aktuelle fengselet under soningsoppholdet. Domsinnsatte skal derfor i utgangspunktet forholde seg til fengselslegen. For varetektsinnsatte gjelder spesielle regler (Helsedirektoratet 2016, s. 21). Helseavdelingene i fengslene består som oftest av sykepleiere og lege (Rua 2012, s 80). Antall ansatte avhenger av fengselets størrelse og behov. Hvor mange dager i uken lege og sykepleier er til stede i fengselet varierer fra fengsel til fengsel. Eksempelvis er det lege til stede i fengselet to dager i uken i Bredtveit fengsel, mens det er lege én dag i uken i Agder fengsel, avdeling Evje.

Så langt det lar seg gjøre skal helse- og omsorgstjenester tilbys i egnede lokaler i det aktuelle fengselet. Mens helse- og omsorgstjenesten har ansvaret for å sikre et tilstrekkelig tilbud, er det Kriminalomsorgens ansvar at de har egnede lokaler. Dette inkluderer for eksempel ansvar for renhold og vedlikehold (Helsedirektoratet 2016, s. 16). I enkelte tilfeller kan det være påkrevd med helsetjeneste utenfor fengselet for at den innsatte skal motta nødvendig

helsehjelp. Den innsatte skal da «fremstilles». Dette innebærer at domsinnsatte følges til helsetjeneste utenfor fengselet av betjenter. Varetektsinnsatte følges normalt av politi. I enkelte tilfeller kan det også gis permisjoner i forbindelse med helsetjenester og konsultasjoner. Kriminalomsorgen og politiet har da ansvaret for å vurdere sikkerhet og eventuelt vakthold ved transport, undersøkelse og behandling (Helsedirektoratet 2016, s. 38). Som regel skal legevakt kontaktes når helsetjenestene ikke er til stede i fengselet. Ifølge Helsedirektoratet (2016) foreligger det ikke rutiner for registrering av legevaktskonsultasjoner i institusjonene.

Primær- og spesialisthelsetjeneste

I Norge er helsetilbudet organisert etter primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste, også omtalt som første og andre linje. Primærhelsetjenesten er kommunens ansvar, mens spesialisthelsetjenesten er regionalt og nasjonalt organisert. Det grunnleggende helsetilbudet i fengsel er organisert under primærhelsetjenesten. I tillegg til lege og sykepleiere, er det i flere fengsel fysioterapeut og psykolog til stede på faste tidspunkt. Disse delene av helsetilbudet må den innsatte henvises til via fengselslegen. I de større institusjonene finnes gjerne et psykiatrisk fagteam med psykologer og psykiatere ansatt av en ekstern institusjon (Rua 2012, s. 80), i form av en poliklinikk (mer om dette under). I en del fengsel tilbys også egne rusmestringsavdelinger og poliklinikker som også vil være et eget tema senere i kapitlet.

Tannhelsetjenester

Slik det er blitt vist til tidligere, har flere innsatte tannhelseproblemer, da spesielt innsatte med psykiske plager og rusproblemer. Fylkeskommunen har ansvaret for organisering og utførelse av tannhelsetjenester (Helsedirektoratet 2016, s. 13). I de største fengslene vil tannbehandlingen vanligvis utføres i fengselet på egne tannklinikker og med eget personell. I de fengslene hvor det ikke er egne klinikker er det fylkeskommunens ansvar å finne løsninger for å gi tannhelsehjelp til innsatte. Som beskrevet tidligere, kan den innsatte da fremstilles til tannklinikk utenfor fengselet (Helsedirektoratet 2016, s. 15). Det samme gjelder for andre spesialisttjenester som ikke tilbys i fengselets egne lokaler. Rapport fra Helsedirektoratet oppgir at det finnes åtte fengsler med egen tannklinikk per 2018. Tidligere rapporter viser at innsatte får et bedre tilbud om tannhelsetjenester i de tilfellene der det finnes egne klinikker i fengselet (Helsedirektoratet 2019). Tannhelsetjenester skal, etter anbefaling fra Helsedirektoratet, gis til innsatte når det er behov for akutt tannbehandling uavhengig av

fengselsoppholdets varighet. I tillegg skal det være tilbud om tannhelseundersøkelse samt nødvendig forebyggende og vanlig tannbehandling til innsatte med opphold over tre måneder (Helsedirektoratet 2019).

Svangerskap- og fødselsomsorg i fengsel

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har også ansvaret for at kvinnelige innsatte har tilgang til nødvendig helse- og omsorgstjenester ved svangerskap og fødsel (Helsedirektoratet 2016, s. 30). I henhold til Bangkok-reglene punkt 42.3 skal det tilbys tilrettelagt soningsprogram for gravide (Kriminalomsorgen 2015, s. 59). Ifølge Helsedirektoratets veileder om helse- og omsorgstjenester i fengsel kan straffen utsettes når domfelte er gravid og fødsel vil inntreffe før kvinnen løslates, med mindre kvinnen selv ønsker å sone deler av straffen og det ikke er medisinsk utilrådelig (Helsedirektoratet 2016, s. 51). Ifølge Kriminalomsorgens nettsider kan også kvinner som har født for mindre enn seks uker siden få soningsutsettelse. Kvinner som ammer har også mulighet til dette, med mindre det er gått ni måneder siden fødselen (Kriminalomsorgen 2021a).

4.2. Psykisk helsetilbud

Slik allerede beskrevet, er tilgang til psykisk helsehjelp for innsatte svært viktig. Psykisk helsetilbud er organisert under spesialisthelsetjenesten. Det innebærer at den innsatte trenger henvisning fra fengselslegen, det vil si primærhelsetjenesten, for å få tilgang til tilbudet. Henvisningene rettighetsvurderes på samme måte som for normalbefolkningen, eller prioriteringsveilederen til Helsedirektoratet.

Slik det er blitt vist til tidligere i dette kapittelet har fengslene ulik organisering av helsetilbudet. Dette gjelder også det psykiske helsetilbudet. Noen fengsler står uten organisert tilbud eller opplever å ha et mangelfullt tilbud. Enkelte fengsler har fast poliklinikk i fengselet, mens andre har polikliniske team som reiser ut til de ulike institusjonene. Et annet alternativ er også å fremstille den innsatte for konsultasjoner på utsiden av fengselet (SIFER 2018, s. 12).

Fengselspsykiatrisk poliklinikk

Ansvar for spesialisert psykisk helsehjelp ligger hos spesialisthelsetjenesten. Psykologer og psykiatere i fengsel er ofte knyttet til en poliklinikk på utsiden av fengselet. Tilbudet skal

fungere som en vanlig poliklinikk i spesialisthelsetjenesten med timeavtaler og henvisninger fra både helseavdelingen i fengsel og fra eksterne leger (Sivilombudsmannen 2018, s. 48) og er derfor et viktig eksempel på normalitetsprinsippet og importmodellen. Innsatte henvises til disse klinikkene fra fengselslegen eller annen lege/psykolog med henvisningsrett. I tillegg kan både ansvarlig sykepleier ved fengselshelsetjenesten eller vaktleder i fengselet henvise til øyeblikkelig hjelp-vurderinger. Det er også relativt vanlig at pasienter har en allerede eksisterende pasientrettighet i forbindelse med behandling ute, som videreføres til spesialisthelsetjenesten ved det aktuelle fengselet under soningsoppholdet.

Fengselspsykiatrisk poliklinikk i Bredtveit fengsel er organisert under Sikkerhetspsykiatrisk seksjon, Klinikk psykisk helse og avhengighet v/ Oslo Universitetssykehus. Klinikken dekker psykisk helsevern for innsatte i Oslo og Bredtveit fengsel, Sentralarresten i Oslo politidistrikt og Ungdomsenhet Øst. Poliklinikken har egen klinikk i Oslo fengsel i tillegg til avdeling med eget kontor i Bredtveit fengsel, som ansatte besøker på faste tidspunkt i uken. Poliklinikken har ellers øyeblikkelig-hjelp ansvar for de innsatte alle hverdager på dagtid. Dette gjelder både for innsatte som allerede er pasienter ved Fengselspsykiatrisk poliklinikk og for andre innsatte med behov for øyeblikkelig psykisk helsehjelp etter vurdering fra henviser. I Trondheim fengsel er den fengselspsykiatriske poliklinikken knyttet til St. Olavs Universitetssykehus, avdeling Brøset. Poliklinikken er en regional sikkerhetsavdeling og et kompetansesenter for fengsels-, sikkerhets- og rettspsykiatri (St. Olavs hospital u.d.). Avdelingen oppgir at de fungerer som en ordinær DPS-klinikk, der innsatte henvises fra fengselslegen.

Målgruppen til poliklinikkene er innsatte i arrest og fengsler med psykiske lidelser av en alvorlighetsgrad som gir rett til helsehjelp fra psykisk helsevern. Klinikkene er regulert av helselovene, deriblant Lov om psykisk helsevern, Lov om spesialisthelsetjenesten og Pasientrettighetsloven (Oslo Universitetssykehus u.d.).

Poliklinikkene har særskilte tiltak for oppfølging av isolerte og innsatte i sårbare situasjoner. Utover ordinær drift har alle som er siktet for alvorlige forhold, det vil si drap eller alvorlig drapsforsøk, automatisk rett til prioritert helsehjelp ved fengselspsykiatrisk poliklinikk, ifølge ansatt ved fengselspsykiatrisk poliklinikk i Bredtveit fengsel. Dette begrunnes ut ifra en særskilt forhøyet risiko for selvmord i denne gruppen.

Områdefunksjoner

Helseregionene skal i 2021 etablere en områdefunksjon for spesialisthelsetjenesten innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling for innsatte. Dette er et nasjonalt prosjekt som skal gi økt kunnskap og kompetansebygging, samt være faste statlige tjenester i alle fengsel. Områdefunksjonene skal styrke tilbudet gjennom god tilgjengelighet av spesialisthelsetjenesten og sikre faste stedlige tjenester i alle fengslene (SIFER 2018).

Prosjektet innebærer å utrede innholdet i spisskompetanseområdet for spesialisthelsetjenester til innsatte med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. Med spisskompetanseområder menes tjenester som krever høy kompetanse og som er avgrenset i forhold til oppgaver og metode samt pasienter og kontekst (SIFER 2018).

Områdefunksjonene skal gi et spisset helsetilbud til innsatte. Innsatte har ikke bare et høyere behov for psykisk helsehjelp enn den generelle befolkningen, de har også behov for andre tjenester. Formålet med områdefunksjonene er å sikre at innsatte får nødvendig tilgang til spesialisthelsetjenesten og dermed også nødvendig helsehjelp (Kriminalomsorgen og Helsedirektoratet 2016, s. 5). En områdefunksjon innebærer at et regionalt helseforetak beslutter hvilke klinikker som skal ha hovedansvaret for å yte tjenester til ett eller flere fengsler i regionen. Organiseringen tilpasses regionale forhold (Kriminalomsorgen og Helsedirektoratet 2016, s. 20).

Spisskompetansen til områdefunksjonene skal bidra med mer kunnskap om en rekke tema som er aktuelle for fengselshverdagen. Det kan for eksempel være kunnskap om selvmord og selvskading, psykoselidelser og behandling av dette i fengsel, menneskelige reaksjoner i repressive systemer, simulering og aggravering, kompetanse i utredning og behandling av personlighetsforstyrrelser og andre psykiske lidelser og samsykelighet, minoritetsgrupper, voldelig ekstremisme og radikalisering i fengsel, volds- og seksuelle overgrepssproblematikk, anabole androgene steroider, forekomst og bruk av rusmidler, abstinenser og avrusning i fengsel, og rusmestringsenheter (SIFER 2018, s. 16-19). Kriminalomsorgen har bistått helseregionene i å utarbeide en samlet og konkret plan for etableringen av disse områdefunksjonene og det kartlegges hvorvidt fengslene kan tilby egnede lokaler for dette arbeidet (Kriminalomsorgen 2021).

4.3. Rusmestringsenheter

Slik det allerede er blitt vist til har en høy andel innsatte rusmiddelproblemer. Både kvinner og menn i fengsel har et langt hyppigere bruk av rusmidler enn normalbefolkningen (Cramer 2014; Friestad og Hansen 2004; JURK 2018; Revold 2014; Sivilombudsmannen 2016a; Skarðhamar 2002). Rusmestring er derfor en viktig del av helsetilbudet under fengselsoppholdet.

Rusmestringsenhetene er en del av spesialisthelsetjenesten og er forsterkede enheter innenfor fengslene, som fungerer som en egen avdeling med spesiell tilrettelegging for innsatte med rusproblemer. Enhetene skal sørge for god samhandling mellom Kriminalomsorgen, spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i fengslene (Kriminalomsorgen 2021b). Formålet er å gi tilbud om rehabilitering og behandling som i større grad gjør den innsatte i bedre stand til å mestre sitt rusproblem og egen livssituasjon (Kriminalomsorgen og Helsedirektoratet, 2016, s. 14). Tilbudet er fortrinnsvis rettet mot domfelte, men varetektsinnsatte kan også vurderes. Det legges stor vekt på at den innsatte må kunne nyttiggjøre seg av tilbudet. Det må derfor søkes om plass på enhetene og søkeren vurderes gjennom en inntakssamtale (Oslo Economics og Tyrilistiftelsen 2020, s. 16). Behandlingen består av samtaler enkeltvis og i grupper, miljøarbeid og eventuell medisinerings (Helsedirektoratet 2016, s. 37).

De første rusmestringsenhetene ble åpnet i 2007 og skulle være et «forvaltningssamarbeid mellom fengslene og spesialisthelsetjenesten, og det tverrprofesjonelle samarbeidet mellom yrkesgruppene skulle styrkes for å fremme innsattes muligheter til å mestre sine rus- og kriminalitetsproblemer bedre» (Helgesen 2019, s. 39). I dag består tilbudet av 13 enheter med totalt 109 plasser. Disse ligger ved Ravneberget, Stavanger, Bodø, Bergen, Romerike, Bastøy, Trondheim avdeling Leira, Agder fengsel avdeling Evje, Indre Østfold avdeling Trøgstad, Halden, Hustad, Skien og Tromsø (Kriminalomsorgen 2021b; Oslo Economics og Tyrilistiftelsen 2020, s. 16). Slik det er blitt vist til tidligere har en stor andel innsatte rusproblemer og Helgesen (2019) kommenterer at tilbudet ikke møter etterspørselen og at det derfor burde utvides for å sikre innsatte tilstrekkelig helsehjelp.

I rusmestringsenhetene jobber både fengselsbetjenter og helsepersonell. Begge gruppene har rehabiliteringsoppgaver, mens kun betjenter har oppgaver knyttet til sikkerhet. Et viktig mål

med rusmestringsenhetene er å sørge for at innsatte får oppfylt sine pasientrettigheter (Helgesen 2019, s. 43). Det kriminalomsorgsfaglige innholdet i rusenhetene er derfor styrket og består av miljøarbeid, tilbakeføringsarbeid, fysisk aktivitet og helsearbeid. Det er Kriminalomsorgen som har ansvaret for drift av enhetene (Helsedirektoratet 2016, s. 37), mens ruspoliklinikker i spesialisthelsetjenesten bidrar med stillinger i enhetene (Kriminalomsorgen 2021b).

Tyrilistiftelsen

I tillegg til rusmestringsenhetene finnes Tyrili Stifinnerteam (tidligere Stifinner'n) i Bredtveit, Oslo og Eidsberg fengsel (Kriminalomsorgen 2021c; Tyrili u.d.). Avdelingen på Bredtveit er knyttet til den åpne avdelingen, B2 (Kriminalomsorgen 2012c; Tyrili u.d.). Stifinneravdelingene gir tilbud om rehabilitering og behandling av rusmisbrukere og er et samarbeid mellom helsemyndighetene, Tyrilistiftelsen og Kriminalomsorgen (Kriminalomsorgen 2021b). Tilbudet er rettet mot rusavhengige innsatte som ønsker å endre livsstil. Stifinneren gir mulighet til å starte rusbehandling allerede under soning. Alle som starter behandling i fengsel, skal bli overført til Tyrilis avdeling eller annen rusbehandling etter endt soning (Kriminalomsorgen 2021b).

Likeverdig rusmestringstilbud

Det er knyttet ulike meninger til spørsmålet om hvorvidt innsatte kvinner har tilgang til et likeverdig rusmestringstilbud som innsatte menn. Ifølge Sivilombudsmannens vurdering i 2016 hadde kvinner og menn den gang ulik tilgang til rusmestringstiltak og spesielt tilbudet i blandingsfengslene var problematiske (Sivilombudsmannen 2016a, s. 4). En senere rapport fra Oslo Economics og Tyrilistiftelsen (2020, s. 40) påpeker at det kan vurderes slik at kvinner i mindre grad har tilgang til likeverdige tjenester og tilbud – i hvert fall i deler av landet. Det er langt færre kvinner enn menn i norske fengsler, og da er det naturlig at antall enheter for kvinner er lavere. Likevel er det et problem at alle tre rusenheter for kvinner (Ravneberget, Bredtveit og Agder fengsel avdeling Evje) er lokalisert i Region Øst og Sør-Vest. Tilgjengeligheten er derfor svært begrenset for domfelte i andre deler av landet (Oslo Economics og Tyrilistiftelsen 2020, s. 40). Med dette som bakgrunn er det behov for å opprette flere rusenheter for kvinner utenfor Sør- og Østlandet (Oslo Economics og Tyrilistiftelsen 2020, s. 48).

Ifølge Oslo Economics og Tyrilistiftelsen kan man også anta at stigmatiseringen av kvinner med rusmiddelproblematikk er større enn for menn. Derfor kan det være vanskeligere for kvinnelige domfelte å søke hjelp under soningsoppholdet. Det kan for eksempel skyldes frykten for å miste omsorgen eller få redusert samvær med egne barn dersom rusmisbruket blir kjent. Resultatet kan være at mange som er i målgruppen unngår å oppsøke tilbudet som fengselet tilbyr (Oslo Economics og Tyrilistiftelsen 2020, s. 40).

4.4. Inkomstsamtale, videre oppfølging og medisiner

Ved ankomst til fengsel skal innsatte få tilbud om inkomstsamtale med fengselsbetjent. Helsedirektoratets veileder for helse- og omsorgstjenester i fengsel anbefaler at disse inkomstsamtalene gjennomføres så raskt som mulig (Helsedirektoratet 2016). Ifølge Kriminalomsorgen skal samtalen avholdes før innsatte låses inn på cellen for første gang (Danielsen og Karlsen 2007). Målet med inkomstsamtalen er å sørge for individuell tilpasning og tilrettelegging av soningen. I tillegg mottar den innsatte informasjon om fengselet og institusjonens rutiner. Under intervjuene vi gjennomførte med helsepersonalet informeres det om at innsatte mottar et informasjonshefte utarbeidet av fengselet, med blant annet informasjon om rutinene på avdelingene, kontaktbetjentordningen og aktiviseringstilbudet i fengsel. Det informeres også om at innsattes medisinbruk kartlegges umiddelbart ved inkomst. Den innsatte leverer medisiner til fengselsbetjent som videresender disse til helseavdelingen. I helgen og utenfor helseavdelingens arbeidstid må fengselet ringe legevakt for å få resept på nødvendige medisiner som så utdeles av Kriminalomsorgen.

Det er også normal praksis at innsatte har egen inkomstsamtale med fengselets helseavdeling så raskt det lar seg gjøre. Ansatte i helseavdelingen gir under intervju uttrykk for at inkomstsamtalene var høyt prioritert hos helseavdelingen og disse samtalene prioriteres over andre arbeidsoppgaver og faste avtaler. Inkomstsamtalen med helseavdelingen dreier seg i hovedsak om å kartlegge innsattes helsesituasjon i dybden. Dette innebærer familiesituasjon, medisinbruk, fysiske sykdommer, psykisk helse og selvmordsfare. Inkomstsamtalen handler med andre ord om å få et overblikk over hva den innsatte har behov for og hvordan god helse kan praktiseres i fengsel. En annen viktig del av inkomstsamtalen er å gi den innsatte informasjon om hvordan helsetilbudet er organisert i fengselet.

Videre oppfølging varierer med innsatte og deres behov. Dersom sykdomsbildet er omfattende, kan helseavdelingen sette opp faste avtaler. Utover dette fungerer helseavdelingen som en ordinær fastlegeklinikk med utvidet oppfølgingsansvar. Det utvidede oppfølgingsansvaret dreier seg blant annet om at helseavdelingen i større grad har mulighet til å drive oppsøkende helsearbeid.

Samtalelapp

Dersom innsatte ønsker å komme i kontakt med helsepersonell utenfor helseavdelingens åpningstider, er de også avhengig av å bruke fengselsbetjentene som mellomledd. Innsatte har for eksempel ikke mulighet til å ringe legevakt selv. For å få konsultasjon hos lege eller sykepleier skriver innsatte en «samtalelapp». Her fører den innsatte opp innsattnummer og hvem hun ønsker å snakke med. Som oftest legges denne lappen i en konvolutt, før den videreføres til helsepersonellet, enten via fengselets interne postsystem, eller i faste morgenmøter. Gjennom våre intervju med innsatte kommer de frem at de innsatte selv opplever at det tar lang tid å få legetime ved denne fremgangsmåten. Generelt er det også et problem at disse samtalelappene ikke er formelt organisert og det skaper problemer.

Organisering av medisinering

Slik det er blitt vist til tidligere i rapporten har innsatte generelt et høyt medisinerforbruk. Mange innsatte bruker medisiner både før og under soningsoppholdet. Innsattes medisinbruk blir kartlagt ved ankomst til fengselet. Fengselslegen vurderer da innsattes legemiddelbruk. Det er viktig at legemiddelbruken kontinuerlig vurderes og at den ivaretas på en forsvarlig og kvalitetsmessig god måte (Helsedirektoratet 2016, s. 23).

Helsedirektoratet (2016, s. 24) skriver: «Dersom legemidlene, rekvirert av fastlegen, fengselslegen eller annen lege, vurderes slik at pasienten/ den innsatte normalt sett ville ha administrert disse selv, kan den innsatte, ut ifra medisinske kriterier, administrere dem selv under fengselsoppholdet». Videre utdypes det at «dersom Kriminalomsorgen av sikkerhetsmessige grunner fratrukker innsatte legemidler vil utleveringen av disse legemidlene fra fengselsbetjentene anses som praktisk bistand og ikke utøvelse av helsehjelp» (Helsedirektoratet 2016, s. 24). I slike tilfeller skal Kriminalomsorgen være ansvarlig for den

praktiske håndteringen vedrørende organiseringen, opplæringen av ansatte og avvikshåndtering.

I høysikkerhetsfengsler er det normal praksis at innsatte ikke har fri tilgang på egne medisiner. Rutinene for utdeling av medisiner varierer mellom fengslene. Normalt er det fengselsbetjentene, og ikke helsepersonell som har ansvaret for utdelingen. Helsedirektoratet påpeker at et godt samarbeid mellom Kriminalomsorgen og fengselshelsetjenesten er viktig for å ivareta fornuftig legemiddelbruk blant innsatte (Helsedirektoratet 2016, s. 23). Vi skriver mer om samarbeidet mellom etatene og medisinerer av innsatte i kapittel 7 og 9.

4.5. Koronapandemien og påvirkning på helsetilbudet

Helsetilbudet under koronapandemien har blitt påvirket på ulike måter. I den første fasen av pandemien ble fysiske konsultasjoner stoppet på grunn av smittevernsrestriksjonene. Flere konsultasjoner ble utsatt/avlyst eller gjennomført digitalt over telefon eller videosamtale. Sivilombudsmannen (2020) fant at helsetilbudet under koronapandemiens tidlige fase var redusert. Flere innsatte i Sivilombudsmannens undersøkelse sier at de opplever at det har vært vanskeligere å få kontakt med helsetjenesten under covid-19-pandemien enn ellers. Halvparten sier at de har merket endringer i helsetilbudet (Sivilombudsmannen 2020a, s 36). I noen tilfeller har tilbud om psykolog blitt stanset. Enkelte steder medførte også pandemiltakene at fengselshelsetjenesten hadde gått helt vekk fra all ansikt-til-ansikt-kontakt med innsatte, hvilket bekreftes av informanter i denne studien.

Sivilombudsmannen (2020a) påpeker at det er problematisk at helsetilbudet har vært redusert som følge av korona. Helsetjenestenes fysiske tilstedeværelse i fengsel er særlig nødvendig i en situasjon med smittefare og økt bruk av isolasjon. Innsatte i en slik situasjon trenger mer psykisk støtte og oppfølging enn ellers. Fysiske møter med helsepersonell er nødvendig for å kunne gjøre tilsyn av innsattes helsetilstand. Det understrekes at en styrking av helsetjenestenes tilstedeværelse er en forutsetning for å kunne gjøre undersøkelser og gi nødvendig hjelp, men også for å skape tillit og god kommunikasjon om konfidensielle helserelaterte spørsmål og informasjon (Sivilombudsmannen 2020a).

Et av de mest inngripende tiltakene for å hindre smitte i fengslene har vært å innføre rutiner for utelukkelse fra fellesskapet som smittevernstiltak (Sivilombudsmannen 2020a, s. 23). Ved

ankomst til fengslene eller ved mistanke om smitte måtte innsatte i karantene. Dette innebar svært liten sosial kontakt og økt isolasjon. Sivilombudsmannen peker i sin rapport om ivaretagelse av innsatte under koronapandemien på at isolasjon og mangelfull menneskelig kontakt kan gi helsemessige skader (Sivilombudsmannen 2020a, s. 17).

I oktober 2020 fremsattes et lovforslag (Midlertidig lov om endringer i straffegjennomføringsloven 2020, LOV-2020-12-18-148) som skulle regulere smittevern, restriksjoner osv. i fengslene under pandemien. Hvilken rolle helsetjenestene skulle ha i vurdering av behovet for isolasjon av smittevernsgrunner var det mest omdiskuterte temaet i høringsrunden før lovforslaget ble vedtatt og trådte i kraft desember 2020. Mange høringsinstanser påpekte at departementet ikke gikk langt nok i å sikre at det er helsepersonell som skal ha ansvaret i slike saker. Det ble fremholdt at det ikke er tilstrekkelig at helsemyndighetene har en *rådgivende rolle* i forhold til Kriminalomsorgen i den enkelte sak. Lovverket må tydeligere definere at det er helsemyndighetene som bestemmer, i tråd med internasjonale anbefalinger:

«Isolasjon som iverksettes av smittevernhensyn bør alltid være basert på helsefaglige vurderinger og medisinsk nødvendighet. Ifølge anbefalingene fra SPT og WHO er det en forutsetning at beslutningen er fattet på bakgrunn av en uavhengig helseundersøkelse og at tiltaket er forholdsmessig, begrenset i tid og underlagt saksbehandlingsregler» (Sivilombudsmannen 2020a, s 77).

I høringen ble det også påpekt at smitteverntiltakene bør ta større hensyn til innsattes særlige situasjon. Inngripende tiltak av smittevernhensyn vil være mer belastende for innsatte enn befolkningen for øvrig. Karantene i et fengsel må anses som et betraktelig større inngrep enn karantene i et privat hjem, når den eneste mulighet for opphold for den enkelte straffedømte er en fengselscelle. Gjennomgående ble det understreket at det er viktig at regelverket tydelig skiller mellom isolasjon som *kontrolltiltak* under straffegjennomføring, og isolasjon og karantene av *helsehensyn*. Lovverket må sørge for at inngripende tiltak som benyttes til smitteforebyggende formål, ikke kan misbrukes som fullmakter til å opprettholde disiplin og sikkerhet i fengslene.

Sammenfattende om soningsforholdene under pandemien kan man si at varierende grad av begrensninger og restriksjoner har kunnet påvirke de innsattes helse og helsetilbudet. Især i

den første fase av pandemien var anvendelsen av isolasjon problematisk og helsetilbudet ble tydelig påvirket. Men også utover sommer, høst, vinter og vår 2021 har restriksjoner for eksempel på besøk kunnet påvirke innsattes trivsel og helse.

5. Soningsforhold i norske fengsler

Soningsforholdene avhenger av hvilket fengsel, sikkerhetsnivå og avdeling den innsatte soner ved. De ulike fengslene har i tillegg ulike rutiner og tilbud. Som allerede omtalt er fengselsmodellen i utgangspunktet en maskulin modell – fengsler er designet av menn til menn - som derfor risikerer ikke å ta høyde for kvinnelige innsattes behov (Rafner 1985, gjengitt i Carlen og Worrall 2004; JURK 2018; Sivilombudsmannen 2016).

Fengselsadministrasjonen og fengsler er ikke sjeldent organisert etter behovene til de mannlige innsatte, som gjennom historien har utgjort hovedparten av de fengslede. Dette gjenspeiles i fengselsarkitekturen, sikkerhet, tilgjengelige helsetilbud og aktiviteter (Sivilombudsmannen 2016a, s. 8).

Dette kapittelet vil kartlegge innsatte kvinners soningsforhold i en norsk kontekst. Med soningsforhold mener vi i denne sammenhengen de fysiske og materialistiske forholdene. Mer om relasjoner under soningsoppholdet vil bli diskutert i senere kapitler.

5.1. Fengselets bygningsmasse

Fengslenes bygningsmasse har mye å si for de tjenestene og aktivitetene som tilbys under soning. I tillegg påvirker de fysiske forholdene trivsel, hva slags samvær innsatte kan ha med pårørende og medinnsatte og for deres privatliv. Med andre ord legger fengselets bygningsmasse grunnlaget for soningsforholdene til de innsatte. Flere fengsler, både for mannlige og kvinnelige innsatte, befinner seg i gamle og uegnede bygninger.

Slik det ble presisert i kapittel 3, argumenterer Sivilombudsmannen (2016) og JURK (2018) for at fasilitetene i kvinnefengsler er dårligere enn hva som er tilfellet i mannsfengsler. Sivilombudsmannen kommenterer at ingen av fengslene der kvinner soner opprinnelig er bygget for og tilpasset dette. Dette gjelder både rene kvinnefengsler og blandingsfengsler (Sivilombudsmannen 2016, s. 20). Bredtveit fengsel ble bygget i 1921 og tatt i bruk som fengsel i 1945 (Riksantikvaren u.d.). Under samtale med en ansatt i fengselet bemerkes det at bygningsmassen står i veien for de innsattes tilbud. Unntaket er Agder fengsel avd. Evje, som ble bygget som kvinnefengsel og sto ferdig i 2019.

Etter straffegjennomføringsloven (§§3-22) stilles det krav til at innsatte skal ha tilgang til felles oppholdsrom og celler med tilfredsstillende utstyr og inventar. Sivilombudsmannen og

JURK poengterer hvordan blant annet uegnede fasiliteter setter begrensninger for tilretteleggelse av sosialt samvær. Eksempelvis oppgir kvinnene i JURKs utvalg at oppholdsrommene er små og trange og derfor lite egnet for fellesaktiviteter og samlinger.

De to rapportene kommenterer at flere kvinner soner med utilfredsstillende sanitære forhold, da kvinnene sjeldent har tilgang til eget toalett og mange er avhengige av å bli låst ut på natten (JURK 2018, s. 50; Sivilombudsmannen 2016a, s. 10). Dette er spesielt problematisk i forbindelse med menstruasjon. I JURKs undersøkelse ble kvinnene som deltok bedt om å gi tilbakemelding på de fysiske forholdene i fengselet de sonet ved. Kvinnene oppga å være mest fornøyd med uteområdene og egen celle, og minst fornøyd med toalett og dusjfasiliteter. Det utdypes at kvinnene ønsker eget toalett knyttet til cellene og at det er for få dusjer per kvinne (JURK 2018, s. 48-49).

I spørreundersøkelsen vi gjennomførte ble de innsatte spurt om i hvor stor grad de var enige i påstanden: «Jeg får gode nok muligheter til personlig hygiene, og til å holde meg presentabel under soningsoppholdet?» Fire av tolv innsatte svarte at de var «svært enig», tre svarte «ganske enig» og én svarte «noe enig». Samtidig var det tre kvinner som svarte at de var «svært uenig» og én som svarte at hun var «noe uenig». Leah, en av de innsatte kvinnene som ble intervjuet, fortalte også at fasilitetene rundt fellesdusjene var utilfredsstillende. Hun forteller blant annet at det hendte at dusjene var fulle av avføring fra andre innsatte. «*Noen ganger så følte man at man ble mere skitten enn rent når man dusja. Og måtte vaske hele badet før du begynte å dusje selv*» (Leah, innsatt).

5.2. Hverdagen i fengsel

Fengselshverdagen avhenger av hvilket fengsel og avdeling den innsatte soner ved. En svært viktig del av soningsforholdene er antall timer de innsatte er innelåst på celle kontra antall timer i fellesskap. Innsatte ble i spørreundersøkelsen bedt om å oppgi hvor mange timer de var innelåst alene på cellen sin daglig. Her oppgir kvinnene alt fra 8-17 timer. Det presiseres også at det er mer innlåsingstid i helgene og på helligdager. Under intervjuene med innsatte forteller de også at det er spesielt mye innlåsing de første ukene av varetekt. Da sitter kvinnene stort sett hele dagen på cellen, med unntak av luftetid i et par timer.

De innsatte opplever å ha for mye tid på cellen og opplever innlåsing som belastende.

Mange innsatte har psykiske utfordringer og disse utfordringene kan forsterkes ved hyppig innlåsing. I tillegg opplever mange innsatte et kraftig savn av familien sin, og dette savnet er spesielt sterkt blant de innsatte med barn. Alene på cellen har man svært få muligheter til å distrahere seg fra de belastningene man opplever både i livet generelt og i fengselslivet.

«Jeg syns det er helt jævlig med så mye innlåsing. Det er klart at hvis du i utgangspunktet er dårlig (...) så opplever jeg at du blir dårligere av den innlåsing. Man blir mer lei seg. Man har mer tenketid. Man gjør på en måte ikke noe annet enn å sitte der og glo i veggen eller se på TV eller koble ut alt som er og bare prøve å få tiden til å gå da» (Frida, innsatt).

Innsatte har etter Straffegjennomføringsloven §17 rett til fellesskap med andre innsatte, så langt det er praktisk mulig eller andre særegne forhold er vedtatt. Innenfor rammen av det enkelte fengsels innredning og bemanningsmessige ressurser skal de innsatte som hovedregel være i fellesskap under arbeid, undervisning, programdeltagelse og i fritiden. Det skal også gis mulighet til å innta måltider i fellesskap i de tilfellene der det finnes egnede rom for dette. Ifølge Straffegjennomføringsloven §22 skal innsatte, så langt det lar seg gjøre, få mulighet til å oppholde seg i friluft hver dag. Det følger av lovverket at innsatte som ellers oppholder seg innendørs hele dagen skal ha tilgang på minst én time friluft. Opphold i friluft kan under særlige tilfeller begrenses eller unnlates i en kort tidsperiode dersom det for eksempel er akutt mangel på personale eller andre ekstraordinære forhold tilser det (Strgfl. 2002, §22).

Arbeidet med å redusere omfanget av isolasjon har hatt høy prioritet hos Kriminalomsorgen i 2020. I følge kriminalomsorgens egen årsrapport har fokuset vært på innsatte som har mindre enn to timer fellesskap, hvilket er minstestandard for å unngå fullstendig isolasjon (Kriminalomsorgen 2021, s. 28). Kriminalomsorgen legger frem at det er en nedgang i andelen innsatte med mindre enn to timer fellesskap i 2020, dersom man kontrollerer for innsatte med karantenebestemmelser grunnet koronapandemien (Kriminalomsorgen 2020, s. 28-30). Dette skyldes blant annet at det de siste årene har vært nedgang i antall innsatte i fengsel med høyt sikkerhetsnivå, i tillegg til at et stort antall plasser med høyt sikkerhetsnivå er blitt erstattet med plasser i nye fengselsbygg, hvor målet er å tilby alle innsatte fellesskap og aktivisering (Kriminalomsorgen 2021, s. 30).

Syssetting

I fengslene er det plikt til syssetting på dagtid. Dette kan være deltakelse i arbeid, utdanning eller andre organiserte aktiviteter. Tilbudet har til mål å etterligne den normale hverdagen på utsiden av fengselet. Arbeidstilbudet skal gi den innsatte kvalifikasjoner til arbeidslivet og tilby arbeidstrening. Utdanningstilbudet er også en viktig del av normalitetsprinsippet, og innsatte har rett på å ta utdanning under soningsoppholdet. Derfor er lokale skoler ansvarlige for utdanningstilbudet i fengslene. Dette er da hovedsakelig videregående skoler som tilbyr studiespesialiserende eller yrkesfaglige utdannelse. I tillegg kan innsatte søke om opptak ved universitet eller høyskole på lik linje med andre innbyggere (St.meld. 27, 2004-2005, s. 10-12). Innsatte har ulikt kompetansenivå og funksjonsnivå og ulike interesser, og det kan derfor være utfordrende å tilrettelegge tilbudet for hver enkelt innsatt. Denne problemstillingen er kanskje spesielt relevant for mindre institusjoner, slik som kvinnefengsler ofte er.

I vår spørreundersøkelse oppgir ti av tolv innsatte å være sysselsatt med arbeid. Fire av tolv innsatte går på skole eller tar annen utdanning, og én kvinne deltar på program. Videre ble kvinnene spurt om å oppgi hvilket arbeid eller utdanning de deltok i. Her nevner kvinnene blant annet å arbeide på fengselets kjøkken og vaskeri, ta utdanning som frisør, lage radio og delta i rusmestringsprogram. Under intervju forteller en kvinne at hun tok ny utdanning under sitt soningsopphold. Tre kvinner fortalte også at de alle hadde vært «gangjente». Dette innebærer å holde orden på avdelingen i form av å blant annet vaske og rydde fellesområder. En av kvinnene som hadde denne rollen forklarer at det er en stilling hun trives godt med, da det gir henne større mulighet til å bestemme over egen hverdag. Samtidig forteller hun at hun noen ganger opplever det som noe ensomt, da hun tilbringer store deler av dagen alene. En av de innsatte, som har sosial angst, forteller at denne stillingen passer henne svært bra, fordi det gir henne mulighet til å ha alenetid utenfor cellen. Til vanlig kan hennes angst føre til at hun opplever avdelingen som bråkete og urolig.

Andre aktivitetstilbud

Et godt utbygd aktivitetstilbud er en viktig komponent når det kommer til å gi de innsatte en meningsfull progresjon i straffegjennomføringen (Sivilombudsmannen 2016a, s. 33). Fengselet skal vurdere hvilken type aktivitet som er den beste for den enkelte, der det særlig skal vektlegges hva som kan bidra til å redusere skadevirkningene av fengselssoningen og

risikoen for utførelse av ny kriminalitet. Som nevnt innledningsvis er aktivitetstilbudet derfor en viktig del av rehabiliteringsidealet. I tillegg skal tiltakene bidra til en mer human straffegjennomføring (JURK 2018, s. 36). Dette innebærer mer enn bare et skole- og arbeidstilbud. For de fleste inneholder tross alt hverdagen mer enn bare de åtte timene man tilbringer på jobb eller skole. Det kan likevel være vanskelig å organisere et fritidstilbud for kvinnelige innsatte, da mange programvirksomheter og kurs krever et visst antall deltakere.

Fengslene skal, ifølge Kriminalomsorgen sine nettsider, legge til rette for ulike typer hobbyvirksomheter. Fritidsaktivitetene skal være en integrert del av straffegjennomføringen for å unngå isolasjon og de skadevirkninger som et soningsopphold kan medføre (Kriminalomsorgen 2021d). I tillegg har innsatte rett til bibliotekstilgang. De skal gis adgang til å lese litteratur, tidsskrifter og aviser. Dette betyr at innsatte har lik rett til å låne bøker på offentlig bibliotek som befolkningen ellers (Kriminalomsorgen 2021d), noe som innebærer at bibliotekstjenesten er en del av importmodellen i norske fengsler.

