

Kvinnelige innsatte og sosial marginalisering

Artikkelen er basert på en kvantitativ studie gjennomført i 2008/2009. Utgangspunktet var følgende problemstilling: Hvor sosialt marginalisert er kvinnelige innsatte i norske fengsler? Funnene viser at kvinnelige innsatte utgjør en svært marginalisert gruppe.



Marie-Lisbet Amundsen er førsteamanuensis ved Høgskolen i Telemark.


I henhold til Kriminalomsorgens statistikk (2007) var det 1138 nyinnsettelse av kvinner i 2007; de fleste i aldersgruppen 30 til 49 år. Kvinner soner vanligvis ubetingede fengselsdommer med en varighet fra én til 90 dager. I henhold til Statistisk sentralbyrå (2008) soner kvinner i hovedsak for narkotikarelaterte forbrytelser, økonomi- eller vinningsforbrytelser og promillekjøring.

Allerede i 1998 hevdet Loucks at nettopp fordi det er så få kvinnelige innsatte rundt i verden, har forskningen stort sett vært konsentrert om mannlige innsatte. Hun påpeker at det er stort behov for mer forskning på kvinnelige innsatte, fordi vi vet for lite om hva som kjennetegner denne gruppen. Samtidig viser hun til at kvinnelige innsatte sosialt sett er å anse som en utstøtt gruppe i samfunnet. Dette støttes av

Lemgruber (2001) som viser til at det er vanskelig å finne kulturelle forskjeller blant kvinnelige innsatte rundt i verden når det gjelder «sosial eksklusjon».

I St. meld. 37 (2007–2008) omtales kvinner som en minoritet i fengslene, fordi de bare utgjør 5–6 % av alle innsatte. Det påpekes også her at det er grunn til å tro at kvinnelige innsatte har en opphopning av levekårsproblemer og at mange sliter med dårlig fysisk og psykisk helse. Videre vises det til at det er grunn til å tro at mange sliter med dårlig selvfølelse som følge av vanskelige oppvekstvilkår og traumatiske opplevelser, blant annet som følge av seksuelle overgrep og prostitusjon. Det presiseres at det er behov for mer kunnskap om hva som kjennetegner kvinnelige innsatte, noe som begrunnes med at dersom en skal få kunnskap om forholdet mellom psykisk helse og kriminell atferd, forutsettes det større kunnskap om bakenforliggende faktorer.

Med bakgrunn i en kvantitativ studie gjennomført som en spørreundersøkelse i de tre kvinnefengslene vi har i Norge,



ønsker jeg i denne artikkelen å se nærmere på hvor sosialt marginalisert kvinnelige innsatte er. I denne sammenheng er det lagt vekt på hvordan kvinnene selv vurderer egen psykisk helse i forhold til depresjon, angst og selvmordsproblematikk, forhold til rusmidler, og seksuelle overgrep.

Tidligere forskning

I en undersøkelse fra Kriminalvårdens forskningskomite i Sverige (Lindberg, 2005) vises det til at kvinner i fengsel er vanskeligere stilt enn menn, både sosialt, økonomisk og helsemessig.

Ødegård (2008) fant i en studie som omfattet 1090 innsatte, derav 76 kvinner, at 69 % av de innsatte brukte illegale rusmidler. Loucks (1998) viser i en studie blant kvinnelige innsatte i Skottland til at 88 % av kvinnene hadde brukt illegale rusmidler, og 38 % hadde prøvd å ta sitt eget liv før soning. I samme studie fant hun at 82 % av kvinnene hadde vært utsatt for seksuelle overgrep i løpet av livet.

I en survey fra USA som omfattet 13 986 innsatte, viste Morash, Bynum og Koons (1998) til at kvinner i fengsel har et større og mer omfattende bruk av illegale rusmidler enn menn i fengsel. 43 % av kvinnelige innsatte hadde vært utsatt for seksuelle overgrep, og 42 % av kvinnene brukte daglig rusmidler under soning.

Birecree med flere (1994) fant at 90 % av kvinnelige innsatte i et fengsel i USA hadde brukt illegale rusmidler over tid, mens Kyvsgaard (2000) fant at seks av ti kvinnelige innsatte misbrukte rusmidler.

Friestad og Skog-Hansens (2004) levekårsundersøkelse som omfatter 35 kvinnelige innsatte, viser at to av ti kvinner (17 %) var utsatt for seksuell mishandling, en tredjedel har dårlig helse, og 70 % er rusmisbrukere.

Petersilia (2003) fant at kvinnelige innsatte i langt større grad enn menn har vært utsatt for seksuelle overgrep, flere er rusavhengige, og flere er smittet av infeksjonssykdommer.

Plugge, Douglas og Fitzpatrick (2006) fant i en studie blant

505 kvinnelige innsatte i England og Wales at 42 % hadde for høyt alkoholforbruk, og seks av ti (58 %) hadde brukt illegale rusmidler daglig de siste månedene før soning. Rundt halvparten av kvinnene (48 %) slet med depresjoner, mens fire av ti (35 %) av kvinnene hadde problemer med angst.

Problemstilling

Med bakgrunn i hvordan kvinnelige innsatte vurderer egen psykisk helse, ønsker jeg i denne studien å se nærmere på hvilket forhold de har til rusmidler, hvor omfattende rusproblemer de eventuelt har, i hvilken grad de har vært utsatt for seksuelle overgrep, og hvilket forhold de har til alvorlig depresjon, angst og selvmordsproblematikk før og under soning.

Følgende problemstilling var utgangspunkt for spørreundersøkelsen: Hvor sosialt marginalisert er kvinnelige innsatte i norske fengsler?

Målgruppe

Studien er basert på en kvantitativ studie gjennomført i løpet av tre uker i desember 2008 og januar 2009 blant kvinnelige innsatte i de tre kvinnefengslene vi har i Norge: Sandefjord fengsel (13 plasser), Bredtvet fengsel (59 plasser) og Ravneberget fengsel (31 plasser). Disse ligger under Kriminalomsorgen Sør og -Øst.

