

Kjønnsforskjeller i psykisk helse i norske fengsler.

Marie-Lisbet Amundsen

Marie-Lisbet Amundsen, førsteamanuensis, Høgskolen i Vestfold, Institutt for humaniora og utdanningsvitenskap

Sammendrag

Artikkelen er basert på to studier blant 316 innsatte i syv norske fengsler. Hensikten er å se om det er mulig å finne kjønnsforskjeller når det gjelder spørsmål om opplevelse av egen psykisk helse. Funnene indikerer at det ikke er kjønnsforskjeller når det gjelder spørsmål om temperament, og økonomiske, sosiale, og helsemessige problemer knyttet opp mot bruk av rusmidler.

Når det gjelder spørsmål om angst, alvorlig depresjon og selvmordstanker, er det imidlertid store, signifikante kjønnsforskjeller. Kvinner sliter i større grad med angst, alvorlig depresjon og selvmordstanker før soning, og dobbelt så høy andel kvinner som menn har forsøkt å ta sitt eget liv i denne perioden. Under soningsoppholdet sliter imidlertid dobbelt så høy andel menn som kvinner med selvmordstanker.

Referee*

Nøkkelord

Innsatte, kjønnsforskjeller, temperament, omfang av rusproblemer, depresjon, angst og selvmordsproblematikk.

Innledning

I følge St. melding 37 (2007-2008) er en av kriminalomsorgens hovedmålsetninger å finne fram til rehabiliteringstiltak som bidrar til å redusere kriminaliteten i samfunnet. Dersom man skal ha håp om å kunne finne fram til konstruktive tiltak, er det en forutsetning at man har best mulig kunnskap om målgruppen. I samme stortingsmelding omtales kvinner som en minoritet i kriminalomsorgen, samtidig som det påpekes at det er et spesielt behov for mer kunnskap om hva som kjennetegner kvinnelige innsatte i norske fengsler.

Fordi kriminologisk forskning i stor grad har vært konsentrert om menn, er det av interesse å få innsikt i hvorvidt studier som omfatter mannlige innsatte også gjelder for den kvinnelige del av innsattbefolkningen. Med tanke på dette spørsmålet har jeg her i artikkelen tatt utgangspunkt i to kvantitative studier blant mannlige og kvinnelige innsatte i sju norske fengsler, og målsettingen har vært å få større innsikt i hvordan disse opplever egen psykisk helse. Psykisk helse er i studien begrenset til å omfatte rusproblematikk, temperament, depresjon, angst og selvmordsproblematikk. I artikkelen har jeg valgt å ta utgangspunkt i følgende problemstilling; Er det mulig å finne signifikante kjønnsforskjeller når det gjelder spørsmål om hvordan innsatte vurderer egen psykisk helse?

Tidligere forskning

I en survey fra USA som omfattet 13 986 innsatte, fant Morash, Bynum og Koons (1998) at kvinnelige innsatte har et mer omfattende bruk av illegale rusmidler enn mannlige.

Etter en gjennomgang av 62 studier, konkluderer Fazel og Danesh (2002) med at man kan regne med en prevalens av psykotiske lidelser på rundt fire prosent, og at uttalt depresjon er beregnet til ti prosent hos mannlige og tolv prosent hos kvinnelige innsatte. De fant at 65 prosent av de mannlige innsatte sliter med personlighetsforstyrrelse, mens dette gjelder for 42 prosent av de kvinnelige.

Plugge, Douglas og Fitzpatrick (2006) fant i en studie av 505 kvinnelige innsatte i England og Wales at 58 prosent hadde brukt illegale rusmidler daglig de siste månedene før soningsoppholdet, og 48 prosent sliter med depresjoner under soning.

Uavhengig av kjønn fant Loucks (2004) at 95 prosent av innsatte i et fengsel i Scotland hadde brukt illegale rusmidler de siste seks månedene, og at 38 prosent av kvinnene hadde prøvd å ta sitt eget liv før soning.

Birecree med flere (2000) konkluderer med at 90 prosent av kvinnelige innsatte i et fengsel i USA har brukt illegale rusmidler over tid. I en studie som omfattet 1090 innsatte, herav 76 kvinner, viser Ødegård (2008) til at 69 prosent av de innsatte bruker illegale rusmidler.

Kyvsgaard (2000) fant i en studie i Danmark at flere kvinner enn menn har vært innlagt på psykiatrisk sykehus, høyere andel kvinner enn menn har mottatt psykiatrisk behandling eller konsultasjon under soningsoppholdet. Videre fant hun at en tredjedel av kvinnene og en fjerdedel av mennene sliter med psykiske problemer. Hun konkluderer med at halvparten av de mannlige og seks av ti av de kvinnelige innsatte i danske fengsler misbruker rusmidler.