Fysisk aktivitet også er en viktig forutsetning for opprettholdelse av god psykisk og fysisk helse og er derfor en viktig del av soningsforholdene. Tilbudet om fysisk aktivitet i fengsel kan ses som et «hybridtilbud» som til dels er iverksatt som et helsetilbud og til dels som et aktivitetstilbud. Åtte innsatte oppgir i spørreundersøkelsen at tilgang til trening er svært viktig for deres opprettholdelse av psykisk helse og mestringsfølelse under soningsoppholdet. I spørreundersøkelsen skriver også innsatte at det oftere burde være muligheter for trening. En innsatt skriver at det bare er muligheter for 45 minutter med trening i uken. En annen kvinne skriver at hun har gått mye opp i vekt under soningsoppholdet, og at det i liten grad tilrettelegges for å bedre dette.

Beate, en av sykepleierne vi intervjuet, deler også oppfatningen av at innsatte er i for lite aktivitet under soningsoppholdet. Hun har også et inntrykk av at mange innsatte går opp i vekt grunnet mye stillesitting, og til dels dårlige kosthold. Beate forteller at hun har mange pasienter med vektproblemer og andre livsstilssykdommer. Sivilombudsmannen (2016) og JURK (2018) beskriver at innsatte kvinner i mindre grad har tilgang til egnede uteområder og færre muligheter for fysisk aktivitet. Slik det ble vist til i kapittel 3, har for eksempel innsatte kvinner i Trondheim fengsel kun tilgang til den minste luftegården. Beate forteller også at innsatte ikke har tilgang til varierte bakkeunderlag i og med at alle underlag i fengselet er flate. Hun forteller hvordan dette på lang sikt kan få konsekvenser for innsattes skjelett,

muskler og balanse, da man i liten grad blir utsatt for ulendt terreng. *«De har trimrom, men det blir for lite og det er jo platt. De går ikke mye i kupert terreng»* (Beate, sykepleier).

Kriminalomsorgen skriver på sine nettsider at innsatte som ønsker å delta på gudstjenester, søke sjelesorg eller ønsker andre religiøse eller livssynsmessige tjenester får, så langt det er praktisk mulig, tilbud/anledning til dette (Kriminalomsorgen 2021e).

En sykepleier i Bredtveit fengsel forteller at de har en kvinnelig prest i 100 % stilling i fengselet. Sykepleieren uttrykker at de innsatte kvinnene setter stor pris på dette tilbudet. Hun forteller at innsatte bruker presten som en viktig samtalepartner. Beate forteller at helsepersonellet ved flere anledninger foreslår samtale med prest til sine pasienter. Hun gir uttrykk for at helsepersonellet er behjelpelige med å organisere disse møtene. Hun har også et inntrykk at kvinnene ikke nødvendigvis trenger å være kristne eller religiøse for å ønske å ta i bruk tilbudet. *«Altså, faktisk så ... de er ikke kristne, men de ønsker den samtalen og presten som er her er mye annet enn dagligdagse bekymringer og få prata. Så der er presten veldig god å ha muligheten»* (Beate, sykepleier).

Sofie deler dette synet om at prest i fengselet er svært viktig. Hun forteller at hun bruke presten som en samtalepartner i en vanskelig tid. Hun forteller at det var viktig for henne å ha noen å «lufte tankene med». I tillegg var det betryggende at presten hadde taushetsplikt.

«Så jeg brukte han også. Han var veldig god. Veldig god. Og så brukte jeg ham også for å snakke om mine problemer. Bare lufte tankene og høre ... Andre har ... Også ha vanlig samtale med et vanlig menneske liksom. Ikke det at de som er der ikke er vanlige, men det er litt sånn ... Det er veldig spesielt fordi det er et sånt eget miljø og det vi snakker om ... Du liksom på en måte kunne stole på at det er hundre prosent, at ingen skal si det videre» (Sofie, innsatt).

Til tross for at fengselspresten ikke er en del av helsetilbudet tyder disse opplevelsene på at tilbudet om prest likevel kan være svært viktig for de kvinnelige innsattes helse, da spesielt med tanke på psykisk helse. Samtale med prest kan ses på som et lavterskeltilbud og kan med dette være spesielt viktig for innsatte som ikke nødvendigvis får tilgang til psykolog, men som likevel har behov for å ha noen å snakke med.

Ifølge Kriminalomsorgens årsrapport (2021, s. 27) skal det etableres aktivitetsteam i alle regioner i 2021. Disse aktivitetsteamene skal sikre et ivaretatt aktivitetstilbud for innsatte som ikke kan følge det ordinære tilbudet, for eksempel på grunn av psykiske problemer. Disse aktivitetsteamene tar sikte på å være et isolasjonsreducerende tiltak.

5.3. Besøk- og kontaktmulighet med pårørende

Mulighet for kontakt med pårørende er en sentral del av soningsforholdene til den innsatte. I en rekke tidligere studier ytrer innsatte at det tøffeste med fengselssoning er å være borte fra familie og venner (se kap. 7). Uavhengig av dette er det klart at sosial kontakt ikke bare er en viktig faktor når det kommer til innsattes soningsforhold, men også deres livskvalitet generelt. Å opprettholde denne kontakten er sentralt for å opprettholde god helse under soningsoppholdet. Kontaktmulighetene under soningsoppholdet er ikke bare viktig for den innsattes helse, men også for den innsattes pårørendes helse. Dette er et eksempel på at et individs fengsling kan få store ringvirkninger. Denne tematikken vi bli videre utdypet i kapittel 7. Her skal vi kun belyse de konkrete mulighetene for besøk og kontakt under straffegjennomføring.

Innsatte har ulike måter å opprettholde kontakt med pårørende på, herunder brev, telefoni, besøk og permisjonsmuligheter. Regler for kontaktmulighetene reguleres av Straffegjennomføringsloven (Kriminalomsorgen 2021f). I det følgende vil mulighetene for besøk og telefon, samt videoløsninger, være fokus.

Besøksmuligheter

Innsatte skal i utgangspunktet kunne motta besøk av pårørende i fengsel så lenge det er sikkerhetsmessig forsvarlig, ifølge Kriminalomsorgens egne nettsider (Kriminalomsorgen 2021f). Besøks tid gir mulighet for å møtes ansikt til ansikt. Dette kan være svært verdifullt for alle involverte parter (Smith og Jakobsen 2010). Som regel gjennomføres disse besøkene i egne rom tilpasset dette formålet.

Bredtveit fengsel har også besøksleilighet der innsatte og pårørende har mulighet til å tilbringe mer tid sammen i form av dagbesøk på inntil fire timer eller overnattingsbesøk. Besøksleiligheten brukes ved besøk av innsattes egne barn under 18 år. Dette gjelder for både

doms- og varetektsinnsatte. Personer med daglig omsorg for barn kan gis adgang til besøksleiligheten sammen med barn, dersom dette anses som viktig for barnet (Sivilombudsmannen 2016c, s. 32). Besøksleiligheten gir innsatte og pårørende mulighet til å møtes under mer normale forhold enn hva som er tilfellet i et ordinært besøksrom. En av kvinnene vi intervjuet gir inntrykk av at mulighetene til å ha besøk av barna i besøksleiligheten var svært positivt. Kvinnen forteller at barna hennes i ettertid ikke kobler disse besøkene opp mot at moren deres satt i fengsel, men at de besøkte henne i en leilighet under normale premisser.

I fengsel med høy sikkerhet kan besøkene kontrolleres. Det finnes ulike former for kontroll i denne sammenheng. Det kan være at besøket gjennomføres under påsyn av en tilsatt i fengselet, at samtalen mellom innsatte og besøkende overhøres, at besøket gjennomføres ved glassvegg mellom innsatt og besøkende eller at det forbys fysisk kontakt mellom den innsatte og besøkende (Kriminalomsorgen 2021f). Det er også normal praksis at den innsatte kroppsvisiteres i etterkant av besøket. Informantene i dette prosjektet har opplevd ulike former for kontroll i forbindelse med besøk. Eksempelvis har Olivia opplevd å ha besøk gjennom glassvegg og Leah har opplevd å bli nektet fysisk kontakt med sitt besøk.

En sentral utfordring er at innsatte ofte soner langt unna bostedet sitt. Mange fengsler ligger også på avsidesliggende steder som kan være vanskelig å komme til med kollektivtransport. Det kan være utfordrende å skulle få besøk i fengselet dersom reiseveien for pårørende er lang. Spesielt vanskelig blir det dersom barna er for små til å reise alene. For innsatte med utenlandsk opprinnelse er denne problemstillingen ekstra relevant.

Telefonkontakt

Innsatte har, som utgangspunkt, også adgang til telefonkontakt med personer utenfor fengselet. En positiv side ved dette er at innsatte har mulighet til å opprettholde kontakt med relasjoner over hele landet og utenlands, dersom det skulle være aktuelt. Ifølge Kriminalomsorgen sine nettsider har innsatte rett til 20 minutters telefontid i uken. For innsatte med omsorgsansvar for barn er dette utvidet til 30 minutter (Forskrift om straffegjennomføring §3-29). I fengsel med høyt sikkerhetsnivå er telefonsamtalene kontrollert av ansatte i fengsel. Det kan gjøres unntak fra denne hovedregelen etter en sikkerhetsmessig vurdering (Strfl. §32). Hvem innsatte ringer må også godkjennes i forkant.

En av kvinnene vi intervjuet forteller at hun måtte sende inn søknad for å få lov til å snakke sitt morsmål i telefonen med sin mor. Selv om det gikk relativt raskt å få innvilget søknaden, opplevde kvinnen det som belastende.

I flere av Sivilombudsmannens besøksrapporter trekkes det frem at flere innsatte opplever at den begrensede ringetiden er krevende og at det er for lite tid til å kunne opprettholde kontakt med familie. Det er spesielt utfordrende å opprettholde kontakt med små barn over telefon. I vår empiri uttrykker de innsatte samme opplevelse. Leah og Sofie, som begge hadde barn under soningsoppholdet, forteller at det var utfordrende å opprettholde kontakten med så lite ringetid. En av kvinnene som deltok i spørreundersøkelsen skriver: «For lite mulighet til å ringe ut og andre til på utsiden her i fra» (innsatt).

5.4. Soningsforhold under koronapandemien

Soningsforholdene har, i likhet med helsetilbudet, blitt påvirket av koronapandemien og smittevernsrestriksjonene som fulgte i forbindelse med dette. Under pandemien har opplevelsen av isolasjon har blitt forsterket for mange innsatte (Sivilombudsmannen 2020a). Dels har innsatte opplevd å bli plassert i karantene i fengselet og dels har muligheten for at få besøk vært begrenset og i perioder helt fraværende. Karanteneisolasjon gjaldt hovedsakelig ved innkomst til fengselet, eller ved mistanke om smitte. Koronatiltakene har dermed ført til hardere/tyngre soningsforhold for en del innsatte som ble satt i isolasjon under mer restriktive og innholdsløse soningsforhold.

I pandemiens første fase ble svært mange innsatte rutinemessig satt i isolasjon. 71 % av det totale antall isolerte ble utelukket fra fellesskapet på grunn av covid-19, (helt utelukket fra fellesskapet), (Sivilombudsmannen 2020a, s 26). Særlig problematisk har situasjonen vært for kvinner. Mange ble innsatt i karantene under hardere soningsforhold enn straffen skulle tilsi:

«Funn fra ombudsmannens undersøkelse tyder også på at kvinnelige innsatte er særlig utsatt for forskjellsbehandling. Ombudsmannens undersøkelse fant at kvinnelige nyinnsatte måtte gjennomføre karantenen i høysikkerhetsfengsel, uavhengig om de skulle gjennomføre soningen på høy eller lav sikkerhet. Dette var begrunnet i at det ikke var mulig med effektive smitteverntiltak på lavere sikkerhet for kvinner. Dette er i tilfelle svært uheldig» (Sivilombudsmannen 2020a, s. 30).

Sivilombudsmannen hevdet videre at en slik praksis med systematisk isolasjon av alle nyinnsatte, uten individuell vurdering gjort med medisinfaglig begrunnelse, manglet tilstrekkelig hjemmel i lov. Mangel på rutinemessig tilsyn fra fengselstjenesten og fokus på de psykiske skadevirkningene ved isolasjon, ble videre påpekt som problematisk. Fengslene ble også kritisert for å ikke systematisk vurdere mindre inngripende tiltak, som i mange tilfeller kunne både vært mer forholdsmessig og formålstjenlig (Sivilombudsmannen 2020a). I spørreundersøkelsen knyttet til dette prosjektet ble kvinnene bedt om å beskrive hvordan de opplevde å sitte på skjermet avdeling. En innsatt skriver: «Var på karanteneavd. i 13 dager. 23 timer og 45 min helt alene. Ble så syk og desperat at jeg skadet meg selv for å komme ut derfra. Var tortur. Ingen røyk. Ingen dusj. Ikke lov å ringe. Ønsket bare å dø!» (Innsatt)

Kontaktmuligheter under koronapandemi

I forbindelse med koronapandemien har det også vært ekstraordinære endringer når det kommer til innsattes kontaktmuligheter med pårørende. Dette innebærer at innsatte i perioder ikke har hatt mulighet til å motta besøk under soningsoppholdet.

De nåværende besøksbegrensningene innebærer at besøk kun tillates dersom det vurderes som smittevernsforsvarlig. Ifølge retningslinjene skal fengselet i praktiseringen av besøksadgang ta hensyn til smittesituasjonen i det aktuelle området, hvor den besøkende kommer fra, og om reisen til fengselet innebærer bruk av kollektiv transport. Besøk skal ikke innvilges i de tilfeller hvor de smittevernfarene vurderingene tilsier at dette ikke kan gjennomføres på en forsvarlig måte. For at besøk skal kunne nektes må det enten være særskilt smittefare fra den besøkende eller en særskilt helsemessig risiko for den enkelte innsatte. Besøksmuligheten vil også være avhengig av ressursituasjonen og den fysiske muligheten for smittevernstilrettelegging i det enkelte fengselet. Dermed kan besøk nektes dersom fengslenes ulike bygnings- og bemanningsmessige forhold gjør det uforholdsmessig vanskelig å gjennomføre.

Dersom besøk tillates, stilles det krav til at besøksrom skal utformes med tanke på smittevern, for eksempel ved bruk av pleksiglass og overholdelse av avstandsråd. Det fremheves samtidig at Kriminalomsorgen skal tilrettelegge for kontakt med familie eller andre som er vesentlige for den innsattes velferd ved fjernkommunikasjon, og at hensynet til barns behov for kontakt med sine foreldre skal vektlegges, i den grad besøk, permisjoner og fremstillinger

kan gjennomføres.

I forbindelse med dette ble videosamtaler over nettbrett gjort tilgjengelig som et kompensierende tiltak for manglende fysiske besøk. Nettbrett ble også brukt i noen av fengslene i undervisning og for samtaler med helsetjenesten. Kriminalomsorgsdirektoratet oppga til Sivilombudsmannen at det totalt sett var kjøpt inn 700 nettbrett. Det oppgis om at over 10 000 samtaler hadde blitt gjennomført over denne løsningen frem til midten av mai 2020 (Sivilombudsmannen 2020a, s. 18). I spørreundersøkelsen ble kvinnene spurt om de hadde deltatt i videomøte under soningen. Ni av kvinnene oppga at de hadde deltatt i dette og flesteparten oppga å ha brukt denne løsningen i møte med barn eller annen familie. De innsatte kvinnene har ulike opplevelser med videoløsningen. En kvinne forteller at hun synes det fungerer bra, da det i større grad gir henne muligheten til å opprettholde kontakt med venner som bor langt unna. En annen kvinne skriver: «*Barna gråter og sier de skulle ønske de kunne komme ut av nettbrett og sitte på fanget :(Utrolig følsomt og vondt, vanskelig å forklare for små barn*» (Innsatt). En tredje kvinne skriver at iPadene i mange tilfeller ikke fungerer: «*iPad besøk der iPad i 90 % av tilfellene ikke virker*» (innsatt).

6. Psykiske problemer og reaksjoner blant innsatte kvinner

«Da jeg var i varetektsfengsel. Så da var jeg jo fullstendig isolert (...) I en måned. Og på toppen der, så fikk jeg jo ikke sett barna mine (...) Så det var veldig tøft. Så det tok knekken på meg, altså virkelig (...) Jeg var helt knust. Jeg var helt nedenfor. Jeg var ... Jeg var i massive depresjoner. Det var ... Det er helt ubeskrivelig hvordan det føles (...) Du kan føle nesten som at du er på bunnen av havet og du liksom hver dag er lidelse. Hver dag du lever i ... Det gjør så vondt. Det er ikke ... Du vil liksom nesten bare dø» (innsatt).

«Det har vært flere jenter som er ... Altså de utagerer så mye og løper rett mot veggen og bare ... Det skal godt gjøres altså. Da er du ganske fortvila, når du løper mot en steinvegg, eller en sånn murvegg. Bare å klare å holde armene nede og bare knuse ansikt og nese, ikke sant? Altså, da er du ganske ute av kontroll (...) Jeg husker at det var noen sånne episoder mens jeg jobbet der òg, men nå har det visst vært mye mer av den typen selvskading, rett og slett» (tidligere ansatt).

De psykiske lidelsene og problemene kvinner som sitter i fengsel sliter med har ikke sjeldent oppstått utenfor fengselet, og i flere tilfeller allerede under oppveksten, for eksempel i forbindelse med overgrep og andre traumatiserende hendelser. Men, som det tydelig fremgår av det første sitatet ovenfor, kan frihetsberøvelsen og fengselskonteksten i seg selv utgjøre en voldsom kraft som kan resultere i psykisk uhelse. Allerede eksisterende problemer kan forverres i fengsel, men de kan naturligvis også behandles med større eller mindre suksess.

I dette kapittelet skal vi se nærmere på hvilken rolle psykisk helse spiller for de innsatte kvinner i denne undersøkelsen, samt for deres liv og situasjon i fengselet, og vi skal forsøke å nøste opp i spørsmålet om hvilken rolle fengselet og fengselsopplevelsen spiller i denne sammenheng.

6.1. Psykiske problemer og behov for helsehjelp

Omfattende psykiske problemer og et stort behov for helsehjelp er et gjennomgående tema i datamaterialet vårt. I spørreundersøkelsen oppgir flertallet av de innsatte kvinnene å ha dårlig psykisk helse. Fem kvinner oppgir å ha ganske dårlig psykisk helse, tre oppgir å ha svært dårlig psykisk helse, mens to av kvinnene oppgir å ha svært god psykisk helse. Kvinnene nevner blant annet angst, stress, selvskading, kroniske smerter, ADD, abstinenser og søvnvansker som eksempler på problemer, reaksjoner og lidelser. Blant de tolv kvinnene har elleve hatt behov for helsehjelp under soningsoppholdet. Halvparten svarer at helsepersonell har vært «svært viktig» for dem, men flere opplever samtidig at de ikke blir sett, hørt, eller tatt seriøst.

Samtlige informanter, betjenter, innsatte og helsepersonale, forteller at omfanget av psykiske problemer er stort blant de innsatte kvinnene. Det er et begrenset antall individer som er hørt i denne studien, 36 i alt, men deres utsagn stemmer med den generelle forskningen på området. I de skriftlige spørsmålene som ble sendt ut til betjenter i ulike fengsler ble betjentene spurt om hvordan de vurderer de kvinnelige innsattes helsesituasjon. Samtlige av betjentene skriver at de opplever at kvinnene både har dårlig psykisk og fysisk helse. De to betjentene som ble intervjuet deler også denne oppfatningen:

«Mye mer psykiatri og psykiske lidelser. Og så i tillegg så er de jo rusmisbrukere veldig mange av forskjellig slag, og er preget av det»
(Viktoria, betjent).

«Min erfaring er at flesteparten har en eller flere diagnoser som omhandler psykiske lidelser. Mange av de innsatte er åpne om at de sliter. Det kan være tanker om selvskading og selvmord, depresjon og traumer. Ofte kommer det kvinner som også har alvorlige psykosesymptomer. Det har skjedd flere ganger at legevakt blir kontaktet pga. dette» (betjent, skriftlige spørsmål).

«Et ord som er en gjenganger under dypere samtaler og innkomtsamtaler på en kvinnelig avdeling, er angst. Sosial angst, panikkangst, posttraumatisk stresslidelse og tvangslidelser blir ofte nevnt av kvinnene» (betjent, skriftlige spørsmål).

Flere betjenter har også en oppfattelse av at kvinnelige innsattes helse er dårligere enn hva som er tilfellet for de mannlige innsatte. De forteller at kvinnene i større grad har psykiske lidelser og at de generelt er «sykere». Betjentene opplever også at de kvinnelige innsatte i stor grad er «relasjonsskadede». Flere av betjentene forteller at kvinnene har vært i voldelige parrelasjoner forut for innsettelsen og at dette preger deres psykiske helsesituasjon: «Og mange av dem lever jo i dårlige forhold og til dels voldelige forhold» forklarer Viktoria (betjent). Betjentene som svarte på spørsmålene i skriftlig form, skriver følgende om de fengslede kvinnene:

«Har ofte opplevd misbruk /overgrep. Sliter mye med senvirkninger pga. dette. Er ofte i forhold med menn som ikke er bra for dem. Sliter med å komme seg unna» (betjent, skriftlige spørsmål)

«Kvinnene virker også å ha dårligere psykisk helse etter mange år med rus og vonde opplevelser fra barndom eller tidligere år før fengsling. Mange av kvinnene har opplevd overgrep og vold fra tidlig alder. Flere av de innsatte forteller at dette er noe de sliter med gjennom soningen» (betjent, skriftlige spørsmål).

Dette er vel og merke også en tematikk som tas opp av helsepersonalet som ble intervjuet, her illustrert ved Solveig:

«Jeg vil si med de aller, aller, aller fleste av mine pasienter - akkurat nå kommer jeg ikke på noen unntak - har vært utsatt for seksuelle overgrep. De har vært utsatt ofte for fysisk mishandling, neglect, mange har ... Altså noen har jo ikke, utrolig nok, ikke blitt fanget opp av barnevernet, men for de som har blitt det, så har historikken ofte blitt at det har vært mange plasseringer. Så det har vært mange brudd, mange relasjonelle brudd. Og det ... Som det dessverre er, så er det sånn at barn som er dårlig passet på hjemme, de blir jo også veldig sårbare for ytre farer. Sånn at veldig mange har jo, ikke sant, vært veldig sårbare for overgrep og krenkelser også fra personer utenfor familien, fordi at de har vært neglisjert og også sårbare i utgangspunktet» (Solveig, psykologspesialist).

I det følgende skal vi se nærmere på en rekke av temaene som vår forskning har identifisert som viktig. Det gjelder problemer omkring selvskading, selvmordstanker, isolasjon og rusmisbruk, og det gjelder problemstillinger knyttet til medisinbruk og, ikke minst, fengselets og fengselsregimets virkning på innsatte kvinner.

Selvskading og selvmordstanker

Problemer med selvskading og selvmordsforsøk er dessverre langt fra ukjente fenomener i fengselssammenheng. Mange tar som nevnt omfattende psykiske problemer med seg inn i fengselet og for visse gjelder dette også en historie med selvskading og selvmordsforsøk. I en rekke tilfeller vil det imidlertid være fengselssituasjonen og herunder for eksempel begrenset kontakt med omverdenen og graden av isolasjon i fengselsregimet, som er avgjørende.

Selvskading kan bestå av «cutting, scratching, burning the skin, hitting oneself, hair pulling, and reopening of wounds» (Wakai et al. 2014, s. 349). Et selvmordsforsøk er derimot et forsøk på å ta livet sitt, og selvmordstanker er tanker om å fullbyrde et selvmord. Det er fravær av bevisst motiv om å ta sitt eget liv som skiller de to handlingene fra hverandre. Selv om det finnes forskning som behandler selvskading som atskilt fra selvmordsforsøk (Wakai et al., 2014, s. 348), rapporteres dette samlet i Norge. I en norsk rapport om innsattes helse skriver man om «pågående suicidalitet», og undersøker «følelser og handlinger knyttet til suicidalitet, som omfatter både selvskadende atferd og selvmordsforsøk» (Cramer 2014, s. 23).

Internasjonal og norsk forskning viser tydelig at det er en høy prevalens av selvskading blant innsatte i fengsler. Et antall studier peker på særlig høy prevalens blant fengslede kvinner – mellom 32 % og 51 % av de innsatte kvinner i to studier hadde en historie med selvskading (Wakai et al. 2014, s. 349). I en norsk undersøkelse hadde 40 % av de innsatte kvinner «ingen identifiserte risikofaktorer» for suicidalitet, 48 % hadde et «lavt antall identifiserte risikofaktorer», mens 5 % hadde et «moderat» antall og 7 % hadde et «høyt» antall (Cramer 2014, s. 23). Andelen av innsatte med et moderat og et høyt antall risikofaktorer var tilnærmet identisk for menn og kvinner (henholdsvis 5 % og 7 %) (Cramer 2014, s. 23).

Kriminalomsorgen opererer med en samlet kategori for registrering av selvskading og selvmordsforsøk. Det er derfor dessverre ikke mulig å skille mellom de to fenomenene i

statistikken. Basert på tall fra Kriminalomsorgens fagsystem, KOMPIS (uttrekk 29.10.20), var det 29 tilfeller av selvskading/selvmondsforsøk blant innsatte kvinner i 2018 og 35 i 2019. Disse hendelser involverte syv innsatte kvinner i 2018 og 17 kvinner i 2019.

Denne statistikken inkluderer kun tilfeller som er oppdaget, og det er trolig tilfeller som forblir uregistrert. Både spørreskjemaundersøkelsen og ikke minst de kvalitative intervjuene peker på selvskading som et sentralt tema blant kvinnelige innsatte på høysikkerhet.

I spørreundersøkelsen svarer fire av tolv at de har påført seg selv skader under soningsoppholdet. En kvinne beskriver hvordan hun kom inn i fengselet med abstinenser og ønsket å dø, hvor hun deretter ble låst inn på en sikkerhetscelle i fem døgn. Sengetøyet ble fjernet «for at jeg ikke skulle henge meg der inne. Fikk ingen menneskelig kontakt annet enn når de serverte mat gjennom luka på celledøra». En innsatt kvinne mener også at «helsetjenesten tar selvskading og suicidale impulser på lite alvor» På spørsmål om de har hatt tanker om å ta eget liv, svarer fire kvinner «svært mye», én svarer: «en god del», og to svarer «litt».

Selvskading og selvmondsforsøk omtales ofte intervjuene:

«Selvskading i fengsel er veldig ofte (...) Og det er litt trist å se at de må la vedkommende skade seg selv før de gjør noe (...) Og ikke stopper det der (...) Det er fortsatt noen av dem som selvskader seg. De får til ... Altså, dagen etterpå ... Du får bandasjer og sår, og så ... det stopper der liksom» (Sofie, innsatt).

Helsepersonalet, både i første linje i fengslene og andre linje på poliklinikkene, bekrefter dette i intervjuene. En tidligere ansatt ble spurt om den generelle helsesituasjon blant kvinnene i fengselet og begynte raskt å fortelle om selvskading og selvmond:

«Ja altså, veldig mye angst (...) Veldig mye utagering. Altså både mot ansatte og mot andre, men også da selvødeleggelse, kutting (...) når en jente faktisk (...) kommer inn på cella og hun (...) prøver å få til å kvele seg selv ved å surre sitt lange hår rundt tunga for så å svelge den (...) Ja. Altså det er liksom et eksempel på hvor (...) langt en del av jentene der kunne gå for da å prøve å ta livet av seg. Og det har jo vært ... det var ... Det var forferdelig også mens jeg jobbet der. En som klarte å ta livet av seg. Mhm. Det er det eneste selvmondsforsøket»

som var blitt gjennomført så langt jeg vet om. Jeg kan ikke ... Jeg har ikke hørt om at det skjedde noen gang før. Helt sikkert ikke etterpå. Og det var altså så forferdelig» (tidligere ansatt).

En av de innsatte vi har intervjuet forteller at hun ble innlagt på psykiatrisk avdeling på et sykehus. Hun forteller at selv om det burde skjedd lenge før, så var det dette som reddet henne fra selvskading og selvmordsforsøk: «*Jeg holdt på å ta livet av meg selv (...) Så det ... Jeg var for så vidt ... Jeg vil si at selv om jeg var veldig nede så var jeg fortsatt sterk nok til å gå to dager ekstra før jeg tenkte at jeg skulle gjøre noe dumt» (innsatt).*

I enkelte tilfeller skjer det at fengslede gjennomfører et selvmord, og informantene fortalte både om egen kjennskap til det og om hendelser de har blitt fortalt om av andre. En annen innsatt husker at da hun ankom til fengselet fikk hun en celle som ingen andre ønsket å være i: «*ingen ville ha det rommet jeg fikk (...) Når jeg spurte hvorfor så var det en jente som hadde tatt livet sitt bare en uke før jeg kom inn» (innsatt).*

En av kvinnene husker en konkret og voldelig episode med selvskading som resulterte i plassering på sikkerhetscelle:

«Jeg begynte å skade meg selv. Jeg klarte ikke å stoppe meg selv, så jeg ble holdt av vaktleder og en annen betjent. Jeg gjorde motstand. Jeg sa at jeg ville dø, jeg sa at jeg ville kutte meg selv, og jeg var ganske opprørt, gjorde mye motstand og jeg ble da båret ned til sikkerhetscella (...) Jeg fikk ikke noe samtale med helse og ikke samtale med betjentene. Jeg dunket hodet i nesten tre ... Ganske lenge, to-tre timer uten at jeg ble stoppet, uten at betjentene kom og ville snakke med meg da. Så du følte deg utrolig ... Nei, jeg vet ikke. Det er en vanskelig følelse på en måte når du sitter der og du på en måte ... og du egentlig bare vil dø og du sier det, og du begynner å skade deg selv og dunker hodet uten at på en måte du blir møtt med forståelse eller omsorg eller på en måte blir ivaretatt på en annen måte da» (innsatt).

Fortellingen setter fokus på et viktig tema, nemlig sammenhengen mellom selvskading, selvmordsforsøk og bruk av sikkerhetscelle og isolasjon.

6.2. Isolasjon og psykisk helse – en ond sirkel

Flere studier finner en sammenheng mellom isolasjon og selvmord i fengsel (Hammerlin 2015; Smith 2006) og amerikansk forskning har påvist en urovekkende sammenheng mellom isolasjon, psykisk helse og selvskading (Kaba et al. 2014). Samlet sett er selvskading blant annet assosiert med å ha vært minst én gang i isolasjon og med alvorlig psykisk sykdom (Kaba et al. 2014). At isolasjon under alle omstendigheter medfører risiko for omfattende helsemessige skadevirkninger, er allerede omtalt.

Det er ikke desto mindre velkjent at bruken av isolasjon er omfattende i norske fengsler, hvilket har vært et sterkt omdiskutert tema i en årrekke (Rua og Smith 2019). Anvendelsen og opplevelsene av isolasjon er da også et tema som går igjen i vår empiri. Solveig, som arbeider som psykologspesialist i spesialisthelsetjenesten, beskriver det som en ond sirkel, hvor psykisk sykdom blir besvart med isolasjon fra fengselets side, hvilket kan produsere mer sykdom og mer isolasjon:

«Det kan jo være sånn at den innsatte da, sånn i hvert fall i den akutte fasen med oppblomstring av psykosesyntomer, blir vanskelig å regulere, kan være ukritisk ute i miljøet, enten litt sånn eksponere seg. Vi har liksom alt fra innsatte som kler av seg, som kommer med sånn veldig upassende utsagn, er på en måte som blir skremmende for andre innsatte, er brå, som er vanskelige å få inn igjen på cellene sine, som er desorientert, som tror de skal dra, skal hjem (...) hvor det til slutt kumulerer til en atferd som ikke lar seg håndtere i et fellesskap, og hvor de får restriksjoner i form av da utelukkelse fra fellesskap, enten helt eller delvis, §37» (Solveig, psykologspesialist).

Dette skjer ifølge psykologen på en restriktiv avdeling, hvor det allerede i utgangspunktet er «mye innlåsing»:

«Det er kun der de kan håndteres, og så får de kanskje en utelukkelse fra de lille fellesskapet i tillegg (...) Og ofte kanskje med turer ned på sikkerhetscelle, kortvarig eller (...) lengre, og så opp igjen også til veldig marginale forhold. Sånn kan det se ut ofte med kortvarige akuttpsykiatriske innleggelseser når det blir helt akutt, enten i vår regi, eller at det kommer legevakt på kveld og natt. De skal jo ha tilsyn av

helsepersonell når de er på sikkerhetscelle, så hvis det skjer i helger så er det legevakt ambulant som kommer og ser til de, og noen ganger vurderer de innleggelsestrengende. Erfaringen er som sagt at det ofte blir kortvarig, det er snakk om noen dagers opphold. Vi prøver ofte å søke de inn til mer lengre varende opphold selektivt, på psyko-seposter eller sikkerhetsposter, utredningsopphold der det er snakk om utviklingshemning, autisme. Men erfaringen er at det er lang ventetid, og i de månedene inntil de kanskje/kanskje ikke får en plass, så er det veldig turbulente opphold med mye isolasjon» (Solveig, psykologspesialist).

Frida beskriver nettopp denne «onde sirkelen» ut fra sine egne erfaringer:

«Jeg har blitt overført til avdeling X en del ganger etter å ha vært plassert i sikkerhetscelle eller etter utageringer, og jeg opplever at det blir som en slags brannslukking, hvis jeg kan kalle det det, fordi at her kommer jo på en måte hele det der kriminalomsorgsapparatet inn da, med utagering med ro og orden og sikkerhet, og det er jo selvfølgelig det viktigste for dem, og det er jo på en måte det viktigste hensynet de skal ta. Så man blir plassert på avdeling (...) for å stoppe utageringen» (Frida, innsatt).

Dette opplever hun imidlertid langt fra som en meningsfylt behandling i forhold til hennes psykiske lidelser og reaksjoner: *«på mange måter opplever jeg at den restriktive avdelingen blir som en slags oppbevaring, og ikke på en måte et sted hvor (...) du jobber med deg selv eller du får tett oppfølging (...) Det har jeg aldri opplevd» (Frida, innsatt).*

Maja forteller generelt om sine opplevelser med isolasjon: *«Det er bare ikke godt for psyken å være innelåst så jævla mye i løpet av et døgn»* og utdyper at selv til hverdag i fengselet er det mye innlåsing: *«Jeg var jo allerede innelåst ... i helgene ble vi låst inn ti på halv åtte om kvelden frem til åtte på morgenen også er det inn igjen fra tolv til tre også sånn at igjen i seks til, ja i helgene ja altså 14 timer inn, 12 timer om natta også er det mange timer i løpet av dagen (...) Det er så, nei. Det går bare på hodet ditt, du sitter og snakker med radioen» (Maja, innsatt).*

Emma beskriver opplevelsen av isolasjon på en måte som stemmer overens med ovennevnte forskning om sammenhengen med selvmord og selvskading:

«Jeg føler når du sitter inne på isolasjon, så får du veldig sønn syke tanker. (...) Det er faktisk veldig skummelt med sønne tanker der du ... (ler) Jeg vet ikke hvordan jeg skal si det, men der du tenker at «nå ønsker jeg faktisk ikke å leve mer (...) Nå har jeg det så vondt at det ... Nå vil jeg faktisk bare dø og ja» (Emma, innsatt).

En av de innsatte kvinnene beskriver også en konkret episode som tydelig illustrerer sammenhengen mellom psykisk sykdom, psykiske reaksjoner og isolasjon. Hun hadde hatt en opplevelse i fengselet som fikk henne til å reagere med vold:

«Jeg begynte å kaste en stol mot radiatoren. Jeg gjorde det en stund. Betjentene kom til luka og satte et lukeskjold foran luken og prøvde å snakke med meg da. De ba meg om å slutte å kaste stolen mot radiatoren, og ba meg om å roe meg ned. Det klarte jeg ikke. Jeg opplevde ikke meg selv som aggressiv mot dem som sådan, men jeg var ganske opprørt da. Så de kom inn med skjold og sikkerhetsutstyr, fire betjenter med skjold og sikkerhetsutstyr. Jeg ble da påsatt håndjern og lagt ned i senga, og så prøvde de å snakke med meg, men de fikk ikke kontakt, så jeg ble båret ned til sikkerhetscella. Jeg begynte å dunke hodet der nede, og jeg fikk beskjed om at jeg måtte slutte å dunke hodet. Hvis ikke så kunne jeg bli plassert i sikkerhetscella i verste fall. Jeg slutta ikke å dunke hodet, men jeg snakket ... legevakslegen kom, og jeg snakket med vedkommende, og etter kanskje tre timer så slutta jeg å dunke hodet og jeg sovnet til slutt» (innsatt).

Årsaken til at man bruker isolasjon – for eksempel i form av sikkerhetscelle – handler på kort sikt om sikkerhet, gjennom å etablere en situasjon hvor man får fysisk kontroll over den utagerende personen, eller plasserer en selvskadende person i et fysisk sikkert miljø. Men det paradoksale i dette er at det kan medføre ytterligere psykiske skadevirkninger. Som beskrevet av en tidligere fengselsleder: «men da sier jo de innsatte som blir satt på sikkerhetscelle, så sier de jo at 'ja, vi blir jo bare enda sykere av å være der'» (tidligere ansatt).

Sikkerhetsseng

I tillegg til å bruke isolasjon som kontrolltiltak finnes muligheten til å bruke sikkerhetsseng. Å være i en sikkerhetsseng innebærer at man er beltelagt i en seng som står fastmontert i en sikkerhetscelle (Sivilombudsmannen 2020b, s. 7). Beltelegging i sikkerhetsseng er det mest inngripende tvangsmiddelet norske fengsler har til rådighet (Sivilombudsmannen 2020b, s. 7). Dette innebærer at Kriminalomsorgen kun skal bruke dette middelet «dersom forholdene gjør det strengt nødvendig og mindre inngripende tiltak forgjeves har vært forsøkt eller åpenbart vil være utilstrekkelig» (Strgjfl. 2002, §38). Sivilombudsmannen skriver at beltelegging utgjør et voldsomt inngrep i den innsattes personlige integritet og gir risiko for somatiske skader, traumer og andre negative følger for psykisk helse (Sivilombudsmannen 2020b, s. 24). Når en innsatt legges i sikkerhetsseng er det en klar risiko for at dette fører til ytterligere konsekvenser for den innsattes psykiske helse (Sivilombudsmannen 2020b, s. 22).

Solveig beskriver også hvordan dette maktmiddelet i liten grad fører til tilfriskning. De pasientene som havner der er ofte svært syke og har et turbulent behandlingsforløp hvor de *«havner i en sånn skvis hvor de ikke slipper inn i psykiatrien, og en klarer ikke å ivareta de i fengselet, og ender opp ofte på lange opphold på sikkerhetscelle, noen ganger i belteseng»* (Solveig, psykologspesialist). Solveig forteller videre at belteseng hovedsakelig blir brukt for å forhindre selvskading og for å holde pasienten i live. Hun forteller også at disse situasjonene er vanskelige både for fengselspersonellet og for helsepersonellet.