Av de hundre kvinnene undersøkelsen omfatter, har seks av ti (61 %) av kvinnene ikke sittet inne tidligere, mens noe mindre enn to av ti (17 %) har sittet inne en til to ganger tidligere. To av ti (22 %) har sittet inne mer enn tre ganger tidligere, noe som betyr mer enn fire ganger dersom en teller med nåværende soningsopphold. Til sammen fire av ti av kvinnene (39 %) har sittet inne tidligere.

Statistikk for 2000–2005 viser at omtrent 32 % av kvinnelige innsatte begår ny kriminalitet etter soning, noe som er syv prosent mindre enn det som er situasjonen for utvalget i denne studien. Denne differansen på syv prosent kan muligens forklares ved at Kriminalstatistikken fra 2002 til 2007 har vist en jevn økning, og det er derfor sannsynlig at statistikken fra perioden 2005 til 2010 vil vise et noe høyere antall. 100 kvinner av 112 mulige deltok i studien, noe som tilsvarer en svarprosent på 89. Fordi studien strakk seg over en periode på tre uker fra desember 2008 til januar 2009, omfatter den

også noen nyinnsettelse i den aktuelle perioden. Siden kvinner som ikke kunne norsk ikke ble spurt om å delta, er disse ikke regnet med som en del av utvalget.

Da det totalt er plass til 156 kvinner i norske fengsler til enhver tid, omfatter studien en så høy andel av populasjonen at dette bidrar til å redusere usikkerhet med tanke på funn (Hellevik, 2005).

Gjennomføring

Den kvantitative studien er basert på en spørreundersøkelse. Den er anonym og basert på frivillighet, og det er således ikke mulig å kople svarene tilbake til enkeltpersoner. Dette er sikret ved at kvinnene selv la svarskjemaet i en konvolutt som de lukket igjen. Spørreskjemaet består av spørsmål der det kan krysses av for svaralternativet som passer, stort sett «Ja», «Nei» eller «Usikker». Tillatelse til å gjennomføre studien ble gitt av NSD og Datatilsynet.

Jeg fikk anledning til å møte på fellesmøter for å informere om hvorfor jeg ønsket å gjennomføre spørreundersøkelsen, og hva materialet skulle brukes til. Ledelse og ansatte var positive til at undersøkelsen ble gjennomført, noe jeg er taknemlig for. Dette bidro nok i stor grad til at så mye som hundre kvinner deltok, noe som tilsier en svarprosent på 89 %.

Metodekritikk

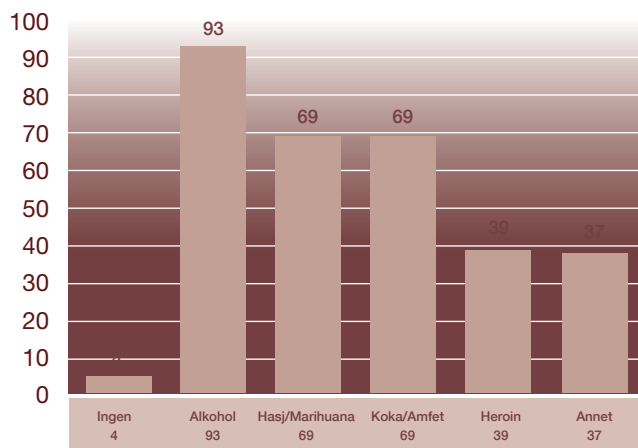
Retrospektive spørsmål regnes for å være minst valide, fordi svarene avhenger av hvor godt informantene husker de faktiske forholdene, og av denne grunn, bevisst eller ubevisst, kan komme i fare for å fordreie svarene. Jo lenger tilbake i tid, desto større er usikkerhetsfaktoren (Hellevik, 1995). I studien er det ett spørsmål som strekker seg langt tilbake i tid, og det er spørsmålet om informantene har vært utsatt for seksuelle overgrep i barndommen. Det faktum at det er grunn til å anta at et menneske som har vært utsatt for alvorlige overgrep i barndommen husker dette, øker sannsynligheten for at svarene er valide.

Det kan være en usikkerhetsfaktor knyttet til spørsmålene som relateres til perioden før soning, selv om dette er nær i tid. Siden det er høy korrelasjon når det gjelder informantenes svar på spørsmålene relatert til perioden før og under soning, styrker dette likevel sannsynligheten for at svarene er valide.

Presentasjon av funn

Forhold til rusmidler Ni av ti (94 %) av kvinnene har brukt alkohol. Dette er kanskje ikke overraskende tatt i betraktning at Horverak og Bye (2007) fant at ni av ti (87 %) nordmenn bruker alkohol.

Mer overraskende er det kanskje at seks prosent av kvinnene ikke har brukt alkohol. Halvparten av disse har imidlertid brukt andre illegale rusmidler, noe som betyr at bare tre prosent av kvinnene ikke har brukt rusmidler i det hele tatt.



Figur 1: Fordeling av bruk av rusmidler.

Syv av ti (69 %) oppgir at de har brukt cannabis og amfetamin, og samme antall (69 %) har brukt kokain og/eller amfetamin.

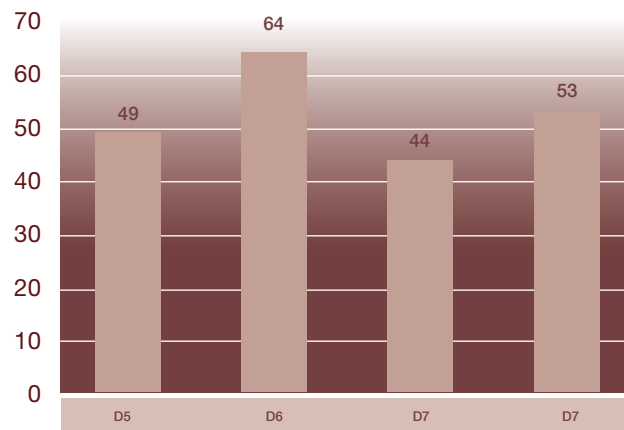
Fire av ti av kvinnene (39 %) oppgir at de har brukt heroin. Samtlige av disse har også brukt alkohol, cannabis, amfetamin eller kokain.