Friestad og Skog-Hansens (2004) fant i en studie i norske fengsler at innsatte har større grad av psykiske problemer enn befolkningen ellers, en høy andel sliter med dårlig helse, og halvparten har en eller flere kroniske sykdommer. De konkluderer med at seks av ti mannlige og sju av ti kvinnelige innsatte er rusmisbrukere.

Skardhamar (2002) konkluderer med at mens åtte av ti (76 prosent) innsatte har rusproblemer, er flere kvinner (47 prosent) enn menn (27 prosent) det han omtaler som "storforbrukere." Også i Sverige konkluderer Lindberg (2005) med at kvinnelige innsatte er vanskeligere stilt enn mannlige, både sosialt, økonomisk og helsemessig.

Selv om forskningen når det gjelder kjønnsforskjeller ikke er omfattende, er det således verdt å merke seg at de studiene som foreligger indikerer at kvinnelige innsatte er svakere stilt enn mannlige. Likevel er det et faktum at metode, omfang og begrepsforståelse varierer i så stor grad at det er vanskelig å trekke for bastante konklusjoner.

Metode og metodekritikk

En forespørsel om tillatelse til å gjennomføre studien ble sendt kriminalomsorgens seks regionskontorer våren 2005. I et følgebrev ble det orientert om at de to regionene som svarte først, ville få tilbud om å delta. Dette viste seg å bli Kriminalomsorgen Region Nord og - Sør, og 216 av 261 mannlige innsatte fra Sem, Berg, Skien, og Trondheim fengsel deltok (svarprosent 83). For de mannlige informantene utgjør utvalget i underkant av ti prosent (menn i norske fengsler på daværende tidspunkt).

I løpet av tre uker fra desember 2008 til januar 2009 ble samme spørreundersøkelse gjennomført i de tre kvinnefengslene vi har i Norge, som alle ligger under Kriminalomsorgen Region Sør og - Øst. Blant kvinner i Ravneberget, Sandefjord og Bredtveit fengsel deltok 100 av 112 kvinner (svarprosent 89). Studien strakk seg over en periode på tre uker, og ble avsluttet i januar 2009. De kvinnelige informantene omfatter rundt to tredjedeler av den totale populasjonen innsatte kvinner på daværende tidspunkt, noe som bidrar til å redusere faren for seleksjonsbias (Hellevik 2005).

Det ble brukt kvantitativ metode i form av spørreskjema. Spørreskjemaet består av spørsmål der informantene krysser av for det svaralternativ som passer; ”ja”, ”nei” eller ”usikker.” Da ingen av informantene utnyttet muligheten til å bruke svaralternativet ”usikker,” betyr dette at samtlige valgte å forholde seg til svaralternativene ”ja” eller ”nei”.

Informert samtykke ble sikret ved at jeg fikk mulighet til å orientere de innsatte om studien, og hva funnene skulle brukes til. Studien var basert på frivillighet. Dette ble sikret ved at de som ikke ønsket å delta, kunne legge det ubesvarte spørreskjemaet i den anonyme konvolutten alle fikk utdelt. Således var det ikke mulig i ettertid å koble svarene tilbake til enkeltpersoner. Det var heller ikke mulig i ettertid å vite hvem som hadde deltatt, og hvem som hadde valgt ikke å delta.

Materialet ble lagt inn i Microsoft Excel 2003, og deretter konvertert til SPSS (The Statical Package for the Social Sciences) versjon 15. Tallmaterialet ble bearbeidet ved hjelp av SPSS, og deretter ble tabellene lagt inn i Microsoft Word 2007. Høy reliabilitet er avhengig av at målingene skal kunne gi tilnærmet identisk resultat (små målefeil). For å oppnå dette må de ulike leddene i måleprosessen være fri for unøyaktigheter, og data må ikke være registrert feil (Hellevik 2005). Med tanke på å sikre dette er materialet gjennomgått to ganger.

Spørreskjemaet er ikke oversatt til andre språk, noe som hindrer innsatte fra språklige minoriteter fra å delta. Dette er uheldig, fordi det også er stort behov for kunnskap om hvordan denne gruppen opplever egen psykisk helse.

Studien er basert på selvrapporing, noe som betyr at funnene gjenspeiler informantenes subjektive opplevelse av egen psykisk helse, og ikke nødvendigvis objektive fakta.

