

Christine Friestad og
Inger Lise Skog Hansen

Levekår blant innsatte



Christine Friestad og Inger Lise Skog Hansen

Levekår blant innsatte

© Fafo 2004

ISBN 82-7422-422-1

ISSN 0801-6143

Omslag: Agneta Kolstad

Foto: Scanpix Creative

Trykk: Centraltrykkeriet AS

Innhold

Forord	5
Sammendrag	6
Kapittel 1 Innledning	8
Fokus og problemstillinger i denne undersøkelsen	9
Hva er levekår og hvordan skal det måles?	9
Innsattes levekår – hva vet vi fra før?	10
Levekår og helse	11
Begrensninger i materialet	12
Rapportens organisering	13
Kapittel 2 Materiale og metode	14
Utvalgstrekkning og datainnsamling	14
Utvalget	16
Frafall – hvem er ikke med og hvordan kan det påvirke resultatene?	19
Sammenlikningsdata	20
Analyser og resultatpresentasjon	21
Kapittel 3 Oppvekst	22
Familiesituasjon, flyttinger og familieøkonomi	22
Oppvekstproblemer	24
Oppsummering	28
Indikatorer på dårlige levekår i oppveksten	28
Kapittel 4 Utdanning og arbeid	30
Utdanning	30
Arbeidserfaring og yrkestilknytning	32
Oppsummering	35
Indikatorer på utdannings- og arbeidsmessige problemer	35
Kapittel 5 Boforhold og økonomi	36
Boligsituasjon	36
Inntekt	38
Gjeld	40

Oppsummering	42
Indikatorer på økonomiske problemer	42
Kapittel 6 Fysisk og psykisk helse	44
Fysisk helse	44
Psykiske plager	48
Egenrapportert hyperaktivitet	50
Selvopplevd behandlingsbehov for psykiske problemer	50
Soningsrelaterte forhold og psykiske problemer	54
Indikatorer på helseproblemer	56
Oppsummering	56
Kapittel 7 Rusmiddelbruk	58
Alkoholbruk	58
Narkotikabruk	60
Rusmiddelbrukens følgeskader	64
Oppsummering	66
Kapittel 8 Familieforhold og sosial kontakt	68
Besøk	71
Oppsummering	72
Kapittel 9 Opphopning av levekårsproblemer	73
Samlede levekårsproblemer	74
Kjønnforskjeller i levekårshopning?	77
Oppvekstproblemer og senere utsatthet	77
Levekårsproblemer blant innsatte: marginalisering eller sosial eksklusjon? 78	
Kapittel 10 Innspill til videre diskusjon	80
Oppvekstforhold	80
Utdanning og arbeid	82
Helseproblemer og rusmisbruk	83
Opphopning av levekårsproblemer	85
Ut til hva? Problemer og muligheter for gjenintegrering	86
Noen av marginaliseringens konsekvenser	88
Avslutning	89
Referanser	90

Forord

Prosjektet «Levekår blant innsatte» er utført på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet og Justisdepartementet. Prosjektet er gjennomført i perioden november 2002 til februar 2004. I denne rapporten presenterer vi resultatene fra intervjuer med et utvalg innsatte i norske fengsler. Intervjuet som ble gjennomført var omfattende og med mange svært personlige spørsmål. Vi vil derfor først og fremst rette en stor takk til alle dem som deltok i undersøkelsen.

Prosjektets referansegruppe har bestått av: Anne-Grete Kvanvig (Sosial- og helsedirektoratet, avdeling for spesialisthelsetjenester), Anne Dahl (Justisdepartementet), Inger Rytter (Sosial- og helsedirektoratet, kommunalavdelingen), Yngve Hammerlin (Kriminalomsorgens utdanningscenter), Bjørn Østberg (Kompetansesenter for fengsels-, sikkerhets- og rettspsykiatri, Helseregion Øst og Sør), Jim-Aage Nøttestad (Kompetansesenter for fengsels-, sikkerhets- og rettspsykiatri, Helseregionene Midt- og Nord-Norge), Siri Nome (Kompetansesenter for fengsels-, sikkerhets- og rettspsykiatri, Helseregion Vest), Roar Øvrebø (Norsk fengsels- og friomsorgsforbund). Takk til referansegruppens medlemmer for godt og hyggelig samarbeid og konstruktive innspill.

Gjennomføringen av undersøkelsen har vært avhengig av gode hjelpere i flere ledd. Selve datainnsamlingen er gjort i samarbeid med Statistisk sentralbyrå (SSB). Vi vil takke Carsten Wiecek og Hanne C. Hougen for godt samarbeid gjennom hele prosessen. Representanter for Straffedes organisasjon i Norge (SON) har stilt velvillig opp både for å diskutere den første utformingen av skjemaet og bidra i pilottestingsfasen av det endelige skjemaet. En særlig takk til Yngve Hammerlin for viktige diskusjoner underveis, og til Bjørn Østberg og Jim-Aage Nøttestad for at de alle stilte opp som rådgivere i forberedelsen av Statistisk sentralbyrås intervjuerkorps. Vi vil dessuten rette en spesiell takk til alle de ansatte i fengslene som sa seg villige til å være kontaktpersoner for SSBs intervjuere og legge til rette for den praktiske gjennomføringen av hvert enkelt intervju.

Vi står alene ansvarlige for eventuelle feil og mangler i rapporten.

Oslo, februar 2004
Christine Friestad, prosjektleder
Inger Lise Skog Hansen

Sammendrag

Forskningsstiftelsen Fafo har på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet og Justisdepartementet gjennomført en levekårsundersøkelse blant et representativt utvalg innsatte i norske fengsler. Resultatene presenteres i denne rapporten. Hensikten med undersøkelsen har vært å gi et samlet bilde av innsattes generelle levekår basert på empirisk dokumentasjon, og se dette i sammenheng med problemer knyttet til rusmisbruk og psykiske plager. Informasjonen ble samlet inn gjennom strukturerte personlige intervjuer med til sammen 260 fengslede menn og kvinner. Intervjuene ble gjennomført av Statistisk sentralbyrå i juni 2003.

Resultatene viser at:

- To tredjedeler av de innsatte har hatt en oppvekst preget av ett eller flere alvorlige problemer.
- Tre av ti hadde vært i kontakt med barnevernet før de fylte 16 år, og like mange har opplevd at andre i familien har sittet i fengsel.
- De innsatte har lav utdanning, utdanningsmønsteret er nærmest motsatt av hva det er i befolkningen for øvrig. Fire av ti har ungdomsskolen som lengste fullførte utdanning. Veldig få har utdanning utover videregående skole.
- De innsatte har svak tilknytning til arbeidsmarkedet, kun tre av ti var i arbeid på fengslingstidspunktet. Ved siden av arbeidsinntekt var sosialhjelp og kriminalitet de hovedinntektskildene som ble oppgitt av flest.
- Fire av ti befinner seg under fattigdomsgrensa, og de innsatte har generelt langt lavere bruttoinntekt enn befolkningen for øvrig. Samtidig har et stort flertall gjeld, mange av dem på grunn av idømte bøter og erstatning.
- En tredjedel av de innsatte er bostedsløse.
- Mange innsatte sliter med dårlig helse. Halvparten har en eller flere kroniske sykdommer, og de er i langt høyere grad enn befolkningen ellers plaget med psykiske problemer.
- Seks av ti innsatte er rusmisbrukere. For majoriteten dreier dette seg om blandingsmisbruk. Kvinnene er mer rusbelastet enn mennene. Jo tyngre misbruket

er, desto større er følgeskader knyttet til dårlig helse, manglende familietilknytning og dårlig økonomi.

- Over halvparten av de innsatte har barn, og et flertall av disse har kontakt med barna ukentlig eller oftere.
- Innsattes levekårssituasjon er særlig vanskelig fordi den er preget av opphopning av levekårsproblemer; tre fjerdedeler har problemer på to eller flere levekårsområder. Opphopningen av levekårsproblemer henger sammen med innsattes oppvekstforhold: jo flere oppvekstproblemer, desto vanskeligere levekår som voksen.
- Vellykket reintegrering i samfunnet kan ikke sikres gjennom enkelttiltak, men må ta utgangspunkt i en helhetlig forståelse av marginaliseringens omfang i denne gruppen.

Kapittel 1 Innledning

Dette er en rapport om levekårssituasjonen blant de som soner en dom i norske fengsler. Det er generell enighet om at dårlige levekår er en viktig medvirkende faktor til kriminalitet. En kartlegging av problemer og ressurser blant innsatte på ulike levekårsområder er nyttig både i forhold til forebygging av kriminalitet og i arbeidet for å reintegrere innsatte i samfunnet. Likevel mangler vi en systematisk og representativ undersøkelse av levekår blant innsatte i alle norske fengsler. Hvilke ressurser har de, og på hvilke områder har de problemer?

En svensk levekårsundersøkelse blant innsatte fant at innsatte er en utsatt gruppe på flere konkrete levekårsområder, og at det er kombinasjonen av problemer på mange områder som gjør innsatte i fengsel til en særlig marginalisert gruppe i samfunnet (Nilsson 2002). I Norge viser Skardhamars (2003) undersøkelse i tidligere Østre fengselsdistrikt de samme tendensene, og gir indikasjoner på at situasjonen kan være den samme i Norge. Vi ønsket med denne undersøkelsen å finne ut om dette også gjelder for et representativt utvalg av innsatte i alle landets fengselsregioner. En levekårsundersøkelse har til hensikt å skaffe til veie empirisk dokumentasjon av omfanget av problemer og mangler på spesifikke levekårsområder, for på den måten å beskrive fordelingen av goder og byrder i ulike befolkningsgrupper. Undersøkelsen som presenteres i denne rapporten er utformet for å imøtekomme behovet for informasjon fra et geografisk representativt utvalg innsatte, der innsatte fra hele landet er representert. I tillegg er undersøkelsen utformet for å belyse helse-situasjonen til innsatte mer spesielt, både når det gjelder fysisk og psykisk helse, slik at også disse aspektene kommer med i en samlet beskrivelse av innsattes levekår. En sammenfattende kartlegging av levekår, psykisk helse og rusbruk blant innsatte vil gi nyttig kunnskap for alle som er engasjert innenfor kriminalomsorg, både forskere, beslutningstakere og ansatte. Forhåpentligvis vil rapporten kunne bidra til bedre kriminalitetsforebyggende og rehabiliterende arbeid.

Fokus og problemstillinger i denne undersøkelsen

Faktorene som påvirker innsattes mulighet til å leve et fullverdig liv uten kriminell aktivitet er komplekse og lar seg ikke fange i én enkelt teoretisk modell. Vi har derfor valgt å legge vekt på en generell levekårskartlegging som beskriver de ytre rammene som danner grensene rundt den enkeltes valgfrihet, og innenfor denne vektlegge noen enkeltkomponenter som vi gir mer substansiell oppmerksomhet. Dette kan illustreres gjennom følgende spørsmål:

1. Hvordan ser de innsattes situasjon ut når det gjelder sentrale leveårskomponenter?
2. Hva er forekomsten av fysiske og psykiske helseproblemer blant de innsatte?
3. Hvordan henger problemer på ulike områder sammen?

Forholdene som beskrives i denne rapporten kan plasseres på en tidsakse fra før, under, og etter (nåværende) fengsling. Hovedvekten er lagt på de innsattes livsbetaingelser slik de var før (den nåværende) fengslingen. Undersøkelsen gir ikke grunnlag for å trekke konklusjoner om årsaker, men er utformet for å gi empirisk dokumentasjon av sammenhenger.

Hva er levekår og hvordan skal det måles?

Vi vil kort avklare vår forståelse av de viktigste begrepene i levekårsforskningen, slik de anvendes i denne rapporten. For en mer utdypende diskusjon av levekårsforskningen i Norge og dens teoretiske grunnlag, henviser vi til (Fyhn og Dahl 2001).

Levekår kan defineres som individenes tilgang på ressurser som de kan bruke på ulike arenaer for å kontrollere og bevisst styre sine livsvilkår (Norges offentlige utredninger 1993). Ressursene kan være individuelle (for eksempel inntekt eller helse) eller kollektive (for eksempel organisasjonsmedlemskap), medfødte eller ervervede. Sentrale arenaer som omfattes av denne undersøkelsen er for eksempel boligmarkedet, utdanningssystemet og arbeidsmarkedet. Levekårene kan ses på som et resultat av de ressurser den enkelte har tilgang til, kombinert med egenskaper ved arenaene der ressursene settes inn. Vekselvirkningen og forholdet mellom ressurser og arenaegenskaper er helt sentral for vår forståelse av levekår: Dårlige levekår kan ikke reduseres til et spørsmål om manglende ressurser (lav utdanning eller dårlig helse), fordi muligheten til å omsette ressursene til bedre levekår alltid vil være avhengig av egenskaper ved arenaen der omsetningen skal finne sted; utdanning kan ikke omsettes til inntekt hvis ikke arbeidsmarkedet gjør det mulig.

For å belyse innsattes levekår tar vi utgangspunkt i et sett med levekårskomponenter, der disse er sentrale: helse, sysselsetting, økonomiske ressurser, utdanning, boligforhold og sosiale relasjoner. Et viktig spørsmål er på hvilke måter disse komponentene henger sammen, og vi er særlig opptatt av det vi kaller hopningstendenser, det vil si at ulemper på ett område henger sammen med ulemper på et annet område (Palme et al., 2000). Waltzer (1983, jf. SOU 2000:41, s. 137) hevder at det viktigste ikke er å utjevne alle forskjeller innenfor en sosial sfære, eller et levekårsområde i vårt tilfelle, men at ulike levekårsområder er mest mulig uavhengig av hverandre (dvs. sammensatt eller kompleks likhet). Ut fra en slik tankegang blir det å undersøke sammenhengen mellom problemer på ulike levekårsarenaer, mer enn nivåforskjeller innenfor det samme området, en sentral kilde til informasjon om samfunnets grunnleggende ulikhet i livsvilkår. Ved å samle inn denne typen data med jevne mellomrom, kan man følge utviklingen av velferd og velferdsproblemer i ulike grupper over tid.

Vår undersøkelse av innsattes levekår fokuserer på objektive levekår fremfor subjektiv livskvalitet, og illustrerer dermed et kjennetegn, og en mangel, ved den nordiske levekårsforskningen (Fyhn et al. 2001). Levekårsundersøkelsene er opptatt av i størst mulig grad å få et uttrykk for forholdene slik de er, snarere enn hver persons vurdering eller opplevelse av disse forholdene. Vi forsøker med andre ord å beskrive et nærmere angitt sett med goder som er å betrakte som betingelser for (subjektiv) livskvalitet. Vår definisjon av disse godene er tydeliggjort underveis, slik at leseren selv kan anlegge sitt eget verdisyn i vurderingen av dem.

De tradisjonelle levekårsundersøkelsene gir i utgangspunktet ikke rom for spørsmål om livsbetingelser som er særegne for utsatte grupper: for eksempel bostedløse, rusmisbrukere, psykisk syke, – eller innsatte. Det har imidlertid skjedd en utvikling de senere årene i retning av økt fokusering på å innhente informasjon om grupper som faller utenfor, eller står i fare for å falle utenfor, etablerte velferdsordninger, og gjennomføringen av egne levekårsundersøkelser blant fengselsinnsatte er et eksempel i så henseende.

Innsattes levekår – hva vet vi fra før?

Nasjonale levekårsundersøkelser omfatter ikke personer som av ulike grunner befinner seg på institusjon, og fengselsinnsatte er derfor en av de gruppene som systematisk faller utenfor når disse nasjonale statusrapportene utarbeides. Det vi vet om innsattes levekår i Norge har i stor grad vært basert på kvalitative undersøkelser, ofte av et mindre utvalg levekårskomponenter, eller blant en bestemt gruppe innsatte (for

eksempel Finstad og Gjetvik 1990, Bødal og Fridhov 1993, Fridhov 1993, Hammerlin og Kristoffersen 1998). Selv om innfallsvinkelen har vært forskjellig i de ulike undersøkelsene, dokumenterer de alle viktige levekårsproblemer blant innsatte. I tillegg til de nevnte kommer Fridhov (1991) sin spørreskjemaundersøkelse av innsatte i ti fengsler, som ytterligere støtter opp om bildet av en gruppe med store levekårsmangler, særlig knyttet til utdanning, yrkesaktivitet og vanskelige oppvekstvilkår. (Denne referanselisten er ikke uttømmende og for mer utfyllende informasjon om disse og andre tidligere norske undersøkelser som belyser innsattes levekår, henviser vi til Skardhamar 2002, s. 7–9). De siste årene er det kommet to viktige undersøkelser med spesiell vekt på en mer omfattende levekårskartlegging, som gjør at vi i dag kan gi mer utfyllende informasjon enn Christies beskrivelse fra 1982: de er menn, de er unge, de er skoletapere, sosiale tapere og bor i by (Christie 1982). Den ene er den svenske levekårsundersøkelsen blant innsatte som ble gjennomført i 1997. Resultatene herfra er publisert i sin helhet i Nilsson (2002) og i en kortversjon i Nilsson og Tham (1999). Den andre undersøkelsen er en norsk levekårsundersøkelse gjennomført våren 2000 blant innsatte i det som den gangen var krets-fengsler i Østre fengselsdistrikt. Resultatene herfra er publisert i Skardhamar (2002) og (2003). Begge disse undersøkelsene vektlegger empirisk dokumentasjon av de samme levekårskomponentene som inngår i de nasjonale levekårsundersøkelsene, gjennom innhenting av kvantitative data. Begge undersøkelsene har dokumentert store avvik mellom innsattes levekår sammenliknet med befolkningen ellers, og særlig påpekt opphopning av levekårsproblemer som et av marginaliseringens særtrekk i denne gruppen.

Levekår og helse

Helse er en sentral levekårskomponent, men har i liten grad vært viet spesiell oppmerksomhet i de undersøkelsene som har studert innsattes livssituasjon. Også internasjonalt har helse og øvrige levekår vært atskilte temaer i undersøkelser blant innsatte. At helse er ulikt sosialt fordelt har vært godt dokumentert i en årrekke (se for eksempel oppsummering i Elstad (2000), også i mange norske undersøkelser (se for eksempel Dahl og Elstad 2001, Dahl og Birkelund 1999, Dahl 1994, Zahl, Rognerud, Strand og Tverdal 2003). Av dette følger det at vi ut fra kunnskap om innsattes lavere sosiale og sosioøkonomiske status kan forvente dårligere helse og mer sykkelighet blant dem enn i befolkningen ellers.

De internasjonale undersøkelsene som har satt søkelyset på innsattes helse, har særlig vektlagt psykisk helse, og de har påvist til dels høy forekomst av psykiske lidelser, og store forskjeller i sykdomsforekomst mellom innsatte og befolkningen

ellers. For enkeltresultater fra slike undersøkelser henviser vi til Fazel og Danesh (2002) sin metaanalyse. De rettet særlig oppmerksomheten mot forekomsten av psykotiske lidelser, alvorlig depresjon og personlighetsforstyrrelser. For alle disse diagnosegruppene fant de forhøyet forekomst blant innsatte, men også store variasjoner undersøkelsene imellom. To norske undersøkelser var representert i denne metaanalysen, dette er Rasmussen, Storsæter og Levander (1998), og Rasmussen, Storsæter og Levander (1999) som begge henter sitt datamateriale fra en liten gruppe innsatte i Trondheim fengsel. I tillegg til disse, er det gjort flere andre spredte undersøkelser med ulik metodikk for å kartlegge omfanget av psykiske lidelser blant innsatte. I likhet med internasjonale funn, antyder resultatene at forekomsten av alvorlig depresjon og abstinensreaksjoner er utbredt blant innsatte (Gamman og Linaker 2000), at andelene med ADHD og personlighetsforstyrrelser er høye (Rasmussen, Almvik og Levander 2001, Rasmussen et al. 1999), og at angstproblematikk er et viktig problemområde for mange innsatte (jfr. Hammerlin og Kristoffersen 1998).

Når det gjelder fysisk helse, har undersøkelser fra andre land vist at forekomsten av helseproblemer er langt høyere blant innsatte enn i befolkningen for øvrig, og at dette særlig blir tydelig når man ser på andelen med kronisk sykdom og forekomsten av infeksjonssykdommer, muskel- og skjelettplager og dårlig tannhelse (Freudenberg 2001, Baillargeon, Black, Pulvino og Dunn 2000, Lindquist og Lindquist 1999, Colsher, Wallace, Loeffelholz og Sales 1992, Joukamaa 1991). Resultatene tyder generelt på at problemene er særlig store blant kvinner og eldre innsatte. Fordi det ikke fantes tilgjengelige data fra Norge, er ikke innsatte med i den norske delrapporten (Rognerud, Strand og Hesselberg 2000) i prosjektet «Monitoring and reporting socioeconomic differences in health in the European Union», selv om innsatte var en av de utsatte gruppene hvis helse skulle kartlegges i dette prosjektet. De nyeste norske data om innsattes helsetilstand er derfor de som ble samlet inn som del av Skardhamar sin generelle levekårsundersøkelse fra 2002.

Begrensninger i materialet

Som påpekt ovenfor, har kriminologisk forskning lenge understreket at fengselsinnsatte ikke utgjør et representativt utsnitt av befolkningen, men er kjennetegnet ved ressursmangler av ulike slag, sosial utsatthet og fattigdom. Christie (1982) har beskrevet rettsapparatet som «den skjeve pyramide»; jo lenger opp i pyramiden man kommer, desto sterkere er seleksjonen og jo større andel er det som tilhører de lavere sosiale klassene. Innsatte befinner seg på toppen av pyramiden, med færrest res-

surser og størst problemer. Sett i dette perspektivet er det ikke tilfeldig hvem som sitter i fengsel.

«The prison is the magnifying mirror which reflects and enlarges the unresolved social problems of the society which it serves». (Stern 1998, s. 114)

Det ligger i fengselets vesen at det også rommer problemer og livsbetingelser som ikke gjenfinnes i samme form ellers i samfunnet. Vår oppgave i denne rapporten er å belyse begge disse aspektene. Det ligger i sakens natur at vi ikke kan gi et fullstendig bilde av situasjonen for innsatte, verken med hensyn til deres totale livssituasjon eller mer konkrete livsbetingelser. Tvert imot vil vi innledningsvis påpeke at denne rapporten omhandler et utsnitt av virkeligheten som vi presenterer på en bestemt måte. I dette ligger først og fremst at vi betrakter innsatte som én gruppe og beskriver denne gruppens kjennetegn ved hjelp av tall og tabeller. Dette innebærer naturligvis en forenkling i forhold til hva som er den enkelte innsattes livshistorie og -vilkår. Når vi beskriver innsatte som gruppe som preget av et sett med nærmere angitte problemer, vil det alltid være slik at denne beskrivelsen passer bedre for noen enn for andre. Innsatte er en av flere marginaliserte grupper i samfunnet, og beskrivelse av deres levekår kan samtidig gi innblikk i noen av marginaliseringsens grunnleggende trekk. Noen av disse vil innsatte ha felles med andre utsatte grupper, noen vil være spesielle for innsatte. Alle våre resultater må leses innenfor denne forståelsesrammen og med disse forbeholdene.

Rapportens organisering

Kapitlene presenterer fortløpende situasjonen på de ulike levekårskomponentene. Hvert kapittel avsluttes med en oppsummering av problemer innenfor det aktuelle levekårsområdet. I kapittel 9 ser vi levekårsområdene i sammenheng og analyserer generelle hopningstendenser i utvalget. Det siste kapitlet er viet en mer overordnet diskusjon basert på noen av våre hovedfunn.

Kapittel 2 Materiale og metode

Resultatene som presenteres i denne rapporten, er hentet fra en tverrsnittundersøkelse blant et representativt utvalg innsatte i norske fengsler våren 2003. Informasjonen er samlet inn gjennom strukturerte personlige intervjuer gjennomført av intervjuere fra Statistisk sentralbyrå (SSB). I dette kapitlet beskriver vi utvalgstreking, frafall og hovedkjennetegn ved utvalget sammenliknet med fengselspopulasjonen som helhet.

Utvalgstreking og datainnsamling

Av i alt 42 fengsler, ble følgende fem fengsler utelukket før utvalgstrekingen: Vestre Slidre, Vik (i Sogn), Vadsø, Tromsø og Moss. De tre første fengslene ble utelukket fordi de befant seg utenfor det geografiske området som SSB kunne dekke gjennom sine intervjuere, Moss fengsel var registrert med bare varetektsinnsatte, og Tromsø fengsel ble utelukket på grunn av omfattende ombyggingsarbeid i vår feltperiode. Fra de øvrige 37 fengslene ble det trukket et tilfeldig tverrsnittsutvalg (n=380) av innsatte registrert i Kriminalomsorgens produksjonsfremmende informasjonssystem (KOMPIS), på en gitt dato (16. mai 2003). Bruttoutvalget ble trukket med utgangspunkt i følgende kriterier:

- Soner i ett av de 37 inkluderte fengslene,
- alder 18 år eller eldre,
- bare domsavsonere (dvs. ingen varetektsinnsatte er inkludert),
- kan kommunisere på norsk eller et annet skandinavisk språk,
- overrepresentasjon av 50 kvinner (fordi vi trenger en gruppe av en viss størrelse for å kunne si noe generelt om kvinnelige innsattes situasjon, valgte vi å trekke flere kvinner til utvalget enn hva som er deres andel i populasjonen),
- er registrert med (første mulige) løslatelsesdato etter 01.06.03 (dvs. etter feltperiodens begynnelse).

Alle de 380 innsatte som inngikk i bruttoutvalget fikk brev med invitasjon til å delta i undersøkelsen. Deltakelsen var frivillig og basert på informert samtykke. Invitasjonsbrevet redegjorde for at utvalget var trukket fra KOMPIS og at opplysninger derfra ville bli koblet på i etterkant av intervjuet. På denne måten ønsket vi å legge til rette for et mest mulig skånsomt intervju, som først og fremst var konsentrert om levekårsinformasjon og ikke dreide seg for eksempel om hva den innsatte var dømt for. Fordi sensitive opplysninger om straffbare forhold skulle inngå som en del av datagrunnlaget (gjennom innhenting av registeropplysninger), ble det søkt konsesjon fra Datatilsynet. Prosjektet ble innvilget konsesjon til å behandle personopplysninger i henhold til personopplysningslovens §35.

Før utvalgstrekkningen hadde vi informert hvert enkelt fengsel om undersøkelsen gjennom et brev, der vi også ba om å få utnevnt en kontaktperson i hvert fengsel, som kunne fungere som bindeledd mellom SSBs intervjuere og den enkelte innsatte. Disse kontaktpersonene registrerte hvem av de inviterte som ønsket å delta, ga tilbakemelding til SSB om dette, og sørget for å legge til rette for intervjuavtaler for hver enkelt.

Det ble gjennomført til sammen 260 intervjuer (35 kvinner og 225 menn), hvilket innebærer en svarprosent på 70. Intervjuene ble gjennomført i fengselets lokaler, i de aller fleste tilfeller på besøks- eller kontor/møterom, og i noen tilfeller på andre rom der dette var mest hensiktsmessig. Intervjuerne stilte alle spørsmålene muntlig, men gjorde også utstrakt bruk av svarkort der svaralternativene både ble lest opp og presentert som tekst for den som ble intervjuet. Intervjuene ble gjennomført i løpet av fire uker i perioden 2.-27. juni 2003.

Selv om hoveddelen av intervjuet dreide seg om generelle levekårsspørsmål, omfattet det også temaer som i utgangspunktet må antas å være sensitive (psykiske plager, mishandling og rusbruk er eksempler på dette). I tillegg kommer temaer som kan være ømtålige akkurat for denne gruppen, fordi de representerer områder som mange innsatte har dårlige erfaringer fra og/eller svært få ressurser på (utdanning og inntekt kan være slike eksempler). Begge disse kategoriene spørsmål kan innebære en risiko for at intervjupersonen bevisst svarer feil. Vi har imidlertid ingen grunn til å tro at dette har hatt systematisk innvirkning på svargivningen i denne undersøkelsen.