Fire av ti (37 %) har oppgitt å ha brukt andre rusmidler. Under andre rusmidler oppgis spesielt benzodiazepiner og fleinsopp. Rohypnol, Mogadon, Apodorm, Valium og Sobril er blant de benzodiazepinpreparatene som nevnes spesielt. Disse kan brukes for å roe ned etter lengre tids bruk av amfetamin eller ecstasy, eller for å øke effekt av andre rusmidler.

Funnene indikerer at blandingsmisbruk er vanlig, noe som blir bekreftet i Bretteville-Jensens (2000) og Friestad og Skog Hansens (2004) studier. Når det gjelder blandings-

misbruk, er cannabis og amfetamin mest vanlig. Dette oppgir syv av ti kvinner å ha brukt. Blanding av heroin og alkohol eller Rohypnol er imidlertid en farlig kombinasjon, og Teige (1998) viser til at økningen av narkotikarelaterte dødsfall er knyttet opp mot denne kombinasjonen.

I spørreundersøkelsen spørres det om rusmisbruk har ført til aggresjon, sosiale-, økonomiske- eller helsemessige problemer. Det er grunn til å anta at de som har problemer innen ett eller flere av disse områdene, har et mer omfattende rusproblem.



Figur 2: Problemområder knyttet til bruk av rusmidler.

På spørsmål D5 «Har du opplevd at rusmidler har gjort deg aggressiv?» svarer halvparten (49 %) av kvinnene bekreftende. På spørsmål D6 «Har rusmidler gitt deg problemer i forhold til venner eller familie?» svarer seks av ti (64 %) bekreftende. De som oppgir at rusmidler har gjort dem aggressive, er de samme som oppgir at rusmidler har ført til sosiale problemer i forhold til familie og venner.

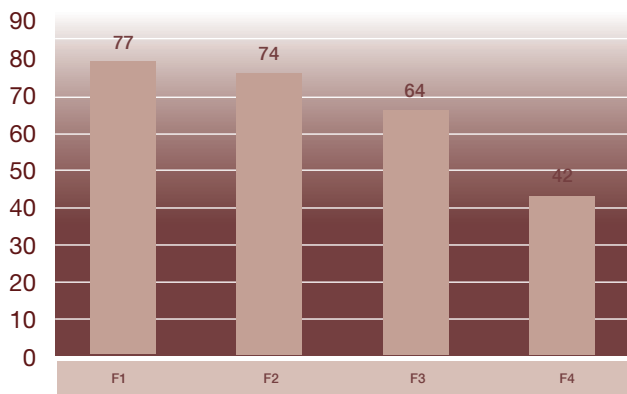
Når det gjelder spørsmål D7 «Har du opplevd helsemessige problemer grunnet rusmiddelbruk?», svarer fire av ti (44 %) bekreftende. I undersøkelsen spørres det ikke om type problemer, men det er kjent at rus kan føre til lever-skader, som leverbetennelse, skrumplever og fettlever, forskjellige krefttyper, hepatitt A og B, hjerneskade, forstyrrelser i hormonbalansen og svekket immunsystem. En konsekvens av rusmiddelbruk kan også være akutte angst-

og depresjonsreaksjoner. Kjønnssykdommer kan bli en indirekte følge grunnet ubeskyttet sex.

På spørsmål D8 «Har du opplevd økonomiske problemer grunnet rusmiddelbruk?» svarer omtrent halvparten (53 %) bekreftende. Korrelasjonsanalyse viser at dette er de samme som tidligere har oppgitt at de har brukt kokain eller heroin, noe som er kjent som relativt kostbare rusmidler.

På spørsmålet «Hvis du har rusproblemer, får du noen form for hjelp eller behandling nå?» svarer to av ti (17 %) bekreftende. På spørsmålet «Dersom du ikke får behandling nå, ville du tatt imot et behandlingstilbud i fengslet?» svarer halvparten (53 %) bekreftende. Det er verdt å merke seg at mindre enn en femtedel blir tilbudt behandlingstilbud under soningsoppholdet, til tross for at halvparten av informanter oppgir at de ville tatt imot behandling dersom de fikk tilbud om dette.

Psykisk helse før soning Psykisk helse er den faktoren som er sterkest knyttet opp mot selvmordsproblematikk. Langevold og Melhus (2004) viser til at 80 % av mennesker med behandlingstrengende psykiske lidelser har misbrukt rusmidler, mens Singer med flere (1995) fant at blant 201 kvinner i Cleveland House of Corrections i USA slet 56 % av informantene med både rusproblemer og psykiske vansker.



Figur 3: Depresjon, angst og selvmordsproblematikk før soning.

På spørsmål F1 «Har du noen gang før soning vært alvorlig deprimeret?» svarer åtte av ti informanter (77 %) bekreftende. På spørsmål (F2) «Har du før soning slitt med angst?» svarer

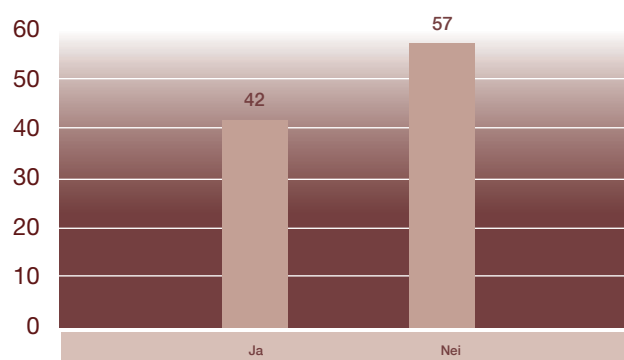
syv av ti (74 %) bekreftende. De fleste som har opplevd alvorlig depresjon før soning, oppgir at de også har slitt med angst, noe som kanskje ikke er så overraskende da depresjon og angst ofte er tett knyttet opp mot hverandre.

