

***Kvinnelige innsatte i Norge og Belgia: En
kartlegging av psykiske helseplager og
søvn***

Leila Våland Tveit



**MAPSYK330, masterprogram i psykologi,
Studieretning: Sosial og kognitiv psykologi
ved**

UNIVERSITETET I BERGEN

DET PSYKOLOGISKE FAKULTET

VÅR 2020

Antall ord: 15101

Veileder: Lise Øen Jones

Biveileder: Mari Hysing

Institutt for samfunnspsykologi, Universitetet i Bergen, Norge

Abstract

The needs of female inmates during incarceration have received increased attention over the past few years, and studies have shown that the needs of female inmates are not being met in prison. The purpose of this study is to survey psychological distress and sleep problems among female inmates in Norway and Belgium, and whether education level, sentencing, pre-trial detention and sentence served could affect the amount of psychological distress and sleep problems the inmates would report. The study is based on data collected from 51 female inmates in Norway and Belgium, who replied to a questionnaire that highlighted several aspects of incarceration. The results from the analysis support the assumption that sleep problems and psychological distress is greatly reported among female inmates and showed that these problems are highly correlated. Furthermore, comparison of different groups showed that inmates that had served less than a third of their sentence reported more psychological distress, compared to inmates that had served more than a third of their sentence. However, this was not the case for sleep problems. The results do not support the hypothesis that female inmates with lower education and female inmates being incarcerated in pre-trial detention reported higher degree of psychological distress and sleep problems, compared to inmates with higher education and inmates being incarcerated in prison. This study shows that female inmates experience negative health outcomes due to incarceration, and it gives insight into the female prison population, an understudied field.

Keywords: Prison, female inmates, psychological distress, sleep problems, prevalence, education

Sammendrag

Kvinnelige innsattes soningsforhold har fått mye oppmerksomhet de siste årene, og studier har indikert at kvinnelige innsattes behov ikke blir ivaretatt i fengsel. Hensikten med denne studien er å kartlegge psykiske plager og søvnproblemer hos kvinnelige innsatte i Norge og Belgia, samt undersøke om utdanningsnivå, fengslingsgrunnlag og tidspunkt i soningsløpet påvirker i hvor stor grad de innsatte rapporterer psykiske plager og søvnproblemer. Studien baserer seg på data samlet inn fra 51 kvinnelige innsatte fra Norge og Belgia, som fylte ut et spørreskjema som belyste flere ulike aspekt av soningen. Resultatene støtter antagelsen om at kvinner i fengsel i stor grad rapporterer søvnproblemer og psykiske plager og viste til at søvnproblemer og psykiske plager korrelerer sterkt med hverandre. Videre viste sammenligning av ulike grupper at innsatte som har sonet mindre enn en tredjedel i større grad rapporterer psykiske plager, sammenlignet med innsatte som har sonet mer enn en tredjedel. Imidlertid ble det ikke funnet støtte for dette for søvnproblemer. Videre ble det ikke funnet støtte for at kvinnelige innsatte som ikke har fullført videregående og innsatte som sitter i varetekt rapporterer mer plager enn innsatte som har fullført videregående og innsatte som soner en dom. Inneværende studie viser til at kvinnelige innsatte erfarer negative helsekonsekvenser under soning og er et viktig bidrag til mer forskning på kvinnelige innsatte som en egen innsattpopulasjon.

Nøkkelord: Fengsel, kvinnelige innsatte, psykiske plager, søvnproblemer, prevalens, utdanning

Forord

Det har lenge vært en interesse for meg å kunne hjelpe og jobbe med innsatte for at de skal kunne tilbakeføres til samfunnet og få en ny sjanse. Jeg valgte mastergraden på Universitetet i Bergen på bakgrunn av muligheten for å forske på innsatte. Jeg var heldig nok til å møte Lise Øen Jones tidlig i min mastergrad, og fra starten av inkluderte hun meg i hennes forskning og åpnet opp for at jeg skulle kunne følge drømmen min. Takket være Lise, har jeg fått jobbet med et prosjekt som undersøker den målgruppen jeg brenner for å hjelpe og som ofte blir utstøtt av samfunnet. En stor takk til Lise for hennes profesjonelle støtte, for å alltid være vennlig og inkluderende og for å gjøre denne masteroppgaven mulig. Jeg vil videre rette en takk til Mari Hysing og Ole Johan Eikeland for gode og konstruktive tilbakemeldinger og veiledning. Ikke minst vil jeg takke alle innsatte som deltok i studien, samt ansatte i fengslene som administrerte gjennomføringen. Uten dere hadde denne studien ikke vært mulig.

Med den pågående koronasituasjonen føler jeg meg takknemlig for muligheten til å levere masteroppgaven og at alle inkluderte parter har tilrettelagt for at dette skulle bli mulig. Det har vært en ekstra krevende prosess, som jeg er stolt av å ha kommet meg igjennom. Til slutt ønsker jeg å gi en stor takk til nettverket rundt meg for å ha bistått med gode ord, støtte og bidrag gjennom hele prosessen, spesielt i den krevende innspurten. Jeg ønsker å rette en spesifikk takk til Vilde Elisabet Rausch, som alltid heiet meg frem og ga moralsk støtte når jeg møtte motgang. Verdiane dine vil leve videre i menneskene som var rundt deg.

Stavanger, 11.06.2020

Leila Våland Tveit

Innholdsfortegnelse

Abstract	iii
Sammendrag	iv
Forord.....	v
Innholdsfortegnelse	vi
Teoretisk rammeverk.....	10
Kvinnelige innsatte.....	10
Kvinnelige innsatte i Norge.....	11
Kvinnelige innsatte i Belgia.	11
Store livsendringer og stress kan ha negativ påvirkning på helse.....	12
Søvn under soning	14
Psykisk helse blant innsatte	15
Tidspunkt i soningsløpet og fengslingsgrunnlag.....	17
Utdanningsnivå.....	18
Utdanningsnivå blant innsatte.	18
Sammenhengen mellom utdanningsnivå og helse.	19
Hypoteser.....	20
Metode	22
Utvalg	22
Materiale.....	22
Bakgrunnsvariabler.	22
Bergen Insomnia Scale.....	22
Hopkins Symptoms Checklist.	23
Forskningsdesign.....	23
Prosedyre.....	23
Etiske retningslinjer.....	24
Statistiske analyser	24
Resultat.....	25
Sammenligning av belgiske og norske innsatte	25
Deskriptiv statistikk.....	25
Faktoranalyse.....	26
Korrelasjoner	27
Fengslingsgrunnlag	28
Søvnproblemer.	28

Psykiske plager.....	29
Soningstid.....	29
Søvnproblemer.....	29
Psykiske plager.....	29
Utdanning.....	30
Diskusjon.....	30
Bruk av HSCL-10 blant kvinnelige innsatte.....	31
Kvinnelige innsatte og forekomst av helseplager.....	31
Søvnproblemer.....	32
Psykiske plager.....	32
Sammenhengen mellom søvnproblemer og psykiske plager med fengslingsgrunnlag.....	34
Sammenhengen mellom søvnproblemer og psykiske plager med soningstid.....	35
Søvnproblemer.....	35
Psykiske plager.....	36
Sammenhengen mellom søvnproblemer og psykiske plager med utdanningsnivå.....	37
Kvinner er sårbare på generell basis.....	37
Metodiske begrensninger.....	38
Implikasjoner.....	40
Fremtidig forskning.....	41
Konklusjon.....	42
Litteraturliste.....	43
Appendiks.....	55
Appendiks A – Statistikk over kvinnelige innsatte i Norge.....	55
Appendiks B – Informasjon gitt til innsatte før deltakelse i studien.....	56
Appendiks C – Bergen Insomnia Scale.....	60
Appendiks D – Hopkins Symptoms Checklist.....	61
Appendiks E – Bakgrunnsinformasjon om de innsatte.....	62

Kvinnelige innsatte er en minoritet i fengsel (Walmsley, 2017). Dette kan påvirke deres opplevelse både under og etter endt straffegjennomføring. En norsk, kvinnelig innsatt uttalte i 2019 at hun følte seg som en kasteball i kriminalomsorgen (Innsatt nr. 13007, 2019). Denne opplevelsen er hun trolig ikke alene om. Forskning har vist at det lave antallet kvinnelige innsatte har ført til at fengselsreformer i stor grad baseres på behovene til menn (Bartels & Gaffney, 2011; Fair, 2007). Kvinners behov har derfor i liten grad blitt tatt i betraktning (Granger-Brown, 2007). Dette reiser spørsmål om kvinner under soning har de samme rammebetingelsene under straffegjennomføring som menn. I henhold til Kriminalomsorgen (2018) skal straffegjennomføring fremme tilbakeføring til samfunnet. Manglende ivaretagelse av kvinners behov kan svekke denne prosessen. Det er derfor viktig å kartlegge ulike aspekter ved straffegjennomføringen til kvinnelige innsatte.

Kvinner er antatt å være mer sårbare for negative konsekvenser av opplevd stress sammenlignet med menn (Dalla et al., 2005). Kjelsberg & Hartvig (2005) gjennomførte en studie av den norske fengselspopulasjonen for å kartlegge forekomsten av psykiatriske og somatiske plager. Resultatene viste at 35 % av de innsatte hadde psykiatriske diagnoser, hvor depressive lidelser og søvnvansker hadde høyest prevalens. Videre ble det funnet at både de psykiatriske og somatiske lidelsene var mer prevalent hos kvinnelige innsatte, sammenlignet med menn. Amundsen (2010) hevder at færre enn to av ti kvinnelige innsatte tilbys behandling for helserelevante problemer under soningsoppholdet, til tross for at over halvparten av kvinnene oppgir ønske om et behandlingstilbud. Dette er en indikator på at hjelpeapparatet ikke dekker behovet til kvinnelige innsatte, og at tiltak bør iverksettes for å bedre kvinnelige innsattes soningsforhold. En studie basert på belgiske innsatte viste at antallet innsatte med psykiske lidelser har økt betraktelig fra 589 i 1999 til 1089 i 2010 (Daems et al., 2013). De nevnte studiene gir verdifull informasjon som viser at søvnvansker og psykisk helse blant kvinnelige innsatte bør utredes, noe som er målet med det gjeldende prosjektet.

Iversen og kollegaer (2014) undersøkte psykiske plager og subjektiv helsetilstand hos innsatte i norske fengsler ved hjelp av selvrapporteringsskjema. Resultatene viste at psykiske plager, tid sonet, utdanningsnivå og alder uavhengig predikerte subjektiv helsetilstand. De konkluderte med at sannsynligheten for god helse under soning øker ved høyere utdanningsnivå, lavere nivå av psykologisk bekymring og lengre tid sonet. Det kan imidlertid stilles spørsmål om resultatene er representative for den kvinnelige fengselspopulasjonen, ettersom kun 13 % av deltakerne var kvinner. Det er dermed av interesse å undersøke om forholdene er de samme ved studier som kun inkluderer kvinnelige innsatte.

Forskning på innsatte har som regel blitt utført på kvinner og menn som «én enhet», hvor mannlige innsatte ofte utgjør opptil 90 % av deltakerne. Binswanger og kollegaer (2010) undersøkte kjønnsforskjeller i fengselspopulasjonen. Resultatene viser at kvinner og menn skiller seg fra hverandre på sentrale demografiske karakteristika, som alder, rase, sivilstatus, utdanning, arbeid og hjemløshet. Dette viser viktigheten av å ta høyde for kjønnsforskjeller i studier av innsatte. Få studier har undersøkt rene, kvinnelige fengselspopulasjoner. Det foreligger derfor et behov for flere studier som utelukkende er basert på kvinnelige innsatte. Økt kunnskap om kvinners helsetilstand under soningsoppholdet kan skape bedre tilpasset hjelpetiltak, som på sikt kan skape en bedre opplevelse av straffegjennomføringen og økt grad av tilbakeføring til samfunnet.

Hensikten med den inneværende studien er å undersøke i hvilken grad kvinnelige innsatte opplever negative helsekonsekvenser i form av søvnproblemer og psykiske plager. Deltakerne i studien består av kvinnelige innsatte i Norge og Belgia. Det vil undersøkes om det er gruppeforskjeller i rapporterte helseplager blant de innsatte, med hensyn til hvor lenge den innsatte har sonet, fengslingsgrunnlag og utdanningsnivå. Resultatene fra dette prosjektet vil gi verdifull kunnskap til kriminalomsorgen. For å kunne organisere fungerende helsetilbud under soning er det behov for detaljert informasjon om problemstillinger de kvinnelige innsatte opplever (Kjelsberg & Hartvig, 2005). Det er gjennomført flere studier som undersøker prevalensen av psykiske plager og søvnvansker under soning i internasjonale fengsler (Binswanger et al., 2010; Dewa et al., 2017a; James & Glaze, 2006), men det er interessant å undersøke dette spesifikt hos kvinner og kartlegge når problemene eventuelt er mer fremtredende. En slik kartlegging vil kunne legge til rette for hvilke tiltak som bør implementeres når, og hvilke utfordringer som må tas til etterretning for å sikre gode soningsforhold og bedre rehabilitering for kvinnelige innsatte i både Belgia og Norge, samt redusere tilbakefallsraten.

Denne studien vil videre presentere et teoretisk rammeverk som belyser forholdene kvinner erfarer under soning. Deretter vil fengsling bli introdusert som en livshendelse som kan inducere stress hos den innsatte. Dette vil presenteres for å teoretisk illustrere at soning kan være krevende for de innsatte. Videre vil det presenteres tidligere forskning på søvn under soning og psykiske plager blant innsatte. Gjennomført soningstid, varetektsfengsling og utdanningsnivå vil bli presentert som faktorer som kan påvirke utviklingen av negative helsekonsekvenser under soning. Til slutt vil oppgavens problemstilling og hypoteser presenteres.

Teoretisk rammeverk

Kvinnelige innsatte

I fengsel er kvinner en minoritet. Data fra kriminalomsorgsdirektoratet viser at det i 2019 var 204 kvinnelige innsatte i Norge, noe som utgjør 6,3 % av alle innsatte i norske fengsler (Se appendiks A). I Belgia var det 483 kvinnelige innsatte i 2019, noe som utgjør 4,4 % av fengselspopulasjonen (World Prison Brief, n.d.). «The World Female Imprisonment List» viser også at den kvinnelige fengselspopulasjonen globalt utgjør 6,9 % av fengselspopulasjonen, og den kvinnelige populasjonen øker hurtigere internasjonalt enn den mannlige (Walmsley, 2017). Det er mangel på empirisk evidens på kvinnelige innsatte, noe som kan skyldes at de er en minoritet og spørsmål rundt utvalgsstørrelse dermed forekommer i mange situasjoner.

Det foreligger egne retningslinjer for straffegjennomføring og behandling av kvinner i fengsel. Selv om disse retningslinjene ikke er juridisk bindende legger de viktige føringer. Europarådet la frem «Europeiske fengselsregler» i 1973. Dette settet av tilrådinger og standarder for behandling av innsatte ble signert av 47 land, deriblant Norge. Videre ble reglene revidert i 2006 og inneholder punkter direkte rettet mot kvinnelige innsatte (Lundeby et al., 2015). Punkt 34.1 i de «Europeiske fengselsregler» poengterer: «I tillegg til de konkrete bestemmelsene i disse reglene som omhandler kvinnelige innsatte, skal myndighetene legge spesiell vekt på kvinners behov, herunder fysiske, yrkesmessige og psykologiske behov, når det gjelder beslutninger som berører noe forhold ved fengsling forvaring av kvinner» (Lundeby et al., 2015, s. 14). Videre vedtok FNs generalforsamling Bankokreglene i 2010, som inneholder 70 regler rettet mot å beskytte kvinnelige innsatte (Forente Nasjoner, 2011) og Mandelareglene ble vedtatt i 2015, som inneholder minimumsregler for innsatte, med egne retningslinjer for kvinnelige innsatte (Forente Nasjoner, 2016). Disse retningslinjene kan bidra til at kvinner blir likestilt med menn under soning, men forskning på kvinnelige innsatte blir viktig for å presisere hvilke utfordringer kvinner under soning har og slik finne tiltak som kan bedre kvinners soningsforhold.

Mye av dagens forskning på kvinnelige innsatte kommer fra USA og Australia (Bartels & Gaffney, 2011; Leigey & Reed, 2010; Sacks et al., 2012; Spark & Harris, 2005; Warren et al., 2002). Det må tas i betraktning at soningsforholdene er ulike fra land til land, og det kan dermed tenkes at eksempelvis utviklingen av helseplager vil være forskjellig i ulike land. Eksempelvis forsøker det norske fengselssystemet å tilby aktiviteter, utdanning, arbeidserfaring, psykologer og rusmestringshjelp til de innsatte (Straffegjennomføringsloven, 2002, §17-22). Wilper og kollegaer (2009) legger frem at mange innsatte i USA eksempelvis

ikke får nødvendig psykiatrisk behandling ved arrest. Ulikheter i soningsforhold underbygger viktigheten av å ha forskning på flere land for å utvikle en bredere forståelse av soning.