Det er en svakhet ved studien at det er omtrent tre års mellomrom mellom de to studiene som presenteres. Det er også en svakhet at det ikke foreligger informasjon om hvor mange av informantene som eventuelt fra tidligere har en diagnose knyttet opp mot psykisk helse. På tross av disse svakhetene, oppfattes de to utvalgene som to delutvalg i samme studie, og det benyttes kji kvadratstatistikk for å teste om kjønnsforskjellene som presenteres er statistisk signifikante eller ikke.

Presentasjon av funn

Temperament

Tabell 1. Forskjeller mellom menn og kvinner i forhold til kontroll av sinne.
Signifikansnivå: $p=0.05$

	Menn (N=216)	Kvinner (N=100)	χ^2	df
	N (%)	N (%)	p	
1) Hender det at du mister kontrollen når du blir sint? Ja	108 (50)	55 (55)	$\chi^2=0.69$ 0.41	1
2) Hender det at du slår eller sparker i møbler eller lignende når du blir sint? Ja	95 (44)	51 (51)	$\chi^2=1.36$ 0.24	1
3) Hender det du blir voldelig når du blir sint? Ja	99 (46)	44 (44)	$\chi^2=0.10$ 0.76	1
4) Ville du tatt imot program for sinnemestring hvis du fikk tilbud? Ja	99 (46)	49 (49)	$\chi^2=0.28$ 0.56	1

På spørsmål om det hender de mister kontrollen når de blir sinte, svarer rundt halvparten av informantene positivt, henholdsvis 55 prosent kvinner og 50 prosent menn. Når det gjelder spørsmålet; "Hender det at du slår eller sparker i møbler når du blir sint?" svarer halvparten av kvinnene (51 prosent) og fire av ti (44 prosent) av mennene bekreftende.

Program for sinnemestring har som mål å bevisstgjøre på sammenheng mellom tanker, følelser og handlinger. Hensikten er at den det gjelder skal få større innsikt i forhold til hva som skjer når vedkommende blir sint, og samtidig lære gode strategier for sinnekontroll.

Samtalegrupper etter alternativ til vold (ATV- modellen) viser positive resultater (Friestad 2005).

Når det gjelder spørsmål om motivasjon for å ta imot program for sinnemestring, er det ingen kjønnsforskjeller. Rundt halvparten av informantene svarer at de ønsker dette. Uavhengig av kjønn ønsker er det slik at alle informantene som oppgir at de kan bli voldelige når de blir sinte, ønsker program for sinnemestring. Dette må anses som positivt.

Før soning - depresjon, angst og selvmordsproblematikk

Tabell 2: Forskjeller mellom menn og kvinner i forhold til depresjon, angst og selvmordsproblematikk før soning.

Variables	Menn (N=216)	Kvinner (N=100)	χ^2	df	p
	N (%)	N (%)			
5) Har du vært alvorlig deprimert før soning? Ja	140 (65)	77 (77)	$\chi^2=4.72$	1	0.03
6) Har du slitt med angst før soning? Ja	117 (54)	74 (74)	$\chi^2=11.26$	1	0.00
7) Har du noen gang før soning tenkt på å ta ditt eget liv? Ja	106 (49)	64 (64)	$\chi^2=6.12$	1	0.01
8) Har du noen gang før soning forsøkt å ta ditt eget liv? Ja	45 (21)	42 (42)	$\chi^2=16.22$	1	0.00

Signifikansnivå: $p < 0.05$

Funnene indikerer at kvinner i større grad enn menn sliter med angst og alvorlig depresjon før soning. Mens syv av ti (65 prosent) menn oppgir at de har vært alvorlig deprimert før soning, gjelder dette åtte av ti (77 prosent) kvinner. På spørsmål om informantene har slitt med angst før soning, svarer halvparten (54 prosent) av mennene og syv av ti (74 prosent) av kvinnene bekræftende. Dette betyr at kvinner i langt større grad enn menn sliter med angst og alvorlig depresjon før soning.

Denne kjønnsforskjellen gjenspeiles også i forhold til selvmordsproblematikk. Selv om situasjonen er alvorlig for begge kjønn, sliter kvinner i langt større grad enn menn med selvmordstanker og selvmordsforsøk i perioden før soning. Halvparten av de mannlige (49 prosent) og seks av ti (64 prosent) av de kvinnelige innsatte oppgir at de har tenkt på å ta sitt eget liv før soning. Mens en femtedel av mennene (21 prosent) oppgir at de før soning har forsøkt å ta sitt eget liv, gjelder dette dobbelt så høy andel av kvinnene (42 prosent).