Når det gjelder spørsmål F3 om de har tenkt på å ta sitt eget liv før soning, svarer seks av ti (64 %) kvinner bekreftende. At så mange som seks av ti har tenkt på å ta sitt eget liv før soning, er alvorlig. Dette betyr at de fleste som har slitt med angst og alvorlig depresjon før soning også har tenkt på å ta sitt eget liv i samme periode. Dette sier noe om hvor alvorlig grad av depresjon det her er snakk om.

Fire av ti (42 %) av informantene svarer bekreftende på spørsmål om de har prøvd å ta sitt eget liv før soning (F4). Til sammenligning viser tall fra personskaderegisteret ved Statens Institutt for Folkehelse at 0,19 % av befolkningen behandles årlig for «villet egenskade».


Av de som har opplevd å være alvorlig deprimeret før soning, har tre av ti (31 %) oppsøkt hjelp for problemene. Av disse igjen oppgir mindre enn halvparten (14 %) at de fikk god nok hjelp. Dette indikerer at få oppsøker hjelp når de har behov for det, og blant de få som oppsøker hjelp, opplever mindre enn halvparten at den hjelpen de får er god nok.

Seksuelle overgrep



Figur 4:
A. Utsatt for seksuelle overgrep som barn.
B. Utsatt for seksuelle overgrep som voksen.

Som tabellen overfor viser, oppgir hele fire av ti (42 %) av informantene at de var utsatt for seksuelle overgrep som



Det er verdt å merke seg at mindre enn en femdel får behandlingstilbud under soningsoppholdet.

barn, og seks av ti (57 %) oppgir at de har vært utsatt for seksuelle overgrep som voksen.

Barn som utsettes for seksuelle overgrep er sårbare, spesielt fordi tidlige erfaringer i livet danner grunnlag for hvordan barnet senere oppfatter seg selv. Mossige og Stefansen (2007) viser til at det er en sammenheng mellom det å være utsatt for overgrep som barn, og utvikling av atferdsproblemer, stoffmisbruk og kriminalitet. Denne sammenhengen er særlig tydelig i tilfeller hvor ofrene har indiksjoner på posttraumatisk stress-syndrom. Angst, depresjon, posttraumatisk stress, negativt selvilde, mange samleiepartnere og ubeskyttet sex i tidlig alder kan også være direkte følge av seksuelle overgrep.

Reviktimiseringsforskning har konsentrert seg om hvorvidt traumatiske opplevelser som seksuelle overgrep i ung alder øker risikoen for lignende overgrep i voksen alder. Omfattende forskning støtter antagelsen om at tidlige overgrep øker risikoen for nye overgrep, og Mossige og Stefansen (2007) fant at det som særlig økte risikoen for reviktimisering i form av grove seksuelle overgrep, var at barnet hadde opplevd overgrep før 13-årsalder.

Forskningen dreier seg primært om fare for gjentatte seksuelle overgrep, og har i liten grad konsentrert seg om voldsperspektivet. Det er kjent at traumebelastningen vil variere fra barn til barn, blant annet avhengig av hvilken relasjon barnet har til overgriper. Hvordan overgrepene gjennomføres, og i hvilken grad det foreligger bakenforliggende trusler eller voldelige handlinger, kan ha mye å si for konsekvensene overgrepet får for barnet det gjelder.

Uavhengig av disse faktorene er traumebelastningen og opplevelsen av avmakt så stor at mange vil slite med alvorlige psykiske ettervirkninger som blant annet depresjoner, selvmordstanker og posttraumatisk stressyndrom langt opp i voksen alder. Søftestad (2005) fant også at de som har vært utsatt for seksuelle overgrep som barn, ofte får problemer med å etablere trygge, varige relasjoner til andre mennesker i voksen alder.

Seks av ti (57 %) av de kvinnelige innsatte har vært utsatt for seksuelle overgrep som voksne. Banyard, Arnold og Smiths (2000) viste til at barn som har vært utsatt for seksuelle overgrep, har økt risiko for å oppleve overgrep i senere parforhold. Det er i denne sammenheng verdt å merke seg at

samtligte av de som har oppgitt at de har vært utsatt for seksuelle overgrep som barn, også har vært utsatt for seksuelle overgrep som voksne.

Når barn og unge i den perioden av livet da de er på søken etter egen identitet, blir krenket på en så alvorlig måte som det her er snakk om, fører dette lett til frustrasjon, aggresjon og avmakt; noe som igjen kan bli til hinder for videre vekst og utvikling. I en slik situasjon er det lett å forstå at selvfølelsen blir så lav at mange som voksne ubevisst kan søke seg inn i nye relasjoner preget av vold og avmakt.

Studier viser en korrelasjon mellom kriminalitet og det å være utsatt for seksuelle overgrep i voksen alder (Bonta, Pang og Wallace-Carpetta 1995). Hva som er årsak til hva, er imidlertid uklart. Det er stor mulig for at noe av årsaken til dette kan være at kvinner som lever i utsatte miljøer, som for eksempel rus- og prostitusjonsmiljøer, lever under forhold med større risiko for å bli utsatt for voldtekt.

Finkelhor (1990) viser til at det er sammenheng mellom det å ha vært utsatt for seksuelle overgrep som barn og det å utsette seg selv for seksuell risikoførd, noe som viser hvor viktig det er at man så tidlig som mulig setter inn tiltak for å møte barnet på en best mulig måte.

Oppsummering av funn

Psykisk helse

- Seks av ti (57 %) har vært utsatt for seksuelle overgrep som voksen.
- Fire av ti (42 %) var utsatt for seksuelle overgrep som barn.
- Åtte av ti (77 %) har vært alvorlig deprimert før soning.
- Syv av ti (74 %) har slitt med angst før soning.
- Seks av ti (64 %) har tenkt på å ta sitt eget liv før soning.
- Fire av ti (42 %) har prøvd å ta sitt eget liv før soning.

Forhold til rusmidler

- Fire av ti (39 %) har brukt heroin.
- Syv av ti (69 %) har brukt amfetamin og/eller kokain.
- Seks av ti (64 %) oppgir at rusmidler har ført til sosiale problemer.
- Fire av ti (44 %) har fått helsemessige problemer grunnet rusmisbruk.
- Halvparten (53 %) har fått økonomiske problemer grunnet rusmisbruk.
- To av ti (17 %) får tilbud om behandling.
- Halvparten (53 %) ønsker behandlingstilbud hvis tilbud.

