

FAGFELLEVDERT ARTIKKEL

Kjønn, soningsforhold og helseutfordringer i fengsel

Normalitetsprinsippet og kvinner på høy sikkerhet i norske fengsler

INGRID RINDAL LUNDEBERG

Førsteamanuensis, Institutt for kriminalomsorgsstudier, seksjon for kriminalitet, straff og organisasjon, Kriminalomsorgens høgscole og utdanningscenter (KRUS).

ingrid.rindal.lundeberg@krus.no

PETER SCHARFF SMITH

Professor, Institutt for kriminologi og rettssosiologi, Det juridiske fakultet, Universitetet i Oslo.

p.s.smith@jus.uio.no

SAMMENDRAG I denne artikkelen undersøker vi hvorvidt helseforholdene i fengsel med høy sikkerhet lever opp til normalitetsprinsippet for innsatte kvinner. Med normalitetsprinsippet menes at innsatte beholder sine rettigheter, og at livet under frihetsberøvelse skal være så likt som mulig et ordinært liv utenfor fengsel. Artikkelen bygger på intervjuer med innsatte kvinner på høy sikkerhet og med fengselsbetjenter og helsepersonell i fengsel, samt på data om selvsykdom, selvmordsforsøk og selvmord i fengsel. Vi viser hvordan soningsmiljøet preges av et stort omfang av psykiske lidelser, akutthåndteringer, isolasjon og selvsykdom, og at innsatte blir involvert i hverandres helseproblemer på en svært intim måte. Dette skaper soningsforhold som ligger langt fra hva man meningsfylt kan forbinde med normalitetsprinsippet. Avslutningsvis diskuteres hvordan ansattes kjønnete forventninger og forestillinger kan påvirke hvordan kvinners problemer forstås og håndteres.

NØKKELOD fengsel, helse, kjønn, isolasjon, normalisering, selvsykdom, selvmord

ABSTRACT This article examines the degree to which the principle of normalization is upheld with regard to health conditions and access to healthcare for women in prison in Norway. The principle of normalization entails that prisoners maintain their human rights

KRITISK JUSS. ÅRGANG 49 nr. 1-2, s. 27–50

© 2023 UNIVERSITETSFORLAGET

and that conditions of confinement should resemble those outside prisons to the degree possible. The article is based on interviews with women prisoners in high security facilities as well as with prison officers and healthcare staff. In addition, new data on self-harm has been incorporated. The article demonstrates how conditions of confinement are characterized by a high level of psychiatric morbidity, acute crisis, isolation and self-harm, and describe how prisoners become intimately involved in each other's mental health problems. This creates conditions of confinement which do not live up to the principle of normalization. Finally, it is discussed how the gendered expectations of staff influence the way that the problems of women prisoners are handled and dealt with in the prison system.

KEYWORDS prison, health, gender, isolation, self-harm, suicide

1. Introduksjon

«Det har vært flere jenter som er ... Altså de utagerer så mye og løper rett mot veggen og bare ... 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.» (tidligere ansatt)

«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.» (innsatt)

Temaet for denne artikkelen er hvorvidt helseforholdene og helsetilbudet i fengsel med høy sikkerhet lever opp til det såkalte normalitetsprinsippet. Normalitetsprinsippet står sentralt i norsk kriminalomsorg, og stadfester at fengslede beholder sine rettigheter og at livet under frihetsberøvelsen skal være så normalt som mulig. Det er altså et rettighetsbasert prinsipp som blant annet tilsier at innsatte har samme rett til helsehjelp som borgere utenfor fengselets murer. Spørsmålet om kjønn er på flere måter et interessant tema i denne sammenheng. Dels utgjør kvinner i fengsel en minoritet i et mannsdominert system, og dels har mange av disse kvinnene en lang rekke psykiske problemer og historier med overgrep og dårlige levekår, som på ulike måter preger synet på innsatte kvinner. I tillegg kan temaer som omsorgsevne, relasjonsferdigheter og selvkontroll tilsynelatende bli et uforholdsmessig større tema i vurderingen av kvinnelige enn mannlige innsatte. Det gjelder både

i forskning og i fengselets praksis, og det er høyst relevant ved diskusjon av helse og helsetilbudet i fengsel.

Artikkelen bygger på en empirisk studie av kvinners helse og helsetilbud under soningsopphold i fengsel, som ble gjennomført under pandemien i 2020–2021.¹ Dataene om kvinner og helsetjenesten i fengsel omfatter en intervjuundersøkelse blant innsatte og ansatte i Kriminalomsorgen og helsevesenet, en spørreskjemaundersøkelse blant innsatte, skriftlig informasjon fra Kriminalomsorgen og fra ansatte i en rekke fengsler med innsatte kvinner. Hovedsakelig benytter vi oss av intervjumaterialet i denne artikkelen. I tillegg har vi innhentet statistikk over selvskading, selvmordsforsøk og selvmord. Empirien er unik i den forstand at vi har fått et tverrsektorielt blikk på problematikken ved at vi har snakket med en rekke personer i stillinger på ulike nivåer i fengselshelsetjenesten og den øvrige tiltakskjeden, som for eksempel betjenter og akuttpsykiatrisk personale, og innsatte, i tillegg til kvantitative data.

Artikkelens overordnede forsknings spørsmål er følgende: I hvilken grad har norske høysikkerhetsfengsler for kvinner et helsefremmende miljø og et helsetilbud som lever opp til normalitetsprinsippet?² To underordnede temaer utpeker seg i materialet som særlig relevante: Hvordan påvirker soningsmiljøet helseforholdene blant de kvinnelige innsatte? Har kjønnete forventninger og forestillinger betydning for hvordan kvinnenenes atferd og problemer forstås og håndteres under soning?

Nedenfor følger først en kort gjennomgang av normalitetsprinsippet og helse-tjenestens organisering i fengsel. Her beskriver vi først innsattes grunnleggende rettigheter, og presenterer deretter normalitetsprinsippet og diskuterer hvilke krav dette stiller til helsetilbudet i fengsel. Dernest beskriver vi hvordan helsetjenesten er organisert i norske fengsler. Videre diskuterer tidligere forskning på området, hvoretter den anvendte metoden presenteres. Etter dette fremlegges og analyseres studiens empiriske data. Når det gjelder soningsforholdenes innvirkning på helse-situasjonen og helsetilbudet, fokuserer vi på tre temaer: i) de innsatte kvinners hel-seproblemer og psykiske reaksjoner, ii) selvskading, selvmordsforsøk og isolasjon,

-
1. Prosjektet er finansiert av Likestillings- og diskrimineringsombudet. Se rapport skrevet av Marion Hellebust, Peter Scharff Smith, Ingrid Rindal Lundeberg og May-Len Skilbrei, *Lengst inne i fengselet – Kvinnelige innsatte med behov for helsehjelp*, Institutt for kriminologi og retts sosiologi, Universitetet i Oslo 2021, https://www.ldo.no/globalassets/_ldo_2019/_bilder-til-nye-nettsider/rapporter/lengst-inne-i-fengselet.pdf.
 2. Helsefremmende arbeid er tiltak som tar sikte på å bedre livskvalitet, trivsel og muligheter til å mestre de utfordringer og belastninger man utsettes for, samt å redusere sannsynligheten for utvikling av risikofaktorer for sykdom, https://sml.sn.no/helsefremmende_arbeid (lest 18.12.2022).

og iii) spørsmålet om hvordan de innsattes psykiske problemer både blir preget av og påvirker livet i fengselet. På denne bakgrunn spør vi avslutningsvis i hvilken utstrekning og på hvilken måte et bestemt bilde av kvinnene og deres kjønn kan ha betydning for hvilke reaksjoner innsatte møter, og for deres helsesituasjon i fengselet. Artikkelen rundes av med konkluderende overveielser om hvorvidt normalitetsprinsippet anvendes og overholdes i tilstrekkelig grad på dette området.