Ivaretagelse av deltakerne

Fordi intervjuet potensielt kunne vekke til live minner eller forårsake tanker som den innsatte kunne få behov for å snakke mer om, ble fengselshelsetjenesten i alle fengsler på forhånd informert skriftlig om undersøkelsen. Som avslutning på hvert intervju, gjorde intervjueren oppmerksom på at han/hun kunne formidle beskjed til de ansatte dersom den innsatte ønsket kontakt med fengselshelsetjenesten etter

intervjuet. Det var 21 personer (8%) som ba intervjueren videreformidle en slik beskjed til de ansatte.

Utvalget

Kjønnsmessig avviker utvalget vårt fra domsinnsatte generelt fordi vi har trukket et overutvalg kvinner, men med hensyn til alder og statsborgerskap ser det ut til å utgjøre et representativt tverrsnitt av de (doms-)innsatte (jf. Kriminalomsorgens årsstatistikk 2002).

Over halvparten av de intervjuede soner for enten narkotika- eller voldskriminalitet, en av ti soner for vinningslovbrudd, mens resten fordeler seg mer likt blant de øvrige lovbruddsgruppene. Det er vanskelig å sammenlikne direkte med situasjonen blant domsavsonere generelt, men ser vi på fordelingen av hovedlovbrudd blant domsavsonere slik de er kategorisert i Kriminalstatistikken (jfr. tabell 47 Statistisk sentralbyrå 2003a), ser det ut til at vårt utvalg består av en høyere andel dømte for narkotika- og voldskriminalitet og en noe lavere andel dømte for vinningskriminalitet enn domsavsonere generelt. De øvrige gruppene er av nokså lik størrelse.

Tabell 2.1 Utvalgets bakgrunns karakteristika (n=260). Antall og prosent

	Antall	Prosent
Kjønn		
Menn	225	86
Kvinner	35	14
Alder		
18–20 år	8	3
21–24 år	35	14
25–29 år	38	15
30–39 år	102	39
40–49 år	45	17
50–59 år	24	9
60–69 år	5	2
70 år eller eldre	3	1
Statsborgerskap		
Norsk	238	92
Europeisk for øvrig	10	4
Afrikansk	4	1
Asiatisk	7	3
Amerikansk	1	0,4

Tabell 2.2 Utvalgets fordeling etter hvilken av kriminalomsorgens regioner* vedkommende soner i, fengselstype, domfellelsesgrunnlag, domslengde, og tidligere fengslinger. Antall og prosent

	Menn	Kvinner	Totalt	Prosent
Region				
Nord	26	3	29	11
Nordøst	47	-	47	18
Sør	59	6	65	25
Sørvest	41	3	44	17
Vest	26	1	27	10
Øst	26	22	48	19
Totalt	225	35	260	100
Fengselstype				
Fengsel m/høyt sikkerhetsnivå	115	13	128	49
Fengsel m/lavere sikkerhetsnivå	99	15	114	44
Avdeling m/høyt sikkerhetsnivå i fengsel m/lavere sikkerhetsnivå	1	2	3	1
Avdeling m/lavere sikkerhetsnivå i fengsel m/høyt sikkerhetsnivå	10	5	15	6
Totalt	225	35	260	100
Hovedlovbrudd				
Narkotikakriminalitet	72	14	86	33
Vinningskriminalitet**	26	4	30	12
Voldskriminalitet***	53	2	55	21
Drap	16	4	20	8
Ranskriminalitet****	11	3	14	5
Sedelighetskriminalitet	22	2	24	9
Bedrageri+	7	3	10	4
Trafikk-kriminalitet	10	3	13	5
Annet++	6	-	6	2
Totalt	223	32	258	100
Domslengde				
Inntil 3 måneder	24	4	28	11
3–5 måneder	16	2	18	7
6–11 måneder	38	9	47	19
1–2 år	78	12	90	36
3–4 år	21	2	23	9
5–6 år	10	-	10	4
7–8 år	12	2	14	6
9 år eller mer	17	2	19	8
Totalt	225	35	260	100
Idømt fengselsstraff tidligere?				
Ja	141	19	160	62
Nei	84	16	100	38
Totalt	225	35	260	100

* Kriminalomsorgen fikk 1.1.2001 ny etatsstruktur som bl.a. innebærer at de tidligere fengselsdistriktene er omorganisert til seks regioner: region øst (Oslo og Østfold), region nordøst (Akershus, Hedmark og Oppland), region sør (Buskerud, Vestfold og Telemark), region sørvest (forts. neste side...)

Både blant menn og kvinner er det dommer på mellom seks måneder og to år som dominerer i utvalget. I forhold til alle avsagte ubetingede fengselsdommer (jfr. tabell 39b (tall for år 2000), Statistisk sentralbyrå 2003a) er de aller korteste dommene (1–90 dager) underrepresentert i vårt utvalg. Dette henger sammen med at ett av våre utvalgskriterier var at deltakerne måtte ha løslatelsesdato etter at feltperioden var påbegynt. Over halvparten av utvalget har vært idømt fengselsstraff tidligere (andelen er noe lavere blant kvinner enn blant menn). I tabell 2.3 har vi plukket ut denne gruppen for å utdype deres fengsels erfaring på enkelte punkter.

Tabell 2.3 Antall tidligere fengslinger, alder ved første fengselsdom, antall ganger i varetekt blant kvinner og menn som har sonet en fengselsdom før (n=160). Antall og prosent

	Menn	Kvinner	Totalt	Prosent
Antall tidligere fengslinger				
1–2	51	12	63	39
3–6	54	5	59	37
7–9	13	2	15	9
10 eller flere	23	-	23	14
Totalt	141	19	160	100
Alder ved første fengselsdom				
Under 18 år	28	-	28	18
18–20 år	48	3	51	32
21–24 år	35	4	39	24
25–29 år	13	5	18	11
30–39 år	13	6	19	12
40 år eller eldre	4	1	5	3
Totalt	141	19	160	100
Antall ganger i varetekt				
1–2 ganger	48	5	53	40
3–6 ganger	39	5	44	33
7–9 ganger	11	2	13	10
10 ganger eller mer	24	-	24	18
Totalt	122	12	134	100

(...forts. fra forrige side) (Rogaland, Vest-Agder, og Aust-Agder), region vest (Hordaland, Sogn og Fjordane og Møre og Romsdal), og region nord (Sør-Trøndelag, Nord-Trøndelag, Nordland, Troms og Finnmark).

** Inkluderer underslag

*** Inkludert legemsbeskadigelse og -fornærmelse, trusler, og forbrytelser mot personfrihet.

**** Inkludert utpressing

+ Inkludert dokumentforfalskning

++ Omfatter bl.a. brudd på tolloven, doping, brannstiftelse

Menn har generelt mer omfattende fengsels erfaring enn kvinner, i den forstand at de har sonet flere dommer, og dessuten var yngre da de første gang ble fengslet. Med hensyn til det siste, er det verdt å merke seg at alder ved første fengselsdom går helt ned til 14 år blant mennene. Hyppigere kontakt med fengselsvesenet viser seg også i antall varetektsfengslinger blant mennene.

Frafall – hvem er ikke med og hvordan kan det påvirke resultatene?

Til sammen 29 prosent (111 personer) av dem som var trukket ut, deltok ikke. Frafallsgrunnene er organisert i tre grupper: den største frafallgruppen (65%) består av dem som ikke ønsket å delta, den nest største (24%) består av dem som soner i en annen institusjon (i all hovedsak innsatte som er overført til behandlingsinstitusjon eller overgangsbolig. Disse var det ikke kapasitet til å oppspore, mens innsatte som var overført til andre fengsler, ble så langt mulig overført til andre intervjuere og inkludert på den måten), og den siste gruppen (11%) består av personer som enten var syke eller ikke befant seg i fengselet (pga. løslatelse, straffavbrudd, rømning/uteblivelse).

Viktigere enn antallet som faller fra, er det om de som ikke deltar er systematisk forskjellige fra de som deltar på noen av de områdene vi er interessert i å undersøke. Vi er først og fremst interessert i forskjeller mellom brutto- og nettoutvalg (ettersom selve utvalgstrekkingen antas å ha sikret at eventuelle forskjeller mellom populasjonen og bruttoutvalget skyldes tilfeldigheter og ikke systematiske skjevheter). Ved å sammenlikne kjennetegnene kjønn, alder, domslengde og fengselsregion, fant vi at den yngste aldersgruppen (18–24 år) er noe overrepresentert, mens innsatte i alderen 25–44 er underrepresentert. Personer med de aller korteste dommene er noe overrepresentert i forhold til de lengre dommene, mens fengselsregion vest er noe underrepresentert i forhold til de andre regionene. Forskjellene er ikke av en slik størrelse at det er hensiktsmessig å regne ut vekter for å kompensere for dem. I tillegg til disse forskjellene kommer det faktum at innsatte som ikke snakker norsk er utelukket fra utvalget. Det er også mulig at noen av dem som er aller sykest, fysisk og/eller psykisk, ikke har stilt opp til intervju. Basert på resultater fra andre undersøkelser, er det vår antakelse at alle disse tre forholdene kan bidra til at vi underestimerer problemforekomsten i utvalget, ettersom mye tyder på at alle disse gruppene er ekstra utsatt for problemer. Når det gjelder utenlandske innsatte, vet vi svært lite om deres situasjon. SSBs levekårsundersøkelse blant innvandrere viste at de hadde problemer på flere levekårsområder (Gulløy, Blom og Ritland 1997), og svenske funn tyder på at innvandrere (utenlandskfødte) har klarere opphopning

av levekårsproblemer enn de som er født i Sverige (SOU 2000:41). Overført til vårt utvalg kan det bety at vår utelukkelse av personer som ikke snakker norsk, bidrar til underrapportering av levekårsproblemer. Innsatte som ikke kommuniserer på norsk må dessuten antas å ha en særlig vanskelig sonings situasjon. Når det gjelder innsatte med de aller korteste dommene, er det igjen svenske funn som tyder på at også dette kan være en belastet gruppe, særlig de av dem som har vært fengslet mange ganger tidligere. Deres utsatthet er knyttet til generelle levekårsproblemer og til det faktum at fengslingen er så kortvarig at den i mindre grad enn for dem med lengre dommer kan brukes til å gripe fatt i disse problemene (Brottsforebyggande rådet 2000). Når det gjelder den siste gruppen, de som er for syke til å stille opp til intervju, har de ikke nødvendigvis en annen problemkonsentrasjon enn dem som deltar i undersøkelsen, selv om de kan være tyngre belastet med helseproblemer.

Sammenlikningsdata

For å sammenlikne resultatene i utvalget vårt med situasjonen i befolkningen generelt der det gir mening, benytter vi data fra Statistisk sentralbyrås Levekårsundersøkelse 2002. Som påpekt innledningsvis, er fengselsinnsatte alders- og kjønnsmessig en skjevt sammensatt gruppe sammenliknet med befolkningen generelt. I vårt fengselsutvalg er det særlig aldersgruppene 20–40 år som er overrepresentert, mens personer over 50 år er underrepresentert. For å bøte på denne alders- og kjønnsmessige skjevfordelingen i forhold til det generelle befolkningsutvalget, har vi gjort et tilfeldig utvalg blant dem som har svart på den generelle levekårsundersøkelsen (2002), basert på kjønn og alder i forholdet 1:2 (for hver innsatt har vi valgt ut to personer med samme kjønn og alder i det generelle befolkningsutvalget, ved å sortere etter alder og trekke det riktige antallet personer fra de første på listen innen hver aldersgruppe). Alle sammenlikninger som gjøres i tabellform senere i denne rapporten er basert på dette tilpassede befolkningsutvalget (n=517), dersom ikke annet er angitt. Tilpasningen er gjort for å fjerne noen av de faktorene som gjør de to utvalgene forskjellige, for på den måten å bedre sammenlikningsgrunnlaget. Det er likevel viktig å minne om at de faktorene det er mulig å tilpasse utvalgene i forhold til, er ytre, åpenbare kilder til forskjeller. Det er imidlertid flere andre og mer subtile forhold som gjør det vanskelig å sammenlikne de fengselsinnsatte direkte med et generelt befolkningsutvalg, og tolkningen av resultatene for de to utvalgene må gjøres med dette i mente.

Der resultatene presenteres i tabellform med data fra begge undersøkelser, betyr det at spørsmålsstillingen har vært likelydende i de to undersøkelsene. Når det gjelder spørsmålene om alkoholbruk og psykiske problemer, er disse innhentet ved hjelp

av et postalt spørreskjema i Levekårsundersøkelsen 2002, mens de inngikk som del av intervjuet i fengselsundersøkelsen. Det er tidligere vist at psykiske problemer underrapporteres når opplysningene samles inn som del av et personlig intervju (jfr. Moum 1998), og resultatene må tolkes med forbehold om at det også kan være tilfelle her.

Vi sammenlikner underveis våre resultater med den svenske (Nilsson 2002) og den norske (Skardhamar 2002) levekårsundersøkelsen blant innsatte. Ingen av disse undersøkelsene er gjennomført på helt lik måte som denne, og årsakene til forskjeller i resultat kan derfor være metodiske, så vel som reelle. Når det gjelder Skardhamar, var hans undersøkelse begrenset til Østlandsområdet (tidligere Østre fengselsdistrikt), noe som kan ha medført at utvalget generelt er mer preget av storbyproblematikk som knytter seg til Oslo enn det vår landsomfattende undersøkelse er.

Analyser og resultatpresentasjon

Beskrivelser av utvalgene er i hovedsak basert på uni- og bivariate analyser; krysstabeller med kji-kvadrat-testing, enveis variansanalyse, og t-tester for sammenlikning av gjennomsnittverdier, og korrelasjonsanalyser (Pearson's r) for å uttrykke sammenheng mellom kontinuerlige variabler. Alle analyser er utført med SPSS 10.1, med unntak av signifikanstesting av forskjeller mellom innsatteutvalget og det generelle befolkningsutvalget, som er gjort med PEPI (Programs for Epidemiologists) versjon 4 (Abramson og Gahlinger 1999).

Når det gjelder fremstilling av resultatene i tabellform, har vi som hovedregel bare gjort bruk av prosentuering når tallene for kvinner og menn er slått sammen, fordi prosentuering med utgangspunkt i til dels svært lave tall kan virke misvisende. For å gjøre resultatfremstillingen mest mulig leservennlig, har vi dessuten valgt følgende strategi: når noe omtales som forskjeller mellom grupper i teksten, betyr det at forskjellene er statistisk signifikante på nivå 0,05 eller lavere. I de tilfellene der vi kommenterer forskjeller som ikke er signifikante på (minst) dette nivået, presiseres det eksplisitt i teksten.

Kapittel 3 Oppvekst

Barns oppvekstvilkår er av vesentlig betydning for deres mulighet til å utvikle ressurser for å møte utfordringer senere i livet. Innenfor kriminologisk teori har oppvekstvilkår vært en viktig dimensjon i vurdering av risiko for senere marginalisering og kriminalitet. Tidligere forskning peker i retning av at det finnes sammenhenger mellom oppvekstproblemer og senere involvering i kriminalitet (Maruna 2001, Nilsson 2002). I dette kapitlet gir vi en presentasjon av oppvekstsituasjonen til de innsatte i vårt utvalg. Først vil vi se på selve familiesituasjonen, hvor ofte de har flyttet og hvordan familieøkonomien har vært. Deretter ser vi nærmere på fire ulike oppvekstproblemer: motsetninger i hjemmet, mishandling, foreldres rusproblemer og kontakt med barnevernet. Avslutningsvis slår vi sammen de ulike oppvekstproblemene og lager en oversikt som indikerer antall alvorlige problemer blant de innsatte. I de aller fleste spørsmålene har vi eksplisitt definert oppvekstperioden som perioden frem til fylte 16 år.

Også den svenske levekårsstudien blant innsatte omfattet flere av disse temaene. Funnene derfra viste store ulikheter mellom innsatte og befolkningen i spørsmål om hvorvidt de var vokst opp med begge foreldrene. Mindre enn halvparten av de innsatte hadde vokst opp med begge foreldrene, mens tilsvarende andel i befolkningen var nesten ni av ti (Nilsson 2002). Resultatene viste også at en langt større andel innsatte enn i befolkningen ellers har hatt en økonomisk vanskelig oppvekst (Nilsson 2002).

Familiesituasjon, flyttinger og familieøkonomi

De aller fleste (84%) av de 260 personene som er intervjuet i denne undersøkelsen har norsk bakgrunn, i den forstand at de er født i Norge av norske foreldre. Av de 41 (16%) som er født utenfor Norge, er det bare 35 personer (33 menn og 2 kvinner) som har utenlandske foreldre (både mor og far har utenlandsk statsborgerskap).

I undersøkelsen har vi spurt hvem de innsatte er vokst opp sammen med; en av eller begge foreldrene, hos andre slektninger, i fosterhjem eller institusjon. Hjemmeforhold kan ha betydning for oppfølging, opplevelse av trygghet og stabilitet. Som en indikator på stabilitet i oppvekstsituasjonen har vi også spurt om hvor mange

ganger de innsatte har flyttet i oppveksten. Flytting handler da om flytting til et annet sted. I den grad flytting innebærer oppbrudd, nye omgivelser, ny skoleklasse og kamerater, kan det å ha flyttet mange ganger være en indikasjon på ustabilitet. I tabell 3.1 har vi samlet informasjon om de innsattes familiesituasjon og antall flyttinger før fylte 16 år.

Tabellen viser at et stort flertall har vokst opp sammen med én av eller begge foreldrene. De resterende har vokst opp hos besteforeldre eller annen slekt (8 personer), noen er adoptert eller har bodd i fosterhjem (5 personer) og tre personer

Tabell 3.1 Familiesituasjon og flyttinger. Antall og prosent

	Menn	Kvinner	Totalt	Prosent
Hvem bodde du hovedsakelig sammen med frem til du var 16 år?				
Begge foreldrene	148	21	169	65
En av foreldrene	62	13	75	29
Adoptiv/fosterhjem	4	1	5	2
Besteforeldre/annen slekt	8	-	8	3
Andre	3	-	3	1
Totalt	225	35	260	100
Antall flyttinger før fylte 16 år				
Ingen	130	26	156	60
En	23	2	25	10
To	21	1	22	9
Tre	17	3	20	8
Fire til seks	24	3	27	10
Sju til ti	6	-	6	2
Mer enn ti	4	-	4	2
Totalt	225	35	260	100

Tabell 3.2 Familiens økonomiske posisjon sammenliknet med andre familier i nabolaget. Antall og prosent

	Menn	Kvinner	Totalt	Prosent
Hvordan vil du beskrive din families økonomi innen du fylte 16 år sammenliknet med de andre familiene i nabolaget der du vokste opp?				
Var blant de rikeste	21	3	24	9
Økonomisk trygt, men ikke blant de rikeste	141	24	165	64
Lite penger, men ikke blant de fattigste	51	6	57	22
Var blant de fattigste	12	2	14	5
Totalt	225	35	260	100

oppgir at de er vokst opp hos andre, uten at vi har mer kjennskap til hvem dette er. Nesten en fjerdedel av de innsatte har flyttet tre ganger eller mer, noe som kan være uttrykk for en omskiftelig oppveksttilværelse. Når det gjelder hvem de innsatte har vokst opp sammen med, er resultatene nokså like det Skardhamar (2002) fant, selv om andelen i hans utvalg som hadde vokst opp andre steder enn hos foreldre, for eksempel i fosterhjem eller spesialskole med internat, var noe høyere. Det er ikke enkelt å gi noen forklaring på dette, men vi vil ikke utelukke at en i dette området, som innbefatter hovedstaden, vil finne ekstra problemkonsentrasjon blant de innsatte.

I undersøkelsen har vi spurt hvordan de innsatte vil beskrive sin families økonomi sammenliknet med andre familier i nabolaget. Fattigdom og opplevelse av dårlig råd er relativt. Ved å sammenlikne med de andre i nabolaget ønsket vi å få et mål på hvorvidt disse innsatte hadde en barndom hvor de har hatt mindre økonomisk spillerom enn andre barn i nabolaget.

Nesten tre av ti vokste opp med at familien hadde «lite penger, men ikke var blant de fattigste» eller «var blant de fattigste». Andelen som hadde det økonomisk vanskelig stemmer godt overens med undersøkelsene både til Skardhamar (2002) og Nilsson (2002), og antyder at innsatte i betydelig større grad enn den øvrige befolkningen har hatt en økonomisk vanskelig oppvekst.

Oppvekstproblemer

Vi vil nå se nærmere på fire mer direkte indikatorer på en problemfylt oppvekst: Alvorlig motsetning i hjemmet, mishandling, foreldres rusmisbruk og kontakt med barnevernet. Vi presiserte at vi med alvorlige motsetninger mente for eksempel alvorlig krangel, slåssing eller bruk av vold mot hverandre.

Nesten en tredjedel har opplevd alvorlige motsetninger i hjemmet enten ofte eller av og til. Vi har valgt å holde utenfor den gruppen som oppgir at de sjelden opplevde

Tabell 3.3 Alvorlige motsetninger i hjemmet i oppveksten. Antall og prosent

	Menn	Kvinner	Totalt	Prosent
Hvor ofte opplevde du alvorlige motsetninger i hjemmet i løpet av oppveksten?				
Ofte	33	9	42	16
Av og til	38	4	42	16
Sjelden	48	4	52	20
Aldri	106	18	124	48
Totalt	225	35	260	100

alvorlige motsetninger i hjemmet. Dette har vi gjort for å få en oversikt over den gruppen der alvorlige uroligheter i hjemmet har preget oppvekstsituasjonen eller har vært et tilbakevendende fenomen. Blant dem som oppgir at dette forekom sjelden, vil vi anta at alvorlig krangel, slåssing eller uroligheter mer hørte til unntakene i oppvekstsituasjonen. I den svenske undersøkelsen var det nesten fire av ti innsatte som har opplevd alvorlige motsetninger, til sammenlikning er det en av ti i den svenske befolkningen for øvrig som oppgir det samme (Nilsson 2002).

Tabell 3.4 viser hvor stor andel som har opplevd å blir mishandlet. I spørsmålet er det presisert at vi med mishandling mener for eksempel om de er blitt slått, plaget eller utsatt for andre typer overgrep.

Nesten en tredjedel oppgir at de har blitt mishandlet i løpet av oppveksten, og her er det ingen kjønnsforskjeller. Spørsmålet er stilt slik at vi ikke får noe bilde av hvorvidt mishandlingen foregikk systematisk eller om det var noe som skjedde ved ett enkelt tilfelle. Vi vet heller ikke hvem som har utført mishandlingen. Dette gjør at vi må tolke tallene med forsiktighet, likevel er det alvorlig at så mange som nesten en tredjedel oppgir at de har opplevd å bli mishandlet. Anslaget samsvarer med Skardhamar (2002) sine resultater, men i motsetning til i vår undersøkelse finner han en noe større andel kvinner enn menn som har vært utsatt for mishandling. Vi har ikke sammenliknbare tall for befolkningen for øvrig, og det har ikke vært gjennomført noen større omfangsundersøkelse av barn og mishandling i Norge.

De som oppgir at de har blitt mishandlet blir spurt om de vil beskrive den mishandlingen de ble utsatt for som fysisk, psykisk eller seksuell mishandling. For halvparten av dem som har blitt mishandlet (40 personer) har mishandlingen vært enten av fysisk, psykisk eller seksuell karakter, mens den for de øvrige har vært en kombinasjon av disse formene. Fysisk mishandling er mest utbredt, 62 av de 76 som har blitt mishandlet sier at de har opplevd fysisk mishandling, og 37 personer sier at de har opplevd psykisk mishandling. Tolv personer sier at de har opplevd seksuell mishandling. Kvinnene har i like stor grad som mennene opplevd psykisk og fysisk mishandling, men har vært betydelig mer utsatt for seksuell mishandling. En kan anta at underrapporteringen på dette spørsmålet er stor tatt i betraktning at dette er et sensitivt tema, og dataene må følgelig tolkes med forsiktighet. Igjen vil vi gjenta at det kan være slik at mange av de mest belastede innsatte finnes blant dem som vi

Tabell 3.4 Mishandling i oppveksten. Antall og prosent

	Antall	Prosent
Har du noen ganger i løpet av din oppvekst blitt mishandlet?		
Ja	76	29
Nei	183	71
Totalt	259	100

ikke har fått snakke med. I en undersøkelse av seksuelle overgrep mot barn gjennomført av Folkehelse oppgir ni prosent av kvinnene og en prosent av mennene at de hadde opplevd alvorlige overgrep (Tambo 1994).¹ Vi har liten grunn til å tro at andelen som har opplevd denne typen mishandling er mindre blant innsatte. Om vi regner om de som sier de har opplevd seksuell mishandling til andel av alle respondenterne, viser det seg at dette utgjør fem prosent totalt, men 17 prosent for kvinnene.

Det er kjent at mange innsatte sliter med rusproblemer. Tabell 3.5 viser hvor stor andel av de innsatte som har opplevd at foreldrene hadde rusproblemer.

Tre av ti opplevde at noen av foreldrene hadde alkohol- eller annet misbruksproblem. Nilssons (2002) tall fra den svenske levekårsstudien samsvarer med våre funn, mens Skardhamar (2002) fant en noe større andel (nærmere 40%) som har vokst opp med foreldre med et misbruksproblem.

En tydelig indikator på oppvekstproblemer er hvorvidt de innsatte har vært i kontakt med barnevernet.

Tabell 3.6 viser at en av tre har vært i kontakt med barnevernet før de fylte 16 år. Kontakt med barnevernet behøver ikke å bety at barnevernet har satt inn tiltak, men kan for eksempel bety at de har kommet på hjemmebesøk eller hatt kontakt med barn og familie på andre måter. Samtidig oppgir over halvparten (40 personer) av dem som har vært i kontakt med barnevernet at de har opplevd å ha blitt flyttet hjemmefra av barnevernet. Vi vet ikke når dette har skjedd, men ut fra at dette er mange flere enn de som har oppgitt at de har vokst opp hos andre enn foreldrene

Tabell 3.5 Foreldre med rusproblemer. Antall og prosent

	Antall	Prosent
Opplevde du at noen av dine foreldre/foresatte hadde alkohol- eller annet misbruksproblem?		
Ja	77	30
Nei	183	70
Totalt	260	100

Tabell 3.6 I kontakt med barnevernet. Antall og prosent

	Antall	Prosent
I kontakt med barnevernet før fylte 16 år?		
Ja	79	30
Nei	181	70
Totalt	260	100

¹ Presisert at egen alder var under 16 år og aldersforskjell mellom offer og overgriper mer enn fire år.

(jfr. tabell 3.1), så kan vi anta at utflyttingen har skjedd i perioder, eller at de var ganske store da dette skjedde.

Ser vi på befolkningen som helhet og tar utgangspunkt i at den består av om lag en million barn, er det totalt litt over tre prosent som mottok tiltak fra barnevernet i 2002, og en veldig liten andel av disse ble flyttet ut av hjemmet (SSB 2002). Tallene våre viser at de innsatte har vært betydelig mer utsatt, både i form av at flere har vært i kontakt med barnevernet, og at så mange som 15 prosent av alle i utvalget har opplevd at barnevernet vurderte situasjonen som så alvorlig at de ble flyttet ut av hjemmet. Det er ingen kjønnsforskjeller på dette området; en like stor andel av kvinnene som av mennene har vært i kontakt med barnevernet. Tabell 3.7 viser hva de 79 innsatte som sier de har vært i kontakt med barnevernet oppgir som årsak til kontakten.