I Sivilombudsmannens rapport om bruken av sikkerhetsseng i norske fengsler kommer det blant annet frem at i 27 av de 82 gangene sikkerhetsseng ble brukt i perioden 2013-2018 omfattet dette kvinner (Sivilombudsmannen 2020b, s. 13). Altså brukes dette inngripende tiltaket relativt sett betydelig oftere ovenfor kvinnelige innsatte, som kun utgjør 6 % av den totale fengselspopulasjonen. Kvinnelige innsatte opplever også noen av de lengste oppholdene i belteseng (Sivilombudsmannen 2020b, s. 13-22). Dette er alvorlig da det kan tyde på at en gruppe kvinnelige innsatte møter strengere og hardere reaksjoner enn hva som er tilfellet for mannlige innsatte. Bruken av sikkerhetsseng kan være spesielt belastende for kvinner, gitt at de, mer enn menn, har erfaringer med seksuelle overgrep. Slike erfaringer kan påvirke hvordan kvinner reagerer på belteleggingen. Måten det gjøres på kan også ha betydning for konsekvensene, ifølge Sivilombudsmannen (2020b). Det er imidlertid verd å merke at flere av de 27 gangene kvinner ble lagt i sikkerhetsseng gjaldt samme kvinne. De 82

gangene sikkerhetsseng ble brukt kan i alt fordeles på 51 personer (Sivilombudsmannen 2020b, s. 13). Det er altså snakk om en mindre gruppe kvinner i løpet av de seks årene.

Mathilde, som har jobbet i spesialisthelsetjenesten i både manns- og kvinnefengsel forteller at hun har et inntrykk av at beltesengen brukes oftere i kvinnefengselet. Hun forklarer at dette skyldes at kvinnene i større grad er destruktive og i større grad selvskader (se kap. 9).

6.3. Rusproblemer

Mange innsatte har rusproblemer, slik det ble vist til i kapittel 3. De er preget av et langvarig forhold til kriminalitet og rus, og har omfattende og sammensatt behov for hjelp, både i forhold til somatisk og psykisk helse. Rusproblemer som en hovedutfordring for kvinners helse, rus og misbruk av rusmidler, og hvordan fengselet kunne være en god arena for helsemessig endring, var et sentralt tema i både de ansattes og innsattes fortellinger. Flere påpeker at selve fengslingen kan være en kritisk og avgjørende hendelse. For noen kan fengselsoppholdet bidra til å hjelpe brukere ut av helsefarlig eller belastende situasjon med eskalerende rusbruk. Solveig mener at det for noen rett og slett har vært livreddende:

«Jeg har pasienter som sier at de er helt sikre på at 'hadde jeg ikke kommet i fengsel når jeg gjorde, så hadde jeg vært død, eller jeg hadde tatt livet av noen'. De har levd så kaotiske liv ute, med så mye rus og vold og fornedrelse, at jeg tenker at liksom, hadde de fortsatt med det, så hadde de ikke overlevd, eller det hadde endt i forferdelse på en eller annen måte» (Solveig, psykologspesialist).

Mange ansatte trekker særlig frem at fengslenes *stabiliserende* faktorer kan være gunstige og helsefremmende i denne sammenheng. Særlig synes det å være enighet blant ansatte om at stabilisering og skjerming har en verdi for kvinner som har levd belastede liv i rusmiljøer preget av dårlige relasjoner, utrygghet, vold og overgrep. Det handler om å kunne tilby grunnleggende trygghet i en strukturert hverdag, som kan være en mangel i livet utenfor. Forutsigbarhet, hygiene, måltidsrutiner, kosthold, søvn, livsmestrende aktiviteter og hverdagslig samhandling med andre som står utenfor et belastet miljø, fremstilles som en viktig helsemessig grunnmur for i det hele tatt å kunne påbegynne en prosess med mulighet for endring. Flere trekker frem at fengselet dermed kan være en god arena for avrusning, skjerming og gjenoppbygning:

«Også veldig mange, ikke sant, de har jo også hatt tilbud ute, men de har jo levd alt for kaotisk til å klare å følge opp det, eller de har vært for utagerende til en har kunnet favne de på en vanlig poliklinikk. Så jeg tenker at for en del så ... Jeg vil også slå et slag for at for en del så ligger det noen muligheter i et fengselsopphold. Hvis de griper den muligheten, og hvis vi som hjelpeapparat står der med tilbud, så tenker jeg at jeg ... Jeg har hatt mange pasienter som jeg liksom er helt sikker på at dette her hadde du ikke fått til ute, men du har klart det nå fordi du er i ditt livs mest stabile betingelser, du er rusfri, og du møter opp. Da kan vi får gjort en del for deg. Så det tenker jeg at på den andre siden av det, så ligger det noen muligheter der, men det tenker jeg at det krever at de klarer å fylle det med innhold» (Solveig, psykologspesialist).

Ansatte trekker frem at fengselet skaper betingelser som gir en unik mulighet til å komme i posisjon til å hjelpe personer som «har gått under radaren» i helsesystemet tidligere. Gjennom den systematiske kartleggingen som gjøres ved innkomst i fengsel kommer det frem at mange innsatte med rusproblemer har et stort udekket behandlingsbehov ved innsettelsen. Dette er gjeldende på en rekke områder, knyttet til både fysisk og psykisk helse. Fengselsoppholdet bidrar til at helsetjenestene oppnår kontakt med en gruppe kvinner hjelpeapparatet ellers ikke ville ha nådd, fordi de ellers «går litt under radaren» (Hanne, sykepleier).

Visse problemer kommer først til syne etter avrusning og en viss tids soning og stabilisering. Rusproblemene blir sett på som en del av en overlevelses- og selvmedisineringsstrategi som overskygger en rekke andre og grunnleggende helse- og livsutfordringer som kommer frem etter rusfrie perioder under soningen. Å bli avsondret fra en belastet tilværelse med rus og kriminalitet, fra valgmuligheter og destruktive relasjoner, kan sette i gang en vendepunktsprosess (Gjeruldsen og Jensen 2021, s. 216). En erkjennelse av at det livet man lever ikke kan fortsette kan øke evnen til aktørskap, endringsmotivasjon og åpenhet for å motta hjelp.

Samtidig sier ansatte at det ikke alltid er like lett å komme i posisjon til å gi hjelp og bygge tillitsfulle relasjoner. Å være åpen for å ta imot hjelp er en avgjørende betingelse for endring (Maruna 2001). En grunnleggende utfordring som helsetjenestene adresserer er uvillighet, skepsis og mangel på motivasjon til endring. Dette har mange sammensatte årsaker. Et

problem som påpekes er at enkelte har mange brutte relasjoner og behandlingsforløp bak seg, med negative erfaringer, noen med tvang, som fører til mye skepsis og hjelpevegring og manglende motivasjon og ambivalens:

«Ja, opplever du at det er mange som (...) ikke vil selv?» (intervjuer)

«Nei. Altså det som de, altså de vil jo ofte ut av sånn som somatiske ting. Rusbehandling er vel kanskje det som de er mer ambivalent til, og kanskje litt utredninger. For de (...) som trenger utredning er jo veldig psykisk syke, og har kanskje vært innlagt på tvang og vil jo slett ikke inn på innleggelse, ikke en gang frivillig. Så vi har nok, av de ti som vi har nå så ville vi nok tenkt at det var tre som burde vært innlagt på psykiatrien for utredning. Men de vil det ikke selv så da blir vi liksom ikke kvitt de» (Hanne, sykepleier).

Forskning underbygger at den ambivalensen som sykepleieren her snakker om er utbredt (Gjeruldsen og Jensen 2021; Lundeberg 2017; Mjåland 2015). Redselen for å bli møtt med restriktive tiltak og kontroll gjør det vanskelig å være ærlig om sine rusproblemer i et fengsel. Tillitsproblemet forsterkes av det ambivalente forholdet fengselet har til personer med et rusmiddelproblem. Personer med ruslidelser defineres som syke i den forstand at de har rett til nødvendig helsehjelp. Samtidig opprettholdes en repressiv straffepolitikk overfor rusavhengige i og utenfor fengsel som hindrer eller begrenser tilgangen til helsehjelp og som kan produsere en rekke kontrollskader (NOU 2019:26). Slike motstridende hjelpe- og kontrolloppgaver stiller kriminalomsorgens ansatte overfor en rekke utfordringer i møte med innsattes rusproblemer og ivaretagelsen av rusfrie, trygge og helsefremmende omgivelser i fengslene (Kolind et. al. 2015, Lundeberg og Mjåland 2019).

Hvordan fengslet forholder seg til narkotikabruk, utøver kontroll og ivaretar hjelpebehov er et sentralt tema når innsatte vurderer kvaliteten på soningsforholdene (Mjåland 2015).

Oppfølging ved innsettelse i avrusningsfasen er kritisk, og mangel på hjelp kan få alvorlige følger. Dette var tilfellet for Maja. Hun forteller om flere episoder som viser hvordan mangel på rusbehandling og hjelp til kontrollert og nedtrappet avrusning kan få dramatiske utslag i fengsel. Maja var ifølge henne selv «råhehta på oksykotin» og heroin da hun ble innsatt. Likevel ble hun satt rett på isolasjon i fengsel uten hjelp til å håndtere sterke

abstinenssmerter. Dette resulterte i alvorlige fysiske helseproblemer.

Maja forteller videre at hun senere tok en overdose under soningsoppholdet. Hun samlet opp medisiner som hun hadde gjemt unna ved medisinutdeling. Årsaken til overdosen, ifølge Maja, var at hun nok en gang havnet på isolasjonsavdeling, noe hun opplevde som svært belastende.

«Jeg fikk jo til en overdose til og med på celle XX når de- jeg slapp ut av isolasjon også så trodde de jeg hadde korona, enda det var ekstra tidlig, hallo? Det er istedenfor at jeg går ut og røyker og går i dusjen kanskje, sant. Da la de meg inn på isolasjon igjen, på celle XX ... Og da orket jeg faen ikke mer (...) ikke fått snakket med dattera mi, så bare hadde jeg gjemt noen medisiner, så jeg tok overdose, og så bare kom det ambulanse da og fikk meg til XX, så det gikk jo greit da, men det var liksom til og med sånn at til og med legene ... Husker jeg hørte i bakgrunn han sa 'jeg tror det er for sent'» (Maja, innsatt).

For Maja har et fengselsopphold preget av isolasjon, og ikke hjelp, bidratt til en ustabil helsesituasjon og et eskalerende rusproblem med overforbruk av medisiner. Hun opplever i liten grad tilrettelegging under soningsoppholdet og hennes helseproblemer har derfor blitt forverret. Fengselets stabiliserende effekt, beskrevet av helsepersonalet, er med dette ikke gjeldende for Maja.

Majas eksempel belyser hvordan perioden etter innsettelsen kan være en kritisk og sårbar tid, særlig for innsatte med rusproblemer. Selv om et fengselsopphold kan være starten på en vendepunktsprosess med stabilisering og rusfrie perioder, som mange ansatte forteller om, kan mangelfull oppfølging under soningsoppholdet få alvorlige følger og medføre helsefarlige situasjoner og tilbakefall.

6.4. Medisinbruk

Tidligere forskning viser at innsatte har et høyt medisinkonsum sammenlignet med normalbefolkningen (Revdal 2015). Slik det ble vist til i kapittel 3 oppgir omtrent halvparten av JURK sitt utvalg at de gikk på reseptbelagte medisiner (JURK 2018, s. 52). Dette indikerer

at mange kvinnelige innsatte har et behandlingsbehov både forut for og under soningsoppholdet.

Ansatte vi intervjuet bekreftet dette. Det generelle inntrykket er at en stor andel innsatte bruker medisiner fast, og flere av de ansatte kommenterer at innsatte kvinner bruker spesielt mye medisin. Sykepleieren Hanne forteller at fengselet har et langt høyere forbruk av medisiner etter at fengselet ble et rent kvinnefengsel: «På disse 22 månedene med damene så har vi nok brukt like mye medisiner som vi gjorde på 12 år med mennene» (Hanne, sykepleier). Helsepersonalet forteller også at innsatte ofte kommer inn i fengselet med en lang liste resepter. De forteller at deres mål ikke er å få innsatte til å slutte med medisinene, men å rydde opp i hvilke de faktisk har behov for og hvilke som hensiktsmessig kan kuttes ut. Det fortelles også om innsatte som ikke selv har oversikt over eget medisininntak og behov.

«Nei, de står på mye når de kommer inn. For vi prøver jo, der er det er mulig så prøver vi jo å trappe ned Benzo [Benzodiazepiner], men de står jo på mye andre medisiner og der ser vi jo og har du- holdt på å si om det var diabetes, så har de fulgt det dårlig opp, det ligger en resept som ikke er henta, så de får til en del av legen, men det er ikke alltid de henter det ut» (Hanne, sykepleier).

Innsatte bruker et bredt spekter av medisiner, for eksempel for allergier, livsstilssykdommer og kroniske lidelser. Det er spesielt medisiner for psykiske lidelser vi tar for oss her.

Kvinnenes bruk av medisiner

I spørreundersøkelsen ble de innsatte kvinnene spurt om å oppgi hvilke lidelser de tok medisiner for, og om medisineren av dette startet før eller etter soningsoppholdet, samt om medisineren opphørte under soningsoppholdet. De tolv kvinnene som deltok i undersøkelsen oppir å ta medisiner for angst, depresjon, ADHD, ruslidelse, psykoselidelse og søvnvansker. Kvinnene opplever både å ta medisiner for problemene før innsettelse og å starte medisineren under soningsoppholdet. Noen kvinner har også opplevd at medisineren opphørte under soningsoppholdet.

Under intervjuene gir også flere av kvinnene inntrykk av å bli medisinert for en rekke ulike lidelser og problemer. Sofie forteller: «Jeg gikk også på medisiner. Jeg gikk på masse

medisiner. Jeg har aldri brukt antidepressiva før. Jeg gikk på veldig tunge antidepressive medisiner, jeg gikk på psykosemedisiner, og så gikk jeg på sånn medisiner mot å dempe de stemmene jeg hørte» (Sofie, innsatt).

Sofie forteller at hun i liten grad hadde tatt medisiner før innsettelsen, og hun mener selv at behovet for medisiner oppsto på grunn av fengslingen. Hun startet medisiner under varetektsoppholdet sitt og fortsatte da hun ble overført til soning i et annet fengsel:

«Det tok 2-3 dager før jeg fikk alle medisinene mine. For jeg er jo helt avhengig av medisinene mine liksom, så det var- det var heftig. (...) Jeg bruker antidepressivaog ... Nå reduserer jeg sovemedisinen min. Så ja. Antidepressivabruker jeg, og så har jeg sluttet med den, den hørsels- den med å høre stemmer, for den ... Du får jo bivirkninger av medisinene» (Sofie, innsatt).

Sofie forteller at fengselsoppholdet var svært belastende for henne. Utfordringene hun opplevde under soningsforholdet fortsatte etter løslatelse og hun tar derfor fortsatt flere av medisinene.

Uenigheter mellom helsepersonalet og pasientene

Helsepersonalet ble spurt om de opplevde at de innsatte var fornøyde med helsetilbudet, eller om det var en diskrepans mellom hva de som helsepersonell mener innsatte trenger og hva innsatte selv opplever at de trenger. Helsepersonalet forteller at de noen ganger opplever uenighet om hva som er best, og at misnøye og uenighet stort sett handler om medisiner. En sykepleier i Trondheim fengsel svarer på spørsmålet i skriftlig form: *«Ofte blir det diskusjoner rundt medisiner, og spesielt A og B-preparater. Pas (pasienten) ønsker ofte mye mer av vanedannende medisiner enn det forskriftene anbefaler» (sykepleier).*

Helsepersonalet har et inntrykk av at pasientene ønsker andre og sterkere medisiner enn hva personalet har grunnlag for å skrive ut. Innsatte uttrykker også en frustrasjon over å ikke få de medisinene de selv opplever å ha et behov for, eller som de tidligere har fått utskrevet utenfor fengselet. Eksempelvis forteller en av kvinnene vi intervjuet at hun i lang tid har hatt allergi og har hatt medisiner for å lindre allergianfall. Under soningsoppholdet opplever hun å ikke

få sterke nok medisiner, og allergianfallene varer derfor unødvendig lenge. Dette oppleves som frustrerende.

Sovemedisiner

Slik det allerede er blitt vist til mener helsepersonalet som ble intervjuet at deres pasienter i fengselet bruker mye medisiner. Personalet kommenterer at det er spesielt bruken av sovemedisiner som er hyppig. Slik vi kan se av spørreundersøkelsen oppgir ni av tolv kvinner at de bruker sovemedisiner under soningsoppholdet. Deltakerne i undersøkelsen ble også bedt om å oppi om de hadde noen fysiske eller psykiske plager. Kvinnene ble spurt om de hadde vanskeligheter for å sove, noe de de fleste svarte bekræftende på. Kun én kvinne rapporterer ikke om søvnproblemer i det hele tatt, mens hele seks av tolv svarer «svært mye». I Revolds (2015, s. 39-40) utvalg ser vi lignende tendens hvor 51 % av de innsatte opplever søvnproblemer.

Sykepleierne som ble intervjuet gir inntrykk av at de prøver å være restriktive med bruken av sovemedisiner, og særlig de medikamentene som er vanedannende. Cecilie forteller at de ofte prøver å motivere innsatte til andre tiltak enn medisiner, men at pasientene selv ønsker sovemedisin: *«Og vi prøver søvnhygiene, snakker med folk om søvn, informerer om at når du sover to-tre timer på dagen er det kanskje vanskelig å sove om natta. Men du vil ha søvnmedisiner, for det er det eneste som kan hjelpe deg»* (Cecilie, sykepleier). Sykepleierne reflekterer også over at det er utfordrende å gjennomføre søvnhygieniske tiltak i fengsel. Mange av tiltakene man normalt ville satt i gang blir motarbeidet i fengselshverdagen. Eksempelvis kan det være utfordrende for innsatte å få tilstrekkelig dagslys, da de kun har tilgang til friluft i et par timer per dag. Mange innsatte forteller også om lite fysisk aktivitet, som kan få konsekvenser for søvnkvaliteten.

Er medisinkonsumet for høyt?

Slik det er blitt vist til tidligere forteller helsepersonalet at innsatte bruker mye medisiner og omtaler dette som et problem. De ytrer et ønske om å holde medisinkonsumet i fengselet lavt. Eksempelvis prøver de å være restriktive med utskrivelse av sovemedisiner. Samtidig har innsatte som gruppe et høyt medisinkonsum fordi de har mer fysiske og psykiske plager enn normalbefolkningen. En av sykepleierne reflekterer over dette: *«Og hvorvidt forbruket er høyt? Ja, hvis du sammenligner det med befolkningen ute, så er det nok det. Definitivt. Men*

tar du høyde for hvem som sitter her, altså bakgrunnen deres og det livet mange har levd, så tror jeg vi er på edruelig plan» (Cecilie, sykepleier).

Hvorvidt medisinkonsumet i fengsel er høyt eller for høyt er derfor et komplisert spørsmål. Dersom innsatte opplever helseproblemer på grunn av fengselssituasjonen er det naturlig at de vil trenge medisiner som de ikke har tatt tidligere. Å ikke tilby innsatte de medisiner de trenger fordi de soner i fengsel vil være belastende for den innsatte. Samtidig er det flere helsetilstander som kan løses på flere «ikke-medisinske» måter, og det vil derfor være belastende for den innsatte å ikke få tilbud om disse metodene under fengselsoppholdet.

6.5. Hvilke problemer skyldes fengselet – hvilke er medbragte?

Et spørsmål er når og i hvilken grad fengselet produserer nye psykiske lidelser, og hvilke faktorer ved soning som forverrer eksisterende lidelser og problemer. I spørreundersøkelsen fremhever kvinnene at soning påvirker deres helse negativt. De legger spesielt vekt på manglende privatliv, dårlig skoletilbud, lite treningsmuligheter, lite kontakt med barn/familie, lav terskel for overføring til restriktiv avdeling, mye innlåsing, dårlig kosthold, problemer med luft/ventilasjon, og at de soner sammen med personer som har alvorlige psykiske helseproblemer.

Når det gjelder problemene som de innsatte kvinnene har med seg inn i fengselet er det utover rusproblemer særlig seksuelle overgrep som går igjen som tema:

*«Jeg vil si med de aller, aller, aller fleste av mine pasienter - akkurat nå kommer jeg ikke på noen unntak - har vært utsatt for seksuelle overgrep. De har vært utsatt ofte for fysisk mishandling (...) Altså noen har jo ikke, utrolig nok, ikke blitt fanget opp av barnevernet, men for de som har blitt det, så har historikken ofte blitt at det har vært mange plasseringer. Så det har vært mange brudd, mange relasjonelle brudd»
(Solveig, psykologspesialist).*

Psykologspesialist Anne synes det er vanskelig å vurdere nøyaktig i hvilken grad fengselet påvirker de innsattes psykiske helse, men reflekterer over det i intervjuet:

«Altså det er vanskelig å svare på egentlig. For altså. For det er litt sånn. Vi har jo for eksempel en pasient hos oss nå som det er veldig mye styr med i fengselet (...) Og om det er skapt av fengselet eller ikke, det er nok ikke, men når. Altså det er ikke psykiatriske sykepleiere som er betjenter, nei. Så det er utrolig vanskelig for dem å samle og enes, og det er store vaktlag og det er rulleringer på vaktlagene, det er rullering på førstebetjentene, så det er vanskelig at alle sammen er enig om hvordan man på en måte skal jobbe med henne her (...) Og det er en kjempeutfordring tenker jeg, kontra for eksempel hvis jeg har vært på ett, ett botiltak da, der det er dedikerte, få personale, ansvarsgruppe (...) Men det har man ikke mulighet til i et fengsel og det skal ikke fengsel være heller. Men det ser man på en måte at vedkommende lider under at man ikke er omforent om en måte å se henne på» (Anne, psykologspesialist).

Psykologspesialist Solveig reflekterer også over hvilke problemer innsatte hadde med seg til soning og hvilke som kan skyldes soningen:

«Ja, jeg tenker det er jo veldig vanskelig å skille fra hverandre (...) altså, veldig mange reagerer jo på selve fengslingen, ikke sant, på innlåsing, på adskillelsen fra nettverk. Jeg tenker det er jo også en grunn til at fengselsinnsettelse i seg selv er en statistisk risikofaktor for suicid, og varetektsopphold særlig, så det kan ikke sees uavhengig av det» (Solveig, psykologspesialist).

Solveig fremhever spesielt at isolasjon kan være destruktivt i helsemessig forstand:

«Men så har du også de tilstandene jeg tenker at det er symptomer som direkte oppstår som en følge av isolasjon. Desorientering, tilbaketrekking, kognitive symptomer på oppmerksomhet, konsentrasjonssvikt, som skjer på grunn av isolasjon, at det ser vi, se fenomenene, og så tenker jeg også at det er en del tilstander hvor isolasjon helt klart er med på å forsterke en allerede eksisterende tilstand. Jeg tenker for eksempel med en pasient ute, ville aldri ha sagt til en pasient med depresjon at jeg synes du skal gå og sette deg inne 23 av 24 timer i døgnet. Du ville jo aldri ha anbefalt ... Det er jo liksom helt kontra det du vet at er depresjonsbehandling. Og noen ganger så er det de rammene du har å spille på. Og det er helt klart at det er

med på å forsterke eller forverre for eksempel det depressive bildet da» (Solveig, psykologspesialist).

Avslutningsvis forklarer Solveig at fengselet også kan ha positive helsemessige utfall: *«Jeg vil også si da at, ikke sant, at for en del pasienter så tenker jeg også at fengselsoppholdet og de rammene det tilbyr også har noe godt ved seg» (Solveig, psykologspesialist).* Her tenker hun særlig på rusmisbrukere, som kan oppleve at soning skaper en kontinuitet og rammer som gjør dem i stand til å bearbeide problemene sine.

6.6. Fengselet som «galehus»? - Når normaliseringsprinsippet spiller fallitt

Selvskading, selvmordsforsøk, depresjon, traumer, alvorlige psykosesyntomer, angst, panikk, posttraumatiske stresslidelser, tvangslidelser, skrik, voldelige reaksjoner og isolasjon. Det er et lite utplukk av de reaksjonene som ansatte, betjenter, helsepersonale og innsatte fremhever når de skal beskrive kvinnenens helse og deres liv og situasjon i fengselet. Til sammen tegner de et bilde av et fengselsliv som ligger svært langt fra det normaliseringsprinsippet som disse institusjoner ellers skal praktisere og innrette deres virksomhet etter.

En problemstilling som dukker opp i intervju med flere innsatte handler om at de blir innblandet i hverandres alvorlige helseproblemer på en svært intim og potensielt avgjørende måte. Leah forteller for eksempel at hun har møtt mange unge jenter i fengselet som har det vanskelig: *«Unge som første gang de kommer i fengsel, og de hadde det så dårlig. Altså jeg er veldig sånn følsom person, jeg gjorde så godt jeg kunne når det kom en ny jente, jeg så at hun hadde problemer når vi var i luftegården» (Leah, innsatt).*

Hun forteller om en konkret episode hvor hun måtte varsle betjentene:

«Det var en 18 åring som hadde det så vondt. Og hun hadde jo sagt tre ganger til meg at hun skulle ta sitt liv, så måtte jeg gå til betjentene og sa at de måtte passe på henne, og så når vi kom tilbake fra luft så ba jeg de andre betjente å ringe avdelingen hennes og sjekke hvordan hun har det (...) Jeg var veldig redd for henne og jeg brydde meg veldig om henne, for det var første gangen hun var i fengsel, og hun hadde det så

vondt» (Leah, innsatt).

Frida forteller tilsvarende om hvordan hun påvirkes av å være med andre psykisk syke, og beskriver i denne sammenheng en fengselshverdag som er langt fra «normal» og som ikke kan beskrives som et sunt soningsmiljø:

«Vi er to, nei tre, som sliter med selvskading (...) men jeg opplever det rundt andre og da, at innsatte snakker om selvskading og snakker om at de ble plassert i sikkerhetscelle på avdeling X, eller havnet på legevakta og måtte sy eller de for eksempel prøvde å henge seg selv (...) så er det ikke normalt å snakke om disse tingene rundt for eksempel middagsbordet (...) samtidig så er det jo vanskelig på en måte å forsvare seg selv for det fordi at det nettopp er et lite miljø» (Frida, innsatt).

Frida utdyper at dette miljøet kan være med på påvirke henne i negativ retning og trigge frem følelser knyttet til selvskading og selvmord: *«Fordi at det er litt sånn ... Man prøver jo å på en måte å ha det der filteret med at man ikke prøver å la det gå innover seg selv, men det blir jo litt vanskelig her inne fordi at man er jo så tett på hverandre. Man bor med hverandre» (Frida, innsatt).*

En del av denne påvirkningen handler også om at når andre innsatte kvinner reagerer utagerende, så blir det også en del av de andres liv. Noe som fremheves er lydene fra andre innsatte, som bråker, reagerer voldelig, skriker og settes i isolasjon, osv. Den slags problemer kan også helt konkret resultere i at de øvrige innsatte opplever mer innlåsing fordi personalet skal håndtere problemene med uro og bråk.

En tidligere ansatt forteller om stemningen etter et selvmord: *«de andre kvinnene ble jo så redde, også redde for seg selv for hva de da kunne gjøre også mot seg selv»*. Solveig forteller om hvordan et miljø med en så høy konsentrasjon av psykiske problemer og voldsomme reaksjoner påvirker både de innsatte kvinnene og henne selv som psykolog:

«Men det er klart at både sånn faglig og etisk og menneskelig at det kan være vondt å se på (...) hvor vi liksom mistenker at det er demenstilstander eller psykose hvor de gjør ukritiske handlinger, jeg tenker at de eksponerer seg selv på måter ... Altså, for da folk som ikke er helsepersonell at det er feil på en måte, at de ikke skulle ha vært i

de rammene. Men da tenker jeg i hvert fall at vi gjør det vi kan for å få de over i mer egnet tiltak» (Solveig).

Samlet sett må man på bakgrunn av informasjon fra betjenter, helsepersonale og innsatte konkludere med at vi i denne studien er kommet i kontakt med en svært utsatt gruppe kvinner, som soner i et tungt, hardt og meget problematisk miljø, og som er svært annerledes enn det man ønsker å oppnå ved å anvende normaliseringsprinsippet i Kriminalomsorgen.

7. Familiekontakt

«Får du besøk mens du sitter inne i fengsel?» (Intervjuer).

«Nei, jeg sitter jo på brev- og besøksforbud, så jeg kan ikke ringe noen»
(Emma, innsatt).

Det er alminnelig kjent fra internasjonal og skandinavisk forskning at manglende eller dårlig kontakt mellom innsatte og deres familiemedlemmer – og ikke minst barn – kan påvirke begge parter negativt (Condry og Smith 2018; Smith 2014). Forskning viser at dette også kan ha psykiske helsemessige virkninger for innsatte foreldre (Holmgren, Frisell og Runeson 2007). Yatanes og Ugelvik (2019) belyser for eksempel hvor belastende innsatte mødre opplever fengselsoppholdet fordi de frarøves muligheten til å ha kontakt med egne barn. Tapet av omsorgen for barna, og bekymringene knyttet til dette, kan være så altoppslukende at de fleste andre belastninger fengselslivet pålegger dem blekner i sammenligning. Bekymringen for barna kan og bli så stor at det får psykiske konsekvenser. Innsatte kan føle på en sorg over å ikke ha kontakt med nære relasjoner, og skam og skyldfølelse over å ikke kunne være en omsorgsperson for sine barn.

Dette kapittelet har til hensikt å belyse betydningen av sosial kontakt med venner og pårørende utenfor fengselet for kvinnes helse. I dette prosjektet er det primært familieforhold som belyses, fordi våre kilder hovedsakelig forteller om betydningen av denne kontakten.

7.1. Ulike familierelasjoner og ulik kontakt

Familie kan være en viktig ressurs for den innsatte både under og etter soning (Duwe og Clark 2011; Mills og Codd 2008; Sivilombudsmannen 2016a). Normalt vil besøk av familie og venner være viktig for frihetsberøvede personer (Liebling 2004, s. 325; Mathiassen 2011, s. 19; Smith og Jakobsen 2017, s. 101 ff.). Familie og andre pårørende kan bidra med både moralsk og materiell støtte til den innsatte. Dersom kontakten med familie opprettholdes, vil det kunne bidra til en enklere overgang til samfunnet etter endt straffegjennomføring (Sivilombudsmannen 2016a, s. 46). Forskning peker på at innsatte som får besøk har lavere

tilbakefall (Mitchell, et al. 2016). Uansett virkning, er besøk en rettighet både for den innsatte og for de pårørende. Retten til kontakt mellom fengslede og familie er videre en «viktig retts- og sikkerhetsgaranti ved at familien til enhver tid vet hvor den innsatte befinner seg og kan bistå med å sikre at rettighetene til den innsatte blir ivaretatt» (Sivilombudsmannen 2016a, s. 46).

På den andre siden kan familierelasjoner i visse tilfeller også være utfordrende og by på ekstra belastning. Dette kan skyldes svak relasjonskvalitet, at kontakten blir svært preget av fengselskonteksten eller at den innsatte bekymrer seg mye for familien under soningsoppholdet (Comfort, 2003; Smith, 2014). Behovet for kontakt kan være svært komplekst, og ikke bare et gode. Familiekontakt under soningsforholdet forutsetter også at den innsatte har familiemedlemmer å opprettholde kontakten med. Dette er ikke tilfelle for alle innsatte. Innsatte har generelt dårligere oppvekst- og familievilkår enn normalbefolkningen (Revoll 2015; Firestad og Hansen 2014; Skarðhamar 2003; Nilsson 2002). I en undersøkelse utført av For fangers pårørende (FFP) i 2003 oppgir 90 % av innsatte i norske fengsler at de har kontakt med pårørende. 70 % av disse har kontakt med sin mor, rundt halvparten har kontakt med far og over halvparten med søsken (Dyb et al. 2006, s. 84).

Innsatte som deltok i vår studie har ulike familiesituasjoner og derfor også ulike utgangspunkter for sosial kontakt med pårørende. Flere av kvinnene som deltok i spørreundersøkelsen oppgir å være eller å ha vært gift eller samboer. Over halvparten av kvinnene, det vil si syv av tolv, oppgir også at de har barn under 18 år.

Kvinnene har ulike opplevelser med sosial kontakt og besøksordningen. Nesten alle kvinnene oppgir at det å ha muligheten til å ha besøk av familie og/eller venner er svært viktig for opprettholdelse av deres psykiske helse og mestringsfølelse under fengselsoppholdet. Til tross for dette oppgir flere kvinner at besøksordningen i liten grad dekker deres behov. I denne sammenheng er det viktig å presisere at de innsatte svarte på denne undersøkelsen etter at det var iverksatt smittevernstiltak i fengslene på grunn av koronapandemien. Innsattes svar kan derfor ha blitt påvirket av dette.

Sofie og Leah forteller at de har jevnlig kontakt med familie under soningsoppholdet. Sofie hadde omsorgsansvaret for to barn alene, mens Leah var gift og hadde fire barn. Under

soning hadde begge kvinnene besøk av og ringte familien jevnlig. Det var spesielt kontakten med barna som var viktig for dem. Leah forteller at hun hadde utvidet ringetid, fordi hun hadde omsorgen for barna. Hun fordelte ringetiden slik at hun kunne snakke med dem så ofte som mulig: «*Jeg ringte dem helt til jeg la meg, siste minuttene før jeg la meg for å ringe og si god natt*» (Leah, innsatt). Begge kvinnene uttrykker likevel at det var meget utfordrende å opprettholde kontakt med familien fra fengselet, og da spesielt kontakten med små barn. «*Og spesielt hun yngste, hun skjønnte jo ikke. Hun bare 'Mamma, hvorfor kan jeg ikke se deg?' (...)* Og det knuste hjertet mitt fordi i fengsel så har de bare vanlig den standardtelefonen» (Sofie, innsatt). Sofie gir uttrykk for at hun skulle ønske det var lettere å ha samtaler over videotelefon. Dette ville gjort kommunikasjonen med små barn lettere.

Frida hadde svært lite kontakt med familien under soningsoppholdet. Ved intervjutidspunktet hadde hun sonet i noen år men hadde bare hatt besøk av familie et par ganger. Frida gir uttrykk for å ha hatt et trøblete familieforhold forut for innsettelsen. Hun hadde blant annet bodd på ungdomsinternat fra tidlig alder. Emma hadde brev- og besøksforbud på intervjutidspunktet. Dette innebærer at hun ikke hadde mulighet til å ha kontakt med familie. I en kort periode hadde forbudet vært opphevet, og hun hadde da hatt noe kontakt med noen familiemedlemmer over telefon. Maja hadde også besøksforbud. Hun hadde ett barn og var i tillegg gift. På grunn av besøksforbudet hadde hun ikke hatt kontakt med familien etter innsettelsen. Dette opplevde hun som spesielt sårt da hun nylig hadde fått et barnebarn, som hun ikke hadde mulighet til å møte. Olivia oppga, i likhet med Frida, å ha lite kontakt med familie, men fortalte at hun hadde møtt sin mor noen ganger i løpet av soningsoppholdet. Hun gir under intervjuet uttrykk for å ha hatt lite sosial kontakt i forkant av innsettelsen og at hun derfor ikke merker så stor forskjell når det kommer til sosial kontakt.

Utfordringer med kontaktmuligheter

Fordelene ved besøk- og kontaktmuligheter er veldokumentert i forskningen, ikke minst ved at de negative konsekvenser av manglende kontakt er velkjente både for innsatte og for nære pårørende (Condry og Smith 2018; Mowen og Visser 2016; Smith 2014).² Til tross for dette er det ikke alltid slik at innsatte har mulighet til å gjennomføre besøk under

² I visse tilfeller er det å besøke foreldre i fengsel ikke til det beste for barnet (Smith 2014: 187 ff.), men generelt er det viktig for barn å kunne opprettholde en meningsfull og fungerende kontakt med foreldre under soning (Smith 2014).

soningsoppholdet.

Relativt mange som soner i skandinaviske fengsler får ikke besøk. I en dansk undersøkelse oppga 2/3 av deltakende fengslede foreldre at de ikke fikk besøk av barna sine (Smith 2014, s. 47). I Danmark (og trolig også i Norge) er besøksfrekvensen langt lavere i varetekt, hvor politiet kan iverksette en rekke restriksjoner. Men selv når det gjelder fengsler for innsatte som soner på dom er det en rekke forhold og utfordringer som gjør besøk vanskelig eller til og med umulig.

For det første kan det være lang reisevei til fengselet for den besøkende. Dette innebærer at den besøkende gjerne må ta fri fra jobb, skaffe eventuell barnevakt og betale transport og oppholdskostnader (Smith 2014, s. 144 ff.). For det andre kan fengselsbesøk bli vanskelig fordi mange fengsler har ugunstige besøkstider. For det tredje kan fengsel ha utilstrekkelige fasiliteter og kan oppleves som et skremmende miljø. Dette er spesielt viktig for barn som besøker foreldre i fengsel (Smith og Jakobsen 2010, s. 130). For det fjerde er det en rekke sikkerhets- og risikovurderinger som skal tas i forkant av besøket. Dette innebærer at den besøkende må bakgrunnssjekkes og kontrolleres før besøket.

En spesiell situasjon oppstår som nevnt i forbindelse med varetekt, hvor politiet i de skandinaviske landene generelt har særlig inngripende muligheter for å avgrense den innsattes kontakt med omverdenen, for eksempel i form av isolasjon og begrensinger på besøk. Som nevnt ovenfor opplevde flere av våre informanter dette. Da vi snakket med Maja hadde hun nylig blitt "bestemor i fengsel" og ikke hatt mulighet for å få besøk av sin datter, fordi hun hadde besøksforbud. Ved flere anledninger under intervjuet uttrykker Maja at hun opplever dette som veldig sårt:

«Så du får verken ha besøk eller kontakt i det hele tatt da med datteren din?»
(intervjuer).

«Ingenting. Det er litt vondt, men. (...) Jeg var jo, men jeg var jo i sjokk siden jeg ikke skulle få ringe de heller» (Maja, innsatt).

Kontakt under koronapandemien

Slik det er blitt vist til tidligere har koronapandemien ført til en rekke endringer i fengslene. Endringen er kanskje størst når det kommer til mulighetene for å opprettholde kontakt med familie. Pandemien har ført til besøksbegrensninger, noe som innebærer at besøk kun tillates dersom det vurderes som smittevernsforsvarlig. I praksis betyr dette at innsatte i perioder ikke har hatt mulighet til å få besøk. Dette har uten tvil vært svært belastende for de innsatte. Koronarestriksjoner kan også ha påvirket måten besøk har foregått på, når de har vært tillatt, hvilket kan ha resultert i besøk uten fysisk kontakt. Som vi skal se nedenfor har dette også kunne påvirke de innsatte markant. Slik det ble beskrevet i kapittel 5, har innsatte fått mulighet til å gjennomføre digitale videosamtaler for å kompensere for at de ikke har fått ha besøk.

En kvinne på Bredtveit beskrev mars 2021 hvordan pandemien har hatt betydning på besøksmulighetene slik:

«Det hersker en dyster stemning på hele avdeling B2. Mange har gitt opp. De orker rett og slett ikke mer. Vi ser ikke noe lys i enden av tunnelen. Det å ta fra innsatte besøk fra familie og venner, permisjoner og frigang, er den verste måten å ramme oss på. Vi får ikke ha nærkontakter, slik alle andre i samfunnet har. Siden mars 2020 har det vært forbudt for innsatte ved Bredtveit å ha fysisk kontakt med besøkende. Det er forferdelig lenge uten en trøstende klem. Innsatte er ikke prioritert i vaksinekøen, slik brukere på sykehjem og eldresentre er. Dette betyr at det vil ta lang tid før hverdagen for innsatte blir normal igjen» (Advokatbladet 2021).