Få oppsøker hjelp når de har behov for det, og blant de få som oppsøker hjelp, opplever mindre enn halvparten at den hjelpen de får er god nok.

Drøfting av funn

Forhold til rusmidler Ni av ti (94 %) av informantene har brukt alkohol, noe som ikke er overraskende tatt i betraktning at Horverak og Bye (2007) fant at ni av ti (87 %) i normalbefolkningen bruker alkohol. Tre prosent av de som oppgir at de ikke bruker alkohol, oppgir at de bruker illegale rusmidler, noe som betyr at tre prosent av utvalget ikke har brukt rusmidler i det hele tatt.

Syv av ti (72 %) av kvinnene oppgir at de har brukt rusmidler over tid, og så godt som samtlige (69 %) av de som svarte bekreftende på at de hadde brukt rusmidler over lengre perioder i livet, oppgir å ha brukt illegale rusmidler.

De syv av ti (69 %) som oppgir at de har prøvd hasj eller marihuana, har alle også prøvd kokain eller amfetamin.

Fire av ti av informantene (39 %) har brukt heroin. Hvor høyt antall det er snakk om, skjønner man når man ser at 0.2 % av normalbefolkningen i 2004 oppgav at de hadde brukt heroin siste året (Nordlund 2005). Men selv om dette er et relativt høyt antall sammenlignet med normalbefolkningen, er det likevel mindre enn det som er funnet i tidligere studier. Både Skardhamar (2002) og Friestad og Skog-Hansen (2004) fant at halvparten av kvinnelige innsatte hadde brukte heroin.

I denne studien har jeg imidlertid valgt å se nærmere på hvilke følger bruk av rusmidler har ført til, fordi dette i større grad sier noe om hvilken alvorlighetsgrad det er snakk om. Det er derfor lagt vekt på hvilke helsemessige-, økonomiske- og sosiale konsekvenser misbruket har fått for den enkelte. I spørreundersøkelsen spørres det om rusmisbruk har ført til aggresjon, sosiale-, økonomiske- eller helsemessige problemer. Det er grunn til å anta at de som har problemer innen ett eller flere av disse områdene, har et mer omfattende rusproblem.

Halvparten (53 %) av kvinnene oppgir at rusmidler har ført til økonomiske problemer. Noe av årsaken kan nok forklares med at illegale rusmidler er kostbare, og spesielt gjelder dette amfetamin, kokain og heroin. Bretteville-Jensen (2005:102–103) viser til at kvinnelige misbrukere betaler mer for heroin og amfetamin enn det menn gjør. For mange blir utgiftene så høye at prostitusjon blir eneste løsning.

At så mye som fire av ti (44 %) av kvinnene oppgir at de har fått helsemessige problemer grunnet rusmisbruk er overraskende, tatt i betraktning at de fleste kvinnelige innsatte er mellom 30 og 49 år. En studie der man så på sykdomsforekomst og behandlingstilbud for fengselsinnsatte i perioden 2003–2005, viser at kvinner hadde høyere forbruk enn menn både når det gjaldt somatisk medisin og psykofarmaka, og både psykisk og somatisk lidelse er vanligere hos kvinnelige innsatte enn hos mannlige (Hartvig og Kjelsberg, 2005).

Lever sykdommer, sykdommer grunnet vitaminmangel, hepatitt B (gulstott) og blodforgiftning er vanlig. I tillegg er mange utsatt for kjønnssykdommer etter ubeskyttet sex, eller HIV-smitte også grunnet injisering med urent utstyr.

Så mye som seks av ti (64 %) har opplevd at rusmidler har ført til problemer med familie og venner. Friestad og Skog-Hansen (2004) fant likevel i sin studie at de fleste har en fortløpig å prate med, men kvaliteten på slike forhold er ikke utdypet, og jeg vil tro at mange har sine sosiale relasjoner knyttet til rusmiljø.

Funnene fra studien viser at seks av ti (64 %) har et mer omfattende rusproblem, noe som innebærer at misbruket har ført til sosiale-, økonomiske- og/eller helsemessige problemer. Dette samsvarer med det Kyvsgaard (2000) fant blant kvinnelige innsatte i danske fengsler, nemlig at 60 % har et rusproblem. I Friestad og Skog-Hansens (2004) studie ble det konkludert med at 58 % har rusproblemer, og at kvinner har en tung problemkonsentrasjon. De viste til at desto tyngre misbruket er, jo større er problemene knyttet til helse, familiesituasjon og økonomi.

De fleste studier viser imidlertid til samme problemområder, deriblant Skardhamar (2002) som fant at 76 % av de kvinnelige innsatte har et rusproblem.

Studien som refereres her i artikkelen, viser at syv av ti (68 %) av kvinnene har brukt illegale rusmidler over tid, altså noe høyere antall enn det Kyvsgaard (2000) fant, men samtidig noe lavere enn Skardhamar (2002). Det er verdt å merke seg at hele 64 % av de 68 % som oppgir at de har brukt rusmidler over lengre perioder av livet, har et mer omfattende rusproblem, noe som innebærer at rusmisbruket har ført til sosiale-, økonomiske- og/eller helsemessige problemer.

Som vi så innledningsvis, fant Morash, Bynum og Koons (1998) i en studie fra USA at kvinner i fengsel har en større

og mer omfattende bruk av illegale rusmidler enn det menn har. Birecree med flere (1994) fant at ni av ti kvinnelige innsatte (90 %) hadde brukt illegale rusmidler over tid, mens Loucks (1998) fant at 88 % av kvinnelige innsatte i et fengsel i Skottland hadde brukt illegale rusmidler. I samtlige av disse studiene har det vært fokusert på bruk av illegale rusmidler, og ikke hvilket omfang det er snakk om.