2. Normalitetsprinsippet³ og helsetjenestenes organisering

2.1 Normalitetsprinsippet og innsattes rettigheter

Selv om FNs menneskerettighetserklæring allerede i 1948 innførte et forbud mot tortur, og FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter i 1966 fastslo at alle «som er berøvet friheten, skal behandles humant, og med respekt for menneskets iboende verdighet» (art. 10), så betød dette på ingen måte at nasjonale fengselsystemer begynte å respektere innsattes rettigheter. Det var først fra 1960–70-tallet og fremover at en reformprosess for alvor begynte internasjonalt og i en rekke nasjonale jurisdiksjoner.⁴ Nå, mange år senere, skjer det stadig utallige brudd på menneskerettighetene i fengsler verden over, og det er stor forskjell på i hvilken grad innsattes rettigheter prioriteres. I de skandinaviske landene gikk man på 1960- og -70-tallet gradvis (og delvis) bort fra en paternalistisk rehabiliteringstankegang og mot en mer rettighetsbasert tenkning med normalitetsprinsippet som omdreingspunkt.⁵

Overordnet sett innebærer respekt for fengslede rettigheter to ting: 1) at alle som berøves sin frihet, skal behandles humant og med respekt for menneskets grunnleggende verdighet (artikkel 10, ICCPR); 2) at en innsatt i utgangspunktet

-
3. Uttrykket «normalitetsprinsippet» anvendes ofte på norsk, og også i artiklene i dette temanummer. Man kan også anvende uttrykket «normaliseringsprinsippet», som det f.eks. gjøres i danske juridiske lærebøker om straffegjennomføring (Engbo 2022). Som Vollan forklarer, har prinsippet til tider vært feiltolket i Norge, som et uttrykk for at innsatte skal normaliseres (Vollan, M. (2016) «Mot normalt? Normalitetsprinsippet i norsk straffegjennomføring», Tidsskrift for strafferett, 16:4, s. 447–461). Uttrykket «normalitet» kan imidlertid også virke misvisende, som en normalitet innsatte skal leve opp til. Det er Kriminalomsorgen som skal levere «normalitet», og ikke de innsatte. Uttrykket «normalisering» signalerer kanskje bedre at det er tale om en levende prosess og et levende forhold (hva som er normalt, endrer seg over tid og er dessuten individuelt) og at det dermed kreves løpende handling fra kriminalomsorgen. Uttrykket «normalitet» er mere passivt og kan antyde at der er en gylden standard for hva som er normalt.
 4. Hans Jørgen Engbo og Peter Scharff Smith, *Fængsler og menneskerettigheder*, Jurist- og Økonomiforbundets forlag 2012.
 5. Engbo og Smith 2012.

kun mister sin bevegelsesfrihet og ikke sine øvrige rettigheter.⁶ Mens man som fengslet i sakens natur ikke kan bevege seg fritt, så har man altså stadig sine øvrige rettigheter i behold i den utstrekning det er mulig. Man mister eller begrenses kun i de rettigheter som automatisk begrenses på grunn av selve frihetsberøvelsen. Som fengslet har man derfor for eksempel fortsatt rett til å stemme i demokratiske valg, rett til privat- og familieliv, samt rett til å ytre seg fritt. I tillegg har man samme rett til helsehjelp som borgere som lever fritt utenfor fengselet.

Normalitetsprinsippet er et rettighetsbasert prinsipp som ikke bare tilsier at innsatte under straffegjennomføring beholder sine rettigheter, men også at livet under straffegjennomføringen skal være så normalt som mulig.⁷ Dette prinsippet kommer også til uttrykk i de Europeiske fengselsregler, som forklares med følgende anvisninger:

- a. Alle som berøves friheten, skal behandles på en måte som ivaretar deres menneskerettigheter.
- b. Personer som berøves friheten, beholder alle rettigheter som de ikke på lovlig måte blir fratatt ved den beslutning som dømmer dem til fengsel eller varetekt.
- c. Personer som berøves friheten, skal bare underlegges det minimum av restriksjoner som er nødvendig og som står i forhold til restriksjonenes rettmessige formål.
- d. Livet i fengsel skal være mest mulig jevngodt med de positive sidene ved livet utenfor.⁸

Selv om normalitetsprinsippet står sterkt og sentralt i de skandinaviske lands fengselssystemer, vil en rekke andre hensyn gjøre at det ikke alltid anvendes i praksis.⁹ Sikkerhetshensyn vil ofte spille en hovedrolle i et fengsel. I tillegg kommer ikke minst rehabiliteringshensynet som sikter mot å forbedre innsatte, samt såkalte pønale hensyn som handler om å fastholde straffelementet i fengselsstraffen.¹⁰ Det

6. Ibid., s. 57.

7. St.meld. nr. 37 (2007–2008).

8. De Europæiske fængselsregler, Rec (2006) 2 of the Committee of Ministers to member states on the European Prison Rules, de grundlæggende principper nr. 1, 2, 3 og 5.

9. Hans Jørgen Engbo, «Normalisation in Nordic Prisons – From a Prison Governor's Perspective», i Thomas Ugelvik og Peter Scharff Smith (red.), *Scandinavian Penal History, Culture and Prison Practice*, Palgrave Macmillan 2017. https://link.springer.com/chapter/10.1057%2F978-1-137-58529-5_14.

10. Engbo og Smith 2012.

sier seg selv at sikkerhetshensyn og pønale hensyn kan motvirke normalitetsprinsippet på tallrike måter. For eksempel kan tilgang til fellesskapet begrenses av hensyn til «ro, orden og sikkerhet»¹¹ og utgang nektes med henvisning til den generelle rettsoppfatning. At det ikke er lov å røre trærne i Halden fengsel, er et godt eksempel på hvordan normalitetsprinsippet og mer eller mindre konkrete sikkerhetshensyn kan støte sammen og skape en situasjon som ikke akkurat er normal. Også rehabiliteringshensyn kan komme i konflikt med normalitetsprinsippet. Ønsket om å forbedre, og dermed endre, frihetsberøvede personers tankegang og oppførsel er ikke alltid det samme som å respektere deres autonomi og rettigheter.¹²

Normalitetsprinsippet inneholder dessuten en spenning og et dilemma fordi det kan være individuelt hva som oppleves som normalt og oppfattes som livets positive sider. Når man anvender et normalitetsprinsipp, risikerer man med andre ord å fremme en bestemt form for normalitet, som ikke alle identifiserer seg med.¹³ Uansett er det åpenlyst at i hvert fall to forhold må være på plass for å leve opp til dette prinsippet på helseområdet: 1) at de innsatte sikres samme rett og adgang til helsehjelp som borgere i det frie samfunn; 2) at soningsforholdene ikke i seg selv skader de innsatte og utsetter dem for en unødvendig helserisiko. Som det vil fremgå av denne artikkelen, er det særlig, men ikke bare, soningsforholdene de norske myndigheter har store utfordringer med. Men før vi skal se nærmere på soningsmiljøet vil vi konsentrere oss om det helsetilbudet som de innsatte kvinner ifølge norsk lov har rett til.

2.2 Organisering av helsehjelp i norske fengsler

Innsatte i Norge har samme rett til helse- og omsorgstjenester som den øvrige befolkningen.¹⁴ Helsetjenestene er imidlertid ikke administrativt eller økonomisk underlagt kriminalomsorgens styring, selv om tjenestene finner sted i fengslene. Det er den aktuelle kommunen og spesialisthelsetjenesten der fengselet ligger, som har det faglige ansvaret. Dette systemet betegnes som importmodellen¹⁵ og ble innført med den begrunnelse at helsepersonell skal være faglig uavhengige av fengse-

11. Utelukkelse fra fellesskapet på egen celle eller sikkerhetscelle hjemles av lov om gjennomføring av straff mv. (straffegjennomføringsloven) LOV-2001-05-18-21 § 37, og begrunnes blant annet ut fra hensynet til å avverge materiell skade, hindre straffbare handlinger, opprettholde ro og orden og hindre optøyer.