Kvinnene som deltok i spørreundersøkelsen ble også bedt om å skrive noe om hvordan de opplevde videoløsningen. Flere ytret at de synes det har vært vanskelig eller slitsomt. Det kommer også frem at enkelte opplever det som en dårlig erstatning for besøk. En innsatt skriver for eksempel: *«Er ikke det samme som besøk og kunne nesten vært uten»* (innsatt). Andre setter pris på løsningen og en kvinne skriver: *«Veldig positivt! Mine venner er svensker bosatt i Sverige. Besøk blir derfor for dyrt og langt så iPad-besøk betyr mye for meg»* (innsatt). For innsatte med pårørende langt unna kan videomøter gjennom nettbrett være en fin tilgang til sosial kontakt, ikke bare under smittevernstiltak, men også på generelt

grunnlag. Nettbrettene gjør det også mulig for innsatte å gjennomføre besøket på egen celle, noe som i større grad gjør at pårørende kan få et innblikk i fengselshverdagen.

7.2. Konsekvenser av tapt kontakt for den innsatte

Forskning viser at sosial kontakt er svært viktig. Som mennesker er vi simpelthen avhengig av sosial kontakt (Akil 2020; Rua og Smith 2019). Mitchel (et al. 2016) beskriver hvordan straffegjennomføring forstyrrer individets tilknytning til samfunnet, familierelasjoner, arbeidsmuligheter og andre sosiale investeringer, noe som gjør det vanskelig for den innsatte å komme tilbake til samfunnet etter løslatelse. Empirisk forskning viser også hvordan opprettholdelse av kontakt med relasjoner på utsiden av fengselet kan føre til lavere tilbakefall til kriminalitet (Mitchel et al. 2016).

Tapt kontakt med pårørende kan føre til en følelse av ensomhet. Dette kan virke trivielt, men realiteten er at ensomhet kan få alvorlige konsekvenser for helse og livskvalitet. Hawkley (2020) skriver blant annet at følelsen av sosial isolasjon og ensomhet er vel så viktig som medisinske diagnoser eller helseskadelig atferd når man ser på risikoen for dødelighet. Mindre sosialt nettverk, færre sosiale kontakter og sjeldnere deltakelse i sosiale aktiviteter øker dødeligheten. Aktive sosiale relasjoner assosieres med betydelig lengre levealder, mens mangel på sosial kontakt svekker levealderen på samme måte som røyking, stort alkoholkonsum, fysisk inaktivitet og overvekt (Hawkley 2020, s. 186). Dersom fengslingsforholdet varer over en lengre tidsperiode kan det også tenkes at relasjonene blir preget av den tapte kontakten i ettertid. Den sosiale isolasjonen kan derfor vedvare også etter løslatelse.

Manglede sosial støtte øker risikoen for både fysisk og psykiske lidelser. For eksempel kan det svekke evnen til å mestre påkjenninger og vanskelige livssituasjoner, som et fengselsopphold i stor grad kan ses som. Dette kan gi svekket selvtillit, redusert selvbilde, en opplevelse av maktesløshet, og i siste instans også depresjon, angst og andre psykiske lidelser (FHI 2015).

Det er velkjent fra annen forskning at det å være forelder og ha begrenset (eller ingen) kontakt med sine barn kan forverre psykisk helse under fengsling (Holmgren, Frisell og Runeson 2007). Tapt kontakt med familie og barn under straffegjennomføring kan være

svært belastende og kan føre til psykiske problemer hos de innsatte. Et eksempel på dette er Sofie, som forteller at det faktum at hun ikke fikk sett barna sine under varetektsfengslingen utløste store problemer hos henne:

«Det var ... Jeg var helt knust. Jeg var helt nede for. Jeg var i massive depresjoner. Det var ... Det er helt ubeskrivelig hvordan det føltes. Det var ... Du kan føle nesten som om du er på bunnen av havet og du liksom, hver dag er en lidelse. Hver dag lever du i ... Det gjør så vondt. Det er ikke ... Du vil liksom nesten bare dø. Så sterkt opplevde jeg det» (Sofie, innsatt).

Å ha redusert kontakt med barna utløste depresjoner hos Sofie. Hun forteller at depresjonene og den psykiske belastningen førte til at hun fikk hørselshallusinasjoner: *«Jeg fikk jo den stemmehørslene som jeg hørte, som hele tiden ikke var så veldig snill da (...) Som kritiserte meg og. Så det var helvete på jorden, for å si det sånn, for meg» (Sofie, innsatt).*

Sofie beskriver at de timene hun har besøk av barna er svært verdifulle og at hun opplever det som at hun «lever igjen»: *«I de timene jeg var sammen med familien. Det virket som at jeg ... da levde jeg liksom. Jeg sleit jo. Jeg var jo depressiv, så ... Men jeg husker jo at hver gang jeg hadde besøk ... jeg gledet meg. Hver gang det kom besøk så gledet jeg meg så utrolig mye» (Sofie, innsatt).* Å opprettholde kontakt med familie under soningsoppholdet har stor effekt på helsen. Hun forteller at barna og familie er hennes største drivkraft. Å ha kontakt med disse personene har svært stor betydning for henne.

Leah forteller også om hvordan den tapte kontakten med familie, og spesielt barna oppleves som svært smertefull. *«Det er veldig vanskelig. Det er vanskelig, spesielt når man hører at ungen din sitter hjemme en hel måned på vinduet og ser at du skal komme hjem (...) Så det var, jeg tror jeg, altså jeg gråt hver eneste dag. Jeg gråt, ja. Altså jeg sovna mens jeg gråt liksom. Det var veldig vondt» (Leah, innsatt).*

Tapet av kontakt oppleves trolig ekstra belastende for innsatte som har egne barn. Noen hadde i tillegg små barn ved innsettelsen. Leah fortalte om bekymringen hun hadde: *«Jeg var veldig bekymra, for mannen min var jo alene og skulle jobbe, eller skulle han passe på forvirra barn. Og jeg var redd for at barnevernet skulle blande seg og finne på en småting og*

bare ta dem» (Leah, innsatt). Bekymringer som dette fører til at fengselsoppholdet blir ekstra belastende.

7.3. Konsekvenser for familie og barn

Tapt kontakt under soningsoppholdet påvirker ikke bare den innsatte, men også den innsattes pårørende. At manglende og/eller dårlig fungerende kontakt også kan ha store konsekvenser for fengslede pårørende er veldokumentert. I visse tilfeller kan det være en fordel når kontakt opphører, men i de fleste sammenhenger vil familie og barn påvirkes negativt (økonomisk, sosialt, helsemessig etc.) og ofte i stort omfang (Condry og Smith 2018). Comfort (2008, s. 14) bruker begreper «Sekundær prisonering» for å belyse hvordan pårørende indirekte blir straffet som et resultat av fengselsdommen, på grunn av deres forbindelse til individene i fengselssystemet. Pårørende må også tilpasse seg fengselets regler og rutiner. Sikkerhetsfokuset fører til at pårørende også blir utsatt for kontrolltiltak. Eksempelvis gjennomgås eiendeler, mat eller gaver de ønsker å ha med til den innsatte ved besøk. Dette oppleves trolig som invaderende i flere tilfeller. Pårørende opplever også å bli kontrollert ved andre kommunikasjonsformer. Eksempelvis gjennomgås brev de sender til den innsatte av autoriteter og de får ikke mulighet til å ringe den innsatte når de selv ønsker dette (Smith og Jakobsen 2010, s. 172).

Deres relasjon til den innsatte blir i aller høyeste grad kontrollert. Prisoneringen er aktuelt for alle pårørende, men kanskje spesielt for barn av innsatte. Ifølge en norsk undersøkelse opplever mellom seks og ni tusen barn årlig i Norge å ha foreldre i fengsel (Smith og Jakobsen 2010, s. 28). På den måte risikerer staten i realiteten å straffe en stor gruppe uskyldige borgere i form av barn med foreldre i fengsel (Smith og Jakobsen 2010).

Innsattes familier rammes ofte av økonomiske problemer og mange barn opplever skam, stigmatisering, depresjoner og negativ påvirkning på deres atferd og skolesituasjon som et resultat av fengslingen (Condry og Smith 2018; Smith 2014; Smith og Jakobsen 2010, s. 216). Det er en tung byrde å bære at man som innsatt påfører pårørende, og kanskje spesielt sitt eget barn, belastning. Dersom barn av innsatte belastes gjennom sekundær prisonering vil trolig soningsoppholdet oppleves mer belastende og tyngre også for den innsatte. En amerikansk studie av et besøksprogram for fengslede mødre og deres barn viste eksempelvis hvordan barna opplevde sekundær prisonering – dels i form av «changes in their schedules

and routines» og dels ved at fengselets «effort to discipline their bodies and regulate their emotions» fremprovoserte «anxiety, confusion, concern, and attention» (Aiello og McCorkel 2017, s. 16). En annen amerikansk studie viste at innsatte som rapporterte «barriers to family contact» også rapporterte om reduksjon i familieforhold etter løslatelse (Mowen og Visser 2016, s. 519). Dansk forskning viser også hvordan fengselets rutiner påvirker barnas hverdag og trivsel (Oldrup 2018). Mange faktorer kan påvirke kvaliteten av kontakten mellom barn og en fengslet forelder, inkludert fengselspersonalets kultur og måten de tar imot pårørende på (Smith 2014).

Forening for fangers pårørende (FFP) opplyser om at det å ha en nær relasjon i fengsel kan oppleves så belastende at det også fører til helseproblemer hos den pårørende. FFP utførte i 2005 en undersøkelse av pårørendes helse og livskvalitet der over halvparten av deltakerne svarte at de hadde fått dårligere helse etter innsettelsen. En tredjedel av deltakerne oppgir i undersøkelsen at de bruker mer medisiner en før, seks av ti hadde fått symptomer på psykiske lidelser som angst og depresjon. Nær halvparten var langt mer plaget med hodepine, nakke- og muskelsmerter og svimmelhet. 65 % hadde økte søvnproblemer. Halvparten av deltakerne hadde svekket matlyst og én av fire hadde betydelige vektendringer. FFP opplyser om at desto nærmere relasjonen mellom den pårørende og den innsatte er, desto høyere er graden av opplevd dårligere helse (FFP u.d.).

Som allerede beskrevet ovenfor forteller flere informanter i denne studien om hvordan fengselsoppholdet har påvirket kontakten mellom barn og forelder på betydelige måter. Dette kan ha store helsemessige konsekvenser for begge parter.

8. Profesjoner, roller og relasjoner

«Fengselet er jo ikke bygget for å hankses de sammensatte psykiske lidelsene på den måten. (...) Det kan bli splittings i gruppa innad og bli uenighet mellom oss og personalet på hva som er riktig å gjøre. Og så stå i veldig mye krevende da, fordi det er tunge pasienter. Sånn som foreldre krangler om hvordan de skal roe ned skrikingen fra ungene liksom» (Emil, psykolog).

I dette kapittelet ønsker vi å belyse og utdype hvilke relasjoner de ulike profesjonene har til de innsatte og seg imellom. Kapittelet omhandler med dette innsattes relasjon til helsepersonellet, både fengselshelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og relasjonen til fengselsbetjentene, samt helsepersonellens og betjentenes oppfattelse av situasjonen og arbeidsvilkårene. Videre belyser kapittelet hvordan fengselshelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten samarbeider med Kriminalomsorgen, og avslutningsvis samarbeidet med akuttpsykiatrisk avdeling ved sykehusene.

8.1 Innsattes relasjon til helsepersonale

Mennesker som er fratatt friheten har samme rett til helsetjenester som befolkningen for øvrig. Helsepersonale skal ta avgjørelser om hvilken helsebehandling den enkelte innsatte skal motta under soningsoppholdet og samtidig avgjøre hvilke saker og pasienter som må prioriteres. Innsatte, og kanskje spesielt kvinnelige innsatte, har et særlig behov for helsehjelp under straffegjennomføringen. Frihetsberøvelsen er en situasjon som øker risiko for sårbarhet og overgrep. Derfor er det flere grunner til at helsepersonell har en viktig rolle ovenfor innsatte i fengsel.

Innsattes opplevelser med helsepersonalet

I spørreundersøkelsen forteller kvinnene om ulike opplevelser med fengselshelsetjenesten. Halvparten av kvinne forteller at oppfølging av fengselshelsetjenesten har vært svært viktig for dem under soningsoppholdet. Når kvinnene ble spurt om hvor fornøyde de var med helsetilbudet oppgir likevel over halvparten at de ikke er fornøyde med tilbudet rettet mot psykiske helseplager. Heller ikke helsetilbudet for fysiske helseplager oppgir kvinnene å være fornøyde med.

Tre av kvinnene som deltok i spørreundersøkelsen oppgir at de har sendt inn klage på måten

de har blitt behandlet på under soningsoppholdet. For to av disse kvinnene inkluderer klagen behandlingen de har mottatt av helsetilbudet. En kvinne skriver også at hun ikke føler at legen i fengselet hører på henne: *«Lege hører ikke på meg og siden jeg ikke får møte ham hjelper det ikke be om noe. Blir avfeid som narkoman»* (innsatt).

I de kvalitative intervjuene uttrykker flere av de innsatte kvinnene at de ikke nødvendigvis er misfornøyde med personalet, men snarere med systemet. Flere har et stort behov for psykisk helsehjelp, men forteller at det er vanskelig å få tilgang på psykolog. En av kvinnene forteller at hun gikk til psykolog fast før hun ble varetektsfengselet, både på grunn av spiseforstyrrelse, angst og depresjon. Hun har også tidligere vært innlagt på psykiatrisk sengepost. Kvinnen opplevde at behandlingstilbudet opphørte da hun ble innsatt og hun har ikke fått mulighet til å gå til psykolog under fengselsoppholdet. Dette oppleves belastende for henne og hun har blitt dårligere etter fengslingen. Frida får behandling hos psykolog, men opplever at tilbudet mangler kontinuitet. Sofie og Leah forteller også at de har behov for psykolog under soningsoppholdet, men at det tok svært lang tid før de mottok dette tilbudet. Leah forteller også at hun har opplevd at behandlingstilbudet brått opphørte, til tross for at hun selv hadde behov for å fortsette. Emma sier: *«Helt ærlig så føler jeg at jeg blir sett på som en jobb og ikke som et menneske»* (Emma, innsatt).

Det er spesielt opplevelsene knyttet til fengselslegene de innsatte kvinnene er misfornøyde med. Flere av kvinnene opplever at det ikke er satt av tilstrekkelige ressurser til fengselslegene, og at det derfor tar svært lang tid å få legetime under soningsoppholdet. Sofie forteller at hun opplevde å måtte «kjempe» for å få den hjelpen hun opplevde å ha behov for. Hun forteller videre at hun opplevde en følelse av å bli avvist av legen. Dette var belastende for henne: *«Du følger deg så liten allerede (...) Du føler at du ikke er verd det da»* (Sofie, innsatt). Maja forteller om ubehagelige opplevelser med fengselslegen i fengselet der hun soner. Hun opplever å bli behandlet respektløst og at legen ikke har tilstrekkelig kompetanse:

«Men jeg har aldri møtt en så inkompetent og lite respektfull lege i mitt liv som du ser nå, han som var før var veldig flink og de snakket til deg, men hun her er 'hva sier hun, hva sier hun?' altså, hallo? Litt respekt krever jo vi og. Så jeg gidder ikke gå til de. Og det er de eneste som er her på huset» (Maja, innsatt).

Helsepersonalets prioriteringer og utfordringer

Helsepersonellet vi har vært i kontakt med i forbindelse med dette prosjektet uttrykker at mye av deres arbeid dreier seg om å skape en relasjon til de innsatte. Ved flere tilfeller blir det nevnt at kvinnelige innsatte er «relasjonsskadede» og at mye av jobben deres derfor går ut på å bygge opp tilliten hos de innsatte. Cecilie, en av sykepleierne som ble intervjuet, forteller at det ikke er gitt at de innsatte ønsker fortelle om sine helseutfordringer ved første samtale. Helsetilbudet er frivillig. Da handler det om å bygge en relasjon, slik at den innsatte skal ha muligheten til å oppsøke helsetjenestene når hun føler seg klar for det. *«Det er frivillig, men det er noe med å tilby seg da. Altså, ja, få en relasjon kanskje på ett eller annet plan, der hvor det i utgangspunktet er vanskelig»* (Cecilie, sykepleier).

Helsepersonalet opplever, i likhet med de innsatte, at de har mangel på ressurser og kommenterer at dersom de hadde vært flere ansatte, kunne de i større grad fulgt opp de innsatte. Personalet forteller at de stort sett har fulle arbeidsdager. Begrenset kapasitet skaper problemer når akutte situasjoner oppstår. Flere av de ansatte betegner mye av arbeidet som «brannslukking», og i slike situasjoner må de endre prioriteringer og kanskje også avlyse planlagte konsultasjoner på kort varsel.

«For det trøbler seg til her med å sette opp faste avtaler med for mange av gangen, for det skjer alltid noe akutt her, så må man avbryte, så blir det ikke sånn, og så ... Og det vet man, så det har vi tatt høyde for. Så jeg for eksempel prøver å ikke fylle lista mi helt, for da tar jeg meg vann over hodet» (Cecilie, sykepleier).

Videre poengterer flere ansatte vi har intervjuet at kvinnene har «utømmelig behov for helsehjelp». Mye av deres arbeid går derfor ut på å vurdere hvilke innsatte som skal prioriteres. Dette resulterer i at mye ressurser går til de psykisk sykeste. *«Det er så utømmelig behov for [helsehjelp]. Den gata man fort går i da, er at man blir ... man bruker mye ressurser på de som har tyngre psykiske lidelser»* (Cecilie, sykepleier). Cecilie forklarer at denne prioriteringen kan resultere i at mange med et mildere symptomtrykk ikke får den oppfølgingen og behandlingen de har behov for, da de sykeste ofte må håndteres akutt. De ansatte har rett og slett ikke kapasitet til å følge opp alle innsatte i like stor grad.

«Og så vil jeg også legge til, og det er ikke kynisk ment, men det er noe med det mellomsjiktet har kanskje høy grad av potensiale for å virkelig få god hjelp av den type oppfølgingsamtaler. Hvis du ser ... Det er forskjell ... Det å ha levd lenge med tunge psykiske utfordringer, du har vært igjennom hele behandlingsapparatet ... Mye av det vi driver med der er egentlig stabilisering og brannslukning, ikke sant? Men mellomsjiktet hadde kanskje hatt høyere rehabiliteringspotensiale da» (Cecilie, sykepleier).

Cecilie uttrykker, i likhet med ansatte ved spesialisthelsetjenesten, en følelse av å «komme til kort» i arbeidet de utfører. De har ikke mulighet til å hjelpe alle i tilstrekkelig grad. *«Jeg må si at å jobbe her gjør at du veldig ofte fylles med avmakt»* (Cecilie, sykepleier). Innsatte kommer ofte inn med et stort symptomtrykk og flere diagnoser. Hanne beskriver at de i løpet av veldig kort tid skal danne seg et bilde av problemer som kan gå langt tilbake i tid. Dette i seg selv er en utfordrende oppgave. Sykepleierne forteller at de har en opplevelse av at mange innsatte «har gått under radaren» i helsesystemet. Når de blir innsatt endrer derimot situasjonen seg og en rekke helseproblemer kommer frem i lyset:

«Det virker som de går litt under radaren når de er i systemet. Debare, de klarer seg jo, de har klart det fint, men, men når de kommer inn og blir rusfri, så dukker det jo opp det meste» (Hanne, sykepleier).

«Så jeg opplever ofte at det liksom blir lagt på ofte at 'nå har vi de der og nå skal dere inn og da skal vi prøve å gjøre alt det arbeidet vi ikke har fått gjort de siste 20 årene'» (Cecilie, sykepleier).

En annen utfordring helsepersonalet ofte står overfor er at innsatte ønsker seg et annet tilbud enn hva de tilbys. Helsepersonalet ble spurt om de opplever en diskrepans mellom hva helsepersonellet mener innsatte trenger, og hva innsatte selv føler at de trenger. Slik det ble vist til i kapittel 6 handler ofte pasientenes misnøye om medisiner. I tillegg forteller helsepersonalet at problemet ofte er at innsatte har forhåpninger om et helsetilbud som helsepersonalet ikke har mulighet til å tilby. En av sykepleierne skriver som svar på de skriftlige spørsmålene:

«Innsatte i fengsel har nok [høyere] forhåpninger til hva helseavd. kan tilby enn hva man kan innfri. Tror kanskje en del innsatte tror det skal være mer helsehjelp i fengsel enn det man har ute, at det er mer likt en sykehusavdeling. Noen har nok også en forhåpninger om at alle helseutfordringer skal fikses, uten at det nødvendigvis er mulig» (sykepleier).

Cecilie deler denne hypotesen om at innsatte kan ha en forestilling om at helsetilbudet skal være annerledes i fengsel enn hva som er realiteten. Hun forteller at mange innsatte ikke har kjennskap til hvordan helsesystemet faktisk fungerer. De innsatte har ofte ønske om en viss type hjelp eller behandling som helsepersonalet ikke tilbyr. Cecilie presiserer at innsatte må rettighetsvurderes på samme måte som normalbefolkningen. Dette er ofte ukjent for mange innsatte. Hun sier at de må være veldig nøye med å definere hva som er deres arbeidsoppgave. I tillegg påpeker Cecilie at det ikke nødvendigvis er slik at god helsehjelp er å tilby innsatte den behandlingen de selv mener de trenger: *«Det du tenker at du trenger selv er ikke nødvendigvis det vi definerer som god helsehjelp»* (Cecilie, sykepleier).

Helsepersonalet vektlegger også en rekke utfordringer med å gjennomføre helsearbeid i en fengselssituasjon. Helsepersonellet reflekterer over at deres oppgave er å tilby så god helsehjelp som mulig under de forutsetningene fengselshverdagen pålegger dem.

Mangel på tilrettelegging

Mangel på tilstrekkelig helsehjelp er et gjennomgangstema i empirien vår. Innsatte har krav på et tilrettelagt og individuelt helsetilbud (Helsedirektoratet 2016), men flere av kvinnene forteller at de ikke har mottatt dette.

Kvinnen som hadde spiseforstyrrelser sin historie er et eksempel på hvordan dette kan arte seg. Hun hadde ved innsettelse en allerede diagnostisert spiseforstyrrelse som hun gikk i behandling for, men denne opphørte da hun ble varetektsfengslet. Kvinnen forteller at hun gikk mye ned i vekt til tross for at vektøkning var en viktig del av hennes behandlingsplan. Hun spurte helsepersonalet om hun kunne få måltidsstattere for å hjelpe henne å holde kroppsvekten stabil under soning, men dette ble avslått med argument om at hun måtte forholde seg til den maten fengselet tilbød alle innsatte. Kvinnen forteller også at hun

opplevde at helsepersonalet hadde et overfokus på vekten hennes. Tidligere hadde vektkontrollen vært kombinert med psykologisk oppfølging. Under soningsoppholdet opphørte hennes behandling hos psykolog.

Et annet eksempel på en opplevelse av manglende tilrettelegging er Majas manglende nedtrappingsplan for rusmiddelmisbruk, som ble belyst i kapittel 6.

Mannlig helsepersonell

Ifølge Bangkok-reglene har kvinnelige innsatte rett på kvinnelige helsepersonell dersom de ønsker det, så langt det er mulig å gjennomføre (Bangkok-reglene, 10.2). Enkelte av kvinnene i en tidligere studie unngikk å oppsøke helsehjelp fordi fengselslegen var en mann (JURK 2018). Slik det ble poengtert i kapittel 3, har flere innsatte kvinner erfaringer med seksuelle overgrep. Negative opplevelser med menn kan gi problemer med å forholde seg til en mannlig lege. (JURK 2018, s. 56; Sivilombudsmannen 2016, s. 43). Det er også et poeng at kvinnene ikke nødvendigvis trenger å ha negative opplevelser med menn for å ønske å møte kvinnelig helsepersonell. Det kan også tenkes at kvinnene rett og slett syns det er mer komfortabelt å snakke om kvinnehelseproblematikk med en kvinnelig lege. Dette er noe innsatte kvinner i mindre grad har mulighet til, da det ikke er en garanti for at de kan få en kvinnelig lege. De er avhengige av å forholde seg til fengselslegen i det aktuelle fengselet, uavhengig av legens kjønn. Det er usikkert hvor ofte kvinnelige innsatte må forholde seg til mannlig lege. I begge fengslene der vi gjennomførte intervju hadde kvinnene opplevd å kun ha tilgang til mannlig fengselslege.

I spørreundersøkelsen oppgir mange at de foretrekker å møte kvinnelig helsepersonell. For seks kvinner er dette «svært viktig», mens to syns dette er «ganske viktig». Det er bare to som syns dette er «svært lite viktig».

I Sivilombudsmannens besøksrapporter fra fengsel med kvinnelige innsatte fremlegges det at de innsatte kan henvises til kvinnelig lege på utsiden av fengselet ved for eksempel gynekologiske undersøkelser eller lignende (Se f.eks. Sivilombudsmannen 2016b/c; Sivilombudsmannen 2018). En av sykepleierne vi intervjuet ble spurt om dette var noe de gjorde ofte. Hun svarte: *«Ikke veldig ofte nei, men vi fikk nylig en kvinnelig lege her og da så vi jo hvor mye det kanskje egentlig betydde for damene»* (Hanne, sykepleier). Da de ansatte

en kvinnelige lege så de at flere innsatte ba om gynekologisk undersøkelse. Sykepleieren forteller at de nå har en mannlig lege, men at de jobber for å få en fast kvinnelig lege basert på erfaringen med at dette tilsynelatende senket terskelen for å oppsøke lege.

En av kvinnene som ble intervjuet forteller at hun følte seg presset til å oppsøke mannlig lege da hun sonet. Hun har tidligere vært utsatt for seksuelle overgrep. Kvinnen har til vanlig mannlig fastlege, men opplevde fortsatt at det var ukomfortabelt å skulle foreta blant annet gynekologiske undersøkelser hos en mannlig lege hun ikke hadde en relasjon til. Hun forteller at hun ønsket å få gjennomført undersøkelsen av en kvinnelig lege på utsiden av fengselet, men at dette ønsket ikke ble innfridd. Løsningen fra fengselets side var at kvinnelige sykepleiere var med henne da undersøkelsen ble gjennomført. Hun forteller:

«Selv om de [sykepleierne] var der, så følte jeg meg ukomfortabel. Det her var noe de tvang meg til å gjøre. Ja, jeg satt utafør å gråt mens jeg venta på å bli henta. (...) Så gråt jeg, så da kommer sykepleieren som var inne med meg og trøster meg. 'Men dette her går bra, det skjedde jo ingenting.' Men jeg følte meg, at de skjønnte ikke at dette her ikke var greit for meg. Og bare for at hun var der og trøsta meg, så trodde hun at alt skulle gå bra» (innsatt).

Denne kvinnen opplevde å føle seg tvunget til å få utført undersøkelsen av en mannlig lege. Til tross for at hun hadde kvinnelige sykepleiere til stede opplevde hun undersøkelsen som traumatisk. Hun forteller videre at det var mange av kvinnene hun sonet med som hadde vært utsatt for overgrep og at flere av dem følte seg utrygge under konsultasjoner med mannlig helsepersonell. Hun forteller også kvinnene ofte diskuterte at de ønsket seg kvinnelig lege:

«Vi hadde jo den diskusjonen mange ganger gjennom de innsatte at alle ønsket en kvinnelig. Vi skrev til og med til lederen at nesten alle damene skrev at de vil ha en kvinnelig lege der ... Men det var noen som bestemte at han skulle ikke byttes på så mange av oss så mange måneder. Men jeg var jo der i X år og det var samme lege» (innsatt).

Vi har kun intervjuet én mannlig helseansatt, Emil. Han er psykolog ved spesialisthelsetjenesten. Han har i liten grad hatt konsultasjoner med kvinnelige innsatte, men har så langt ikke opplevd at hans kjønn har stått i veien for behandling. I de tilfellene der det

har vært et problem, har de funnet en løsning på dette. Mannlig helsepersonell kan, ifølge Emil, være både positivt og negativt. Han forteller at han som mann kan gi innsatte kvinner en mulighet til å skape en positiv relasjon og erfaring med menn: «*Det kan jo være både bra og dårlig. Det fine med det er jo å få en ny erfaring med at det går an å snakke med en mann hvis man har veldig dårlige erfaringer med menn*» (Emil, psykolog). Han forteller at det på den andre siden også kan være problematisk dersom det hindrer kvinnen i å ta imot behandlingstilbudet.

8.2. Innsattes relasjon til betjenter

Relasjonen mellom innsatte og ansatte i et fengsel er preget av en unik intimitet. Ifølge Crawley og Crawley (2008) gjør nærheten mellom innsatte og ansatte det umulig for ansatte å vedlikeholde avstand og skille mellom «oss» og «dem». Andre forskere fremhever at logikken i en total institusjon (Goffman 2012) alltid vil resultere i nettopp en «oss» og «dem»-dynamikk, som kan resultere i at fengsler blir delt i et «fangeland» og et «betjentland» (Minke 2012). Fremveksten av en form for nære relasjoner mellom ansatte og innsatte er ikke desto mindre naturlig. Dette kan i verste fall kompromittere de ansattes autoritet (Goffman 1969), men er samtidig en bevisst rettslig målsetning i de skandinaviske fengselssystemene, hvor det er betjentenes oppgave at skape gode relasjoner med de innsatte (Smith 2021). Den dagligdagse og mellommenneskelige samhandlingen og relasjonene mellom innsatte og ansatte er dermed en del av fengselets primære sikkerhetsforanstaltninger i Norge, som i Kriminalomsorgen omtales som «dynamisk sikkerhetstenkning» (Lundeberg og Rye 2018, s. 19).

I forbindelse med maktutøvelse og tvang kommer kompleksiteten i betjentrollen spesielt tydelig frem. Fredwall (2015) beskriver hvordan betjentene både er den innsattes «venn» og «vokter» på samme tid. Samtidig som betjenten er den innsattes samtalepartner, er betjenten også den som låser den innsatte inne på cellen på slutten av dagen. Det er naturlig at dette kan oppleves som et paradoks for den innsatte.

Opplevelser med betjentene

I en tidligere studie oppga over halvparten av kvinnene at de opplevde å bli behandlet med respekt av de ansatte i fengselet, mens kun 5 % svarte nei på dette spørsmålet (JURK 2018, s. 65). I spørreundersøkelsen vi har gjennomført ble de tolv kvinnene spurt om hvor viktig eller

uviktig de mente samvær med betjenter var for opprettholdelse av psykisk helse og mestringsfølelse. Fire av kvinnene oppga at det var «svært viktig», fire oppga at det var «ganske viktig», og to oppga at det var «noe viktig». Kun én kvinne oppga at det var «svært lite viktig», og én kvinne oppga at det var «ganske lite viktig». Fire av kvinnene oppgir å kunne snakke fortrolig med kontaktbetjent og fire å kunne snakke fortrolig med andre betjenter.

Kvinnene har ulike oppfatninger av og forhold til betjentene. For det meste forteller de om positive opplevelser. De forteller at betjentene stort sett er hyggelige og at de setter pris på dem og arbeidet de gjør: «Jeg tror betjentene gjør en veldig god jobb. (...) De har gjort veldig mye bra og holder oss i aktivitet og sånn» (Emma, innsatt).

«Men jeg var også veldig heldig. Det må jeg si. Hun som tok meg imot var utrolig hyggelig, utrolig kjærlig. Hun tok meg med inn. Hun skjønte at jeg var veldig lei meg og trist» (Sofie, innsatt).

«Hun ble min kontaktperson. Og jeg syntes at hun var veldig flink og snill. Det var en som het X. Så synes jeg hun tok meg imot veldig fint og hun kom inn på rommet mitt og snakka med meg, og når jeg var dårlig så tok hun meg ut på luft, og» (Leah, innsatt).

Kvinnene har også opplevd at betjentene strekker seg langt for å hjelpe dem. Sofie forteller at en av fengselsbetjentene prøvde å organisere helsehjelp for henne ved ankomst til fengselet, da hun så at hun hadde behov for det. «I isolasjonen min så hadde jeg kun kontaktbetjentene å forholde meg til, så jeg hadde veldig mye ... Jeg snakket veldig mye med hun ene, og hun skjønte at jeg trengte hjelp også» (Sofie, innsatt). Frida forteller at betjentene brukte lang tid på å snakke med henne etter innlåsing, til tross for at betjenten hadde andre arbeidsoppgaver. Dette satte hun stor pris på. «For eksempel som i går, hvor jeg ble litt dårlig på kvelden. Jeg satt og gråt og så kom avdelingsbetjenten inn, og han snakket med meg i nesten ... Jeg lurer på om det var 45 minutter etter innlåsing, selv om han skulle opp og avløse på avdeling X da» (Frida, innsatt).

De innsatte forteller også om negative opplevelser. «Men det var noen av dem som ikke var grei, som ikke brydde seg liksom» (Leah, innsatt). Det er spesielt med tanke på

helseproblemer at kvinnene er misfornøyde med behandlingen de mottar av betjentene. Kvinnene forteller at de har opplevd å ikke bli tatt seriøst og møtt på sine helseproblemer. I tillegg opplever de en rekke ulikheter i oppfølgingen de mottar. Eksempelvis forteller Sofie at behandlingen man mottar i stor grad er preget av hvilke betjenter som er på jobb. Noen betjenter er i større grad villige til å se gjennom fingrene på regelverket enn andre. En av kvinnene i spørreundersøkelsen skriver:

«Jeg ønsker at KO [Kriminalomsorgen] var interessert i å luke bort dårlige betjenter. Maktforholdet mellom ansatt og innsatt er gigantisk og visse betjenter utnytter dessverre dette. At man har uniform, burde IKKE være en tillatelse til å mobbe eller trakassere innsatte. Dessverre gjør KO ingenting for å rette på eller korrigere noe som helst. Klart er misforhold. Det at en eventuell klage kun vil være til enda større bekymring gjør ikke saken bedre» (innsatt).

Denne holdningen beskrives også i dansk fengselsforskning, hvor innsatte generelt opplever at de fleste betjente er ok, eller gode, mens mange mener at en mindre gruppe ansatte utnytter deres makt overfor de innsatte (Smith og Jakobsen 2017, s. 94).

Betjenter som behandlere

I de fengslene vi har vært i kontakt med i forbindelse med dette prosjektet har innsatte stort sett kun hatt tilgang til helsepersonell enkelte timer i hverdagen. På kvelden, helgene og på helligdager er ikke helsepersonell til stede. Innsatte er derfor avhengige av at fengselet kontakter helsepersonell på vegne av dem, dersom det skulle være nødvendig. Dersom det oppstår en akuttsituasjon er det fengselet som har ansvar for å kontakte legevakt. Det er normalt en førstebetjent som tar denne avgjørelsen.

«Som førstebetjent har jeg et særskilt ansvar. Jeg må hver dag vurdere om det er behov for legevakt når helsetjenesten ikke er til stede. Hos oss er de kun i fengselet på dagtid mandag, tirsdag og torsdag. Jeg må hele tiden være oppdatert på innsattes helsetilstand og har et stort fokus på å være til stede og snakke mye med innsatte. Jeg bruker mye tid på å veilede og oppfordre innsatte til å søke hjelp» (betjent, skriftlige spørsmål).

Flere innsatte, både i spørreundersøkelsen og under intervju, forteller at de har opplevd å ikke få den helsehjelpen de selv mener de har behov for. Leah forteller at hun hadde flere alvorlige helseproblemer under sitt fengselsopphold. Ved flere anledninger opplevde hun at det kunne være vanskelig å få betjentene til å innse at hun trengte helsehjelp. I Sivilombudsmannens besøksrapporter (Sivilombudsmannen 2014; 2015; 2016b/c) kommer det også frem at innsatte har opplevd at helsepersonalet ikke har blitt tilkalt, til tross for at den innsatte har ønsket dette. Dette er alvorlig da innsatte ikke har mulighet til å kontakte helsepersonalet direkte, og de er derfor avhengige av å bli hørt av betjentene.

Kvinnene forteller at det har vært utfordrende å få hjelp og psykolog i fengselet, og det gjør at betjentene og den relasjonen de har til dem blir desto viktigere. Frida og Emma omtaler betjentene som «hobbypsykolog» og «terapeut».

«Eller jeg opplevde at jeg måtte lene meg på betjentene, og betjentene ble på mange måter, jeg holdt på å si, hobbypsykologer, og det er de fortsatt» (Frida, innsatt).

«For jeg snakker med han om hvordan jeg har det, hva jeg føler, hva jeg tenker. Og så er han veldig god lytter. Og så må jeg si, at han har på en måte blitt en terapeut for meg» (Emma, innsatt).

Betjenter er ikke helsepersonell, men disse sitatene belyser at betjentenes tilstedeværelse likevel er av stor betydning. Frida uttrykker eksempelvis hvordan «betjentene spiller en viktigere rolle enn det helse gjør. (...) Fordi at de er på en måte tett på i hverdagen, de følger deg opp, de tar på en måte samtaler med deg» (Frida, innsatt). Både Frida og Emma uttrykker takknemlighet for at betjentene setter av tid til å snakke med dem. Det gjør hverdagen deres enklere. I de skriftlige spørsmålene som ble sendt ut til betjenter ble de spurt om hva som kunne være positivt for innsattes psykiske helse, og hva de i kraft av sin stilling kunne bidra med. Samtlige av betjentene uttrykker at det å snakke med de innsatte er av stor betydning:

«Det viktigste er å ta seg tid til å snakke med innsatte. Jeg forsøker å snakke rolig, tydelig og med enkelt språk som minsker sjansen for misforståelser. Min erfaring er at psykisk syke responderer bra på forutsigbarhet og trygghet.

«Dette er ting jeg hele tiden har med meg i hverdagen» (betjent, skriftlige spørsmål).

Til tross for dette uttrykker betjentene også at de både har manglende kompetanse og tid til å gi innsatte den hjelpen de har behov for og at de skulle ønske at de hadde mer av begge deler.

«Kan hjelpe i form av samtaler og aktivisering, men opplever personlig at det er begrenset «hvor mye det hjelper». Vi har hatt flere ulike innsatte med store psykiske problemer, hvor vi som fengselsbetjenter ikke har nok kunnskap og heller ikke nok tid til å kunne avhjelpe» (betjent, skriftlige spørsmål).

«Jeg som fengselsbetjent føler jeg kun kan hjelpe de innsatte til en viss grad når det kommer til helseproblemer. Jeg kan være en støttespiller og samtalepartner, men mitt fag er fengselsbetjent ikke helsepersonell. Jeg gjør så godt jeg kan, men merker ofte at problemene de innsatte kommer med er utenfor mitt kompetansenivå. Skulle sårt ønske jeg kunne bidratt med mer når det kommer til helseproblemer, men for meg blir det å lese seg opp på nettet og gi de tipsene jeg kan» (betjent, skriftlige spørsmål).

«Jeg kan prate med de, hjelpe dem med å komme i kontakt med andre instanser utenfor fengselet, men det er ikke nok. Vi som betjenter har ingen/lite kunnskap om hvordan hjelpe traumeutsatte personer. Dette er sikkert et helt fag på skoler. Vi burde i det minste få litt undervisning/kursing på dette feltet» (betjent, skriftlige spørsmål).