Rusreformen i 2004 førte til at de regionale helseforetakene overtok det fylkeskommunale ansvaret for spesialiserte tjenester overfor rusmisbrukere. Det ble vist til at regjeringen i regi av opptrappingsplanen for rusfeltet ville samordne og forsterke tilbudet til mennesker med rusproblemer, blant annet ved å øke tilgjengeligheten til tjenestene, og styrke samhandling og brukermedvirkning. Når mindre enn to av ti kvinner tilbys behandling under soningsoppholdet, mens mer enn halvparten av kvinnene oppgir at de ønsker behandlingstilbud, er dette en indikator på at intensjonen om tilgjengelighet og brukermedvirkning svikter.

Alvorlig depresjon, angst og selvmordsproblematikk Det er godt kjent at rusmisbruk lett fører til psykiske problemer, som depresjon og selvmordstanker. Manglende sosialt nettverk og ensomhet som ofte blir en følge av rusmisbruket, kan bidra til å forverre situasjonen for den det gjelder. Allerede i 1978 beskrev Durkheim hvordan manglende sosialt nettverk kan føre til ensomhet og depresjon med påfølgende selvmordstanker.

Funnene viser at hele seks av ti kvinnelige innsatte har tenkt på å ta sitt eget liv før soning, og fire av ti (42 %) har prøvd å ta sitt eget liv i samme periode. Loucks (2004) fant i 1998 blant 179 kvinnelige innsatte i Skottland at selvskading var utbredt, og at 38 % av kvinnene hadde prøvd å ta sitt eget liv før soning.

Retterstøl (1995) viser til at ti til femten prosent av de som har forsøkt å ta sitt eget liv senere vil dø på grunn av selvmord, men tallene er usikre, fordi mange selvmordsforsøk ikke blir registrert. Uansett er det snakk om alvorlige livskriser når mennesker forsøker å ta sitt eget liv, og de det gjelder, har som regel behov for langvarig psykiatrisk eller psykologisk oppfølging. En krise kan være forankret i en vanskelig livssituasjon, men også psykiske lidelser kombinert med opplevelse av avmakt, nederlag og skamfølelse.

Williams (2001) viser til at negative hendelser ofte ligger til grunn for utvikling av depresjon og selvmordstanker. Nederlagsopplevelser og ydmykelser kan for mange føre til en hypersensitivitet for nye nederlagsopplevelser, noe som igjen støtter opp om opplevelsen av å være mislykket.

Dersom en skal forebygge selvmord eller selvmordsforsøk, er det viktig å sette inn tiltak mot alvorlig depresjon og stoffrelaterte lidelser så tidlig som mulig. Til tross for at dette er godt kjent, har både rusomsorgen og psykiatrien i dag lange ventelister, og for mange brukere oppleves terskelen som altfor høy til at de mestrer å søke om behandling på eget initiativ.

Kommunene der fengslene ligger har en lovpålagt plikt til å yte helsetjenester til innsatte i fengslene, og denne skal være likeverdig tilbudet til den øvrige del av befolkningen. Det er dessverre mulig at situasjonen er slik at det mangelfulle tilbudet til innsatte er likeverdig med det tilbudet som tilbys i flere kommuner i dag. Reigstad med flere (2004) fant at de færreste unge mennesker som har alvorlige psykiske plager mottar hjelp, og Saunders med flere (2004) fant at dette også gjelder ungdom som er selvmordstruet.

Det er kjent at selvmordsproblematikk er vanligere blant rusmisbrukere enn hos andre. Uansett årsak vet vi i dag mye om hva som kan være til hjelp for mennesker som sliter med depresjon og selvmordstanker. Dette burde forplikte fagfolk til å ta problematikken på alvor.

Selvmordstanker, selvskading og selvmordsforsøk er også knyttet opp mot seksuelle overgrep (Polusny og Follette 1995, Brodsky, Cloitre og Dulit 1995). I psykiatrien tolkes selvskading ofte som et uttrykk for smerte eller sinne grunnet ubearbeidede følelser. Selvskading kan vise seg når barnet på grunn av overgrep opplever avmakt, og derfor retter aggresjon mot seg selv. Selvhat og skyldfølelse kan således føre til alvorlig depresjon og selvmordsproblematikk. Når Mossige og Stefansen (2007) viser til at det er en sammenheng mellom det å være utsatt for seksuelle overgrep som barn, og senere utvikling av atferdsproblemer, stoffmisbruk og kriminalitet, er dette derfor ikke vanskelig å forstå.

Seksuelle overgrep Seksuelle overgrep kan også føre til senere stressreaksjoner som alvorlig depresjon, angst og selvmordsproblematikk. Flere studier viser at en høy andel av psykia-

Funnene indikerer at kvinnelige innsatte sosialt sett utgjør en svært marginalisert gruppe.

triske pasienter har opplevd seksuelle overgrep i ung alder, og Bryer med flere (1987) fant blant kvinnelige psykiatriske pasienter innlagt i en klinikk i USA at 44 % av disse var seksuelt misbrukt.

Når det gjelder seksuelle overgrep, har så mye som fire av ti (42 %) av informantene vært utsatt for dette som barn. Som vi så innledningsvis, fant også Morash, Bynum og Koons (1998) i en omfattende studie at 43 % av kvinnelige innsatte i USA har vært utsatt for seksuelle overgrep som barn. Dette indikerer at like mange kvinnelige innsatte i Norge som i USA har vært utsatt for seksuelle overgrep som barn.

Når så mye som fire av ti kvinnelige innsatte har vært utsatt for overgrep som barn, er dette alvorlig. Til tross for at lovverket er klart i forhold til hvilket ansvar fagfolk har for å følge opp denne type saker, er det dessverre liten tvil om at altfor mange barn i dag sviktes av hjelpeapparatet. Når barn og unge i den sårbare perioden av livet da de er på søken etter egen identitet blir krenket på denne måten, kan dette få så alvorlige konsekvenser at det hindrer videre vekst og utvikling. Hvis barnet ikke får mulighet til å bearbeide det som har skjedd, får det heller ikke mulighet til å bygge opp konstruktive strategier som kan bidra til å forebygge nye overgrep i framtiden. I en slik situasjon kan barnet stå i fare for selv å påta seg ansvaret for det som er skjedd, noe som kan føre til at det knytter egen identitet opp mot skam-, avmakt- og skyldfølelse. I en slik sårbar situasjon kan vedkommende senere i livet, bevisst eller ubevisst, søke seg inn i nye relasjoner preget av overgrep og vold, fordi dette oppleves som eneste mulige løsning.