12. Engbo og Smith 2012.

13. Engbo 2017.

14. St. meld. 37 (2007–2008), s. 22.

15. Nils Christie, *Kriminalitetskontroll som industri. Mot GULAG, vestlig type*, Universitetsforlaget 2000, s. 116.

let,¹⁶ samt for å sikre at innsatte får behandling etter samme standard som de øvrige borgere.¹⁷ Det er en modell som er kjent fra flere land, men som står særlig sterkt i det norske fengselssystemet.¹⁸

Pasient- og brukerrettighetsloven kan likevel i noen tilfeller måtte tolkes innskrenkende for innsatte i fengslene på grunn av fengselsoppholdets sikkerhetsmessige rammer. Kriminalomsorgen har en helsemessig portvaktrolle ved sitt ansvar for å overvåke innsatte gjennom daglig kontakt og tilsyn, og sin plikt til å melde fra og gi rask hjelp dersom den innsatte ber om det.¹⁹ Videre skal kriminalomsorgen tilrettelegge for samarbeid med andre offentlige etater (jf. straffegjennomføringsloven § 4) slik at innsatte får de tjenestene de har krav på, i dertil egnede lokaler.²⁰ En utfordring som kan oppstå i samarbeidet mellom helsetjenesten og kriminalomsorgen, er motstridende hjelpe- og kontrolloppgaver som kan føre til konflikter og begrense tilgangen til helsehjelp.²¹ Særlig gjelder dette i akutte situasjoner med bruk av tvang av hensyn til den enkeltes eller fellesskapets sikkerhet og helse. En kritisk situasjon som vi skal komme tilbake til, er når den innsatte skader seg selv, og når både helse- og sikkerhetshensyn kan «kollidere med hensyn til autonomi og integritet».²² På tross av normalitetsprinsippet kan det altså i praksis skje innskrenkninger i de innsattes rettigheter, også når det gjelder helsetilbudet. Ettersom kommunene selv organiserer helsetjenestene i fengsel, oppstår det også lokale variasjoner.

Helsetilbudet er oppdelt i primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Det grunnleggende helsetilbudet i fengsel er organisert under primærhelsetjenesten. I tillegg til lege og sykepleiere er det i flere fengsler fysioterapeut og psykolog til stede på faste tidspunkt. Innsatte henvises til disse helsetilbudene via fengselslegen, som normalt overtar ansvaret fra fastlegen når en fengselsstraff skal sones. I Norges

16. Nils Christie, «Modeller for fengselsorganisasjonen», i R. Østensen (red.), *I stedet for fengsel: Idéer og forsøk*, Pax forlag 1970; Marte Rua, «Fengselsisolasjon. Forskning og formidling i et minefelt», i Karin Widerberg (red.), *I hjertet av velferdsstaten. En invitasjon til institusjonell etnografi*, Cappelen Damm Akademisk 2015.

17. Birgitte Storvik, *Straffegjennomføring. Etter lov av 18 mai 2001 nr 21*, Høyskoleforlaget 2011, s. 39.

18. Engbo 2017, s. 333.

19. Ingunn Ikdahl, «Helseautonomi innenfor murene? Om retten til helse for innsatte i norske fengsler», i Henriette Sinding Aasen og Marianne Klungland Bahun (red.), *Menneskerettigheter i helse- og omsorgstjenesten*, Universitetsforlaget 2022, s. 219–246.

20. Jamfør straffegjennomføringsloven § 4.

21. Ingrid Rindal Lundeberg og Kristian Mjåland, «Penal hybridization – Staff-prisoner relationships in a Norwegian drug rehabilitation unit», i Henriette Sinding Aasen, Siri Gloppen, Anne Mette Magnussen og Even Nilssen (red.), *Juridification and social citizenship in the welfare state*, Edward Elgar 2014, s. 183–203; Ingrid Rindal Lundeberg og Kristian Mjåland, «Rus, roller og skjønn», i Kari Gärtner Westrheim og Helene Marie Kjærgård Eide (red.), *Kunnskapsbasert straffegjennomføring i kriminalomsorgen i Norge*, Fagbokforlaget 2019, s. 278–309.

22. Ikdahl 2022, s. 229.

største høysikkerhets kvinnefengsel, Bredtveit fengsel, er det lege til stede to dager i uken, mens det andre steder er én dag i uken. Når helsetjenestene ikke er til stede i fengselet, skal legevakt normalt kontaktes.

Ansvar for spesialisert psykisk helsehjelp ligger hos spesialisthelsetjenesten. Psykologer og psykiatere er ofte knyttet til en poliklinikk på utsiden av fengselet, og innsatte henvises til disse klinikkene fra fengselslegen eller annen med henvisningsrett. I Bredtveit fengsel er den fengselspsykiatriske poliklinikken organisert under Oslo universitetssykehus.²³ Dersom innsatte ønsker å komme i kontakt med helsepersonell utenfor helseavdelingens åpningstider, må de skrive en «samtale-lapp» som avleveres til en fengselsbetjent.²⁴ Flere innsatte opplever at de har liten tillit til dette «lappesystemet», og at betjenter er «mellomledd». De føler ubehag og frykter konsekvensene dersom uvedkommende i kriminalomsorgen får tilgang til intime opplysninger om deres helse- og private liv. Dessuten opplever innsatte at det er lang ventetid ved denne fremgangsmåten.²⁵ Innsatte kan dermed ha flere begrensninger for å oppsøke helsehjelp enn andre. Kriminalomsorgens portvaktrolle i kontakt med helsetjenesten, og mangel på konfidensialitet i den sammenheng, kan dessuten utfordre helsestandardene som fengslene er pålagt å sørge for, som rett til privatliv og fortrolighet om helseinformasjon.²⁶

3. Tidligere forskning om kvinner i fengsel, helseforhold og kjønnete piner

3.1 *Kvinner i fengsel*

Kvinner begår langt mindre av den registrerte kriminaliteten enn menn, og straffes langt sjeldnere enn menn for kriminalitet. Fengslene blir slik et påfallende unntak fra samfunnsutviklingen og samfunnsinstitusjoner ellers. De er fortsatt altoverveiende institusjoner for menn. Den kvinnelige andelen av fengselspopulasjonen i Norge ligger i gjennomsnitt på 6 %, som betyr at det til enhver tid soner mellom 200 og 300 kvinner i norske fengsler.²⁷ Pr. 17. august 2022 er det kvinnelige innsatte i 12 fengsler i Norge, hvorav 4 er rene kvinnefengsler: Bredtveit, Evje, Ravneberget og Kragerø. Ca. 75 % av alle kvinnelige innsatte soner i disse fire kvinnefengslene.

23. Helseregionene etablerte i 2021 en områdefunksjon for spesialisthelsetjenesten innenfor psykisk helsevern for innsatte, som skal gi et spisset helsetilbud til fengslede, men det er ennå uklart om dette har ført til vesentlige forbedringer.

24. Sivilombudsmannen (2019), *Besøksrapport Oslo fengsel 19. –22. november 2018*.

25. Hellebust mfl. 2021.

26. Jf. Mandelareglene (regel 32.1.c). Se Ikdahl 2022 for en nærmere diskusjon av problematikken.

27. Statistisk sentralbyrå, tabell 10530. Innsatte, etter fengslingstype, alder, kjønn, statistikkvariabel og år. <https://www.ssb.no/statbank/table/10530/>

Legger vi til kvinnene i Trondheim og Bergen fengsel, vil disse seks fengslene til sammen huse ca. 90 % av alle kvinnelige innsatte. Bortsett fra de nevnte seks fengslene med flest kvinner vil kvinnesoneringen i de øvrige fengslene ofte dreie seg om relativt korte opphold, hovedsakelig i varetekt.

Kvinnelige straffedømte skiller seg i noen grad fra menn som sitter i fengsel. Andelen kvinner som soner for mer *alvorlig kriminalitet*, er større for kvinner enn for menn (ca. 7 prosentenheter forskjell mellom kjønnene).²⁸ Omtrent 30 % av kvinnene i fengsel sitter for drap eller annen grov vold.²⁹ Nesten hver femte domsinnsatte kvinne i fengsel soner for drap, mot bare én av ti menn. Andelen som soner for narkotikalovbrudd, er omtrent én av fire. Blant menn er hver fjerde innsatt for seksuallovbrudd, mot bare 4 % av kvinnene. Samtidig er det viktig å påpeke at en større andel av kvinnene soner i avdeling med *lav sikkerhet* sammenlignet med innsatte menn (9 % kvinner og 91 % menn, mot 6 % kvinner og 94 % i fengselspopulasjonen generelt). I 2020 ble 44 % av det totale soningsoppholdet for alle innsatte kvinner avsonet i fengsel med lav sikkerhet, mot bare 29 % for innsatte menn.³⁰ Kvinner får også oftere *alternativ til fengselsstraff*. Dermed er det rimelig å anta at kvinner som soner i høysikkerhetsfengslene, relativt sett har flere utfordringer enn menn fordi en større andel av kvinnene med færre utfordringer får tilgang til straffalternativer.