Under soning - depresjon, angst og selvmordsproblematikk

På spørsmål om informantene under soning har opplevd alvorlig depresjon, svarer 47 prosent menn og 44 prosent kvinner bekreftende. Dette betyr at det i forhold til depresjon under soningsoppholdet, er det ikke signifikante kjønnsforskjeller. Uavhengig av kjønn oppgir mellom fire og fem av ti informanter at de sliter med alvorlig depresjon.

På spørsmål om informantene under soningsoppholdet har slitt med angst, svarer 44 prosent menn og 58 prosent kvinner bekreftende. Dette betyr at når det gjelder spørsmål om angst, er det store, signifikante kjønnsforskjeller. Mens fire av ti mannlige innsatte oppgir at de sliter med angst under soningsoppholdet, gjelder dette hele seks av ti kvinnelige.

På spørsmålet "Har du etter at du ble satt inn noen gang tenkt på å ta ditt eget liv?" svarer fire av ti (36 prosent) menn og en femtedel (22 prosent) av kvinnene bekreftende. Dette betyr at til tross for at like høy andel av informantene sliter med alvorlig depresjon under soning, er det langt høyere andel menn som tenker på å begå selvmord under soningsoppholdet.

På spørsmål om de har forsøkt å ta sitt eget liv under soning, svarer ni prosent av mennene og sju prosent av kvinnene bekreftende. Når det gjelder spørsmål om selvmordsforsøk under soning, er det således ikke signifikante kjønnsforskjeller.

Tabell 3: Forskjeller mellom menn og kvinner i forhold til depresjon, angst og selvmordsproblematikk under soning.

Variables	Menn (N=216)	Kvinner (N=100)	χ^2	df	p
	N (%)	N (%)			
9) Har du under soning vært alvorlig deprimert? Ja	102 (47)	44 (44)	$\chi^2= 0.29$	1	0.59
10) Har du under soning slitt med angst? Ja	95 (44)	58 (58)	$\chi^2= 5.36$	1	0.02
11) Har du under soning tenkt på å ta ditt eget liv? Ja	78 (36)	22 (22)	$\chi^2= 6.28$ 0.01	1	
12) Har du under soning forsøkt å ta ditt eget liv? Ja	19 (9)	7 (7)	$\chi^2= 0.30$ 0.59	1	

Signifikansnivå: $p < 0.05$

Rusmidler

Da det er mulig å ha brukt rusmidler over tid uten at dette nødvendigvis betyr at man har et rusproblem, har jeg i studien valgt å se nærmere på hvilke følger bruk av rusmidler har fått for den enkelte. Det stilles derfor spørsmål ved om informantene opplever at bruk av rusmidler har ført til aggresjon, økonomiske, sosiale, eller helsemessige problemer.

På spørsmål ”Har du opplevd at rusmidler har gjort deg aggressiv?” svarer 49 prosent av kvinnene og 55 prosent av mennene bekreftende. Denne kjønnsforskjellen er ikke signifikant, noe som indikerer at problemet er like omfattende for begge kjønn. Uavhengig av kjønn har mellom fem og seks av ti innsatte opplevd at rusmidler har ført til aggresjon.

Heller ikke i forhold til spørsmål om sosiale, økonomiske eller helsemessige problemer knyttet til bruk av rusmidler, er det mulig å finne signifikante kjønnsforskjeller. 60 prosent av mennene og 64 prosent av kvinnene oppgir at rusmidler har ført til sosiale problemer i forhold til familie eller venner, og 51 prosent av mennene og 53 prosent av kvinnene oppgir at bruk av rusmidler har ført til økonomiske problemer.

På spørsmål om informantene har opplevd helsemessige problemer grunnet rusmiddelbruk, svarer fire av ti informanter bekreftende, henholdsvis 36 prosent av mennene og 44 prosent av kvinnene. Heller ikke i forhold til helsemessige problemer er det således mulig å påvise signifikante kjønnsforskjeller.

Tabell 4: Forskjeller mellom menn og kvinner vedrørende problemområder knyttet til bruk av rusmidler.

Variables	Menn (N=216)	Kvinner (N=100)	χ^2	df	p
	N (%)	N (%)			
13) Har du opplevd at rusmidler har gjort deg aggressiv? Ja	119 (55)	49 (49)	$\chi^2=1.02$	1	0.31
14) Har bruk av rusmidler ført til problemer med familie eller venner? Ja	130 (60)	64 (64)	$\chi^2=0.42$	1	0.52
15) Har bruk av rusmidler ført til helsemessige problemer? Ja	78 (36)	44 (44)	$\chi^2=1.80$	1	0.18
16) Har bruk av rusmidler ført til økonomiske problemer? Ja	110 (51)	53 (53)	$\chi^2=0.12$	1	0.73

Signifikansnivå: $p < 0.05$

Oppsummering av funn

Det er ikke mulig å påvise signifikante kjønnsforskjeller når det gjelder spørsmål om temperament. Det er heller ikke mulig å finne kjønnsforskjeller når det gjelder spørsmål om omfang av økonomiske, sosiale, eller helsemessige problemer knyttet til bruk av rusmidler.