Kvinnelige innsatte i Norge. De ulike soningsforholdene for kvinner og menn har vært en kjent utfordring også i norske fengsler. I Norge har det i løpet av de siste årene blitt publisert flere rapporter som fokuserer på kvinnelige innsatte og mangelen på et fengselssystem som støtter opp kvinners behov, og som understreker forskjellene for kvinner og menn under soning. Kriminalomsorgsdirektoratet konkluderte i en rapport fra 2015 at kvinner i Norge hadde langt fra likeverdige forhold under soning, sammenlignet med mannlige innsatte (Vige, 2018). I tillegg til at kvinners behov ofte ikke blir tatt i betraktning, kommer kvinnelige innsatte i større grad enn menn fra dårlige livsforhold. Kvinnene har oftere vært utsatt for overgrep som barn, har mer problemer med rus og har oftere ubehandlede psykiske lidelser (Sivilombudsmannen, 2016). Videre viser statistikk fra 2000-2005 at omtrent 32 % av de kvinnelige innsatte i Norge begikk ny kriminalitet etter soning (Amundsen, 2010). Dette underbygger viktigheten av å tilrettelegge for bedre soningsforhold for kvinner for å sikre rehabilitering. Videre har det blitt foreslått flere endringer som bør foretas på ulike nivå og områder for å få likestilte forhold for menn og kvinner under soning (Bjurstrøm, 2016; Lundeby et al., 2015; Sivilombudsmannen, 2016).

Sivilombudsmannens temarapport om kvinners soningsforhold i Norge peker på bygningsmessige utfordringer hvor flere av fengslene er i gamle uegnede bygg, og kvinner har dårligere tilbud hva gjelder tilgang til uteområder og fysisk aktivitet, samt dårligere rusmestringstilbud, sammenlignet med mannlige innsatte (Sivilombudsmannen, 2016). Nærhetsprinsippet innebærer å tilrettelegge for soning nærmest hjemstedet. Dette blir ikke alltid mulig å ivareta for kvinner, da det er færre avdelinger for kvinner. Dette fører til at kvinner ofte må flytte langt for å sone og at riktig sikkerhetsnivå under soning ikke blir benyttet. Videre er kvinnelige innsatte i større grad enn mannlige innsatte omsorgspersoner, og disse kvinnene blir særlig rammet av brudd på nærhetsprinsippet (Sivilombudsmannen, 2016). Fogel (1993) fant i sin studie at 45 av 55 kvinnelige innsatte hadde barn. Begrenset kontakt med barn kan føre til stress, som videre er funnet å være relatert til høyere nivå av angst, depresjon og somatisering (Houck & Loper, 2002).

Kvinnelige innsatte i Belgia. I likhet med norske fengsel er forholdene i belgiske fengsel omdiskutert. Den europeiske menneskerettighetsdomstolen har flere ganger dømt belgiske fengsler for brudd på menneskerettighetene og fengselssystemet har blitt anklaget for inhumane forhold (Pundy, 2017). Et gjennomgående problem i belgiske fengsel har vært overbefolkning, hvor det i 2009 var 117,9 innsatte per 100 plasser (Daems et al., 2013). En

overbefolkning av innsatte vil kunne ha negative konsekvenser for aktivitetstilbud og rehabilitering. Kvinner i belgiske fengsler blir også ofte sett på som «de glemte», hvor det er vanlig at de har mindre tilgang til arbeidserfaring, fritid og aktiviteter, samt tilbud om åpen soning (Prison Insider, 2019; Smit & Dünkel, 2001, s. 73). De belgiske fengslene er ulike, sammenlignet med de norske fengslene. Eksempelvis har ikke alle innsatte i belgiske fengsel tilgang til utdanning under soning (Prison Insider, 2019), hvor kriminalomsorgen i Norge skal legge til rette for at innsatte har aktivitetstilbud som skole og arbeid på dagtid (Straffegjennomføringsloven, 2002, §18). Videre har det blitt uttalt at noen innsatte i belgiske fengsler lever under dårlige forhold med celler uten nok senger, uten umiddelbar tilgang til vann eller toalett, og ingen tilgang til nødvendige helsetjenester (Pundy, 2017). Videre har det blitt presentert at kvalifiserte psykologer gjennomfører lite behandling i belgiske fengsler, noe som har resultert i høy selvmordsrate (Smit & Dünkel, 2001, s. 55). Forskning på innsatte i Belgia omhandler i stor grad tilgjengelighet av aktivitetstilbud og årsaker til at innsatte engasjerer seg eller ikke i disse aktivitetene (Brosens, 2019a; Brosens et al., 2015, 2016, 2017, 2019b). Videre er forskning spesifikt på kvinnelige innsatte i Belgia svært begrenset (Nuytiens & Christiaens, 2012), og det er dermed av interesse å opparbeide mer kunnskap om hvilke behov og utfordringer kvinner erfarer, for i større grad kunne tilrettelegge soningen.

Store livsendringer og stress kan ha negativ påvirkning på helse

Store livsendringer, spesielt negative, har blitt vist å predikere psykiske plager (Thoits, 1983, s. 40). Når utfordringene som følge av livsendringer overstiger mestringsressursene til et individ kan det føre til sårbarhet for psykiske og fysiske sykdommer (Holmes & Rahe, 1967). Holmes & Rahe (1967) studerte legejournaler i den amerikanske marinen for å undersøke om ulike hendelser var assosiert med skade eller sykdomsdebut. Ulike hendelser ble identifisert og vurdert ut ifra hvor mye omjustering det krevde for individet. Fengsling ble her vurdert å være blant de livshendelsene som forårsaker størst endring i hverdagen og dermed krever mye omjustering (Holmes & Rahe, 1967). Dette indikerer at fengsling er en av de hendelsene som kan ha mest påvirkning på helsen til mennesker. Videre kan fengsling føre til drastiske endringer i et menneskes liv og kan dermed anses som en stressende livshendelse, og kan bli ansett som psykologisk skadelig (Tamay, 1992; referert i Fogel, 1993). Hurtigheten av endringen, grad av eksponering for hendelsen og mangel på tidligere erfaring er vist å øke den negative påvirkningen av stressende hendelser (Rabkin & Struening, 1987). Disse karakteristikkene er ofte tilstedeværende ved fengsling. Det har også blitt foreslått at innsatte ofte allerede før soning sliter med dårlig psykisk helse og dermed er ekstra sårbare for stresset som forårsakes av fengslingen (Jones, 1976; referert i Fogel, 1993). Dette illustrerer at

fengsling kan bli sett på som en livshendelse som kan ha negativ innvirkning på både fysisk og psykisk helse.

Stress oppstår som en kroppslig aktivering på grunn av en opplevd ubalanse mellom belastninger personen opplever og personens evne til å mestre belastningen (Ursin & Eriksen, 2004). Stressreaksjonen er adaptiv, men den kan bli helseskadelig om den er vedvarende (Eid & Johnsen, 2018, s. 169.) Stressfaktorer i form av negative hendelser, kronisk påkjenning eller traumer har negativ påvirkning på fysisk og psykisk helse (Thoits, 2010). Forskning har vist at kvinner erfarer mer kronisk og daglig stress og er mer sårbare for psykiske plager som konsekvens av stresset, sammenlignet med menn (Dalla et al., 2005; Matud, 2004). Når kvinner settes til soning foreligger det stressorer som kan påvirke individene. Dette inkluderer plutselig tap av frihet, mangel på mulighet for heteroseksuell aktivitet, tap av støtte fra familie og venner, negative effekter på selvbilde og selvkonsept, tap av autonomi og ansvar for en selv, mangel på privatliv, samt separasjon fra barn (Giallombardo, 1966, s. 276; Testa & Porter, 2017).

Massoglia (2008) presenterte at på tross av at innsatte ofte allerede har dårlig helse vil fengsling kunne forverre tilstanden på grunn av eksponering for stressorer og smittsomme sykdommer. Forskere som undersøker stress har utforsket mekanismer som kan fungere som buffer og resiliensfaktorer for store livsendringer og kronisk stress. Faktorene som har blitt identifisert er følelse av kontroll over livet, høy selvfølelse og sosial støtte (Thoits, 2010). Vanskeligstilte mennesker har generelt lavere nivåer av disse resiliensfaktorene og er dermed mer sårbare for stresset, hvor det kan antas at kvinnelige innsatte opplever mangel på kontroll over livet, lav selvfølelse og mindre sosial støtte. En studie av selvmord blant innsatte i Belgia fant at innsatte som opplevde selvmordstanker i større grad rapporterte moderat eller alvorlig mangel på sosial støtte (Favril et al., 2017). Dette illustrerer viktigheten av sosial støtte for innsattes psykiske helse. Videre fant Turner & Marino (1994) at høyere nivåer av sosial støtte førte til lavere nivåer av bekymring og lidelser blant kvinner og at uten denne sosiale støtten ville kvinners nivå av bekymring og lidelser være høyere enn hos menn. På denne måten kan kvinner være mer sårbare og mindre motstandsdyktige for livsendringene og stresset, noe som kan føre til negative helsekonsekvenser i form av eksempelvis psykiske plager og søvnvansker.

Det er imidlertid viktig å poengtere at stress og livsendringer ikke alltid fører til helseplager, men faktorer som omfanget av hendelsen og grad av endring fra utgangspunktet, varighet, uforutsigbarhet og nye situasjoner har vist å påvirke utviklingen av helseplager (Rabkin & Struening, 1987). Dette er faktorer som er tilstedeværende ved innsettelse og hendelsen påvirker dermed sannsynligvis helsen til de innsatte. Videre påvirker karakteristikker av den stressende hendelsen, individuelle biologiske og psykologiske attributter og sosial støtte

effekten av stresset (Rabkin & Struening, 1987). Kvinnelige innsatte mangler ofte disse mestringsmekanismene og er derfor mer utsatt enn menn.

Søvn under soning

Stressende livshendelser er funnet å ha spesifikke negative implikasjoner for søvn (Åkerstedt et al., 2007). Stress viser seg å indusere en rekke kroppslige reaksjoner i hjernen, nervesystemet, det endokrine systemet og i immunforsvaret. Økt aktivering, som ofte forekommer med stress, har blitt sett som en sentral underliggende drivkraft for insomni (Roth, 2007). I et utvalg universitetsstudenter ble det funnet at høy skår av stressende livshendelser predikerte dårlig søvnkvalitet (Li et al., 2019). Å sone en dom i fengsel har blitt etablert som en stressende livshendelse og soning vil dermed sannsynlig påvirke søvnen.

Insomni regnes som den vanligste søvnlidelsen (Bjorvatn et al., 2009) og er også vanlig blant innsatte (James & Glaze, 2006). *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) definerer insomni som vanskeligheter med innsovning og kontinuerlig søvn, og inkluderer ofte lengre perioder med våkenhet om natten og/eller utilstrekkelige mengder nattlig søvn. For å tilfredsstille kriteriene for en søvndiagnose skal det også være nedsatt funksjon på dagtid, med en symptomvarighet på tre måneder (American Psychiatric Association, 2013, s. 541). Populasjonsbaserte studier har vist at omkring 30 % av voksne rapporterer en eller flere symptomer for insomni (Roth, 2007), men antall individer med insomni virker å være høyere blant innsatte (Carli et al., 2011; Dewa et al., 2017a; James & Glaze, 2006). Eksempelvis, viser resultatene fra en intervjubasert studie i USA at omtrent 40 % av innsatte har symptomer for insomni (James & Glaze, 2006).

Forekomsten av insomni øker med alder og er mer utbredt blant kvinner i den generelle befolkningen (American Psychiatric Association, 2013; Sivertsen et al., 2009). Andre risikofaktorer inkluderer psykiatriske lidelser, spesielt depresjon, angst og personlighetsforstyrrelser (Ohayon, 2002), stressende hendelser (Healey et al., 1981) og rusmisbruk (Mahfoud et al., 2009). Innsatte har høyere prevalens av flere av disse risikofaktorene sammenlignet med den generelle befolkningen (Dewa et al., 2015, 2017b; Fazel et al., 2006, 2016). Videre kan miljøet under soning påvirke søvnrytmene til de innsatte grunnet forstyrrelse av daglige rutiner, tid i celle, mangel på personlig autonomi og kontroll over miljøet (Dewa et al., 2017a; Mindell et al., 2009). Søvmiljøet på cellen som støy, for mye lys, temperatur og dårlige madrasser kan påvirke søvnhygiene og dermed søvnkvaliteten (Dewa et al., 2015). Sammenligning mellom innsatte med subjektiv opplevelse av søvnproblemer og innsatte som ikke opplever søvnproblemer har identifisert visse risikofaktorer for utvikling av insomni under soning. Disse faktorene er søvnproblemer før innsettelse, subjektiv opplevelse

av stress, å være separert eller skilt, psykiske vansker, rusavhengighet, mangel på fysisk aktivitet og stress relatert til familie og fengslingssystemet (Elger, 2009; Elger & Sekera, 2009).

Dewa og kollegaer (2017a) undersøkte forekomst av insomni hos voksne innsatte i England, samt risikofaktorer for insomni. The Sleep Condition Indicator (SCI) ble brukt for å evaluere mulig insomni diagnose. 61,6 % av de innsatte hadde insomni hvor prevalensen var høyere hos kvinner (70,6 %) enn hos menn (52,5 %). I tillegg var kvinners humør, energi og forhold mer negativt påvirket av søvnen sammenlignet med menn. Videre fant de at innsatte med insomni ofte hadde symptomer for angst, depresjon, suicidal atferd og mistenksomhet. Disse funnene viser til at søvnvansker i stor grad forekommer hos innsatte, særlig kvinnelige innsatte og at symptomer for insomni er assosiert med psykiske vansker. Forskning basert på spørreundersøkelser besvart av innsatte og intervju av ansatte i fengsel i England og Wales viser til at søvnproblemer under soning ofte ikke blir ansett som alvorlig og er lite prioritert. Det ble funnet at flere ansatte anså søvnproblemer som en normal konsekvens av soning og antok at innsatte i hovedsak ønsker medisinerings på grunn av annen rusavhengighet (Dewa et al., 2017b). På bakgrunn av slike holdninger er det viktig å øke kunnskapen om søvnproblemer under soning.

Insomni er vist å ha en sammenheng med psykiske vansker (Elger, 2004; Elger & Sekera, 2009; Ford & Kamerow, 1989; Taylor et al., 2005). Insomni kan være både en risikofaktor for utvikling av psykiske vansker og forekomme som en konsekvens av psykiske vansker. En litteraturgjennomgang identifiserte at insomnisymptomer alene predikerer økt risiko for utvikling av depresjon etter 1-3 år (Riemann & Voderholzer, 2003). Dette kan eksempelvis skyldes at evnen til å håndtere og mestre stressende hendelser kan svekkes ved kronisk insomni, og dermed forsterke den negative prevalensen til de stressende hendelsene (Dantzer et al., 2008). Tidlig intervensjon av insomnisymptomer har blitt presentert som viktig for å kunne redusere risikoen for utvikling av depresjon (Baglioni et al., 2011). På den andre siden, har en studie på barn vist at depresjon og generell angstlidelse predikerte utviklingen av insomni (Shanahan et al., 2014). Dette illustrerer at det er høy grad av komorbiditet mellom psykiske vansker og insomni og illustrerer dermed viktigheten av å undersøke begge problemene for å identifisere riktige intervensjoner.

Psykisk helse blant innsatte

Fengsling er assosiert med økt risiko for flere psykiske og fysiske helseproblemer, inkludert depresjon, angst og funksjonelle begrensninger (Massoglia & Pridemore, 2015). Kvinner har i tillegg vist seg å være mer sårbare for psykiske vansker under soning, sammenlignet med menn (Mills & Kendall, 2018, s. 2). I sivilombudsmannens (2016) rapport

om kvinner i norske fengsel presenterte flere av de undersøkte fengslene at antallet kvinner med psykiske lidelser under soning har økt. Amundsen (2010) fant i sin studie av sosial marginalisering av kvinnelige innsatte i Norge at 57 % av kvinnene hadde vært utsatt for seksuelle overgrep som voksen, 42 % var utsatt for seksuelle overgrep som barn, 77 % hadde vært alvorlig deprimert før soning, 74 % hadde slitt med angst før soning, 64 % hadde tenkt på å ta eget liv før soning og 42 % hadde prøvd å ta eget liv før soning. Dette illustrerer et stort omfang av vansker blant kvinnelige innsatte. Videre ble det presentert at få innsatte hadde søkt om hjelp ved behov, og blant de innsatte som hadde søkt hjelp, var det mindre enn halvparten som opplevde at hjelpen var god nok. Amundsen konkluderte med at funnene i studien indikerer at kvinnelige innsatte sosialt sett utgjør en marginalisert gruppe (Amundsen, 2010).