Det er godt kjent i litteraturen at seksuelle overgrep kan føre til posttraumatisk stress-syndrom. Bearbeidelsen av denne type overgrep blir derfor sammenlignet med bearbeidelse av andre traumatiske opplevelser som fører til lignende stressreaksjoner. Mossige og Stefansen (2007) viser til at den følelsesmessige bearbeidelsen av seksuelle overgrep

forutsetter at barnet blir møtt med trygghet og omsorg, samtidig som det blir viktig å speile og positivt bekrefte det vedkommende måtte ha av følelser, for på denne måten å kunne gi den det gjelder et håp om forandring.

Kommunehelsetjenesten har ansvar for å ivareta personer som har vært utsatt for overgrep, men dessverre er det ofte tilfeldig hvilket tilbud som tilbys, fordi det svikter både med hensyn til faglig kompetanse og ressurser. Altfor få får tilbud om psykososial oppfølging fra spesialisthelsetjenesten til tross for at Sosial- og helsedirektoratets veileder om overgrepsmottak anbefaler at overgrepsmottakene inngår samarbeidsavtaler med de distriktpsikiatriske sentrene.

Hva som er årsak til hva, er ikke mulig å si. Rusproblemer blir ofte knyttet opp mot depresjon, angst og selvmordstanker, noe som igjen er tett knyttet opp mot traumatiske opplevelser, som seksuelle overgrep. Opplevelse av avmakt og frustrasjon fører til at mange prøver å flykte fra problemene ved hjelp av rusmidler, samtidig som rusmiddelbruk igjen lett fører til en enda vanskelig livssituasjon for den det gjelder.

Konklusjon

Innledningsvis ble det stilt spørsmål ved hvor sosialt marginalisert kvinnelige innsatte er. Funnene indikerer at kvinnelige innsatte sosialt sett utgjør en svært marginalisert gruppe. Selv om det i dag foreligger få studier, er det verdt å merke seg at studier som foreligger både nasjonalt og internasjonalt, støtter opp om denne konklusjonen.

Avlutning

Det er alvorlig at så mange som fire av ti av informantene har vært utsatt for seksuelle overgrep som barn. Det er kjent at barn som utsettes for seksuelle overgrep, har en høyere risiko for å oppleve overgrep i voksen alder, og det er i denne sammenheng alvorlig at samtlige av de som har vært utsatt

for overgrep som barn, også har vært utsatt for nye overgrep i voksen alder.

Åtte av ti kvinner oppgir at de har vært alvorlig deprimert før soning, og seks av ti tenker på å ta sitt eget liv i samme periode. Da rus og psykiatri er nært knyttet opp mot hverandre, er det verdt å merke seg at seks av ti kvinner har et så omfattende rusproblem at dette har ført til økonomiske-, sosiale- og/eller helsemessige problemer, noe som muligens i seg selv også kan være indirekte eller direkte årsak til depresjon og selvmordstanker. I denne forbindelse er det positivt at det i Stortingsmelding nr. 37 (2007–2008) påpekes at det er nødvendig å se på rusmisbruk og psykiske lidelser i sammenheng, og at det må legges til rette for et helhetlig behandlingstilbud. Likevel er det skuffende få tiltak som foreslås, og tanken om et helhetlig tilbud gjenspeiles på ingen måte i innholdet i den samme stortingsmeldingen.

Kriminalitet kan i stor grad forklares ut fra sosial eller sosioøkonomisk segregering, fordi det er en klar sammenheng mellom sosioøkonomisk status og helsetilstand. Hovedmålsettingen for kriminalomsorgen er å bedre rehabiliteringen, for på denne måten å oppnå intensjonen om en «straff som virker». Problemområdene kvinnelige innsatte sliter med, er imidlertid så omfattende og sammensatte at det ikke vil være godt nok bare å legge til rette for individuell oppfølging under soningsoppholdet.

At mindre enn to av ti kvinner tilbys behandling under soningsoppholdet, mens mer enn halvparten av kvinnene oppgir at de ønsker behandlingstilbud, er en indikator på at hjelpeapparatet svikter. Dersom kriminalomsorgen ved hjelp av «empowerment» (å gi makten tilbake til bruker), skal kunne oppnå målet om å styrke kvinnenes tro på at de kan påvirke egen livssituasjon, er det behov for større fokus på tilbud om et helhetlig opplegg med tett oppfølging både under og etter soning.

Oppfølging også etter soning er ekstra viktig, fordi vi vet at soningsoppholdet for kvinner gjennomsnittlig er av så kort varighet at et meningsfullt behandlingsopplegg for majoriteten av kvinnene ikke vil kunne la seg gjennomføre i løpet av den korte perioden soningsoppholdet varer.

Bonta, Pang og Wallace-Carpetta (1995) fant at det er korrelasjon mellom kriminalitet og det å være utsatt for seksuelle overgrep i voksen alder. Når vi ser at så mye som

seks av ti kvinnelige innsatte har vært utsatt for seksuelle overgrep, sier dette noe om hvor stort behovet er for at man nå i større grad tar denne type problematikk på alvor. Alle som har vært utsatt for seksuelle overgrep, må få tilbud om psykologisk oppfølging. På denne måten får de mulighet til å bearbeide opplevelsene, samtidig som de kan lære mest- ringsstrategier for å unngå lignende overgrep i framtiden.

Det er grunn til å anta at det å styrke behandlingstilbud og oppfølging i forhold til overgrepssproblematikk, ikke bare på kort sikt vil kunne gi stor menneskelig gevinst, men på lengre sikt også vil kunne vise seg å være et godt kriminalpolitisk forebyggende tiltak.