Også betjentene som ble intervjuet i forbindelse med prosjektet uttrykker et ønske om å ha mer kompetanse angående psykisk helse. Helsepersonellet har som oppgave å veilede betjentene. Til tross for dette uttrykker betjentene en usikkerhet rundt hvordan man håndterer innsatte med psykiske lidelser.

Viktoria forteller at situasjoner der kvinnene må være innlåst på cellen er et kritisk punkt. Hvor hyppig dette skjer er noe betjentene i liten grad kan styre. Men Viktoria prøver å hjelpe de innsatte med å finne aktiviteter de kan drive med under innlåsing, som får tiden til å gå fortere. Hun har for eksempel lært innsatte å strikke og hjulpet dem med å finne

strikkeoppskrifter på biblioteket.

Den andre betjenten, David, forteller at de har opplæring fra fengselshøyskolen i å ha samtaler med innsatte. David snakker med noe større selvtillit rundt hjelpen han som betjent kan tilby den innsatte, enn Viktoria. Han beskriver at de i en akuttsituasjon gjerne klarer å roe den innsatte noe ned når helsepersonell ikke er til stede i fengselet. Likevel reflekterer han rundt at dette egentlig bare er å utsette problemet til dagen etter, når helsepersonellet er tilbake på jobb. I intervju med helsepersonell beskrives dette som «brannslukking». David poengterer: «*Vi er til slutt ingen helsepersonell*» (David, betjent).

At betjenter indirekte får rollen som «behandler» kommer ikke uten problemer. Betjentrollen kan oppleves utydelig av begge parter og det kan være vanskelig å kombinere rollens kontrollfunksjon med rollen som behandler.

Taushetsplikt og fengselsbetjenters innsyn i innsattes helse

I teorien skal ikke fengselsbetjentene ha innsyn i innsattes helsesituasjon. I praksis er det likevel vanlig at helseproblemer blir synliggjort. Innsatte kan også delvis fritta helsepersonell for taushetsplikten, slik at betjentene kan få en bedre forståelse for deres helsesituasjon.

Til tross for at betjentene ikke skal ha innsyn i innsattes helsesituasjon, er det flere situasjoner i fengselshverdagen hvor dette er nærmest umulig å unngå. Eksempelvis er betjentene innsattes mellomledd for å komme i kontakt med helsepersonalet. Slik det ble poengtert i kapittel 4, viderefremidler betjentene såkalte «samtalelapper», som vil si forespørsel om konsultasjon. De innsatte må ikke oppgi grunn for konsultasjonen på disse lappene, men hyppigheten av konsultasjoner vil naturlig synliggjøres. Innsatte på høysikkerhet er også avhengige av å bli fulgt av en betjent til helseavdelingen ved konsultasjon. Dersom en innsatt skal på konsultasjon utenfor fengselet må den innsatte fremstilles sammen med betjent. Det er da ikke til å unngå at betjentene får innsyn i hvilke helsetjenester den innsatte oppsøker. I tillegg har betjentene innsyn i hvilke medisiner den innsatte tar. Betjentene får ikke nødvendigvis informasjon om hvilken diagnose den innsatte medisineres for, men dette vil ofte være selvforklarende, litt avhengig av medisintype.

Et annet eksempel på at betjenter får innsyn i innsattes helsesituasjon er at betjentene har

mulighet til å overhøre innsattes telefonsamtaler eller besøk så fremt det er grunnlag for dette. Dersom den innsatte ønsker å snakke om sin helsesituasjon med familie eller venner risikerer de at betjentene får innsyn i deres helsesituasjon. Leah uttrykker at dette fører til at man har lite privatliv: «*Til og med helsa di var ikke privat. Ingenting var privat der inne. Det var ikke noe, noe som helst privatliv for å si det sånn*» (Leah, innsatt).

Til tross for at betjentene ikke skal ha innsyn i innsattes helsesituasjon forteller en av kvinnene at hun på et tidspunkt følte seg presset til å fortelle betjentene om sine problemer. Hun opplever at betjentene hadde makt over henne og at hun derfor ble tvunget til å fortelle om sin situasjon:

«Men i enkelte tilfeller, hvis du drar veldig ofte til legen da, så spør de fengselsbetjentene 'Hvorfor er du der så ofte? Hva er det som er galt, liksom?' Og det er jo ikke helt greit å måtte dele sine sykdommer eller plager til en fengselsbetjent da, som ikke har egentlig noe med det å gjøre liksom»
(innsatt).

«Har du opplevd å få de spørsmålene?» (intervjuer).

«Jeg har opplevd det en gang, men heldigvis så var det veldig sånn på privatnivå da at de ... De kalte meg inn til kontoret og spurte hvorfor jeg måtte dra til legen så ofte. Men noen ganger ... Alle er jo mennesker liksom, tenker jeg. Så noen ganger så spør de rett ut med de andre da, når det er liksom masse folk der, så det synes det er litt ... Det kan være litt ubehagelig, tenker jeg» (innsatt).

En sentral utfordring i samarbeidet mellom helseinstansen og Kriminalomsorgen er problemstillinger knyttet til taushetsplikten. I intervju med spesialisthelsetjenesten poengterer Solveig at innsatte ofte er opptatt av dette. Innsatte kan eksempelvis ha vanskeligheter for å åpne seg for behandleren dersom de er redde for at informasjonen føres videre til andre instanser.

Cecilie forteller at de under inntakssamtalen spør den innsatte om det er greit at de samarbeider med Kriminalomsorgen. På denne måten kan helsetjenesten og

Kriminalomsorgen lette på taushetsplikten. Sykepleieren forteller at uten denne lettelsen blir det svært vanskelig å samarbeide om den enkelte pasient. Det legges vekt på at dette gjøres for å kunne bedre den innsattes situasjon. Det er betjentene som ser den innsatte daglig og det er da viktig at betjentene kjenner til den innsattes helsesituasjon for å kunne legge til rette for en best mulig straffegjennomføring: *«Og hvis de ikke vet om de ulike utfordringene, triggere, hva som kan gjøre det bedre og hva som kan gjøre det verre, så blir det verre for den enkelte da. Det bruker vi en del tid på, faktisk. Det samarbeidet rundt den enkelte»* (Cecilie, sykepleier).

Helsetjenesten har ansvaret for helsen til de innsatte. Kriminalomsorgen har ansvaret for sikkerheten, både for innsatte og ansatte. I enkelt tilfeller går sikkerhetsperspektivet foran prinsippet om taushetsplikt. Anne forteller at dersom helsepersonellet gjør vurderinger om forhøyet selvmordsfare må de kommunisere dette til Kriminalomsorgen. Der det er vurdert særlig høy voldsrisiko kan ikke helsepersonale motsette seg at det er en betjent til stede under behandlingen. Solveig reflekterer rundt dette: *«Det er klart at det kompromisser jo taushetsplikten, men jeg synes det er vanskelig å se for seg en annen måte å gjøre det på, på en måte. (...) For meg så blir det liksom å velge mellom å gi helsehjelp eller ikke, og at sikkerheten ligger rundt, det er en viktig del av det»* (Solveig, psykologspesialist).

8.3. Samarbeidet mellom helsepersonale og Kriminalomsorgen

Kriminalomsorgen og helse- og omsorgstjenesten er forskjellige etater og styres av forskjellige regelverk. Samtidig er samarbeid mellom de to etatene er viktig får å kunne oppnå gode resultater, spesielt for innsatte med behov for sammensatte tjenester (Helsedirektoratet 2016, s. 17). Intervju med ansatte i både primær- og sekundærhelsetjenesten bekrefter dette. Stort sett forteller helseansatte at samarbeidet mellom Kriminalomsorgen og helseavdelingene fungerer godt. Kriminalomsorgen omtales som helsepersonalets «vertsorganisasjon» noe som innebærer at de ser mye til hverandre.

Selv om samarbeid er nødvendig, kan det være problematisk for helsepersonell å assosieres for sterkt med Kriminalomsorgen: *«Samtidig som vi er opptatt av den adskillelsen, ikke sant, og pasientene er opptatt av det, samarbeidet med politi og kan betjentene lese i journalen min og, ikke sant, det er mange sånne ...»* (Solveig, psykologspesialist). Solveig forteller at de i spesialisthelsetjenesten pleier å bli invitert til Kriminalomsorgens julebord og sommerfester,

men at de har tradisjon for å ikke delta på dette, nettopp for å ivareta dette skillet. Andre eksempler på denne adskillelsen er at helseavdelingen har egne inkomstsamtaler med innsatte og at de har egne datasystemer. De ulike instansene har også, normalt sett, taushetsplikt ovenfor hverandre.

Veiledning av betjenter

Helsedirektoratet (2016, s. 17) skriver i sin rapport at helse- og omsorgstjenesten bør etablere et konstruktivt samarbeid med fengselets ledelse og andre ansatte i Kriminalomsorgen slik at de kan drøfte og samordne tiltak for de innsatte. Med bakgrunn i dette bør det opprettes arenaer for samarbeid mellom fengselsledelsen, øvrige ansatte og helse- og omsorgstjenesten i fengsel (Helsedirektoratet 2016, s. 17).

Ansatte ved fengselshelsetjenesten forteller at en sentral del av arbeidsoppgavene deres går ut på å veilede fengselsansatte, og spesielt fengselsbetjenter. Veiledningen kan være både generell kunnskaps- og informasjonsveiledning og dreie seg om konkrete pasienter. Kriminalomsorgen og helsetjenesten har normalt sett faste møter for å diskutere aktuelle problemstillinger. Sykepleier Beate forteller at denne veiledningen egentlig ikke er deres arbeidsoppgave, men at de gjør dette for å få en «smidigere» arbeidssituasjon:

«Vi som sykepleiere her må jo veilede personalet (...) Ikke egentlig vår oppgave å veilede personalet på Kriminalomsorgen. Men det gjør vi egentlig for at vi skal få en smidigere arbeidssituasjon. (...) Så må vi være i møter og veilede de og om og om igjen, så ... det er jo ... Men det hjelper også utrolig mye òg. Ellers skulle det ikke fungere heller, hvis de ikke skulle ha et slikt system. De er jo ikke helsepersonell og de tar jo mye av oppgavene som skulle egentlig kreve helsepersonell» (Beate, sykepleier).

Cecilie forteller at de typisk kan veilede betjenter i forbindelse med pasienter som trenger ekstra tilrettelegging. I tillegg informerer de ansatte i Kriminalomsorgen om ulike trekk og problemstillinger knyttet til ulike diagnoser, slik at betjentene skal ha bedre forutsetninger for å håndtere kvinner med disse utfordringene:

«Jeg vil ikke kalle det opplæring, men jeg tenker at det er ... De opplever det som god informasjon og veldig matnyttig i arbeidet sitt med innsatte da. Det er den tilbakemeldingen vi får. For det ... De trenger ikke å snakke om enkeltpersoner, men kanskje er det greit at man vet hva som ... Hvilke utfordringer har mennesker som har en emosjonell ustabilpersonlighetsforstyrrelse. Det er fort gjort å bli tolka som drittsekk, og så er du egentlig ... Er dette noe du sliter med både her og andre steder, og som gjør livet veldig vanskelig for deg da» (Cecilie, sykepleier).

Betjentene vi intervjuet uttrykker også at de setter pris på veiledningen fra de helseansatte. Vi beskrev over at betjentene ønsket at de hadde mer kunnskap om helse, og spesielt psykisk helse. Ansatte i Kriminalomsorgen er ikke helsepersonell, men har likevel ansvar overfor innsattes helse og kan også gjøre en viktig forskjell. Dersom betjentene har spørsmål om ulike helsetilstander eller lignende kan de også ta kontakt med primærhelsetjenesten. En av fengselsbetjentene forteller at de gjerne sender en melding til helsepersonalet dersom de har bekymringer for en innsatt som ikke selv tar kontakt med helseavdelingen. Da kan helsepersonalet vurdere om det er noe de burde ta tak i. Vel og merke er det ikke et formelt system for disse bekymringsmeldingene.

På den andre siden kan også helsepersonalet ytre sin bekymring om en pasient til avdelingen der pasienten soner. Emil, som er psykolog ved spesialisthelsetjenesten, forteller at dersom man som behandler har blitt bekymret for pasienten under en samtale, kan man snakke med avdelingen og sammen fastsette et samarbeid rundt pasienten. Eksempelvis kan helsetjenesten oppfordre betjentene til å snakke med og aktivisere pasienten, dersom det er behov for det. Psykologen forteller at denne formen for samarbeid erfaringsmessig fungerer svært godt.

Uenigheter mellom personalet

På tross av samarbeidsrutiner kan det oppstå uenigheter mellom helse- og omsorgstjenesten og Kriminalomsorgen om hvordan innsatte skal motta helse- og omsorgstjenester.

Helsedirektoratet (2016, s. 17) tar opp dette forholdet, og skriver: «Helse- og omsorgstjenestenes målsetning er å innfri pasientenes rettigheter til nødvendige helse- og omsorgstjenester. Soningsforholdene reguleres imidlertid av straffegjennomføringsloven.

Kriminalomsorgen har et berettiget krav om å kunne innskrenke den innsattes bevegelsesfrihet».

I enkelte tilfeller er helsepersonellet og fengselsbetjentene uenige i vurderingen av hvordan den innsatte skal håndteres. Solveig uttrykker at uavhengigheten til Kriminalomsorgen er spesielt viktig i tilfeller der helsepersonalet er uenige med fengselets vurderinger:

«Jeg tenker også at vi skal beholde nok frihetsgrader til å holde på uenigheter. Ofte vil det være sammenfallende hva vi tenker, men ikke alltid. Og da tenker jeg at det er veldig viktig å ha nok frihetsgrader til å forvalte fagligheten sin og stå i de uenighetene, at noen ganger så er det et møte mellom ulike viljer, og da tenker jeg at det er akkurat sånn det skal være» (Solveig, psykologspesialist).

Av intervjuene kommer det frem at uenighetene mellom betjentene og helsepersonell ofte skyldes av de har ulike vurderinger med bakgrunn i ulike kompetansefelt. Anne, som er ansatt ved spesialisthelsetjenesten, forteller at uenighetene gjerne avhenger av hvem som er på jobb den aktuelle dagen. Hun forteller at hun har opplevd at fengselet har handlet slik de mener er riktig, til tross for at hun, som psykologspesialist, hadde en annen oppfatning av saken:

«Igjen da, men den her forrige saken som jeg nevnte som det hadde vært mye styr med så, så var det jo også veldig at betjentene hadde én måte å se det på, mens jeg hadde en helt annet måte å se det på. Og der var vi veldig uenige, og så kjørte de på med sitt. Og det har de jo også rett til å gjøre» (Anne, psykologspesialist).

Likevel opplever Anne at fengselet stort sett hører på de avgjørelsene som blir tatt av helsepersonell. Det er for eksempel helsepersonell som fatter beslutninger om innleggelse på psykiatrisk avdeling. Da føyer Kriminalomsorgen seg etter dette.

Emil ytrer at noe av årsaken til uenighetene handler om at fengslene ikke er bygget for og tilpasset de psykisk sykeste pasientene. Han gir uttrykk for at dette er en gruppe pasienter som ikke passer inn i fengselshverdagen og opplever at uenighetene om hvordan man

håndterer denne gruppen er krevende.

Samarbeid om medisiner

Helseansatte og Kriminalomsorgen samarbeider også om utdelingen av medisiner til innsatte. Da helsepersonalet kun er til stede på enkelte tidspunkter er de avhengige av at betjentene på avdeling deler ut medisinene til de innsatte. Hvordan dette utføres varierer mellom de ulike fengslene, men stort sett forteller både sykepleiere og betjenter at helsepersonalet forbereder dosetter til innsatte, som betjentene deretter deler ut til riktig tidspunkt. Noen steder får innsatte medisinene på egen celle, mens andre steder må innsatte selv hente medisinene på vaktrommet.

Helsedirektoratet poengterer at legemiddelhåndteringen i fengsel skal være faglig forsvarlig. Etter forskrift for legemiddelhåndtering stilles det krav til kompetanse og opplæring og at alle virksomheter som yter helsehjelp må ha rutinger for legemiddelhåndtering. Ansatt personell skal ha tilstrekkelig og nødvendig kompetanse for å utføre legemiddelhåndtering på forsvarlig måte (Helsedirektoratet 2016, s. 23). Ifølge Helsedirektoratets veileder bør helsepersonell bistå Kriminalomsorgen i praktisk opplæring av betjenter.

Betjenten Viktoria forteller at hun skulle ønske at helsepersonalet tok større del i utdelingen av medisinene. Hun sier: «*Vi driver med medisinhåndtering på et nivå som ikke er forsvarlig*» (Viktoria, betjent). Hun forteller at fengselsbetjentene har medisinkurs, men at dette hovedsakelig er symbolsk. Viktoria tok dette medisinkurset for flere år siden og har ikke fått noen oppfriskning av kunnskapen siden.

«Det vi heller ... Det vi ønsker oss mer er jo for eksempel at ... Vi deler jo ut veldig mye medisiner. Vi deler jo ut A, B, C, holdt jeg på å si, og alt som er verre. Og det er jo noe vi strengt tatt tenker at kanskje helseavdelingen eller altså noen som er utdannet til det da burde gjøre. Fordi at det å begynne å dele ut metadon og sånn til folk, det er jo potensielt dødelig altså, hvis feil menneske får det og sånn» (Viktoria, betjent).

Viktoria ønsker med andre ord at betjentene ikke gis dette ansvaret fordi de ikke har tilstrekkelig kunnskap om medisiner til å kunne dele ut disse på en tilfredsstillende måte.

Det kan også knyttes etiske og relasjonelle problemstillinger til at betjentene har ansvaret for utdelingen av medisiner. Det er problematisk at betjentene, som utøver makt over de innsatte, er delaktige i helserelaterte oppgaver. For innsatte kan det være vanskelig å skille disse rollene. Medisiner og utdeling av dette kan oppleves som et maktmiddel og for de innsatte kan det virke som om det er betjentene som bestemmer hva de har tilgang til og ikke. I tillegg kan det oppleves som unaturlig at taushetsplikten opprettholdes, når betjentene har innsikt i hvilke medisiner de innsatte er foreskrevet.

8.4. Samarbeid mellom fengsel og psykiatrisk døgntilbud

Antall sengeplasser i psykiatrien har de siste tiårene blitt kraftig redusert. I 1960 var det 18 000 sengeplasser totalt, mens dette var redusert til 3444 plasser i 2017. Ifølge Rosenqvist (2018, s. 216) kan dette forklares med bedre behandlingsmuligheter, at uføretrygden har gjort psykotiske personer selvforsørgende, og at samfunnet har utviklet seg til å i større grad respektere individets autonomi (Rosenqvist 2018, s. 216). Samtidig som antall sengeplasser er blitt redusert har antall innleggelser økt. Dette sier noe om at de fleste innleggelsene i psykiatrien er korte (Rosenqvist 2018, s. 216). Helsepersonalet vi har snakket med i forbindelse med dette prosjektet deler en oppfatning om at ressursene innen psykisk helsevern er presset.

Emil forteller at det å legge innsatte inn på døgnpost i psykiatrien som oftest er siste instans. De prøver som oftest å bedre innsattes situasjon i fengselet. Helsepersonale som ble intervjuet i forbindelse med prosjektet uttrykker at samarbeidet med aktuelle døgntilbud innenfor psykisk helsevern ofte er utfordrende. Flere forteller at det kan oppleves som en kamp å få innsatte innlagt på døgnpost. Emil forteller at han må ståsette seg før han tar kontakt med akuttpsykiatrisk avdeling og være klar for å kjempe den innsattes sak. *«Fordi at det ofte blir møtt med motargumenter, fordi at ... Ja, hvorfor det er en dårlig idé og kanskje at det har vært forsøkt før og de er ikke enig og det hjelper ikke og ... Så sitter man i andre enden hos oss og er desperate, for her går det i hvert fall ikke»* (Emil, psykolog).

En tidligere ansatt forteller også om det de i fengselet opplever som motvilje i psykiatrien mot å legge inn innsatte pasienter. *«De ville bare ikke ha henne. Hun var vel for vanskelig, rett og slett. Utagerende, og hun var ikke av de greieste damer, det skal man innrømme»*

(tidligere ansatt). Hun opplevde at en av hennes innsatte kvinner hadde behov for psykiatrisk helsehjelp, men at kvinnen ikke fikk den hjelpen hos akuttpsykiatrisk avdeling.

Mathilde, lege ved spesialisthelsetjenesten, trekker i tillegg fram at det skaper utfordringer at kommunikasjonen mellom psykiatrien og fengselet i liten grad er digitalisert. Dersom den innsatte henvises til akuttpsykiatrisk avdeling ved Oslo Universitetssykehus, overføres informasjonen om pasienten automatisk fordi de inngår i det samme journalsystemet. Dersom pasienten derimot ikke hører til helseregionen der fengselet ligger, er ikke informasjon om hvilken behandling pasienten har fått i psykiatrien like tilgjengelig. Mathilde forteller at epikrisen³ ettersendes etter utskrivelse av pasienten. Epikrisen sendes per post og det kan ta et par dager før fengselet får den fulle oversikten over pasientens situasjon. Mathilde forteller at de ofte ber psykiatrisk avdeling gi beskjed før den innsatte skrives ut, men at dette sjeldent skjer.

Innsatte som «kasteball»

Ansatte i spesialisthelsetjenesten forteller at innsatte risikerer å bli en «kasteball» mellom fengsel og psykiatrien. *«Og så opplever de det samme der og pasienter som gjerne er frem og tilbake, og ikke passer hverken i fengsel eller i psykiatrisk da, på en måte da et mer sånn helhetlig tilbud»* (Emil, psykolog). Solveig reflekterer rundt at det begrensede antallet plasser i psykiatrien resulterer i kortere innleggelsesopphold for samtlige pasienter. Hennes inntrykk er at innsatte pasienter har en tendens til å bli utskrevet av psykiatrien hurtigere enn andre.

Helsepersonalet beskriver et typisk forløp der en innsatt først har flere korte opphold på isolasjon i fengsel, før hun sendes over på akuttpsykiatrisk avdeling. Her blir hun svært kort tid, gjerne bare ett døgn, før hun skrives ut. Psykiatrisk avdeling mener de ikke kan hjelpe henne. Typisk kan sykehuset vurdere de psykiske lidelsene som situasjonsbetinget: *«Vi har hatt litt problemer med akuttinnleggelse. Der vi på måte kunne ha vurdert de som suicidal eller akutt suicidal for risiko så kan akuttpost si at det er situasjonsbetinget. At det er på grunn av fengsel. Altså soning, varetekt også videre, og sende dem tilbake (til fengselet)»* (Anne, psykologspesialist). Deretter er det nye opphold på isolasjon i fengselet: *«Så vi har hatt mange runder der da, sånn litt frem og tilbake»* (Anne, psykologspesialist).

3. Med epikrise menes sammendrag av tilgjengelige journalopplysninger i tilknytning til undersøkelse eller behandling av en pasient som er nødvendige for at videre behandling eller oppfølging av pasienten innenfor helse- og omsorgstjenesten kan skje på en forsvarlig måte (Helsepersonelloven 1999, §45a andre ledd)

Rosenqvist (2018) skriver at Kriminalomsorgen undrer seg over at pasientene skrives ut fra psykiatrien uten at tilstanden er forbedret. Akuttinnleggelser handler ofte om å roe ned situasjonen og iverksette behandling som forventes å bli fulgt opp av det distriktpspsykiatriske senteret (DPS) pasienten sogner til (Rosenqvist 2018, s. 216). Denne oppfølgingen blir vanskelig når pasienten er innsatt. Pasienter med et høyt symptomtrykk utviser en atferd som ofte fører til isolering i fengselet. Ved isolasjon kan psykotiske vrangforestillinger bygge seg opp. Ifølge Rosenqvist er dette grunnen til at psykiatrien nå nesten ikke bruker isolasjon, men skjerming på eget rom med støttende personale til stede.

Helsepersonalet vi har intervjuet forteller at det er spesielt vanskelig å organisere langtidsopphold for de innsatte. De opplever at det er lang ventetid på disse plassene, og at pasientens situasjon blir svært turbulent i mellomtiden.

«Skulle ønske psykiatrien hang mer sammen. For det som ofte skjer er at da er det vi som må søke pasienten til et langtidsopphold. Kommer de tilbake fra akutt så prøver vi å håndtere det i fengselet. Så blir det kanskje akutt tre-fire ganger til, før de får den langtidsplassen. At det var mer smidigere overganger internt i psykiatrien, sånn at vi slapp de veldig oppstykkede forløpene for pasientens del, med mange forflytninger» (Solveig, psykologspesialist).

«Vi prøver ofte å søke de inn til mer lengre varende opphold selektivt på psykoseposter eller sikkerhetsposter, utredningsopphold der det er snakk om utviklingshemning, autisme. Men erfaringer er at det er lang ventetid, og de månedene inntil de kanskje/kanskje ikke får en plass, så er det veldig turbulente opphold med mye isolasjon» (Solveig, psykologspesialist).

Helsepersonalet forteller at de korte og oppstykkede oppholdene i psykiatriske døgninstitusjoner kan være ekstra problematiske for en del av pasientene deres, fordi det oppleves som en avvisning. Dette er problematisk da en del innsatte tidligere har opplevd relasjonssvikt. *«Utfordringen også er jo at mange av disse pasientene har jo veldig mye sånn avvisnings ... Kjenner seg jo veldig avvist av alle, med god grunn på mange måter da» (Mathilde, lege).* Slik det ble beskrevet tidligere i kapitlet går mye av helsepersonalets

arbeidsoppgaver ut på å bygge opp en relasjon til og tillitt hos den innsatte. Arbeidet blir på mange måter avbrutt av de korte og uforutsigbare oppholdene i døgninstitusjonene.

«Og jeg tenker også for en del pasienter, særlig de med personlighetspatologi, så er det klart at de korte oppholdene på akutt også går rett inn i en sånn avvisningsproblematikk. Ikke sant? 'Vi vil ikke ha deg her. Ut igjen. Du skal ikke være her', ikke sant? Som også bidrar til en slags destabilisering»
(Solveig, psykologspesialist).

Solveig og Mathilde poengterer at det hender at de får til planlagte samarbeid med akuttavdelingene. Dette er da planlagte, frivillige stabiliseringsopphold, spesielt for pasienter med borderline-problematikk. *«For eksempel 'hver tredje uke skal du inn på akuttpsykiatrisk avdeling i tre dager, for å hente deg litt inn'. At det er avtalt. Da slipper du den avvisningsproblematikken, det er planlagt for pasienten, for helsepersonellet»* (Solveig, psykologspesialist). Disse oppholdene byr på forutsigbarhet for pasienten og kan derfor være positive og bygge opp tilliten mellom pasient og helsepersonale. Solveig og Mathilde forteller at i disse tilfellene har samarbeidet med psykiatrien vært veldig bra og de håper de kan få til mer av disse typen innleggelse.

Fengsel som omsorgsorganisasjon?

Helsepersonalet i fengslene uttrykker også at deres inntrykk er at de psykiatriske døgninstitusjonene ikke er klar over hvilke forhold pasientene deres har under soningsoppholdet i fengsel. De forteller at omsorgsnivået i fengsel er svært lavt og at det først og fremst ikke er en omsorgsorganisasjon.

«Det er ikke helsepersonell der mesteparten av døgnet og jeg vil si at omsorgsnivået kjennes for lavt ut for en del av de dårligst fungerende»
(Solveig, psykologspesialist).

«Jeg tenker at veldig mange tror at når du er i fengsel, så er du ivaretatt. Da er du ... Det er lettere å sende tilbake en innsatt i fengsel enn å sende en person tilbake ut på gaten. For man tenker at i fengsel så har du 24/7 observasjon. Noe du absolutt ikke har» (Anne, psykologspesialist).

«Og det er jo ofte en kommunikasjonsutfordring med sykehus, som på en måte ... Jeg har inntrykk av at man kan glemme at fengsel er et fengsel og at de som jobber der dag og natt, det er betjenter og ikke helsepersonell» (Mathilde, lege).

Ifølge helsepersonalet fører disse misforståelsene til at innsatte skrives hurtigere ut fra akuttmottak eller døgnbehandling enn hva som er tilfelle for andre pasienter. *«Men jeg tror nok kanskje at med de pasientene her i noen grad lener seg på at de skal tilbake til en institusjon, og så tar de ikke høyde for at det ikke er en helseinstitusjon» (Solveig, psykologspesialist).* I en presset arbeidshverdag, hvor det er knapt med ressurser, kan det tenkes at terskelen er høyere for å la en innsatt oppta en plass.

Hvordan forholder psykiatrien seg til innsatte pasienter?

I forbindelse med prosjektet intervjuet vi også to ansatte ved akuttpsykiatrisk sengepost på et sykehus, Lise og Marie. De opplever *ikke* at innsatte pasienter skrives ut av behandlingen fortere enn andre pasienter. De forteller at korte opphold på akuttavdeling er vanlig for flere av pasientene som kommer til dem. Lise og Marie forteller også at de opplever samarbeidet med fengsel og spesialisthelsetjenesten i fengsel som godt og at det ikke skiller seg fra andre psykiatriske poliklinikker som de samarbeider med.

Lise og Marie beskriver at de i liten grad har kunnskap om fengslene og hvilken behandling pasientene møter når de skrives ut fra psykiatrien. Marie uttrykker at hun svært gjerne skulle hatt mer kunnskap om behandlingstilbudet i fengslene og rutinene for dette. Til tross for manglende kunnskap om fengselet og dets rutiner, er deres inntrykk at innsatte pasienter skrives ut til et bedre tilbud enn hva som er tilfellet for mange andre pasienter.

Lise og Marie uttrykker at grunnen til at mange av de innsatte pasientene skrives ut etter korte opphold, er at de viser seg å ikke være psykotiske eller depressive likevel. Hva som er grunnen til dette er uvisst, men én hypotese er at det er fengselsforholdene som utløser den innsattes psykotiske eller depressive symptomer. Da er det et paradoks at pasientene føres tilbake til situasjonen som fremprovoserer sykdom.

Lise og Marie uttrykker også at de har et inntrykk av at enkelte innsatte pasienter foretrekker å være på sykehus fremfor fengsel og derfor aggraverer symptomer. Dette er noe de sjeldnere ser hos andre pasienter. *«Vi ser jo også hos noen pasienter at de ... At det er nok for noen liksom er en gevinst å komme ... At man heller vil foretrekke å være på sykehus da enn i fengsel»* (Lise, psykiater). De to ansatte forteller at de fort merker det dersom pasientene simulerer sine symptomer. Lise forteller:

«Vi ser jo ganske fort altså i løpet av alle de observasjonene som gjøres her i løpet av et døgn da, ser vi jo hva som på en måte er reell psykisk lidelse og hva som ikke er det. For eksempel hvis pasienten liksom tilpasser seg ulike situasjoner hvordan vedkommende er, de kan hende man ikke klarer å ... På en måte kanskje man sier man er psykotisk, eller sier sånn og sånn, men så klarer man ikke helt å si hva det er eller beskrive det eller komme med noe» (Lise, psykiater).

Lises uttalelse følges opp av Marie: *«Ja, kanskje du sitter i miljøet i stua og ser på fotball og ler og har sosialt med sykepleierne og de andre pasientene og så kommer legesamtalen, og da er det et helt annet bilde, der man på en måte ... Det noen ganger kan virke litt påtatt»* (Marie, sykepleier). Ved tilfeller der pasientene simulerer symptomer vil de bli sendt tilbake til fengselet med argumentet om at det ikke lengre foreligger grunnlag for å ha dem innlagt på akuttpsykiatrisk avdeling. *«For det skjer jo jevnt og trutt at pasienter kanskje virker psykotiske eller prøver å virke psykotisk i fengsel, men så kommer de hit og så er ... Så viser de seg å ikke være det. Og da er det jo hjem ... Eller tilbake til fengsel dagen etter»* (Lise, psykiater).

Til tross for at Lise og Marie opplever at simulering hyppigere forekommer hos innsatte pasienter enn hos andre, hører det fortsatt til sjeldenheten. De forteller også om innsatte pasienter som ved innleggelse innser at psykiatrien ikke er så positivt som de hadde sett for seg, og at de derfor ønsker seg tilbake til fengselet.

9. Kjønnsførståelser og kjønnele problemer

«Og det er vel antakeligvis fordi at kvinnene har jo en litt ... Ofte en litt annen måte å reagere på når de har det dårlig. De trekker seg mer tilbake, går på cella og sånn, mens mennene utagerer mer» (tidligere ansatt).

Som vi beskrev i begynnelsen av rapporten, er det viktig å forstå hva normer og institusjoner ellers i samfunnet betyr for hvordan soning organiseres og oppleves og for hvordan innsattes behov ivaretas. Som kvinner, kan kvinnelige innsatte ha særskilte behov, det stadfestes blant annet av internasjonal og nasjonal rett. Samtidig kan forestillinger om hvordan kvinner *er* ha konsekvenser for hvorvidt kvinners helseproblemer blir sett, og hva som fremstår som riktige løsninger.

Sentrale spørsmål har vært om kvinner og menn har ulike behov og soningsforhold, og hvilke hensyn som eventuelt tas til dette i praksis. Vi har hatt særlig fokus på oppfatninger av kvinners helsesituasjon, helsebehov og utforming av helsetilbudet. Vi har lett spesielt etter praksiser som har begrunnelse i at kvinner har særskilte behov eller har spesielle kjennetegn, og diskuterer konsekvensene dette kan ha for kvaliteten på tjenestetilbudet, sett fra både ulike tjenesteutøvere og brukere/innsatte. I dette kapitlet viser vi hvordan kjønn gis en betydning i møter mellom innsatte og ansatte og gjennom institusjonelle ordninger og praksiser.

Når innsatte og ansatte peker på at behov eller handlinger er typiske for kvinner, er det vanskelig å vite om dette bygger på konkret kunnskap om dette eller i stedet må ses i lys av forestillinger om hvordan kvinner er eller bør være. Forestillinger om og forventninger til kvinnelighet formes av forskjellige sosiale faktorer, som etnisitet, seksualitet, kultur og klasse (Crenshaw 1989). Ingen er *bare* en kvinne. Som kvinnelige innsatte er det også tydelig at deres vilkår og andres behandling av dem gjør at de har mye til felles med mannlige innsatte, mens de kan ha en svært ulik situasjon fra de fleste andre kvinner i samfunnet. De deler erfaringer med fattigdom, stigmatisering og levekårsutfordringer med mannlige fanger.

I lys av dette har vi som mål å undersøke om bestemte kjønnsførståelser verserer i hjelpeapparatet og hvordan dette henger sammen med andre sosiale karakteristika, og kan få utslag i forskjellig behandling av kvinner og menn og forskjellig behandling av ulike grupper kvinner. Vi vil på den måte bidra til å synliggjøre at oppfatningene av hva som er en

kjønnsbestemt oppførsel, uttrykksform og et problem uunngåelig har en kulturell dimensjon, der kjønnede måter å fortolke, forstå og formidle sine problemer på kan få konsekvenser for hva som blir meldt videre til hjelpeapparatet og tatt på alvor. Kunnskap om betydningen av kjønn og om hvordan kjønn virker sammen med andre faktorer i helsebehovene og helsehjelpen til kvinnelige innsatte kan bidra til å forebygge at forestillinger får en for stor rolle og fortrenger praktiske behov.

9.1. Kjønn som tema i fengselsforskning

Et gjennomgangstema i forskning på fengslede kvinner i vidt forskjellige land og jurisdiksjoner, viser at de i møte med justisvesenet behandles annerledes enn menn (Bosworth 2000; Carlen og Worrall 2004; Crewe et al. 2017; Hannah-Moffat 2005; Liebling 2009). Strafferettsapparatet er i utgangspunktet maskulint på et strukturelt nivå ved å være formet og tilrettelagt etter mal av mannens adferd, problemer og behov. Både historien og nåtidig skjev representasjon betyr at den mannlige innsatte lett blir normalen. I diskusjonen om kjønnsurettferdighet og straff legges det dermed vekt på at kvinners særlige situasjon og behov ikke blir ivaretatt (LDO 2017; Sivilombudsmannen 2016a). Kvinner risikerer å bli behandlet som om de var menn. Samtidig påpekes det at kvinner ofte har dårligere soningsforhold enn menn, og at kvinnene opplever det som diskriminerende.

En rekke studier viser at forskjeller mellom innsatte med tanke på kjønn, etnisitet, sosial bakgrunn og rusmiddelbruk påvirker måten innsatte blir omtalt og vurdert på i fengselets dagligliv (Bosworth og Carrabine 2001; Crewe 2009; Lundeberg 2017; Mathiassen 2017; Mathiassen 2021; Mjåland 2015; Ugelvik 2011). Slike forskjeller blir en del av det moralske grensarbeidet som foregår i hverdagslivet i et fengsel, blant innsatte og mellom innsatte og ansatte (Lundeberg 2019). Kjønnsstereotypiske oppfatninger gjør at straffedømte menn lettere tolkes som aktive og rasjonelle aktører, mens kvinner, som avvikere både mot normer om lovlighet og kvinnelighet, ofte blir fremstilt som passive, svake, emosjonelt kaotiske og umoralske (Crewe et al. 2017). I dette ligger det at kvinner kan oppleve et sterkere stigma enn menn når de bryter lover og soner, og slikt stigma er psykiske belastende og bidrar til en følelse av utenforskap (Bosworth 2000; Karlsen, 2018; Thomas 2003).

Et sentralt tema i forskningen på kvinner i fengsel er betydningen av relasjoner. Kvinner forbindes i større grad enn menn med en omsorgsrolle, og hvilke roller og relasjoner de har, i

og utenfor fengselet, antas å ha betydning for hvordan de har det under soning. Tap av sosial kontakt, vante roller og relasjoner til nærstående fremstilles typisk ofte uten videre som tyngre for kvinner. Relasjonskvaliteter, styrker og svakheter ofte kan bli fremstilt annerledes eller kan bli et uforholdsmessig større tema for kvinner enn for menn, både i forskning og i fengselets praksis. Liebling (2009) påpeker i en gjennomgang av litteraturen som omhandler kvinner i fengsel at dette må ses i sammenheng med at *også forskere* nærmest er besatt av å ha et *relasjonsfokus* når de skriver om kvinner. Selv om dette har vært gjenstand for kritikk, fremstår forskningen fortsatt som overopptatt av at kvinner som soner i fengsel er mer sosialt skadelidende enn menn, fordi de taper det som anses som kjønns spesifikke statusroller. Makt, legitimitet og rettferdighet, tema som preger forskningen på menn, blir i mindre grad berørt, på tross av den allmenne relevans. Det er viktig å ha et kritisk perspektiv på mulig skjevhet i både forskning og fengselets praksis, og å diskutere hvilke konsekvenser det har. Det er viktig å nyansere hvorvidt og hvordan kvinners relasjoner blir fremstilt som mer betydningsfulle enn menns.