Cramer (2014) undersøkte forekomst av psykiske lidelser hos domfelte i Norge, hvor det ble funnet at forekomsten av psykiske lidelser blant domfelte er betydelig høyere enn i den generelle befolkningen. Dette er på linje med funn i utenlandske undersøkelser. Imidlertid ble det ikke funnet vesentlige kjønnsforskjeller (Cramer, 2014), på tross av at annen forskning har illustrert at andelen kvinnelige domfelte med psykiske lidelser er høyere enn andelen menn (Binswanger et al., 2010; Friestad & Hansen, 2004; McCabe et al., 2002). Dette ble illustrert i Friestad & Hansen (2004) sin undersøkelse hvor én av ti innsatte rapporterte psykiske vansker, en tre ganger så høy andel sammenlignet med den generelle befolkningen. For kvinner var denne andelen fire ganger så høy. Dette kan vise til at kvinner i fengsel kan være mer sårbare for psykiske plager og oftere har påbegynnende vansker før soningen, da kvinnelige innsatte, sammenlignet med menn, generelt har høyere forekomst av flere psykiske lidelser (Binswanger et al., 2010). Videre fant Al-Rousan og kollegaer (2017) i en undersøkelse av mental helse hos innsatte i USA at 99 % av innsatte med psykiske lidelser var blitt diagnostisert etter innsettelse. Dette kan være et resultat av at plagene oppstod underveis i soningen eller at de innsatte ikke har fått hjelp tidligere og at det dermed med riktig behandling og diagnose er muligheter for at den psykiske helsen kan bedres under soningsforholdet.

Binswanger og kollegaer (2010) undersøkte kjønnsforskjeller i kroniske medisinske, psykiatriske og rusrelaterte lidelser blant innsatte i USA. Resultatene viste at sammenlignet med menn, hadde kvinner signifikant høyere forekomst av medisinske og psykiatriske lidelser og rusavhengighet, men lavere forekomst av alkoholavhengighet, uavhengig av sosiodemografiske faktorer. En studie av rusmiddelbruk og helsesituasjon blant innsatte i norske fengsel undersøkte symptomer for angst og depresjon. Resultatene viste at gjennomsnittsskår for kvinner var 2,03 (cut-off skår 1,85), noe som illustrerer psykiske vansker av klinisk karakter. Videre regnes nesten en tredjedel av innsatte for å være sterkt plaget av

symptomer på angst og depresjon, hvor 41 % av kvinnene var sterkt plaget, sammenlignet med 28 % menn (Bukten et al., 2016).

En studie av kjønnsforskjeller i psykopatologi blant kriminelle viste at kvinnelige kriminelle, sammenlignet med menn, viste flere selvrapporterte psykologiske symptomer og høyere grad av de fleste DSM-IV lidelser. Kvinner hadde også mer sannsynlig en historie med mishandling og forsømmelse, samt en familiehistorikk med psykiske lidelser (McCabe et al., 2002). Det er viktig å poengtere at denne studien er gjennomført på ungdommer og inneværende studie undersøker voksne innsatte. Imidlertid belyses viktige forhold, da funnene indikerer at kvinner oftere enn menn har ressurs svak familiebakgrunn noe som vil kunne ha konsekvenser også hos voksne kriminelle. Den nevnte forskningen illustrerer at dårlig psykisk helse under soning forekommer ofte og at kvinnelige innsatte har høyere forekomst. Dette illustrerer viktigheten av og nærmere undersøke forholdet mellom soning og psykisk helse.

Tidspunkt i soningsløpet og fengslingsgrunnlag.

Negativ påvirkning som følge av soning er tydeligere i tidlige faser av soningen (Harvey, 2005, s. 236). I en studie av kvinnelige innsatte i Belgia ble det vist at innsatte som hadde sonet ett år eller mindre hadde signifikant høyere risiko for selvmordstanker, sammenlignet med innsatte som hadde sonet en lengre periode (Favril et al., 2017). Dette støtter opp dette prosjektets hypoteser om at innsatte opplever mer psykiske plager tidlig i soningen. Det har blitt antatt at dette forholdet er tydeligere hos innsatte som soner for første gang på bakgrunn av at det er første gang de må tilpasse seg de nye forholdene og håndtere sjokket av innsettelse (Favril et al., 2017). Annen forskning støtter opp at førstegangssoning er en spesielt stressende hendelse som i stor grad produserer psykologisk ubehag (Macciò et al., 2015).

Fogel (1993) studerte kvinners opplevelse av stress i løpet av første uken av soning, samt effekter det hadde på helsen seks måneder etter innsettelse. Angstnivå ble målt med Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI) og benyttet som et mål på psykologisk stress. Resultatene viste at de kvinnelige innsatte hadde høye nivåer av stress ved innsettelse, og et noe lavere, men fremdeles høyt stressnivå etter seks måneder. Videre opplevde 67 % depressive symptomer på et nivå som indikerte klinisk depresjon etter seks måneder. Stress under innsettelse var signifikant relatert til helsestatus hos kvinnene etter seks måneder i fengsel, hvor høyere nivåer av stress var assosiert med mer depresjon og vektøkning. Denne studien underbygger at innsattes erfaringer i første del av soningen kan ha negative påvirkninger på kvinnenens helse. Kvinnene i denne studien rapporterte at tap av kontakt med barn var noe av det de bekymret seg mest for (Fogel, 1993). Dette åpner opp for at kvinner kan ha større vansker ved innsettelse, sammenlignet med menn, da kvinner ofte har ansvar for barn utenfor fengselet,

samt at kvinner ofte soner langt borte fra familie på grunn av det lave antallet kvinnefengsler (Sivilombudsmannen, 2016). Slik kan det antas at kvinner vil være mer påvirket av innsettelse. Stress ved soning, livsendring og separasjon fra barn, familier og partner har en signifikant påvirkning på helse og trivsel (Ferszt et al., 2015).

Første del av soningen erfares ofte i varetekt. I følge May og kollegaer (2014) erfares varetektsfengsling som mer straffende enn senere fengsling og at miljøet under varetekt gir mer påkjenning og traumer enn å sone en dom i fengsel. Dette kan skyldes at varetekt holder innsatte helt i starten av soningen, hvor starten kan anses som den vanskeligste delen av soningsløpet. Varetekt er beskrevet som spesielt kaotisk og som et miljø hvor behov og utfordringer ofte ikke blir adressert (May et al., 2014). Forskning har vist at denne perioden er preget av sjokk, spesielt for individer med psykiske vansker. Videre har det blitt presentert at varetektsfengsling innebærer stor grad av sosial isolering og frykt, samtidig som det er færre tilbud tilgjengelige for den innsatte (Toman et al., 2018). Denne perioden kan dermed være preget av stor grad av usikkerhet, uvitenhet om fremtiden og plutselig separasjon fra familie og barn. Den plutselige livsendringen kan dermed føre til større sannsynlighet for helseplager. En litteraturgjennomgang av sammenhengen mellom varetektsfengsling og helseplager viste at helseplager ofte er mer alvorlige under varetekt, sammenlignet med soning av dom i fengsel (Csete, 2010). Dette kan eksempelvis skyldes at aktivitetstilbud som trening, sport og utdanning, og helsetilbud i mindre grad er tilgjengelig for varetektsfengslede.

Utdanningsnivå

Utdanningsnivå blant innsatte. Globalt sett møter en stor mengde voksne til soning hvert år, hvor en høy andel av disse innsatte har et behov for videre utdanning (Manger et al., 2020). Eikeland og kollegaer (2016) undersøkte utdanningsnivå blant innsatte over 18 år med norsk statsborgerskap i Norge. Det ble funnet at innsatte generelt har mindre utdanning sammenlignet med normalbefolkningen. Det var 8 % av de innsatte som ikke hadde fullført grunnskole, 49,4 % av de innsatte hadde grunnskole som høyeste fullførte utdanningsnivå, 36,9 % hadde videregående opplæring som høyeste og 13,8 % hadde universitets- eller høyskole som høyeste utdanningsnivå. 5,9 % av de innsatte var kvinner hvor 17,7 % av kvinnene hadde fullført videregående opplæring, sammenlignet med 23,7 % av mennene. Videre ble det ikke funnet signifikante kjønnsforskjeller, men kvinner hadde i noe høyere grad gjennomført utdanning på universitetsnivå, sammenlignet med menn. Det har tidligere blitt presisert at selv om kvinner har høyere utdanning enn menn på noen variabler, gir det ikke grunnlag for at de generelt er bedre stilt under soning sammenlignet med menn (Eikeland et al., 2006).

Sammenhengen mellom utdanningsnivå og helse. En tverrsnittstudie undersøkte sammenhengen mellom stress og livshendelser, hvor det gjennom intervju og spørreskjemaer ble funnet at mennesker som har lavere utdanningsnivå er mer påvirket av stressorer (Feizi et al., 2012). Kortisol blir ofte benyttet som et mål på stress under forskning (Manigault et al., 2018). Fiocco med kollegaer (2007) undersøkte kortisolnivå hos voksne etter Trier Social Stress Test (TSST). Deltakere med minimum 15 års utdanning hadde mindre økning i kortisol etter TSST, sammenlignet med deltakere med mindre enn 14 års utdanning.

Binswanger og kollegaer (2010) fant i sin studie av innsatte at de innsatte hadde lav sosioøkonomisk status. Utdanning er et sentralt mål på sosioøkonomisk status (Winkleby et al., 1992) og utdanning er vist å bidra til høyere sosial status (Manigault et al., 2018). Forskning har vist at høyere sosioøkonomisk status er assosiert med bedre psykisk og fysisk helse, redusert stressnivå og færre negative konsekvenser av stress (Adler et al., 1994). Dette kan skyldes at de med lavere sosioøkonomisk status har færre sosiale og psykologiske ressurser til å mestre livsendringer og vil dermed være mer sårbare for negative helsekonsekvenser (Adler et al., 1994).

En populasjonsbasert studie som undersøkte sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og søvnkvalitet tyder på at mennesker med lavere sosioøkonomisk status mer sannsynlig opplever dårlig søvnkvalitet. Imidlertid, viste studien at variabler som angst og depresjon også er assosiert med sosioøkonomisk status og søvn, da forekomsten av slike problemer er hyppigere blant mennesker med lav sosioøkonomisk status (Anders et al., 2013). Sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og søvn forsterkes gjennom en studie av Lallukka og kollegaer (2012) som illustrerte at individer med lavt eller middels utdanningsnivå rapporterte hyppigere insomnisymptomer, sammenlignet med individ med høyere utdanning. Insomnisymptomene var også mer prevalent hos kvinner, sammenlignet med menn (Lallukka et al., 2012). Sannsynligheten for kort søvnlengde er også vist å være større for mennesker som ikke har fullført videregående opplæring (Stamatakis et al., 2007). Psykisk helse er også funnet å være assosiert med sosioøkonomisk status og utdanning, hvor lavere sosioøkonomisk status økte risikoen for utvikling av depresjon (Hudson, 2005; Wang et al., 2010). I forskning på sosioøkonomisk status er det imidlertid viktig å ta høyde for at det er flere ulike faktorer som kan påvirke assosiasjonene, og at resultatene dermed må tolkes med varsomhet.

Videre er det funnet at utdanningsnivå er assosiert med mestringsstil for å håndtere stress. Billings & Moos (1981) undersøkte individuelle mestringsresponsers til stressende livshendelser og fant at personer med høyere utdanning mer sannsynlig benyttet aktiv-kognitiv- og problem-fokusert mestringsstil, og i mindre grad benyttet unngåelsesstrategier.

Unngåelsesstrategier er assosiert med større funksjonsnedsettelse, hvor forskning viser at kvinner mer sannsynlig benytter slike unngåelsesstrategier (Billings & Moos, 1981; Matud, 2004). Likeens, viser studier en positiv relasjon mellom høyere utdanningsnivå og adaptive mestringsstrategier som slik fører til mindre påvirkning av stressorer, og en negativ relasjon mellom lavere utdanningsnivå og maladaptive mestringsstrategier, dermed større påvirkning av stressorer (Feizi et al., 2012). Denne studien viser til at lavere utdanning fører til mindre motstandsdyktighet for flere ulike stressorer, inkludert stress relatert til dårlig helse, psykologisk stress og økonomisk stress (Feizi et al., 2012; Mulder et al., 2011). På denne måten er det interessant å undersøke om høyere utdanningsnivå hos kvinnelige innsatte fører til bedre mestring av stresset erfart ved soning og dermed mindre negative helsekonsekvenser i form av søvnproblemer og dårlig psykisk helse.

Hypoteser

Med bakgrunn i den presenterte teorien ønskes det i denne studien å øke kunnskapen om søvnproblemer og psykiske plager blant kvinnelige innsatte og hvorvidt dette er påvirket av den innsattes utdanningsnivå, soningsgrunnlag og tidspunkt i soningsløpet. Den underliggende antakelsen for denne studien er at fengsling er en stressende livshendelse som vil ha en negativ innvirkning på helse i form av søvnproblemer og psykiske plager. Oppgavens problemstilling er dermed:

«Vil utdanningsnivå, fengslingsgrunnlag og tidspunkt i soningen påvirke i hvor stor grad kvinnelige innsatte erfarer søvnproblemer og psykiske plager under soning?»

En populasjonsbasert studie har funnet insomni hos en stor andel innsatte i fengsel, spesielt hos kvinnelige innsatte (Dewa et al., 2017a). Videre har forskning vist at en høy andel kvinnelige innsatte sliter med psykiske vansker (Fogel & Martin, 1992). På bakgrunn av dette vil det undersøkes hvorvidt de kvinnelige innsatte har søvnvansker og psykiske plager under soning. Av dette følger hypotese H1:

H1: Kvinnelige innsatte vil i stor grad rapportere søvnproblemer og psykiske plager under soning.

Videre er det av interesse å undersøke om disse vanskene rapporteres ulikt for ulike grupper innsatte. Forskning har vist at varetekt kan oppleves som spesielt kaotisk og inneholder stor grad av sosial isolering, brev- og besøksforbud og frykt (May et al., 2014; Toman et al., 2018). Det antas dermed at søvnen og den psykiske helsen er dårligere under varetekt. Av dette følger hypotese H2:

H2a: Kvinnelige innsatte som sitter i varetekt vil i større grad erfare søvnproblemer, sammenlignet med kvinnelige innsatte som soner en dom.

H2b: Kvinnelige innsatte som sitter i varetekt vil i større grad erfare psykiske plager, sammenlignet med kvinnelige innsatte som soner en dom.

Videre ønskes det å undersøke om det er forskjeller i de rapporterte vanskene basert på hvor lenge den innsatte har sonet. Forskning har vist at innsatte som har sonet lengre har bedre oppfattet helsetilstand (Iversen et al., 2014). På bakgrunn av dette vil det undersøkes hvorvidt de innsatte som har sonet lengre har mindre helseplager. Av dette følger hypotese H3:

H3a: Kvinnelige innsatte som har sonet mindre enn 1/3 av dommen sin vil i større grad erfare søvnproblemer, sammenlignet med kvinnelige innsatte som har sonet mer enn 1/3 av dommen sin

H3b: Kvinnelige innsatte som har sonet mindre enn 1/3 av dommen sin vil i større grad erfare psykiske plager, sammenlignet med kvinnelige innsatte som har sonet mer enn 1/3 av dommen sin..

Til slutt ønskes det å undersøke effekten av utdanningsnivå. Høyere utdanningsnivå er relatert til høyere sosioøkonomisk status (Manigault et al., 2018), og funn tyder på at lav sosioøkonomisk status øker risikoen for søvnproblemer og psykiske plager (Anders et al., 2013; Wang et al., 2010). Videre, tyder funn på at utdanningsnivå vil gjøre en mer robust for å tåle økt stress og høyere utdanningsnivå vil slik kunne føre til bedre oppfattet helsetilstand (Iversen et al., 2014). Det antas dermed at innsatte med høyere utdanningsnivå vil ha en bedre håndtering av stresset og bedre helsetilstand. Av dette følger hypotese H4:

H4a: Kvinnelige innsatte som ikke har fullført videregående opplæring vil i større grad erfare søvnproblemer, sammenlignet med kvinnelige innsatte som har fullført videregående opplæring.

H4b: Kvinnelige innsatte som ikke har fullført videregående opplæring vil i større grad erfare psykiske plager, sammenlignet med kvinnelige innsatte som har fullført videregående opplæring.

Søk i sentrale databaser som, ERIC, PSYCINFO, PUBMED og GOOGLE SCHOLAR har kun gitt to treff på bruk av HSCL-10 blant en kvinnelig innsatt populasjon. Det er dermed av interesse å undersøke hvorvidt instrumentet fungerer i denne spesifikke populasjonen. Selvrapporteringsskalaen som benyttes i denne studien HSCL-10, en kortversjon av HSCL-20, vil dermed testes for sine psykometriske egenskaper når den benyttes i et utvalg av kvinnelige innsatte.

Metode

Utvalg

Dataene er samlet inn fra to fengsel med egne kvinneavdelinger i Belgia og et kvinnefengsel i Norge. Utvalget består av 51 kvinnelige innsatte, hvor 11 deltakere var fra Norge og 40 var fra Belgia. Inklusjonskriteriet for studien var kvinnelige innsatte over 18 år med norsk statsborgerskap fra Norge og kvinnelige innsatte over 18 år med belgisk statsborgerskap fra belgiske fengsler. På grunn av spredningen av koronaviruset ble datainnsamlingen stoppet og det ble dermed ikke mulig å hente data fra alle kvinnefengslene i Norge, samt andre fengsel hvor kvinner soner. Dette medfører et mindre utvalg enn ønsket og dataene vil suppleres i en senere datainnsamling. På bakgrunn av dette ble det benyttet data fra både Belgia og Norge for å oppnå et større utvalg og disse dataene ble slått sammen til en gruppe. Dataene vil bli analysert med bakgrunn i demografiske variabler for å undersøke om utvalgene er relativt like i de to landene.