Trettifem personer oppgir kriminell handling som årsak til at de kom i kontakt med barnevernet. Selv om vi her opererer med små tall så er det en betydelig større andel gutter som oppgir kriminell handling som årsak, enn det er kvinner. At det er flest personer som oppgir kriminalitet som årsak til at de kom i kontakt med hjelpeapparatet, viser at for en stor andel har kriminaliteten blitt gjenstand for oppmerksomhet innen de fylte 16 år. Tjueseks personer nevner andre familieproblemer som årsak til at de hadde kontakt med barnevernet, og blant disse er det en større andel kvinner enn menn. Vi vet ikke noe om hva andre familieproblemer er, men det kan være sykdom i familien, uroligheter og ulike former for omsorgssvikt. Tjuefire personer har hatt kontakt med barnevernet på grunn av misbruk av rusmidler. Også her er det en større andel kvinner enn menn som nevner rusmisbruk som årsak.

Tabell 3.7 Årsak til kontakt med barnevernet

		Antall	Prosent (n=79)*
Hva var grunnen til kontakt med barnevernet			
Kriminell handling	Nevnt	35	44
	Ikke nevnt	44	56
Misbruk av rusmidler	Nevnt	24	30
	Ikke nevnt	55	70
Mishandling	Nevnt	8	10
	Ikke nevnt	71	90
Andre familieproblemer	Nevnt	26	33
	Ikke nevnt	53	67
Annet	Nevnt	20	25
	Ikke nevnt	59	75

* Hver person kan oppgi flere grunner til at de kom i kontakt med barnevernet.

Oppsummering

Resultatene når det gjelder de fengselsinnsattes oppvekstperiode viser mange indiksjoner på en problemfylt oppvekst for en stor gruppe. Under gir vi en samlet oversikt av resultater fra undersøkelsen innenfor oppvekstområdet.

Tabell 3.8 Oppvekstforhold, etter kjønn. Antall og prosent

	Menn	Kvinner	Totalt	Prosent
Ikke oppvokst med begge foreldre	77	14	91	35
Flyttet 3 ganger eller mer før 16 års alder	51	6	57	22
Dårlig familieøkonomi*	63	8	71	27
Alvorlige motsetninger hjemme (ofte eller av og til)	71	13	84	32
Opplevd mishandling	65	11	76	29
Foreldre/foresatte med rusproblemer	65	12	77	30
Langvarig sykdom i familien	55	8	63	24
I kontakt med barnevernet	69	10	79	30
Andre i familien i fengsel	65	8	73	28
Totalt	225	35	260	100

* Her har vi samlet de som har svart at familien hadde dårlig råd (men ikke var blant de fattigste), og de som har svart at familien var blant de fattigste i nabolaget.

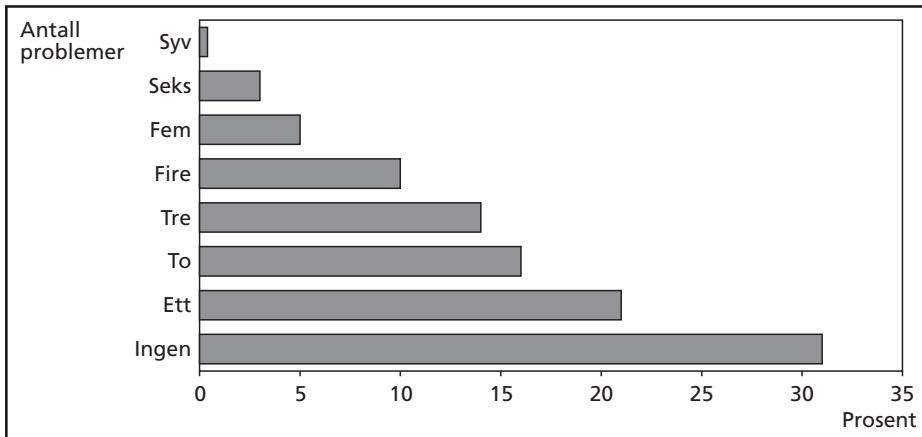
Indikatorer på dårlige levekår i oppveksten

Slår vi de ulike oppvekstproblemene sammen, får vi resultatene som vist i figur 3.1. Her har vi definert oppvekstproblemer som det å a) ikke bo sammen med verken mor eller far, b) ha vokst opp i en familie med dårlig økonomi, c) ha vokst opp med alvorlig sykdom i familien, d) ha opplevd alvorlige motsetninger i familien, e) ha blitt utsatt for mishandling, f) ha foreldre med rusproblemer, g) ha vært i kontakt med barnevernet. Disse indikatorene er valgt for å kunne sammenlikne med den svenske undersøkelsen blant innsatte (Nilsson 2002) og Skardhamars (2002) undersøkelse fra Østre fengselsdistrikt. Dette betyr at flytting og andre i familien i fengsel ikke er tatt med. Hvert spørsmål er skåret 0/1 og deretter slått sammen til en sumskåreindeks som indikerer antallet problemer.

Til sammen er det nesten en tredjedel som ikke har opplevd problemer på noen av de områdene vi har definert over, mens resten av utvalget har opplevd ett eller flere problemer. Denne fordelingen er i overensstemmelse både med svenske (jfr. Nilsson 2002) og tidligere norske (jfr. Skardhamar 2002) tall, og bekrefter bildet

av at fengselsinnsatte som gruppe har en oppvekst preget av risikofaktorer for senere problemer av ulik art. Det er viktig å minne om at det å ha verdien null i figuren ikke nødvendigvis er uttrykk for en problemfri oppvekst, men vi betrakter særlig skillet mellom dem som har ingen eller ett av problemene vi har sett på, versus de som har to eller flere som viktig. At halvparten av utvalget befinner seg i denne siste gruppen, er alvorlig.

Figur 3.1 Antall alvorlige problemer i oppveksten (n=258)



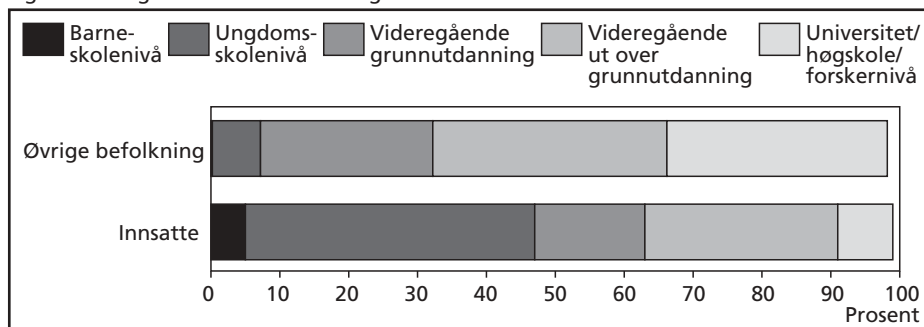
Kapittel 4 Utdanning og arbeid

I vårt samfunn er utdanning og arbeid nært knyttet til hverandre. Utdanning er en ressurs som påvirker andre levekårsressurser som arbeid og inntekt. Det å ha arbeid er en kilde til inntekt, men også en sentral levekårsressurs på grunn av sin egenverdi i form av deltakelse i et arbeidsfellesskap og opplevelse av egenverd. Tidligere undersøkelser har vist at dette er områder hvor innsatte har få formelle ressurser; den svenske levekårsundersøkelsen viste at innsatte har gjennomgående lav utdanning og er svært marginaliserte på arbeidsmarkedet (Nilsson 2002) – et bilde som ble bekreftet også i den norske undersøkelsen fra Østre fengselsdistrikt (Skardhamar 2002). I dette kapitlet ser vi nærmere på innsattes situasjon med hensyn til utdanningsnivå og tilknytning til arbeidsmarkedet.

Utdanning

Like muligheter til utdanning har vært og er et sentralt mål i Norge. Utdanning som et virkemiddel for utjevning i samfunnet og mulighet til sosial mobilitet, har vært en viktig del av velferdsstaten helt siden starten. Utdanning er en ressurs som kan utløses på arbeidsmarkedet, men det er også en ressurs på andre samfunnsarenaer og gir den enkelte et bredere grunnlag for å orientere seg i samfunnet. I figur 4.1 viser vi lengste fullførte utdanning for utvalget vårt, sammenliknet med det generelle befolkningsutvalget.

Figur 4.1 Lengste fullførte utdanning



Menn og kvinner presenteres samlet ettersom nivået generelt er svært likt, bortsett fra at andelen innsatte med universitetsutdanning var høyere blant menn (9% vs. 3%). Figuren viser to markante forskjeller: først og fremst gjelder det den store andelen innsatte (fire av ti) som har ungdomsskole som høyeste utdanningsnivå, mens dette gjelder færre enn en av ti i befolkningen ellers. Derne st gjelder det utdanning utover videregående skole: dette er det færre enn en av ti innsatte som har, mens det er fire ganger så mange i befolkningen ellers. Vi snakker altså ikke om grads-forskjeller, men nærmest om motsatte mønstre i de to gruppene. Dette er et annet bilde enn det som fremkommer i Skardhamars undersøkelse (2002). Han fant generelt færre forskjeller mellom innsatte og befolkningen enn det vi gjør, og noe av grunnen til dette kan være at spørsmålene han sammenlikner ikke er stilt på samme måte, og dessuten at han har brukt grovere svarkategorier enn det vi gjør. De svenske resultatene viste det samme mønsteret som i vårt materiale, bortsett fra i forhold til andelen innsatte helt uten *noen form* for utdanning som er høyere (15%) enn i de norske undersøkelsene (Nilsson 2002). Noe av denne forskjellen kan skyldes at Nilsson har inkludert utenlandske innsatte i sitt utvalg. I likhet med Skardhamar (2002), finner vi at andelen innsatte helt uten noen form for fullført utdanning er lav (1,5%). Vi har inkludert denne gruppen i kolonnen for lengste fullførte utdanning på barneskolenivå. Også i vårt utvalg holder forskjellene mellom innsatte og befolkningsutvalget seg når vi kontrollerer for alder (tallene blir imidlertid små når vi deler inn både etter alder og utdanning, og vi har derfor ikke fremstilt dette i tabellform).

I tillegg til spørsmålet om fullført utdanning, spurte vi om påbegynt, men ikke fullført utdanning og hva slags type utdanning dette eventuelt var. Til sammen var det 112 personer (43%) som hadde påbegynt, men ikke fullført utdanning, og for de aller fleste av disse dreide det seg om ungdomsskole eller videregående skole. Vi stilte også spørsmål om utdanning i løpet av soningen, og svarene viste at nær en av fire tar utdanning mens de sitter i fengsel. Blant dem som tar utdanning i fengsel, gjenfinner vi imidlertid bare tre av dem (til sammen 14 personer) som i utgangspunktet har den aller laveste utdanningen (dvs. de som ikke har fullført ungdomsskolen). Dette kan delvis skyldes at de fleste av dem som mangler fullført ungdomsskole er over 30 år, og at det innebærer at terskelen for å sette seg på skolebenken for å ta grunnskoleutdanning er ekstra høy. Fordi tallene i utgangspunktet er små, er det ikke grunnlag for å trekke konklusjoner her, men det er viktig å se nærmere på om utdanningstilbudet i fengsel når frem til den utdanningsmessig aller svakeste gruppen.

Flere tidligere undersøkelser peker på at innsatte er en gruppe med dårlige erfaringer med skolen (Christie 1982, Fridhov 1991). Innen ungdomsforskning belyses også sammenhengen mellom dårlig tilpasning til utdanningssystemet og kriminalitet. Ungdom med dårlig tilpasning til eller avbrutt skolegang er mer kriminelt

belastet enn andre. Samtidig finnes det eksempler på at avbrutt skolegang kan ha den motsatte effekt og redusere lovbrudd, men dette er betinget av at de det gjelder kommer over i fast arbeid (Pape 1996:135).

Lese- og skrivevansker kan være en faktor med hensyn til dårlige skoleerfaringer. Tabell 4.1 viser andelen med slike problemer i utvalget vårt.

Femtiseks personer (22%) sa at de hadde lese- eller skriveproblemer. Andelen var like stor blant kvinner som blant menn. Lese- og skriveproblemer er en veldig generell betegnelse som kan romme alt fra problemer med rettskrivning til alvorlig dysleksi eller analfabetisme. Vi har i oppfølgingsspørsmål spurt om hvorvidt de som sier de har lese- og skriveproblemer er blitt diagnostisert av fagfolk til å være dyslektikere. Tjueåtte personer, altså mer enn halvparten av dem som sier de har lese- og skriveproblemer, har fått beskjed om at problemene skyldes dysleksi. Dette utgjør elleve prosent av det totale utvalget. Norsk Dysleksiforbund anslår at en finner alvorlige dyslektiske forstyrrelser hos fem–ti prosent av befolkningen (Dysleksiforbundet.no), mens andelen med lese- og skrivevansker er mye høyere. Det er dessuten all grunn til å ta forbehold om mørketall her. For å kunne si noe sikkert om forskjeller i utbredelsen av lese- og skrivevansker blant innsatte sammenliknet med befolkningen, er det behov for et klarere tallmateriale enn det som foreligger per i dag, der man tar utgangspunkt i den samme definisjonen av problemene. Når man gjør slike sammenlikninger, er det imidlertid viktig å ta hensyn til at innsatte generelt har mye lavere utdanningsnivå enn befolkningen ellers, noe som kan være en viktig årsak til forskjeller i andelen med lese- og skrivevansker mellom disse to gruppene (Nilsson 2002).

Tabell 4.1 Lese- og skriveproblemer. Antall og prosent

	Antall	Prosent
Har du lese- eller skriveproblemer?		
Ja	56	22
Nei	203	78
Totalt	259	100

Arbeidserfaring og yrkestilknytning

Utdanningsnivået i befolkningen stiger fortsatt, og kravene til utdanning vokser innenfor alle arbeidslivets bransjer. Uten utdanning svekkes arbeidssøkerens posisjon på arbeidsmarkedet. Ut fra dette vil en kunne slutte at mange av de innsatte i vårt utvalg vil ha en marginal posisjon på arbeidsmarkedet. I tabell 4.2 viser vi en oversikt over de innsattes tilknytning til og erfaring fra arbeidsmarkedet.

Som tabellen viser, er det et klart mindretall som var i arbeid da de ble fengslet. (Vi vet også at andelen som ikke var i arbeid fordi de var under utdanning på fengslingstidspunktet er veldig liten, kun 27 personer.) Det er verdt å merke seg at andelen i arbeid er dobbelt så høy blant menn som blant kvinner, på samme måte som det kun var én kvinne blant de 27 som var under utdanning. De som var i arbeid ble spurt om dette var en fast eller midlertidig jobb, og svarene viste at det for de aller fleste (80% både blant menn og kvinner) dreide seg om en fast jobb.

En kan tenke seg at i den gruppen som hadde fast jobb på det tidspunktet de ble fengslet, vil en finne de «mest ressurssterke» innsatte. Når vi ser nærmere på hvem denne gruppen er, skiller de seg ikke nevneverdig fra resten av utvalget, bortsett fra når det gjelder antall oppvekstproblemer. Mer enn førti prosent av dem som var i fast jobb hadde ikke noen av de oppvekstproblemene som vi tidligere har definert som risikoindikatorer for senere levekårsproblemer, mens i utvalget for øvrig var det nesten en tredjedel.

Selv om fengslingstidspunktet er preget av arbeidsledighet (eller andre former for arbeidsavbrudd) for sju av ti innsatte, så viser tabell 4.2 at det er et klart flertall både blant menn og kvinner som har erfaring fra et arbeidsforhold som har vart minst ett år. Åttifire prosent har erfaring fra et permanent arbeidsforhold, noe som betyr at de ikke alltid har vært utelukket fra arbeidsmarkedet.

Den svenske levekårsundersøkelsen (jfr. Nilsson og Tham 1999) viste at en tradisjonell yrkesklassifisering er uegnet for en relativt stor gruppe innsatte. Vi valgte derfor, i likhet med Skardhamar (2002), å be respondenten oppgi det yrket han/hun oppfattet som sitt, i stedet for å bruke forhåndsdefinerte yrkesgrupper. I etterkant har vi omkodet disse yrkene til kategorier, og resultatene av dette er presentert i tabell 4.3. Vi har så langt som mulig kategorisert de yrkene som ble oppgitt i henhold til SSBs standard for yrkesklassifisering (Statistisk sentralbyrå 1998), men oversikten gir fremdeles et relativt grovt innblikk i den enkeltes yrkesmessige bakgrunn.

Tabell 4.2 Arbeidshistorikk blant kvinner og menn. Antall og prosent

	Menn		Kvinner		Totalt	Prosent
	Antall	Prosent	Antall	Prosent		
Var i lønnet arbeid ved fengsling						
Ja	76	34	5	14	81	31
Nei	149	66	30	86	179	69
Totalt	225	100	35	100	260	100
Har hatt arbeid som varte minst ett år						
Ja	192	85	26	74	218	84
Nei	33	15	9	26	42	16
Totalt	225	100	35	100	260	100

Tabellen viser tradisjonelle kjønnsforskjeller; vi finner en større andel kvinner i lavstatusyrker som omsorgsyrker og yrker som ikke krever utdanning, og dessuten finner vi flere kvinner som oppgir å ikke ha noe eget yrke. Tabellen viser ellers en klar overvekt i utvalget av faglærte og ufaglærte arbeidere, og også totalt sett en betydelig andel som ikke har noe yrke. Tallene stemmer godt overens både med Nilssons (2002) og Skardhamars (2002) resultater. Når vi krysser utdanningsnivået i utvalget med denne yrkesklassifiseringen, bekreftes antakelsen om at denne klassifiseringen ikke er godt egnet for dette spesielle utvalget av befolkningen. Eksempelvis viser det seg at majoriteten av dem som er klassifisert som håndverkere i tabell 4.3, ikke har utdanning utover ungdomsskolen, og dermed i praksis er ufaglærte. Andelen uten formell yrkesutdanning er derfor høyere enn det tabellen gir inntrykk av. Det høye innslaget av ufaglærte blant innsatte gjør det vanskelig å sammenlikne yrkestilhørighet blant innsatte med befolkningen ellers, fordi bildet gir inntrykk av forskjeller i yrkestilhørighet som egentlig handler om forskjeller i formell utdanning.

Tabell 4.3 Yrkesgrupper blant kvinner og menn. Antall og prosent

Yrkesgruppe	Menn	Kvinner	Totalt	Prosent
1. Adm. leder/akademiske yrker (4 år+ utd)	7	1	8	3
2. Yrker m/høgskole/univ. kortere enn 4 år	18	2	20	8
3. Kontor/kundeservice	4	2	6	2
4. Salgs-, service- og omsorgsyrker	19	7	26	10
5. Jord-/skogbruk, fiske	10	-	10	4
6. Håndverkere	64	1	65	25
7. Prosess-/maskin-/transportarbeidere	36	1	37	14
8. Yrker uten krav til utdanning	13	7	20	8
9. Uklassifiserbare/har ikke noe yrke	54	14	68	26
Totalt	225	35	260	100

Oppsummering

Innsatte har langt lavere utdanningsnivå enn resten av befolkningen, og utdanningsmønsteret er nærmest motsatt i de to gruppene. Åtte av ti innsatte har erfaring med et stabilt arbeidsforhold av mer enn ett års varighet. Samtidig må vi konkludere med at utvalget er klart marginalisert på arbeidsmarkedet, ettersom kun tre av ti var i lønnet arbeid da de ble fengslet, og en stor andel mangler formell yrkesutdanning.

Indikatorer på utdannings- og arbeidsmessige problemer

For å se nærmere på hopningstendenser, har vi laget en oppsummering av problemer på områdene utdanning og arbeid, tilsvarende den vi lagde for oppvekstproblemer. Vi har i dette tilfellet definert problemer som a) inntil fullført grunnskole som lengste utdanning, b) lese- eller skriveproblemer, c) uten eget yrke, eller yrke uten krav til utdanning, og d) ikke hatt arbeidsforhold som har vart minst ett år. Hvert spørsmål er skåret 0/1 og deretter slått sammen til en sumskåreindeks som indikerer antallet problemer. Resultatene er vist i tabell 4.4.

Tretti prosent av utvalget har ingen av de definerte problemene. Over en tredjedel har ett av problemene, mens de øvrige 35 prosentene har to eller flere problemer. Dette må, uansett den konkrete problemkombinasjonen, betraktes som alvorlig, ettersom det innebærer et alvorlig hinder for likestilt deltakelse i arbeidslivet. Tabellen viser også et annet viktig funn, nemlig tendensen til tyngre problemkonsentrasjon hos kvinner enn hos menn. Tre ganger så mange kvinner som menn har tre problemer eller mer, noe som gjør dem til en særdeles utsatt gruppe på arbeidsmarkedet.

Tabell 4.4 Antall problemer knyttet til utdanning og arbeid. Antall og prosent

Antall problemer	Menn		Kvinner		Totalt	Prosent
	Antall	Prosent	Antall	Prosent		
0	68	30	10	29	78	30
1	83	37	8	23	91	35
2	53	24	6	17	59	23
3	19	8	9	26	28	11
4	2	1	2	6	4	1
Totalt	221	100	35	100	256	100

Kapittel 5 Boforhold og økonomi

Boforhold og økonomi er to basale levekårsfaktorer. Å ha et sted å bo, ikke bare et sted å sove, men et hjem som er ditt eget er en viktig forutsetning for å leve et godt liv. Samtidig er det essensielt å ha noe å leve av, en inntekt som gjør det mulig å opprettholde en alminnelig levestandard. Økonomi handler ikke bare om inntekt, men også om gjeld, og følgelig den enkeltes reelle økonomiske situasjon. Vi presenterer de innsattes situasjon i forhold til alle disse faktorene i dette kapitlet.

Boligsituasjon

Boligen er en ramme rundt hverdagen, et sted å være seg selv og en arena for sosial kontakt. Hvordan en bor avhenger av økonomisk status, men uavhengig av det er boforhold viktig for muligheten til stabile og gode levekår. Tabell 5.1 viser boligsituasjon blant de innsatte siste måned før (nåværende) fengsling. Det var få forskjeller mellom kvinner og menn, og vi presenterer derfor tallene samlet.

To tredjedeler av utvalget bodde i eid eller leid bolig, mens de øvrige mangler egen bolig. I utgangspunktet er det bare tre personer som oppgir at de ikke hadde noe sted å bo da de ble fengslet, det vil si at de er helt bostedsløse. Det er imidlertid

Tabell 5.1 Bosted siste måned før fengsling. Antall og prosent

	Antall	Prosent
I egen (eier selv) leilighet/enebolig	56	22
I leid leilighet/enebolig	113	44
Tjenestebolig (vaktmesterbolig, eller liknende)	1	0,4
Trygdebolig (eller liknende)	9	4
Hospits/hybelhus	12	5
Hos venner	12	5
Hos kjæreste	15	6
Hos annen familie	29	11
Hadde ikke noe sted å bo	3	1
Annet	10	4
Totalt	260	100

vanlig å definere bostedsløs som det å ikke disponere egen eid eller leid bolig, og være henvist til tilfeldige boalternativer (Ulfrstad 1997). Ut fra denne definisjonen er også de som har oppgitt at de bodde på hospits, hos venner, kjæreste, eller annen familie i praksis bostedsløse. Tre av ti innsatte tilhører denne gruppen. I befolkningen for øvrig var det i 1997 6200² bostedsløse, det vil si om lag 0,14 prosent av befolkningen. Sekstio prosent av de hjemløse bodde i de fire største byene. Majoriteten av de bostedsløse bodde sammen med venner eller i institusjoner som for eksempel hospits (Ulfrstad 1997).

Et annet mål på tilknytning til boligmarkedet er hvor lenge personene har bodd på det stedet de bodde da de ble fengslet. Tabell 5.2 viser hvor mange år de innsatte hadde bodd der de bodde da de ble fengslet.

Innledningsvis i dette kapitlet viste vi at to tredjedeler av utvalget bor i eid eller leid leilighet. Ut fra dette skulle en anta at et stort flertall av de innsatte har en stabil bosituasjon. Når vi ser nærmere på bosituasjonen, viser det seg imidlertid at bildet er mer komplekst, og vi ser konturene av at en stor andel har en ustabil tilknytning til boligmarkedet. Trettitre prosent hadde bodd i under ett år på det bostedet de oppga som bosted da de ble fengslet. Regner vi sammen de som har bodd på samme stedet ett år eller mindre, så utgjør det om lag halvparten av utvalget. Det er med andre ord slik at en betydelig andel av dem som hadde egen bolig, hadde bodd der relativt kort tid, noe som kan indikere en ustabil boligsituasjon også for dem som hadde bolig før de ble fengslet.

Tabell 5.2 Antall år på bosted før de ble fengslet. Antall og prosent

År	Antall	Prosent
0	85	33
1	60	24
2	31	12
3	19	8
4 år og lenger	62	24
Totalt	257	H»100

² I disse dager foregår det en ny kartlegging av bostedsløse: Forskningsstiftelsen Fafo gjør en kartlegging av tjenestene til bostedsløse, og Byggforsk gjør en kartlegging av antall bostedsløse.

Inntekt

Inntekt er en levekårsressurs som kan veksles mot mange levekårsgoder, for eksempel bolig. For å betale husleie eller betjene lån er en avhengig av stabil inntekt. Vi går videre til å se på utvalgets økonomiske situasjon.

Fra kapitlet utdanning og arbeid vet vi at 31 prosent var i arbeid da de ble fengslet, dermed vil arbeidsinntekt kun være én blant flere inntektskilder. Tabell 5.3 viser en oversikt over utvalgets to viktigste hovedinntektskilder det siste året før fengsling.

I tillegg til inntektsgivende arbeid, er sosialhjelp og kriminalitet blant de hovedinntektskilder som oppgis av flest. Vi har ikke delt inn tallene etter kjønn, ettersom fordelingen viste seg å være nokså lik blant menn og kvinner, med ett viktig unntak: andelen blant kvinner som oppga inntektsgivende arbeid som en av sine (to) hovedinntektskilder var mye lavere enn blant menn (14% kvinner vs. 42% blant menn). De som oppga at de hadde inntektsgivende arbeid som hovedinntektskilde oppga i liten grad andre hovedinntektskilder. En liten andel hadde kriminalitet i tillegg til inntektsgivende arbeid som hovedinntektskilde. Blant dem som hadde kriminalitet som en hovedinntektskilde var kombinasjonen med sosialhjelp den vanligste. Dette sier noe om at det er blant dem uten inntektsgivende arbeid en finner de som har vanskeligst for å klare seg økonomisk, og kriminalitet blir en tilleggsinntektskilde. Sett i det perspektivet er det ikke overraskende at vi blant dem med kombinasjonen sosialhjelp og kriminalitet som hovedinntektskilder finner en stor andel rusmisbrukere.

Tabell 5.3 To viktigste hovedinntektskilder siste år før fengsling. Antall og prosent

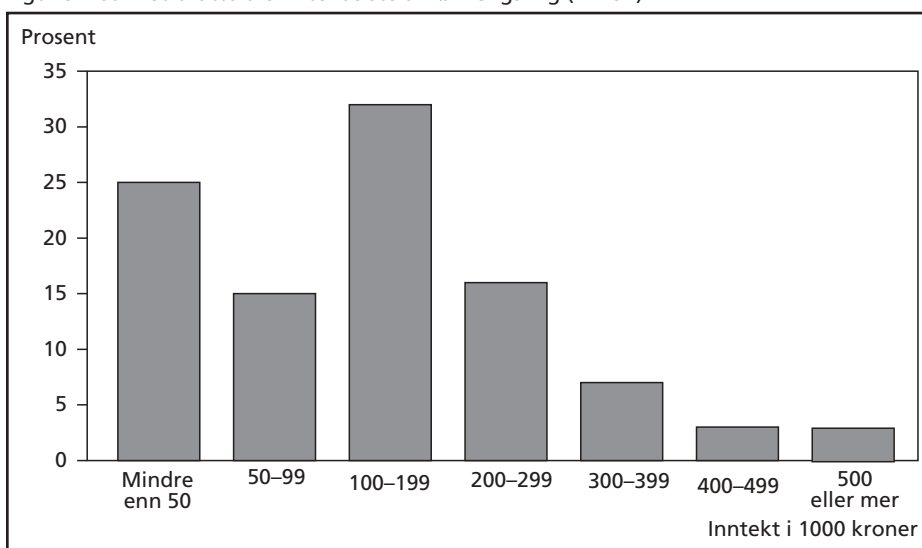
	Antall	Prosent*
Inntektsgivende arbeid	100	39
Arbeidsledighetstrygd	32	12
Studielån	3	1
Sykepengar	21	8
Pensjon (inkl. uførepensjon)	32	12
Sosialhjelp	67	26
Bidrag fra foreldre/familie	12	5
Bidrag fra kjæreste/venner	10	4
Kriminalitet	76	30
Annet	23	9

* Summene her utgjør mer enn 100% fordi spørsmålet åpnet for å oppgi to hovedinntektskilder.