Kjønn, helseproblemer og hjelpeverdighet - kvinner som ofre

Kunnskap om betydningen av kjønn, men også om mulige skjevheter i perspektiver på menns og kvinners soningsvilkår og behov, har vært viktig for vår studie. De fleste ansatte i vår undersøkelse reflekterer over og er bevisste på at kjønnsoppfatninger kan spille en rolle i den profesjonelle tilnærmingen. Kjønn er videre noe som gjøres aktuelt både i samhandlingen med kvinnene, hvilke behov som blir sett og hva som anerkjennes som hjelpeverdige. Når ansatte foretar generaliseringer basert på vurderinger av kvinner og menn, påpeker de kjønnsforskjeller både i «objektive» helseutfordringer og i kjønns spesifikke uttrykksformer, som vi skal diskutere nærmere. Generelt tegnes et bilde av at den kvinnehelseproblematikken som ansatte i fengsel møter er svært omfattende og preget av dårlige relasjoner. Det trekkes frem at de står overfor en sammensatt problemopphopning som har utviklet seg over hele kvinners livsløp. Kvinner i fengsel fremstilles som både dårligere stilt og som personer som sliter med andre problemer enn menn:

«Det er alt fra livet har satt seg i kroppen til svangerskap, aborter, seksuelt overførbart sykdom, alt livet fører med seg rett og slett, til svært alvorlig tung psykisk lidelse, diagnostisert psykisk lidelse. Veldig ofte så driver vi og vaker i mellomområdet der, hvor ting ikke nødvendigvis er diagnostisert, fordi at man

har jo ikke kommet i posisjon til å gjøre det når folk er ute og lever sitt liv der» (Cecilie, psykiatrisk sykepleier).

Selve lovbruddet kvinnene har gjort gjøres ikke viktig eller relevant i våre intervjuer med de som jobber i fengselet. Imidlertid som de foregående kapitlene har vist, er de ansatte svært opptatt av det de anser som de *bakenforliggende årsakene* til kvinners kriminalitet. De representeres som *ofre for psykiske og fysiske overgrep, vold og sosial nød* og der ofte narkotikabruk og rus blir betraktet som en overlevelses- eller selvmedisineringsstrategi. Deres utenforskap blir først og fremst satt i forbindelse med traumehistorikk, utfordrende familie og oppvekstvilkår og levekår. Helsepersonalet fremhever for eksempel at kvinnene ofte selv har vært offer for kriminalitet.

«Og ... dessverre ... er det sånn at barn som er dårlig passet på hjemme, de blir jo også veldig sårbare for ytre farer. Sånn at veldig mange har jo (...) vært veldig sårbare for overgrep og krenkelser også fra personer utenfor familien, fordi at de har vært neglisjert og også sårbare i utgangspunktet» (Solveig, psykologspesialist).

Mange trekker også frem at kvinnene er *ofre for systemsvikt*. Flere ansatte avdekker at kvinnene tidligere ikke bare har blitt mishandlet og neglisjert av nærstående, men også i stor grad er oversett eller feilbehandlet av hjelpeapparat.

«Og så er det overraskende hvor lite som egentlig er fulgt opp, der de har fått en diagnose så er det fulgt dårlig opp. Og hvis de eller så- eller ofte mistanke om alvorlig diagnose, men de har på en måte ikke fått tak i de og fått diagnosen stilt de» (Hanne, sykepleier).

Både innsatte og ansatte rettet kritikk mot systemet som kjønnsurettferdig og kjønnsbestemt, som beskrevet i kapittel 8. Dette handler om at kvinnene selv er ofre for kriminalitet og vanskelige livsforhold som hjelpe- og kontrollapparatet ikke har lyktes med å fange opp. Dette samsvarer med et kjønnet reaksjonsmønster der menn i større grad blir betraktet i lys av sitt lovbrudd, mens lovbrytende kvinner tolkes i et helse- og offerperspektiv.

At kvinner som soner møtes som noen med helseproblemer og offererfaringer, innebærer

samtidig at kvinnelige innsatte fremstilles som dårligere fungerende og «sårbare», og samlet som mindre ressurssterke enn det forskning på menn som soner viser. Som vist i kapittel 3, så stemmer dette bildet godt overens med hva forskningen generelt viser. I en slik situasjon er det en risiko for at et fokus på at kvinner er annerledes og har andre erfaringer enn menn kan få stor betydning. Omtalen og behandlingen av kvinnelige innsatte handler for eksempel også om kvinners utseende, deres hjelpeløshet og mangel på evne til selvkontroll (impuls), og sosial fungering/autonomi:

«Fordi at altså, gjennomsnittlig, og det sier alle som har jobba med begge deler, gjennomsnittlig, så er kvinnelige innsatte i mye dårligere shape når de kommer inn enn mennene er, gjennomsnittlig» (tidligere ansatt).

Ansatte trekker altså inn bakenforliggende kjønnete marginaliseringsprosesser i sin forståelse av kvinnes helseutfordringer. Et sentralt element i dette er fremstillingen av kvinnelige innsatte som ofre, og som noen med dårlige erfaringer fra personlige relasjoner (se også Mathiassen 2017; 2021). Disse erfaringene forstås som en bakgrunn til at kvinnene er spesielt vanskelig å få en relasjon til. Når det å skape en relasjon «*hvor det i utgangspunktet er vanskelig*» (Sykepleier) er hovedutfordringen, blir løsningen å reparere «tilknytningsbrudd» og relasjonsarbeid identifiseres som det viktigste på alle tjenestenivåer i fengselet.

Kvinner uttrykksform og hjelpeverdighet

Et gjennomgående tema blant både betjenter og helsepersonell er en opplevelse av *at kvinners uttrykksform skiller seg vesentlig fra menn*. Kvinner spiller i større grad på et ønske om å få empati, å appellere til omsorgsbehov og bekymring, og fremstå som en person det er grunn til å synes synd på.

«Jeg tror jo også at det er noe med liksom kvinners uttrykksform. Det kan ... Jeg tenker kjønn er ikke uvesentlig. Jeg tenker at den måten de markedsfører behov på, intensiteten eller innpakningen det noen ganger kan få, selvfølgelig også gjør noe med omgivelsene, der mennene kanskje kan være, i hvert fall på gruppe nivå, mer eksplosive og mer ... Så vekker det kanskje en viss type reaksjon, mens kvinnes måte å være, både liksom intrikate eller appellere mer til omsorgsbehov, gjør selvfølgelig også noe med personalet og

organisasjonene som de er en del av. Så det tenker jeg sånn ... Både sosiologisk og psykologisk er liksom interessante fenomener da» (Solveig, psykologspesialist).

Det er flere ansatte både i helsetjenesten og blant betjentene som opplever at mange kvinner overdriver, er kravstore og har «utømmelige behov» for hjelp. I enkelte tilfeller «markedsfører» kvinner sine problemer på måter som hjelpeapparatet og fengselet opplever som lite hensiktsmessig, og deres forventninger defineres som «urealistiske». Selv om disse uttrykksformene gjør at kvinnene får oppmerksomhet, fører ikke dette nødvendigvis til at de i større grad blir hørt eller tatt på alvor. Det å «rope ut» og skrike høyt om sine problemer kan oppfattes som lite passende, forstyrrende og i verste fall virke mot sin hensikt.

«Det er klart at noen har jo liksom behov, altså, de markedsfører behov som jeg tenker er helt hinsides. Det ville de jo aldri ha fått ute og ikke får de det inne» (Solveig, psykologspesialist).

«Men det er jo sånn at det er veldig mange av de jentene som sitter her som har et sånt utømmelig behov for helsehjelp, både på psykisk og somatisk side» (Cecilie, sykepleier).

Oppfatningen at noen handlinger og måter å uttrykke seg på er typiske for ett kjønn påvirker det spillerommet som finnes for kvinner i en fengselskontekst. Dette kan få konsekvenser for hvordan de blir møtt av hjelpeapparatet og hvilken hjelp som tilbys. Måten kvinner blir sett, hørt og behandlet på av de ansatte kan ha avgjørende betydning for deres hjelpesøkende adferd og endringsmotivasjon. Forskning viser at kvaliteten på relasjonene til ansatte kanskje er det som har størst betydning når fanger vurderer kvaliteten på fengselsopphold (Crewe 2009; Jackson et al. 2010; Liebling 2004; Liebling 2013; Lundeberg og Mjåland 2016; Sparks og Bottoms 1995).

Uttrykk som kategoriseres som «problematisk kvinnelighet», kan dermed føre til umyndiggjøring, misanerkjennelse og ugyldiggjøring av behov. Disse kan fremstå som irrelevante, misledende eller mindre viktige fordi de defineres som atferdsvansker knyttet til innordning i fengselshverdagen, til overdrivelser og omsorgs- og oppmerksomhetsbehov, heller enn «reelle» sykdomssymptomer eller berettigede protester og hjelpesøking. Dette kan

ses i sammenheng med at kjønnede forestillinger, og forventninger til hva som er vanlig eller normalt, er gjenspeilet i handlingsmønstre for hvordan kvinner og menn skal oppføre seg, tenke og føle (Karlsen 2018, s. 100).

En slik utfordrende angivelig kvinnelig uttrykksproblematikk som trekkes frem som særlig oppmerksomhetskrevende i fengslene, er knyttet til adferd med aggressive reaksjoner kombinert med selvskading. Hvorvidt og på hvilken måte selvskading har en kjønn dimensjon er omdiskutert. Imidlertid er det en sammenheng flere i vår undersøkelse indikerer og som ofte trekkes frem for å karakterisere de kvinnelig innsatte. En tidligere ansatt som ble bedt om å utdype hva hun mente med at det generelt var et større «psykisk trykk» i et kvinnefengsel enn blant menn, trakk frem at noe av det mest merkbare i fengselshverdagen var en bestemt form for utagerende selvskadingsproblematikk. «*Veldig mye utagering. Altså både mot ansatte og mot andre, men også da selvdelegelser, kutting*» (tidligere ansatt).

Som vi diskuterte i kapittel 6 blir enkelte «selvdestruktive» kvinner som lager stor oppstand oppfattet som særlig trøblete, farlige, uregjerlige, irrasjonelle og syke. «Eksplorative» og utadrettede sider som vi i så i Solveigs refleksjon i sitatet ovenfor regnes vanligvis som mer typisk for menn. Tidligere forskning har vist hvordan aggresjon i et fengselsmiljø hos kvinner ofte tolkes patologisk og som uttrykk for selvdestruktivitet og mangel på selvkontroll (Campbell 1993, gjengitt i Liebling 2009). Menns aggresjon oppfattes derimot heller som instrumentelle og et redskap for selvhevdelse, og blir dermed verdsatt på andre måter, for eksempel som et uttrykk for å sette seg i respekt og å reagere mot urettferdighet, men også som tegn på farlighet og risiko for vold. Selv om aggresjon er et komplisert problemkompleks, er det samtidig interessant at enkelte ansatte indikerer at utageringer også i mange tilfeller kan være forbundet med en kvinnelig oppmerksomhetsstrategi - en fengselstrigget adferd med et visst element av dramaturgi, manipulering og overdrivelser.

Ekstreme hendelser med både utagering og selvskading blir fremstilt som særlig kritiske og krenkelsesømfintlige situasjoner som ofte blir tatt på stort alvor av fengselet og helsetjenestene, men som det er vanskelig å håndtere forsvarlig. Helsepersonalet og fengselet står i mange tilfeller overfor en ytterst komplisert fortolkning av de fengslede kommunikasjon og ivaretagelse av behov med mange motstridende hjelpe- og kontrollhensyn i sine beslutninger, der kvinnene kommer i en «skvis», som Emil (psykolog) trekker frem her:

«Vi ser også den gruppa som er ganske stor da, som har alvorlig personlighetsproblematikk, som selvskader veldig hyppig, og som man har en idé om at ikke skal legges inn i det psykiske helsevern. Det har i hvert fall blitt en sånn ... Det står vel for så vidt også i veilederen fra Helsedirektoratet rundt borderlineproblematikk, at en skal fortrinnsvis behandle de poliklinisk, men det er klart at en del av de folka her er så syke. Altså jeg tenker at det er helt utenkelig at de ikke skal innom en døgnavdeling iblant. Men at de synes jeg i størst grad havner i en sånn skvis hvor de ikke slipper inn i psykiatrien, og en klarer ikke å ivareta de i fengselet, og ender opp ofte på lange opphold på sikkerhetscelle, noen ganger i belteseng, ikke sant, for å hindre en helt sånn ... Selvskading, og for å holde de i live, og det er vanskelig for personalet og det er også vanskelig for oss som helsepersonell» (Emil, psykolog).

Vi har tidligere diskutert det problematiske i at fengselet ofte responderer på slike episoder med selvskading med mer statiske kontrolltiltak i stedet for hjelp. Isolasjon trekkes frem av ansatte som kanskje den mest uetiske praksisen i fengselets behandling av psykisk syke kvinner:

«Jeg har jo dessverre vært med på å sette kvinner i sikkerhetscelle, og da har det jo nettopp vært fordi de ... Altså klarer ikke å la dem ikke skade seg på cella, selv om vi da også stripper rommene, ikke sant?» (tidligere ansatt).

Som vist i kapittel 6 fremstiller kvinner episoder med tvang og isolasjon som svært dramatiske når de forteller oss om dem i ettertid. Emosjonelle sammenbrudd, sinne og selvskading fortolkes av dem selv som en måte å vise fortvilelse på, i et forsøk på å bli hørt, få hjelp og omsorg. Problemet er at slike virkemidler ofte fungerer mot sin hensikt fordi dette blir møtt med mer bruk av makt og kontroll.

Særlig problematisk er dette i lys av at mange kvinnene defineres som traumeutsatte, har vært utsatt for overgrep og seksuell utnyttelse, og ofte har negative erfaringer med tvang (Sivilombudsmannen 2020b, s. 22). Episoder med bruk av skjold, sikkerhetsutstyr, håndjern, belteseng og fysisk tilbakeholdelse ved hjelp av flere betjenter som beskrevet i kapittel 6 kan i den sammenheng betraktes som særlig krenkende for psykisk syke kvinner. Fengselets respons fremstår som i liten grad kjønns- og traume-sensitive når konflikter eskalerer. Noen

trekker frem episoder og respons fra fengselet som direkte reaktiverer traumer og forverrer helsen.

Samtidig fører slike negative hendelser til tap av tillit. I denne skjøre tillitssituasjonen med stor asymmetri mellom innsatte og ansatte, kan den negative effekten av slik kontakterfaring på tillit ha større effekt enn positive opplevelser (Tankebe og Liebling 2014; Tyler 2006). Problemet kan heller ytterligere forsterkes og relasjoner mellom innsatte og ansatte skades. Dette er også fremstilt som et hyppig profesjonsetisk tema blant ansatte. Særlig gjelder dette bruk av isolasjon og sikkerhetsseng overfor alvorlig psykisk syke.

Denne dynamikken knyttet til bruk av tvang og kontrolltiltak til «kvinnens eget beste» i fengsler kan tolkes som en indikasjon på at en kjønnsstereotypisk forestilling gjør seg gjeldende ved at kvinner blir forstått og behandlet annerledes og mer paternalistisk enn menn (Lundeberg, Mjåland og Søvig 2014). Å få kjennskap til hvordan denne ugyldiggjøringen og misanerkjennelsen står til hinder for et videre konstruktivt samarbeid om hjelp, kan være avgjørende for å unngå unødig bruk av tvang og potensielt traumatiske hendelser som fører til forverring.

9.2. Kjønnen pine

Smertene med soning er omdiskutert i fengselslitteraturen, og også hva som kan betegnes som «kjønnede» piner. Kvinnefellesskap i fengsel blir dels beskrevet som preget av et høyt konfliktnivå, nærtagenhet, intrigemaking og interne stridigheter fordi de kommer så tett på hverandres liv. Crewe et al. (2017) beskriver at mange kvinner opplever det å sone som «emosjonelt klaustrofobisk» (s. 1374), ved at privatlivet til andre kommer så tett på uten at det er mulig å sette personlige grenser. Man kan fristes til å tro at dette i seg selv skyldes kjønnsstereotyper. I vår forskning var konflikter i kvinnefellesskapet ikke spesielt fremtredende - tvert imot. Først og fremst ga kvinnene eksempel på omsorgsfullt samvær og solidaritet.

Noen opplever meningsfulle fellesskap og trekker frem samhold og nærhet til andre som en avgjørende verdi. Nye venninneforhold blir ansett som en overraskende fin ting ved soning:

«Jeg fikk mange gode venner. Altså før man kommer i fengsel så tror man at bare slemme folk og farlige folk der å ta de. Man tenker ikke at det finnes, at man kan møtes å bli bestevenner. Jeg har fått en bestevenninne derifra som jeg har, jeg er mere glad i henne enn min egen søster nå» (Leah, innsatt).

Tette relasjoner med andre innsatte ble fremstilt som en kvalitet på den ene siden, som faktisk kunne ha avgjørende betydning i kritiske øyeblikk, som her, da en medinnsatt sørget for at lege ble tilkalt:

«Er det flere sånne episoder der du lot være å spørre om hjelp når du egentlig trengte det?» (intervjuer).

«Ja, det har skjedd. Men den ene gang da jeg ble så dårlig var en annen innsatt som sa ifra og da var det legevaktlegen som kom. For jeg hadde veldig vondt i magen, og jeg ble ... Altså jeg var svimmel og dårlig. Fikk jeg- var så dårlig at jeg sa ingenting, men det var en jente fra XX (...). Og hun sa at dette her er ikke greit. Så hun gikk til betjentene på kvelden før innlåsing og sa at 'vet dere hva, XX har det veldig dårlig'. Og så kom- da kom legevakta-legen» (Leah, innsatt).

Flere vektla at det var en høy omsorgsmoral som handlet om «å bry seg» om særlig svake, psykisk syke og sårbare andre, og en soningskultur der innsatte forsøker å passe på hverandre og vise moderlig omsorg for særlig mindreårige innsatte (se også Mathiassen 2011).

Bekymringer for unge kvinner som ikke kunne ta vare på seg selv var utbredt. Noen fortalte om episoder der de sa ifra og talte andres sak på vegne av noen som ikke klarte å be om hjelp selv:

«Og jeg tenker ikke mye på meg selv, men jeg tenker på at jeg møter mange unge som 18-åringer og 19-åringer og. Unge som første gang de kommer i fengsel og de hadde det så dårlig. Altså jeg er veldig sånn følsom person, jeg gjorde så godt jeg kunne når det kom en ny jente jeg så at hun hadde problemer når vi var i luftegården. Fordi vi kommer jo til en avdeling som heter avdeling X som er lukket hvor man ikke har kontakt med oss på ettermiddagen og sånn. Luftingstida eller på arbeidstida. Jeg prøvde å snakke

med hun jenta som var ... Det var en 18 åring som hadde det så vondt. Og hun hadde jo sagt tre ganger til meg at hun skulle ta sitt liv så måtte jeg gå til betjentene og sa at de måtte passe på henne ...» (Sofie, innsatt).

Samtidig beskrev innsatte en følelse av utilstrekkelighet fordi de ikke visste hva de kunne bidra med i møte med andres problemer som de ble personlig involvert i, eller ufrivillig eksponert for, i dagliglivet i fengselet. Dette ble ekstra vanskelig når de ble vitne til at noen personer slet alvorlig. Stor grad av innlåsing gjorde også at innsatte i liten grad hadde mulighet til å ha kontakt og hjelpe hverandre i slike situasjoner. Dramatiske enkelt episoder kunne føre til mye utrygghet.

En del av denne emosjonelle byrden som var fremtredende i vår undersøkelse er den *psykiske belastningen ved å bli eksponert for andres lidelse*. En viktig komponent i dette er knyttet til lydnivået i et fengsel med mange innelåste psykiske syke. Lyden av lidelse fremstår som en stor utfordring for fengselets arbeid i å skape helsefremmende omgivelser. «*Nei, det er fryktelig. Og da å høre den gråten og det, ikke sant, det er så vondt at det ...*» (tidligere ansatt). Dette ble trukket frem som en viktig faktor knyttet til kvaliteten på soningsmiljøet, og var av vesentlig betydning for både innsatte og ansattes trivsel og helse. Beskrivelse av og opplevelsen av lyd kan være en pekepinn på det moralske klimaet i et fengsel. I mange intervjuer fremstilles tidvis på bestemte steder et meget høylytt soningsmiljø som bærer preg av enkelte kvinners fortvilelse eller sinne, mennesker på bristepunktet som fengselet ikke har lykkes med å berolige, gi tilstrekkelig hjelp, håndtere eller skjerme fra andre. I et slikt tett og lytt fellesskap uten private rom er det vanskelig å skape aksept for følelsesmessige lyder av fortvilelse, høylytt gråt, hyl og rop. Disse påkjenningene eller belastningene med å leve med lyd knyttet til andres lidelse fremstår som en betydelig soningsbyrde, og denne har en kvinnelig dimensjon.

Det er samtidig viktig å bemerke at mange kvinner opplevde at de på tross av store utfordringer brukte mye krefter på å holde sine følelser skjult og å mestre sine vanskeligheter alene. Å rette følelser innover og å reagere med apati er en tilpasningsstrategi som gjør at psykisk sykdom og behov for hjelp lett skjules for de ansatte:

«Ja altså, man utelukker fra fellesskap i alle fengsler av og til, men det utelukkes mye mindre i kvinnefengsler enn fra mennene. Og det er vel

antakeligvis fordi at kvinnene har jo en litt ... Ofte en litt annen måte å reagere på når de har det dårlig. De trekker seg mer tilbake, går på cella og sånn, mens mennene utagerer mer» (tidligere ansatt).

Flere ansatte uttrykker at de mener at en slik kjønnet tilbaketrekkningsstrategi forekommer. Innsatte fortalte også om at flere håndterte sine psykiske vansker for seg selv, eller etter flere forsøk på å søke hjelp på vegne av seg selv eller andre, ga opp, innrettet seg motvillig, og trakk seg lydig unna; en innadventt reaksjon som kan betraktes som en fatalistisk og instrumentell tilpasning (Crewe 2009). En slik reaksjon kan ha sammenheng med at innsatte generelt (men kanskje særlig overgrepsutsatte og psykisk sårbare kvinner) blir opplevd som mer «ettergivende» i møte med makt (Bosworth 1996). En fengselskontekst gjør at innsatte har færre muligheter for å gjøre motstand. Kvinner med psykiske helseproblemer kan bli særlige «protestsvake» i en slik situasjon, har en større tendens til å trekke seg tilbake, å gjøre misnøye til selvkritikk, heller enn å stå opp for seg selv og klage når de føler seg urettferdig behandlet. Samtidig, som dokumentert ovenfor og i kapittel 6, så reagerer en del av de fengslede kvinner voldelig og utadventt og havner av den grunn i isolasjon. Dette temaet er det langt mindre fokus på i fengselsforskningen, hvor man i stedet vektlegger at kvinner er mindre voldsomme, mer lydelige og mindre konfronterende. Våre resultater utfordrer derfor både våre informanters og tidligere forsknings bilde av fengslede kvinner.

Kjønnet aktivisering/passivering

I fengselshverdagen kommer også oppfatninger om kjønn til uttrykk i hvordan tiltak utformes og hva som anses som egnede aktiviteter og god oppførsel. At kvinner i mindre grad blir tilbudt kvalifiserende, kompetansehevende og meningsfylte alternativer, har vært et hyppig tema i diskusjonen om kvinners soningsforhold (Neumann og Snertingdal 2020). Mens fengsler for menn legger opp til bredt spekter av aktiviseringstiltak, er kvinners mulighet for livsutfoldelse fortsatt sterkt begrenset, til tross for omfattende kritikk.

En passiviserende og umyndiggjørende soningshverdag blir på den ene side fremstilt som en hovedutfordring i vårt materiale, og det vektlegges at vilkårene skiller seg fra det menn som soner tilbys. Situasjonen i fengslene blir rett og slett betegnet som «elendige» av flere ansatte, og som forverret over tid:

«*Hvordan opplever du at på en måte rehabiliteringstankene er i fengselet?*»
(intervjuer).

«*Den blir bare svakere og svakere. Før så hadde vi jo programmer, som vi kunne hjelpe de med rusmestring og sinnemestring og forskjellige typer sånne ... Hva skal jeg si, sånne kvinneprogrammer da. Sånn hjelpe med bevisstgjøring, ikke sant, da til å ta bedre valg og ikke la seg behandle dårlig og ... Mange forskjellige. Mye forskjellig, og ingen av dem finnes lenger nå*»
(Viktoria, betjent).

Flere ansatte påpeker imidlertid at mange av de kvinnerelaterte lavterskelsaktivitetene som tilbys i fengslene, har en ferdighetsmestrende dimensjon, som må ses i sammenheng med kvinnenenes mangel på kapasitet, ferdigheter og generelt dårlige helsetilstand:

«*Syr og strikking. Og det gjør de, men ikke sant, de som sier det de vet ikke hvor dårlig tilstand disse damene er når de kommer inn ... De er så nedslitt og så rusa nedslitt, og helt ute av funksjon altså. Så det er så vidt man liksom ... De vil jo bare ligge på cella, og bare sove og sånn, lenge. Og så begynner man å få de i hvert fall ut i fellesskapet på avdelingene, og så kanskje man klarer å lokke de ned sånn at de kan være med og sitte og hekle litt eller og så sovner de litt og sånn. Liksom det er, det er så mange damer som er i så dårlig form at de bare ... At det er helt nødvendig å ha et kjempelett tilbud til dem bare for å få dem i gang. Og da begynner de å snakke med andre, og det er veldig flinke folk i alle tider og kvelder, fine folk de som jobber på den avdelingen. De er virkelig psykologer i sin måte å jobbe på med de slitne damene der*» (tidligere ansatt).

Denne forståelsen av kvinner som nedkjørte og tiltaksløse kan være viktig for å imøtekomme disse kvinnenenes særlige behov for omsorg og hjelp; helse og livsutfordringer som kan avhjelpes ved å ikke stille urealistiske krav, men å ivareta alminnelige behov og samvær i en ordnet tilværelse som forutsigbarhet, tidsrutiner, trygghet, hygiene, rene klær, faste måltider og egen seng. «Stabilisering, rammer og struktur» fremstilles samtidig som både viktigere, men også mer utfordrende enn for menn:

«Også stabiliseres det jo selvfølgelig mye mer rammer, struktur og rusfrihet og sånt. Vi opplever nok kanskje at vi i mindre grad klarer å stabilisere damene enn vi gjorde med mennene» (Hanne, sykepleier).

Å ikke stille uforholdsmessige store krav gitt kvinnenes forutsetninger og helsemessige forfatning var et tema som flere i helseavdelingene var opptatt av. Dette ble aktualisert på en avdeling der Kriminalomsorgen i tråd med tanken om normalisering hadde innført et selvforpleiningssystem, der kvinnene fikk ansvar for å planlegge, handle og lage all mat selv: *«Og det tenker vi og at Kriminalomsorgen har ikke tatt høyde for at alle disse som kommer inn og er så dårlige, de er jo ikke i stand til å- til selvforpleining. De er jo ikke i stand til å handle mat for en uke og lage mat selv» (Hanne, sykepleier).*

Problemer med hverdagsmestring blir av ansatte fremstilt som noe ekstraordinært for kvinner som har levd kaotiske og unormale liv med mangel på rutiner og selvforsørgelse. Særlig relevant er dette i lys av det stadig skjerpede fokus på aktivisering og ansvarliggjøring i Kriminalomsorgens styringsdokumenter, samt kravet til «normalitet» som de innsatte har vidt forskjellige forutsetninger for å oppfylle. Lavterskelaktiviteter og alminnelige, hverdagslige samhandlingssituasjoner, som tas for gitt av de fleste og som ofte ikke blir sett som sentralt i terapeutisk arbeid, kan dermed være viktig for bedring, livskvalitet, tilhørighet til sosialt liv og fellesskap (Skatvedt 2008; 2020).

Samtidig, som også tidligere forskning har påpekt, kan en kjønnen umyndiggjøring og usynliggjøring av evne til livsmestring både virke passiviserende og stakkarsliggjørende (Mathiassen 2021). Kvinners handlekraft undervurderes som følge av deres mer passive væremåte, uttrykksform og offergjøring (Liebling 2009). Den kjønne dimensjonen i denne formen for atferdskorrigerende «normaliseringsarbeid» innebærer å ikke kreve mer enn å trene på dagliglivets utfordringer og å øve på enkle aktiviteter som håndarbeid, husarbeid og matlaging. Dette får konsekvenser ved at den sosiale kontrollen marginaliserte kvinner blir gjenstand for, i større grad har karakter av oppdragelse enn praktisk forberedelse på livet etter soning.

9.3. Lengst inne i fengselet

«Jeg fikk en følelse når jeg kom dit de første gangene at det var som å komme inn på et tankskip som har mista motoren og radioen, bare driver rundt på havet alene og ingen bryr seg, ingen leter etter dem. Veldig sånn den følelsen da» (Emil, psykolog).

Metaforen om fengselet som et etterlatt tankskip gir en urovekkende følelse. Dette forsterkes av at de «som er om bord» uten tvil er sårbare mennesker med få forbindelser til omverdenen. En gruppe innsatte, som det er ekstra vanskelig å hjelpe og som ender med å sone lengst inne fengselet i høye grader av isolasjon og med minimal kontakt med omverdenen.

Både vår og andres forskning viser at kvinnelige innsatte generelt blir fremstilt og forstått som en gruppe med en langt større sårbarhet enn menn. De kategoriseres og oppleves som mindre fungerende, vanskeligstilte og hjelpetrengende.

Måten kvinner omtales på baserer seg på konkrete erfaringer, som vi har vist i dette kapitlet. Det er viktig å problematisere hvordan dette også formes av kjønnete forestillinger. Dette kan bety at kvinner passiviseres, og at heterogeniteten blant kvinner og deres ressurser og styrker blir oversett eller undervurdert. Det faktum at flere av kvinnene faktisk reagerer voldelig, blir møtt av kampkledde betjenter og havner i isolasjon, ser ut til å havne i bakgrunnen eller bli glemt når bildet av kvinnene tegnes.

Å bli definert som en unik person med et vidt spekter av ressurser, evner og muligheter, og ikke som en dårlig fungerende hjelpetrengende, er ikke bare et viktig aspekt ved myndig- og verdiggjøring, men også for å motvirke faren for at de kvinnelige innsatte blir institusjonalisert på en sånn måte at de utvikler kompetanse og posisjoner som bare har gyldighet innenfor fengselsinstitusjonens rammer. Tilbakeføring av kvinner handler om å utvikle den enkeltes kompetanse, språk og ferdigheter, som også kan ha overføringsverdi til andre konvensjonelle og statusgivende roller i samfunnet.

10. Konklusjon og anbefalinger

I denne studien har vi kommet tett på en spesiell og marginal del av det norske samfunn. Selv når vi ser på våre funn innenfor rammene av fengslene blir det tydelig at vi har å gjøre med en gruppe i en svært vanskelig situasjon. Dette skyldes med stor sannsynlighet kombinasjonen av at vi fokuserer på *kvinnelige innsatte* på *høysikkerhet* og på deres *psykiske helse*. Det har ført oss i kontakt med helsetjeneste, betjenter og innsatte i den norske Kriminalomsorgen og nærmere bestemt tett på en mindre gruppe innsatte kvinner og det personalet de kommer i kontakt med i form av betjenter, sykepleiere, leger og psykologer. Alle disse personene forteller, uansett ståsted og perspektiv, en samsvarende historie om en gruppe mennesker hvor mange har, og får, omfattende psykiske problemer. Mange er også enige om at fengselet i sin nåværende form på ingen måte er en ideell ramme for denne gruppen mennesker. Selv om mange innsatte får helsehjelp, tyder alt på at flere av dem får det dårligere på grunn av fengselskonteksten, og det den medfører av innlåsing, isolasjon, tett kontakt med andres psykiske lidelser og problemer og tapt kontakt med omverdenen, familie og venner.

I det følgende skal vi oppsummere våre hovedfunn og deretter vil vi presentere anbefalinger som vi på bakgrunn av forskningen mener har potensialet til å forbedre soningsvilkårene og helsehjelpen til kvinner som soner på høysikkerhet.

Profesjonelle og dedikerte medarbeidere

I gjennomføringen av dette prosjektet har vi møtt profesjonelle, dedikerte og hardt arbeidende ansatte i helsetjenesten og i fengslene. Dette er vårt gjennomgående inntrykk etter å ha intervjuet helsepersonale og betjenter. Det personalet vi har intervjuet og korrespondert med har tydelig vært opptatt av å hjelpe de innsatte kvinnene, og de gjør en stor innsats i den forbindelse.

Mens vi relativt betraktet har intervjuet få betjenter og få innsatte kvinner, har vi snakket med en vesentlig andel av helsepersonalet som behandler kvinner på høysikkerhet i Norge, spesielt når det gjelder spesialisthelsetjenesten. Våre konklusjoner er dermed mer representative for helsepersonalet. Dette er en gruppe medarbeidere som utfører en særdeles krevende jobb, både faglig og menneskelig. Det er også vårt klare inntrykk at helsepersonalet, og ikke minst spesialisthelsetjenesten, har bygd opp en unik og svært verdifull kompetanse.

Disse medarbeiderne er ikke bare en uvurderlig ressurs i det daglige helsearbeid i fengslene, men utgjør også en stor potensiell ressurs i å videreutvikle helsetilbudet i fengslene.

De følgende konklusjonene og hovedfunn må ses i lys av det ovenstående.

De innsatte kvinners helse og helsebehov

Depresjon, traumer, selvskading, angst, posttraumatiske stresslidelser og rusproblemer er blant de problemene som betjenter, helsepersonale og innsatte fremhever når de skal beskrive innsatte kvinners helse. På dette området stemmer vår studie grunnleggende overens med tidligere forskning. Helsepersonale og betjenter oppfatter de innsattes helse som dårlig og beskriver at det er utbredt med erfaringer med vold, rusmisbruk, omsorgssvikt og avvisning. Kvinnene tar dermed en rekke problemer med seg inn i fengselet. Men de innsatte påvirkes også i høy grad av fengselet, og ofte i negativ forstand, noe vi kommer tilbake til nedenfor i forbindelse med diskusjon av temaer som isolasjon, familiekontakt og normaliseringsprinsippet.

Innsatte har dessuten et høyt konsum av medisiner og særlig sovemedisiner. Uenigheter mellom helsepersonale og de innsatte er ikke sjeldent knyttet til medisinbruken. Men det kan også handle mer generelt om innsatte kvinners store helsebehov. Enkelte ansatte beskriver dette behovet som nærmest uuttømmelig. Man kan få inntrykk av at helsearbeidet blant kvinnene på høysikkerhet ofte handler mer om brannslukking og stabilisering og mindre om forebygging. Innsatte og ansatte trekker også frem at kvinnenes tidligere negative kontakterfaringer med hjelpeapparatet fører til manglende tillit og vilje til samarbeid.

Innsatte kvinner, samt betjenter og helsepersonell, forteller om omfattende og voldelige reaksjoner blant kvinnene. Et tema som går igjen i vårt datamateriale er selvskading. Denne problematikken er også tett knyttet opp til isolasjon og til fengselet som institusjon og sosial kontekst.

Isolasjon, utagering og psykisk helse – en ond sirkel

Et sentralt tema i de intervjuene vi har gjennomført med både ansatte og innsatte om fengselet som ramme, er isolasjon og innlåsing på cellen. At isolasjon medfører vesentlig risiko for de innsattes helse, er velkjent. Ikke desto mindre er det en sentral del av fengselets

institusjonelle logikk at man responderer på en rekke reaksjonsmønstre med nettopp isolasjon, også overfor personer med omfattende psykiske problemer og lidelser. De ansatte i denne studien reflekterer rundt at isolering av de innsatte kun skaper en forverring av deres symptomtrykk. Mange av kvinnene defineres som traumeutsatte, men likevel fremstår fengselets respons som lite «traume-sensitiv» når konflikter eskalerer. Noen trekker frem episoder og respons fra fengselet som direkte reaktiverer traumer. Kvinnelige innsatte på høysikkerhet utsettes tilsynelatende for en stor grad av isolasjon, og ved utagering settes de på sikkerhetscelle. Dette fører til en ond sirkel hvor kvinnenes psykiske helse kan forverres og føre til flere reaksjoner og dermed til enda mer isolasjon. Det er ad-hoc-tiltak som avverger fare der og da, men som ikke verken løser den innsattes eller fengselets problemer på sikt. Problemet kan heller ytterligere forsterkes og relasjoner mellom innsatte og ansatte skades. Dette er også et hyppig tema blant ansatte. I tillegg kan slike problemer – voldelige reaksjoner og bråk på en avdeling - medføre at de andre innsatte opplever mer innlåsing fordi personalet skal håndtere uro og bråk, og dermed ikke har ressurser til å holde avdelingen åpen i henhold til normal prosedyre.

Årsaken til at man bruker isolasjon – for eksempel i form av sikkerhetscelle – handler om sikkerhet på kort sikt. Det vil si å skape en situasjon hvor man får fysisk kontroll over den utagerende personen eller plasserer en selvskadende person i et fysisk sikkert miljø. Men det paradoksale i dette er naturligvis at det kan medføre ytterligere psykiske skadevirkninger. Slik sett blir den fortsatte praksisen med isolasjon ett av flere eksempler på hvordan hverdagen i fengsel for denne kvinnegruppen ofte ikke lever opp til prinsippet om normalisering.

Normaliseringsprinsippet og kvinnene på høysikkerhet

Normaliseringsprinsippet tilsier at tilværelsen under straffegjennomføringen skal gjøres så normal som mulig. I kombinasjon tegner utsagn fra helsepersonell, betjenter og innsatte imidlertid et bilde av et fengselsliv som ligger svært langt fra dette. Opplevelsen av å være innelåst og omgitt av personer med omfattende psykiske lidelser ligger langt fra de fleste sine forestillinger om normalitet. Vårt datamateriale viser at innsatte i stor grad blir involvert i hverandres helseproblemer på en svært intim og potensielt avgjørende måte. Det er belastende å bli eksponert for andres lidelse. En viktig komponent i dette er knyttet til lydnivået i et fengsel med mange innelåste med psykiske plager og lidelser. Lyden av andres

lidelse fremstår som en stor utfordring for fengselets arbeid med å skape helsefremmende omgivelser. Dette ble trukket frem som en viktig faktor knyttet til kvaliteten på soningsmiljøet, og var av vesentlig betydning for både innsattes og ansattes trivsel og helse. Bruk av isolasjon skaper et soningsmiljø som ligger langt fra hva man typisk forbinder med normalitet, og herunder lydene av skrik og bråk, når isolerte innsatte utagerer, dunker hodet i veggene eller roper. Fengselsmiljøet kan tilsynelatende også oppleves som en trigger for psykisk syke innsatte. Selvskading kan være et samtaleemne rundt middagsbordet på avdelingen. Samtidig kan nærheten til andre innsatte også by på en støtte og være en anledning til å gi støtte.

Uansett er det svært vanskelig å se hvordan en høy konsentrasjon av personer med alvorlige psykiske utfordringer i et miljø med mye innlåsing kan være et sunt soningsmiljø, som inspirerer, støtter og peker mot et liv uten psykisk sykdom, rusproblemer og kriminalitet. De skulle ikke «ha vært i de rammene» konstaterer en psykologspesialist, og ifølge en annen ansatt i helsetjenesten er de «en gruppe pasienter som ikke passer inn i fengselshverdagen». Samlet sett må vi på bakgrunn av informasjon fra betjenter, helsepersonell og innsatte konkludere med at normaliseringsprinsippet ikke etterlevs på en tilstrekkelig meningsfull måte for disse kvinnene.

Kontakt med omverdenen – familie og venner

For de innsatte som har et nettverk utenfor fengselet, vil fungerende kontakt med dette nettverket med stor sannsynlighet kunne bidra til normalisering og motvirke følelsen av å være lukket inne i et marginalt miljø med høy frekvens av psykiske lidelser og voldsomme reaksjoner.

Dessverre er det vesentlige problemer på dette området når det gjelder regelverk og Kriminalomsorgens praksis. Heller ikke på dette området fungerer normaliseringsprinsippet alltid etter hensikt.