Når det gjelder spørsmål om angst, depresjon og selvmordsproblematikk er det imidlertid store, signifikante kjønnsforskjeller. Før soning sliter kvinner i langt større grad enn menn med angst, alvorlig depresjon og selvmordstanker, og dobbelt så høy andel kvinner som menn har forsøkt å ta sitt eget liv.

Under soningsoppholdet derimot sliter dobbelt så høy andel menn med selvmordstanker. Til tross for dette er det ingen kjønnsforskjell når det gjelder spørsmål om selvmordsforsøk.

Drøfting av funn

Temperament

Når det gjelder spørsmål om temperament, er det ikke mulig å finne signifikante kjønnsforskjeller. Mellom fem og seks av ti informanter oppgir at det hender de mister kontrollen når de blir sinte. På spørsmål om det hender de slår eller sparker i møbler eller andre ting når de blir sinte, svarer mellom fire og fem av ti informanter bekreftende, og omtrent like høy andel oppgir at de kan bli voldelige når de blir sinte.

Isdal og Råkil (2001) viser til at bruk av vold kan få utøveren til å føle seg sterk og mestrende, og således bli et middel til å snu opplevelse av avmakt til opplevelse av makt, styrke eller kontroll. Avmakt defineres her som en tilstand knyttet til faktiske, biologiske, opplevelsesmessige, eller følelsesmessige forhold som karakteriseres ved at behov, målsettinger eller forventninger ikke oppfylles, fordi man hindres i å gjøre det man vil, eller opplever egen integritet som truet eller angrepet (Isdal 2000:114).

Med tanke på hvor høy andel av de innsatte som sliter med angst, depresjon og selvmordsproblematikk, er det sannsynlig at mange kan oppleve frustrasjon og avmakt i forhold til egen livssituasjon. Av denne grunn er det kanskje ikke så overraskende at så høy andel av informantene oppgir at det hender de kan miste kontrollen, eller at de kan slå eller sparke i møbler eller lignende når de blir sinte. For mange vil nok dette være en naturlig reaksjon på frustrasjon eller opplevelse av avmakt.

Mer overraskende er det kanskje at det heller ikke er kjønnsforskjeller når det gjelder spørsmål om bruk av vold. 44 prosent kvinner og 46 prosent menn svarer bekreftende på at de kan bli voldelige når de blir sinte.

James (1996) fant i en studie av parforhold at kvinners bruk av vold oftere er en direkte respons på frustrasjon eller angst, mens menn i større grad bruker vold for å dominere eller kontrollere. Isdal og Råkil (2001) viser også til at bruk av vold for de fleste menn er en styrt handling med retning og intensjon. De forklarer dette med at vold vanligvis oppstår hverken i

en tilfeldig situasjon eller at den rammer tilfeldig. De viser til at det oftest er opplevelsen av å miste kontrollen når man blir sint som oppgis som årsak når menn oppsøker hjelp for sinnemestring.

Kuosmanen (2001) viser til at det er en sammenheng mellom menns vold, menns taushet, og menns manglende kunnskap om egne følelser, og han mener avmakt ofte kan knyttes opp mot "umandige følelser" som å føle seg liten, utilstrekkelig, skamfull, krenket eller ydmyket.

Uavhengig av kjønn er samtlige av informantene som kan bli voldelige når de blir sinte, motivert for å ta i mot program for sinnemestring. Dette må anses for å være positivt da det indikerer at de tar problemet på alvor. Når de ønsker tilbud om program for sinnemestring, er dette sannsynligvis et tegn på at de er motivert for å endre egen atferd.

Når vi ser hvor høy andel av informantene som kan bli voldelige når de blir sinte, er det grunn til å tro at tilbud om sinnemestringsprogram til alle som ønsker det, vil kunne vise seg å være et godt kriminalpolitisk forebyggende tiltak. Slike program bør tilbys begge kjønn uavhengig av soningsoppholdets varighet. Det må sikres at innsatte som soner kortere dommer, og derfor ikke rekker å fullføre programmet under soningsoppholdet, får tilbud om å fullføre programmet i kommunal regi etter soning.