Materiale

Bakgrunnsvariabler. Et spørreskjema ble utlevert til de innsatte, som inneholdt demografiske variabler (alder, fengslingsgrunnlag, lengde på dom, hvor mye av dommen som er gjennomført, tidligere domfellelse, høyest fullført utdanning) (Se appendiks E). Spørreskjemaet for høyest fullført utdanning ble tilpasset til å fungere på den belgiske populasjonen ut ifra deres utdanningssystem. Videre spørsmål om fullført utdanning under soning, deltakelse i utdanning under soning og utdanningsønsker, samt spørsmål om rådgivning om utdanning, arbeid før fengsling og planer etter løslatelse. Spørsmålene ble bedt om å besvares ved å enten huke av for riktig alternativ eller rangere på en skala. Spørreskjemaet tok videre for seg ulike tema som reflekterer soningsforholdene til de innsatte. Alle selvrapporteringsskjemaene har blitt validert blant voksne fra den generelle populasjonen. I denne masteroppgaven vil delene av spørreskjemaet som omhandler bakgrunnsvariabler, søvn og psykisk helse bli benyttet. I forkant av gjennomføring av statistiske analyser ble utdanningsnivå delt inn i to grupper, henholdsvis «fullført videregående opplæring» og «ikke fullført videregående opplæring», fengslingsgrunnlag ble delt inn i «varetekt» og «soner en dom» og tid sonet ble delt inn i «sonet mindre enn en tredjedel» og «sonet mer enn en tredjedel».

Bergen Insomnia Scale. For å kartlegge søvnvansker hos de innsatte ble Bergen Insomnia Scale (BIS) benyttet (Se appendiks C). Skjemaet har seks ledd, hvor de tre første relaterer til innsovningsvansker, vedlikehold av søvn og tidlig oppvåkning. De tre siste spørsmålene relateres til ikke å føle seg uthvilt, konsekvenser for dagtid og misnøye med egen søvn. Skjemaet er gradert på en åtte-punkts skala, fra antall ganger i uken de ulike symptomene

oppleves, fra 0-7 dager. En total skår kalkuleres ved å legge sammen skåren fra de ulike punktene, hvor totalskåren kan variere fra 0-42 (Pallesen et al., 2008). Pallesen og kollegaer (2008) gjennomførte en studie for å teste egenskapene til BIS, ved å sammenligne resultat fra et studentutvalg, et tilfeldig utvalg fra den norske befolkningen og et pasientutvalg. Resultatene viste at instrumentet innehar diskriminerende validitet og akseptabel indre konsistens. Henholdsvis, har det blitt konkludert at BIS har gode psykometriske egenskaper og reliabilitet (Pallesen et al., 2008).

Hopkins Symptoms Checklist. For å kartlegge mental helse hos de innsatte ble det brukt en forkortet versjon av et spørreskjema utviklet av Derogatis og kollegaer; Hopkins Symptoms Checklist (HSCL) (Derogatis et al., 1974) (Se appendiks D). Den forkortede versjonen; HSCL-10 er et selvrapporteringsskjema for å identifisere psykiske plager. Verktøyet blir oftest brukt hos voksne og har blitt vist å best gi en indikasjon på depresjon, deretter generelle angstlidelser (Strand et al., 2003). De innsatte skulle vurdere hvorvidt ti symptom hadde vært en plage eller ulempe for dem de siste 14 dagene fra: «ikke plaget», «litt plaget», «ganske mye plaget» til «veldig mye plaget». Gjennomsnittsverdiene vil variere fra 1-4, der 1 betyr ikke plaget og 4 betyr veldig mye plaget. Det har blitt anslått av individ med gjennomsnittsskår på 1,85 eller høyere har psykiske plager av klinisk relevant karakter (Strand et al., 2003). Strand og kollegaer (2003) gjennomførte en befolkningsundersøkelse i Norge som viste at kortversjonen er reliabel og har høy korrelasjon med de lengre versjonene. Reliabiliteten ble vist å være akseptabel ved hjelp av Cronbach alfa hvor verdien var ,88. Nyere studier har også vist at instrumentet har gode psykometriske egenskaper (Schmalbach et al., 2019). Det konkluderes med at HSCL-10 er et instrument som gir god indikasjon på psykisk helse (Strand et al., 2003).

Forskningsdesign

Prosedyre. Studien ble gjennomført i mars 2020 og er en delstudie av et større internasjonalt prosjekt kalt «Læring, motivasjon og utdanning hos kvinnelige innsatte i Norge og Belgia». Prosjektet de aktuelle dataene er hentet fra er delt inn i tre deler hvor det benyttes metodetriangulering. Del 1 innebar en spørreundersøkelse av kvinnelige innsatte i Norge og Belgia. Del 1 er grunnlaget for det gjeldende prosjektet, med data fra både Norge og Belgia. På skrivende tidspunkt er kun deler av steg 1 gjennomført grunnet spredningen av koronaviruset. Del 2 innebærer testing av lese-, skrive-, og språkferdigheter og gjennomføres kun i tre utvalgte fengsel i Norge. Testingen blir gjennomført individuelt og et utvalg på 50 innsatte vil bli inkludert. Del 3 innebærer fokusgruppeintervju av innsatte for å få mer utfyllende informasjon om deltakelse i utdanning, motivasjon for utdanning, barrierer for utdanning, erfarte

lærevansker og utdanningsbehov. Del 3 vil gjennomføres både i Norge og Belgia. Tre grupper, totalt 24 innsatte vil delta på intervjuene. Prosjektleder Lise Øen Jones kontaktet de aktuelle fengselslederne i Norge, hvor disse fikk ansvar for å dele ut spørreskjema til de innsatte som oppfulgte inklusjonskriteriene og forskere ved Vrije Universitetet i Brussel hadde ansvar for datainnsamlingen i de belgiske fengslene.

Etiske retningslinjer.

Innsatte er en spesielt sårbar gruppe av potensielle deltakere i forskning da de blant annet har begrenset autonomi (Gostin et al., 2007, kap. 1). Studien er godkjent av Norsk Senter for Forskningsdata (NSD), samt at Kriminalomsorgsdirektoratet og Region Øst har godkjent prosjektet på vegne av de resterende regionene i Norge. Kriminalomsorgen i Belgia godkjente studien. Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) har vurdert at prosjektet ikke er fremleggingspliktig. Etiske hensyn innebar at deltakerne før utfylling av spørreskjemaet fikk et skriv med informasjon om formålet med studien, hvor det ble lagt vekt på at deltakelse var frivillig (Se appendiks B). Det ble spesifisert at informasjonen de innsatte delte ikke ville påvirke gjennomføringen av soningen deres og at informasjonen ikke ble benyttet av de ansatte i fengselet. Deltakerne fikk også spesifisert at de kunne trekke seg når som helst uten konsekvenser. Videre innebar det at deltakerne ikke fikk insentiver som kunne presset dem til å delta.

Statistiske analyser

Med grunnlag i studiens foreløpige data ble preliminære- og statistiske analyser gjennomført ved å benytte IBM SPSS Statistics versjon 25. Før selve hypotesetestingen ble gjennomført, ble underliggende forutsetninger og deskriptiv statistikk undersøkt. To uavhengige t-tester ble utført for å sammenligne de belgiske og norske innsatte før de to gruppene ble slått sammen til en gruppe. Cohens verdier av eta squared fra .01 (liten effekt), .06 (moderat effekt) til .14 (stor effekt) ble benyttet for å regne ut effektstørrelsene (Pallant, 2016, s. 248). Videre ble det gjennomført Pearsons korrelasjonstest for å undersøke om det var en sammenheng mellom studievariablene. Cohens verdier ble også her benyttet hvor $r = .10$ til $.29$ indikerte liten korrelasjon, $r = .30$ til $.49$ indikerte medium korrelasjon og $r = .50$ til 1.0 indikerte stor grad av korrelasjon (Pallant, 2016, s. 137).

Det var ønskelig å undersøke hvorvidt HSCL-10 fungerte i en populasjon bestående av kvinnelige innsatte, og det ble dermed besluttet å gjennomføre en faktoranalyse på spørreskjemaet. Videre ble det gjennomført uavhengige t-tester for å sammenligne ulike grupper på deres rapportering av søvnproblemer og psykiske plager. T-testene viste flere ganger store avstander i standardavvik noe som tilsier at det er stor variasjon mellom gruppene. På

bakgrunn av lav N vil faren for å gjøre type 2 feil være tilstede, og at standardavviket viser store variasjoner innad i gruppene (dom/varetekt, fullført vgs/ikke fullført vgs, og kort/lang soningstid) ble det vurdert at det ikke var hensiktsmessig å kjøre avanserte analyser på dette utvalget.

Resultat

Sammenligning av belgiske og norske innsatte

Resultatene er basert på foreløpige funn grunnet at datainnsamlingen ble stoppet. På bakgrunn av at soningsforholdene i Norge og Belgia kan være ulike og at de norske og belgiske innsatte ble undersøkt som en gruppe ble variablene først studert separat for å undersøke om de innsatte skårer relativt likt på gitte bakgrunnsvariabler (alder, utdanningsnivå, tidligere domfellelse). 41,8 % av de belgiske innsatte er yngre enn 34 år og 58,1 % er eldre enn 35 år. Til sammenligning er 54,6 % av de norske innsatte yngre enn 34 år og 45,5 % er eldre enn 35 år. Gjennomsnittet til aldersvariabelen, slik den er kodet, er henholdsvis 2,74 for de belgiske innsatte og 2,64 for de norske innsatte. Videre hadde 24 (55,81 %) belgiske innsatte fullført videregående skole eller høyere utdanning og 6 (54,55 %) norske innsatte hadde fullført videregående skole eller høyere utdanning. 63,6 % av de norske innsatte og 53,5 % av de belgiske innsatte hadde aldri vært domfelt tidligere.

Med forbehold om at det er ujevnt antall innsatte fra Norge (N= 11) og Belgia (N= 43) ser en gjennom frekvenser at de innsatte fordeler seg relativt likt på ulike variabler. Videre ble en uavhengig t-test utført for å sammenligne psykiske plager for belgiske og norske innsatte. Det var ingen signifikante forskjeller for belgiske innsatte ($M = 2.27$, $SD = .72$) og norske innsatte ($M = 2.23$, $SD = .67$; $t(49) = -.17$, $p = .88$, two-tailed). Størrelsen på forskjellen i gjennomsnittet (gjennomsnittsforskjell = $-.04$, 95 % CI : $-.52$ til $.44$) var veldig liten (eta squared = $.0008$). Det samme ble undersøkt for å sammenligne søvnproblemer for belgiske og norske innsatte. Det var ingen signifikante forskjeller for belgiske innsatte ($M = 3.58$, $SD = 1.93$) og norske innsatte ($M = 3.45$, $SD = 2.07$; $t(48) = -.19$, $p = .85$, two-tailed). Størrelsen på forskjellen i gjennomsnittet (gjennomsnittsforskjell = $-.13$, 95 % CI : -1.52 til 1.26) var også her veldig liten (eta squared = $.0007$). På bakgrunn av at resultatene i de to-halede testene ikke viste signifikante resultater kan vi med større sikkerhet anta at gruppene er like. De videre analysene vil dermed fullføres med de norske og belgiske innsatte som en gruppe.

Deskriptiv statistikk

I forkant av analysene ble utvalget undersøkt. 3 innsatte (5,9 %) er i aldersgruppen 18-24 år, 21 innsatte (41,2 %) er mellom 25 og 34 år, 16 innsatte (31,4 %) er mellom 35 og 44 år

og 11 innsatte (21,6 %) er 45 år eller eldre. Videre hadde 30 innsatte (58,5 %) minimum fullført videregående skole og 21 (41,2 %) hadde lavere utdanning enn fullført videregående skole. 16 innsatte (31,4 %) hadde sonet mindre enn en tredjedel og 11 innsatte (21,6 %) hadde sonet mer enn en tredjedel. Videre var det 23 innsatte (45,1 %) som satt i varetekt og 28 innsatte (54,9 %) som sonet en dom i fengsel. Gjennomsnittsskår for psykiske plager var 2,26 og gjennomsnittsskår for søvnproblemer var 3,55. Sammenlagt er det 39 (76,5 %) innsatte som kvalifiserer for insomni i henhold til BIS og 12 (23,5 %) av de innsatte kvalifiserer ikke til insomni. Videre er det 34 (66,7 %) innsatte som skårer over cut-off skår for psykiske vansker av klinisk relevant karakter, og 17 (33,3 %) innsatte som ikke har psykiske vansker av klinisk relevant karakter.

Tabell 1: Gjennomsnitt og standardavvik for søvnproblemer og psykiske plager.

	N	Minimum	Maximum	Mean	St. Deviation
Psykiske plager	51	1	3.60	2.26	0.70
Søvnproblemer	50	0	7	3.55	1.94

Faktoranalyse

Forfatteren ønsket å teste ut de psykometriske egenskapene til måleinstrumentet for psykisk helse i dette utvalget. Det ble gjennomført en faktoranalyse med varimax rotasjon på de 10 leddene i HSCL-10. I forkant av analysen ble dataenes egnethet for analysen undersøkt. Undersøkelse av korrelasjoner viser til koeffisienter over .3. Kaiser-Meyer-Olkin verdien var .8, noe som er over den anbefalte verdien .6 (Pallant, 2016, s. 199). Bartlett's test for sphericity er statistisk signifikant ($p < .001$), noe som støtter opp at leddene kan undersøkes som faktorer. Det ble dermed besluttet å fortsette med analysen.

Faktoranalysen illustrerte tilstedeværelsen av tre komponenter med eigenvalue over 1, som henholdsvis forklarer 47,5 %, 11,4 % og 10,2 % av variansen. Det ble besluttet å beholde disse tre komponentene etter videre undersøkelse av scree-plot. Se tabell 2 for faktorladninger. Komponent en inneholder «plutselig redd uten grunn», «redd eller engstelig», «unyttig, lite verd» og «følelse av at alt er et slit». Komponent to inneholder «tungsindig» og «fremtiden er håpløs». Leddet «klandre seg selv» lader jevnt på komponent en og to. Komponent tre inneholder «matthet eller svimmelhet», «anspent eller oppjaget» og «søvnproblemer». Tidligere undersøkelser deler som oftest de ulike variantene av HSCL inn i to dimensjoner; angst og depresjon (Schmalbach et al., 2019; Skogen et al., 2017; Syed et al., 2008). Imidlertid viser inneværende studie at komponent tre gir teoretisk mening da den inneholder somatiske symptomer. Denne dimensjonen ble også foreslått som en mulighet i en tidligere faktoranalyse

utført på HSCL-25, selv om en to-faktor løsning var mest reliabel (Skogen et al., 2017). Sammenlignet med tidligere studier viser komponent en og to overlapp mellom ledd som er vist å representere angst og ledd som har representert depresjon (Schmalbach et al., 2019; Skogen et al., 2017). Dermed skiller analysen i dette utvalget ikke mellom angst og depresjon i stor grad.

I sammenheng med å teste de psykometriske egenskapene til måleinstrumentet for psykisk helse er reliabilitet sentralt. Reliabilitet kan måles ved hjelp av Cronbach's Alpha hvor verdier over 0,7 er akseptabelt og verdier over 0,8 er ønskelig (Pallant, 2016, s. 137). HSCL-10 har i inneværende studie en Cronbach's Alpha på 0,87, noe som tilsier at måleinstrumentet har god reliabilitet. Videre hadde BIS en Cronbach's Alpha på 0,84, som dermed viser til at måleinstrumentet for søvn også er reliabelt.

Tabell 2: Faktorladninger fra HSCL-10 (N=51)

	1	2	3	Communalities
1 Plage: plutselig frykt uten grunn	.725	.168	.223	.60
2 Plage: redd eller engstelig	.885	.165	.240	.81
3 Plage: matthet eller svimmelhet	.474	-.167	.712	.76
4 Plage: anspent eller oppjaget	.356	.252	.656	.62
5 Plage: klandre seg selv	.571	.562	.670	.65
6 Plage: søvnproblemer	-.146	.406	.762	.77
7 Plage: unyttig lite verd	.591	.396	.208	.55
8 Plage: tungsindig	.350	.766	.320	.81
9 Plage: alt er et slit	.656	.348	.280	.63
10 Plage: fremtiden er håpløs	.191	.816	.093	.71

Notat: Større ladninger er markert i fet skrift

Korrelasjoner

Videre ble det gjennomført en korrelasjonsanalyse for å se om studievariablene korrelerte med hverandre. Spearman's Rho korrelasjonskoeffisient ble benyttet ettersom variablene ikke er på intervallnivå. Mellom sumskår på BIS og sumskår på HSCL-10 ble Pearson's r korrelasjon benyttet. De fleste av kovariatene korrelerte lavt med hverandre ($r < .10$ til $.29$). Imidlertid har psykiske plager sterk positiv korrelasjon med søvnproblemer, $r = .51$, $n = 50$, $p < .000$. Videre har psykiske plager en moderat negativ korrelasjon med soningslengde, $r = .48$, $n = 27$, $p < .05$. Dette tilsier at innsatte som har sonet mindre enn en tredjedel av dommen korrelerer med høy score på psykiske helsevansker. For resten av korrelasjonene se tabell 3.