Når vi går videre til å se på brutto årsinntekt, så er dette inntekt uavhengig av inntektskilde.

Tallene er presentert for menn og kvinner samlet, og viser dermed ikke at det er en langt høyere andel blant kvinnene som befinner seg i den laveste innteksgruppen (dvs. under 50 000 kroner). Totalt er det en fjerdedel av utvalget som har en bruttoinntekt på under 50 000 kroner, og fire av ti kvinner befinner seg i denne gruppen. Med unntak av én person som hadde inntekt mellom 400 000–499 000, er kvinnene også helt fraværende i de høyere innteksgruppene. Tatt i betraktning at det var færre blant kvinnene enn blant mennene som var i inntektsgivende arbeid før innsettelsen, jfr. kapittel 4, er ikke det uventet. Totalt hadde 40 prosent av utvalget en bruttoinntekt under 100 000 kroner. I Regjeringens Fattigdomsmelding (Sosialdepartementet 2002) opererer de med en fattigdomsgrense på 85 000 kroner i disponibel inntekt for 2002, definert ut fra halvparten av medianinntekten i befolkningen. Ifølge dette målet var 5,5 prosent av befolkningen fattige i 2001 (Statistisk sentralbyrå 2003b). Selv om vi har spurt etter *brutto*inntekt, kan vi anta at de som har en bruttoinntekt under 100 000 ikke vil sitte igjen med mer enn 85 000 kroner netto. Beregnet på denne måten befinner nærmere 40 prosent i vårt utvalg seg under fattigdomsgrensa. Ser vi det i sammenheng med det generelt lave utdanningsnivået i denne gruppen, blir bildet ytterligere dramatisk, fordi det viser at vi står overfor en gruppe med få ressurser til å komme seg ut av den økonomiske fattigdommen.

Figur 5.1 Samlet brutto årsinntekt siste år før fengsling (n=252)



Et ytterligere mål på økonomisk situasjon er om en har problemer med løpende utgifter. På spørsmålet om de i løpet av det siste året før fengslingen hadde hatt problemer med å klare løpende utgifter, ser svarfordelingen ut som vist i tabell 5.4.

Hvis vi slår sammen alle som har hatt problemer med å klare utgiftene, får vi et bilde som er svært likt resultatene i den svenske levekårsundersøkelsen blant innsatte (Nilsson 2002). Om lag 40 prosent har hatt problemer med løpende utgifter det siste året, 22 prosent har hatt det ofte. I befolkningen for øvrig var det i 1995 fire prosent som oppga at de ofte hadde problemer med løpende utgifter (Levekårsundersøkelsen 1995, SSB). Det vil si at det var mer enn fem ganger så mange blant de innsatte som har opplevd dette enn i befolkningen for øvrig.

Tabell 5.4 Problemer med løpende utgifter siste år. Antall og prosent

	Menn	Kvinner	Totalt	Prosent
Problemer med løpende utgifter siste år (før fengsling)?				
Ofte	50	8	58	22
Av og til	28	7	35	14
En sjelden gang	5	1	6	2
Aldri	142	19	161	62
Totalt	225	35	260	100

Gjeld

Hele 40 prosent av de innsatte kan betraktes som inntektsfattige. En tilsvarende andel har problemer med å klare løpende utgifter. For å fylle ut bildet av den økonomiske situasjon ser vi nå på andelen som har gjeld, og hvilken type gjeld dette dreier seg om.

Tabell 5.5 (se neste side) viser at åtte av ti har gjeld, og andelen er like stor blant menn som blant kvinner. Ellers ser vi en høyere andelen kvinner med studielån, mens ubetalte barnebidrag omfatter en langt større andel menn enn kvinner. Sekstisju prosent av de innsatte, i all hovedsak menn, hadde gjeld på grunn av idømt bøter eller erstatning. En av ti innsatte har narkogjeld, og en av ti skylder penger til venner eller familie (vi kommer tilbake til forholdet mellom rusmisbruk og økonomi i kapittel 7). Ved å se på hvor mange typer gjeld den enkelte har, finner vi at to tredjedeler har én eller to typer gjeld, 21 prosent har tre typer gjeld, mens resten har mer enn tre typer gjeld. Denne fordelingen er lik for kvinner og menn. Gjeldens totale størrelse er vist i tabell 5.6 (se neste side).

Som det fremgår av tabellen, har hver tiende innsatte gjeld på en million kroner eller mer, noe som stemmer godt overens med tallene til Nilsson (2002). Som tidligere vist er det kun et mindretall av de innsatte som var i arbeid da de ble fengslet, og et stort flertall har meget begrenset økonomi. Det betyr at gjelden vil være en tung bølge for en stor andel i utvalget. Et eksempel på det er at blant dem som ikke hadde inntektsgivende arbeid da de ble fengslet, hadde 40 prosent gjeld på 250 000 kroner eller mer.

En fjerdedel av dem som har gjeld (54 personer), skylder penger til privatpersoner. Vi har spurt konkret om hvor stor denne delen av deres gjeld er, og det viser seg at det for halvparten dreier seg om beløp opptil 50 000 kroner, mens det

Tabell 5.5 Gjeld blant kvinner og menn (n=215). Antall og prosent*

	Menn	Kvinner	Totalt	Prosent
Andel som har gjeld	186	29	215	83
Type gjeld				
Boliggjeld	40	7	47	22
Studiegjeld	50	18	63	30
Bilgjeld	28	2	30	14
Gjeld på forbrukslån	55	11	66	31
Gjeld pga idømte bøter	55	11	66	31
Gjeld pga idømt erstatning	70	8	78	36
Gjeld pga ubetalte barnebidrag	38	2	40	19
Narkogjeld	20	4	24	11
Gjeld til venner/familie	17	5	22	10
Annet	48	8	56	26

* Summen utgjør mer enn 100% fordi spørsmålet spurte etter *alle* aktuelle gjeldsformer den enkelte hadde

Tabell 5.6 Gjeldens størrelse blant kvinner og menn (n=215). Antall og prosent

	Menn	Kvinner	Totalt	Prosent
Under 50.000 kroner	31	1	32	15
50–100.000 kroner	21	8	29	14
100–250.000 kroner	60	8	68	32
250–500.000 kroner	26	3	29	14
500–1.000.000 kroner	32	4	36	17
1.000.000 eller mer	16	5	21	10
Totalt	186	29	215	100

for den andre halvparten dreier seg om beløp som er større enn dette. Sju personer svarer bekreftende på at de har opparbeidet deler av/hele denne gjelden mens de har sittet i fengsel.

Oppsummering

Trettifem prosent av de innsatte var bostedsløse i tiden før de ble fengslet. En ytterligere indikasjon på at en stor andel har ustabile boforhold ser vi i at rundt halvparten av utvalget oppgir at de ikke har bodd i boligen mer enn ett år.

Nær fire av ti oppga inntektsgivende arbeid som en av sine hovedinntektskilder. Dette er en høyere andel enn både den svenske (Nilsson 2002) og den norske levekårsundersøkelsen blant innsatte (Skardhamar 2002). De innsatte har meget lav bruttoinntekt sett i forhold til befolkningen for øvrig. Vi antar at 40 prosent av utvalget befinner seg under en fattigdomsgrense på 85 000 kroner. Samtidig har de fleste gjeld, og hver tiende innsatte har en gjeld på en million kroner eller mer.

Indikatorer på økonomiske problemer

Når det gjelder økonomiske problemer, har vi definert dette slik: a) uten inntektsgivende arbeid som hovedinntektskilde året før fengsling, b) ofte problemer med løpende utgifter, c) bruttoinntekt på mindre enn 100 000 kroner året før fengsling, og d) gjeld på 250 000 kroner eller mer. Hvert spørsmål er kodet 0/1 og deretter slått sammen til en indeks for antall økonomiske problemer. Resultatene er vist i tabell 5.7.

Til sammen 15 prosent av utvalget har ingen av de økonomiske problemene vi har definert, mens en liten gruppe på elleve personer har alle problemene. Det er

Tabell 5.7 Antall problemer knyttet til økonomi. Antall og prosent

	Menn	Kvinner	Totalt	Prosent
0	37	1	38	15
1	68	10	78	30
2	61	11	72	28
3	49	12	61	24
4	10	1	11	4
Totalt	225	35	260	100

verdt å merke seg at en fjerdedel har tre av problemene, noe som må sies å innebære en svært vanskelig økonomisk situasjon. Det å ha økonomiske problemer er ikke ualminnelig i seg selv, men det som gjør de innsattes situasjon spesielt vanskelig, er kombinasjonen av gjennomgående meget lav inntekt, gjeld og svak arbeidsmarkeds-tilknytning.

Kapittel 6 Fysisk og psykisk helse

Som vist i kapitlene foran har mange innsatte en livssituasjon preget av problemer som også er risikofaktorer for dårlig helse. Det å sitte i fengsel kan dessuten i seg selv tenkes å påvirke helsen i negativ retning. Både ut fra dette, og ut fra tidligere forskning på temaet (jfr. kapittel 1, side 7), kan vi derfor forvente at innsatte har dårligere helse enn befolkningen ellers.

Helse er en sentral levekårskomponent, men som for de andre levekårskomponentene er det lettere å definere hva som utgjør problemer og mangler enn hva som utgjør «god helse». Selv om vi går ut fra at god helse for de aller fleste dreier seg om langt mer enn fravær av sykdom, spiller sykdom likevel en viktig rolle i en vurdering av helsetilstand. I de nasjonale helse- og levekårsundersøkelsene er helsemålet basert på en subjektiv definisjon, mens sykkelighetsmålet er basert på hver enkelts beskrivelse av en (konkret) tilstand (Ramm 1997). Når det gjelder psykisk helse, måles dette som grader av plager som deretter slås sammen for å kategoriseres i henhold til standarder for hva som utgjør så mange eller tunge plager at det kan betraktes som behandlingstrengende. Vi kommer tilbake til en diskusjon av begrensningene ved en slik innfallsvinkel når vi avslutningsvis i kapitlet diskuterer helheten i resultatene.

Fysisk helse

Tabell 6.1 (se neste side) viser fordelingen i utvalget vårt og i befolkningsutvalget på et sett med spørsmål om egenvurdert helse og selvrappportert sykdom.

Både blant innsatte og i befolkningen ellers sier en av tre at de har god helse. Svært få i befolkningsutvalget sier at de har dårlig helse, mens en av ti innsatte oppgir dette. Også når det gjelder helsesituasjon nå sammenliknet med det siste året, er det forskjeller mellom utvalgene. Befolkningstallene er preget av stabilitet: tre fjerdedeler sier at helsesituasjonen er omtrent den samme som i fjor. Blant de innsatte er andelen med stabil helse lavere, og dette skyldes både at en stor gruppe opplever å ha fått bedre helse, men også at noen har fått dårligere helse. At en såpass stor andel opplever at helsen er bedre enn i fjor, kan skyldes blant annet at fengslingen for noen innebærer et pusterom i en belastet hverdag – med fengslingen kommer også til-

gang til regelmessige måltider, medisinsk behandling, en seng å sove i etc. Et konkret uttrykk for andelen som er plaget av en eller flere varige sykdommer får vi i tabell 6.2.

På begge spørsmålene som er presentert i tabell 6.2 er det klare forskjeller mellom de to utvalgene: Halvparten av de innsatte oppgir en (eller flere) kronisk sykdom (vs. tre av ti i befolkningen), og andelen som er plaget av denne/disse i høy grad, er dobbelt så stor sammenliknet med befolkningen ellers.

Tabell 6.1 Egenvurdert helse. Antall og prosent

	Innsatte			Prosent	Befolkningen for øvrig			
	Menn	Kvinner	Totalt		Menn	Kvinner	Totalt	Prosent
Egenvurdert helsetilstand								
Utmerket	40	7	47	18	65	8	73	19
Meget god	67	8	75	29	142	29	171	45
God	66	10	76	29	84	17	101	27
Nokså god	31	3	34	13	21	6	27	7
Dårlig	21	7	28	11	8	1	9	2
Totalt	225	35	260	100	320	61	381	100
Helsesituasjon nå sammenliknet med for ett år siden								
Mye bedre nå	50	4	54	21	10	6	16	4
Litt bedre nå	41	9	50	19	32	10	41	11
Omtrent den samme	88	14	102	39	250	40	290	76
Litt dårligere nå	34	5	39	15	27	4	31	8
Mye dårligere nå	12	3	15	6	2	1	3	1
Totalt	225	35	260	100	321	61	382	100

Tabell 6.2 Kronisk sykdom og innvirkning på hverdagen. Antall og prosent

	Innsatte			Prosent	Befolkningen for øvrig			
	Menn	Kvinner	Totalt		Menn	Kvinner	Totalt	Prosent
Har kronisk sykdom/skade								
Ja	106	22	128	49	137	21	158	31
Nei	119	13	132	51	309	49	358	69
Totalt	225	35	260	100	446	70	516	100
Hvordan virker sykdom inn på hverdagen?*								
I høy grad	35	6	41	32	32	8	40	15
I noen grad	29	7	36	28	72	18	90	34
I liten grad	22	5	27	21	75	9	84	32
Ikke i det hele tatt	20	4	24	19	49	3	52	20
Totalt	106	22	128	100	228	38	266	100

* Bare stilt til dem som har kronisk sykdom/skade eller funksjonshemming

For å få et innblikk i hva slags sykdommer det er snakk om, spurte vi dem som oppga at de hadde kronisk sykdom (n=128; 106 menn og 22 kvinner) hva slags sykdom eller skade dette dreide seg om, og det var mulig å oppgi totalt tre slike.³ De viktigste problemområdene (i den forstand at de nevnes av flest) er muskel- og skjelett-plager, leversykdommer, psykiske problemer, og astma- og allergiplager. Når det gjelder leversykdommer, dreier dette seg i all hovedsak om hepatitt (B og C) og reflekterer den store andelen stoffmisbrukere i utvalget.

Et ytterligere innblikk i helsetilstanden får vi gjennom spørsmålene knyttet til tannhelse.

Nesten to tredjedeler oppgir at de har god eller ganske god tannhelse, mens resten svarer at tannhelsen er dårlig eller ganske dårlig. I gruppen med dårlig tannhelse er et stort flertall (70%) rusmisbrukere. Nesten alle som hadde dårlig/ganske dårlig tannhelse svarte bekreftende på oppfølgingsspørsmålet om behov for tannbehandling. Det er med andre ord en betydelig gruppe (til sammen 84 personer) blant de innsatte som opplever behov for tannbehandling.

I tillegg til spørsmålene om egenvurdert helse og kroniske sykdommer, inkluderte vi det samme settet med spørsmål om konkrete kroppslige symptomer og plager som er stilt til befolkningen generelt. Tabell 6.4 (neste side) viser antallet blant henholdsvis innsatte og i befolkningsutvalget som oppga at de i løpet av de siste tre månedene hadde vært (stadig og tilbakevendende) plaget av de ulike plagene.

Tabell 6.3 Tannhelse. Antall og prosent

	Menn	Kvinner	Totalt	Prosent
Hvordan vurderer du din egen tannhelse?				
God	94	10	104	40
Ganske god	56	10	66	25
Ganske dårlig	32	5	37	14
Dårlig	43	10	53	20
Totalt	225	35	260	100

³ På grunn av måten informasjonen er innhentet på, betrakter vi svarene på dette spørsmålet som uttrykk for den enkeltes umiddelbare assosiasjon til kronisk sykdom, og ikke som et uttrykk for det fullstendig sykdomspanoramaet i gruppen. Dette ville kreve mer detaljert utspørring fra intervjuerens side og eksemplifisering i form av konkrete sykdommer, f.eks. ved at intervjueren viser frem kort med ulike sykdommer og ber vedkommende svare på om han/hun har noen av disse. Det er denne fremgangsmåten som benyttes i helseundersøkelsene i befolkningen, fordi man antar at dette er den beste måten å få et uttømmende innblikk i sykdomsforekomst på. Blant innsatte hadde vi ikke anledning til en så detaljert utspørring. Svarene de innsatte har gitt kan derfor ikke brukes til å anslå hvor mange som lider av bestemte kroniske sykdommer, men er å betrakte som innblikk i problemområdet.

Vi har ikke skilt mellom kvinner og menn, ettersom det ikke er store kjønnsforskjeller i noen av utvalgene. Unntak fra dette er at det i begge utvalgene er en større andel kvinner enn menn som oppgir kvalme/fordøyelsesbesvær, og at det i fengselsutvalget er en større andel kvinner enn menn som oppgir konsentrasjonsvansker (i befolkningen ellers er det omvendt). Ellers viser tabellen at andelene med fysiske symptomer er nokså like i de to utvalgene, mens det er til dels store forskjeller med hensyn til de psykiske plagene. Seks prosent av befolkningen har vært plaget av angst eller fobier de siste tre månedene, mens andelen blant de innsatte er tre ganger så høy. Andelen som har vært deprimert eller nedstemt er også mer enn dobbelt så høy blant de innsatte. Også søvnproblemer, konsentrasjonsvansker og irritabilitet er mer utbredt blant de innsatte. Dette siste temaet utdypet vi senere i intervjuet ved å spørre om vedkommende oppfattet seg som bråsint, og hvorvidt dette i så fall ofte førte til problemer for ham/henne. Tre av ti innsatte svarte at de var bråsinte, og blant disse førte dette for mer enn halvparten ofte til problemer.

Ser vi på antallet plager hver person har, finner vi at det ikke er store forskjeller mellom utvalgene i *antallet* plager (de fleste oppgir færre enn fem plager), mens tabell 6.4 altså viser at det er viktige forskjeller når det gjelder hva slags plager dette er.

Tabell 6.4 Symptomer og plager siste 3 måneder blant innsatte og befolkningen ellers. Antall og prosent

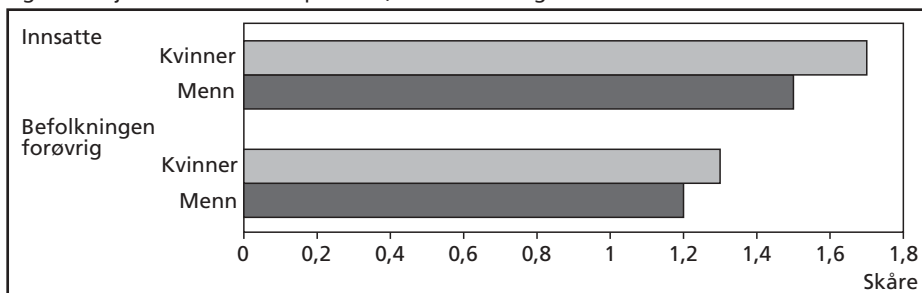
	Innsatte (n=260)		Befolkningsutvalget (n=244)	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Smerter i kroppen	71	27	75	31
Hodepine eller migrene	80	31	87	36
Kløe eller svie	29	11	21	9
Tett nese eller rennende øyne	58	22	57	23
Pustebesvær, kortpustethet	44	17	25	19
Hoste	27	10	35	14
Kvalme el. fordøyelsesbesvær	24	9	23	9
Svimmelhet el. dårlig balanse	38	15	20	8
Angst el. fobier	45	17	15	6
Være nedstemt el. deprimert	92	36	35	14
Være irritabel el. aggressiv	71	27	33	14
Konsentrasjonsvansker	79	31	35	14
Søvnproblemer	99	38	64	26
Trett eller slapp	84	32	97	40
Andre helseplager	17	7	15	6

Psykiske plager

En vesentlig del av diskusjonen om innsattes helse dreier seg om deres psykiske helse, og mer konkret om hvor mange innsatte som har psykiske problemer. Psykiske problemer eller plager kan måles på en rekke forskjellige måter, og anslagene over hvor mange som er plaget, vil variere i henhold til dette. Vi har valgt å benytte den symptomskalaen som brukes i helseundersøkelsene i den generelle befolkningen (Hopkins Symptom Checklist-25), slik at vi har et sammenlikningsgrunnlag for tallene vi finner blant de innsatte. De 25 spørsmålene som inngår i kortversjonen av Hopkins Symptom Checklist (heretter referert til som HSCL-25) er ment å være deler av en sumskåreindeks, og vi vil derfor ikke presentere resultater fra enkeltdeleler av denne skalaen. Sumskåreindeksen fremkommer ved at alle enkeltspørsmål summeres og divideres på antall spørsmål. Da fremkommer det for hver person en skåre som kan variere fra 1 (som innebærer at vedkommende har svart «ikke plaget» på alle enkeltspørsmålene) til 4 (som innebærer at vedkommende har svart «veldig mye plaget» på alle spørsmålene). Skalaen måler symptomtrykk, eller det vi i det følgende kaller psykiske plager. Figur 6.1 viser gjennomsnittsverdier for menn og kvinner blant innsatte og i den øvrige befolkningen. I begge utvalgene er referanserammen hvordan situasjonen har vært de siste 14 dagene.

Vi ser her at innsatte skårer høyere (oppgir altså gjennomsnittlig å være mer plaget) enn befolkningen for øvrig.⁴ Gjennomsnittsskårene gir et innledende overblikk, men sier ikke noe om hvor mange i de to utvalgene som er mye plaget. For å gi et bilde av dette, holder vi oss til 1,75 som grenseverdi. Dette er den grenseverdien som i andre norske studier brukes for å skille ut de som er så plaget at de sannsynligvis

Figur 6.1 Gjennomsnittsskårer på HSCL, blant menn og kvinner

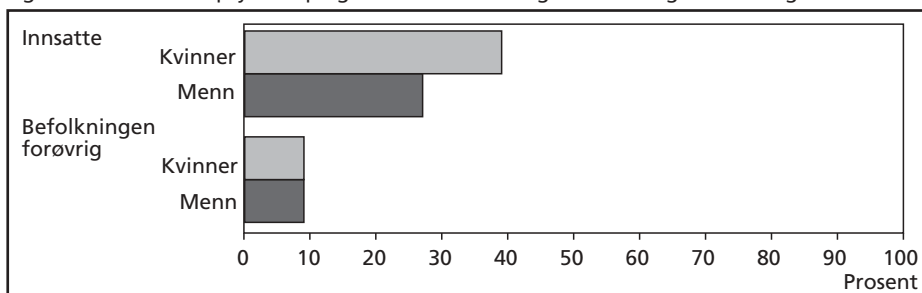


⁴ Forskjellene mellom utvalgene er signifikante, men kjønnsforskjellene innad i utvalgene er ikke det.

ville ha fått en (eller flere) psykiatrisk(e) diagnose dersom de var blitt undersøkt klinisk (Sandanger et al. 1998, Strand, Dalgard, Tambs og Rognerud 2003). Det betyr at personer som skårer 1,75 eller høyere på HSCL-25 anses å ha dårlig psykisk helse («sannsynlig psykiatrisk tilfelle»). Figur 6.2 viser andelen som skårer over denne grenseverdien i fengselsutvalget og det generelle befolkningsutvalget.

Figuren viser dramatiske forskjeller mellom de to utvalgene. I befolkningen er det både blant kvinner og menn om lag en av ti som har psykiske plager, mens andelen blant mannlige innsatte er tre ganger så høy og fire ganger så høy blant kvinnelige innsatte. Skalaen vi har brukt (HSCL-25) til å måle psykiske plager gir et uttrykk for generelt symptomtrykk/«distress» og har vist seg som en god prediktor særlig for depresjon og angstlidelser (Sandanger et al. 1998), som er de lidelsene som tidligere er funnet å være særlig utbredt blant innsatte (Gamman et al. 2000). Vi har ikke grunnlag for å si noe om andelen i vårt utvalg som tilfredsstillende diagnose, og nøyer oss derfor med å betrakte resultatene som en indikasjon på at en betydelig andel innsatte er preget av et alvorlig psykisk symptomtrykk. Hva slags og hvor omfattende behandlingsbehov den enkelte har, må deretter i neste omgang utredes gjennom kliniske undersøkelser og vanlige diagnostiseringsprosedyrer. Graden av lidelse sprer seg imidlertid over hele den skalaen vi bruker, og kan gjenfinnes i sterk og mindre sterk grad hos enkeltpersoner både over og under en slik teoretisk grenseverdi.

Figur 6.2 Andel med psykiske plager blant innsatte og i befolkningen for øvrig



Egenrapportert hyperaktivitet

I tillegg til spørsmål om psykiske problemer generelt, stilte vi spørsmål som dreide seg spesielt om hyperaktivitet (vi har brukt denne betegnelsen fremfor ADHD i intervjuet og holder oss derfor til den her også), ettersom dette har vært fremhevet som et spesielt problem blant innsatte (se for eksempel Rasmussen, Almvik og Levander 2000, Rasmussen et al. 2001). Tallene i vår undersøkelse er ikke fremkommet gjennom sjekklister eller andre strukturerte måter å måle forekomst av hyperaktivitet på, men reflekterer respondentenes egen vurdering av hvorvidt de som barn var hyperaktive. Når vi i tillegg har spurt om de fikk behandling for dette, er det et forsøk på å avklare alvorlighetsgraden av problemene. Resultatene viste at bare tre kvinner var blitt vurdert som hyperaktive som barn, mens dette gjaldt 23 prosent (51) av mennene. Bare et fåtall (seks personer) hadde fått medisiner eller annen behandling for disse problemene som barn. Halvparten av dem som var vurdert som hyperaktive som barn, oppgir at de fremdeles er plaget av de samme problemene. Et fåtall av disse (seks personer) får (medisiner eller annen) behandling for disse problemene nå. Forekomsten av hyperaktivitet i vårt utvalg ligger lavere enn de 46 prosentene med hyperaktivitet som barn som Rasmussen et al. (2000) beregnet i sin undersøkelse av innsatte. Når det gjelder hyperaktivitet som voksen, oppgir Rasmussen et al. en beregnet forekomst på 1–3 prosent i den generelle befolkningen, mens de finner at 30 prosent av de innsatte tilfredsstiller kravene til hyperaktivitet. Også dette er langt høyere enn de elleve prosentene i vårt utvalg som oppgir at de fremdeles er plaget av de problemene som ble vurdert som uttrykk for hyperaktivitet da de var barn. Vår måte å undersøke dette på er basert på den enkeltes hukommelse, og representerer langt fra noen endelig avklaring av den faktiske situasjonen, men resultatene støtter antakelsen om høyere forekomst blant innsatte enn i befolkningen ellers. For å komme frem til et pålitelig anslag over forekomsten, må det imidlertid gjennomføres kliniske undersøkelser med utgangspunkt i diagnostiseringskriterier for ADHD hos voksne (jfr. Aanonsen 2000 for en diskusjon av kriteriene, og usikkerheten som knytter seg til dem).

Selvopplevd behandlingsbehov for psykiske problemer

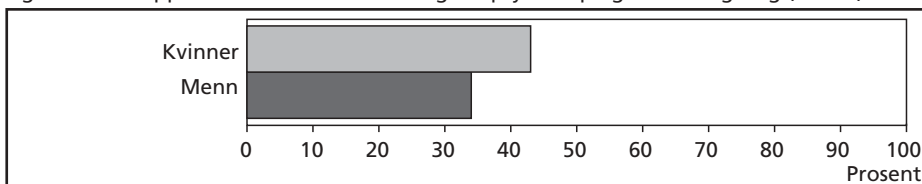
Alle innsatte fikk spørsmål om de før fengslingen hadde opplevd at de hadde behov for behandling for psykiske problemer, og hva dette i så fall førte til. Antallet som hadde opplevd behandlingsbehov er vist i figur 6.3 (neste side).