Rusmidler

I studien har jeg valgt ikke å ha fokus på bruk av illegale rusmidler, men på hvilke konsekvenser bruk av rusmidler har fått for den enkelte. Når det gjelder spørsmål om sosiale, økonomiske, og helsemessige konsekvenser av bruk av rusmidler, er det ikke mulig å finne signifikante kjønnsforskjeller. Dette betyr at selv om en høyere andel av kvinnene oppgir å ha brukt illegale rusmidler over tid, er det ikke mulig å finne signifikante kjønnsforskjeller når det gjelder spørsmål om omfang.

Uavhengig av kjønn opplever hele seks av ti informanter at rusmidler har ført til sosiale problemer, mens halvparten opplever at bruk av rusmidler har ført til økonomiske problemer.

Det er til ettertanke at hele fire av ti informanter også opplever at bruk av rusmidler har ført til helsemessige problemer. Hvilke type helseproblemer det er snakk om framgår ikke av studien, men det er kjent at kvinnelige misbrukere får leverskader, hjernesker, og noen former for kreft tidligere i rusforløpet, mens menn har større risiko for overdosedødsfall og hepatitt A og B smitte (Bretteville-Jensen 2000).

Rusmidler virker inn på menneskets psyke når det brukes over tid, og faren for depresjon og selvmordstanker øker når livssituasjonen preges av økonomiske, helsemessige og sosiale problemer. Nettopp fordi rus og psykiatri er tett knyttet opp mot hverandre, må behandlingstilbudet være helhetlig. Dette betyr at innsatte må tilbys hjelp til å holde seg rusfri, samtidig som det må sikres tett og helhetlig oppfølging for de som ønsker det, også over lengre tid etter at soningsoppholdet er tilbakelagt.

Depresjon, angst og selvmordsproblematikk før soning

Når det gjelder spørsmål om psykisk helse før soning, er det store, signifikante kjønnsforskjeller. Mens halvparten av mennene og syv av ti av kvinnene oppgir at de før

soning har slitt med angst, har syv av ti menn og åtte av ti kvinner slitt med alvorlig depresjon.

Nasjonalt Folkehelseinstitutt (2009) fant at angstlidelser kombinert med affektive lidelser er de vanligste psykiske lidelsene vi har i Norge, og det vises til at en fjerdedel av befolkningen i løpet av livet vil bli rammet av en eller annen form for angst. Dette betyr at sammenlignet med normalbefolkningen sliter dobbelt så høy andel mannlige og nesten fire ganger så høy andel kvinnelige innsatte med angst i perioden før soning.

Mens halvparten av mennene sliter med selvmordstanker før soning, gjelder dette seks av ti kvinner. Fire av ti kvinner og to av ti menn har prøvd å ta sitt eget liv før soning, noe som betyr at dobbelt så høy andel kvinner som menn har prøvd å begå selvmord før soning. At så mye som fire av ti kvinnelige innsatte har prøvd å ta sitt eget liv før soning, støttes av Loucks (2004) som i en studie i Scotland også fant at fire av ti kvinner hadde prøvd å ta sitt eget liv i perioden før soning.

Når det gjelder psykisk helse er det således store, signifikante kjønnsforskjeller. Funnene støtter således tidligere studier som konkluderer med at kvinnelige innsatte er vanskeligere stilt enn mannlige.

Depresjon, angst og selvmordsproblematikk under soning

En av fem kvinner og to av fem menn sliter med selvmordstanker under soningsoppholdet. Rundt halvparten av informantene sliter med alvorlig depresjon, og tre av fem kvinner, og to av fem menn sliter med angst. Dette betyr at mens kvinner i større grad enn menn sliter med angst under soning, sliter dobbelt så høy andel menn med selvmordstanker.

At en relativt høy andel av de innsatte sliter med alvorlig depresjon og angst under soning, er kanskje ikke overraskende. Hartvig og Kjelsberg (2005) fant nemlig at sammenlignet med normalbefolkningen er forekomst av psykoser tre ganger så høy hos innsattbefolkningen, og forekomst av depresjon 60 prosent høyere. Hammerlin og Kristoffersen (1998) konkluderer også med at angstproblematikk er utbredt blant innsatte, mens Gamman og Linaker (2000) viser til at alvorlig depresjon er utbredt.

Som tidligere vist fant også Plugge, Douglas og Fitzpatrick (2006) at halvparten av de kvinnelige innsatte sliter med depresjon, mens 35 prosent sliter med angst. Det er således en høyere andel kvinner her i studien som oppgir at de sliter med angst, men når det gjelder spørsmål om depresjon, er deres funn sammenfallende med funnene som framkommer her.