Partial korrelasjonsanalyse ble gjennomført for å undersøke om forholdene endret seg når en kontrollerte for om de innsatte delte celle med andre innsatte. Det var ikke store endringer i korrelasjonskoeffisienten eller nye signifikante funn, noe som tilsier at å kontrollere for celledeling hadde liten effekt på styrken til forholdet mellom studievariablene.

Tabell 3: Korrelasjonsmatrise (N=51)

	M	SD	1	2	3	4	5	6
1. Alder	2.69	0.88	-	.121	-.192	-.149	.250	.403*
2. Fullført vgs	0.57	0.50		-	-.104	-.006	-.153	.257
3. Psykiske plager	2.26	0.70			-	.517**	.019	-.480*
4. Søvnproblemer	3.55	1.94				-	-.172	-.349
5. Fengslingsgrunnlag	0.55	0.50					-	.
6. Soningstid	1.41	0.50						-

Notat: * $p < .05$ (2-tailed), ** $p < .001$ (2-tailed)

Fengslingsgrunnlag

Det antas i henhold til hypotese 2 at innsatte som sitter i varetekt i større grad rapporterer søvnproblemer og psykiske plager, sammenlignet med innsatte som soner en dom. En uavhengig t-test ble gjennomført for å sammenligne disse to gruppene innsatte.

Søvnproblemer. Det var ingen signifikante forskjeller på søvnproblemer i sin helhet mellom innsatte som soner en dom ($M = 1.25$, $SD = .44$) og innsatte som sitter i varetekt ($M = 1.22$, $SD = .42$; $t(49) = -.27$, $p = .79$, two-tailed). Størrelsen på forskjellen i gjennomsnittet (gjennomsnittsforskjell = $-.03$, 95 % CI : $-.28$ til $.21$) var veldig liten (eta squared = $.001$). Videre ble det gjennomført uavhengige t-tester på hvert ledd i spørreskjemaet for søvnproblemer for å undersøke om enkelte spørsmål ga signifikante forskjeller. Det var ingen signifikante forskjeller, sett bort ifra «tar mer enn 30 minutter for å sove», hvor det var en signifikant forskjell mellom innsatte som satt i varetekt ($M = 4.65$, $SD = 2.42$) og innsatte som sonet en dom ($M = 3.18$, $SD = 2.54$; $t(49) = 2.11$, $p = .04$, two-tailed). Størrelsen på forskjellen i gjennomsnittet (gjennomsnittsforskjell = 1.47 , 95 % CI : $.07$ til 2.88) var moderat (eta squared = $.08$). Dette tilsier at innsatte som sitter i varetekt i større grad bruker mer enn 30 minutter for å sove, sammenlignet med innsatte som soner en dom. På tross av mangel på signifikante resultater viser gjennomsnittsskårene visse trender på ulike ledd. For søvnproblemer var gjennomsnittsskåren for «våken mer enn 30 minutter før ønske» $3,50$ i varetekt og $3,07$ på dom, «følt seg for lite uthvilt» var $4,30$ i varetekt og $3,29$ på dom, «så trett at det har gått utover skole,

jobb og privatliv» var 2,69 i varetekt og 2,39 på dom, samt «dager misfornøyd med søvnen» var 4,52 i varetekt og 4,04 på dom. Dette viser til en trend av at innsatte som sitter i varetekt generelt skårer litt høyere på visse variabler på søvnproblemer.

Psykiske plager. Det var ingen signifikante forskjeller på psykiske plager i sin helhet mellom innsatte som soner en dom ($M = 2.26$, $SD = .70$) og innsatte som sitter i varetekt ($M = 2.25$, $SD = .71$; $t(49) = -.06$, $p = .95$, two-tailed). Størrelsen på forskjellen i gjennomsnittet (gjennomsnittsforskjell = $-.01$, 95% CI : $-.41$ til $.39$) var veldig liten (eta squared = $.0007$). Gruppene ble også sammenlignet på enkelte ledd i spørreskjemaet. Det var heller ingen signifikante resultater her. Gjennomsnittsskårene for psykisk plager viste en trend på leddet «følelse av å være unyttig og lite verd». Gjennomsnittsskåren var her 2,61 for innsatte i varetekt og 2,36 for innsatte på dom.

Soningstid

Det antas i henhold til hypotese 3 at innsatte som har sonet mindre enn en tredjedel av dommen sin vil i større grad rapportere søvnproblemer og psykiske plager, sammenlignet med innsatte som har sonet mer enn en tredjedel av dommen sin. En uavhengig t-test ble gjennomført for å teste denne antagelsen.

Søvnproblemer. Det ble ikke funnet signifikante forskjeller på søvnproblemer i sin helhet mellom innsatte som har sonet mindre enn en tredjedel ($M = 1.19$, $SD = .40$) og innsatte som har sonet mer enn en tredjedel ($M = 1.36$, $SD = .51$; $t(25) = -1$, $p = .32$, two-tailed). Størrelsen på forskjellen i gjennomsnittet (gjennomsnittsforskjell = $-.18$, 95% CI : $-.54$ til $.18$) var liten (eta squared = $.03$). Enkeltledd for søvnproblemer ble også undersøkt, men det ble heller ikke her funnet statistisk signifikante forskjeller. Imidlertid ble det funnet en trend til at innsatte som har sonet mindre enn en tredjedel har høyere gjennomsnittsskår på søvnvanskene, sammenlignet med innsatte som har sonet mer enn en tredjedel. Hypotese 3a ble ikke støttet.

Psykiske plager. Det ble funnet en signifikant forskjell på rapporterte psykiske plager mellom innsatte som har sonet mindre enn en tredjedel ($M = 2.58$, $SD = 0.62$) og innsatte som har sonet mer enn en tredjedel ($M = 1.85$, $SD = .63$; $t(25) = 2.94$, $p = .007$, two-tailed). Størrelsen på forskjellen i gjennomsnittet (gjennomsnittsforskjell = $.72$, 95 % CI : $.22$ til 1.22) var stor (eta squared = $.26$). Dette tilsier at innsatte som har sonet mindre enn en tredjedel av dommen sin i større grad har psykiske plager, sammenlignet med innsatte som har sonet mer enn en tredjedel av dommen sin. Grunnet lavt utvalg ble det også gjennomført en ikke parametrisk Mann-Whitney U-test mellom gruppene. Resultatene her var også signifikante ($p < .01$), og resultatene ble dermed rapportert fra den parametriske analysen. Videre ble enkeltledd om psykisk helse undersøkt. Det ble funnet signifikante forskjeller for leddene

«klandre seg selv», «føle seg unyttig, lite verd» og «føle seg tungsindig». Se tabell 4. Dette viser til at innsatte som har sonet mindre enn en tredjedel i større grad rapporterer at de klandrer seg selv, føler seg unyttig og lite verd og at de føler seg tungsindig, sammenlignet med innsatte som har sonet mer enn en tredjedel av dommen sin. Hypotese 3b ble dermed støttet.

Tabell 4: T-test for enkeltledd med statistisk signifikans

Ledd	Soningslengde	M	SD	t	df	Sig
Plage: Klandre seg selv	Mindre enn 1/3	3.06	1.24	2.70	25	.012
	Mer enn 1/3	1.82	1.08			
Plage: Føle seg unyttig, lite verd	Mindre enn 1/3	2.94	1.00	4.01	25	.000
	Mer enn 1/3	1.55	0.69			
Plage: Føle seg tungsindig	Mindre enn 1/3	2.75	1.07	2.5	25	.019
	Mer enn 1/3	1.82	0.75			

Utdanningsnivå

Det antas i henhold til hypotese 4 at de innsatte som har fullført videregående opplæring vil ha mindre søvnproblemer og psykiske plager, sammenlignet med innsatte som ikke har fullført videregående opplæring. En uavhengig t-test ble gjennomført for å teste antagelsen. Det ble ikke funnet signifikante forskjeller på søvnproblemer i sin helhet mellom innsatte som har fullført videregående opplæring ($M = 3.54$, $SD = 2.15$) og innsatte som ikke har fullført videregående opplæring ($M = 3.57$, $SD = 1.65$; $t(48) = .06$, $p = .96$, two-tailed). Størrelsen på forskjellen i gjennomsnittet (gjennomsnittsforskjell = .31, 95% *CI*: -1.09 til 1.16) var veldig liten (eta squared = .00007). Det ble heller ikke funnet signifikante forskjeller i psykiske plager mellom innsatte som har fullført videregående opplæring ($M = 2.2$, $SD = .78$) og innsatte som ikke har fullført videregående opplæring ($M = 2.3$, $SD = .58$; $t(49) = .60$, $p = .55$, two-tailed). Størrelsen på forskjellen i gjennomsnittet (gjennomsnittsforskjell = .12, 95 % *CI*: -.28 til .52) var veldig liten (eta squared = .007). Videre ble det ikke funnet signifikante forskjeller for søvnproblemer eller psykiske plager når enkeltledd ble undersøkt. Dette viser til at de innsatte som har høyere utdanning ikke skårer lavere på søvnproblemer og psykiske plager, sammenlignet med innsatte som har lavere utdanning. Hypotese 3 ble dermed ikke støttet.

Diskusjon

I denne studien ble det forventet at kvinnelige innsatte i stor grad erfarer søvnproblemer og psykiske plager under soning. Videre ble det antatt at innsatte som sitter i varetekt, har sonet

mindre enn en tredjedel og ikke har fullført videregående vil ha høyere rapportering av psykiske plager og søvnproblemer, sammenlignet med innsatte som soner en dom, har sonet mer enn en tredjedel og har fullført videregående. I henhold til hypotese 1 ble det funnet at en stor andel av de kvinnelige innsatte sliter med søvnproblemer (76,5 %) som klassifiserer til en mulig insomni diagnose og psykiske plager (66,7 %) av klinisk relevant karakter. Det var en sterk positiv korrelasjon mellom søvnproblemer og psykiske plager noe som indikerer at innsatte som sliter med den ene plagen med stor sannsynlighet sliter med den andre. I motsetning til hypotese 2 ble det ikke funnet støtte for en sammenheng mellom søvnproblemer og psykiske plager med fengslingsgrunnlag. Videre ble hypotese 3a støttet, hvor det ble det funnet en signifikant forskjell i rapporterte psykiske plager mellom innsatte som har sonet mindre enn en tredjedel og innsatte som har sonet mer enn en tredjedel. Det ble ikke funnet signifikante forskjeller på søvnproblemer. I motsetning til hypotese 4, ble det ikke funnet en sammenheng mellom psykiske plager og søvnproblemer med utdanningsnivå. Resultatene vil bli diskutert i henhold til det teoretiske rammeverket og nåværende forskning. Deretter vil studiens begrensninger bli diskutert, samt implikasjoner og tanker om fremtidig forskning.

Bruk av HSCL-10 blant kvinnelige innsatte

For å sikre et reliabelt mål på psykisk helse blant kvinnelige innsatte ble de psykometriske egenskapene til HSCL-10 undersøkt. Faktoranalysen viste tilstedeværelse av tre komponenter med god indre konsistens. Videre evnet analysen å skille ut faktorene som omhandler somatiske symptomer. Resultatene viser en overlapp mellom leddene som i tidligere studier er vist å representere angst og depresjon (Schmalbach et al., 2019; Syed et al., 2008), hvor leddet «klandre seg selv» også i inneværende studie lader omtrent like sterkt på både komponent en og to. Resultatene viste at instrumentet hadde god reliabilitet og dermed at instrumentets egenskaper fungerer blant kvinnelige innsatte. En mulig årsak til at det er vanskelig å skille angst og depresjon fra hverandre er at selv om kjernen til de to lidelsene er ulike, er det flere overlappende symptomer (Al-Turkait et al., 2011; Zbozinek et al., 2012). Tilstandene er ofte komorbide noe som videre kan føre til at symptomene er vanskelige å separere i en populasjon hvor begge lidelsene i stor grad er prevalente. Dette kan forsterkes i inneværende utvalg da kvinnelige innsatte har høy rapportering av flere psykiske plager (Massoglia & Pridemore, 2015), samt at soning er krevende i seg selv. Forskjellen på angst- og depresjonsymptomer blir dermed vanskeligere å fange opp.

Kvinnelige innsatte og forekomst av helseplager

Resultatene fra denne studien støttet antagelsen om at kvinnelige innsatte i stor grad rapporterer søvnproblemer og psykiske plager. Dette illustrerer at helseplager er utbredt under

soning uavhengig av andre faktorer som demografiske variabler, fengslingsgrunnlag, tid sonet og utdanning.

Søvnproblemer. Studien illustrerer at kvinnelige innsatte i stor grad rapporterer søvnproblemer, hvor 76,5 % av de kvinnelige innsatte i studien klassifiserte til en mulig insomni diagnose. Den høye forekomsten i inneværende studie er med tidligere studier som viser at søvnproblemer er prevalent i fengsel. Dewa og kollegaer (2017a) fant at 70,6 % av de undersøkte kvinnelige innsatte klassifiserte til en mulig insomni diagnose, Carli og kollegaer (2011) fant i en studie av sammenhengen mellom insomni og selvmordstanker blant innsatte at 61,2 % hadde insomnisymptomer og James og Glaze (2006) fant at 40 % av innsatte hadde symptomer for insomni. En mulig forklaring for at prevalensen i inneværende studie er høyere, kan være at de nevnte studiene også benyttet diagnostisk intervju for å undersøke søvnproblemene som kan ha gitt en sikrere rapportering.

Resultatene viser at insomni er prevalent blant kvinnelige innsatte, og er høyere enn i den generelle befolkningen. Populasjonsbaserte studier viser til at omkring 30 % av den generelle befolkningen rapporterer en eller flere symptomer for insomni (Roth, 2007). Forekomsten av insomni i den generelle befolkningen er også mer utbredt blant kvinner (Bjorvatn et al., 2009). Dette er i overensstemmelse med inneværende studie som viser til at forekomsten av insomni er høyere blant kvinnelige innsatte, sammenlignet med det tidligere studier har rapportert om mannlige innsatte (Dewa et al., 2017a; Kjelsberg & Hartvig, 2005), hvor det henholdsvis ble rapportert søvnproblemer hos 10,6 % og 52,5 %. Mulige forklaringer for den høye rapporteringen av søvnvansker kan være opplevd stress, dårlig søvnhygiene, lite fysisk aktivitet, og ugunstige fysiske forhold ved lyd, lys og temperatur. Det er funnet at innsatte som har insomnisymptomer i mindre grad deltar i sportsaktiviteter, ser på tv og har samtaler med andre innsatte (Elger, 2009). Dette kan være faktorer som forårsaker høy rapportering av insomni blant de innsatte i inneværende studie. Det er ikke mulig å konstatere hva som forårsaker den høye rapporteringen av søvnproblemer, men studien kan støtte opp antagelsen om at kvinnelige innsatte har høyere prevalens av risikofaktorer for utviklingen av insomni og at miljøet under soningen påvirker søvnrytmene til de innsatte (Dewa et al., 2017a; Fazel et al., 2006, 2016).

Psykiske plager. Studien illustrerer at en stor andel kvinnelige innsatte rapporterer psykiske plager, hvor 76,5 % av de kvinnelige innsatte i studien klassifiserte til psykiske plager av klinisk karakter. Dette funnet er i tråd med studier som viser høy forekomst av psykiske plager blant kvinnelige innsatte i Norge (Cramer, 2014) og USA (Binswanger et al., 2010). Sammenlignet med tidligere studier med mannlige innsatte, rapporterer kvinnene i inneværende

studie i større grad psykiske plager. Dette er i tråd med høyere forekomst av psykiske plager hos kvinner sammenlignet med menn i populasjonsbaserte studier (Binswanger et al., 2010; Bukten et al., 2016; Friestad & Hansen, 2004; McCabe et al., 2002). Resultatene understøtter at kvinnelige innsatte er sårbare for psykiske vansker under soning (Mills & Kendall, 2018).

Videre fant Bukten og kollegaer (2016) i en studie av kvinnelige innsatte i Norge at 41 % var sterkt plaget av symptomer for angst og depresjon, noe som er lavere enn i inneværende studie. Studien målte også psykiske plager med HSCL-10. En mulig forklaring på dette kan være at det i denne studien er inkludert innsatte fra Belgia. Mulige forskjeller i soningsforholdene kan føre til at rapporteringen av psykiske plager er høyere i Belgia, sammenlignet med Norge, noe som kan ha ført til høyere rapportering i inneværende studie. Dette kan eksempelvis skyldes at innsatte i Belgia har lite tilgang til psykologiske tjenester under soning (Smit & Dünkel, 2001, s. 73)

Det kan være flere forklaringer på den høye forekomsten av psykiske plager blant innsatte. Studien har ikke direkte målt stress, men situasjonen kvinnene befinner seg i er preget av faktorer som er vist å indusere stress. Dette kan være knyttet til tap av frihet, negativ påvirkning på selvbilde og tap av sosial støtte. Videre har kvinner ofte forsørgeransvar og mangel på soningsplasser fører til brudd på nærhetsprinsippet slik at kvinnene ofte soner langt borte fra familie (jf. Sivilombudsmannen, 2016). Det kan antas at dette fører til økt psykologisk bekymring. Resultatene kan også være en konsekvens av bygningsmessige forhold, lite fysisk aktivitet og lite utetid fra celle. Videre kan det faktum at kvinnelige innsatte er en minoritet føre til at de i stor grad opplever skam knyttet til soningen. Samfunnet forventer i mindre grad at kvinner utfører kriminelle handlinger noe som kan føre til at de innsatte føler på stigma og ubehag ved å sone en dom.