Kvinnene som deltok i undersøkelsen har hatt ulik kontakt med familien under soningsoppholdet. Noen har det de beskriver som daglig kontakt, mens andre har lite kontakt. Et ekstremt, men dessverre velkjent, eksempel på at regelverk kan være ødeleggende, er når varetekstfengslede nektes besøk av familie og barn (besøksforbud). Eksempler fra vår

forskning viser at dette kan være en voldsom belastning for innsatte mødre, noe som kan påvirke deres psykiske helse. Men også for dømte som soner kan det være problemer med lite kontakt. Kriminalomsorgens praksis med å kun tillate 20 minutter telefontid i uka har lite å gjøre med et normalitetsprinsipp, spesielt når det kommer til kontakt med barn.⁴

Selv når innsatte har mulighet til fysiske besøk er det ikke alltid like lett å gjennomføre dette, noe som for eksempel kan handle om utgifter til transport. Koronapandemien har hatt store innvirkninger på besøksmulighetene. I lengre perioder har det ikke vært mulig å motta fysiske besøk, og Kriminalomsorgen har i skrivende stund rett til å avlyse eller forby besøk av hensyn til smittevern. I mai 2020 innførte fengslene muligheten for videosamtaler som et kompensierende tiltak. Dette har vært en stor hjelp for mange, men det er ikke sjeldent tekniske problemer med denne løsningen (noe vi også opplevde i forbindelse med gjennomføring av datainnsamlingen), og det er delte meninger om hvor godt dette fungerer.

Samlet sett kan vi konkludere med at det kan være vesentlige problemer når det gjelder fengslede kvinners muligheter for kontakt til venner, familie og barn. Tapte kontakt med pårørende kan føre til store belastninger for den innsattes helse, og tapt eller problematisk kontakt kan også påvirke de pårørendes helse og livssituasjon markant.

Relasjoner, profesjoner og helsehjelp

Innsatte vi har intervjuet forteller ofte at de er fornøyde med betjentenes rolle i helsetilbudet, mens enkelte er misfornøyde med helsepersonalet. Både innsatte og betjenter omtaler relasjonen seg imellom som hovedsakelig velfungerende og noen innsatte har et tilnærmet personlig forhold til den enkelte betjent. De innsatte opplever derimot å ikke få den hjelpen de føler de har behov for av helsepersonalet. Flere merker at ressursene er knappe. Dette kan muligens skyldes at innsatte har lavere forventninger og derfor mindre krav til betjentene i forhold til helsetilbudet. Helsepersonalet forteller at det er vanskelig å gi helsehjelp i fengsel. Mange innsatte har et ønske om behandlingstilbud som personalet ikke har grunnlag for å tilby. Det er dessuten et konkret problem at innsatte ikke alltid har tilgang til kvinnelig lege.

Denne situasjonen – helsebehov som ikke tilstrekkelig dekkes – fører en del av fokuset over på betjentene, noe som har en rekke konsekvenser. Dels får enkelte betjenter en slags

⁴ Innsatte med foreldreomsorg for barn har 30 min ringetid i uka.

«behandlerrolle» i mangel på helsepersonell. Betjentene kan dermed komme til å ta ansvar for de innsattes helse, til tross for at de ikke har helsekompetanse. Betjentene føler med dette at de også «kommer til kort». Betjentene har i tillegg ansvar for å dele ut medisiner til de innsatte - et ansvar de ikke ønsker å ha. Betjentene og sykepleierne snakker om å sette grenser for tid- og ressursbruk fordi behovet for omsorg føles utømmelig. Disse gruppene får dermed en viktig portvokterrolle når det gjelder å melde problemer videre i systemet.

Helsepersonalet opplever at veiledning av betjentene er en vesentlig del av deres arbeidsoppgaver. Dette innebærer veiledning i spørsmål om innsattes helse og omgang med personer med omfattende psykiske lidelser, til tross for at de understreker at betjentene ikke er helsepersonell. En ytterligere konkret utfordring handler om at det er utfordrende å opprettholde taushetsplikt. Betjentene har i stor grad innsyn i de innsattes helseopplysninger, til tross for at det ikke er tiltenkt. Dette kan utgjøre en barriere for å oppsøke helsehjelp i fengsel i frykt for at opplysninger kan tilkomme uvedkommende og bli spredt og misbrukt i avgjørelser av betydning for soningsforhold.

Betjentene og helsepersonalet forteller ikke desto mindre at de generelt samarbeider godt. De representerer to adskilte etater og er derfor opptatt av å holde en viss avstand til hverandre, til tross for at de samarbeider tett om de innsattes helse. Likevel opplever de uenigheter og helsepersonalet opplever at Kriminalomsorgen kan «overkjøre» dem i enkelte tilfeller fordi sikkerhetsvurderinger er rådende.

Samarbeide med psykiatrien

Denne studien har tydelig vist at det er visse problemer i samarbeidet mellom fengslenes helsetjeneste og de lukkede psykiatriske avdelingene utenfor fengslene. Det beskrives blant annet hvor utfordrende det kan være å få overflyttet psykotiske innsatte til psykiatrisk sengepost ved sykehusene, samt hvor fort de ofte blir sendt tilbake til fengselet. Visse innsatte risikerer på denne måten å bli en «kasteball», hvilket neppe gagnar deres helse. Flere i spesialisthelsetjenesten beskriver denne problematikken og mener at de akuttpsykiatriske avdelingene har urealistiske forventninger til hva helsetjenesten i fengslene kan tilby. Resultatet blir at en liten gruppe innsatte kvinner fremstår som uønsket i systemet.

Koronapandemien

Pandemien og tiltakene i forbindelse med dette har forverret flere av de problemene vi beskriver over. Bruken av isolasjon har økt og kontakten med familie og pårørende har blitt enda mer begrenset. Kontakten med helsetjenesten ble også merkbart påvirket i første fase av pandemien. Samlet sett er det ingen tvil om at det for mange har vært hardere og tyngre å være fengslet under pandemien, og dette gjelder også kvinner på høysikkerhet. Det er grunn til å tro at de nevnte restriksjoner og problemer har medført risiko for en forverring av de innsattes helseproblemet og derfor økt deres tjenestebehov.

Kjønnsrelaterte problemstillinger

Kvinner kan ha særskilte behov under straffegjennomføringen. Samtidig kan forestillinger om hvordan kvinner *er* ha konsekvenser for hvorvidt kvinners helseproblemer blir sett og hva som fremstår som riktige løsninger. Straffeapparatet er i utgangspunktet maskulint på et strukturelt nivå, noe som innebærer at det er formet etter menns atferd, problemer og behov. Kjønnsstereotypiske oppfatninger kan gjøre at straffedømte menn lettere tolkes som aktive og rasjonelle aktører, mens kvinner kan bli fremstilt som passive, svake og emosjonelt kaotiske. I dette ligger det at kvinner kan oppleve et sterkere stigma enn menn når de bryter lover og soner, og slik stigma er psykiske belastende og bidrar til en følelse av utenforskap.

Både innsatte og ansatte forteller at kvinner i fengsel ofte er ofre for kriminalitet og vanskelige livsforhold, som ikke hjelpe- og kontrollapparatet har fanget opp. Kvinnene omtales som «relasjonsskadede» og «emosjonelt ustabile». Helsepersonalet legger vekt på å reparere «tilknytningsbrudd» og relasjonsarbeid fremstår som viktig på alle tjenestenivåer. Selv om vi lever i en tid hvor normer for kvinneligheten er mer mangfoldig enn tidligere, forstås omsorg og relasjoner fortsatt ofte som kvinnelige domener (Aarseth 2021).

Samtlige ansatte oppfatter kvinnelige innsatte som generelt preget av dårligere psykisk helse enn innsatte menn. Reaksjonsmønstrene fremstilles også som annerledes for kvinnene. I forskningen på kvinnelige innsatte blir kvinner generelt fremstilt som mindre aggressive og farlige enn menn, og de omtales som mer intrikate og følelsesmessig ustabile. Der mennene utagerer, reagerer kvinnene mer selvdestruktivt. Selvskading oppfattes derfor som et større problem hos de kvinnelige innsatte. Men flere reagerer også med aggresjon og motstand,

hvilket nok burde forstås som en generell og forståelig menneskelig reaksjon på ekstreme vilkår, fremfor å ses i lys av kjønn. Uansett preger dette kommunikasjonen mellom ansatte og innsatte på en negativ måte og fengselet responderer ofte på episoder med selvskading med mer statiske kontrolltiltak. Det faktum at flere av kvinnene faktisk reagerer voldelig, blir i den forstand møtt med kampklede betjenter og isolasjon.

Kvinnelige innsatte generelt blir fremstilt og forstått som en gruppe med en langt større sårbarhet enn menn. De kategoriseres og oppleves som mindre fungerende og mer vanskeligstilte og hjelpetrengende. Fengslenes satsning på lavterskel-aktiviteter, trygge og stabiliserende rammer og struktur må ses i lys av det som anses som disse kvinnenes særlige behov for omsorg og livsmestring; helse og livsutfordringer som kan avhjelpes ved å ikke stille urealistiske krav. Samtidig kan tilbudet bli oppfattet som lite kvalifiserende, kompetansehevende og meningsfylte, og med lav overføringsverdi til helsefremmende og statusgivende roller og arbeid. Kvinnene passiviseres dermed og man risikerer at heterogeniteten blant kvinner og deres ressurser og styrker blir oversett eller undervurdert.

Anbefalinger

I det følgende vil vi kort presentere en rekke anbefalinger som bygger på forskningen presentert over. Dette følger dessuten opp på tilbakemeldingen fra FNs Kvinnekomité, som i 2017 anbefalte at Norge skulle «Step up its efforts to improve the prison conditions for women prisoners on an equal level with men in prison» og herunder forbedre «health care services, including mental health care» (CEDAW 2017, 47, a/b).

Vi har inndelt våre anbefalinger i to hovedgrupper, hvor den ene overordnet betraktet handler om normaliseringsprinsippet og den andre handler mer direkte om organiseringen og leveringen av helsetjenesten og helsetilbudet.

A) Normalisering

I denne studien har vi møtt et fengselsliv som det er vanskelig å se samsvarer med det normaliseringsprinsippet som Kriminalomsorgen ellers skal praktisere og innrette sin virksomhet etter. Det er derfor en helt grunnleggende og generell anbefaling at normalitetsprinsippet bør styrkes for kvinner som soner på høysikkerhet. Til tross for at normalitetsprinsippet står sterkt i det norske fengselssystemet, er det flere forhold i

fengselshverdagen som ligger langt fra en vanlig hverdag. Det har i mange år i Norge og Danmark vært en diskusjon om hvorvidt man tilbyr innsatte kvinner de beste mulighetene ved å samle dem i egne kvinnefengsler eller ved å prioritere nærhetsprinsippet. Vi kan på bakgrunn av denne studien ikke vurdere dette, men uansett om man velger å styrke normaliteten ved å spre kvinnene i forskjellige fengsler for å sørge på at de soner i nærheten av familie eller om man samler dem i få fengsler/enheter for å styrke tilbudet, bør man i høyere grad etablere regimer som tillater mer normale og mindre stressende og inngripende livsvilkår. Når man plasserer mange innsatte med omfattende psykiske problemer og erfaringer med overgrep sammen, må man i større grad sørge for mer åpne rammer, bedre muligheter for sosial kontakt med omverden, og flere aktiviteter for å gjøre det mulig for de innsatte å opprettholde en form for normalitet i livet.

1. Lage en samlet plan og strategi for bedre implementering av normaliseringsprinsippet

Vi oppfordrer til at man i Kriminalomsorgen lager en grundig gjennomgang på dette området, og herunder en konkret plan og strategi for hvordan man bedre, og på en mer helseforebyggende måte, kan implementere normalitetsprinsippet for kvinner på høysikkerhet (inklusive varetekt). Dette kan eksempelvis være tiltak som skjerner innsatte fra unødig å måtte eksponere egen psykisk lidelse for uvedkommende eller å bli involvert i andres, å styrke innsattes muligheter for å opprettholde kontakt med pårørende, samt å styrke aktivitetstilbudet i fengsel for kvinnelige innsatte.

2. Kontakt med omverdenen

Muligheten for kontakt med familie og venner er relevant for kvinnelige innsattes helse og disse mulighetene bør være vesentlig bedre. En generell anbefaling er å praktisere normaliseringsprinsippet tydeligere på dette området, hvilket burde få en rekke konsekvenser for eksempel i forhold til mulighetene og vilkårene for besøk og telefonkontakt. Tilgang til 20 minutter telefontid i uka på høysikkerhet (og 30 min for innsatte med omsorgsansvar) er simpelthen ikke tilstrekkelig for å opprettholde ordentlig kontakt med familie og barn, og fremstår fullstendig utidssvarende i det 21. århundre. For det andre bør man være oppmerksom på de situasjonene som kan oppstå når fysisk kontakt blir helt umulig, for eksempel når varetektsfengslede nektes besøk av barn og familie. Sett fra en pårørendes perspektiv bør det også være mulig for et barn å se sin forelder hvis det er i barnets beste interesse å opprettholde kontakt. Her oppfordrer vi til at man ser til jurisdiksjoner utenfor

Norge, hvor det ikke er mulig å nekte varetekstfengslede besøk av og telefonkontakt med barn og familie (Smith og Jakobsen 2017). Vi foreslår også at man prioriterer nærhetsprinsippet, og i den utstrekning dette ikke er mulig etablerer en økonomisk støtteordning (som man for eksempel har i Danmark), slik at pårørende kan få reisemidler i forbindelse med besøk i fengsel.

3. Isolasjon

Det foregår for tiden et omfattende reformarbeid på isolasjonsområdet i Kriminalomsorgen, og vi oppfordrer til at man nøye planlegger hvordan man inkluderer kvinner på høysikkerhet i dette arbeidet. Omfanget av innlåsing og bruk av isolasjon på høysikkerhet bør begrenses. Det er spesielt viktig å bryte den «onde sirkelen» som i visse tilfeller oppstår, hvor innsatte med psykiske problemer utagerer og havner i isolasjon igjen og igjen, mens deres helsetilstand forverres. Dette krever en særlig innsatts og en klar strategi. Som ledd i dette bør man føre jevnlig statistikk over bruken av isolasjon overfor kvinner i fengsel, slik at man vet hvor mange kvinner som årlig utsettes for isolasjon og i hvilke sammenhenger dette skjer.

4. Fysisk aktivitet

Innsatte bør i større grad få tilgang/mulighet til fysisk aktivitet. Mulighetene er per dags dato begrensede og både innsatte, helsepersonell og betjenter i vårt datamateriale etterspør flere muligheter. Dette begrunnet ut ifra at økt fysisk aktivitet vil kunne bidra til å bedre innsattes fysiske og psykiske helse. Aktivitet er i tillegg et viktig søvnhygienisk tiltak.

B) Helsetjenesten og helsetilbudet.

Hvis man følger anbefalingene over vil man etter vår oppfatning kunne etablere fengselsregimer og fengselsforhold som generelt er mer forebyggende og helsefremmende. Vi har underveis i studien imidlertid også vært oppmerksomme på en rekke mer konkrete problemer i helsetilbudet for kvinner i fengsel. Dette har resultert i anbefalingene nedenfor.

5. Bedre helsetilbud - ressursteam, forsterket felleskapsavdeling m.m.

Helsetilbudet for kvinnelige innsatte på høysikkerhet bør styrkes. I Bredtveit fengsel er et ressursteam under oppstart og skal være på plass august 2021.⁵ Ressursteamet har som mål å bedre psykisk syke innsattes hverdag. Prosjektet er tiltenkt innsatte som ikke

⁵ Tilsvarende ressursteamet tilhørende Ila fengsel og Forvaringsanstalt.

rettighetsvurderes for innleggelse i psykiatrien, men som likevel fungerer dårlig under den mengden isolasjon fengselshverdagen pålegger dem. Lignende ressursteam skal også opprettes i flere fengsler. Ressursteamet i Bredtveit fengsel vil ikke ha tilgang til egne lokaler/oppholdsrom og det bør derfor også opprettes forsterkede fellesskapsavdelinger for de mest utsatt kvinnene. Ressursteam eller forsterkede fellesskapsavdelinger vil kunne føre til at psykisk sykdom blant innsatte avdekkes systematisk på et tidligere stadium og gi bedre oppfølging av spesielt utsatte kvinner. Dette kan redusere forekomst av akutte situasjoner med bruk av tvang. Oppsøkende helsehjelp vil også gjøre det lettere for den innsatte å ta direkte kontakt uten betjeners involvering. Vi anbefaler videre at man evaluerer de nye ressursteamene ca. to år etter oppstart.

6. Områdefunksjon - hvilken virkning?

En potensielt vesentlig omorganisering av helsetjenesten i fengsel er for tiden underveis i form av introduksjon av såkalte områdefunksjoner. Vi har ikke sett resultater av dette i denne studien, men oppfordrer til at man evaluerer dette systemet ca. to år etter at det er innført.

7. Samarbeid med psykiatrien

Samarbeidet mellom fengslenes helsetjeneste og akuttpsykiatrien utenfor fengslene bør forbedres. Helsepersonellet vi har intervjuet foreslår at en enkel start på dette kan være at ansatte ved akuttpsykiatriske avdelinger jevnlig besøker fengslene for å se hvordan forholdene og omsorgsevnen er.

8. Rus

Det er behov for et styrket rusmestringstilbud til innsatte kvinner på høysikkerhet. Det er ikke tilrettelagt for dette for alle kvinner som soner på høyt sikkerhetsnivå. Rusmestring er et viktig verktøy for rehabilitering, og avgjørende for god tilbakeføring. Mange innsatte har rusproblemer, og flere helseansatte i vårt materiale uttrykker at fengselskonteksten byr på gode forutsetninger for å bedre disse kvinnenes situasjon.

9. Tilgang til kvinnelig lege

Ifølge Bangkok-reglene har kvinnelige innsatte rett på kvinnelig helsepersonell dersom de ønsker det, så langt det er mulig å gjennomføre (Bangkok-reglene, 10.2). I begge fengslene der vi gjennomførte intervjuer hadde kvinnene opplevd å kun ha tilgang til mannlig fengselslege. Det bør kunne tilrettelegges for at innsatte kvinner har tilgang til en kvinnelig

lege hvis de ønsker det. Dette bør være et minstekrav for den kjønnsensitive fengselspraksisen som staten kan prestere.

10. Tvang/belteseng

Belteseng er et svært inngripende maktmiddel som kan føre til store belastninger hos den enkelte. I politiarrester og i psykisk helsevern har man i større grad gått bort fra å bruke dette. Det diskuteres også om denne praksisen bør avvikles i fengsel. Vi anbefaler at en sårn avvikling eller alternativt en oppstramming av regler og praksis overveies grundig. Dette begrunnes med at beltelegging i større grad fører til retraumatisering og i liten grad til tilfriskning hos den innsatte/pasienten.

11. Statistikk på selvskading og selvmordsforsøk

Selvskading beskrives som et stort problem blant kvinner i fengsel, men dette fører man i dag ikke en oversikt over. Vi mener man bør skille mellom selvmordsforsøk og selvskading i statistikken og inkludere informasjon om kjønn.

12. Lappesystem

Denne studien har vist at det er et problem at innsatte må bruke «lappesystemet» for å henvende seg til helsepersonale. «Lappesystemet» innebærer at innsatte sender en lapp til helseavdelingen i fengselet via betjentene når de ønsker en konsultasjon. Dette systemet sikrer ikke taushetsbelagt materiale godt nok. Flere innsatte kvinner trekker selv frem lappesystemet som ydmykende fordi betjenter blir et mellomledd som får innsyn i fortrolig informasjon om egne helserelaterte spørsmål. At sensitiv informasjon kan tilkomme uvedkommende utgjør en barriere for å oppsøke hjelp. Vi oppfordrer til at man avvikler dette «lappesystemet» og finner en erstatning som ivaretar rettigheter og plikter bedre. En digital løsning med personlige beskjeder via Kriminalomsorgens iPad eller en enkel løsning med lukkede konvolutter og en postkasse til helsetjenesten på hver avdeling, er konkrete mulige løsningsmodeller.

13. Utdeling av medisiner

Det bør gjøres endringer knyttet til utdelingen av medisiner i fengslene. Dersom betjenter skal dele ut medisiner bør det sørges for at de har tilstrekkelig kompetanse for å gjennomføre denne oppgaven. At betjenter deler ut medisiner kan føre til rolleforvirring overfor innsatte.

Betjentene får også innsyn i innsattes helseinformasjon og det bør derfor gjøres endringer slik at taushetsplikten ikke brytes.

Litteraturliste

Adler, F. (1975) *Sisters in Crime: The Rise of the New Female Criminal*. New York: McGraw-Hill

Advokatbladet (2021) *Innsatt kvinne: Ber om tidlig løslatelse for alle som soner under pandemien*, Brev til Sivilombudsmannen, Justisdepartementet og Kriminalomsorgsdirektoratet fra en innsatt, datert 27.januar 2021. Advokatbladet.no: https://www.advokatbladet.no/isolasjon-korona-nyheter/innsatt-kvinne-ber-om-tidlig-loslatelse-for-alle-som-soner-under-pandemien/161092?fbclid=IwAR198LquvJ8NMJf70d6dLI-revPJSN1p9mBtpyfnR_OOrycUOoE1o2gaK8

Aebi, M. og Tiago, M. (2019) *Prison and Prisoners in Europe 2018*. SPACE I report: https://serval.unil.ch/en/notice/serval:BIB_513D04633276

Akil (2020) A Neuroscientist's Perspective on Solitary Confinement. I: Lobel, J. og Smith, P. S. (red.) *Solitary Confinement. Effects, Practices, and Pathways toward Reform*. Oxford University Press Academic.

Aiello, B. L. og McCorkel, J. A. (2017) *'It will crush you like a bug': Maternal incarceration, secondary prisonization, and children's visitation*. Punishment & Society, March 6, 2017

Amundsen M. (2006) *Innsatte og psykisk helse*. Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskab https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/bitstream/handle/11250/2438345/Innsatte_og_psykisk_helse.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Amundsen, M. (2010) *Kvinnelige innsatte og sosial marginalisering*. Spesialpedagogikk 75(1)

Amundsen M. (2011) *Kjønnsforskjeller i psykisk helse i norske fengsler*. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning, nr. 2-2011 <https://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/2223/2070>

Andenæs (1994) *Straffen som problem*. Exil forlag

Baer, J. (2011) *Feminist Theory And The Law*. The Oxford Handbook of Political Science

Bosworth, M. (2000) *Confining femininity: A history of gender, power and imprisonment*. Theoretical Criminology 4(3)

Bosworth, M. (1996) *Resistance and Compliance in Women's Prisons: Towards a Critique of Legitimacy*. Critical Criminology, 7: 5–19

Bosworth, M. og Carrabine E. (2001) *Reassessing Resistance: Race, Gender and Sexuality in Prison*. Punishment & Society, 3(4)

- Bukten, A. Stavseth, M. R. Skurtveit, S. Kunøe, N. Lobmaier, P. Lund, I. O. Clausen, T. (2016) *Rusmiddelbruk og helsesituasjon blant innsatte i norske fengsel*. SERAF - Senter for rus- og avhengighetsforskning:
<https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2016/nedlastinger/seraf-rapport-nr-2-2016-rusmiddelbruk-og-helsesituasjon-blant-innsatte.pdf>
- Bukten, A. Stavseth, M. R. Skurtveit, S. Tverdal, A. Strang, J. Clausen, T. (2017) *High risk of overdose death following release from prison: variations in mortality during a 15-year observation period*. *Addiction* 112(8).
<https://doi.org/10.1111/add.13803>
- Bukten, A. Lokdam, N. T. Clausen, T. og Skjærvø, I. (2021) *Bruk, besittelse og ruspåvirket kjøring blant innsatte i Norske fengsel 2000-2019*. Resultater fra PriSUD-prosjektet, Seraf rapport 3/2021
- Carlen, P. og Worrall, A. (2004) *Analysing Women's Imprisonment*. Willan Publishing.
- Christie, N. (1970) *Modeller for fengselsorganisasjonen*. I: Østensen R. (Red.) *I stedet for fengsel: Idéer og forsøk*. Oslo: Pax forlag.
- Christie, N (2000) *Kriminalitetskontroll som industri. Mot GULAG, vestlig type*. Oslo: Universitetsforlaget
- Clausen S. (2013) *Fængslet ta'r (stadig) de sidste*. Kriminalforsorgen.
<https://www.kriminalforsorgen.dk/wp-content/uploads/2018/12/vold-og-trusler-mod-kriminalforsorgens-personale-udviklingen-fra-2007-2017-1.pdf>
- Comfort, M. (2003) *In The Tube At San Quentin: The 'Secondary Prizonization' of Women Visiting Inmates*. *Journal Of Contemporary Ethnography*:
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0891241602238939>
- Comfort, M. (2008) *Doing Time Together: Love and Family in the Shadow of the Prison*. University of Chicago Press
- Conaghan, J. (2013) *Law and Gender*. 1. utg. Oxford: Oxford university press.
- Condry og Smith (2018) *Prisons, Punishment and the Family*. Oxford University Press
<https://global.oup.com/academic/product/prisons-punishment-and-the-family-9780198810087?cc=se&lang=en>
- CPT/Inf (2018) *Women in prison*. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT). Council of Europe
<https://rm.coe.int/168077ff14>
- Cramer, V. (2014) *Forekomst av psykiske lidelser hos domfelte i norske fengsler*, Oslo Universitetssykehus.

Crawley E. og Crawley P. (2008) *Understanding prison officers: culture, cohesion and conflict*. i: Bennet, J. Crewe, B., Andersen, M. (2008) *Understanding Prison Staff*, 1.edt. Taylor and Francis

Crewe, B. (2009) *The prisoner society: power, adaptation, and social life in an English prison*. Oxford: Oxford University Press.

Crewe, B. (2011) *Soft power in prison: Implications for staff-prisoner relationships, liberty and legitimacy*. European journal of Criminology, 8(6), SAGE journals:
<https://doi.org/10.1177/1477370811413805>

Crewe, B. Hulley, S. og Wright, S. (2017) *The Gendered Pains of Imprisonment*. Oxford University Press:
<https://doi.org/10.1093/bjc/azw088>

Danielsen T. og Karlsen V. (2007) *Kvalitet i varetektsarbeidet: Del 1: Manual*. Kriminalomsorgen:
<https://krus.brage.unit.no/krus-xmlui/bitstream/handle/11250/160493/KRUS-handbok-1-small.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

de Beauvoir, S. (2000) *Det annet kjønn*, Norsk utgave. Oslo: Pax Forlag

Diskrimineringsnemda (2020) *Sak 19/114. Likestillings- og diskrimineringsombudet mot Kriminalomsorgsdirektoratet*.
https://www.ldo.no/globalassets/ldo_2019/bilder-til-nye-nettsider/jenter/nemndas-avgjorelse---brudd-pa-diskrimineringsregelverket-72-72386.pdf

Duwe, G. og Clark, V. (2011) *Blessed Be the Social Tie That Binds Binds: The Effects of Prison Visitation on Offender*. Criminal Justice Policy Review:
<https://doi.org/10.1177/0887403411429724>

Dyb, E., Brattbakk, I. Bergander, K. og Helgesen, J. (2006) *Løslatt og hjemløs. Bolig og bostedsløshet etter fengselsopphold*. NIBR, KRUS, Byggforsk:
https://evalueringsportalen.no/evaluering/loslatt-og-hjemlos-bolig-og-bostedsloshet-etter-fengselsopphold/Samarbeidsrap-nibr-byggforsk-krus%202006.pdf/@_@inline

Engbo, H. J. (2017) *Normalisation in Nordic Prisons - From a Prison Governor's Perspective*. I: Smith, Schraff Peter og Ugelvik, Thomas (2017) *Scandinavian Penal History, Culture and Prison Practice*. Palgrave Mcmillian:
https://link.springer.com/chapter/10.1057%2F978-1-137-58529-5_14

Engbo, H. og Smith, P. S. (2012) *Fængsler og menneskerettigheder*, Jurist- og Økonomforbundets forlag

Estrada, F. og A. Nilsson (2012) Does it cost more to be a female offender? A life-course study of childhood circumstances, crime, drug abuse, and living conditions. *Feminist Criminology* 7(3), s 196-219.

Fazel, S. Hayes, A. Bartellas, K. Clerici, M. Trestman, R. (2016) *Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions*. Lancet Psychiatry:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5008459/>

Fazel, S., & Danesh, J. (2002) *Serious mental disorder in 23,000 prisoners: A systematic review of 62 surveys*. The Lancet, 359(9306).

FFP (u.d.) *Pårørendes helse*, ffp.no. Lokalisert: 29.05.2021
<https://ffp.no/tema/helse/>

FHI (2015) *Fakta om sosial støtte og ensomhet*. Folkehelseinstituttet, fhi.no
<https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/sosial-stotte-og-ensomhet---faktaar/>

Forskrift om straffegjennomføring (2002) lovdata.no. §3-29
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2002-02-22-183>

Friestad, C., Hansen, I. (2004) *Levekår blant innsatte*, FAFO
<https://www.fao.no/zoo-publikasjoner/fafo-rapporter/item/levekår-blant-innsatte>

Fredwall, T. (2015) *Murer og moral. En bok om straff, verdiger og fengselsbetjenter*. Cappelen Damm Akademisk.

Goffman, E. (2012) *Anstalt og mennesket*. 10. utg., Jørgen Paludan

Granja, R. da Cunha, M. og Machado. (2014) *Mothering From Prison and Ideologies of Intensive Parenting: Enacting Vulnerable Resistance* 36(9).
<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0192513X14533541>

Gjeruldsen og Jensen (2021) «*Alt er jo egeninnsats*» – *Kvinnens vendepunkter bort fra kriminalitet*. Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskap, 108(1).
<https://doi.org/10.7146/ntfk.v108i1.125572>

Hammerlin, Y. (2015) *Å bryte livet i fengsel – og når livet og fengselslivet blir en livstruende byrde*, Psyke & Logos, 36.

Haney (2018) *Restricting the Use of Solitary Confinement*. Annual Review of Criminology. Vol. 1:285-310
<https://doi.org/10.1146/annurev-criminol-032317-092326>

Haney (2020) *Solitary Confinement, Loneliness, and Psychological Harm*. Lobel, J. og Smith P. S. (red) *Solitary Confinement*. Oxford University Press

Hannah-Moffat, K. (2005): *Criminogenic needs and the transformative risk subject - Hybridizations of risk/need in penalty*. Punishment & Society, 7(1).

Hawkey, L. (2020) *Social Isolation, Loneliness and Health* i: Lobel, J. og Smith P. S. (red) *Solitary Confinement*. Oxford University Press

Helgesen (2019) *Straff og velferd i fangebehandling av rusmiddelbrukere. En kvalitativ analyse av empowerment og samarbeid i norske rusmestningsenheter*. Det juridiske fakultet, Universitetet i Oslo

<https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/74574/PhD-Helgesen-2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Helsedirektoratet (2016) *Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel. Veileder*. IS-1971. Helsedirektoratet.no

https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/helse-og-omsorgstjenester-til-innsatte-i-fengsel/Helse-%20og%20omsorgstjenester%20til%20innsatte%20i%20fengsel%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/_attachment/inline/54b7b100-9415-4bc0-993e-66175a4cd4c1:5537f215b0ba85ca4a0159612413ab7450b23467/Helse-%20og%20omsorgstjenester%20til%20innsatte%20i%20fengsel%20%E2%80%93%20Veileder.pdf

Helsedirektoratet (2019) *Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel - Årsrapporter: årsrapporter/innsattes-helsetilstand*

Helsetirektoratet (u.d.) *Angst og depresjon*. Helsedirektoratet.no:
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/angst-og-depresjon>

Holmgren, Frisell og Runeson (2019) *Psykisk hälsa hos h ktade med restriksjoner*. Kriminalvården.

<https://www.kriminalvarden.se/om-kriminalvarden/publikationer/forskningsrapporter/psykisk-halsa-hos-haktade-med-restriksjoner/>

Jackson, J. Tyler, T. R. Bradford, B. Taylor, D. og Shiner, M. (2010) *Legitimacy and Procedural Justice in Prisons*. Prison Service Journal. (191)

JURK (2012) *En kartlegging av kvinners soningsforhold I 2010/2011*, JURK – Juridisk rådgivning for kvinner:
https://www.regjeringen.no/contentassets/cdd4e3b536814f869c5e71377189aded/protokoll_jurk_vedlegg.pdf

JURK (2018) *Kvinnens erfaringer med   sone i norske fengsler våren 2017*. Juridisk rådgivning for kvinner:
<https://foreninger.uio.no/jurk/publikasjoner/rapport-jurk-kvinnens-erfaringer-med-a-soner.pdf>

Kaba, F. Lewis, A. Glowa-Kollich, S, Hadler, J. Lee, D. Alper, H. Selling, D. MacDonald, R. Solimo, A. Parsons, A, Venters, H. (2014) *Solitary Confinement and Risk of Self-Harm Among Jail Inmates*. American Public Health Association.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3953781/>

Karlsen, M. (2018) *Femininiteter i fengselet: kvinnelige innsattes soningsforhold i*: Rye, J. og Lundeberg, I. (2018) *Fengslende sosiologi. Makt, straff og identiteter i Trondheims fengsler*. Cappelen Damm.

KDI (2021) *Nøkkeltall fra Kriminalomsorgen*. NTB kommunikasjon.

<https://kommunikasjon.ntb.no/pressemelding/nokkeltall-fra-kriminalomsorgen?publisherId=17847130&releaseId=17908172>

Kolind, T., Frank, V. A., Lindberg, O. & Tourunen, J. (2015) *Officers and Drug Counsellors: New Occupational Identities in Nordic Prisons*. *British Journal of Criminology*, 5S(2)

Kriminalomsorgen (2015) *Likeverdige forhold for kvinner og menn under kriminalomsorgens ansvar*. Kriminalomsorgen:

<https://docplayer.me/6914016-Likeverdige-forhold-for-kvinner-og-menn-under-kriminalomsorgens-ansvar.html>

Kriminalomsorgen (2019) *Kriminalomsorgens årsstatistikker 2019*. Kriminalomsorgen

<https://kriminalomsorgen.custompublish.com/getfile.php/4768782.823.77npnkalujump/Kriminalomsorgens+%C3%A5rsstatistikk+2019.pdf>

[Kriminalomsorgen \(2021\) Årsrapport 2020. Kriminalomsorgen: årsrapport_kdi_2020.pdf \(regjeringen.no\)](#)

Kriminalomsorgen (2021a) *Utsettelse av straffegjennomføring*. Lokalisert: 27.05.2021.

<https://www.kriminalomsorgen.no/utsettelse-av-soning.527937.no.html>

Kriminalomsorgen (2021b) *Ruskontroll og rusmestringsenheter*. Lokalisert: 27.05.2021.

<https://www.kriminalomsorgen.no/ruskontroll-og-rusmestringsenheter.527949.no.html>

Kriminalomsorgen (2021c) *Bredtveit fengsel og forvaringsanstalt, avdeling B2*. Lokalisert 27.05.2021.

<https://www.kriminalomsorgen.no/bredtveit-fengsel-og-forvaringsanstalt-avdeling-b2.5022929-237612.html>

Kriminalomsorgen (2021d) *Arbeids- og aktivitetstilbud*. Lokalisert: 27.05.2021.

<https://www.kriminalomsorgen.no/arbeids-og-aktivitetstilbud.527951.no.html>

Kriminalomsorgen (2021e) *Religion og livssyn*. Lokalisert: 27.05.2021.

<https://www.kriminalomsorgen.no/religion.527950.no.html>

Kriminalomsorgen (2021f) *Besøk, telefon og post*. Lokalisert: 27.05.2021.

<https://www.kriminalomsorgen.no/besoek-brev-og-telefoni.527945.no.html>

Kriminalomsorgen (2021g) *Bredtveit fengsel og forvaringsanstalt*. Lokalisert: 31.05.2021.

<https://www.kriminalomsorgen.no/bredtveit-fengsel-og-forvaringsanstalt.5022891-237612.html>

Kriminalomsorgen (2021h) *Agder fengsel, Evje avdeling*. Lokalisert: 31.05.2021.

<https://www.kriminalomsorgen.no/agder-fengsel-evje-avdeling.5023602-237612.html>

Kriminalomsorgen (2021i) *Stavanger fengsel*. Lokalisert: 31.05.2021.

<https://www.kriminalomsorgen.no/stavanger-fengsel.5023354-237612.html>

Kriminalomsorgen (2021j) *Telemark fengsel, Kragerø avdeling*. Lokalisert: 31.05.2021.

<https://www.kriminalomsorgen.no/telemark-fengsel-krageroe-avdeling.5053074-237612.html>

Kriminalomsorgen (2021k) *Trondheim fengsel*. Lokalisert: 31.05.2021.

<https://www.kriminalomsorgen.no/trondheim-fengsel.5026298-237612.html>

Kriminalomsorgen (2021L) *Bergen fengsel*. Lokalisert 31.05.2021.

<https://www.kriminalomsorgen.no/bergen-fengsel.5017356-237612.html>

Kriminalomsorgen og helsedirektoratet (2016) *Oppfølging av innsatte med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer*.

<http://www.forebygging.no/Rapporter-og-undersokelser/Temarapporter/--2016/Rapport-Oppfolging-av-innsatte-med-psykiske-lidelser-ogeller-rusmiddelproblemer/>

Kristoffersen, R. (u.d.) *Discrimination against women sentenced to prison in Norway is a myth*, University of Cambridge, Comparative Penology, Institute of Criminology:

<https://www.compen.crim.cam.ac.uk/Blog/blog-pages-full-versions/discrimination-againstwomen-sentenced-to-prison-in-norway-is-a-myth>

Kyvsgaard, B. (1989) *Og fængslet ta'r de sidste : om kriminalitet, straf og levevilkår*. Jurist- og Økonomforbundets forlag

Laursen, J., Mjåland, K. og Crewe, B. (2019) *It's like a Sentence Before the Sentence'— Exploring the Pains and Possibilities of Waiting for Imprisonment*. British Journal of Criminology. doi:10.1093/bjc/azz042

LDO (2016) 16/1652 *Kvinnelige innsatte ved fengsel diskriminert på grunn av kjønn*.

<https://www.ldo.no/arkiv/klagesaker/klagesaker-2016/kjonn/161652-kvinnelige-innsatte-ved-trondheim-fengsel-diskriminert-pa-grunn-av-kjonn/>

LDO (2017) *Innsatt og utsatt - Rapport om soningsforholdene til utsatte grupper i fengsel*, Likestillings- og diskrimineringsombudet:

https://www.ldo.no/globalassets/brosjyrer-handboker-rapporter/rapporter_analyser/soningsrapport-web.pdf

Liebling A. (2004) *Prisons and their moral performance: a study of values, quality, and prison life*. Oxford/New York: Oxford University Press

Liebling A. (2009) *Women in Prison Prefer Legitimacy to Sex*. British Society of Criminology Newsletter, No. 63.

<http://www.britisoccrim.org/new/newdocs/bscn-63-2009-Liebling.pdf>

Liebling, A. (2013) *'Legitimacy Under Pressure' in High Security Prisons.* I: Tankebe, J.