Når hele syv av ti menn og åtte av ti kvinner oppgir at de har vært alvorlig deprimert før soning, betyr dette at for begge kjønn er situasjonen slik at informantene opplever situasjonen bedre under soningsoppholdet enn før. Dette kan selvsagt forklares med at perioden før soning strekker seg over en lengre periode, men det er også mulig at livssituasjonen for mange før soning er så vanskelig at hverdagen i fengsel med fast struktur, trygge rammer og stor grad av forutsigbarhet, faktisk oppleves bedre.

Alvorlig depresjon og selvmordsproblematikk er ofte tett knyttet opp mot hverandre. Grøholt med flere (2008) fant at halvparten av de som dør i selvmord sliter med depresjon, mens en femtedel har atferdsforstyrrelser der man ser en kombinasjon av impulsivitet, ensomhet og aggressiv atferd.

På spørsmål om de har forsøkt å ta sitt eget liv under soning, svarer ni prosent av mennene og sju prosent av kvinnene bekreftende, noe som betyr at det ikke er signifikante kjønnsforskjeller når det gjelder spørsmål om selvmordsforsøk under soningsoppholdet. Dette er kanskje noe overraskende tatt i betraktning at dobbelt så høy andel menn sliter med selvmordstanker under soningsoppholdet.

Vi vet at siden 1990 har 59 innsatte, herav 56 menn og tre kvinner i norske fengsler begått selvmord under soning (Hammerlin 2009). Når vi ser hvor høy andel av innsattgruppen som sliter med selvmordstanker, er det fare for at andelen som lykkes med å ta sitt eget liv etter soning kan være høyere enn vi tror.

Konklusjon

Det er positivt at det i St. melding 37 (2007-2008:113) etterlyses mer forskning innen psykisk helse, og at dette begrunnes med at kriminalitet som skyldes psykiske lidelser bør reduseres. Det er også positivt at det vises til at økt kompetanse vil kunne ha stor betydning for utformingen av framtidens kriminalomsorg, fordi man bedre vil kunne ivareta den enkeltes behov for mestring ved å tilby adekvat medisinsk og psykologisk behandling.

For at dette imidlertid skal la seg gjøre, må det legges til rette for en fruktbar evaluering som kan bidra til kompetanseheving og videreutvikling av eksisterende hjelpetiltak. Skal man lykkes med dette, bør det være brukergruppen selv, og ikke bare fagfolk, som evaluerer tilbudet.

Når det gjelder spørsmål om psykisk helse, er det store forskjeller i sykdomsforekomst blant innsatte og befolkningen for øvrig. Vårt samfunns verdigrunnlag gjenspeiles i økonomiske prioriteringer og engasjement. Det er derfor all grunn til å stille spørsmål når det i St. meld. nr. 37 (2007-2008:113) vises til at det er et særlig mål for kriminalomsorgen å forebygge selvmord og selvmordsforsøk i og utenfor kriminalomsorgens virksomhet, samtidig som det er få eller ingen konkrete tiltak som foreslås satt inn for å bedre dagens situasjon.

Allerede i 1897 viste Durkheim til at selvmord i stor grad er betinget av samfunnsforhold, og han la stor vekt på de sosiale faktorene som bestemmende for selvmordshyppigheten i et samfunn. Han viste også til hvordan selvmordsproblematikk kan knyttes opp mot ekskluderende faktorer i siviliserte samfunn (Durkheim 1978).

Selvordstanker og selvmordsforsøk må i et kommunikasjonsperspektiv forstås som et fortvilet rop om hjelp når livssituasjonen for den det gjelder er så vanskelig at vedkommende ikke ser noen annen løsning på problemene. Når en høy andel av de innsatte i norske fengsler sliter med selvmordsproblematikk, er det derfor både menneskelig og samfunnsøkonomisk sett viktig at samfunnet tar ropet om hjelp på alvor.

Psykisk helsearbeid er ikke det samme som bekjempelse av psykiske lidelser, men handler mer om evne til å se den enkelte menneskes livssituasjon i et større perspektiv. Hjelpearbeidet må tilrettelegges for empowerment og brukermedvirkning, og målsettingen må være å legge til rette for at den det gjelder skal kunne komme i en posisjon der vedkommende har reelle muligheter til å velge hvordan han eller hun vil leve sitt liv.