I tillegg til de rapporterte søvnproblemene og psykiske vanskene, ble det funnet en signifikant sterk positiv korrelasjon mellom søvnproblemer og psykiske vansker ($r = .53$), noe som viser at disse vanskene ofte opptrer samtidig. Dette støtter opp om longitudinelle studier som viser at insomni kan forekomme som en konsekvens av psykiske lidelser og at insomnisymptomer kan predikere utviklingen av psykiske lidelser (Baglioni et al., 2011; Riemann & Voderholzer, 2003; Shanahan et al., 2014). Videre støtter det epidemiologiske studier som viser at økt frekvens av insomni var relatert til økt grad av depresjon og angst (Taylor et al., 2005). Mulige mekanismer bak denne assosiasjonen kan være at bekymringer og katastrofetanker som ofte er tilstedeværende ved depresjon kan påvirke innsovningstid, og kort søvnlengde kan igjen påvirke emosjonsregulering og humør (Åkerstedt et al., 2007; Baum et al., 2014). På denne måten blir det en negativ selvforsterkende sirkel. Den høye prevalensen av

søvnproblemer og psykiske plager viser til at det er behov for god oppfølging av helsen til de innsatte og at tiltak som fokuserer på både søvn og psykisk helse må iverksettes for å bedre soningsforholdene for kvinner.

Sammenhengen mellom søvnproblemer og psykiske plager med fengslingsgrunnlag

På bakgrunn av at soning i varetekt og soning av dom er annerledes ble det forventet at det ville være forskjeller på opplevde helseplager mellom de to gruppene. Denne antagelsen ble ikke støttet. Faktorer som er tilstedeværende ved varetektsfengsling som stor grad av sosial isolering, frykt og færre tilbud til de innsatte (Toman et al., 2018) ble forventet å kunne øke sannsynligheten for psykiske plager og søvnproblemer. Det er flere faktorer som kan tenkes å forklare at både søvnproblemer og psykiske plager ikke ble hyppigere rapportert hos innsatte som sitter i varetekt. Disse faktorene er gjeldene for begge plagene og det er dermed hensiktsmessig å diskutere faktorene samlet.

Studier som undersøker varetektsfengsling er i stor grad gjennomført i USA. Det kan være betydelige forskjeller mellom soning i varetekt i Norge og Belgia sammenlignet med USA. Forskning fra USA vektlegger risiko for at innsatte blir dårlig behandlet av ansatte under varetektsfengsling, samt at varetektsfengsling er preget av overbefolkning, voldelig miljø og dårlig hygiene (Open Society Justice Initiative, 2011). Resultatene som tilsier at varetektsfengsling kan gi en større påkjenning og traumer, sammenlignet med soning av en dom (May et al., 2014) kan dermed være basert på andre forhold enn det som erfares i varetekt i Norge og Belgia. Funnene i inneværende studie er i kontrast til resultatene fra litteraturgjennomgangen av Csete (2010). Dette kan også skyldes forskjeller i soningsforhold da litteraturgjennomgangen refererte til soning preget av tortur, mishandling og vold. Det er av forfatterens oppfattelse at slik behandling av innsatte ikke forekommer i Norge og Belgia. Straffegjennomføringsloven (2002, §49, §51) i Norge viser blant annet til at innsatte i varetekt skal ha mulighet til å delta i arbeid, opplæring, program eller andre tiltak, samt mulighet for helsetjeneste. Hyppig kontakt med fengselsbetjenter, bedre soningsforhold og tett oppfølging kan dermed føre til at negative helsekonsekvenser ikke er mer omfattende i varetekt, sammenlignet med soning av dom. Imidlertid vil erfaring av stress og livsendring fremdeles være en faktor i Norge og Belgia, og dermed ville en kunne forventet at det var en forskjell i dette utvalget.

Imidlertid ble det funnet en signifikant forskjell på leddet «tar mer enn 30 min å sove» hvor innsatte som sitter i varetekt har høyere rapportering, sammenlignet med innsatte som soner en dom. Videre var det visse trender som kan tyde på at innsatte som sitter i varetekt skårer noe høyere på søvnproblemer og psykiske plager, sammenlignet med innsatte som har

påbegynt soning av en dom. Mangel på signifikans kan forklares med liten utvalgsstørrelse. Disse trendene kan skyldes at nyinnsatte ikke vet hva de går til, det er store endringer i livssituasjonen og stresset som erfares her kan være større enn når soningen er påbegynt. Dette kan i henhold til tidligere forskning skyldes at endringen i livssituasjon nylig har skjedd, og at drastiske endringer kan bli ansett som psykologisk skadelig (Rabkin & Struening, 1987). På denne måten har nødvendig omjustering for å håndtere situasjonen ikke skjedd enda. Som presentert av Mindell og kollegaer (2009) kan soning føre til dårlig søvnhygiene. Innsatte som sitter i varetekt er i stor grad innelåst på cellen hele døgnet. Dette kan føre til at opprettholdelse av god søvnhygiene blir enda vanskeligere da hverdagen har stor mangel på rutiner og aktiviteter. Dette kan føre til at innsatte i varetekt bruker lenger tid på å sovne, sammenlignet med innsatte som soner en dom. Presenterte argumenter åpner opp for at lignende undersøkelser bør gjennomføres med et større utvalg for og med større sikkerhet kunne undersøke søvnproblemer og psykisk helse hos innsatte i varetekt sammenlignet med innsatte som soner en dom.

Sammenhengen mellom søvnproblemer og psykiske plager med soningstid

Med bakgrunn i at påvirkningen av stressorer i forbindelse med soning er funnet å være tydeligere i tidlige faser av soningen (Harvey, 2005, s. 236) ble det antatt at den økte stressmengden og at den store livsendringen nylig har skjedd ville føre til at helseplagene var større.

Søvnproblemer. Det ble ikke funnet støtte for at innsatte som har sonet mindre enn en tredjedel av dommen sin i større grad rapporterer søvnproblemer. Det ble antatt at stressnivået til de innsatte ville være høyere tidlig i soningen og dermed føre til mer søvnproblemer. Dette kan tyde på at andre faktorer enn stress påvirker søvnproblemene. En mulig forklaring er at søvnkvalitet er påvirket av søvmiljøet, rutiner og fysisk aktivitet (Dewa et al., 2015, 2017a). Søvmiljøet under soning vil i stor grad være konstant, rutinene er de samme og mangel på fysisk aktivitet vil være konsekvent gjennom soningsløpet. Disse faktorene vil dermed kunne påvirke de innsatte gjennom hele soningsløpet.

Videre kan det at søvnproblemer ikke rapporteres oftere eller sjeldnere på ulike tidspunkt tyde på at søvnproblemer ikke blir oppfattet av ansatte og dermed at de innsatte ikke får hjelp til å håndtere problemene. Denne antagelsen støttes opp av en studie som viste til at ansatte vurderte søvnproblemer som en normal konsekvens av soning og at de tenkte at innsatte informerte om søvnproblemer for å få medisinerings på grunn av rusavhengighet (Dewa et al., 2015). Hvis de innsatte ikke får hjelp til å håndtere søvnproblemene er det dermed trolig at vanskene vil vedvare. Disse funnene tyder på at det er viktig å fokusere på søvn under soning

og at det må være et fokus gjennom hele soningen. På tross av mangel på signifikans ble det imidlertid gjennomgående funnet høyere gjennomsnittskår på søvnproblemene for innsatte som har sonet mindre enn en tredjedel, sammenlignet med innsatte som har sonet mer enn en tredjedel. Dette åpner opp for at et større utvalg vil kunne gi andre resultater.

Psykiske plager. Det ble funnet støtte for at innsatte som har sonet mindre enn en tredjedel av dommen sin i større grad rapporterer psykiske plager. Studiens funn er i tråd med tidligere forskning som viser til at helsetilstanden til de innsatte var bedre hos de som hadde sonet lenger (Iversen et al., 2014), samt at innsatte som har sonet mindre enn ett år har høyere risiko for selvmordstanker (Favril et al., 2017). Fogel (1993) illustrerte at kvinnelige innsatte hadde et forhøyet stressnivå tidlig i soningen, som igjen resulterte i høy rapportering av depressive symptomer etter seks måneder. Inneværende studie kan ikke bekrefte at de psykiske plagene skyldes stress, men resultatene er i tråd med at det er høy rapportering av psykiske plager tidlig i soningsløpet, og åpner opp for at stress kan ha en effekt på forholdet. Imidlertid kan tidsaspektet på en tredjedel variere fra innsatt til innsatt basert på domslengde, og det kan dermed ikke konkluderes med et spesifikt antall måneder eller år hvor plagene er verst.

De innsatte som hadde sonet mindre enn en tredjedel rapporterte i større grad at de klandret seg selv, følte seg unyttig og tungsindig. En mulig forklaring kan være at i starten av soningen har en ikke i like stor grad bearbeidet handlingene sine og dermed klandrer seg selv. Videre kan eksempelvis plutselig separasjon fra barn føre til at kvinnene føler seg unyttig og tungsindig. Kvinner har i tidligere studier rapportert at tap av kontakt med barn var en stor bekymring (Fogel, 1993). Det kan være vanskelig for et barn å forstå hvorfor mammaen deres plutselig er borte og de innsatte kan føle seg hjelpeløse og bekymret på bakgrunn av dette. En mulig forklaring til at innsatte som har sonet kortere har høyere rapportering av psykiske plager som helhet kan skyldes at de ikke har tilpasset seg den nye hverdagen enda og at de ikke har håndtert følelsene rundt det å bli satt til soning enda.

Til slutt kan årsaken til at innsatte som har sonet lenger har bedre helsetilstand være at flere innsatte har dårlig mental og fysisk helse allerede før innsettelse (Massoglia, 2008). Det kan dermed tenkes at innsatte som har dårlig helse i forkant av soningen får den hjelpen de trenger når de blir satt i fengsel. Flere kvinnelige innsatte kommer fra dårlige levekår og stabiliteten rundt soningen kan etterhvert føre til at kvinnene får et redusert stressnivå og at de får hjelp til å håndtere plagene sine. Dette kan dermed antyde at helseapparatet i belgiske og norske fengsel fungerer. Videre viser dette til at det er viktig at hjelpeapparatet integreres fra starten av soningen da de innsatte her har dårligere oppfattet helsetilstand.

Sammenhengen mellom søvnproblemer og psykiske plager med utdanningsnivå

Det ble ikke funnet støtte for at dårlig psykisk helse og søvnproblemer er relatert til om den innsatte har fullført videregående opplæring eller ikke. Høyere sosioøkonomisk status har vist seg å kunne redusere den negative påvirkningen av stress (Adler et al., 1994). Det ble derfor forventet at høyere utdanning blant kvinnelige innsatte ville være assosiert med bedre psykisk helse og mindre søvnproblemer. Funnene støtter ikke opp tidligere forskning som viser til at lavere utdanningsnivå er assosiert med hyppigere insomnisymptomer (Lallukka et al., 2012; Stamatakis et al., 2007). Det samme gjelder for psykisk helse hvor tidligere forskning har vist en assosiasjon mellom lavere sosioøkonomisk status og utdanningsnivå med økt risiko for utvikling av depresjon (Hudson, 2005; Wang et al., 2010), samt at høyere utdanningsnivå har blitt vist å øke sannsynligheten for god helse under soning (Iversen et al., 2014). På lik linje som for fengslingsgrunnlag er faktorene som kan forklare funnene gjeldene for både søvnproblemer og psykiske plager og vil dermed diskuteres samlet.

En årsak til at kvinnelige innsatte med høyere utdanning ikke hadde mindre helseplager, sammenlignet med kvinnelige innsatte med lavere utdanning kan være at kvinnelige innsatte generelt har lav sosioøkonomisk status, med lav utdanning og en historie med vold og mishandling (Kelsey et al., 2017). Generelt lav sosioøkonomisk status kan føre til at utdanningsnivå ikke påvirker utviklingen av negative helsekonsekvensene av opplevd stress. En annen mulig forklaring til at man ikke finner sosiale gradienter i denne innsatt populasjonen er at følelsen av skam grunnet innsettelse kan være større hvis en har høyere sosioøkonomisk status. Dette kan skyldes at de har mye å miste ved innsettelse og at det kan være lite forventet fra deres sosiale nettverk. Livsendringen kan da oppleves som veldig stor og det erfarte stresset større, sammenlignet med innsatte med lav sosioøkonomisk status og utdanning. Den erfarte skammen kan muligens da på samme måte som lavere utdanning føre til søvnproblemer og psykiske plager. Videre har høyere utdanningsnivå vist seg å være assosiert med benyttelse av adaptive mestringsstrategier og slik mindre påvirkning av stressorer (Feizi et al., 2012). Kvinnelige innsatte har generelt dårlige livsforhold og utfordrende bakgrunnshistorier, noe som kan føre til at de innsatte ikke benytter adaptive mestringsstiler, uavhengig av utdanningsnivå. Slik vil effekten av utdanning kunne forsvinne i denne populasjonen.

Kvinner er sårbare på generell basis

En årsak til at det ikke ble illustrert store gruppeforskjeller mellom opplevde søvnvansker og psykiske plager for kvinnelige innsatte kan skyldes at kvinner på generell basis er en sårbar gruppe under soning. Tidligere forskning har illustrert at kvinnelige innsatte er mer sårbare for negative konsekvenser av soning, sammenlignet med menn (Dalla et al., 2005).

Videre har forskning vist at kvinnelige innsatte i større grad enn menn rapporterer søvnproblemer (Dewa et al., 2017a) og psykiske vansker (Bukten et al., 2016; McCabe et al., 2002). Som nevnt kommer kvinnelige innsatte oftere enn menn fra dårlige livsforhold (Sivilombudsmannen, 2016). Dette kan føre til at forskjellen mellom gruppene ikke blir store da disse helseproblemene er utbredte blant kvinnelige innsatte på generell basis.

Metodiske begrensninger

For å evaluere den gitte studiens resultater er det nødvendig å vurdere studiens begrensninger. En mulig begrensning er utvalget. Utvalgets størrelse vil kunne påvirke om nullhypotesen forkastes eller beholdes med riktighet (Svartdal, 2009). Da datainnsamlingen ble stoppet ble utvalget i oppgavens studie av liten størrelse (N = 51). Et større utvalg med sterkere statistisk styrke ville kunnet gitt andre mer presise og robuste resultater, samt at mer avanserte analyser kunne blitt gjennomført. Grunnet spredningen av koronaviruset ble studien kun gjennomført i ett kvinnefengsel i Norge, noe som fører til dårlig responsrate, og åpner for at resultatene ikke er representative for alle kvinnelige innsatte i Norge. Videre har studien undersøkt belgiske og norske innsatte som en gruppe. Oppgaven er skrevet med viten om at resultatene kunne vært annerledes hvis studien sammenlignet landene. Dette på bakgrunn av at det kan foreligge forskjeller i det å være innsatt i Norge og i Belgia grunnet ulike soningsforhold. Imidlertid har forskning som undersøkte kvinnelige innsatte i flere land henholdsvis Australia, Canada, Danmark, Tyskland, New Zealand, Spania, Sverige og tre stater i USA, vist at kvinnelige innsatte har flere likheter på tvers av nasjoner (Fair, 2007). Dette underbygger sammenslåingen av dataene til en gruppe. Videre viste resultatene at de kvinnelige innsatte generelt var like på ulike demografiske variabler som støtter sammenslåingen av utvalget til en gruppe.

En begrensning ved studien kan være benyttelse av selvrapporterte spørreskjema som måleinstrument. Selvrapporterte data kan resultere i metodisk varians, som innebærer varians i en variabel som skyldes måleinstrumentet heller enn variabelen i seg selv (Podsakoff et al., 2003). Dette kan være en svakhet da en ikke får innblikk i om respondenten svarer basert på ærlighet eller andre mulige incentiver. Til tross for at deltakerne fikk poengtert at studien ikke ville påvirke soningsløpet til den enkelte innsatt er det mulig at noen av deltakerne fremstilte seg selv på en feilaktig måte. Videre kan et feilaktig resultat oppnås hvis deltakerne mistolket påstandene i spørreskjemaet eller ikke forstod betydningen av dem. En studie viste at mellom 50 til 70 % av de undersøkte innsatte viste lesevansker i et slikt omfang at det kan tilfredsstillende diagnostiske kriterier for lesevansker (Asbjørnsen et al., 2008). Dette kan ha ført til at innsatte ikke forstod alle spørsmålene i spørreskjemaet og dermed svarte feilaktig. Imidlertid ble det

presisert i informasjonsskrivet som fulgte spørreskjemaet at ved behov kunne de få hjelp til utfylling av skjemaet av ansatte.