En betydelig andel har opplevd å ha behov for behandling for psykiske problemer, og de aller fleste har gitt beskjed til andre om dette. Det er i første rekke det formelle hjelpeapparatet (først og fremst lege, men også andre personer som ansatte på sosial- og trygdekontor) som får formidlet behandlingsbehovet, men selvsagt også familien til den det gjelder. For å få et innblikk i hva slags behandlingsbehov det dreide seg om, spurte vi hva som videre hendte etter at de hadde gitt beskjed om at de ønsket behandling. Svarene viste fordeling som i figur 6.4.

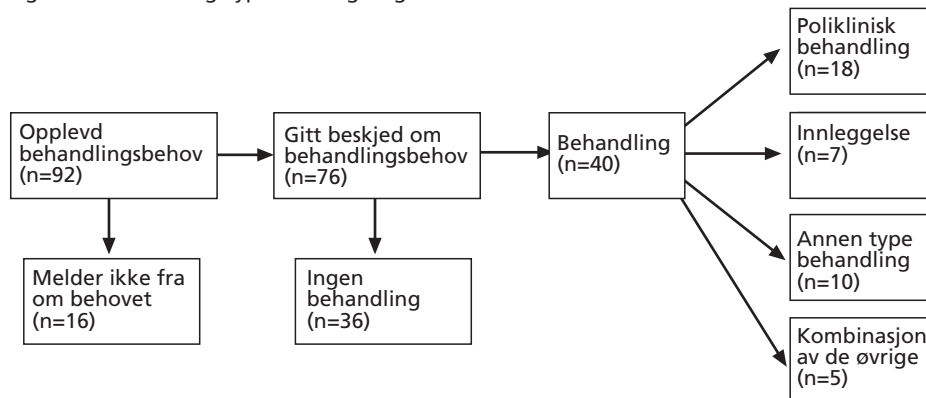
Halvparten av dem som har gitt beskjed om at de ønsker behandling, får tilbud om dette, og det skjer for de flestes vedkommende i form av poliklinisk behandling (flere av dem som har oppgitt «annen behandling» beskriver for eksempel behandling hos psykolog eller lege, altså behandling som kan regnes å være av poliklinisk art).

Vi spurte alle innsatte, uavhengig av om de hadde ønsket eller fått behandling før de ble innsatt, om de *i løpet av fengslingen* hadde hatt psykiske problemer som

Figur 6.3 Har opplevd behov for behandling for psykiske plager før fengsling (n=260)



Figur 6.4 Behandlingstype før fengsling

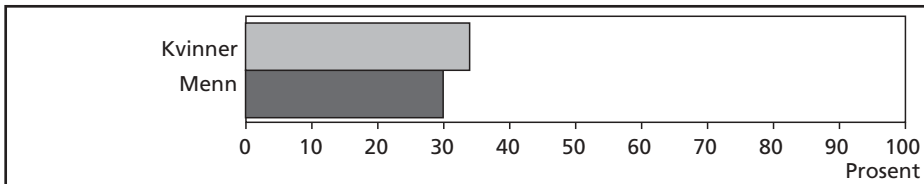


de ønsket behandling for. Fordelingen er vist i figur 6.5.

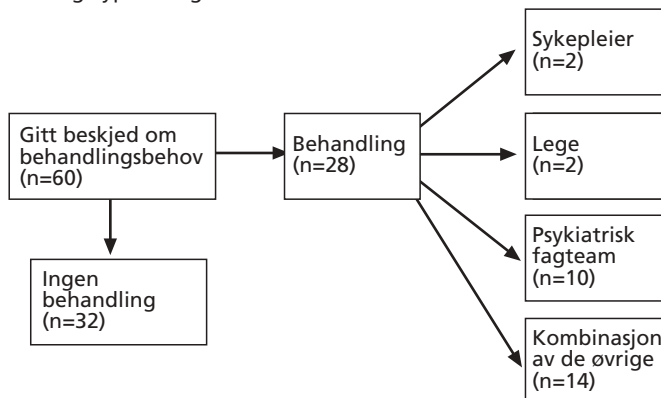
Tre av ti innsatte har i løpet av fengslingen hatt psykiske problemer som de har ønsket behandling for, og et stort flertall av disse (80%) har bedt om å få slik behandling. Har de fått det? Figur 6.6 (diagrammet) viser hva slags tilbud de som ba om behandling i fengselet (n=60) fikk.

Figuren viser at halvparten av dem som ba om behandling fikk det, mens den andre halvparten ikke fikk det. For å forstå hva som ligger i dette, må vi se nærmere på hvem det er som ber om behandling i fengselet. Dersom det ikke er de som trenger det mest målt ut fra sykkelighet som ber om behandling, er det kanskje ikke så alvorlig at halvparten blir avvist. Men dersom det i utgangspunktet er de med mest plager som ønsker behandling, er implikasjonene annerledes. Resultatene tyder på at det siste er tilfellet: de som opplever å ha behov for behandling i fengselet skiller seg helt klart fra dem uten slikt behov når det gjelder symptomtrykk (gjennomsnittlig skåre =2,0 vs. 1,4 blant dem som ikke ønsker behandling). Sammenlikner vi psykiske plager blant dem som får og dem som ikke får tilbud om behandling i fengsel, finner vi imidlertid ingen forskjeller. Det betyr at det er andre forhold enn den enkeltes symptomtrykk som avgjør hvem som får behandling og hvem som ikke får det.

Figur 6.5 Opplevd behandlingsbehov for psykiske plager i løpet av fengsling (n=260)



Figur 6.6 Behandlingstype i fengsel



Eksempler på slike forhold kan for eksempel være hva slags tilbud som fins i det aktuelle fengselet, hvor akutte problemene vurderes å være etc.

Et annet viktig aspekt ved psykisk sykkelighet og behandling i fengsel, er spørsmålet om det er de samme personene som opplevde at de hadde behov for slik behandling før de ble fengslet, eller om fengslingen har utløst behandlingstrengende problemer for en gruppe som hittil ikke har opplevd slike problemer? Hva fengslingen bidrar med når det gjelder opplevd behandlingsbehov, er et komplisert spørsmål som bare delvis kan belyses av de resultatene vi har. Vi får imidlertid et innblikk i problemstillingen ved å se på sammenhengen mellom (egenvurdert) behandlingsbehov før og etter fengsling.

Tabell 6.5 viser at to av ti i utvalget opplever behandlingsbehov både utenfor og i fengsel. I tillegg kommer 11 prosent «nye» tilfeller, det vil si personer som ikke hadde behov for behandling før de ble fengslet, men får det etter fengslingen. Halvparten av utvalget opplever ikke at de trenger behandling for psykiske problemer i fengsel, og hadde det heller ikke før de ble fengslet. Det er også verdt å merke seg at 17 prosent opplevde behandlingsbehov før de ble fengslet, men ikke har opplevd det i løpet av fengselsoppholdet. Dette kan være uttrykk for noe av det samme som vi så med hensyn til endringer i egenvurdert helse: for noen representerer fengslingen et pusterom som bidrar til bedret helse. En annen forklaring kan være at fengslingen har medført at de har fått behandling og av den grunn er blitt bedre.

Behandlingsbehovet slik det fremkommer i denne undersøkelsen er basert på svarene til de innsatte som frivillig har stilt opp til intervju. Som vi tidligere har påpekt, kan en undersøkelse av denne typen miste noen av dem som er sykest, både fysisk og psykisk, og resultatene kan derfor innebære at det faktiske behandlingsbehovet underrapporteres. Et annet viktig moment er at alt vi hittil har beskrevet er behandlingsbehov slik de innsatte selv opplever det. Dette er påvirket av en rekke faktorer, kanskje først og fremst hva den enkelte vet om behandlingstilbudet, og i hvilken grad han/hun vurderer dette som aktuelt for sin situasjon. Man vil med andre ord ikke rapportere behandlingsbehov hvis man ikke vet at det fins et behandlingstilbud for de plagene man har, og man vil heller ikke rapportere behandlingsbehov

Tabell 6.5 Selvopplevd behandlingsbehov i og utenfor fengsel. Antall og prosent (n=259).

		Behov for behandling i fengsel?				Totalt	Prosent
		Ja		Nei			
		Antall	Prosent	Antall	Prosent		
Behov for behandling før fengsling?	Ja	49	19	43	17	92	36
	Nei	29	11	138	53	167	65
Totalt		78	30	181	70	259	100

hvis man ikke opplever seg som syk, eller ikke tror at den behandlingen man kan få vil være til hjelp. Et innblikk i hvilken rolle dette spiller kan vi få ved å sammenlikne behandlingsbehovet slik det kommer frem i denne undersøkelsen, med resultatene fra en pågående undersøkelse der ansatte i fengslene har gitt sin vurdering av hvor mange som trenger psykiatrisk behandling. (Gjennomført av Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helseregion Øst og Helseregion Sør. Resultatene er i skrivende stund ikke ferdige for offentliggjøring).

Soningsrelaterte forhold og psykiske problemer

Vi har dokumentert problemkonsentrasjon på en rekke områder blant de innsatte, og mot denne bakgrunnen er det ikke overraskende at andelen med dårlig psykisk helse er høy. En tverrsnittsundersøkelse kan ikke avklare årsaksforhold, men vi kan belyse forhold som kan ha sammenheng med psykiske problemer slik de rapporteres her. Er det for eksempel slik at de som har sittet i fengsel lenge er mer plaget av psykiske problemer enn de som har sittet kortere tid? En annen mulighet er at de som snart skal ut av fengselet har sterkere symptomtrykk enn de som har lengre soningstid igjen. Dette kan i så fall synes paradoksalt, men gitt de materielle og sosiale omstendighetene, er dette kanskje en forståelig reaksjon på en usikker fremtid. Svaret på begge disse spørsmålene er nei, både når vi ser på gjennomsnittlig antall plager og når vi sammenlikner gruppene som skårer henholdsvis over og under grenseverdien for alvorligere plager.

I tillegg til tiden tilbrakt i fengsel, er det interessant å se om noen av de andre soningsrelaterte forholdene henger sammen med omfanget av psykiske plager. Manglende fellesskap med andre kan være et slikt forhold. Flere undersøkelser har påvist skadelige effekter av å sone i isolasjon (se for eksempel Gamman 1995, Sestoft, Andersen, Lillebæk og Gabrielsen 1998, Hammerlin og Larsen 2000, Stang, Moe, Teigset, Østberg og Moger 2003). Vi undersøkte de innsattes erfaring med to ulike former for isolasjon. Den ene dreier seg om isolasjon fra fritidsfellesskapet som kan illegges som en reaksjon på brudd på betingelser i fengselet (jfr. Straffegjennomføringslovens §§ 39 og 40), men kan også være noe den innsatte av ulike grunner velger/pålegger seg selv. I vårt utvalg er det 19 personer som soner atskilt fra fellesskapet. Nær halvparten av disse har sonet under slike betingelser mindre enn en måned, mens resten har sittet atskilt fra fellesskapet en måned eller mer. Halvparten av dem som soner atskilt fra fellesskapet gjør det som følge av en reaksjon fra fengselet, mens seks personer har valgt det selv (for to personer skyldes atskillelsen en kombinasjon av disse to grunnene). Ser vi på psykiske plager blant dem som soner

atskilt fra fellesskapet vs. resten av utvalget, finner vi større gjennomsnittlig symptomtrykk blant de isolerte enn blant de øvrige (gjennomsnittlig HSCL-skåre 1,8 blant de isolerte versus 1,5 blant de ikke-isolerte). Når vi skiller ut dem som har dårlig psykisk helse slik vi definerte det over, finner vi at ni av de nitten som soner atskilt fra fellesskapet befinner seg i denne gruppen. Det å sone atskilt fra fellesskapet henger med andre ord sammen med dårligere psykisk helse.

Den andre formen for isolasjon er den som har form av innsettelse på sikkerhetscelle eller anbringelse i sikkerhetsseng, og som innebærer en fullstendig avsondring fra omgivelsene. Dette er alvorlige tvangsmidler som i henhold til straffegjennomføringsloven (§38) bare kan brukes for å forebygge skade på liv, helse eller eiendom når det anses absolutt nødvendig. Til sammen 35 personer i vårt utvalg har sittet på isolat, én er blitt lagt i sikkerhetsseng, mens to personer har opplevd begge deler. De aller fleste (29 personer) har opplevd dette en eller to ganger, mens de øvrige ni har opplevd det tre eller flere ganger. Vi finner ikke en tilsvarende sammenheng mellom denne formen for isolasjon og dårlig psykisk helse, som den vi fant for utelukkelse fra fritidsfellesskapet. En tidligere undersøkelse av innsatte i sikkerhetscelle fant imidlertid at disse klart var en psykisk belastet gruppe (Stang et al. 2003). Den manglende sammenhengen i vårt utvalg kan skyldes at innsatte i sikkerhetscelle er preget av lidelser og problemer som ikke fanges opp med vår måte å måle psykiske problemer på, for eksempel abstinensreaksjoner. En annen forklaring kan være tidsaspektet som er involvert: vi finner en sammenheng mellom det å gjennomleve isolert soning her-og-nå og symptomtrykket slik den enkelte opplever det *nå*, mens isolatanbringelsen er noe som har skjedd et stykke tilbake i tid og derfor ikke påvirker ens aktuelle psykiske tilstand i like stor grad.

En ting er tilstedeværelsen av faktiske restriksjoner som de vi har nevnt over, en annen del av soningen som også kan påvirke den psykiske helsen, er fraværet av positive, helsefremmende faktorer. En slik faktor er det å ha noen å snakke fortrolig med. På et generelt spørsmål om dette, oppgir ni av ti at de har noen å snakke fortrolig med, men en betydelig andel (40%) sier at det ikke er noen *i fengselet* de kan snakke med om hvordan de har det. Blant disse er symptomtrykket tyngre enn blant dem som har noen (i fengselet) å snakke med. Nær halvparten av de innsatte (både blant menn og kvinner) tenker daglig på den kriminaliteten de har begått, og er til dels ofte plaget av disse tankene. Dette henger igjen sammen med tyngre symptomtrykk med hensyn til psykiske plager.

Indikatorer på helseproblemer

Tabell 6.6. gir en oppsummert fremstilling av helseproblemer på områder der fengselsinnsatte kan sammenliknes med befolkningsutvalget. Vi har definert følgende som helseproblemer: dårlig egenvurdert helse, har kronisk sykdom/skade, (stadig og tilbakevendende) plaget av tre eller flere symptomer, og skårer høyere enn cut-off på 1,75 på skalaen for psykiske plager. Vi har skåret alle disse variablene 0–1 og slått dem sammen til en sumskåreindeks som varierer mellom 0 (har ingen av problemene) og 4 (har alle problemene).

På grunn av at antallet manglende svar på hvert spørsmål varierer i befolkningsutvalget, er det totale antallet som har svart på alle disse spørsmålene lavt, og resultatet må tolkes med forsiktighet. Vi har likevel valgt å ta tabellen med, fordi den illustrerer klare forskjeller i problemkonsentrasjon mellom de to utvalgene, selv om den ikke representerer deres enkeltproblemer i tilstrekkelig grad. I begge utvalgene har over halvparten ett eller to av problemene. Innsatte skiller seg imidlertid ut både med en mindre andel som ikke har noen av problemene, men aller mest ved en større andel som har tre eller fire problemer.

Tabell 6.6 Antall helseproblemer. Antall og prosent

	Innsatte		Befolkningen for øvrig	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
0	43	21	56	35
1	61	30	64	40
2	54	26	27	17
3	32	16	9	6
4	17	8	5	3
Totalt	207	100	160	100

Oppsummering

Halvparten av de innsatte har en eller flere kroniske sykdommer. Innsatte er i langt høyere grad enn befolkningen ellers plaget med psykiske problemer, og tre av ti har opplevd at de har hatt behov for behandling for slike plager før de ble fengslet. Også i løpet av fengslingen er det tre av ti som opplever at de trenger behandling for psykiske problemer. Lidelsestrykket er sterkere blant innsatte som soner atskilt fra fellesskapet, som ikke opplever at de har noen i fengselet de kan snakke med, og som tenker på kriminaliteten de har begått. Kort oppsummert viser resultatene at innsatte generelt har *mer omfattende* helseproblemer på områder hvor de kan

sammenliknes med befolkningen ellers, *i tillegg til* de helseproblemene som er sær-egne for dem som gruppe (som er presentert tidligere i kapitlet). Sammenliknet både med Skardhamar (2002) og Nilsson (2002) vurderer vårt utvalg generelt sin egen helse som noe dårligere, mens andelene med kronisk sykdom og hvordan den/de virker inn på hverdagen stemmer godt overens.

Vi påpekte innledningsvis i dette kapitlet at helse kan defineres på ulike måter. Vi kommer ikke utenom det faktum at helse er et relativt begrep, selv om vi har holdt oss mest mulig til en definisjon som tar utgangspunkt i problemforekomst heller enn tilstedeværelsen av «god helse». I et mer overordnet perspektiv der helse betraktes som et speilbilde av hvilke rammevilkår den enkelte er satt til å leve under (jfr. Fugelli og Solbakk 2003), er det nærmest en selvmotsigelse å beskrive god helse i en gruppe med så store levekårsproblemer som mange av de innsatte har, selv om mange av dem selv sier at de har «god helse». Dette illustrerer bare det kompliserte faktum at terskelen for å beskrive sin egen helse som dårlig er høy for de aller fleste (Ramm 1997), og må ikke forveksles verken med lav sykdomsforekomst eller få helseproblemer. Tvert om kan det kanskje være slik at fordi innsatte har så mange forskjellige levekårsproblemer, er deres forventninger til helse lavere enn i andre grupper, og terskelen for å betrakte seg som syk desto høyere. Her er vi inne på det Fugelli og Ingstad (2001) har beskrevet som «det pragmatiske element» i folks helsedefinisjoner: det er mest i den medisinske verden at helse måles i forhold til et (teoretisk) ideal – folks egne oppfatninger av helse er langt mer nøkterne, og påvirket av hva man med rimelighet kan forvente ut fra den totale livssituasjonen man er i.

Kapittel 7 Rusmiddelbruk

Vi påpekte innledningsvis hvordan fengselsinnsatte utgjør et skjevt utsnitt av befolkningen, og det er grunn til å tro at dette kommer til å bli særlig tydelig når vi ser på deres rusmiddelbruk. Både den svenske (Nilsson et al. 1999) og den norske levekårsundersøkelsen blant innsatte (Skardhamar 2002) viste at de innsatte som gruppe er til dels sterkt preget av problemer både med alkohol- og narkotikabruk. Den danske rusmiddelundersøkelsen har ytterligere spesifisert omfang og bruksmønstre blant kriminalomsorgens klientell (Kramp, Gabrielsen, Lund, Reventlow og Sindballe 2003). Den danske undersøkelsen viste at nær seks av ti innsatte er misbrukere, med til dels omfattende blandingsmisbruk.

Alkoholbruk

De spørsmålene vi har brukt for å kartlegge rusmiddelbruken blant de innsatte ble valgt med utgangspunkt i forventninger om at innsatte generelt ville ha mer omfattende og variert erfaring med rusmidler enn befolkningen ellers, og at spørsmålene måtte være tilpasset dette. I dette kapitlet har vi derfor få spørsmål som kan sammenliknes med befolkningen ellers. Ett unntak fra dette er spørsmålet om alkoholbruk siste år, som er stilt til både innsatte og befolkningen ellers (med det unntak at tidsperioden for de innsatte er spesifisert til siste 12 måneder *før fengslingen*). Svarfordelingen på dette spørsmålet er vist i tabell 7.1 (neste side). I begge utvalgene er det kjønnsforskjeller i retning hyppigere alkoholbruk blant menn enn blant kvinner.

Tabellen viser noen interessante kontraster: At andelen som drikker fra 4–7 dager per uke er mer enn dobbelt så stor i fengselsutvalget som i det generelle befolkningsutvalget var kanskje ventet. Samtidig er andelen som drikker sjelden eller aldri også nesten tre ganger større blant innsatte sammenliknet med befolkningsutvalget. Vi kan ikke trekke konklusjoner på grunnlag av dette, ettersom det er flere mulige feilkilder. Én slik er at utvalgene refererer til ulike former for alkoholbruk når de svarer på spørsmålet, fordi svarene ikke omfatter hvilken mengde alkohol man har drukket ved hver anledning: Samme brukshyppighet kan innebære store forskjeller i alkoholinntak. Et annet forbehold er at spørsmålet til de innsatte henspiller på det

siste året før soning, mens befolkningen ellers kun refererer til det siste året. For innsatte som har sittet inne lenge, kan derfor rapporteringen bære preg av at tiden de skal si noe om ligger langt tilbake i tid og derfor er mindre nøyaktig. Vi har imidlertid stilt de innsatte et annet spørsmål om den enkeltes forhold til alkohol, og resultatene (jfr. tabell 7.2) gir nokså like resultater.

Rapportert på denne måten, er det omtrent en fjerdedel som beskriver seg som ikke-brukere. Sammenholdt med svarene på spørsmålet om hvor ofte de har drukket alkohol det siste året, viser det seg logisk nok at nesten alle som ikke drakk det siste året samt en stor del av dem som drakk alkohol sjeldnere enn én gang i måneden, beskriver seg som ikke-brukere. Av dem som beskriver seg som jevnlig bruker eller storforbruker, er det til sammen 25 personer som sier at de har opplevd en periode der de ikke var i stand til å slutte å drikke selv om de ønsket det.

Tabell 7.1 Alkoholbruk siste år.* Antall og prosent

	Innsatte		Befolkningen for øvrig	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Hvor ofte drakk du noen form for alkohol siste år (før soning)?				
4–7 ganger i uken	33	13	17	5
2–3 ganger i uken	48	19	81	21
Omtrent en gang i uken	29	11	87	23
2–3 ganger i måneden	48	19	64	17
Omtrent en gang i måneden	20	8	55	14
Sjeldnere enn en gang i måneden	32	12	49	13
Sjeldnere enn en gang i året/aldri	50	19	28	7
Totalt	260	100	381	100

* Vi har tilpasset svaralternativene slik at de skal bli sammenliknbare, men spørsmålsstillingen er noe ulik i de to utvalgene, som redegjort for i teksten

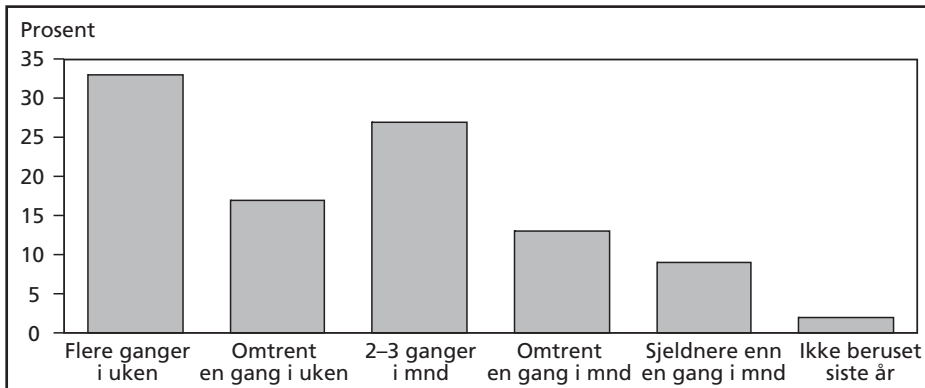
Tabell 7.2 Innsattes egen vurdering av sitt forhold til alkohol. Antall og prosent

	Antall	Prosent
Hvis du skulle beskrive ditt forhold til alkohol, ville du kalle deg en...		
Ikke-bruker	63	24
Tilfeldig bruker	111	43
Jevnlig bruker	74	29
Storforbruker	12	5
Totalt	260	100

En annen måte å undersøke alkoholbruk på dreier seg om hvor ofte man drikker så mye at man blir beruset. Svarfordelingen på dette spørsmålet er vist i figur 7.1 (spørsmålet er bare stilt til dem som drakk alkohol oftere enn én gang i måneden).

Halvparten av dem som drakk alkohol oftere enn én gang i måneden oppgir et alkoholforbruk som innebærer at de er beruset ukentlig eller oftere. De samme personene (dvs. de 158 som hadde drukket alkohol oftere enn én gang i måneden året før fengslingen), fikk oppfølgingsspørsmålet «Hvor gammel var du første gang du drakk deg full?». Svarfordelingen viser at gjennomsnittlig debutalder for å drikke seg full er 14 år, med variasjon fra 5 til 27 år. Ingen av kvinnene var yngre enn 13 år første gang de drakk seg fulle. Ser vi nærmere på den gruppen på 32 personer (bare menn) som hadde drukket seg full første gang før de ble 13 år, finner vi at de drikker seg oftere fulle som voksne og i større grad enn de med senere debutalder hadde foreldre med rusproblemer.

Figur 7.1 Hvor ofte drakk du deg beruset siste år? (n=158)



Narkotikabruk

Oversikten over hvilke dommer de innsatte i vårt utvalg soner, viste at 30 prosent soner narkotikadommer. I tillegg kan vi anta at en del av vinningskriminaliteten (som utgjorde ca. 10% av dommene) også er narkotikarelatert. Mot denne bakgrunnen er det å forvente at vi finner en betydelig andel innsatte som har til dels tung rusmisbruksbakgrunn. Vi har ikke spurt de innsatte om narkotikabruk under soning, men presenterer i dette avsnittet deres bruk *før* (nåværende) fengsling.

Fire av ti (tabell 7.3 neste side) definerer seg som ikke-brukere, de øvrige som narkotikabrukere med ulikt bruksomfang. Ikke-brukergruppens størrelse får vi bekreftet gjennom oppfølgingsspørsmålet om narkotikabruk siste måned før

(nåværende) fengsling, der fire av ti svarer at de ikke brukte narkotika. Det er med andre ord 60 prosent av de innsatte som brukte narkotika siste måned før de ble fengslet, og som også selv definerer seg som narkotikabrukere. I Skardhamar (2002) sitt utvalg var andelen narkotikabrukere høyere: tre fjerdedeler av de innsatte var brukere av narkotika i større eller mindre grad. Det kan være flere grunner til dette – en mulig forklaring kan være at den geografiske forskjellen i utvalgene medfører at de sentrale østlandsområdene har fått mindre vekt i vårt utvalg enn i hans, og at andelen rusbrukere derfor er noe lavere. En annen forklaring kan være at vårt utvalg har større spredning med hensyn til domslengde og dermed også lovbruddstyper, noe som fører til at antallet narkotikadømmer er lavere i vårt utvalg enn i hans. Ser vi nærmere på omfanget av narkotikabruk, får vi fordelingen som vist i tabell 7.4.