Vi vet at et fast sted å bo, trygge levekår, arbeid og sosial tilhørighet er grunnleggende verdier for mennesker med psykiske lidelser (Borg 2007). Dette betyr at utfordringen ikke bare er kriminalomsorgens eller helsetjenestens ansvar alene, men at langt flere hjelpeinstanser må ansvarliggjøres.

Litteratur

- Birecree, E. A., Weissman, W, Lester, D. & Smith, J. (2000). *Childhood sexual abuse and dating experiences of undergraduate women*, *Child Maltreatment*, 5(1):39-48.
- Bretteville-Jensen, A-L. (2000). Kjønnforskjeller i bruksmønster og helse blant intravenøse heroinmisbrukere i Oslo, *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 2: 192-202.
- Borg, M. (2007). *The Nature of Recovery av Lived in Everyday Life: Perspectives of Individuals Recovering from severe mental health problems*. Doctoral thesis at NTNU, 2007:110.
- Durkheim, E. (1978) *Selvordet*, Utgitt første gang i 1897, Oslo: Gyldendal.
- Fazel , S. & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23000 prisoners; a systematic review of 62 surveys, *The Lancet*, Vol.359, February 16; 545-550.
- Friestad, C. & Skog Hansen, I- L. (2004). *Levekår blant innsatte*, Oslo: Fafu-rapport 429 (2002).
- Gamman, T. & Linaker, O. (2000). Screening for psykiatrisk lidelse blant fengselsinnsatte. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, 120: 2151-2153.
- Grøholt, B., Sommerschild, H., & Garløv, I. (2008). *Lærebok i barnepsykiatri*, 4.utgave, Oslo: Universitetsforlaget.
- Hartvig, P. & Kjelsberg, E. (2005). *Sykdomsforekomst og behandlingstilbud for fengselsinnsatte*. Oslo: Kompetansesenteret, Prosjektrapport 2005-3, Helse Sør.
- Hammerlin, Y. & Kristoffersen, R. (1998). *Habilitering som livsmestringsprosess. Startsted Hassel fengsel?* Oslo: Kriminalomsorgens Utdanningscenter.
- Hammerlin, Y. (2009). *Selvord og selvmordsnærhet i norske fengsler*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hellevik, O. (2005). *Sosiologisk metode*, 3.opplag, Oslo: Universitetsforlaget.
- Høigård, C. & Snare, A. (red.) *Kvinnens skyld*, Oslo, Pax forlag A/S 1983
- Isdal, P. (2000). *Meningen med volden*, Oslo: Kommuneforlaget.
- Isdal, P. & Råkil, M. (2001). *Omojliga man eller man med möjligheter?* I: Metell, B., Barn som ser pappa slå, 2001:68-103, Stockholm : Gothia.
- James, K.. (1996). Truth of fiction; Men as victims of domestic violence? *The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 17 (3):121-125.
- Kuosmanen, J. (2001). Finnkampen, *En studie av finska mans liv och sociale karriarer i Sverige*, Stockholm: Gidlunds.
- Kyvsgaard, B. (2000). *Klientundersøgelsen, Bilag til Den institutionsmæssige placering af indsatte*, København: Nordskov-utvalget, Direktoratet for Kriminalforsorgen.
- Lindberg, O. (2005). *Kvinnorna på Hinseberg*; En studie av kvinnors vilkår i fängelse, Norrköping.
- Loucks, N. (2004). *Women in Prison*, I: Mc. Ivor Gill (red) 2004, Women Who Offend, 2004:142-159. London. United Kingdom: Jessica Kingsleys Publishers.
- Morash, M., Bynum, T. & Koons, B. (1998). *Women Offenders: Programming Needs and Promising Approaches*, Washington, D.C., National Institutes and Justice.

- Nasjonalt Folkehelseinstitutt (2009). *Selvord og selvmordsforsøk, I: Psykiske lidelser i Norge; Et folkehelseperspektiv*, Oslo: Rapport 2009; 8:38-40.
- Plugge, E., Douglas, N. & Fitzpatrick, R. (2006). *The Health of Women in Prison Study Findings*, University of Oxford: Department of Public Health.
- St. meld. Nr. 37 (2007-2008). *Straff som virker - mindre kriminalitet - tryggere samfunn*, Oslo: Det Kongelige Justis- og Politidepartement.
- Skardhamar, T. (2002). *Levekår og livssituasjon blant innsatte i norske fengsler*, Universitetet i Oslo: Institutt for kriminologi og rettssosiologi.
- Ødegård, E. (2008). Narkotika- og alkoholproblemer blant innsatte i norske fengsler, *Nordisk Alkohol & Narkotikatidsskrift*, Vol. 25 (3):169-185.