Begrensningene som omhandler bruk av spørreskjema kunne blitt unngått ved bruk av metodetriangulering eller med bruk av diagnostisk intervju. Eksempelvis benyttet Dewa og kollegaer (2017a) en kombinasjon av flere ulike mål på søvn for å undersøke søvnproblemer blant innsatte, inkludert klinisk intervju ved hjelp av *The Sleep Condition Indicator*, subjektive mål på søvnkvalitet ved hjelp av *The Pittsburgh Sleep Quality Index*, og *The Sleep Disorder Screener*, *The Sleep Hygiene Index*, samt *The Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep*. Denne metoden vil i større grad fange opp alle aspekter ved søvnproblemer og vil gi mer presise resultater. Også for psykisk helse vil intervju kunne fange opp flere aspekter av de innsattes plager. Cramer (2014) benyttet eksempelvis strukturerte intervju for å undersøke psykisk helse hos kvinnelige innsatte, hvor de dermed fanget opp flere ulike aspekter av den psykiske helsen. Imidlertid, ville dette vært mer tidkrevende og ikke mulig å gjennomføre med den inneværende studiens tidsbegrensning.

En oppfatning av egen helse vil muligens variere i perioder og dermed kan det være at resultatene hadde vært annerledes om deltakerne hadde blitt testet på en annen dag eller en annen tid på året. I tillegg inneholder spørreskjemaet BIS ikke spørsmål om symptomvarighet og kan dermed ikke fastslå en insomnidiagnose. Imidlertid viser studier at både HSCL-10 og BIS har akseptabel reliabilitet (Pallesen et al., 2008; Strand et al., 2003). I tillegg ble det benyttet en forkortet versjon av HSCL-10 for å gjøre spørreskjemaet kortere. Dette kan ha påvirket presisjonen og at omfanget av den rapporterte psykiske helsen blir mindre. Imidlertid viser studier at kortversjonen har akseptabel indre konsistens (Strand et al., 2003). Videre er inneværende studie en tverrsnittstudie og en kan dermed ikke undersøke endringer over tid, eksempelvis fra før soning til underveis i soningen.

Andre forhold rundt soningen til hver enkelt innsatt og fasilitetene i fengselet ble ikke rapportert i studien. Dette påvirker kausaliteten i studien da det ikke blir kontrollert for hva som er mekanismene bak funnene, og helseplagene rapportert i studien kan dermed skyldes andre forhold enn stresset soningen medfører. Eksempelvis kan det faktum at flere innsatte deler rom føre til helseplager. Imidlertid ble det ikke funnet forskjeller i korrelasjonene når en kontrollerte for celledeling, noe som tyder på at antall innsatte per rom ikke påvirker rapporteringen av søvnproblemer og psykiske plager i dette utvalget. Det er flere forhold som kan påvirke kvinners soning, som eksempelvis fysiske forhold som ikke er tilpasset kvinner, sanitære forhold, dårlig tilrettelagte uteområder, soning i for høyt sikkerhetsnivå, brudd på nærhetsprinsippet, fellesskap med mannlige innsatte, færre aktivitetstilbud, mindre utetid fra

celle, begrenset mulighet til fysisk aktivitet, og omsorgsansvar for barn (Sivilombudsmannen, 2016). Dette er alle faktorer som kan ha vært årsaken til helseplagene heller enn et erfart forhøyet stressnivå. Imidlertid, gir studien viktig innsikt i kvinnelige innsattes soning da den viser til at en stor mengde innsatte erfarer helseplager under soning, uavhengig av hva som forårsaker problemene.

De innsatte ble bedt om å fylle ut spørreskjemaet av en ansatt i fengselet. De ansatte i fengselet er autoritetspersoner og bestemmer over hverdagen til de innsatte. Dette kan føre til at utfyllingen av spørreskjemaet ikke ble opplevd som frivillig. Dette ble forsøkt forhindret ved å gi informasjon om at deltakelsen var frivillig, og at både valg om deltakelse eller og ikke delta, eller om en ville trekke seg underveis ikke ville få konsekvenser for forhold under gjennomføringen av straffen.

Implikasjoner

Det er få studier internasjonalt som undersøker psykisk helse og søvnproblemer hos kvinnelige innsatte og spesielt i norsk og belgisk kontekst. Det er også lite kunnskap om sammenhengen mellom utdanning, varetekt og soningstid med helse. Inneværende studie er derfor et viktig bidrag til forskningsfeltet. Omfanget av helseplager funnet i inneværende studie viser til at flertallet av de innsatte har helseutfordringer og at det var stor grad av samvariasjon. Dette legger til rette for at både behandling av søvnproblemer og psykiske plager kan ha en positiv effekt på hverandre (Mason & Harvey, 2014), og studien illustrerer dermed at det er viktig å finne intervensjoner for begge tilstandene da de ofte følger eller forsterker hverandre.

Resultatene fra studien vil også kunne ha kliniske implikasjoner for kriminalomsorgen ved å understreke viktigheten av behandling av psykiske plager og søvnvansker, samt å tilrettelegge for bedre søvnkvalitet under soning. Det kan være utfordrende å opprettholde god søvnhygiene under soning grunnet soningens natur (Dewa et al., 2017b). Behandlingsalternativer blir dermed viktig. Eksempelvis fant Ferszt og kollegaer (2015) at et tolv-ukers mindfulness program viste redusert stressnivå, lavere skår på angst og bedre søvnkvalitet. Andre ikke-farmakologiske behandlinger kan også bli tilbudt, eksempelvis kognitiv atferdsterapi både spesifikt for insomni og for psykiske plager. Identifisering av helseplagene og årsakene til plagene, samt behandling av komorbide lidelser og fokus på stress er vist å være gunstig (Dewa et al., 2017b). Randall og kollegaer (2019) illustrerte at én time med kognitiv atferdsterapi for insomni blant mannlige innsatte med alvorlig insomni reduserte alvorlighetsgraden til søvnproblemer, samt nivåer av depresjon og angst. Dette vil dermed være en mulig behandling av den høye forekomsten av helseplager rapportert blant de kvinnelige innsatte. Imidlertid er det viktig å poengtere at inneværende studie ikke kartlegger

et behandlingsbehov. Resultatene gir et godt overblikk over problemforekomst av psykiske plager og søvnproblemer, men det kan ikke trekkes direkte konklusjoner om diagnoser, og dermed heller ikke konklusjoner om behandling. Allikevel viser studien til at det er behov for ytterligere undersøkelser på området og at de kvinnelige innsatte med helseplager trenger nødvendig oppfølging, gitt den høye forekomsten som har blitt avdekket.

Den høye forekomsten av søvnproblemer og psykiske plager i inneværende studie poengterer viktigheten av å ivareta kvinnelige innsattes behov og det er et viktig bidrag ved å åpne opp for mer forskning spesifikt på kvinnelige innsatte. Videre viser studien til at kvinnelige innsatte spesifikt sliter med psykiske plager i første del av soningsløpet. Kunnskap om dette tidsaspektet blir viktig for implementering av helsetilbud, da det presiserer at kvinnes psykiske helse må bli ivaretatt umiddelbart ved innsettelse.

Til slutt viste også faktoranalysen at spørreskjemaet HSCL-10 har god reliabilitet og dermed fungerer i en populasjon av kvinnelige innsatte. Da kvinnelige innsatte kan anses som en sårbar gruppe, spørreskjemaet er kort og dermed mindre krevende å gjennomføre kan resultatene fra faktoranalysen illustrere at det er hensiktsmessig å anvende instrumentet. Dette åpner opp for at instrumentet med trygghet kan benyttes i fremtidig forskning.

Fremtidig forskning

Resultatene i studien er et viktig bidrag til kriminalomsorgen, da de viser til at søvnproblemer og psykiske plager er prevalent blant kvinnelige innsatte. Likevel er det flere begrensninger ved studien som kan utredes for å få et bedre innblikk i kvinners soningsforhold. Det vil være gunstig å undersøke forholdene med et større utvalg da det ble identifisert ulike trender på tross av at resultatene i stor grad ikke var signifikante. Et større utvalg vil med større sikkerhet kunne fastslå effekten av utdanning, varetekt og soningstid på psykisk helse og søvnproblemer. Det ville også vært gunstig å undersøke forholdene med belgiske og norske innsatte separat for å kunne sammenligne soningsforholdene. Det er positivt at prosjektet vil bli tatt videre med både et større utvalg og som en sammenligning mellom landene.

Videre ville det vært interessant å undersøke søvnproblemer og psykiske plager i en egen undersøkelse og dermed kunne benytte flere ledd for å oppnå et bredere bilde på plagene. Dette vil kunne føre til at en kan innhente mer informasjon om forholdene rundt hver enkelt innsatt. En longitudinell studie vil også kunne være med på å slå fast kausalitet i forskjellene illustrert i soningstid. Et prosjekt med et lenger tidsperspektiv vil også kunne innhente informasjon om helseplagene ved bruk av flere ulike mål. Eksempelvis ville det vært interessant å inkludere diagnostiske intervju for å ha et mer reliabelt mål på helseplagene. En bør også kartlegge kjente risikofaktorer for helseplager både generelt og for innsatte, og slik i større grad

gå i dybden med hensyn til hva som forårsaker de rapporterte plagene. Ved bruk av intervju vil en også kunne innhente informasjon om fortiden til den innsatte og dermed få større kunnskap om eventuelle risikofaktorer. På denne måten vil en få et større innblikk i hvilke aspekter av soningen som i større grad forverrer helsesituasjonen til de innsatte. Fremtidig forskning kan også undersøke både forhold gjennom den innsatte, men også innhente informasjon fra register om rutiner fra fengslene og fra ansatte. På denne måten unngår man utfordringene ved å ha en informant.

Inneværende studie kan ikke fastslå hva som forårsaker de rapporterte helseplagene. Fremtidig forskning vil kunne ha nytte av å undersøke mekanismene bak plagene nærmere for og dermed med større sikkerhet vite hvilke tiltak som bør implementeres for å sikre bedre soningsforhold for kvinnelige innsatte.

Konklusjon

Denne studien ønsket å undersøke søvnproblemer og psykiske plager blant kvinnelige innsatte og videre utforske grupper hvor plagene var forventet å rapporteres i større grad. Basert på spørreskjemaer viser studien at kvinnelige innsatte i høy grad rapporterer søvnproblemer og psykiske plager, og at disse plagene i stor grad er assosiert med hverandre. Ytterligere viser studien at kvinnelige innsatte som har lavere utdanning og kvinnelige innsatte som soner i varetekt ikke har mer plager, sammenlignet med kvinnelige innsatte som har høyere utdanning og kvinnelige innsatte som soner en dom i fengsel. Videre viste studien at kvinnelige innsatte som har sonet mindre enn en tredjedel av dommen sin i større grad rapporterer psykiske plager, sammenlignet med kvinnelige innsatte som har sonet mer enn en tredjedel. Denne effekten ble ikke funnet for søvnproblemer. Studiens funn er viktige for å belyse kvinnelige innsattes behov og åpne opp for mer forskning spesifikt på kvinner. Kvinner har egne behov, sammenlignet med menn, og det er dermed viktig at de også blir forsket på som en egen enhet.

Denne studien belyser at fengselsmodeller må opprettholde et fokus på psykisk helse og søvn, i kombinasjon med individuelle sårbarhetsfaktorer for kvinner og påvirkningen av stress under soning. Ettersom studien kan si lite om årsakssammenheng bør fremtidig forskning, både kvantitativ og kvalitativ, undersøke risikogrupper for de gitte problemene og utvide kunnskapen på feltet videre. Dette vil kunne bidra til en større forståelse av kvinnelige innsattes behov og soningsforhold, slik at forebyggende tiltak kan iverksettes. På denne måten vil en kunne redusere negative helsekonsekvenser ved soning i fengsel.

Litteraturliste

- Adler, N. E., Boyce, T., Chesney, M. A., Cohen, S., Folkman, S., Kahn, R. L., & Syme, S. L. (1994). Socioeconomic Status and Health: The Challenge of the Gradient. *American Psychologist*, *49*(1), 15–24. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.49.1.15>
- Al-Rousan, T., Rubenstein, L., Sieleni, B., Deol, H., & Wallace, R. B. (2017). Inside the nation's largest mental health institution: A prevalence study in a state prison system. *BMC Public Health*, *17*(342). <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4257-0>
- Al-Turkait, F. A., Ohaeri, J. U., El-Abbasi, A.-H. M., & Naguy, A. (2011). Relationship between Symptoms of Anxiety and Depression in a Sample of Arab College Students Using the Hopkins Symptom Checklist 25. *Psychopathology*, *44*(4), 230–241. <https://doi.org/10.1159/000322797>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)* (5 utg.). American Psychiatric Association Publishing.
- Amundsen, M. . (2010). Kvinnelige innsatte og sosial marginalisering. *Utdanningsforbundet*, 26–37. <http://hdl.handle.net/11250/2438376>
- Anders, M., Breckenkamp, J., Blettner, M., Schehofer, B., & Berg-Beckhoff, G. (2013). Association between socioeconomic factors and sleep quality in an urban population-based sample in Germany. *European Journal of Public Health*, *24*(6), 968–973. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt175>
- Asbjørnsen, A., Jones, L. Ø., & Manger, T. (2008). *Innsatte i Bergen fengsel: Delrapport 3: Leseferdigheter og grunnleggende kognitive ferdigheter* (2/13). Bergen: Fylkesmannen i Hordaland.
- Baglioni, C., Battagliese, G., Feige, B., Spiegelhalder, K., Nissen, C., Voderholzer, U., Lombardo, C., & Riemann, D. (2011). Insomnia as a predictor of depression: A meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *Journal of Affective Disorders*, *135*(1–3), 10–19. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.01.011>
- Bartels, L., & Gaffney, A. (2011). *Good practice in women's prisons: A literature review* (41). Australian Institute of Criminology. <https://aic.gov.au/publications/tbp/tbp041>
- Baum, K. T., Desai, A., Field, J., Miller, L. E., Rausch, J., & Beebe, D. W. (2014). Sleep restriction worsens mood and emotion regulation in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *55*(2), 180–190. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12125>
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, *4*(2), 139–157.

<https://doi.org/10.1007/BF00844267>

Binswanger, I. A., Merrill, J. O., Krueger, P. M., White, M. C., Booth, R. E., & Elmore, J. G. (2010). Gender differences in chronic medical, psychiatric, and substance-dependence disorders among jail inmates. *American Journal of Public Health, 100*(3), 476–482.

<https://doi.org/10.2105/AJPH.2008.149591>

Bjorvatn, B., Sivertsen, B., Øyane, N., Nordhus, I. H., & Pallesen, S. (2009). Insomni. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening, 129*(17), 1766–1768.

<https://doi.org/10.4045/tidsskr.08.0379>

Bjurstrøm, H. (2016). *Innsatt og utsatt - rapport om soningsforholdene til utsatte grupper i fengsel*. Likestillings- og diskrimineringsombudet.

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

Brosens, D. (2019). Prisoners' participation and involvement in prison life: Examining the possibilities and boundaries. *European Journal of Criminology, 16*(4), 466–485.

<https://doi.org/10.1177/1477370818773616>

Brosens, D., Croux, F., & De Donder, L. (2019). Barriers to prisoner participation in educational courses: Insights from a remand prison in Belgium. *International Review of Education, 65*(5), 735–754. <https://doi.org/10.1007/s11159-018-9727-9>

Brosens, D., De Donder, L., Dury, S., & Verté, D. (2015). Barriers to participation in vocational orientation programmes among prisoners. *Journal of Prison Education and Reentry, 2*(2), 8-22. <https://doi.org/10.15845/jper.v2i2.817>

Brosens, D., De Donder, L., Dury, S., & Verté, D. (2016). Participation in Prison Activities: An Analysis of the Determinants of Participation. *European Journal on Criminal Policy and Research, 22*(4), 669–687. <https://doi.org/10.1007/s10610-015-9294-6>

Brosens, D., Dury, S., Vertonghen, J., Verté, D., & De Donder, L. (2017). Understanding the Barriers to Prisoners' Participation in Sport Activities. *The Prison Journal, 97*(2), 181–201. <https://doi.org/10.1177/0032885517692795>

Bukten, A., Stavseth, M. R., Skurtveit, S., Kunøe, N., Lobmaier, P., Lund, I. O., & Clausen, T. (2016). *Rusmiddelbruk og helsesituasjon blant innsatte i norske fengsel* (2/2016). SERAF.

<https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2016/nedlastinger/seraf-rapport-nr-2-2016-rusmiddelbruk-og-helsesituasjon-blant-innsatte.pdf>

Carli, V., Roy, A., Bevilacqua, L., Maggi, S., Cesaro, C., & Sarchiapone, M. (2011).

Insomnia and suicidal behaviour in prisoners. *Psychiatry Research, 185*(1–2), 141–144.