3.2 Medbrakte eller fengselsskapte problemer?

Når vi nå skal se nærmere på hva vi vet om kvinner som soner i fengsel og deres problemer, er det viktig å skille mellom hvilke problemer som skyldes fengselet, og hvilke som er medbrakte. En rekke levekårsstudier viser at innsatte generelt, kvinner og menn, har dårligere levekår enn den øvrige befolkningen.³¹ Innsatte har også dårligere psykisk helse enn hva som er tilfellet for den generelle befolkningen. De har en vesentlig høyere forekomst av psykiske lidelser som angst, depresjon, ADHD, personlighetsforstyrrelser og psykose. Innsatte har en særskilt forhøyet

28. Tabell 2.10.4 i <https://krus.brage.unit.no/krus-xmlui/handle/11250/2991202> viser prosentvis fordeling på type hovedkriminalitet for domsinnsatte fordelt etter kjønn, pr. 1. september 2020.

29. Kripes, «Nasjonal drapsoversikt 2021. *Drap i Norge i perioden 2011-2021*», <https://www.poli-tiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/drap/nasjonal-drapsoversikt-2021.pdf>

30. Statistikk fra KOMPIS sammenstilt av Ragnar Kristoffersen. Tilgjengelig hos forfatterne.

31. Christine Friestad og Inger Lise Skog Hansen, *Levekår blant innsatte*, Fafo 2004; <https://www.faf.no/zoo-publikasjoner/fafo-rapporter/item/levekar-blant-innsatte>; Anders Nilsson, *Fånge i marginalen: oppvåxtvillkor, levnadsförhållanden och återfall i brott bland fångar*. Diss. Kriminologiska institutionen, Stockholms universitet, 2002; Torbjørn Skarðhamar «Inmate's Social Background and Living Conditions», *Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention*, no. 4, 2003, s. 39–56. <https://doi.org/10.1080/14043850310012314>

risiko for selvmord og selvskading.³² Mange tar med seg omfattende psykiske problemer inn i fengsel, og for noen gjelder dette også en historikk med selvskading og selvmordsforsøk. Samtidig blir omfanget av selvskading i fengsel ofte trukket frem som en generell indikator på problematiske soningsforhold.³³ En metaanalyse identifiserte at risikofaktorer for selvskading knyttet til soningsforhold var isolasjon, disiplinærsaker og hendelser med seksuell eller fysisk vold i fengsel.³⁴

En rekke forekomst- og levekårsundersøkelser viser at kvinnelige innsatte kan være i en særlig utsatt situasjon, og at kvinner på noen områder bringer med seg en høyere grad av sårbarhet inn i fengsel.³⁵ Kvinner har en litt høyere frekvens av depresjon og rusmisbruk sammenlignet med menn.³⁶ Sammenhengen mellom rus og kriminalitet fremstår som noe sterkere enn for menn.³⁷ Rusmiddelbruk og ruskriminalitet er ofte selve hovedårsaken til at kvinnene havner i fengsel (det vil si bruk og besittelse, smugling og omsetning, samt kjøring i beruset tilstand).³⁸ Kvinner har en litt større andel av domfellelser knyttet til rusrelatert kriminalitet (43 %),³⁹ og bruker oftere både medisiner og illegale rusmidler før innsettelsen.

Videre er kvinnelige innsatte i større grad enn mannlige utsatt for seksuelle overgrep – en erfaring som ofte fører til traumer, skam og skyldfølelse.⁴⁰ Studier tyder

-
32. Anne Bukten og Marianne Riksheim Stavseth, «Suicide in prison and after release: a 17-year national cohort study», *European Journal of Epidemiology (EJE)*, 2021, s. 1075–1083, doi [10.1007/s10654-021-010654-021](https://doi.org/10.1007/s10654-021-010654-021); Louis Favril, Ronggin Yu, Keith Hawton og Seena Fazel, «Risk factors for self-harm in prison: a systematic review and meta-analysis», *Lancet Psychiatry* 2020, s. 682–691, doi [10.1016/S2215-0366\(20\)30190-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30190-5)
33. Yngve Hammerlin, *Selvmord og selvmordsnærhet i norske fengsler/Selvmordsforebyggende arbeid i fengsel*, KRUS 2009, s. 26–33; Favril mfl. 2020.
34. Favril mfl. 2020.
35. Victoria Cramer, «Forekomst av psykiske lidelser hos domfelte i norske fengsler», Oslo Universitetssykehus 2014; Alison Liebling, «Women in prison prefer legitimacy to sex», *British Society of Criminology Newsletter*, no. 63, 2009; A. Bukten, M.R. Stavseth, S. Skurtveit, N. Kunøe, P. Lobmayer, I.O. Lund og T. Clausen (2016), «Rusmiddelbruk og helsesituasjon blant innsatte i norske fengsler», 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>; Ben Crewe, Susie Hulley og Serena Wright, «The Gendered pains of imprisonment», *The British Journal Of Criminology*, 57.6, 2017 <https://doi.org/10.1093/bjc/azw088>; Sivilombudsmannen 2016.
36. Seena Fazel og John Danesh Fazel, «Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys», *The Lancet* 2002, s. 545–550, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)07740-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07740-1); Seena Fazel mfl., «Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions», *The Lancet Psychiatry* 2016, doi: [10.1016/S2215-0366\(16\)30142-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30142-0)
37. Felipe Estrada og Anders Nilsson, «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), 2012 s. 196–219, <https://doi.org/10.1177/1557085111429783>
38. Bukten og Riksheim 2021.
39. Ibid.
40. Crewe mfl. 2017; Sivilombudsmannen 2016.

også på at kvinner oppgir i større grad å slite med angst før soning sammenlignet med menn. Kartlegging av selvskading og selvmordsforsøk viser at mens en femtedel av mennene oppga at de hadde forsøkt å ta sitt eget liv før soning, gjaldt dette dobbelt så mange av kvinnene.⁴¹

3.3 Kjønnede fengselspiner?

Hvorvidt soningsoppholdet i seg selv fører til eller forsterker psykiske lidelser og problemer hos flere innsatte, eller om disse lidelsene var til stede allerede før innsettelse, er med andre ord et komplisert tema. Smertene ved soning er også omdiskutert i fengselslitteraturen,⁴² samt hva som kan betegnes som «kjønnede» piner. Kvinnefelleskap i fengsel blir dels beskrevet som preget av et høyt konfliktnivå, nærtagenhet, intrigemakeri og interne stridigheter fordi de kommer så tett på hverandres liv. Crewe beskriver at mange kvinner i engelske fengsler opplever det å sone som «emosjonelt klaustrofobisk».⁴³ Privatlivet til andre kommer så tett på uten at det er mulig å sette personlige grenser. Et tema som har vært gjennomgående i forskningen på kvinnelige lovbrytere, er at de opplever pinen med stigma knyttet til å bli dømt og sone straff som sterkere.⁴⁴ De opplever mer fordømmelse fordi de ikke bare bryter loven, men også normer for kvinnelighet, og særlig hvis kvinnen har barn. Fengselsforskningen viser videre at måten innsatte blir møtt, sett, hørt og behandlet på av de ansatte, kanskje er det som har størst betydning når fanger vurderer kvaliteten på fengselsopphold, og som bidrar til tillit, helseoppøkende adferd og endringsmotivasjon.⁴⁵ Hvordan innsatte tolkes og møtes – de ansattes skjønnsmessige vurderinger – kan samtidig ha en kjønnedimensjon.⁴⁶

41. Marie-Lisbeth Amundsen, «Kjønnsforskjeller i psykisk helse i norske fengsler», *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* nr. 2, 2011, s. 7–8. <https://doi.org/10.7557/14.2223>

42. Nils Christie, *Pinens begrensning*, Universitetsforlaget 1982; Terje Emil Fredwall, «Straff som pine», *Retfærd: Nordisk juridisk tidsskrift* 40(3–4), 2017; Ingrid Rindal Lundeberg, «Myten om fengselspinen», i K. Christensen og L.J. Syltevik (red.), *Myter om velferd og velferdsstaten*, Cappelen Damm Akademisk, 2017, s. 123–145, <https://doi.org/10.23865/noasp.47.ch6>