Liebling, A. (red.) *Legitimacy and Criminal Justice: An International Exploration*. Oxford: Oxford University Press

Likestillings og diskrimineringsloven (2017) *Lov om likestilling og forbud mot diskriminering (likestillings- og diskrimineringsloven. §6-8* Lovdata.no

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-51#KAPITTEL_1

- Lobel og Smith (2020) *Solitary Confinement. Effects, Practices, and Pathways toward Reform*. Oxford University Press Academic.
- Lundeberg, I. R. (2017) *Exceptional procedures? Offenders' Experiences of Procedural Justice in Re-entry Work*, I: Ugelvik T, og Smith P., S. (Red.) *Scandinavian Penal History, Culture and Prison Practice*. London: Palgrave.
- Lundeberg, I. R. (2019) *Myten om fengselspinen*. I: Christensen, K. og Syltevik, L. J. (Red.), *Myter om velferd og velferdsstaten*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
<https://doi.org/10.23865/noasp.47.ch6>
- Lundeberg, I. R. (2020) *(For)soning og et bedre liv etter løslatelsen*. I: Renland, A., Dullum, J. og Andenæs, K. (red) *En fengslende historie*. Festskrift til KROM. Oslo: Pax forlag.
- Lundeberg, I. R. og Mjåland, K (2016) *Rehabilitering og prosedural rettferdighet i kriminalomsorgen*. Retfærd, nr 1.
- Lundeberg, I., Rye, J. F. og Mjåland, K. (2018) *Eksepsjonelle fanger i det eksepsjonelle fengslet*. I: Rye, J. F. og Lundeberg I. R. (red.) *Fengslende sosiologi: Makt, straff og identitet i Trondheim fengsel*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Lundeberg, I. R. og Rye, F. (2018) *Sosiologi, samfunn og fengsler*, i: Lundeberg, I. og Rye, F. (2018) *Fengslende sosiologi. Makt, straff og identitet i Trondheim fengsel*. Cappelen Damm Akademisk
- Lundeberg, I. R.; K. Mjåland og K. H. Søvig (2014) *Tvang i rusfeltet: Regelverk, praksis og erfaringer med tvang*. Oslo: Cappelen Akademisk.
- Mathiassen C. (2011) *Perspektiver på kvinders dagligdag i danske fængsler - Erfaringer med kvinder og mænds fælles afsoning*. Danmarks Pædagogiske Universitet
- Mathiassen C. (2017) *Being a Woman in Mixed-Gender Prisons*, i Smith, P.S. og Ugelvik, T. (2017) *Scandinavian Penal History, Culture and Prison Practice. Embraced By the Welfare State?* Palgrave macmillan
- Mathiassen, C. (2021) *Fængslede kvinder er andet og mere end stereotyper: Kvindefængsel i Danmark anno 2021*. Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskab, 108(1)
<https://doi.org/10.7146/ntfk.v108i1.125578>
- Maruna, S. (2001) *Making good: how ex-convicts reform and rebuild their lives*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- McIntosh, M, Morce, J. (2015) *Situation and Construction Diversity in Semi-Structured Interview*. Global Qualitative Nursing Research:
<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2333393615597674>
- McQuaids, S. og Ehrenreich, J. H. (1998) *Women in Prison: Approach to Understanding Lives of a Forgotten Population*. Affilia Journal of Women and Social Work. 13(2).
<https://doi.org/10.1177/088610999801300207>

- Medlicott D. (2009) *Women in Prison*. I: Jewkes, Y. (red.) *Handbook on Prisons*. Willan Publishing
- Mitchell, M. Spooner, K. Jia, D. Zhang, Y. (2016) *The effect of prison visitation on reentry success: A meta-analysis*, *Journal of Criminal Justice*, Vol. 43:
<https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2016.07.006>
- Midlertidig endringslov til straffegjennomføringsloven (2020) *Midlertidig lov om endringer i straffegjennomføringsloven (tiltak for å avhjelpe negative konsekvenser av covid-19)* LOV-2020-12-18-148. Lovdata.no:
<https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2020-12-18-148>
- Mills, A. og Codd, H. (2008) *Prisoner's families and offender management: Mobilizing social capital*. *Probation Journal*:
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0264550507085675>
- Minke, L. (2012) *Fængslets indre liv*, Jurist- og Økonomforbundets forlag
- Mjåland, K. (2015) *Makt, legitimitet og motstand: En etnografisk analyse av rus og rehabilitering i et norsk fengsel*. Bergen: Universitetet i Bergen.
- Mjåland, K. og Lundeberg, I. R. (2014) Penal hybridization – Staff-prisoner relationships in a Norwegian drug rehabilitation unit. i Aasen, H., Gloppen, S., Magnussen, A. Nilssen E (red) *Juridification and social citizenship in the welfare state*. Edward Elgar Publishing.
- Mowen og Visher (2016) *Changing the Ties that Bind. How Incarceration Impacts Family Relationships*. *Criminology & Public Policy*.
<https://doi.org/10.1111/1745-9133.12207>
- Mykletun, A. Knudsen, A., Mathiesen, K. (2009) *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. FHI.no
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/rapport-20098-pdf.pdf>
- Nilsson, A. (2002) *Fånge i marginalen: Uppväxstvilkår, levnadsförhållande och återfall I brott bland fånga*. Stockholm: Stockholms universitet
- Neumann, C. B. og Snertingdal, M. (2020) *Kvinnelige fanger: marginalisering, agentskap og ansvar*. I: Renland, A., Dullum, J. og K. Andenæs (red) *En fengslende historie*. Festskrift til KROM, s 215-239, Oslo: Pax forlag.
- NOU:2019:26 (2019) *Rusreform – fra straff til hjelp*. Helse- og omsorgsdepartementet
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2019-26/id2683531/?ch=1>
- Oldrup, H. (2018) *'So we try to do normal things, like a family': Sociologies of children in the prison visiting room*. *Families Relationships and Societies* 8(2)
- Oslo Economics og Tyrili stiftelsen (2020) *Vurdering av det samlede tilbudet under straffegjennomføring for personer med rus-middelproblematikk*. Regjeringen.no

<https://www.regjeringen.no/contentassets/1ac47ba1f08b42caa6612fda2c17ddf0/straffegjennomforing-og-rusmiddelproblematikk.pdf>

Oslo Universitetssykehus (u.d.) *Fengselspsykiatrisk poliklinikk*. Lokalisert 26.05.2021
<https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/klinikk-psykisk-helse-og-avhengighet/psykisk-helse-nasjonale-og-regionale-funksjoner/regional-sikkerhetsseksjon-rsa/fengselspsykiatrisk-poliklinikk#les-mer-om-fengselspsykiatrisk-poliklinikk>

Pedersen, W. (2010) *Krigen mot narkotika går mot slutten*. Nytt Norsk Tidsskrift, vol. 27

Revold, K., M. (2015) *Innsattes levekår 2014. Før, under og etter sonings*. SSB:
<https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/attachment/244272?ts=150b2db02c8>

Riksantikvaren (u.d.) *Forskrift om fredning av Statens kulturhistoriske eiendommer*. Vedlegg 2.
<http://www.riksantikvaren.no/content/download/15403/97204/file/2.Bredtveitfengselforvarings-ogsikringsanstalt.pdf>

Rosenqvist, R. (2018) *Ivaretagelse og oppfølging av innsatte med psykiske lidelser*. I: Westrheim, K., G. og Eide, H., K. (2018) *Kunnskapsbasert straffegjennomføring i Kriminalomsorgen i Norge*, Fagbokforlaget

Rua, M. (2012) *Hva gjør fengselsleger? En institusjonell etnografi om isolasjon og helse*. Institutt for kriminologi og retts sosiologi. ISBN 978-82-8182-008-1
<https://www.duo.uio.no/handle/10852/41658>

Rua, M. (2015) *Fengselsisolasjon. Forskning og formidling i et minefelt*, i: Karin Widerberg (red.) *I hjertet av velferdsstaten. En invitasjon til institusjonell etnografi*. Cappelen Damm Akademisk.

Rua og Smith (2019) *Isolasjon. Et fengsel i fengselet*. Cappelen Damm Akademisk

Shaley, S. (2008) *A Sourcebook on Solitary Confinement*. London: Mannheim Centre for Criminology, London School of Economics.

SIFER (2018) *Områdefunksjon for spesialisthelsetjenester til innsatte med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer*, Oslo: SIFER -Et nasjonalt kompetansesenternettverk for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri.

Sivilombudsmannen (2014) *Besøksrapporter: Tromsø fengsel*
<https://www.sivilombudsmannen.no/wp-content/uploads/2017/04/Troms%C3%B8-fengsel-bes%C3%B8ksrapport-2014.pdf>

Sivilombudsmannen (2015) *Besøksrapporter: Trondheim fengsel*
<https://www.sivilombudsmannen.no/besoksrapporter/trondheim-fengsel/>

Sivilombudsmannen (2016a) *Kvinner i fengsel. En temarapport om kvinners soningsforhold i Norge*, Sivilombudsmannen

https://www.sivilombudsmannen.no/wp-content/uploads/2017/05/Temarapport_Kvinner-i-fengsel.pdf

Sivilombudsmannen (2016b) *Besøksrapporter. Stavanger fengsel*

<https://www.sivilombudsmannen.no/wp-content/uploads/2017/04/Stavanger-fengsel-bes%C3%B8ksrapport-2016.pdf>

Sivilombudsmannen (2016c) *Besøksrapporter: Bredtveit fengsel*

<https://www.sivilombudsmannen.no/wp-content/uploads/2016/06/Bredtveit-fengsel-bes%C3%B8ksrapport-2016.pdf>

Sivilombudsmannen (2018) *Besøksrapporter: Bergen fengsel*

<https://www.sivilombudsmannen.no/wp-content/uploads/2019/01/Bergen-fengsel.pdf>

Sivilombudsmannen (2019) *Særskilt melding til stortinget om isolasjon og mangel på menneskelig kontakt I norske fengsler. Dokument 3:4*

https://www.sivilombudsmannen.no/wp-content/uploads/2019/06/SOM_S%C3%A6rskilt-melding_WEB.pdf

Sivilombudsmannen (2020a) *Ivaretagelse av innsattes i fengsel under covid-19-pandemien.*

<https://www.sivilombudsmannen.no/wp-content/uploads/2020/06/Innsattes-forhold-i-fengsel-under-covid-19.pdf>

Sivilombudsmannen (2020b) *Bruk av sikkerhetsenger I norske fengsler. Temarapport 2020:*

<https://www.sivilombudsmannen.no/wp-content/uploads/2020/05/Temarapport-NORSK-sikkerhetsseng-i-fengsler.pdf>

Skarðhamar, T. (2002) *Levekår og livssituasjon blant innsatte I norske fengsler,*

Hovedfagsoppgave ved Institutt for kriminologi og rettsosiologi,

<https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/22530/1/tskardhamar.pdf>

Skarðhamar, T. (2003) *Inmate´s Social Background and Livind Conditions,* Journal of Scandinavian Studies in Criminologu and Crime Prevention. Routledge, Tylor and Francis Group, <https://doi.org/10.1080/14043850310012314>

Skilbrei, M. (2019) *Kvalitative metoder,* Oslo: Fagbokforlaget

Smith, P. S. (2006) *The Effects of Solitary Confinement on Prison Inmates: A Brief History and Review of the Literature.* Crime and Justice, 34(1)

<https://www.jstor.org/stable/10.1086/500626>

Smith, P. S. (2014) *When the Innocent are Punished. The Children of Imprisoned Parents.* 1. utg., Palgrave Macmillan

Smith P. S. (2021) *Dynamic security or corruption of authority? Normalization and prisoner-staff relations in Danish prisons.* i Crewe, B. Goldsmith A. and Halsey M. (red.), Oxford University Press (4. Edt.)

Smith, P. S. og Jakobsen, J. (2010) *Når straffen rammer uskyldige. Børn af fængslede i Danmark.* København: Gyldendal

Smith, P. S. og Jakobsen, J. (2017) *Varetægtsfængsling – Danmarks hårdeste straf?* Jurist- og Økonomforbundets forlag.

Sparks, R. J. og Bottoms A. E. (1995) *To Be and Not to Be: Adaptation, Ambivalence and Ambiguity in a Danish Prison*. The British Journal of Sociology, 46(1)
<https://www.jstor.org/stable/i225028>

SSB, Tabell 10530. *Innsatte, etter fengslingsstype, alder, kjønn, statistikkvariabel og år*. Statistisk sentralbyrå:
<https://www.ssb.no/statbank/table/10530/>

Storvik, B. (2011) *Straffegjennomføring*. Kristiansand: Høyskoleforlaget

St.meld, nr. 27 (2004-2005) *Om opplæring innenfor kriminalomsorgen, "Enda en vår"*. Utdannings- og forskningsdepartementet: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-27-2004-2005-/id407448/>

St.meld, nr. 37 (2007-2008) *Straff som virker – mindre kriminalitet – tryggere samfunn – (kriminalomsorgsmelding)*
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-37-2007-2008-/id527624/?ch=1>

Strgjfl (2002) *Straffegjennomføringsloven, lov om gjennomføring av straff, §§3-22,32,38,23*
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-05-18-21/KAPITTEL_4#%C2%A77.

St. Olavs hospital (u.d.) *Avdeling Brøset*, Stolav.no
<https://stolav.no/avdelinger/divisjon-psykisk-helsevern/broset>

Sykes, G. (1958) *The Society of Captives*. New Jersey: Princeton University Press

Tankebe, J. og Liebling, A. (2014) *Legitimacy and Criminal Justice: An International Exploration*. Oxford: Oxford University Press.

Thomas J. (2003) *Gendered Control in Prisons: The Difference Difference Makes*. I: Zaitzow, B. H. oh Thomas, J. (red.) *Women in Prison. Gender and Social Control*. Boulder: Lynne Rienner Publishers.

Tyrili (u.d.) *Behandlingssteder*, Tyrili.no, lokalisert: 26.05.2021
<https://www.tyrili.no/behandlingsteder/>

Tyler, T. R. (2006) *Why people obey the law*. New Jersey: Princeton University Press

Ugelvik, T. (2011) *Fangenes friheter: makt og motstand i et norsk fengsel*. Oslo: Universitetsforlaget

UNODC (2014) *Handbook on Women and Imprisonment*. Criminal Justice Handbook Series.
https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/women_and_imprisonment_-_2nd_edition.pdf

Van Zyl Smit, D. og Snacken, S. (2009) *Principles of European Prison Law and Policy*. Oxford University Press Academic

Wakai, S. Sampl, S. Hilston, L. Ligon, B. (2014) *Women in Prison: Selv-Injurious Behavior, Risk Factors, Psychological Function, and Gender-Specific Interventions*. The Prison Journal, 94 (3)
DOI: 10.1177/0032885514537602

Yatanes V. og Ugelvik T. (2019) '*They Tell Me I'm Dangerous*': *Incarcerated Mothers, Scandinavian Prisons and the Ambidextrous Penal–Welfare State*. The British Journal of Criminology, 60(4)
<https://doi.org/10.1093/bjc/azz082>

Zaitzow, B. (2013) «*Doing Gjender' i a Women's Prison*». I: Ziatzow, Barbra og Thomas, Jim (2013) *Women in Prion: Gender and Social Control*. Colerado: Lynne Reiner Publisher

Årseth, H. (2021) *Against the grain? The craving for domestic femininity in a gender-egalitarian welfare state*. European Journal of Women's Studies. 28(2)

Konvensjoner og dokumenter:

The Bangkok Rules (2011) *United Nations Rules for the Treatment of Women Prisoners and Non-custodial Measures for Women Offenders with their Commentary*, A/RES/65/229, 16. March 2011.

CEDAW, the UN Convention for the elimination of discrimination against women, 1979

ØSK, FN Konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter, 1966

Vedlegg 1: Soningsforhold og helsetilbud i norske høysikkerhetsfengsler

Slik det ble vist til i rapporten varierer soningsforholdene i fengslene i Norge ut fra en rekke ulike faktorer og forhold. Siden helse- og omsorgstjenestene er lokalt organisert byr også organiseringen av helsetilbudet i fengslene på lokale forskjeller. Dette vedlegget vil kartlegge tilbudet i de ulike fengslene.

Likestillings- og diskrimineringsombudet (LDO) har som mandat å jobbe for likestilling og mot diskriminering på grunnlag av blant annet kjønn. Etter at Diskrimineringsnemda enstemmig konkluderte med at forholdene til kvinnelige innsatte i Tromsø fengsel var diskriminerende, jobbet LDO høsten 2020 med å kartlegge soningsforholdene i også andre norske fengsel. Samtlige fengsel der kvinner soner ble bedt om å oppgi informasjon om forholdene. Vi har fått innsyn i LDOs kartlegging. I tillegg bygger oversikten på informasjon fra Kriminalomsorgens egne nettsider og Sivilombudsmannens besøksrapporter fra 2014-2018. Vi har også vært i kontakt med de ulike fengslene for å få bekreftet informasjonen som oppgis. Oversikten inkluderer kun fengsel der kvinner soner på høysikkerhet.

Soningsforholdene i Bredtveit fengsel

Bredtveit fengsel er et rent kvinnefengsel med 64 fengselsplasser, hvorav 45 av disse er på høysikkerhet. Fengselet har forvaringsdømte, domfelte og varetektsfengslede (Kriminalomsorgen 2021g).

Grønland voksenopplæring har egen skoleavdeling i fengselet, hvor det undervises i både fag på grunnskole- og videregående nivå. I tillegg tilrettelegges det også for høyskole- og universitetsnivå. Arbeidsdriften har tilbud om trearbeid, konfeksjonssøm, strikking, montering, veving og celloarbeid (Kriminalomsorgen 2021g). I tillegg oppgir fengselet selv at de har frisørlinje. Fengselet oppgir også å ha renholdsassistent, kjøkkenassistent, bibliotekassistent og vaktmesterassistent. Det er også muligheter for å arbeide på fengselets vaskeri.

Bredtveit fengsel er blitt kritisert for å ha *for* mange kvinnelige aktiviteter. Doris Bakken, fengselsdirektør ved Bredtveit, ytrer i sammenheng med LDOs kartlegging at likestilling ikke

er å etablere et tilbud som er nøyaktig likt det menn har, da de opplever at kvinner har andre interesser og behov. Bakken presiserer også: «Erfaringsmessig opplever vi at kvinners interesser ikke tillegges like mye verdi som menns aktiviteter». Fengselet etterstreber derfor å ha *likeverdig* tilbud, i tillegg til å tilrettelegge for at kvinner som ønsker mer «maskuline» aktiviteter også skal få det.

Bredtveit fengsel har ikke programvirksomhet i regi av Kriminalomsorgen. Dette skyldes økonomi. De har likevel noe tilbud i regi av andre aktører. Dette er eksempelvis rusmestringsbehandling i samarbeid med Stifinner'n, arrangert av Tyrili-stiftelsen. Stifinner'n er knyttet til Bredtveits lavsikkerhetsavdeling (B2), men har mulighet til å gjennomføre samtaler med innsatte på høysikkerhet. Fengselet oppgir selv at de ikke har problemer knyttet til begrensede plasser ved rusmestringstilbudet. I tillegg har fengselet behandling for innsatte dømt for seksuallovbrudd og voldskurs i regi av Oslo krisesenter.

Bredtveit opplyser LDO om at innsatte får for lite tid utenfor cellene, spesielt i helgene. Bredtveit oppgir at innsatte låses inn mer i helgene enn i ukedagene av bemanningsmessige årsaker. I helgene er innsatte ute av cella i mellom seks og ni timer, og dette er, etter Bredtveits egen mening, alt for lite. I tillegg medfører bemanningsmangelen at også aktivitetene i helgene er få og rutinepregede. En annen faktor som påvirker innlåsingstidene er at bygningsmassen på Bredtveit fører til at det av sikkerhetsmessige årsaker ikke lar seg gjøre å kombinere personalet på en slik måte at de kan ha ansvar for flere avdelinger samtidig. Dette skyldes at bygningene på Bredtveit er gamle og «laget for en annen tid».

Fengselshelsetjenesten er knyttet til bydel Bjerke i Oslo. Ved Sivilombudsmannens besøkstidspunkt i 2016 besto helsetjenesten i fengselet av 2,6 sykepleierstillinger, 50 % legestilling og 10 % stilling som fysioterapeut, og tannlege som besøker fengselet én gang i uken (Sivilombudsmannen 2016). I forbindelse med dette prosjektet oppgir fengselet at de nå har tre sykepleiere i 100 % stilling. Helseavdelingen oppgir at de nylig har fått utvidet stillingsprosenten da koronasituasjonen har krevd mye ressurser. I tillegg har fengselet lege i 50 % stilling med tilstedeværelse i fengselet to dager i uken. Legen har i tillegg bakvakt og kan kontaktes ved behov. Fengselspsykiatrisk poliklinikk er til stede i fengselet én til to dager i uken. Fengselspsykiatrisk poliklinikk er organisert under Oslo Universitetssykehus. Tilbudet i Bredtveit fengsel består av psykologspesialist to dager i uken, psykolog én dag i uken og lege én dag i uken.

Sykepleierne i primærhelsetjenesten i fengselet er kvinner, mens legen og fysioterapeuten er menn. Ifølge Sivilombudsmannens besøksrapport var det mulig for innsatte å møte kvinnelig psykolog eller psykiatriker dersom ønskelig. Det kom videre frem at ønsker om kvinnelig lege kun ble etterkommet for gynekolog (Sivilombudsmannen 2016, s. 26). Helsetjenesten forklarte at det alltid var mulig å ha en kvinnelig sykepleier til stede under legekonsultasjoner dersom den innsatte ønsket dette. Dette var også gjeldende for fysioterapibehandlinger (Sivilombudsmannen 2016, s. 27). Det er en utfordring at innsatte ved kvinnefengselet Bredtveit i utgangspunktet kun har tilgang til en allmennpraktiserende mannlig lege. Fra et forebyggingsperspektiv er det viktig at innsatte ikke lar være å oppsøke legen eller å gi en åpen beskrivelse av sine helseplager fordi de opplever det som problematisk å ha en åpen relasjon til en mannlig allmennlege (Sivilombudsmannen 2016, s. 27).

I Sivilombudsmannens besøksrapport oppgis det at de ansatte ofte sitter med følelsen av å ikke ha tilstrekkelige ressurser til å håndtere innsatte med alvorlige psykiske lidelser. Bredtveit fengsel er det største kvinnefengselet med høyere sikkerhetsnivå i Norge og tar derfor imot personer med omfattende psykiske lidelser fra hele landet. Det ble påpekt et økende antall innsatte med mer omfattende psykiske problemer. Dette understreker et behov for en egen forsterket avdeling der det i større grad tilrettelegges og tilpasses behovene til denne gruppen innsatte (Sivilombudsmannen 2016, s. 28).

Soningsforholdene i Agder fengsel, Evje avdeling

Agder fengsel, Evje avdeling har to avdelinger for kvinner, hvor av den ene avdelingen er på høysikkerhetsnivå med 10 fengselsplasser (Kriminalomsorgen 2021h).

Skoletilbudet driftes av Setesdal videregående skole, hvor det tilbys real- og yrkesfaglig utdanning med opplegg for individuelle behov. Innsatte får tilbud om arbeidsdrift i form av plenklipping, gartnerarbeid og vedlikehold av bygninger gjennom et samarbeid med Evjemoen næringspark. Ved fengselets praktiseres såkalt «selvforpleining». Dette innebærer at innsatte selv har ansvar for å gjøre egne innkjøp og tilberede egen mat gjennom straffegjennomføringen (Kriminalomsorgen 2021h.).

Evje fengsel oppgir til LDO at de, i motsetning til Bredtveit fengsel, har liten erfaring med at

de må låse inn innsatte mer grunnet bemannings- eller bygningsmessige utfordringer. Fengselet oppgir at innholdet i straffen er tilpasset kvinner, men at aktivitetstilbudet ikke er tilfredsstillende. Da fengselet åpnet i 2019 var dette uten at aktivitetsbygget tilhørende avdelingen var ferdigstilt. Dette står i kontrast til avdelingene for mannlige fengsel i Agder fengsel, der aktivitetsbygg var klare da avdelingene åpnet. Mangelen på aktivitetsbygg resulterer i at de kvinnelige innsatte får et lite og ensidig arbeidstilbud, og primæroppgavene er avgrenset til renhold. Vel og merke er det satt av økonomiske midler til dette bygget og renoveringen skal etter planen starte i 2021.

Evje fengsel har vært et rent kvinnefengsel siden 2019. Da fengselet er relativt nytt har ikke Sivilombudsmannen avlagt besøk per dags dato. I forbindelse med prosjektet intervjuet vi en av sykepleierne som er ansatt ved fengselets helseavdeling. I intervjuet opplyses det om at fengselet har to sykepleiere i 70 % stilling. Sykepleierne er i fengselet tre dager i uken. I tillegg er det en lege i 16 % stilling. Legen er i fengselet fire timer i uken. Innsatte henvises til psykolog ved behov og psykologen er til stede i fengselet en dag i uken. Tidligere har det vært tannlegeklinikk i fengselet, men innsatte henvises nå til tannklinikk på utsiden. Sykepleierne i fengselet er kvinner. Legen i fengselet har tidligere vært mannlig, men i en periode har de hatt kvinnelig lege. Psykologen i fengselet er også kvinne.

Fengselet har rusmestringsavdeling, men denne avdelingen er knyttet til lavsikkerhet. Her er åtte av plassene forbeholdt innsatte med rusproblemer.

Soningsforholdene i Stavanger fengsel

Stavanger fengsel er et blandingsfengsel med totalt 71 soningsplasser (Kriminalomsorgen 2021i). Kvinnene utgjør 17 plasser, fordelt på 13 celler. Kvinner og menn soner på adskilte avdelinger, men kan møtes i forbindelse med skole, aktiviteter og ulike arbeidssituasjoner (Sivilombudsmannen 2016, s. 13).

Fengselet har skoletilbud tilknyttet Randaberg videregående skole. Her tilbys det undervisning i matte, norsk og engelsk på grunnskolenivå. Det er også muligheter for å gjennomføre eksamen under soningsoppholdet. Røde Kors tilbyr også leksehjelp for innsatte en gang i uken. Fengselet har også arbeidsplasser for innsatte på kjøkkenet, fengselsvaskeriet, mekanisk avdeling, teknisk arbeid/vedlikehold og ulike renholdsoppgaver på avdelingene. På

fengselets nettside oppgis det også om at det tilbys kurs innen kosthold og livsstil og at det er muligheter for sveisesertifisering (Kriminalomsorgen 2021i; Sivilombudsmannen 2016, s. 17). Sivilombudsmannen oppgir at det på de fleste arbeidsplassene og i skoleavdelingene var en majoritet av mannlige innsatte. Dette kan medføre at enkelte kvinner kan vegre seg for å søke seg dit. Derfor var det blitt etablert et lavterskeltilbud i et veksthus som lå skjernet og nært kvinneavdelingen der kun kvinner har tilgang (Sivilombudsmannen 2016, s. 18).

Alle innsatte har muligheten til å oppholde seg i luftgården én gang om dagen i ukedagene og to ganger om dagen i helgene, men andre restriksjoner foreligger den enkelte innsatte. I sommerperioden blir utetiden utvidet med 30 minutter per dag (Kriminalomsorgen 2021i). Kvinnelige innsatte har sin egen luftgård. Sivilombudsmannen oppgir at luftgården som var tilknyttet kvinneavdelingen var godt gjennomtenkt og oversiktlig. Det var mulighet for ulike fysiske aktiviteter, en liten fiskedam med rennende vann, benker og grønne områder, og det var mulighet for å stå under tak i tilfelle regn. Alle cellene i fengselet har egne toaletter på cellene og noen har også egen dusj. Sivilombudsmannen oppgir i sin besøksrapport at kvinneavdelingens fellesrom var for lite til at alle de 17 innsatte kunne oppholde seg der samtidig (Sivilombudsmannen 2017, s. 17).

Helseavdelingen er felles for begge innsattgruppene. Helse- og omsorgstjenestene er underlagt legevakten i Stavanger kommune. Ifølge Sivilombudsmannens rapport byr dette på utfordringer. Legetjenesten i et fengsel skal ivareta den innsattes allmennhelsebehov og ikke være begrenset til en legevaktfunksjon. I tillegg var det ikke avklart hvem som hadde det faglige ansvaret blant de ansatte i helsetjenesten (Sivilombudsmannen 2016).

Ved sivilombudsmannens besøkstidspunkt (2016) besto helsetjenesten av sykepleiere i 220% stilling fordelt på tre ansatte, 40 % legestilling, en psykolog én dag i uken og en psykiater hver 14. dag. Fysioterapeut var også til stede i fengselet hver fredag mellom 13:00 og 15:00 (Sivilombudsmannen 2016, s. 32). Fengselslegen var mann. Slik som i Bredtveit fengsel er det en utfordring at kvinnelige innsatte kun har tilgang til mannlig lege. Det er ifølge besøksrapporten lite rom for å tilby innsatte kvinnelig lege, med mindre det gjelder gynekolog (Sivilombudsmannen 2016, s. 33). I likhet med ordningen i Bredtveit fengsel forklarte helseavdelingen at det var mulig å ha en kvinnelig sykepleier til stede under konsultasjoner med lege eller fysioterapi dersom innsatte ønsket dette (Sivilombudsmannen 2016, s. 33).

Ifølge Sivilombudsmannens rapport kartla helsetjenesten den innsattes psykiske helse ved ankomst til fengselet. Psykologen var ansatt ved spesialisthelsetjenesten i Helse Vest og mottok innsatte på grunnlag av henvisning fra fengselslegen. Psykologen og psykiateren avgjorde i fellesskap hvem som skulle behandle den enkelte henviste pasient. Psykologen hadde ansvar for innsatte med behov for terapi, mens psykiateren hadde ansvaret for innsatte med behov for medisinsk oppfølging (Sivilombudsmannen 2016, s. 33).

Kriminalomsorgens nettsider beskriver at Stavanger fengsel har egen avdeling for rusmestring for menn, men kvinners rusbehandlingstilbud beskrives ikke.

Sivilombudsmannens rapport fra 2016 viser at Stavanger fengsel, sammen med Trondheim fengsel, har lite eller ingen rusbehandling for kvinner. Der kvinner får et tilbud er det kun i form av en russamtale eller lignende (Sivilombudsmannen 2016, s. 44).

Soningsforholdene i Telemark fengsel, Kragerø avdeling

Telemark fengsel, Kragerø avdeling, er et fengsel forbeholdt kvinner med ordinær kapasitet på 18 fengselsplasser, fordelt mellom domfelte og varetektsfengslede innsatte. Fengselet gikk fra mannsfengsel til kvinnefengsel i 2016 (Kriminalomsorgen 2021j).

Ifølge kriminalomsorgens nettsider tilbys utdanning på grunnskole- og videregående nivå, med både allmenn og yrkesfaglig retning, to ganger i uken. Skoletilbudet tilbys gjennom Hjalmar videregående skole, som tilbyr individuell veiledning (Sivilombudsmannen 2016, s. 17). Det undervises også i restaurant- og matfag fire ganger i uken. Innsatte tilbys arbeidsoppgaver i form av økonomiarbeid og pakking av skruer. Varetektsinnsatte kan pålegges renhold og annet husarbeid i fengselet. Det tilbys også sinnemestringsprogram to til fire ganger i året.

Sivilombudsmannen avla besøksrapport fra fengselet i 2016. På besøkstidspunktet beskrives uteområdet i fengselet som lite tilfredsstillende og dårligere enn andre fengselet der Sivilombudsmannen har avlagt rapport (Sivilombudsmannen 2016, s. 17). Ifølge Sivilombudsmannen beskriver innsatte uteområdet som «et bur». Fengselet oppgir til LDO at bygningsmassen er ombygget for å tilpasses kvinnelige innsattes behov. Dette innebærer nytt besøksrom, der det blant annet er vinduer uten gitter, spesielt tilpasset besøk av barn. Alle

innsatte i anstalten har fellesskap fra 07:00 til 21:00, med mindre særlige restriksjoner foreligger den enkelte.

Det oppgis til LDO at helseavdelingen består av sykepleier tre dager i uken i tillegg til lege to timer per uke. Fængselslederen er av den oppfatningen at dette tilbudet er for lite. Ved Sivilombudsmannens besøkstidspunkt var både legen og sykepleierne kvinner. Kragerø fængsel har ikke egen psykolog eller psykiater i fængselet. Helsetjenesten har avtale med spesialisthelsetjenesten som kan benyttes ved behov (Sivilombudsmannen 2016, s. 30-31).

I besøksrapporten opplyses det også om at fængselet også har fysioterapeut to timer i uken. Fysioterapeuten utfører ikke behandling inne i fængselet, men gir råd og veiledning. Ved behov for behandling blir innsatte henvist utenfor fængselet (Sivilombudsmannen 2016, s. 27). Det gjennomføres ikke rusmestringsprogram i fængselet. Innsatte i målgruppen overføres til Arendal fængsel avdeling Evje, etter søknad om plass.

Soningsforholdene i Trondheim fængsel

Trondheim fængsel er blandingsfængsel med totalt 155 plasser. 15 av plassene er forbeholdt kvinnelige innsatte på høysikkerhet (Kriminalomsorgen 2021k). Fængselet oppgir til LDO at kvinnene ikke soner mer restriktivt enn menn. Kvinnene soner på egen avdeling med de samme fasilitetene og dagsplanene som mannlige innsatte har.

Innsatte får mulighet til utdanning gjennom Charlottenlund videregående skole, som har egen avdeling i fængselet. Her er det tilbud om grunnskole- og videregåendeutdanning. Det tilrettelegges for høyskole- og universitetsnivå, i tillegg til bygg- og anleggsteknikk og ulike yrkesfaglige kortkurs. Innsatte tilbys også arbeidsplasser i de ulike verkstedene knyttet til fængselet, som kjøkken, gårdsdrift, teknisk avdeling og renhold (Kriminalomsorgen 2021k). Kvinnene har tilgang til det samme antallet timer i fellesskap og dagsplan som mannlige innsatte. Fængselet ytrer likevel til LDO at de ønsker en egen skjermet sysselsettingsplass for kvinner som fungerer dårlig i ordinær sysselsetting eller som har problemer med å arbeide og gå på skole med mannlige innsatte. I tillegg foreligger det ikke tilpassede garderobefasiliteter for kvinnene på verkstedene.

Også i Trondheim fængsel er helsepersonalet felles for både kvinner og menn, da fængselet er

et blandingsfengsel. Per 29. januar 2021 sonet det totalt seks kvinner i Trondheim fengsel, hvor tre av disse kvinnene satt i varetekt, ifølge fengselets avdelingsleder. Fengselet har opprinnelig 15 kvinneplasser.

Fengselshelsetjenesten i Trondheim fengsel er organisert under Enhet for legetjenester og smittevern i Trondheim kommune. Sivilombudsmannen besøkte fengselet i 2015. På besøkstidspunktet hadde fengselet en overlege i 40 % stilling, to leger som deler en 70 % stilling, to psykologspesialister i til sammen 50 % stilling, en helsesøster i 50 % stilling, en helsesekretær i 60 % stilling og fire sykepleiere fordelt på til sammen 3,6 stillinger (Sivilombudsmannen 2015). I tillegg kan innsatte henvises til poliklinikk ved St. Olavs Hospital avdeling Brøset for psykiatrisk behandling. I fengselet er det en psykologspesialist i 60 % stilling og en psykiater i 40 % stilling. Psykologspesialisten opplyser om at hen i praksis er 80 % i fengselet. Ifølge ansatte ved klinikken har klinikken eget kontor i fengselet.

Soningsforholdene i Bergen fengsel

Bergen fengsel er i likhet med Stavanger og Trondheim fengsel et blandingsfengsel. Fengselet har en total kapasitet på 221 innsatte, hvorav 203 av disse plassene er på høysikkerhet (Kriminalomsorgen 2021). Av disse plassene er tolv plasser forbeholdt kvinner.

Bergen fengsel oppgir på sin nettside at de har en rekke arbeids- og utdanningsmuligheter for innsatte. Fengselet tilbyr utdanning på grunnskole- og videregående nivå. Innsatte har mulighet til å ta restaurant- og matfag, TIPP, design og håndverk og byggfag. I tillegg foreligger det en rekke ulike kurs. Innsatte har mulighet til sysselsetting gjennom snekkerverksted, møbelsnekkerverksted, gardinsøm, systue, papirarbeid, vaskeri, malerverksted, mekanisk verksted, lysstøping, såpeproduksjon, kjøkken, bilpleie og vedlikehold og rengjøringsarbeid (Kriminalomsorgen 2021).

Bergen fengsel oppgir til LDO at bygningsmassen for kvinner ikke er dårligere enn den er for menn. Boenhetene for kvinnene er fysisk adskilt fra menn i samme avdeling. Likevel foreligger det noe innsyn mellom celler og fellesområder for kvinner og menn, og lufteområdet for kvinner er kun delvis skjult for innsyn fra menn. Alle kvinneplassene er på fellesskapsavdeling, for kvinnene soner ikke mer restriktivt enn menn. Bergen fengsel har

soningsplasser ved lavere sikkerhet for kvinner, mens mannlige innsatte må søke seg til andre fengsel for å sone på lav sikkerhet.

Programtilbudet for kvinner er i praksis vanskelig å gjennomføre. Dette skyldes det lave antallet kvinnelige innsatte, som resulterer i at det er vanskelig å etablere en gruppe med egnede kandidater. Kvinnelige innsatte har heller ikke tilbud om rusmestringsenhet i Bergen fengsel. Det foreligger likevel noe samarbeid med Stifinner'n ved Bjørgvin fengsel. Slik fengselet selv vurderer det har kvinnelige og mannlige innsatte likeverdige soningsforhold i Bergen fengsel. At det relativt sett er en liten gruppe kvinnelige innsatte gjør likevel at det på flere områder er vanskelig å gi dem et like bredt tilbud som menn.

Helsetjenestene i fengselet er organisert under Bergen kommune. Sivilombudsmannen avla besøksrapport i 2018. På dette tidspunktet hadde fengselet en lege i 60 % stilling, syv sykepleiere i til sammen 590 % stilling, en vernepleier i 100 % stilling, en hjelpepleier i 70 % stilling og fysioterapeut i 90 % stilling. I tillegg var det tannlege i 90 % stilling organisert under Bergen fylkeskommune og psykolog ansatt i 150 % stilling og psykiater i 80 % stilling ansatt av spesialisthelsetjenesten. I 2018 var én av sykepleierne i fengselet mann.

I besøksrapporten fra Sivilombudsmannens oppgis det om at helsetjenesten i Bergen er åpen mellom 07:15 og 21:45 i hverdager og 09:00 og 16:15 i helger og helligdager. Under vår datainnsamling i forbindelse med rapporten ble det oppgitt at helseavdelingen er til stede syv dager i uken. Ved behov for helsetjenester på andre tidspunkt må legevakt kontaktes. Normalt sett var helsetjenesten bemannet med fem stykker på dagtid og to på kveldstid.

Bergen fengsel har rusmestringsprogram på høysikkerhet, men kvinner har ikke mulighet til å delta på dette programmet.

Soningsforholdene i Tromsø fengsel

Tromsø fengsel har i utgangspunktet kun kvinneplasser på lavsikkerhet. Ved spesielle tilfeller kan kvinnelige innsatte sone på høysikkerhet ved fengselets varetektsavdeling.

Varetektsavdelingen har ti plasser og er en restriktiv avdeling.

LDO konkluderte i 2020 med at kvinnelige innsatte på høysikkerhet i Tromsø fengsel får et

dårligere tilbud enn hva som er tilfellet for mannlige innsatte, og derfor diskrimineres (se kap. 3). Etter denne dommen har Tromsø fengsel i liten grad hatt kvinner på høysikkerhet. I de tilfellene der dette har vært aktuelt, har plasseringen kun vært midlertidig i påvente av overføring til andre høysikkerhetsfengsler. Fengselet oppgir selv at kvinner på høysikkerhet er et unntak og ikke en hovedregel.