Tabell 7.3 Innsattes forhold til narkotika. Antall og prosent

	Menn	Kvinner	Totalt	Prosent
Hvis du skulle beskrive ditt forhold til narkotika, ville du kalle deg en...				
Ikke-bruker	90	13	103	40
Tilfeldig bruker	28	2	30	12
Jevnlig bruker	50	5	55	21
Storforbruker	57	15	72	28
Totalt	225	35	260	100
Brukte narkotika siste måned før fengsling				
Nei	95	11	106	41
Ja	130	24	154	59
Totalt	225	35	260	100

Tabell 7.4 Omfang av narkotikabruk. Antall og prosent

	Menn	Kvinner	Totalt	Prosent
Perioder med daglig/nesten daglig bruk av narkotika?				
Bruker ikke narkotika	90	13	103	40
Nei, ikke daglig bruk	16	1	17	6
Ja, (nesten) daglig bruk	119	21	140	54
Totalt	225	35	260	100
Noen gang tatt stoff med sprøyte?				
Bruker ikke narkotika	90	13	103	40
Nei, har aldri tatt stoff med sprøyte	49	4	53	20
Ja, har tatt stoff med sprøyte	70	17	87	34
Har ikke svart	16	1	17	6
Totalt	225	35	260	100

Av de til sammen 140 personene i utvalget som har brukt narkotika daglig, har over halvparten tatt stoff med sprøyte. Det er dessuten en klar kjønnsforskjell i retning av langt høyere andel sprøytebrukere blant kvinner enn blant menn. Gjennomsnittlig debutalder for sprøytebruk var 19 år blant kvinner og 20 år blant menn (men varierer totalt fra 12 til 43 år). Som vi så når det gjaldt debutalder for første gang man drakk seg full, er det også med hensyn til sprøytebruk slik at variasjonen er større blant menn: den yngste var 12 år da han første gang satte en sprøyte, mens den eldste var 43 år. Blant kvinnene var de to yngste 14 år første gang, den eldste 28 år.

Ser vi på hva slags stoffer de brukte, de som brukte narkotika den siste måneden før fengsling, får vi fordeling som vist i tabell 7.5

Ikke uventet er cannabis, amfetamin og benzodiazepiner (Rohypnol etc.) de stoffene som flest oppgir å ha brukt i måneden før de ble fengslet. Tallene er svært like de Skardhamar (2002) fant i sitt utvalg, og de unntakene vi ser (først og fremst en lavere andel som oppgir «annet») kan skyldes at vi har spesifisert flere rusmidler.

Ser vi på antallet stoffer som er brukt den siste måneden, er det for et stort flertall (80%) snakk om blandingsbruk av to eller flere stoffer. For dem som kun har brukt ett stoff, dreier dette seg i all hovedsak om hasj/cannabis eller amfetamin. Ingen av dem som har brukt «nye» stoffer, som ecstasy eller GHB, har brukt bare ett stoff. Det er med andre ord ikke slik at disse utgjør en egen brukergruppe i vårt utvalg, tvert imot er bruk av disse stoffene del av et omfattende blandingsmisbruk. For å gi et mest mulig nyansert bilde av rusmisbruket, har vi valgt å dele rusmidlene i grupper,

Tabell 7.5 Typer av narkotika blant dem som brukte narkotika siste måned før fengsling. Antall og prosent

	Menn (n=130)	Kvinner (n=24)	Totalt (n=154)	Prosent
Cannabis eller hasj	90	16	106	69
Amfetamin	85	18	103	67
Rohypnol, Temgesic, andre beroligende/dempende midler	80	17	97	63
Heroin	42	12	54	35
Kokain/crack	42	4	46	30
Ecstasy	37	4	41	27
Metadon eller Subutex	17	5	22	14
GHB eller andre «designerstoffer»	18	1	19	12
LSD	9	-	9	6
Annet	8	4	12	8

* Prosenten henspeiler på andelen som oppga hvert enkelt stoff, men siden de fleste har oppgitt flere stoffer, utgjør summene mer enn 100% til sammen

og la disse danne utgangspunkt for den videre presentasjonen av innsattes rusmisbruk. Inndelingen er gjort som følger (basert på den danske rusmiddelundersøkelsen, se Kramp et al. (2003). («Bruk» henspeiler på siste måned før fengsling og vi betrakter opiatmisbruk som den mest alvorlige misbruksformen):

- *Opiatbrukere* er alle som brukte opiater (heroin og/eller metadon), uansett hvilke andre stoffer de eventuelt har brukt,
- *brukere av sentralstimulerende midler* (amfetamin, kokain, etc.) er alle de som har brukt slike midler, men som ikke har brukt opiater,
- *hasj-brukere* er de som har brukt cannabis/hasj, men verken opiater eller sentralstimulerende midler,
- *ikke-brukere* er de som ikke brukte narkotika siste måned før fengsling.

Dette gir fordeling blant kvinner og menn som vist i tabell 7.6.

Tabellen viser noen sentrale forskjeller mellom menn og kvinner: blant kvinnene er andelen ikke-brukere lavere, men ikke minst er andelen opiatbrukere dobbelt så høy blant kvinner som blant menn. Selv om de som bare har brukt hasj utgjør en liten gruppe totalt sett, er det ikke noe som tyder på at de er en gruppe med tilfeldige brukere, ettersom mange av dem (til sammen 13 personer) har hatt perioder med daglig narkotikabruk, men de har altså i all hovedsak brukt bare ett stoff. Oppsummert kan vi si at over halvparten av de innsatte er rusmisbrukere med til dels omfattende blandingsmisbruk. Særlig er situasjonen alvorlig blant kvinnelige innsatte, der andelen med tungt rusmisbruk er svært høy.

Tabell 7.6 Brukergrupper blant kvinner og menn (basert på situasjonen siste måned før fengsling). Antall og prosent

	Menn	Kvinner	Totalt	Prosent
Ikke-bruker	95	11	106	42
Hasjbruker	18	-	18	7
Bruker av sentralstimulerende midler	65	8	73	29
Opiatbruker	45	13	58	23
Totalt	223	32	255	100

Narkotikadebut

De som hadde brukt narkotika daglig ble spurt hvor gamle de var første gang de prøvde narkotika, og hva slags stoff de da hadde prøvd. Svarene viste at alderen varierte fra 8 til 29 år, med 16 år som gjennomsnittlig debutalder for menn og 14 år for kvinner. For nær ni av ti var det cannabis/hasj som var debutstoffet. Den danske rusmiddelundersøkelsen (Kramp et al. 2003) viste at jo tidligere man debuterer med narkotikabruk (de fleste gjør det med hasj), og jo raskere man beveger seg over til andre stoffer, desto større er sjansen for at man senere vil gå over til opiatmisbruk. Vi har ikke data som belyser overgang mellom ulike stoffer i vårt materiale, men sammenhengen mellom tidligere narkotikadebut og senere opiatmisbruk bekreftes også i vårt utvalg (gjennomsnittlig debutalder for opiatbrukere var 14 år, mens den for brukere av sentralstimulerende midler var 16 år). Et annet viktig funn når det gjelder debutalder, er den klare sammenhengen vi ser mellom tidlig debut og senere blandingsmisbruk, noe som for så vidt bare bekrefter ytterligere at det å debutere tidlig med narkotika er knyttet til mer alvorlig misbruk senere. Vi finner dessuten den samme sammenhengen som vi så for alkoholdebut (dvs. første gang man drakk seg full) når det gjelder det å ha foreldre med rusproblemer: de som har foreldre med rusproblemer er yngre når de første gang prøver narkotika enn de som ikke har denne bakgrunnen (debutalder 15 vs 16 år).

Rusmiddelbrukens følgeskader

Hva som er et rusproblem kan defineres og diskuteres ut fra ulike dimensjoner. Hammerlin og Kristoffersen (1998) skiller i sin undersøkelse av innsatte ved Hessel fengsel mellom omfanget av følgeskader (skadde bånd til omgivelsene, helseskader etc.), erkjennelse av misbruket og omfanget av det. Våre resultater har hittil dreid seg først og fremst om dette siste aspektet: omfang av misbruk, men vi vil nå se på noen resultater som kan belyse mulige følgeskader av narkotikabruken i utvalget. Vi fokuserer på følgeskader i vid forstand, det vil si både helsemessige, sosiale og økonomiske forhold som skiller mellom de ulike brukergruppene av narkotika og den delen av utvalget som ikke bruker narkotika. Følgeskader er i denne sammenheng ment som en betegnelse på problemer som opptrer sammen med rusmisbruket, men som ikke nødvendigvis er forårsaket av det (alene).

Rusmisbruk og helsemessige problemer

Sammenhengen mellom rusmisbruk og psykiske problemer er velkjent fra mange andre undersøkelser (for oversikt, se for eksempel Landheim, Bakken og Vaglum (2002)). Vi har sett på fordelingen av dårlig psykisk helse blant de tre narkotikabrukergruppene og gruppen som ikke misbruker narkotika. Når vi deler inn de psykiske plagene på denne måten i «dårlig psykisk helse» versus «resten», er det en høyere andel blant opiatbrukerne som har «dårlig psykisk helse», men forskjellene mellom gruppene er ikke store nok til at de er signifikante. Ser vi imidlertid på den gjennomsnittlige fordelingen av psykiske plager, finner vi at hasjbrukerne er minst plaget og opiatbrukerne mest plaget. Det siste er i tråd med de øvrige resultatene våre som har vist at opiatbrukerne er en belastet gruppe. Når det gjelder hasjbrukerne, skal vi ikke legge for mye i tolkningen av resultatene, ettersom dette utgjør en liten gruppe på bare 18 personer. Det er imidlertid grunn til å gå ut fra at de i dette utvalget som kun bruker hasj er mindre marginalisert enn de øvrige rusmisbrukergruppene (dette ser vi bl.a. ved at de i større grad enn de andre rusbrukerne var i jobb da de ble fengslet og i langt større grad hadde egen bolig). I flere av analysene ser vi at de som gruppe likner mer på de som ikke bruker narkotika enn på de to andre rusmisbrukergruppene.

Ege (1997) påpeker at et av de tydeligste uttrykkene for stoffmisbrukernes dårlige somatiske helse er deres elendige tannhelse (s. 68). En indikasjon på dette ser vi i vårt utvalg ved at tre fjerdedeler av dem som sier de har behov for tannbehandling er stoffmisbrukere. I tillegg til dårlig tannhelse, har mange av rusmisbrukerne kroniske lidelser. Særlig peker opiatmisbrukerne seg ut; i denne gruppen har sju av ti en kronisk sykdom (mens dette gjelder halvparten av utvalget for øvrig). Rapporteringen av hva slags kronisk sykdom dette dreier seg om er ikke pålitelig nok til at vi kan si noe om hvilke konkrete sykdommer som er mest utbredt blant stoffmisbrukerne, men at hepatitt er et viktig element i sykdomsbildet, er nokså åpenbart.

Rusmisbruk og familiesituasjon

Et tungt rusmisbruk kan ha mange omkostninger i form av brutte bånd og utslitte relasjoner, og i form av manglende energi til å etablere en familiesituasjon med partner og/eller barn. Kan vi se indikasjoner på det i vårt materiale, i form av flere enslige blant de tyngste rusmisbrukerne? Svaret på dette er ubetinget ja: andelen (helt) enslige (dvs. at de verken er samboer eller gift og heller ikke har kjæreste) er høyere i alle rusmisbrukergruppene enn blant ikke-brukerne. Samværshyppighet med egne barn blir også påvirket av rusmisbruket: de som bruker narkotika har kontakt med ungene sine sjeldnere enn de som ikke bruker narkotika. Når det gjelder besøk i fengselet (generelt, ikke bare begrenset til besøk av egne barn) er det ikke forskjeller

mellom gruppene: et flertall i alle gruppene har hatt besøk i fengselet i løpet av de siste tre månedene.

Rusmisbruk og økonomi

Det siste temaet vi tar opp i forbindelse med følgeskader av rusmisbruket, gjelder økonomi. For de som selv bruker narkotika, er misbruket en økonomisk belastning på (minst) to måter: for det første er forbruket dyrt i seg selv, og for det andre kan forbruket føre til at man i mindre grad er i stand til å få eller beholde inntektsgivende arbeid. Hvis vi ser på det siste først, viser resultatene at andelen med inntektsgivende arbeid (siste år før fengslingen) synker desto alvorligere rusmisbruket er. Tilsvarende stiger andelen som oppgir sosialhjelp og kriminalitet som (en av flere) hovedinntektskilder desto tyngre rusmisbruket er. På bakgrunn av dette er det ikke overraskende at vi finner klare forskjeller mellom gruppene når det gjelder deres årsinntekt (året før fengslingen): halvparten av opiat- og amfetaminbrukerne hadde en årsinntekt under 100 000 kroner, mens dette gjaldt en fjerdedel av ikke-brukerne (bare én person i gruppen «hasjbrukere» hadde så lav inntekt). Det er med andre ord en klar sammenheng mellom rusmisbruk, dårlig arbeidstillknytning og lav inntekt.

Ser vi på gjeldssituasjonen, finner vi at det er klart flere blant rusmisbrukerne som oppgir at de har gjeld enn blant ikke-brukerne (89% vs. 74%). Ser vi på de ulike brukergruppene under ett og sammenlikner dem med den gruppen som ikke brukte narkotika måneden før fengsling, finner vi at andelen med «ordinær» gjeld, det vil si bolig- og bilgjeld er større blant dem som ikke bruker narkotika, mens de som bruker narkotika skiller seg fra resten av utvalget når det gjelder andelen som har gjeld på grunn av idømt erstatning (40% vs. 30% i resten av utvalget) og andelen som har narkogjeld (17% vs. kun én person i resten av utvalget).

Oppsummering

En tredjedel av de innsatte betrakter seg som jevnlig bruker eller storforbruker av alkohol, noe som for et flertall betyr at de er beruset ukentlig eller oftere (i tiden før fengsling). Jo yngre man var første gang man drakk seg full, desto oftere drikker man seg full som voksen. Seks av ti innsatte beskriver seg som narkotikabrukere, og for de aller fleste av disse innebærer det at de har hatt perioder med daglig rusmisbruk. Kvinnene debuterte tidligere med narkotika enn mennene og er også mer rusbelastet som voksne (i betydningen flere med tungt misbruk). Blant begge kjønn er

blandingsmisbruk utstrakt. Ser vi på følgeskader av rusmisbruket, finner vi at desto tyngre rusmisbruket er, jo større er problemene knyttet til helse, familiesituasjon og økonomi. Resultatene bekrefter bildet fra tidligere undersøkelser av innsatte som en rusbelastet gruppe, med til dels omfattende levekårsproblemer i tilknytning til rusmisbruket.

Kapittel 8 Familieforhold og sosial kontakt

Tilhørighet til et godt fungerende sosialt nettverk er en sentral levekårskomponent i seg selv og en vesentlig helsefremmende faktor. Fengselsinnsatte er i utgangspunktet avskåret fra vanlig sosial samhandling med sitt ordinære nettverk, og tiden i fengsel er derfor en kritisk periode både for den innsatte og for hans/hennes familie, ikke minst gjelder dette innsatte som har barn. Forskningen på området viser klart at de som opprettholder sterke bånd til familien i løpet av fengslingen klarer seg bedre etterpå, og menn som gjenopptar sine roller som ektefeller og foreldre etter soningen klarer seg bedre enn de som ikke gjør det (Hairston 2002). Mange innsatte har dessuten i utgangspunktet et dårlig nettverk, og fengslingen bærer i seg potensial både til forverring og forbedring. For å kunne bidra til at det positive potensialet utnyttes, er det nødvendig med kunnskap om hva slags nettverk innsatte har og hvordan kontakten påvirkes i løpet av soningen. Vi ser nærmere på begge disse aspektene i dette kapitlet.

Familieforhold

Vi innleder dette kapitlet med tabell 8.1 (se neste side), der vi har samlet noen hovedtrekk ved familieforholdene blant de innsatte i utvalget.

Tabellen viser at halvparten av utvalget er i et fast forhold, mens halvparten er enslige (og har heller ikke kjæreste). Sammenlikner vi dette med det generelle befolkningsutvalget, finner vi at innsatte i langt mindre grad er gift⁵ og i langt høyere grad er enslige⁶. Over halvparten av de innsatte har barn, og i de aller fleste tilfellene dreier det seg om barn under 18 år, som de fleste har enten daglig omsorg eller samværsrett med. I likhet med Rapport fra arbeidsgruppen som skal utrede forholdene for barn med foreldre i fengsel (1994), bruker vi en vid definisjon av «foreldre»:

⁵ Andelen gifte i befolkningen er hhv. 44% for menn og 49% for kvinner.

⁶ I befolkningsutvalget er det 36% menn og 24% kvinner som er «ugift», men tatt i betraktning at denne kategorien også omfatter de som har en kjæreste, er andelen som kan sammenliknes med gruppen «enslige» blant de innsatte i virkeligheten lavere.

foreldre er alle som svarer ja på spørsmålet om de har barn (uavhengig av om dette er barn de er biologiske foreldre til). Bak utvalget vårt skjuler det seg med andre ord et betydelig antall barn som er berørt av at en av foreldrene er fengslet. Dette blir enda tydeligere når vi ser på hvor ofte foreldre og barn faktisk hadde kontakt *før* fengslingen (uavhengig av hva som var den juridiske relasjonen i form av formaliserte regler om omsorg og samvær): seks av ti hadde kontakt med barna daglig eller ukentlig. Bak dette ligger det imidlertid en stor kjønnsforskjell: andelen som hadde kontakt med barna ofte (daglig/ukentlig) er nesten dobbelt så høy blant menn som blant kvinner. Hva kan dette skyldes? Maruna (2001) har påpekt at det sannsynligvis er langt mer stigmatiserende for kvinner enn for menn å sitte i fengsel når man har barn. I den grad det er slik at mødrene i større grad enn fedrene har sittet i fengsel før, så kan det med andre ord være en av grunnene til at de hadde mindre kontakt med ungene sine. I vårt utvalg finner vi en klar tendens i denne retningen: av de mødrene som har sittet i fengsel før, hadde halvparten (6 personer) kontakt med

Tabell 8.1 Familierelasjoner blant kvinner og menn. Antall og prosent

	Menn	Kvinner	Totalt	Prosent
Sivilstand				
Gift	35	6	41	16
Samboende	40	10	59	19
Har kjæreste	30	9	39	15
Enslig	119	10	129	50
Sum	224	34	258	100
Har barn?				
Ja	121	22	143	55
Nei	104	13	117	45
Sum	225	35	260	100
Juridisk relasjon til barnet/barna				
Foreldreansvar og daglig omsorg	30	5	35	30
Ikke daglig omsorg, men samværsrett	44	10	54	46
Ikke foreldreansvar/samværsrett	25	3	28	24
Sum	99	18	117	100
Kontakt med barnet/barna siste halvår før fengsling				
Daglig	32	5	37	41
Ukentlig	22	1	23	25
Månedlig	13	4	17	19
Sjeldnere enn hver måned	3	6	9	10
Ingen kontakt	5	-	5	11
Sum	75	16	91	100

ungene sine sjeldnere enn månedlig. Blant tidligere fengslede fedre (42 personer) var det bare tre personer som hadde månedlig eller sjeldnere kontakt med barna. Som kapitlene foran har vist, er kvinnelige innsatte på flere områder mer marginalisert enn mannlige innsatte, og det at de hadde mindre kontakt med barna før fengslingen kan sannsynligvis også tilskrives dette.

Petersilia (2003) understreker at i tillegg til arbeidstilknytning, er det å ha en partner et av de mest fremtredende båndene til det konvensjonelle samfunnet for voksne. I dette lyset blir det å være i et (fast) parforhold ikke bare en kilde til emosjonell støtte og mellommenneskelig fellesskap, men også til større økonomisk trygghet, tilgang til bolig etc., samtidig som det er et symbol på at vedkommende fremdeles er knyttet til samfunnet med en bestemt type bånd. Vi har oppsummert familiesituasjonen til de innsatte i tabell 8.2. Her har vi slått sammen alle som har barn (uavhengig av barnets alder) og kategorisert alle som er enten gift, samboende eller har kjæreste i gruppen «i parforhold».

Tabellen viser at nær tre av ti i utvalget er «helt» enslige, mens resten har barn og/eller partner.

Hvordan går det med kontakten mellom foreldre og barn når foreldre fengsles? Resultatene fra den norske undersøkelsen av forholdene for barn med foreldre i fengsel (jfr. Rapport fra arbeidsgruppen som skal utrede forholdene for barn med foreldre i fengsel 1994) viste at omsorgen for barn i stor utstrekning ivaretas uten assistanse fra det offentlige hjelpeapparatet når en av foreldrene fengsles. Utredningen viste også at de fleste innsatte som hadde daglig omsorg for sine barn før innsettelsen, opprettholdt kontakten med barna under soningen. Dette bekreftes i vårt utvalg: åtte av ti foreldre som hadde daglig omsorg for barna før fengslingen, opprettholder hyppig (dvs. ukentlig eller oftere) kontakt med barna etter at de fengsles. Også blant dem som ikke hadde daglig omsorg, er det over halvparten som har ukentlig kontakt med barna mens de sitter inne. Det er ingen forskjeller mellom menn og kvinner når det gjelder hvor ofte de har kontakt med barna under soningen: både blant mødre og fedre er det et flertall (69%) som har kontakt med barna ukentlig (eller oftere). Fordi tallene blir små, er det vanskelig å si noe sikkert om hvordan fengslingen innvirker på kontakten, rent kvantitativt, men det kan tenkes

Tabell 8.2 Familieforhold. Antall og prosent

	Antall	Prosent
Enslig uten barn	75	29
Enslig med barn	54	21
I parforhold uten barn	88	34
I parforhold med barn	42	16
Totalt	259	100

at fengslingen for noen foreldre innebærer at de har oftere kontakt med ungene enn de hadde før de ble fengslet. Vi ser kanskje en indikasjon på dette blant noen av mødrene: av de ti mødrene som hadde kontakt med ungene månedlig eller sjeldnere før de ble fengslet, er det fem som sier at de har kontakt med ungene ukentlig eller oftere mens de sitter fengslet. For disse mødrene kan fengslingen medføre en stabilitet som livet utenfor ikke rommer, og på den måten gjøre det mulig å ha kontakt med barna. Våre resultater må tolkes med forsiktighet, fordi tallene blir små når vi bryter dem ned i undergrupper, men det er likevel verdt å merke seg at det altså kan se ut til at et fengselsopphold har større innvirkning på mødres samværshyppighet enn fedres, ved at noen mødre har hyppigere kontakt med ungene i løpet av fengslingen enn de hadde før, mens det å ha sittet i fengsel ser ut til å medføre at de har sjeldnere kontakt med ungene *utenfor* fengselet (jfr. forrige avsnitt).

Den offentlige utredningen om forholdene for barn med foreldre i fengsel (1994) utdypet de kvantitative funnene med intervjuer med fengslede foreldre. I disse intervjuene kom foreldrenes bekymringer tydeligere frem blant annet knyttet til åpenhet om at mor/far var fengslet, familiens økonomiske situasjonen og hvordan familielivet skulle gjenopptas etter soningen. Dette er utdypet ytterligere i Grambo (2000) sine intervjuer med fengslede fedre, som beskriver hva slags kontakt de har med sine barn, hvordan de opplever denne kontakten, og hvilke andre aspekter ved relasjonen som påvirkes av fengslingen. De ytre rammene rundt situasjonen for foreldre i fengsel som vi har beskrevet i dette avsnittet, må ses i sammenheng med resultatene fra disse og tilsvarende undersøkelser for å forstå hva det innebærer å sitte i fengsel når man har barn.

Besøk

Beskrivelse av familierelasjoner er én innfallsvinkel til fremstilling av de innsattes sosiale kontaktflate, en annen er å undersøke hvorvidt de får besøk utenfra i løpet av fengslingen, og om de ellers har noen å snakke med fortrolig med. På det siste spørsmålet kan vi sammenlikne situasjonen direkte med befolkningsutvalget, siden dette spørsmålet også er stilt til dem. Da ser vi at nesten alle kvinnene svarer at de har noen å snakke fortrolig med (i begge utvalg er andelen 97%). Også blant menn er det et stort flertall som svarer ja på dette spørsmålet (hhv. 85% blant innsatte og 89% i befolkningsutvalget). Vi stilte spørsmål om besøk i fengselet de siste tre måneder, og ser vi på dem som har sonet tre måneder eller mer (152 personer), viser det seg at sju av ti har hatt besøk i løpet av fengslingen. Dette gjelder også dem som vi tidligere har beskrevet som «helt enslige», det vil si uten partner og barn. Generelt

ser det altså ut til at de fleste har besøk utenfra i løpet av soningen, selv om en betydelig andel (tre av ti) ikke har hatt besøk (siste 3 måneder).

Oppsummering

Halvparten av de innsatte er i et fast forhold (enten som gift, samboende eller kjæreste), mens resten er enslige. Fem av ti innsatte har barn, og det er dermed en betydelig gruppe barn som er berørt av at en av foreldrene sitter i fengsel. Når det gjelder samvær med barna før fengslingen, hadde sju av ti fedre kontakt med barna ukentlig eller oftere, mens det blant mødre var færre (fire av ti) som hadde så hyppig kontakt med ungene sine. Vi har beskrevet dette blant annet som et tegn på at de innsatte kvinnene befinner seg i en mer marginalisert posisjon generelt. I løpet av fengslingen er det både blant kvinner og menn et flertall (nesten 70%) som har kontakt med barna ukentlig eller oftere. De aller fleste sier at de har én (eller flere) person(er) å snakke fortrolig med, og sju av ti har hatt besøk i løpet av de siste tre månedene. Ivaretagelse og styrking av de innsattes sosiale nettverk er viktig både for å bedre livssituasjonen til barn og foreldre under soningen, og for å legge til rette for livet etter soningen.

Kapittel 9 Opphopning av levekårsproblemer

Vi har flere ganger underveis beskrevet innsatte som en marginalisert gruppe, ut fra en antakelse om at deres levekår er preget av akkumulerte velferdsproblemer. I dette kapitlet vil vi undersøke ytterligere det empiriske grunnlaget for denne antakelsen. Basert på resultatene i dette kapitlet vil vi avslutningsvis komme tilbake til en diskusjon av marginaliseringsbegrepets anvendelighet.

Det er ulike måter å definere velferdsproblemer på. Halleröd og Heikkilä (1999) har valgt å basere sin indikator på sosial eksklusjon på følgende seks velferdsproblemer: problemer med å få endene til å møtes (dvs. problemer med løpende utgifter), lav materiell standard, arbeidsledighet, dårlig helse, sosial isolasjon og utsatthet for vold. I den svenske levekårsundersøkelsen blant innsatte er velferdsproblemer definert som summen av et sett nærmere angitte problemer på områdene utdanning, sysselsetting, økonomi, boligforhold, sosiale relasjoner, helse, politiske ressurser og trygghet (Nilsson og Tham 1999). For å ha et norsk sammenlikningsgrunnlag, har vi valgt indikatorer som er mest mulig lik de som Skardhamar (2003) bruker. Data-settene er imidlertid ikke identiske, og vi har derfor måttet gjøre noen tilpasninger. Vår definisjon av levekårsproblemer er summen av følgende problemer: mangel på sosial kontakt (har ikke hatt besøk de siste 3 månedene), arbeidsledighet (var ikke i arbeid på fengslingstidspunktet), helseproblemer (har kronisk sykdom som virker inn på hverdagen), manglende utdanning (grunnskole som lengste fullførte utdanning), boligproblemer (verken eier eller leier egen bolig) og økonomiske problemer (har ofte problemer med løpende utgifter). Antallet innsatte som har problemer på disse områdene er vist i tabell 9.1.

Tabell 9.1 Antall innsatte med ulike typer av levekårsproblemer. Antall og prosent

	Menn	Kvinner	Totalt	Prosent
Manglende utdanning	105	18	223	47
Boligproblemer	78	13	91	35
Arbeidsledighet	149	30	179	69
Økonomiske problemer	50	8	58	22
Helseproblemer	86	18	104	40
Mangel på sosial kontakt	80	8	88	34

Andelen med problemer er til dels betydelig, selv om tabellen også viser at omfanget varierer med hensyn til hva slags type problemer det er snakk om. Særlig peker arbeidsledighet seg ut som et problem for svært mange: nesten sju av ti innsatte var uten arbeid på fengslingstidspunktet, og andelen er særlig høy blant kvinner (30 av 35 kvinner var ikke i arbeid før innsettelsen). Ellers er det også verdt å merke seg den høye andelen med utdanningsmangler: nesten halvparten av utvalget har ikke fullført skolegang utover obligatorisk grunnskole (9-årig grunnskole). På de områdene der vi kan sammenlikne med befolkningen ellers, kommer innsatte klart dårligere ut. Dette gjelder:

- Utdanning: nesten halvparten av de innsatte har grunnskole som lengste fullførte utdanning, mens dette gjelder færre enn en av ti i befolkningsutvalget.
- Økonomi: to av ti innsatte har ofte problemer med løpende utgifter, mens dette kun gjelder 6 prosent i befolkningsutvalget.
- Helse: fire av ti innsatte har kronisk sykdom som virker inn på hverdagen, mens dette gjelder omtrent en fjerdedel av befolkningen ellers.