43. Crewe mfl. 2017, s. 1374.

44. Liebling 2009.

45. Ben Crewe, *The prisoner society: Power, adaptation and social life in an English prison*, OUP Oxford 2009; J. Jackson, T.R. Tyler, B. Bradford, D. Taylor og M. Shiner, «Legitimacy and procedural justice in prisons», *Prison service journal* 191, 2010; Alison Liebling, *Prisons and their moral performance: a study of values, quality, and prison life*, Oxford University Press 2004; Alison Liebling, «Legitimacy Under Pressure' in High Security Prisons», i J. Tankebe og A. Liebling (red.), *Legitimacy and Criminal Justice: An International Exploration*, Oxford University Press 2013; Ingrid Rindal Lundeberg og Kristian Mjåland, «Rehabilitering og prosedural rettferdighet i kriminalomsorgen», *Retfærd* 2016, s. 32–44; Malene Molding Nielsen, «To Be and Not to Be: Adaptation, Ambivalence and Ambiguity in a Danish Prison», *The British Journal of Sociology* 46(1) 1995, doi <http://dx.doi.org/10.4236/aasoci.2012.22018>

46. Hellebust, Smith, Lundeberg og Skilbrei 2021, s. 131–144.

Bestemte kjønnede forståelser av problemer kan få konsekvenser for hva som blir tatt på alvor og meldt videre til hjelpeapparatet.⁴⁷

En overordnet diskusjon i forskningen om kvinner i fengsel og kjønnede piner er hvordan kvinners fungering, oppførsel og helse oftere blir definert ut fra de intime roller og relasjoner de besitter, i og utenfor fengsel, på en annen måte enn menn. Omsorgsevne, relasjonsferdigheter og selvkontroll kan bli fremstilt annerledes i vurderingen av kvinner enn menn, både i forskning og i fengselets praksis.⁴⁸ Mens det ser ut til å være et påtakelig fokus på kvinners relasjoner, privatliv og følelser, blir betydningen av kvinners sinne og aggresjon i en fengselskontekst i liten grad berørt i forskningen. Det er dermed av betydning å utforske nærmere om det finnes et slikt dominerende bilde av de kvinnelige innsattes reaksjonsmønstre. Spørsmålet er hvordan ulike uttrykksmåter og forskjellig oppførsel kan forstås som en respons på «unormale» omgivelser, og hvorvidt de soner i et helsefremmende miljø.

4. Metode

Våre data om kvinner og helsetjenesten i fengsel er basert på en intervjuundersøkelse blant innsatte og ansatte, en spørreskjemaundersøkelse, skriftlig informasjon fra Kriminalomsorgen og fra ansatte i en rekke fengsler med innsatte kvinner.⁴⁹ I denne artikkelen trekker vi først og fremst på intervjuundersøkelsen, som samlet sett omfattet 17 intervjuer med 18 informanter. Disse intervjudeltagerne bestod av tre sykepleiere i primærhelsetjenesten, fire ansatte i spesialisthelsetjenesten, to ansatte ved akuttpsykiatrisk sengepost, to fengselsbetjenter, fire innsatte og to tidligere innsatte. Dette materialet er her utbygget med nye data om selvskading, selvmordsforsøk og selvmord i norske fengsler basert på registreringer i Kriminalomsorgens fagsystem (KOMPIS) i 2021.

Datainnsamlingen ble gjennomført fra november 2020 til februar 2021. Betjenter og helsepersonell ble rekruttert via e-post. Rekruttering av innsatte ble gjort gjennom en frivillig organisasjon, via informasjon om prosjektet i fengslens fellesarealer og via ansatte kontaktpersoner. Samtlige som vi tok kontakt med, samtykket til å delta.

Siden undersøkelsen pågikk under en pandemi, måtte de fleste intervju gjennomføres med video. Disse ble gjennomført fra respondentenes kontor, i deres

47. I.R. Lundeberg, K. Mjåland og K.H. Sovig, *Tvang i rusfeltet: Regelverk, praksis og erfaringer med tvang*, Cappelen Akademisk 2014.

48. Liebling 2009.

49. Se Hellebust, Smith, Lundeberg og Skilbrei 2021, s 17-30, for en nærmere redegjørelse for data-grunnlag og metode.

hjem eller fra fengslet. Tapet av den sosiale dynamikken i interaksjoner og ikke-verbal kommunikasjon som oppstår ansikt til ansikt, er blant de viktigste ulempene med video- og telefonintervjuer. Samtidig opplevde vi at vi kom tettere på intervjuobjektene på den måten at man via skjerm kommer nærmere hverandres ansiktsuttrykk og mimikk.

Intervjuene var semistrukturert og hadde en varighet på om lag 1 time og ble utført og tatt opp på diktafon av forsker i et privat rom, eller over telefon eller Teams. Intervjuene var tematisk rettet mot spørsmål om innsattes opplevelse av forhold ved soning som hadde betydning for deres helse og livsmestring i hverdagslivet i fengslet. Hvordan temaet «kjønn» ble sett i sammenheng med andre sosiale bakgrunnsfaktorer og helseforhold, ble eksplisitt diskutert på ulike måter med både ansatte og innsatte.

5. Resultater og analyser

5.1 De innsatte kvinners helseproblemer og psykiske reaksjoner

Omfattende psykiske problemer og et stort behov for helsehjelp er et gjennomgående tema når betjenter, innsatte og helsepersonell forteller om innsatte kvinners helse. Utfordringene som beskrives av ansatte og innsatte, er i stor grad sammenfallende. Samtlige betjenter beskriver at de opplever at kvinnene har dårlig helse – både psykisk og fysisk. 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».

En betjent beskriver at det er «[m]ye mer psykiatri og psykiske lidelser. Og så i tillegg så er de jo rusmisbrukere veldig mange av forskjellig slag, og er preget av det». En annen betjent fremhever at mange av de kvinnelige innsatte på høy sikkerhet har en diagnose:

«Min erfaring er at flestparten har en eller flere diagnoser som omhandler psykiske lidelser. Mange av de innsatte er åpne om at de sliter. Det kan være tanker om selvska-
ding og selvmord, depresjon og traumer.» En tredje betjent forteller at «[e]t ord som er en gjenganger under dypere samtaler og innkomstsamtaler på en kvinnelig avdeling, er angst. Sosial angst, panikkangst, posttraumatisk stresslidelse og tvangslidelser blir ofte nevnt av kvinnene».

Der er også stor enighet blant ansatte og innsatte om at soningsmiljøet ofte påvirker helsen negativt og enten produserer eller forverrer de innsatte kvinners psykiske problemer og lidelser. Et tema som går igjen her, er isolasjon og den hel-

serisiko dette medfører, dels i den forstand at soningsmiljøet generelt innebærer en høy grad av isolasjon fra omverdenen og mye tid alene på cellen, og dels i den forstand at isolasjon anvendes som et konkret vedtak i en rekke sammenhenger, hvor de innsatte sitter 23 timer i døgnet alene på en celle.

En psykologspesialist forklarer

«at fengselsinnsettelse i seg selv er en statistisk risikofaktor for suicid, og varetektsopphold særlig», og forteller videre om de «symptomer som direkte oppstår som en følge av isolasjon. Desorientering, tilbaketrekking, kognitive symptomer på oppmerksomhet, konsentrasjonssvikt, som skjer på grunn av isolasjon [...] 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 [...]. 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».

En annen vesentlig problemstilling relatert til soningsmiljøet handler om at de innsatte kvinner blir innblandet i hverandres alvorlige helseproblemer på en svært intim måte. En innsatt kvinne forteller for eksempel om

«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».

Flere andre innsatte forteller tilsvarende om hvordan de påvirkes av å sone med andre psykisk syke. For eksempel beskriver en innsatt kvinne hvordan de er flere på avdelingen «som sliter med selvskading», og at det er et dagligdags tema.

Både ansatte og innsatte rapporterer om at mye oppmerksomhet og ressurser dreier seg om å håndtere akutte problemer. Denne prioriteringen kan resultere i at mange med et mildere symptomtrykk ikke får den oppfølgingen og behandlingen de har behov for. Mye av arbeidet blir definert som «brannslukking». En sykepleier beskrev det slik: «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.» Utageringer, selvskading og tanker om selvmordsforsøk fremstår samlet sett som et stort problem blant de innsatte kvinnene. Denne problemstillingen og spørsmålet om hvordan den relaterer seg til soningsmiljøet, skal vi se nærmere på i det følgende.