LITTERATUR

- BANYARD, V. L., S. ARNOLD OG J. SMITH** (2000). Childhood sexual abuse and dating experiences of undergraduate women, *Child Maltreatment*, 5(1): 39–48.
- BIRECREE, E., A. W. WEISSMAN, D. LESTER OG L. TREXLER** (1994). The assessment of pessimism: The Hopelessness Scale; *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 42:86–865.
- BLAKE-WHITE, J., OG C. M. KLINE** (1985). Treating the dissociative process in adult victims of childhood incest, *The Journal of Contemporary Social Work*, 66: 394–402.
- BONTA, J., B. PANG OG S. WALLACE-CAPRETTA** (1995). Predictors of recidivism among incarcerated female offenders, *The Prison Journal*, 75:277–294.
- BRETTEVILLE-JENSEN, A. L.** (2005). *Økonomiske aspekter ved sprøytemisbrukeres forbruk av rusmidler, En analyse av intervjuer foretatt 1993–2004*, SIRUS-rapport, nr.4, 2005.
- BRODSKY, B. S., M. CLOITRE OG R. A. DULIT** (1995). Relationship of dissociation to self-mutilation and childhood abuse in borderline personality disorder. *American journal of psychiatry*, 152 (12): 1788–1792.
- CAVANAGH, J. T. O., A. CARSON, M. SHARPE OG S. LAWRIE** (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 33: 395–405.
- DURKHEIM, E.** (1978): *Selvmordet*, Aschehoug, Oslo.
- FINKELHOR, D.** (1990). Early and long term effects of child sexual abuse; An update *Professional Psychology, Research and Practice*, 21: 325–330.
- FRIESTAD, C. OG I. L. SKOG-HANSEN** (2004). *Levekår blant innsatte*, Fafo-rapport 429.
- HARTVIG, P. OG KJELDSBERG, E.** (2005). *Sykdomsforekomst og behandlingstilbud for fengselsinnsatte, undersøkelser gjennomført i norske fengsler 2003–2005*, Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels-, og rettspsykiatri, Region Øst og -Sør, Prosjektrapport 2005, nr. 3.
- HELLEVIK, O.** (2005). *Sosiologisk metode*, Universitetsforlaget, Oslo.

- HORVERAK, Ø. OG E. K. BYE** (2007). *Det norske drikkemønsteret- En studie basert på intervjudata fra 1973–2004*, SIRUS-rapport nr. 2–2007.
- KYVSGAARD, B.** (2000). *Klientundersøgelsen. Bilag til Den institutionsmæssige placering af indsatte*, Nordskov-utvalget, Direktoratet for Kriminalforsorgen, København.
- LANGEVOLD, H. OG H. MELHUS** (2004). Blir psykiske lidelser i fengsel fanget opp av helsetjenesten? *Tidsskrift Norsk Lægeförening, nr. 16*: 2094–2097.
- LEMGRUBER, J.** (2001). Women in the criminal justice system. I: Ollus, N. and Nevala, S. (red.). *Women in the Criminal Justice System, International examples and national responses*. Helsinki: Heuni.
- LINDBERG, O.** (2005). *Kvinnorna på Hinseberg; En studie av kvinnors vilkår i fångelse*, Norrköping.
- LOUCKS, N.** (1998): *HMPI Cornton Vale: Research into Drugs and Alcohol Violence and Bullying, Suicides and Self-Injury, and Backgrounds of abuse*, Scottish Prison Service Occasional Papers, Report nu. 1/98, Edinburgh: Scottish Prison Service.
- LOUCKS, N.** (2004). *Women in prison*. I: Mc. Ivor Gill (red.), *Women Who Offend*, 2004:142–159.
- MORASH, M., T. BYNUM OG B. KOONS** (1998). *Women Offenders: Programming Needs and Promising Approaches*, Washington, DC; National Institute og Justice.
- MOSSIGE, S. OG K. STEFANSEN** (2007). *Vold og overgrep mot barn og unge*, NOVA, Rapport 20:2007.
- NORDLUND, S.** (2005). Utviklingen av narkotikabruk i Norge- tilgjengelighet, holdninger og bruk av surveydata, *Nordisk Alkohol & Narkotikatidsskrift, Vol. 22(3/4)*: 197–208.
- PETERSILIA, J.** (2003). *When Prisoners Come Home*, Oxford.
- PLUGGE, E., N. DOUGLAS OG R. FITZPATRICK** (2006). *The Health of Women in Prison Study Findings*, Department of Public Health, University of Oxford, England.
- POLUNSNY, M. A. OG V. M. FOLLETTE** (1995). Long-term correlates of child abuse: Theory and review of empirical literature. *Applied & Preventive Psychology, 4*:143–166.
- REIGSTAD, B., K. JØRGENSEN OG L. WICHSTRØM** (2004). Changes in referrals to child and adolescent psychiatric services in Norway 1992– 2001, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 39* (10): 818–827.
- SAUNDERS, S. M., M. D. RESNICK, H. M. HOBERMAN OG R. W. BLUM** (2004). Formal help-seeking behavior of adolescents identifying themselves as having mental health problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33*(5): 718–728.
- SINGER, M., J. BUSSEY, L. Y. SONG OG L. LUNGHOFER** (1995). The Psychosocial Issues of Women Serving Time in Jail, *Social Work, Vol.40, nr.1*: 103–112.
- ST. MELD. NR. 37** (2007–2008). *Straff som virker – mindre kriminalitet – tryggere samfunn*, Det kongelige Justis- og Politidepartement, Oslo.
- SØFTESTAD, S.** (2005). *Seksuelle overgrep, Fra privat avmakt til tverretattlig handlekraft*, Universitetsforlaget A/S, Oslo.
- TEIGE, B.** (1998). Narkotikadødsfall-epidemiologi, *Nordisk Rettsmedisin, 4*:6–84.
- ØDEGÅRD, E.** (2008). Narkotika- og alkoholproblemer blant innsatte i norske fengsler, *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidsskrift, Vol. 25* (3): 169–185.
- WILLIAMS, J. M. G.** (2001). *Suicide and attempted suicide: Understanding the cry of pain*, London.