Dette bildet av store forskjeller mellom innsatte og befolkningen ellers stemmer godt overens med tidligere resultater (Nilsson et al. 1999, Skardhamar 2003).

Samlede levekårsproblemer

Vi får et inntrykk av opphopningen av levekårsproblemer ved å slå de forskjellige problemene sammen i en enkel additiv indeks som varierer mellom null (har ingen av de skisserte levekårsproblemene) og seks (har alle de skisserte levekårsproblemene). Utvalgets fordeling er som vist i tabell 9.2:

Tabellen viser at det er langt vanligere å ha flere levekårsproblemer enn ikke å ha noen: færre enn en av ti innsatte har ingen av problemene vi har skissert, mens

Tabell 9.2 Opphopning av levekårsproblemer. Antall og prosent

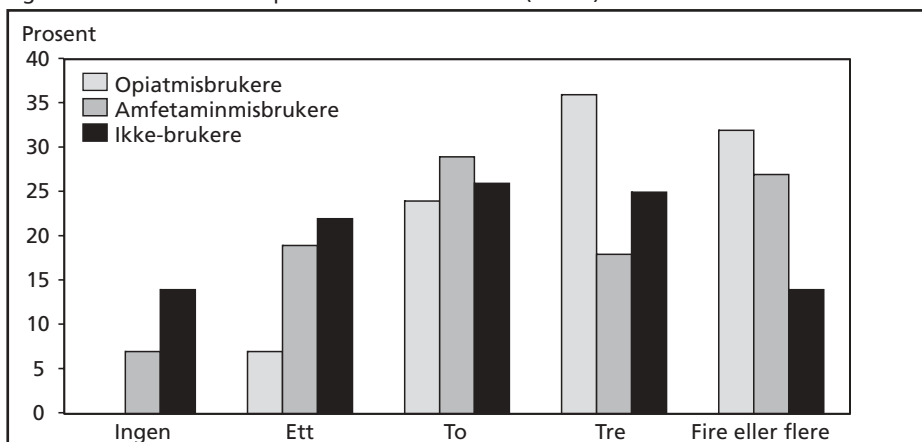
Antall levekårsproblemer	Menn	Kvinner	Totalt	Prosent
0	20	1	21	8
1	39	5	44	17
2	56	11	67	26
3	60	8	68	26
4 eller flere	50	10	60	23
Totalt	225	35	260	100

nær åtte av ti har to eller flere problemer. Nilsson et al. (1999) har vist hvordan dette mønsteret blant innsatte er det omvendte av situasjonen i befolkningen ellers. De svenske resultatene viste forskjell i retning tyngre problemkonsentrasjon blant kvinnelige enn blant mannlige innsatte – slike forskjeller ser vi ikke i vårt utvalg når vi ser levekårsproblemer under ett slik vi har gjort i tabell 9.2, men de tidligere kapitlene har vist at kvinnelige innsatte peker seg ut med store problemer, særlig når det gjelder rusmisbruk (som ikke inngår blant problemene i tabellen).

Vi har slått sammen problemer på ulike områder uten å gå inn i en diskusjon av deres relative betydning: i tabell 9.2 veier alle problemer like tungt. Slik er det selvsagt ikke i virkeligheten. Derfor kan ikke resultatene i tabellen brukes til å si noe om hvor alvorlig situasjonen er for den enkelte, men den kan brukes til å si noe om problemkonsentrasjon blant innsatte som gruppe, og dessuten i ulike undergrupper av innsatte. Det er mulig å tenke seg flere slike undergrupper. Skardhamar (2003) fremhevet rusmisbruk og tidligere fengselsdommer som risikofaktorer for hopning av levekårsproblemer, og vi viser i figur 9.1 hvordan levekårsproblemene i vårt utvalg er fordelt etter disse faktorene, og etter innsattes psykiske problemer og inntektssituasjon.

Hasjmisbrukerne (til sammen 18 personer) er ikke inkludert i figuren ettersom de i absolutte tall utgjør en så liten gruppe at prosentuering er uhensiktsmessig (men mønsteret er det samme for dem som for de andre gruppene av rusmisbrukere). Det er klare (signifikante) forskjeller mellom gruppene når det gjelder opphopning av levekårsproblemer, og situasjonen kan kort oppsummeres slik: jo tyngre rusbruk, desto flere levekårsproblemer. Mønsteret er tilsvarende tydelig når vi ser på akkumulerte levekårsproblemer etter tidligere fengslinger: jo flere tidligere fengslinger, desto tyngre ansamling av levekårsproblemer. Det er dessuten stor grad av overlapp

Figur 9.1 Samlede levekårsproblemer etter rusbruk (n=237)



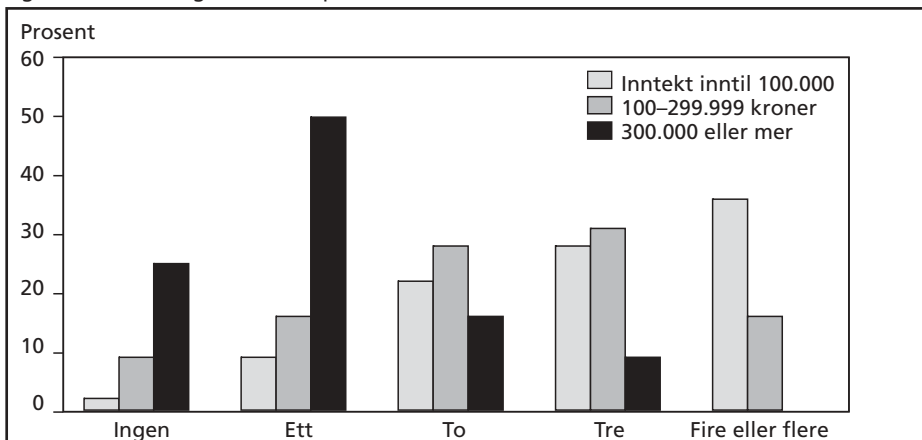
mellom disse to variablene: et flertall av dem som har sittet flere ganger i fengsel er rusmisbrukere.

Vi så i kapittel 6 hvordan innsatte skilte seg fra befolkningsutvalget med en betydelig høyere andel med psykiske plager. Ser vi på hvordan de fordeler seg med hensyn til samlede levekårsproblemer, finner vi det samme mønsteret igjen: de som har den tyngste symptombelastningen er også tyngre belastet med andre levekårsproblemer. Ett eksempel på styrken i dette er at andelen med fire eller flere levekårsproblemer er 34 prosent blant dem som er antatt behandlingstrengende (dvs. skåre på 1,75 eller høyere), mens den er 19 prosent blant dem som skårer under denne grenseverdien.

I en artikkel med tittelen «Hvem har det verst?» sammenliknet Andersen (1999) ulike grupper i befolkningen for å avdekke hvor de største levekårsproblemer befant seg. Han fremhevet at ansamlingen av problemer var særlig tydelig blant enslige minstepensjonister og blant fattige. På grunn av alderssammensetningen i fengselsbefolkningen er ikke den første gruppen representert i fengselsutvalget, mens resultatene i kapittel 5 tyder på at den siste gruppen er sterkt til stede i utvalget vårt. I figur 9.2 viser vi ansamlingen av levekårsproblemer etter innsattes (brutto)inntekt året før (nåværende) fengsling.

Figuren viser store forskjeller mellom inntektsgruppene: de med den laveste inntekten er ikke representert blant dem uten levekårsproblemer, mens de med den høyeste inntekten ikke er representert blant dem med flest levekårsproblemer. Figuren illustrerer at de med lavest inntekt i overveiende grad har problemer på *flere* områder. Resultatene i figuren må dessuten ses i lys av at inntekten i fengselsutvalget er svært skjevfordelt: hele 40 prosent av de innsatte oppgir en bruttoinntekt på mindre enn 100 000 kroner og befinner seg dermed med all sannsynlighet under

Figur 9.2 Ansamling av levekårsproblemer etter brutto inntekt (n=252)



fattigdomsgrensa (som redegjort for i kapittel 5), mens andelen under denne grensa ellers i befolkningen anslås til om lag 5,5 prosent (Statistisk sentralbyrå 2003b, s. 33). Selv om vi må ta forbehold om forskjeller som kan skyldes ulik måte å innhente informasjonen på, og til dels ulike inntektsmål, er det liten tvil om at tallene reflekterer en reell opphopning av fattige blant innsatte, slik flere andre undersøkelser også har påpekt (Christie 1982, Nilsson et al. 1999).

Kjønnsforskjeller i levekårshopning?

Vi har underveis fremhevet at kvinnelige innsatte på flere områder er en særlig utsatt gruppe. Petersilia (2003) har påpekt at kvinnelige innsatte i langt større grad enn menn har vært utsatt for fysiske og seksuelle overgrep, flere av dem er rusavhengige og flere av dem er smittet av infeksjonssykdommer. Våre funn stemmer overens med de to siste konklusjonene, men bare delvis med den første. Resultatene i kapittel 3 viste at andelen som har vært utsatt for mishandling er like stor blant jenter som blant gutter, men at flere av jentene har vært utsatt for seksuell mishandling. Resultatene i kapittel 7 viste at andelen med tyngre rusmisbruk er høyere blant kvinnelige enn blant mannlige innsatte. Når det gjelder den totale opphopningen av problemer som vi har sett på i dette kapitlet, finner vi ikke signifikante forskjeller mellom kvinner og menn, selv om kvinnene ser ut til å være ekstra utsatt når det gjelder manglende arbeidstilknytning. Et annet aspekt i tilknytning til kjønnsforskjeller, er den ulike betydningen problemene kan ha for kvinner og menn, og hvordan fengselets tilbud tar hensyn til dette. Dette er et viktig tema som våre data ikke gir grunnlag for å utdype, men som bør inkluderes i fremtidige undersøkelser.

Oppvekstproblemer og senere utsatthet

Det er ikke bare slik at mange innsatte har levekårsproblemer som voksne. Kapittel 3 tydeliggjorde at det for manges del også er snakk om en oppvekst preget av ulike typer problemer. Når vi ser levekårsproblemer som voksen under ett, finner vi en klar sammenheng med antallet problemer i oppveksten; jo flere problemer man har opplevd i oppveksten, desto dårligere levekår har man som voksen. Konkret ser vi at oppvekstproblemer henger sammen med levekårsproblemer på områdene helse, utdanning og sysselsetting, mens det ikke er noen sammenheng mellom oppvekstproblemer og bolig- eller økonomiske problemer som voksen. Hva kan sammenhengene skyldes? Det kan være slik at oppvekstproblemer fører til at man er mer

utsatt for andre problemer som igjen øker risikoen for dårlige levekår som voksen, ett slikt alternativ er rusmisbruk. Det er klart en sammenheng mellom en oppvekst med mange problemer og senere rusmisbruk, men dette forklarer ikke alene sammenhengen mellom oppvekstproblemer og levekårsproblemer som voksen. Også etter at vi har kontrollert for rusmisbruk som voksen, er det en sammenheng mellom oppvekstproblemer og akkumulerte velferdsproblemer som voksen. Ved å utforme undersøkelser som tar sikte på å avklare utvikling av risiko over tid, vil man kunne komme nærmere en analyse av hvilke årsaksfaktorer som ligger bak dette.

Ett av de forholdene som inngår i vår definisjon av oppvekstproblemer er om andre familiemedlemmer har sittet i fengsel. De som svarer bekræftende på dette har (signifikant) flere velferdsproblemer som voksne enn de som ikke har slik erfaring. Vi trekker frem dette spesielt fordi det henleder oppmerksomheten mot betydningen av å rette innsatsen også mot familien når ett av medlemmene fengsles. Ved å satse på den innsattes familie bidrar man ikke bare til at den som selv sitter i fengsel lettere kan integreres i samfunnet igjen etter at straffen er sonet, men det kan også bidra til å forebygge fremtidige velferdsproblemer hos de øvrige familiemedlemmene.

Levekårsproblemer blant innsatte: marginalisering eller sosial eksklusjon?

Funnene vi har presentert i dette kapitlet viser at innsatte som gruppe befinner seg i ytterkanten av det konvensjonelle samfunnet langs flere dimensjoner. Dette aktualiserer Halvorsen (2000) sin kommentar om at vi ved å fokusere utelukkende på utstøting fra arbeidsmarkedet får en endimensjonal forståelse av hvordan og hvorfor noen marginaliseres. Det er viktig å ikke undervurdere betydningen av deltakelse i lønnet arbeid som en viktig kilde til inklusjon i samfunnet, men vi må samtidig ha de andre dimensjonene som utgjør viktige elementer i marginaliseringsprosessen med i diskusjonen. Halvorsen beskriver marginaliseringsprosessen som et kontinuum som går fra forankret, via marginalisert, til å være totalt ekskludert. Dette er i tråd med Hammerlin et al. (1998) sin forståelse av innsattes marginalisering: de påpeker at ingen er *utenfor* samfunnet, men at det å være marginalisert er en bestemt måte å være i samfunnet på. Man er sosialt i randsonen av samfunnet. Vi har gitt den objektive siden av dette tallmessige uttrykk i dette kapitlet. Den subjektive siden, hvilke individuelle uttrykk marginaliseringen får, og hvordan det oppleves for den enkelte, vil naturligvis variere fra person til person, og fanges ikke opp i den typen undersøkelser som vi har gjort her.

Vi har flere ganger påpekt at sammenlikning mellom innsattegruppen og det generelle befolkningsutvalget ikke gir et bilde av problemenes omfang blant innsatte,

fordi de problemene som de ikke deler med befolkningen ellers ikke fanges opp i en slik sammenlikning. Vi har også påpekt at sammenlikning innad i gruppen innsatte må ta hensyn til at gruppen som helhet er preget av ressursvikt. Når vi fremhever noen, for eksempel rusmisbrukerne blant de innsatte, som ekstra utsatt, er det med andre ord en beskrivelse av de fattigste blant de fattige. Dette aktualiserer behovet for en avklaring av hvilket begrep vi skal bruke om innsattes situasjon: I sin redegjørelse argumenterer Halvorsen (2000) for at marginalisering er et mer egnet begrep i en norsk kontekst enn sosial eksklusjon, fordi det rommer en flerdimensjonalitet som ekskluderingsbegrepet mangler; man kan være marginalisert på en, to eller mange arenaer, mens «sosialt ekskludert» oppfattes som en mer total form for utslåtthet.

Et annet poeng som er viktig i denne sammenhengen er at vi ved å beskrive innsatte som marginalisert fremfor sosialt ekskludert ønsker å tydeliggjøre potensialet for reintegrering, snarere enn å underbygge et skille mellom «dem» (som er ekskludert) og «oss» (som er inkludert). Hvordan man kan legge til rette for slik reintegrering, eller «re-entry», er i økende grad et tema i diskusjonen rundt tilbakefallsproblematikk (jfr. for eksempel Petersilia 2003, Travis, Solomon og Waul 2001, Nilsson 2003). I denne diskusjonen er det viktig å ha med seg en grunnleggende forståelse ikke bare av marginaliseringsprosesser per se, men av hvilke dimensjoner som er spesielle for de innsatte.

Kapittel 10 Innspill til videre diskusjon

Kapitlene foran har vist hvordan innsattes levekårssituasjon har preg av til dels alvorlig marginalisering på flere områder. I dette kapitlet vil vi ta utgangspunkt i noen av disse områdene, og komme med innspill til en videre diskusjon av hvordan noen av de påviste marginaliseringsprosessene kan snus. Vårt utgangspunkt er at marginalisering må angripes på flere nivåer; på samfunnsnivå må man ta utgangspunkt i levekårsmanglene og sørge for å iversette tiltak for å bøte på disse, på individnivå fremhever vi betydningen av den enkeltes ressurser. Begge disse perspektivene er nødvendige for en helhetlig forståelse av innsattes livsvilkår.

Oppvekstforhold

En stor andel av utvalget har hatt en barndom preget av dårlig økonomi, ustabile boforhold, mishandling og uoverensstemmelser i hjemmet, sykdom og rus. Hver av de enkelte belastningene vi skisserte i oppvekstkapitlet (kapittel 3) viste seg å være gyldige for rundt 30 prosent av de innsatte. Det alvorlige er likevel at når vi så de ulike oppvekstproblemene sammen, hadde halvparten av utvalget opplevd to eller flere oppvekstproblemer. Mindre enn en tredjedel hadde en oppvekst uten noen av de oppvekstproblemene vi har undersøkt. Dette er alvorlig, og bildet bekreftes både av den norske og svenske levekårsundersøkelsen (Nilsson 2002, Skardhamar 2002). Nilsson (2002) stilte videre de innsatte et åpent spørsmål om hva de selv mener er årsaken til at de sitter i fengsel. Blant dem med mer enn tre oppvekstproblemer, svarer 40 prosent oppvekstforhold, til sammenlikning var det kun tre prosent blant dem uten noen av de definerte oppvekstproblemene som oppga dette som årsak til at de sitter i fengsel (s. 73). Våre resultater viste også en sammenheng mellom flere oppvekstproblemer og mer omfattende fengsels erfaring (flere fengslinger). Maruna (2001, s. 59) henviser til en studie av Shover (1996, s. 30) som poengterer at ingen andre omstendigheter er så betydningsfulle for alle andre aspekter i livene til hans utvalg som det at de vokste opp i fattigdom. Betydningen av hendelser i barndommen for ens senere involvering i kriminalitet illustreres også av Marunas egne resultater (Maruna 2001). Hans todelte utvalg av personer som henholdsvis har sluttet eller fortsetter med kriminalitet, viser at de sistnevnte henter frem hendelser i

barndommen når de blir spurt om betydningsfulle negative vendepunkter i livet. Hvilke hendelser det dreier seg om og hvilke følger de får, vil variere fra person til person, men misbruk og det å selv bli tatt for en kriminell handling går igjen som viktige elementer i disse vendepunktene. Vendepunktene er deler av hva Maruna kaller for et «condemnation script» (s. 75), og som for dem som fortsetter med kriminalitet i stor grad utvikler seg fra tidlig barndom. Vanskelighetene bygger seg opp gjennom oppveksten og danner grunnlag for en livsinnstilling der man føler seg i omgivelsenes vold, uten mulighet til selv å påvirke eget livsløp. De som klarer å endre livsløpet sitt, lykkes fordi de får mulighet til å tilegne seg erfaringer som gradvis bygger opp deres mestringsforventning (dvs. opplevelsen av å være i stand til å kunne gjennomføre en plan, påvirke et utfall, ha innflytelse på hendelser som angår en). Diskusjonen av hvordan fengselshverdagen kan legge til rette for å igangsette slike prosesser er viktig. Opparbeiding av økt mestringskompetanse i form av opplevelse av å kunne ta kontroll over eget liv, kan bidra til at flere har mulighet til å klare seg bedre etter endt soning.

Barns oppvekstforhold er av vesentlig betydning for deres mulighet til å utvikle ressurser til å møte utfordringer senere i livet. Mange av de innsatte i vårt utvalg har, som vist ovenfor, hatt en oppvekst som har fremmet risiko snarere enn bygget opp ressurser. Hva så med de innsattes egne barn? Over halvparten av utvalget har barn og de aller fleste hadde jevnlig kontakt med disse barna før de ble fengslet. Selv om de fleste opprettholder jevnlig kontakt med barna etter fengslingen, innebærer fengselvirkeligheten at foreldre/barn-relasjonen får andre, og oftest vanskeligere, rammevilkår. At et familiemedlem fengsles, innebærer en risiko for senere problemer for barna – det ser vi også i vårt utvalg ved at så mange som 28 prosent av de innsatte hadde opplevd fengsling av familiemedlemmer i oppveksten. En betydelig større andel av de innsatte enn den øvrige befolkningen har hatt en økonomisk vanskelig oppvekst. Vi har vist at nesten 40 prosent av de innsatte befinner seg under fattigdomsgrensa. Dette kan være en indikasjon på at en del barn av innsatte vokser opp i det vi i Norge definerer som fattigdom. Dette tilsier at barn av innsatte bør være en av gruppene som fokuseres i arbeidet for å bedre forholdene for fattige barn i Norge. Det er likeledes en stor og vesentlig oppgave å fortsette arbeidet for å bedre forholdene for kontakt med barn i fengsel, samt oppfølging av barna under og etter soning. Å bygge opp rundt den enkeltes rolle og oppgave som forelder er viktig både av hensyn til den innsatte selv, og av hensyn til barna. Systematisk satsing på familie- og alternative nettverk i de tilfeller der det ikke finnes familie, eller denne ikke utgjør et konstruktivt forankringspunkt, kan bidra til å redusere denne risikoen for fremtiden.

Utdanning og arbeid

At en så stor andel av de innsatte mangler utdanning utover grunnskolen, er en omfattende utfordring for kriminalomsorgen. Utdanning er en viktig ressurs for å skaffe seg arbeid etter soning, og det er derfor essensielt at det er tilstrekkelig tilbud om utdanning for dem som er interessert. Utdanningstilbudene må ta hensyn til at mange innsatte hittil i livet kan ha opplevd skolen som den kanskje mest tydelige tapsarenaen i livet, slik tallene for andel med lese- og skrivevansker og hyperaktivitet kan være indikasjoner på. Innsatte som gruppe har store utdanningsmangler, og ethvert tilbud som bøter på det vil være et gode. Det er imidlertid mulig at det må settes inn spesielle tiltak for å motivere dem som i utgangspunktet har den aller laveste utdanningen, ettersom våre resultater antyder at bare en liten del av disse er engasjert i utdanning mens de soner.

For å bidra til mestringserfaringer bør utdanningstilbudene så langt det er mulig bygge videre på eventuell utdanning vedkommende var i gang med før soningen, og dessuten være lagt til rette for å kunne videre-/fullføres etter løslatelse. For dem som ikke er motivert eller i stand til å ta del i tradisjonelle utdanningstilbud, kan arbeidsdeltakelsen i fengselet fungere som en alternativ arena for kompetanseoppbygging. Forutsetningen for dette er imidlertid at arbeidet er av en slik art at erfaringene har overføringsverdi til samfunnet utenfor. Det er mange måter dette kan organiseres på. Schriro (2000) sin beskrivelse av fengselsvesenet i Missouri viser eksempler på hvordan fengselshverdagen der er forsøkt utformet for å likne mest mulig på verden utenfor murene, blant annet ved at de innsatte får tildelt arbeid etter et jobbintervju. Muligheten til selv å velge arbeid er også ett av de elementene som trekkes frem som viktig for innsattes fornøydhet med arbeidsdriften i Hammerlin et al. (1998) sin rapport fra Hassel fengsel.

Blant de innsatte er det en klar overvekt av faglærte og ufaglærte arbeidere. Vi finner også at majoriteten av dem som er klassifisert som håndverkere mangler utdanning utover grunnskolen, de er altså ufaglærte. Mange innsatte har yrkeserfaring, men liten formell kompetanse. Et tilbud om testing av realkompetanse til alle innsatte kunne gi dem et papir på den kompetanse de faktisk har, samt være et utgangspunkt for videre kvalifisering i fengsel. For å bygge videre på den erfaring de innsatte har, bør det yrkesfaglige tilbudet i fengslene styrkes. Dette ville være en strategi for å styrke de innsattes muligheter på arbeidsmarkedet etter endt soning, en arena hvor de i utgangspunktet stiller med få formelle ressurser. Det er rimelig å anta at manglende innpass på arbeidsmarkedet øker risikoen for å begå ny kriminalitet, og Nilssons (2003) analyser av hvilke faktorer som virker inn på tilbakefall, bekrefter at utdannings- og arbeidsmarkedsrelaterte problemer har vesentlig betydning i dette bildet.

En sentral målsetting både med undervisnings- og arbeidstilbud må være å gi den enkelte mulighet til å komme seg ut av den økonomiske fattigdommen som mange befinner seg i. Det er imidlertid elementer i selve straffesystemet som kan tenkes å trekke i motsatt retning. Ett eksempel på det er omfanget av gjeld på grunn av idømte bøter. De aller fleste av dem som skylder penger på grunn av ubetalte bøter, er rusmisbrukere. Når vi samtidig vet at dette er den gruppen som har lavest inntekt i utgangspunktet, og dermed minst mulighet til å betjene gjelden, fortøner dette seg som nokså paradoksalt. Vi antar at det å ha høy gjeld på grunn av bøter for mange vil virke direkte demotiverende med hensyn til å skaffe seg legitim arbeidsinntekt, og det vil uansett gjøre det vanskeligere for en i utgangspunktet fattig gruppe å bli økonomisk selvstendig. Problemene som knytter seg til det å ha narkogjeld må heller ikke undervurderes i bildet av den økonomiske situasjonen.

Helseproblemer og rusmisbruk

For noen innsatte bidrar fengslingen til bedret allmenntilstand, mens den for andre opprettholder eller forsterker deres helseproblemer. Resultatene våre viste at psykiske plager utgjør et omfattende problemområde i denne gruppen. Det kan både tilskrives generelt problematiske livsbetingelser, men kan også knyttes til soningsrelaterte forhold, og da særlig til isolasjon. Resultatene våre viste at de som soner atskilt fra fellesskapet er preget av tyngre psykisk symptomtrykk enn de som ikke er underlagt slike restriksjoner. Fengslene har en viktig oppgave å gjøre når det gjelder å motvirke skadelige følger av isolasjon, ved å motivere til fellesskap og ved å legge til rette for fellesskapsformer som ivaretar de sosiale behovene til innsatte som ikke mestrer det ordinære samværet (MASH-prosjektet i Oslo fengsel er et eksempel på et eksisterende tilbud som har nettopp denne problemstillingen som utgangspunkt. Evalueringen av prosjektet er presentert i Hammerlin et al. (2000).

Resultatene våre har vist det samme som mange andre undersøkelser også har påpekt: en stor gruppe innsatte er preget av omfattende rusmisbruk. I tolkningen av våre resultater har vi imidlertid fremhevet at rusmisbruk er *ett av flere* ressursproblemer. Disse kan ikke løses med rusbehandling alene. Dette støttes av resultatene til Hörnqvist (2003), som har intervjuet rusmisbrukere om hva de selv opplever at de trenger for å komme ut av sitt rusmisbruk. Det dreier seg ikke først og fremst om rusrelaterte tiltak (selv om halvparten mener at de trenger behandling for å komme ut av sitt rusmisbruk), men om ressurser på andre områder: de trenger bolig, jobb, utdanning, venner, noe å gjøre på fritiden, det vil si det Hörnqvist kaller «de faktiske redskapen för att kunna leva ett annat liv» (s. 121). Dette skal ikke forstås

dit hen at innsatte ikke trenger hjelp/behandling for rusmisbruk og helseproblemer, men at de *i tillegg* trenger assistanse på flere andre livsområder. Det er samtidig viktig å understreke sammenhengen mellom psykiske problemer og rusmisbruk – vi har ikke data som kan belyse årsaksforholdene, og nøyer oss derfor med å konstatere at gruppen av opiatmisbrukere også er en belastet gruppe når det gjelder psykiske problemer. Sammenhengen mellom rusmisbruk og psykiske problemer er kompleks. Evalueringen av Frankmotunet (Tyrili) viser at det blant dem som hadde fått profesjonell hjelp for sine psykiske problemer var langt flere som opprettholdt rusfrihet (Rokkan og Brandsberg-Dahl 2003), noe som indikerer behovet for å angripe begge områdene behandlingsmessig for at resultatet skal gi varig bedret livskvalitet. Også andre norske undersøkelser av psykiske lidelser blant klienter i rusomsorgen fremhever behovet for samtidig behandling av rusavhengighet og psykiske lidelser (se f.eks. Landheim et al. 2002). Behovet for å se rusbehandling og somatiske og psykiatriske helsetjenester i sammenheng har vært en av beveggrunnene for omorganiseringen av tilbudet til rusmisbrukere gjennom rusreformene (Ot prp. 54. 2002 – 2003). Nå blir ansvaret for behandlingstilbudet til rusmisbrukere overført til de regionale helseforetakene. Målsettingen er å styrke helsetilbudet og helhet i behandlingstilbudet.