5.2 Selvskading, selvmordsforsøk og isolasjon

Ifølge Kriminalomsorgens retningslinjer for forebygging er selvskading «en skade en person påfører seg selv med vilje, men uten hensikt å dø».⁵⁰ Et selvmordsforsøk er derimot et forsøk på å ta sitt eget liv eller å skade seg selv på en måte «...som vedkommende ikke kan være sikker på å overleve, men hvor skaden ikke har ført til døden.»⁵¹ Betjentene er pålagt å gjøre fortløpende risikovurderinger av innsatte under soning og håndtere, melde og registrere selvskadehendelser. Det er opp til dem å vurdere om hendelsen skal defineres som selvskade, og i tilfelle hva slags type. Hvordan selvskadingen blir definert skal imidlertid ha stor betydning for hvilke tiltak som settes i verk. Ved antagelse om selvmordsrisiko har myndighetene plikt til straks å iverksette forebyggende tiltak.⁵² Grensedragningen mellom hva som bør registreres som selvskade eller selvmordsforsøk, kan imidlertid være uklar.⁵³ Det er dessuten grunn til å anta at det er mange tilfeller som fengselet ikke får kjennskap til. Problemer med selvmordstanker og mindre alvorlige tilfeller av selvskading er trolig underreportert. Disse blir antakelig ofte ikke oppdaget, gjerne fordi innsatte av ulike grunner holder det skjult. Tabellen nedenfor viser antall personer involvert i type selvskade i 2021, og antall hendelser med selvskading innenfor «type» selvskade.⁵⁴

Selvskading, selvmordsforsøk og selvmord i fengsler fordelt på kjønn 2021

	Personer			Hendelser		
	M	K	Sum	M	K	Sum
Selvskade	45	7	52	90	54	144
Selvmordsforsøk	24	6	30	42	15	57
Selvmord	10	1	11	10	1	11
Total	79	14	93	142	70	212

Tabellen viser antall menn og kvinner som skadet seg selv sammenholdt med sum antall tilfeller av selvskading. 93 personer er registrert med til sammen 212 selvskadehendelser. Totalt 5 855 personer ble innsatt i fengsel i 2021 på dom eller i varetekt. De 93 innsatte som skadet seg selv tilsvarer 1,6 % av alle som ble innsatt i fengsel det året. Tallene er innhentet og bearbeidet av Ragnar Kristoffersen basert på fengslenes registreringer av selvskader i 2021.

50. Kriminalomsorgsdirektoratet: Retningslinjer til straffegjennomføringsloven, «Forebygging og håndtering av selvskading, selvmordsforsøk og selvmord i fengsel», utarbeidet 5. november 2018.

51. Ibid.

52. Jmfør EMK artikkel 2 og Mandelareglene (regel 30).

53. Hammerlin 2009.

54. Dataene er manuelt bearbeidet og analysert av Ragnar Kristoffersen, forsker ved Krus, basert på registreringer av selvskade, selvmordsforsøk og selvmord gjort av fengslene i Kriminalomsorgens fagsystem (KOMPIS) i 2021. Tilgjengelig hos forfatterne.

Oversikten viser meget høye selvmordstall i 2021. Dette kan ha sammenheng med pandemien og tiltakene som ble innført. Isoleringen av smitteverngrunner ved innsettelsen, tynge soningsforhold over lengre tid med inaktivitet, mangel på kontakt med familie og redusert nærvær og oppfølging fra både helsetjenesten og betjenter kan ha økt trykket på de innsatte.⁵⁵ Særlig isolering i tiden etter nyinnsettelse øker risikoen for selvmord.⁵⁶ Smittevernisoleringen kom i tillegg til andre former for isolasjon og fant ofte sted nettopp ved nyinnsettelse.

Tabellen viser også kjønnsforskjeller innen selvskading basert på registreringer gjort av fengslene i 2021. Antallet menn som skader seg er betydelig høyere sammenlignet med antallet kvinner. 85 % (79 av 93) er menn. Kvinnene, som utgjør 15 % av dem som skader seg, står likevel for en tredjedel av alle registrerte tilfeller med selvskading (70 av 212). Menn og kvinner utholdt henholdsvis 1 058 740 og 60 618 fengselsdøgn i anstalt i 2021. 142 selvskadehendelser hos menn og 70 hendelser hos kvinner tilsvarer 13 hendelser pr. 100 000 utholdte fengselsdøgn for menn og 115 hendelser pr. 100 000 utholdte fengselsdøgn for kvinner. Omregnet til andel selvskader pr. antall personer av hvert kjønn er hyppigheten av selvskadetilfeller over åtte ganger større hos kvinner enn hos menn. Noen få personer står imidlertid bak flere tilfeller med selvskade og selvmordsforsøk. Det gjelder særlig antallet selvskader hos kvinner.

En viss overrepresentasjon av kvinner kan ha sammenheng med at terskelen for å fengsle kvinner er høyere enn for menn. De relativt sett få kvinnene som likevel blir fengslet, soner for mer alvorlig kriminalitet, og andre soningsalternativer blir av ulike grunner ansett som uegnet. Dette tilsier at kvinnene som må sone i høy-sikkerhetsfengslene, relativt sett kan ha flere utfordringer. Flere kvinner kan ha en historikk med selvskadende adferd og selvmordstanker før fengslingen, noe som har vist seg å ha størst betydning for adferd i fengsel.⁵⁷ Sannsynligvis står dermed disse kvinnene i større fare for å forverre eksisterende lidelser samtidig som de blir mer risikoutsatt for å utvikle nye lidelser som følge av deres økte sårbarhet – begge deler som følge av soning med høy grad av isolasjon.

Kvinner ser ut til å være mer utsatt for selvskading som uttrykk for psykiske utfordringer, men ikke med hensyn til selvmord. Denne forskjellen kan trolig for-

55. Ingrid Rindal Lundeberg og Peter Scharff Smith, «Straff og etikk i pandemiens tegn – Dugnad og samfundssind i fengslene?», i Terje Fredwall og Geir Heivoll (red.), *Straffens etikk*. Scandinavian Academic Press 2022, s. 293–326.

56. Peter Scharff Smith, «The Effects of Solitary Confinement on Prison Inmates: A Brief History and Review of the Literature», *Crime and Justice*, 34(1) 2006, <https://doi.org/10.1086/500626>

57. Favril mfl. 2020.

klares med at det ikke er helt sammenlignbare handlinger. Selvskading uten fatal utgang kan samtidig, som vi skal komme tilbake til, i større grad bli oppfattet som en måte å kommunisere og få oppmerksomhet om problemer på. Slike uttrykksformer for lidelse kan bli sett på som «typisk kvinnelig».

5.3 *Selvskading som kjønnet kommunikasjon?*

Problemer med «uønskede» hendelser som selvskading og ulike former for utagering ble uoppfordret diskutert av både innsatte og ansatte. Hvorvidt og på hvilken måte selvskading har en kjønnet dimensjon, er omdiskutert. Dette er imidlertid en sammenheng som flere ansatte i undersøkelsen indikerte, og som ofte trekkes frem for å karakterisere de kvinnelige innsatte. Flere fortalte om alvorlige tilfeller og hendelsesforløp som en indikasjon på lidelsestrykket hos enkelte kvinner, og/eller som en generell indikator på problematiske soningsforhold. Andre beskrev dette som en særskilt «kvinnelig oppmerksomhetsstrategi», som vi skal komme tilbake til.

En tidligere ansatt ble spurt om den generelle helsesituasjonen blant kvinnene i fengselet og begynte raskt å fortelle om selvskading og selvmord:

«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.»

Selvskadene som rapporteres, omfatter et bredt spekter, alt fra å rispe seg, skjære seg i armen og til å svelge en gaffel eller dunke hodet veldig hardt i celleveggen. Blant innsatte var det flere som selv fortalte at de slet med selvmordstanker. Noen innsatte har en åpenhet om dette overfor betjenter. Samtidig fortalte kvinnene om selvdestruktive tanker om å ville dø, uten at Kriminalomsorgen nødvendigvis var kjent med dette. En kvinne som slet med rusproblemer, 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» (anonymt svar, spørreundersøkelse).