Opphopningen av rusproblemer, og fysiske og psykiske helseproblemer, gjør også fengselet til en viktig arena for sekundær- og tertiærforebyggende arbeid. Ved å satse på slikt arbeid, bidrar man ikke bare til bedret helse for den enkelte innsatte, men det er også en potensiell og viktig gevinst i et folkehelseperspektiv gjennom redusert smittefare og bedret sykdomskontroll på andre områder. Forutsetningen for at denne gevinsten skal realiseres, er imidlertid at helsetjenesten i fengsel kobles til behandlingssystemet utenfor fengsel, slik at forløpet for hver enkelt får et kontinuerlig preg. Dette er ikke bare helsemessig viktig, men også et tiltak som kan sikre bedre reintegrering i samfunnet for den enkelte innsatte, ved å bygge opp tilliten til at hjelpeapparatet fungerer og kan oppsøkes ved behov. Taxman, Young, Byrne, Holsinger og Anspach (2002) har vist hvordan nettopp usikkerhet om hvorvidt man skal vedkjenne seg hjelpebehov og oppsøke assistanse for det, er et av de kritiske punktene når det gjelder innsattes forhold til reintegrering etter soning. Den nære sammenhengen vi har sett mellom helse- og andre levekårsproblemer tilsier at nært samarbeid mellom ulike sektorer som har delansvar for rehabilitering og reintegrering av innsatte, er helt nødvendig. Kontinuitet i behandlingen innebærer imidlertid ikke bare en direkte kobling mellom helsetjenester i fengsel og tjenestetilbudet som er tilgjengelig for innsatte etter at soningen er avsluttet. Like viktig er det at behandling som den enkelte tilbys i fengsel og den behandlingssmessige oppfølgingen som tilbys etter soningen bygger direkte på hverandre og har felles mål (jfr. Taxman, Byrne og Young 2002).

Opphopning av levekårsproblemer

De problemene vi har fokusert på i denne undersøkelsen knytter seg ikke først og fremst til situasjonen i fengsel, selv om soningen for mange innebærer en forsterkning av problemene de bærer med seg, men til livet utenfor: mange av de innsatte mangler utdanning, arbeidstilknytning, inntekt, bolig og andre ressurser som er nødvendige for å mestre livet. Fengselet må legge til rette for at innsatte skaffer seg disse ressursene for at kriminalomsorgen skal lykkes i sin målsetting om redusert tilbakefall. For å bidra til dette, har flere påpekt at fengselslivet må likne mest mulig på livet utenfor (se f.eks. Schriro 2000). Maruna (2001) påpeker at virkeligheten i mange tilfeller er omvendt: «In some ways, earning the distinction of «good behavior» in a prison is tantamount to being named «most likely to succeed» in Hell (...)» (s. 162). Belønningssystemene innenfor og utenfor murene er helt forskjellige, og det i seg selv kan være kontraproduktivt for den enkelte: god oppførsel innenfor murene vil si at man lar være å bryte regler, men er det tilstrekkelig til å klare seg ellers i livet? Det er ikke soningsferdigheter man skal opparbeide, men kompetanse til å leve utenfor fengselet. Overensstemmelse mellom innholdet i soningen og de krav og muligheter som fins utenfor, er derfor et helt sentralt suksesskriterium. Som tidligere påpekt er det en viktig utfordring for kriminalomsorgen å starte en prosess hvor innsatte opplever at de faktisk har mulighet til selv å ta kontroll over eget liv, det vi tidligere har betegnet som mestringskompetanse.

Mulighetene til å klare seg utenfor fengselet dreier seg ikke bare om hvilke ressurser og livsvilkår den enkelte har – i like stor grad dreier det seg om hvilke betingelser samfunnet ellers kan tilby (Nilsson 2003). Reintegrering er bare mulig dersom tiltakene som settes inn i fengselet passer med den strukturen som finnes utenfor: «Treatments and measures intended to improve social inclusion cannot succeed to the extent that there is no place in society for «reformed» inmates (...)» (Nilsson 2003, s. 81). Som Nilsson (2003) påpeker, kan levekårs mangler og ressursvikt påvirkes og endres, men som vi også har vist i denne undersøkelsen, er de problemene de innsatte har komplekse, og strekker seg utover fengslingen og over til andre livs- og ansvarsarenaer. Fengselets innsats for å legge til rette for et kriminalitetsfritt liv for den enkelte må derfor ses i sammenheng med andre områder, der utdannings- og arbeidsmarkedet og helse- og sosialsektoren er sentrale formelle arenaer, i tillegg til de uformelle sosiale arenaene som gir mening, tilhørighet og sosialt fellesskap for den enkelte. Inklusjon og reintegrering er bare mulig dersom disse områdene kobles sammen på måter som er tilpasset den enkeltes konkrete behov. Nilsson (2003) viser i sine analyser av sammenhengen mellom akkumulering av velferdsproblemer og tilbakefall til kriminalitet hvor viktig det er å se velferdsproblemer i denne gruppen i sammenheng; tiltak rettet mot enkeltområder kan vanskelig kompensere for

ressurssvikt på andre områder. Det er heller ikke noen automatikk i at bedre levekår på enkeltområder gir bedret livskvalitet for denne gruppen: å slutte med rusmisbruk øker ikke livssjansene i seg selv. For noen vil rusfrihet være en billett til et bedre liv, mens det for andre kan være på andre livsarenaer de møter de største hindringene. Den viktigste informasjonen vi kan formidle fra resultatene våre, er imidlertid at det for de aller fleste dreier seg om hindringer på flere arenaer.

Ut til hva? Problemer og muligheter for gjenintegrering

Hvis vi tar utgangspunkt i Kriminalstatistikkens tall for løslatelser etter domsavsoning, ser vi at det i 2000 var over seks tusen slike løslatelser (Statistisk sentralbyrå 2003a, tabell 56). Bak dette tallet skjuler det seg en heterogen gruppe personer. Mange av dem er personer som i løpet av året har sonet flere dommer, mens andre har sonet én dom, av kortere eller lengre varighet. Men uansett er tallet på løslatelser også tallet på overganger: hver av løslatelsene består av en overgang mellom fengsel og samfunnet utenfor, og som den innsatte er mer eller mindre forberedt på. Forskningslitteraturen sier nokså entydig at disse overgangene representerer en kritisk fase i forhold til tilbakefall. Hva skal til for at denne overgangen blir vellykket? Hammerlin et al. (1998) fremhever (jfr. side 138) tiden rett før løslatelse som en kritisk periode med fare for mange former for svikt, og understreker viktigheten av realistisk forberedelse på den faktiske situasjonen den innsatte kommer til å møte etter soningen. I tillegg kommer de hovedkriteriene for vellykket gjenintegrering som vi har diskutert i avsnittene foran; det gjelder for eksempel å bygge videre på tidligere utdanning og arbeid, og opprettholdelse av sosiale bånd gjennom ivaretagelse av innsattes familie under og etter soningen. På et mer overordnet nivå er dette en beskrivelse av det Mathiassen (2003) kaller «kontinuitet på tvers av kontekster», i betydningen sammenheng innenfor og mellom ulike livsarenaer. Den organisatoriske strukturen for å legge til rette for dette kan anta ulike former og bør jevnlig diskuteres med utgangspunkt i de erfaringer som gjøres både i Norge og internasjonalt på dette området.

De organisatoriske rammene som legges rundt reintegreringsarbeidet må bestemmes ut fra hva slags grunnleggende prinsipper og verdier man ønsker å bygge praksis på. Som påpekt flere ganger underveis i denne rapporten, er levekårsforskningen opptatt av å avdekke mangler og ressurssvikt på bestemte levekårsområder. Vi får frem problemene fordi det er dem vi, i tråd med levekårsforskningstradisjonen, fokuserer på. Dette fordi det er mer enighet om hva som utgjør dårlige levekår og

problemer, enn hva som er gode levekår. Vår tilnærming kan dermed sies å bygge på en behovsmodell, det vil si en modell der det å møte de innsattes udekkede behov (i form av tilbud om utdanning, arbeid, bolig, inntekt, avhjelping av helseproblemer etc.) danner grunnlag for tiltaksforslag. Men dette er ikke den eneste mulige modellen å tenke reintegrering ut fra. Maruna og LeBel (2003) holder også to andre alternativer opp i lyset: det ene er en risikomodell, som i sin reneste form tar utgangspunkt i at innsatte representerer en risiko som må holdes under konstant oppsikt/kontroll. Maruna og LeBel mener at kriminalpolitiske slagord som vi også kjenner her hjemmefra, som «nulltoleranse» og «three strikes and you're out» er basert på denne tankegangen. De mener at verken behovs- eller risikomodellen er godt egnet som grunnlag for vellykket reintegrering, og lanserer i stedet en «styrkebasert» modell. En slik modell er opptatt av å avdekke den enkeltes sterke sider og ressurser, for at disse kan danne utgangspunkt for vedkommendes gjenintegrering i samfunnet etter soning. Det viktige spørsmålet blir hva som skal til for gjenintegrering (dvs. aktiv målsetting/approach-tilnærming), ikke hva som kan hindre tilbakefall (dvs. en passiv målsetting/avoidance-tilnærming). Travis (2000) argumenterer for at gjenintegreringsprosessen er en unik mulighet til å nå viktige sosialpolitiske mål, og at retts-systemet bør spille en langt større rolle i å administrere denne prosessen for den enkelte innsatte. Basert på erfaringene med «drug courts» som virkemiddel i rehabiliteringen av narkotikadømte, lanserer han ideen om «re-entry courts», der ansvar og rettigheter for innsattes gjenintegrering i samfunnet er klart definert og administreres av en dommer som har myndighet til både å sanksjonere brudd på de vilkårene partene er blitt enige om, men ikke minst: mulighet til å belønne fremskritt. Det er et sentralt element i en slik modell at dommeren ikke bare skal påse at den enkelte innsatte overholder vilkårene, men også at de involverte offentlige instanser tar sin del av ansvaret for å legge aktivt til rette for vedkommendes gjenintegrering. Uten nytenkning, for eksempel med utgangspunkt i en styrkebasert modell, står imidlertid også forslaget om «re-entry courts» i fare for å bli nok et tiltak i rekken av risiko- og kontrollfokuserede systemer, med de begrensningene det innebærer (Maruna et al. 2003). En av de største forskjellene på en styrkebasert modell og en behovs- eller risikomodell er at den første er langt mer opptatt av hva den enkelte innsatte og de øvrige involverte i reintegreringsprosessen kan bidra med og har gjort siden sist, og mindre fokusert på kontroll av regeloverholdelse (selv om regeloverholdelse er en del av den underliggende «kontrakten» hver enkelt må forholde seg til. Men i motsetning til nulltoleranseprinsippet, er styrkemodellen basert på en forståelse av atferdsendring som en prosess som beveger seg fremover også gjennom tilbakefall). I tillegg til å skifte fokus bort fra kontroll og over til tilretteleggelse for positiv atferdsendring, fremhever Taxman et al. (2002) involvering og

ansvarliggjøring av lokalmiljøet den enkelte skal ut til som et hovedelement i vellykkede reentry-/gjenintegreringsprogrammer.

Ingen vet bedre enn innsatte selv hva som er nødvendige ingredienser i en vellykket gjenintegrering i samfunnet etter avsoning av en fengselsstraff. En organisasjon som Livet etter soning (LES) kan bli en viktig aktør når det gjelder å forvalte og formidle den erfaringsbaserte kunnskapen om dette. Innenfor Kriminalomsorgen er Friomsorgen (tidligere Kriminalomsorg i frihet) en viktig aktør når det gjelder å forberede overgangen fra fengsel til frihet.

Noen av marginaliseringens konsekvenser

Fengselsinnsatte er i utgangspunktet en marginalisert gruppe langs sentrale levekårsdimensjoner. Marginalisert brukes her i betydningen befinne seg i randsonen eller ha svak tilknytning til verdsette arenaer i vårt samfunn, som arbeids-, utdannings- og boligmarked. Vi bruker begrepet marginalisering fordi det viser til at innsatte ikke befinner seg utenfor på disse områdene, men i ytterkanten. Begrepet er dynamisk i den forstand at det innebærer at prosesser kan gå i integrerende eller ekskluderende retning innenfor de ulike arenaene. Marginalisering har i seg potensial til at det kan ende med at personen blir utstøtt fra en samfunnsarena.

Å sitte i fengsel innebærer derimot å bli sosialt ekskludert for en periode, og dette kan forsterke marginaliseringen innenfor viktige levekårsområder. I utgangspunktet medfører det å sitte i fengsel at båndene til det konvensjonelle samfunnet svekkes: mulighetene til å få arbeid og legitim inntekt blir dårligere, og avhengigheten av kriminalitet som inntektskilde og kilde til sosialt nettverk øker; marginaliseringen forsterkes (Kvsvgaard 1989, Nilsson 2003).

På samfunnsnivå er ulikhet i livsvilkår et velferdsproblem, og manglende integrering av utsatte grupper forsterker dette. Selv om den norske virkeligheten er langt fra den amerikanske på dette området, er likevel Petersilia (2003) sin advarsel relevant også for norske forhold: oppmerksomheten må rettes mot hva som skal skje når innsatte løslates. En ytterligere marginalisering er med på å true det samfunnet som fengslingen av dem var ment å beskytte. Når personer som har begått kriminalitet blir værende i samfunnets randsoner, fremfor å bli sosialt integrert på ordinære samfunnsarenaer, forblir de fremmede. Fremmedhet skaper frykt, og frykten er i seg selv et velferdsproblem.

Avslutning

Det er ikke nytt, verken for kriminalomsorgen selv eller omgivelsene ellers, at fengselet rommer mennesker i livskrise, utslåtte folk med omfattende behov. Kriminalomsorgen er i stadig utvikling for å ivareta noen av disse behovene, og det resulterende bildet av hverdagen i norsk kriminalomsorg er mangfoldig. Vårt mandat har ikke vært å dokumentere dette mangfoldet, men å undersøke de innsattes generelle levekårssituasjon. Vi har fokusert på mangler og problemer og avdekket til dels store slike; innsatte befinner seg i en marginalisert situasjon på flere områder, men kan likevel ha mange ressurser på andre områder. På individnivå er det viktig at det er de områdene der den enkelte har ressurser som danner utgangspunktet for reintegreringsprosessene. På samfunnsnivå er det imidlertid viktig at overordnede strategier tar utgangspunkt i de faktiske levekårsmanglene, slik at politikkkutforming har som mål å bøte på disse og derigjennom bidra til en utjevning av befolkningens levekår. Resultatene våre har vist at levekårsmanglene i denne gruppen henger sammen på måter som forutsetter helhetstekning og samarbeid på tvers av ulike forvaltningsområder. Arenaer som medfører risiko for utstøting rommer samtidig muligheter til å hindre marginalisering – og er dermed også sentrale i kriminalitetsforebygging. Sikring av gode oppvekstvilkår for barn og unge, tilpassede utdannings-tilbud og et rommelig arbeidsmarked er dermed også del av en god kriminalpolitikk.

Referanser

- Aanonsen, N. O. (2000), «Praktisk diagnostikk av ADHD hos voksne». I: N.O. Aanonsen, red, *ADHD – Diagnose, klinikk og behandling hos voksne*, s. 25–30. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Abramson, J. H. og P. M. Gahlinger (1999), *Computer program for epidemiologists: PEPI Version 4*. Llamidloes, Powys, Wales: Brixton Books
- Andersen, A. (1999), «Hvem har det verst?» *Samfunnsspeilet*. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Baillargeon, J. m.fl. (2000), «The disease profile of Texas prison inmates». *Annals of Epidemiology*, 10, 74–80
- Brottsforebyggende rådet (2000), *Från anstalt till livet i frihet – inför muck*. Rapport. Stockholm: Brottsforebyggende rådet, Information och förlag
- Bødal, K. og I. M. Fridhov (1993), *Hvordan gikk det med narkoselgerne?* Oslo: Kriminalomsorgsavdelingen, Justisdepartementet
- Christie, N. (1982), *Hvor tett et samfunn?* 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget
- Colsher, P. L. m.fl. (1992), «Health status of older male prisoners: A comprehensive study.» *American Journal of Public Health*, 82, 881–884
- Dahl, E. (1994), *Sosial ulikhet i helse: artefakter eller seleksjon?* Fafo-rapport. Oslo: Forskningsstiftelsen Fafo
- Dahl, E. og G. E. Birkelund (1999), *Syssetting, klasse og helse 1980–1995*. Fafo-rapport. Oslo: Forskningsstiftelsen Fafo
- Dahl, E. og J. I. Elstad (2001), «Recent changes in social structure and health inequalities in Norway.» *Scandinavian Journal of Public Health*, 29, 7–17
- Ege, P. (1997), *Stofmisbrug. Baggrund, konsekvenser, behandling*. København: Hans Reitzels Forlag
- Elstad, J. I. (2000), *Social inequalities in health and their explanations*. NOVA-rapport. Oslo: NOVA

- Fazel, S. og J. Danesh (2002), «Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys.» *The Lancet*, 359, 545–550
- Finstad, L. og A. L. Gjetvik (1990), *Varetektsfanger forteller*. Oslo: Institutt for kriminologi og strafferett
- Freudenberg, N. (2001), «Jails, prisons, and the health of urban populations: A review of the impact of the correctional system on community health.» *Journal of Urban Health - Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 78, 214–235
- Fridhov, I. M. (1991), *Alt som før?* Oslo: Justisdepartementet
- Fridhov, I. M. (1993), *Klient i friomsorgen 1992*. Oslo: Kriminalomsorgens utdanningscenter
- Fugelli, P. og B. Ingstad (2001), «Helse – slik folk ser det.» *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 121, 3600–3604
- Fugelli, P. og J. H. Solbakk (2003), «Forebyggende selvransakelse.» *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 123, 1721–1722
- Fyhn, A. B. og E. Dahl (2001), *Mot tredje generasjons levekårsforskning: livsløp, inntekt og levekår*. Fafo-rapport. Oslo: Forskningsstiftelsen Fafo
- Gamman, T. (1995), Uheldige helsemessige effekter av isolasjon. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 115, 2243–2263
- Gamman, T. og O. M. Linaker (2000), «Screening for psykiatrisk lidelse blant fengselsinnsatte.» *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 120, 2151–2153
- Grambo, B. C. (2000), *Far og fange*. Oslo: Institutt for kriminologi og rettspsykologi
- Gulløy, E., S. Blom og A. A. Ritland (1997), *Levekår blant innvandrere 1996*. Oslo: Statistisk sentralbyrå
- Hairston, J. C. F. (2002), Prisoners and families: Parenting issues during incarceration. Foredrag på The Urban Institute's From Prison to Home Conference, Washington D.C., 30-31 januar.
- Halleröd, B. og M. Heikkilä (1999), «Poverty and social exclusion in the Nordic countries». I: M. Kautto m.fl., red., *Nordic Social Policy*, s. 185–214. London: Routledge

- Halvorsen, K. (2000), «Sosial eksklusjon som problem.» *Tidsskrift for velferdsforskning*, 3, 157–171
- Hammerlin, Y. og R. Kristoffersen (1998), *Habilitering som livsmestringsprosess. Startsted Hassel fengsel?* Rapport. Kriminalomsorgens utdanningscenter
- Hammerlin, Y. og E. Larsen (2000), «Tungtsonende». *Forsknings- og evalueringsrapport for TFP (tværfaglig fengselsprosjekt) i Oslo krets fengsel*. Oslo: Kriminalomsorgens utdanningscenter
- Hörnqvist, M. (2003), «Ingen höjdare. Anstaltsplacerade narkomaners syn på sin situation.» *Nordisk tidsskrift för kriminalvetenskap*, 90, 113–128
- Joukamaa, M. (1991), The Health of Finnish Prisoner (English summary). *Kansanterveyslaitteen julkaisuja*, s. 185–203
- Kramp, P. m.fl. (2003), *Rusmiddellundersøgelsen*. København: Justitsministeriet, Direktoratet for Kriminalforsorgen
- Kyvsgaard, B. (1989), *Og fengselet tar de sidste*. København: Jurist- og økonomiforbundets forlag
- Landheim, A. S., K. Bakken og P. Vaglum (2002), «Sammensatte problemer og separate systemer.» *Norsk epidemiologi*, 12, 309–318
- Lindquist, C. H. og C. A. Lindquist (1999), «Health behind bars: Utilization and evaluation of medical care among jail inmates.» *Journal of Community Health*, 24, 285–303
- Maruna, S. (2001), *Making good. How ex-convicts reform and rebuild their lives*. 2nd ed. Washington: American Psychological Association
- Maruna, S. og T. P. LeBel (2003), «Welcome home? Examining the «Reentry Court» concept from a strengths-based perspective.» *Western Criminology Review*, 4, 91–107
- Mathiassen, C. (2003), Ways of being as a prisoner. *Foredrag* på The 10th biannual Conference for the Society of Theoretical Psychology, Istanbul, 27. juni.
- Moum, T. (1998), «Mode of administration and interviewer effects in self-reported symptoms of anxiety and depression.» *Social Indicators Research*, 45, 279–318
- Nilsson, A. (2002), *Fånge i marginalen*. Kriminologiska institutionen, Stockholms universitet

- Nilsson, A. (2003), «Living conditions, social exclusion and recidivism among prison inmates.» *Journal of Scandinavian studies in criminology and crime prevention*, 4, 57–83
- Nilsson, A. og H. Tham (1999), *Fångars levnadsförhållanden*. Norrköping: Kriminalvårdsstyrelsen
- Norges offentlige utredninger (1993), *Levekår i Norge. Er graset grønt for alle?* Rapport. Oslo: Statens forvaltningstjeneste
- Palme, J. m.fl. (2000), *Välfärd, ofärd och ojämlikhet*. Rapport. Stockholm
- Pape, H. (1996), «Ungdomskriminalitet». I: Tormod Øia, red, *Ung på 90-tallet*. Oslo: Cappelen Akademiske forlag
- Petersilia, J. (2003), *When prisoners come home*. New York: Oxford University Press
- Ramm, J. (1997), «Egenvurdert helse: Vi klager ikke før vi må». *Samfunnsspeilet*. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå
- Rapport fra arbeidsgruppen som skal utrede forholdene for barn med foreldre i fengsel (1994). Oslo: Justis- og politidepartementet
- Rasmussen, K., R. Almvik og S. Levander (2000), «ADHD in prisoners: an unfavourable index of criminal careers and a forensic challenge.» *Nordic Journal of Psychiatry*, 54, 47
- Rasmussen, K., R. Almvik og S. Levander (2001), «Attention deficit hyperactivity disorder, reading disability, and personality disorders in a prison population.» *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 29, 186–193
- Rasmussen, K., O. Storsæter og S. Levander (1998), «Psychiatric disorders in a Norwegian prison population.» *Nordic Journal of Psychiatry Suppl*, 41, 79–80
- Rasmussen, K., O. Storsæter og S. Levander (1999), «Personality disorders, psychopathy, and crime in a Norwegian prison population.» *International Journal of Law and Psychiatry*, 22, 91–97
- Rognerud, M., B. H. Strand og Ø. Hesselberg (2000), *The health of disadvantaged groups in Norway*. Rapport. Oslo: Folkehelse
- Rokkan, T. T. og A. Brandsberg-Dahl (2003), *Tyrili – 10 år etter*. Rapport. Oslo: Tyrili Forskning og Utvikling

- Sandanger, I. m.fl. (1998), «Concordance between symptom screening and diagnostic procedure: The Hopkins Symptom Checklist and the Composite International Diagnostic Interview.» *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 345–354
- Schriro, D. (2000), *Correcting corrections: Missouri's Parallel Universe*. Rapport. Washington D.C.: National Institute of Justice
- Sestoft, D. m.fl. (1998), «Impact of solitary confinement on hospitalization among Danish prisoners in custody.» *International Journal of Law and Psychiatry*, 21, 99–108
- Skardhamar, T. (2002), *Levekår og livssituasjon blant innsatte i norske fengsler*. Institutt for kriminologi og rettsosnologi, Universitetet i Oslo
- Skardhamar, T. (2003), «Inmates' social background and living conditions.» *Journal of Scandinavian studies in criminology and crime prevention*, 4, 39–56
- Sosialdepartementet (2002), *Tiltaksplan mot fattigdom*. Rapport
- Stang, J. m.fl. (2003), «Fanger i sikkerhetscelle – en utfordring.» *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 123, 1844–1846
- Statistisk sentralbyrå (1995), *Levekårsundersøkelsen 1995*. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå
- Statistisk sentralbyrå (1998), *Standard for yrkesklassifisering*. Rapport. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå
- Statistisk sentralbyrå (2002), <http://www.ssb.no/emner/03/03/10/barneverng/main.html>
- Statistisk sentralbyrå (2003a), *Kriminalstatistikk 2000*. Rapport. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå
- Statistisk sentralbyrå (2003b), «Sosiale indikatorer. Bli tidene snart lettere igjen?» *Samfunnspeilet*. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Stern, V. (1998), *A sin against the future. Imprisonment in the world*. Boston: Northeastern University Press
- Strand, B. H. m.fl. (2003), «Measuring the mental health status of the Norwegian population: A comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36).» *Nordic Journal of Psychiatry*, 57, 113–118

- Tambs, K. (1994), *Undersøkelse av seksuelle overgrep mot barn*. Oslo: Statens institutt for folkehelse
- Taxman, F. S., J. M. Byrne og D. Young (2002), *Targeting for reentry: Matching needs and services to maximize public safety*. University of Maryland, College Park: Bureau of Governmental Research
- Taxman, F. S. m.fl. (2002), *From prison safety to public safety: Innovations in offender reentry*. University of Maryland, College Park: Bureau of Government Research
- Travis, J. (2000), *But they all come back: Rethinking prisoner reentry*. Rapport. Washington, DC: Department of Justice, National Institute of Justice
- Travis, J., A. L. Solomon og M. Waul (2001), *From prison to home. Dimensions and consequences of prisoner reentry*. Washington: The Urban Institute
- Ulfstad, L.M.(1997), *Bostedsløse i Norge – kartlegging av bostedsløse i kontakt med hjelpeapparatet*. Oslo: Norges Byggforskningsinstitutt
- Zahl, P. H. m.fl. (2003), *Bedre helse – større forskjeller*. Rapport. Oslo: Folkehelseinstituttet

Levekår blant innsatte

Denne rapporten er resultatet av en landsdekkende levekårsundersøkelse blant domsinnsatte i norske fengsler, gjennomført på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet og Justis- og politidepartementet. Informasjonen er samlet inn av Statistisk sentralbyrå gjennom intervjuer med til sammen 260 innsatte.

Rapporten belyser sentrale levekårsområder som oppvekst, utdanning, arbeidserfaring, økonomi, boligforhold, familiesituasjon, og fysisk og psykisk helse. Undersøkelsen er først og fremst rettet mot forholdene slik de var før fengslingen. Rapporten legger særlig vekt på å belyse sammenhengen mellom ulike levekårsproblemer, og gir innspill til en videre diskusjon om innsattes gjenintegrering i samfunnet etter endt soning.



Borggata 2B/Postboks 2947 Tøyen
N-0608 Oslo
www.fafo.no

Fafo-rapport 429
ISBN 82-7422-422-1
ISSN 0801-6143