Flere forteller at det er vanskelig å være ærlig om sitt rusproblem i fengsel. Betroelser om rusrelaterte helseforhold hemmeligholdes fordi de er straffbare, noen ganger med fatalt utfall som selvskading og overdose.

Hvordan innsatte ble møtt, og med hvilke reaksjoner, ble samtidig tillagt stor betydning. Særlig måten fengselet responderte på og ivaretok innsatte ved «uønskede» hendelser, ble trukket frem som vesentlig for opplevelsen av egen og andres trygghet og helse, både av de involverte og de mange andre som ufrivillig ble eksponert. Selvskading og selvmordsforsøk omtales i intervjuene av flere innsatte som en måte å kommunisere smerter på ved soningssituasjon, i desperasjon for å bli tatt på alvor og få kontakt. En innsatt forteller at hun opplever at det er problematisk at man må selvskade seg for å få hjelp, men at det ikke er nok å bare gi «bandasje»:

«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 sånn, og så ... det stopper der liksom.»

Her sikter den innsatte til en utbredt opplevelse av at selv slike kritiske hendelser ikke tas tilstrekkelig på alvor. Emosjonelle sammenbrudd, sinne og selvskading fortolkes av innsatte som en måte å vise og kommunisere 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 fareavverging som innebærer mer bruk av makt og kontroll.

En av de innsatte 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 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.»

En av kvinnene husker en konkret og voldelig episode med selvskading som resulterte i at hun ble plassert 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 ivare tatt på en annen måte da.»

5.4 Isolasjon som reaksjon – fengslets institusjonelle logikk

Slike episoder med tvang og isolasjon som beskrevet ovenfor fremstilles som svært dramatiske når ansatte og innsatte forteller oss om dem i ettertid. Bruk av isolasjon og innlåsing på cellen overfor personer med psykiske problemer ble trukket frem som et særlig konfliktfylt område av både ansatte og innsatte. De helsefaglig ansatte i denne studien reflekterer rundt at isolering av de innsatte skaper en forverring av deres symptomtrykk, og trekker frem episoder og respons fra fengselet som direkte reaktiverer traumer og forverrer helsen. En psykolog ansatt i fengsels-helsetjenesten forteller om at det ofte oppstår en

«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».

At isolasjon og tvang medfører vesentlig risiko for de innsattes helse, vekker gjennomgående stor bekymring. Særlig problematisk er dette i lys av at mange av kvinnene defineres som traumeutsatte, har vært utsatt for overgrep og seksuell utnyttelse og har «relasjonsskader». Likevel viser vår studie at en sentral del av fengslets institusjonelle logikk er å møte en rekke selvdestruktive handlinger og reaksjonsmønstre med nettopp isolasjon, selv overfor personer med omfattende psykiske problemer og lidelser. Redselen for ikke å bli hørt, men snarere møtt med restriktive tiltak og kontroll, utgjør samtidig et tillitsproblem som gjør det vanskelig å være ærlig om sine problemer i et fengsel og oppsøke hjelp. Vi skal avslutningsvis se nærmere på hvordan måten kvinnene blir behandlet på, og dynamikken knyttet til hjelp, tvang og kontroll, kan ha en kjønnnet dimensjon.

6. Kvinners uttrykksform og hjelpeverdighet

I vår studie beskrev flere informanter kjønnede måter å uttrykke seg og få oppmerksomhet på, som kan ha betydning for oppfølging og hjelp. Ansatte i studien rapporterer om slike «kjønnede reaksjonsmønstre» og kommunikasjonsformer og oppmerksomhetsstrategier. Dette kan også forsterkes av kjønnsstereotypiske tolknings skjemaer hos ansatte.

Ett slikt kjønnnet intrikat tolkningsskjema i samspillet med kvinnene for å løse deres helseutfordringer er *offergjøring*. Innsattes problemer og adferd blir forstått som et resultat av at *de er og har vært ofre* for psykiske og fysiske overgrep, vold og omsorgssvikt. Ansatte betoner at kvinner tilsynelatende i større grad enn menn

har slike offererfaringer som fører til komplekse lidelser. Dette innebærer samtidig at kvinnelige innsatte fremstilles som dårligere fungerende og «sårbare», og som mindre ressurssterke og autonome. Som en følge av offerrollen kan kvinners handlekraft og evne til å skape relasjoner og livsmestring bli undervurdert. Kvinnene selv spiller tilsynelatende samtidig strategisk på denne «stakkarsliggjøringen» i sin hjelpesøkende adferd. Enkelte ansatte beskriver at kvinner, både ved å «få» og «ta» en slik offerposisjon, i større grad kan appellere til omsorgsbehov og bekymring, og fremstå som personer det er grunn til å synes synd på.

En psykologspesialist forklarer f.eks.

«at det er noe med liksom kvinners uttrykksform ... 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 kvinnenens 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».

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. Flere ansatte både i helsetjenesten og blant betjentene opplever at mange kvinner kan ha urealistiske forventninger, overdrive og være kravstore. Som her uttrykt av en sykepleier: «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.»

En slik utfordrende, angivelig kvinnelig, uttrykksproblematikk som trekkes frem som særlig oppmerksomhetskrevene i fengslene, er knyttet til adferd med sinneutbrudd, uro og bråk. 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 «veldig mye utagering. Altså både mot ansatte og mot andre, men også da selvødelegelser, kutting». Slike utageringer og aggressive konfronteringer blir i noen tilfeller forbundet med en «kvinnelig oppmerksomhetsstrategi» – en fengselstrigget oppførsel med et visst element av dramaturgi, manipulering og overdrivelser. Denne formen for oppmerksomhet blir dermed ikke nødvendigvis bare knyttet til lidelse, men kan oppfattes som et middel for å skape drama og provokasjon. Aggresjon i det kvinnelige fengselsmiljøet risikerer å bli tolket som atferdsvansker knyttet til innordning i fengselshverdagen, eller overdrivelser og omsorgs- og oppmerksomhetsbehov, heller enn «reelle» helseproblemer eller berettigede protester og hjelpesøking.

Samlet sett mener vi at det er en risiko for at menns og kvinners aggressivitet tolkes ulikt: Hvor menns aggressivitet forstås som et forsøk på å *oppnå kontroll*, forstås kvinners aggressivitet som et uttrykk for *tap av kontroll*. Det henger sannsynligvis sammen med at kvinner, som beskrevet ovenfor, har en tendens til å bli betraktet som mer emosjonelt ustabile, manipulerende og impulsive. De er i en sånn tolkning mindre «farlige», men mer «trøblete» enn menn. Det beskrives av flere ansatte som om at kvinner responderer forskjellig på fengselspinene, de oppfattes som mer selvdestruktive, og deres måte å uttrykke seg på tolkes som mer patologisk.

Vi har ikke data til å komme med sikre konklusjoner i dette særdeles kompliserte spørsmålet, men vi tolker vårt materiale som følger: Selv om det i utgangspunktet kan være noen interessante forskjeller mellom kjønnene, tyder vår studie på at ansatte i noen sammenhenger ubevisst anvender stereotypiske tolkningsskjema. Dette kan føre til at kvinner og menn oppfattes og behandles ulikt. Hvis man først og fremst oppfattet kvinnenes reaksjoner på soningsmiljøet som allmennmenneskelige reaksjoner på isolasjon og på en tett kontakt med andres psykiske lidelser, og mindre som kjønns spesifikke reaksjoner, så ville behandlingen kanskje bli en annen?

7. Konklusjon

«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» (psykolog).

Metaforen om fengselet som et «glemt tankskip» formidler en urovekkende følelse som dessverre mange ansatte og innsatte kjenner seg igjen i. Dette forsterkes av at de «som er om bord», uten tvil er sårbare mennesker med få forbindelser til omverdenen.

Vi har i denne artikkelen forsøkt å bidra til å synliggjøre situasjonen til disse «bortgjemte» og «forlatte» innsatte. Spørsmålet vi stilte, var *i hvilken utstrekning norske høysikkerhetsfengsler for kvinner har et helsefremmende miljø og en helse-tjeneste som lever opp til normalitetsprinsippet*. I det følgende skal vi oppsummere artikkelens hovedfunn, som samlet sett viser at Kriminalomsorgen har store problemer med å leve opp til dette prinsippet når det gjelder kvinnelige innsatte på høy sikkerhet. Normalitetsprinsippet tilsier at fengslede beholder sine rettigheter – herunder retten til helse – og at tilværelsen under straffegjennomføringen skal gjøres så normal som mulig. Samlet beskriver helsepersonell, betjenter og inn-

satte i vår studie ikke desto mindre et fengselsliv som ligger svært langt fra dette, og som gir grunn til bekymring over helseskadelige forhold i fengsel. Både innsatte og ansatte påpeker en rekke kjønnsforskjeller, både i hva kvinnene bringer inn av problemer i fengslet og på flere forhold i fengslene som virker forverrende. Vår studie utfordrer samtidig den «kjønnede pineforståelsen» som verserer både i fengselets praksis og i forskning. Fengselsforskningen står selv i fare for å reproducere stereotyper, heller enn å problematisere dem når kvinnefellesskap for eksempel blir karakterisert som «emosjonelt klaustrofobiske».⁵⁸

Omfattende og sammensatte helseutfordringer i et lukket miljø

En overordnet utfordring med å skape et helsefremmende miljø i fengslene er de omfattende og sammensatte helseutfordringene og psykiske problemene hos mange innsatte. Samtlige ansatte beskriver kvinnelige innsatte som generelt preget av dårligere psykisk helse og sårbarhet, og som sykere enn innsatte menn, med sammensatte og udekkede hjelpebehov. De kategoriseres og oppleves som mindre fungerende og mer vanskeligstilte og hjelpetrengende med en rekke udekkede helsebehov når de kommer i fengsel. De skulle ikke «ha vært i de rammene», konstaterer en psykologspesialist, og ifølge en annen ansatt i helsetjenesten står vi overfor «en gruppe pasienter som ikke passer inn i fengselshverdagen». Samtidig påpeker både ansatte og innsatte en rekke barrierer for innsattes mulighet til å oppsøke og få helsehjelp så vel som helsebelastninger som direkte er knyttet til mangler ved soningsforholdene.

Normalitetsprinsippet utfordres av omfang og håndtering av akuttproblematikk

Mangelfulle ressurser i forhold til et stort omfang av akuttproblematikk fremstår som et betydelig problem for både å ivareta den enkelte innsattes helse og skape et helsefremmende miljø i fengslene. Ansatte påpeker at ressursutfordringer og utilstrekkelige rammevilkår for å gi hjelp gjør at det akutte prioriteres, noe som kan resultere i at mange med et mildere symptomtrykk ikke får den oppfølgingen og behandlingen de har behov for og krav på. Omfanget av akutte hendelser og reaksjoner som selvskadning og utagering kan i seg selv tyde på en rekke problematiske forhold. Det kan være en indikasjon på at Kriminalomsorgen ikke har fanget opp helseproblemene på et tidligere tidspunkt slik at en akutt situasjon kunne vært avverget. Dette kan også skyldes at innsatte opplever barrierer for å oppsøke hjelp på grunn av Kriminalomsorgens portvaktrolle. Innsatte vegrer seg for å fortelle om

58. Crewe mfl. 2017, s. 1374.

sine helseproblemer, som blant annet rusavhengighet, på grunn av frykt for å bli ilagt restriktive tiltak, heller enn å få hjelp. En kritisk situasjon som vi har diskutert, er når den innsatte skader seg selv, der både helse- og sikkerhetshensyn kolliderer med hensyn til autonomi og integritet. Akutthåndteringer medfører vanskelige hjelpe- og fareavverginger i en fengselskontekst der hensyn til sikkerhet, soningsfelleskapet og helse må håndteres, som ofte fører til økt bruk av isolasjon. Rollefordelingen og samarbeidet mellom Kriminalomsorgen, fengselshelsetjenesten og akuttpsykiatrien settes i en skvis, og det oppstår en «glippsoneproblematikk», eller det en av de ansatte omtalte som en «avvisningsproblematikk» (psykolog), som gjør at særlig syke fangers helserettigheter utfordres.

Isolasjon – å bli fratatt tilgangen til meningsfulle sosiale relasjoner

Plutselig brutte relasjoner og avskjæring fra kontakt med andre på grunn av fengselets restriksjoner og bruk av isolasjon skaper soningsforhold som ligger langt fra hva man typisk forbinder med normalitet. Isolasjon blir for ofte en automatisk reaksjon – en form for institusjonell logikk i fengselets møte med visse psykiske reaksjoner.

Påtvunget fellesskap – å bli delaktig og føle ansvar for andres helse

Innsatte blir i stor grad involvert i hverandres helseproblemer på en svært intim måte. Selv om innsatte vektla betydningen av å støtte og hjelpe hverandre og melde fra når noen slet, ble det beskrevet som belastende å stadig bli eksponert for andres lidelse i et hverdagsliv, med bekymring og utrygghet for seg selv og andre. 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. Byrden ved på ulike måter å være delaktige i andres lidelse ble forsterket av en følelse av være overlatt til seg selv og føle seg hjelpeløs. Dette fremstår som en stor utfordring for fengselets arbeid med å skape helsefremmende omgivelser. Reguleringen av relasjoner – både hvem man har rundt seg, og når man er avskåret fra relasjoner – er som isolasjonen en slags institusjonell logikk som utfordrer normalitetsprinsippet.

Eksponering for sansemessige påkjenninger

Unormale og lite helsebringende omgivelser handler også om pinen ved å bli utsatt for eller ikke kunne skjerme seg fra destruktive aspekter av sanseintrykk som skaper utrygghet. En viktig komponent i dette er knyttet til å bli berørt av lydnivået i et fengsel med mange innelåste med psykiske plager, lyden av kvinners fortvilelse eller sinne, mennesker på bristepunktet som dunker hodet i veggene eller roper. Både innsatte og ansatte formidler sterke inntrykk og reaksjoner forbundet med

hendelser med personer fengselet ikke har lykkes i å berolige, gi tilstrekkelig hjelp, håndtere eller skjerme fra andre.

Umyndiggjøring eller mistolkning av behov for kontakt/hjelp på grunn av kjønn

Vår forskning gir videre grunn til å reise spørsmål om hvordan ansattes normalitetsforståelse av adferd og kjønn har betydning for måten innsatte blir møtt og behandlet på av de ansatte, og i vurdering av hvilken hjelp som gis. Dette spørsmålet er ikke minst relevant i et samfunn med et ønske om tilrettelegging for stort kjønns mangfold. Også her er en diskusjon av normalitetsprinsippet og dets implikasjoner relevant. Kjønnsstereotype oppfatninger kan gjøre at en rekke følelsesmessige reaksjoner hos kvinnene blir tolket som intrikate, aggressive og som uttrykk for ubehjelpelig oppmerksomhetsbehov, relasjonelle problemer og «offer-skader». Sett i lys av kvinnenes oppfatning kan disse reaksjonene heller forstås som et resultat av de mange restriksjoner de er underlagt, og mangel på kontakt, som forståelige menneskelige reaksjoner på ekstreme vilkår, på berettigede protester og hjelpsøking, fremfor å ses i lys av kjønn. Uansett preger dette kommunikasjonen mellom ansatte og innsatte på en negativ måte. Fengselet responderer ofte på episoder med selvskading med mer statiske kontrolltiltak.

Avslutningsvis må vi konstatere at det uansett er 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 virker livsmestrende og som inspirerer, støtter og peker mot et liv uten psykisk sykdom, rusproblemer og kriminalitet. I denne sammenheng er det viktig å presisere at retten til helse favner bredt. Staten har ikke bare ansvaret for å sørge for at frihetsinngrep ikke forverrer den enkeltes helse, men skal også ta aktive grep for å sørge for tilgang til helsehjelp og fremme levekårsforhold av betydning for menneskers helse, noe som er særlig prekært i en fengselskontekst med utsatte grupper og et liv under tvang.⁵⁹ Samlet sett må vi på bakgrunn av informasjon fra betjenter, helsepersonell og innsatte konkludere med at helseforholdene tilsier at normalitetsprinsippet ikke etterlevs på en tilstrekkelig meningsfull måte for disse kvinnene.

59. Ikdahl 2022.