- <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.10.001>
- Cramer, V. (2014). *Forekomst av psykiske lidelser hos domfelte i norske fengsler* (2014/1). Kompetansesenter for sikkerhets- fengsels- og rettspsykiatri Helseregion Sør-Øst. <https://www.kriminalomsorgen.no/publikasjoner.242465.no.html>
- Csete, J. (2010). Consequences of Injustice: Pre-Trial Detention and Health. *International Journal of Prison Health*, 6(1), 3–14. <https://doi.org/10.1080/17449200802692086>
- Daems, T., Maes, E., & Robert, L. (2013). Crime, criminal justice and criminology in Belgium. *European Journal of Criminology*, 10(2), 237–254. <https://doi.org/10.1177/1477370812464467>
- Dalla, C., Antoniou, K., Drossopoulou, G., Xagoraris, M., Kokras, N., Sfikakis, A., & Papadopoulou-Daifoti, Z. (2005). Chronic mild stress impact: Are females more vulnerable? *Neuroscience*, 135(3), 703–714. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2005.06.068>
- Dantzer, R., O'Connor, J. C., Freund, G. G., Johnson, R. W., & Kelley, K. W. (2008). From inflammation to sickness and depression: When the immune system subjugates the brain. *Nature Reviews Neuroscience*, 9(1), 46–56. <https://doi.org/10.1038/nrn2297>
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H., & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral Science*, 19(1), 1–15. <https://doi.org/10.1002/bs.3830190102>
- Dewa, L. H., Hassan, L., Shaw, J. J., & Senior, J. (2017a). Trouble sleeping inside: a cross-sectional study of the prevalence and associated risk factors of insomnia in adult prison populations in England. *Sleep Medicine*, 32(2017), 129-136. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2016.12.018>
- Dewa, L. H., Hassan, L., Shaw, J. J., & Senior, J. (2017b). Insomnia management in prisons in England and Wales: a mixed-methods study. *Journal of Sleep Research*, 26(3), 322–329. <https://doi.org/10.1111/jsr.12503>
- Dewa, L. H., Kyle, S. D., Hassan, L., Shaw, J., & Senior, J. (2015). Prevalence, associated factors and management of insomnia in prison populations: An integrative review. *Sleep Medicine Reviews*, 24, 13–27. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2014.12.002>
- Eid, J., & Johnsen, B. . (2018). *Operativ Psykologi* (3 utg). Fagbokforlaget.
- Eikeland, O. ., Manger, T., & Asbjørnsen, A. (2016). *Norske innsette: Utdanning, arbeid, ønske og planar* (2/2016) Fylkesmannen i Hordaland. [https://khrono.no/files/2018/03/15/Rapport 2 2016.pdf](https://khrono.no/files/2018/03/15/Rapport%202016.pdf)
- Eikeland, O. J., Manger, T., & Diseth, A. (2006). *Innsette i norske fengsel : utdanning,*

- utdanningsønske og rett til opplæring*. Fylkesmannen i Hordaland.
<http://hdl.handle.net/1956/7813>
- Elger, B. S. (2004). Prevalence, types and possible causes of insomnia in a Swiss remand prison. *European Journal of Epidemiology*, *19*(7), 665–677.
<https://doi.org/10.1023/B:EJEP.0000036805.58237.e3>
- Elger, B. S. (2009). Prison life: Television, sports, work, stress and insomnia in a remand prison. *International Journal of Law and Psychiatry*, *32*(2), 74–83.
<https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2009.01.001>
- Elger, B. S., & Sekera, E. (2009). Prospective evaluation of insomnia in prison using the Pittsburgh Sleep Quality Index: Which are the factors predicting insomnia? *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, *13*(3), 206–217.
<https://doi.org/10.1080/13651500902812043>
- Fair, H. (2007). International review of women's prisons. *Prison Service Journal*, *3*(184), 3–8.
https://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/100047ceinternational_review_of_womens_prisons.pdf
- Favril, L., Vander Laenen, F., Vandeviver, C., & Audenaert, K. (2017). Suicidal ideation while incarcerated: Prevalence and correlates in a large sample of male prisoners in Flanders, Belgium. *International Journal of Law and Psychiatry*, *55*(2017), 19–28.
<https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2017.10.005>
- Fazel, S., Bains, P., & Doll, H. (2006). Substance abuse and dependence in prisoners: A systematic review. *Society for the Study of Addiction*, *101*(2), 181–191.
<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01316.x>
- Fazel, S., Hayes, A. J., Bartellas, K., Clerici, M., & Trestman, R. (2016). Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. *The Lancet Psychiatry*, *3*(9), 871–881. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30142-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30142-0)
- Feizi, A., Aliyari, R., & Roohafza, H. (2012). Association of perceived stress with stressful life events, lifestyle and sociodemographic factors: a large-scale community-based study using logistic quantile regression. *Computational and Mathematical Methods in Medicine*, *2012*. <https://doi.org/10.1155/2012/151865>
- Ferszt, G., Miller, R., Hickey, J., Maull, F., & Crisp, K. (2015). The Impact of a Mindfulness Based Program on Perceived Stress, Anxiety, Depression and Sleep of Incarcerated Women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *12*(9), 11594–11607. <https://doi.org/10.3390/ijerph120911594>

- Fiocco, A. J., Jooper, R., & Lupien, S. J. (2007). Education modulates cortisol reactivity to the Trier Social Stress Test in middle-aged adults. *Psychoneuroendocrinology*, *32*(8–10), 1158–1163. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2007.08.008>
- Fogel, C. (1993). Hard time: the stressful nature of incarceration for women. *Issues in Mental Health Nursing*, *14*(4), 367–377. <https://doi.org/http://doi.org/10.3109/01612849309006900>
- Fogel, C. I., & Martin, S. L. (1992). The Mental Health of Incarcerated Women. *Western Journal of Nursing Research*, *14*(1), 30–47. <https://doi.org/10.1177/019394599201400103>
- Ford, D. E., & Kamerow, D. B. (1989). Epidemiologic Study of Sleep Disturbances and Psychiatric Disorders: An Opportunity for Prevention? *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, *262*(11), 1479–1484. <https://doi.org/10.1001/jama.1989.03430110069030>
- Forente Nasjoner. (2011). *United Nations Rules for the Treatment of Women Prisoners and Non-custodial Measures for Women Offenders (the Bangkok Rules)*. https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Bangkok_Rules_ENG_22032015.pdf
- Forente Nasjoner. (2016). *United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Nelson Mandela Rules)*. https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson_Mandela_Rules-E-ebook.pdf
- Friestad, C., & Hansen, I. L. (2004). *Levekår blant innsatte*. Fafo. https://www.fafo.no/index.php?option=com_zoo&task=item&item_id=3775&Itemid=927
- Giallombardo, R. (1966). Social roles in prison for women. *Social Problems*, *13*(3), 268–288. <https://doi.org/10.2307/799254>
- Gostin, L. O., Vanchieri, C., & Pope, A. (2007). *The Ethical Framework for Research Involving Prisoners*. National Academies Press (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK19885/>
- Granger-Brown, A. (2007). Teaching and learning methods in prison that invite and support women inmates in inquiry-based, self-directed learning. *ProQuest Dissertations and Theses*.
- Harvey, J. (2005). Crossing the boundary: the transition of young adults into prison. I A. Liebling & S. Maruna (Red.) *The effects of imprisonment* (s. 235–236). New York: Routledge.

- Healey, E. S., Kales, A., Monroe, L. J., Bixler, E. O., Chamberlin, K., & Soldatos, C. R. (1981). Onset of insomnia: Role of life-stress events. *Psychosomatic Medicine*, 43(5), 439–451. <https://doi.org/10.1097/00006842-198110000-00007>
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(12), 213–218. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4)
- Houck, K. D. F., & Loper, A. B. (2002). The relationship of parenting stress to adjustment among mothers in prison. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(4), 548–558. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.72.4.548>
- Hudson, C. G. (2005). Socioeconomic status and mental illness: Tests of the social causation and selection hypotheses. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(1), 3–18. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.75.1.3>
- Innsatt nr. 13007. (2019, 5. januar). *Skal vi sone værre fordi vi er færre?* Bergensavisen. <https://www.ba.no/debatt/debatt/meninger/skal-vi-sone-verre-fordi-vi-er-farre/o/5-8-958148>
- Iversen, V. C., Sam, D. L., & Helvik, A.-S. (2014). Psychological distress and perceived health in inmates in Norwegian prisons. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42(2), 171–176. <https://doi.org/10.1177/1403494813505728>
- James, D. J., & Glaze, L. E. (2006). *Mental Health Problems of Prison and Jail Inmates*. U.S Department of Justice. <http://www.bjs.gov/content/pub/pdf/mhppji.pdf>
- Kelsey, C. M., Medel, N., Mullins, C., Dallaire, D., & Forestell, C. (2017). An Examination of Care Practices of Pregnant Women Incarcerated in Jail Facilities in the United States. *Maternal and Child Health Journal*, 21(6), 1260–1266. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2224-5>
- Kjelsberg, E., & Hartvig, P. (2005). Can morbidity be inferred from prescription drug use? Results from a nation-wide prison population study. *European Journal of Epidemiology*, 20(7), 587–592. <https://doi.org/10.1007/s10654-005-8156-9>
- Kriminalomsorgen. (2018). *Årsrapport 2018*. <https://www.kriminalomsorgen.no/statistikk-og-noekkeltall.237902.no.html>
- Lallukka, T., Sares-Jäske, L., Kronholm, E., Sääksjärvi, K., Lundqvist, A., Partonen, T., Rahkonen, O., & Knekt, P. (2012). Sociodemographic and socioeconomic differences in sleep duration and insomnia-related symptoms in Finnish adults. *BMC Public Health*, 12(565). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-565>
- Leigey, M. E., & Reed, K. L. (2010). A woman's life before serving life: Examining the

- negative pre-incarceration life events of female life-sentenced inmates. *Women and Criminal Justice*, 20(4), 302–322. <https://doi.org/10.1080/08974454.2010.512229>
- Li, Y., Gu, S., Wang, Z., Li, H., Xu, X., Zhu, H., Deng, S., Ma, X., Feng, G., Wang, F., & Huang, J. H. (2019). Relationship between stressful life events and sleep quality: Rumination as a mediator and resilience as a moderator. *Frontiers in Psychiatry*, 10(348). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00348>
- Lundeby, H., Storvik, B., Skaug, L., Ødegård, T., Aaland, K., Melvold, H., & Five, S. (2015). *Likeverdige forhold for kvinner og menn under kriminalomsorgens ansvar*. Kriminalomsorgen. <https://www.kriminalomsorgen.no/likeverdige-forhold-for-kvinner-og-menn.5706772-237613.html>
- Macciò, A., Meloni, F. R., Sisti, D., Luigi Rocchi, M. B., Petretto, D. R., Masala, C., & Preti, A. (2015). Mental disorders in Italian prisoners: Results of the REDiMe study. *Psychiatry Research*, 225(3), 522–530. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.053>
- Mahfoud, Y., Talih, F., Strem, D., & Budur, K. (2009). Sleep disorders in substance abusers: How common are they? *Psychiatry*, 6(9), 38–42. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2766287/>
- Manger, T., Hetland, J., Eikeland, O. ., Jones, L. Ø., & Asbjørnsen, A. (2020). *Prisoner's academic motivation from the perspective of self-determination theory. Evidence from a population of Norwegian prisoners*. Upublisert manuskript. Institutt for samfunnspsykologi, Universitetet i Bergen.
- Manigault, A. W., Woody, A., Zoccola, P. M., & Dickerson, S. S. (2018). Education Is Associated with the Magnitude of Cortisol Responses to Psychosocial Stress in College Students. *International Journal of Behavioral Medicine*, 25(5), 532–539. <https://doi.org/10.1007/s12529-018-9727-y>
- Mason, E. C., & Harvey, A. G. (2014). Insomnia before and after treatment for anxiety and depression. *Journal of Affective Disorders*, 168, 415–421. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.07.020>
- Massoglia, M. (2008). Incarceration, health, and racial disparities in health. *Law and Society Review*, 42(2), 275–306. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5893.2008.00342.x>
- Massoglia, M., & Pridemore, W. A. (2015). Incarceration and Health. *Annual Review of Sociology*, 41(1), 291–310. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-073014-112326>
- Matud, M. P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*, 37(7), 1401–1415. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.01.010>
- May, D. C., Applegate, B. K., Ruddell, R., Wood, P. B., May, D. C., Applegate, B. K.,

- Ruddell, R., & Wood, P. B. (2014). Going to Jail Sucks (And It Really Doesn't Matter Who You Ask). *American Journal of Criminal Justice*, *39*(2), 250–266.
<https://doi.org/10.1007/s12103-013-9215-5>
- McCabe, K. M., Lansing, A. E., Garland, A., & Hough, R. (2002). Gender Differences in Psychopathology, Functional Impairment, and Familial Risk Factors among Adjudicated Delinquents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *41*(7), 860–867. <https://doi.org/10.1097/00004583-200207000-00020>
- Mills, A., & Kendall, K. (2018). *Mental Health in Prisons: Critical Perspectives on treatment and confinement* (1 utg). Springer International Publishing AG.
- Mindell, J. A., Meltzer, L. J., Carskadon, M. A., & Chervin, R. D. (2009). Developmental aspects of sleep hygiene: Findings from the 2004 National Sleep Foundation Sleep in America Poll. *Sleep Medicine*, *10*(7), 771–779.
<https://doi.org/10.1016/j.sleep.2008.07.016>
- Mulder, B. C., De Bruin, M., Schreurs, H., Van Ameijden, E. J., & Van Woerkum, C. M. (2011). Stressors and resources mediate the association of socioeconomic position with health behaviours. *BMC Public Health*, *11*(1), 798. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-798>
- Nuytiens, A., & Christiaens, J. (2012). Female offenders' pathways to prison in Belgium. *Temida*, *15*(4), 7–22. <https://doi.org/10.2298/tem1204007n>
- Ohayon, M. M. (2002). Epidemiology of insomnia: What we know and what we still need to learn. *Sleep Medicine Reviews*, *6*(2), 97–111. <https://doi.org/10.1053/smr.2002.0186>
- Open Society Justice Initiative. (2011). *Pretrial Detention and Torture: Why Pretrial Detainees Face the Greatest Risk*. Open Society Foundations.
<https://www.justiceinitiative.org/uploads/4c3491a1-f7a1-48b2-9afd-3cd0a4f220f6/pretrial-detention-and-torture-06222011.pdf>
- Pallant, J. (2016). *SPSS Survival Manual: A step by step guide to data analysis using SPSS* (6 utg). Open University Press.
- Pallesen, S., Bjorvatn, B., Nordhus, I. H., Sivertsen, B., Hjørnevik, M., & Morin, C. M. (2008). A new scale for measuring insomnia: The Bergen Insomnia Scale. *Perceptual and Motor Skills*, *107*(3), 691–706. <https://doi.org/10.2466/PMS.107.3.691-706>
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Lee, J. Y., & Podsakoff, N. P. (2003). Common Method Biases in Behavioral Research: A Critical Review of the Literature and Recommended Remedies. *Journal of Applied Psychology*, *88*(5), 879–903. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.5.879>

- Prison Insider. (2019). *Belgium: the state of prisons in 2019*. <https://www.prison-insider.com/en/countryprofile/belgique-b-2019>
- Pundy, D. (2017, 1. august). *Human rights violations make Belgian prison "hell."* DW. <https://p.dw.com/p/2hWfM>
- Rabkin, J. G., & Struening, E. J. (1987). Life events, Stress and Illness. *Science*, *194*(4269), 1013–1020. <https://doi.org/10.1126/science.790570>
- Randall, C., Nowakowski, S., & Ellis, J. G. (2019). Managing Acute Insomnia in Prison: Evaluation of a "One-Shot" Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia (CBT-I) Intervention. *Behavioral Sleep Medicine*, *17*(6), 827–836. <https://doi.org/10.1080/15402002.2018.1518227>
- Riemann, D., & Voderholzer, U. (2003). Primary insomnia: A risk factor to develop depression? *Journal of Affective Disorders*, *76*(1–3), 255–259. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00072-1](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00072-1)
- Roth, T. (2007). Insomnia: Definition, prevalence, etiology, and consequences. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, *3*(5), 7–10. <https://doi.org/10.5664/jcsm.26929>
- Sacks, J. Y., McKendrick, K., & Hamilton, Z. (2012). A randomized clinical trial of a therapeutic community treatment for female inmates: Outcomes at 6 and 12 months after prison release. *Journal of Addictive Diseases*, *31*(3), 258–269. <https://doi.org/10.1080/10550887.2012.694601>
- Schmalbach, B., Zenger, M., Tibubos, A. N., Kliem, S., Petrowski, K., & Brähler, E. (2019). Psychometric Properties of Two Brief Versions of the Hopkins Symptom Checklist: HSCL-5 and HSCL-10. *Assessment*. <https://doi.org/10.1177/1073191119860910>
- Shanahan, L., Copeland, W. E., Angold, A., Bondy, C. L., & Costello, E. J. (2014). Sleep problems predict and are predicted by generalized anxiety/depression and oppositional defiant disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *53*(5), 550–558. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.12.029>
- Sivertsen, B., Krokstad, S., Overland, S., & Mykletun, A. (2009). The epidemiology of insomnia: Associations with physical and mental health. The HUNT-2 study. *Journal of Psychosomatic Research*, *67*(2), 109–116. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.05.001>
- Sivilombudsmannen. (2016). *Kvinner i fengsel. En temarapport om kvinners soningsforhold i Norge*. https://www.sivilombudsmannen.no/wp-content/uploads/2017/05/Temarapport_Kvinner-i-fengsel.pdf
- Skogen, J. C., Overland, S., Smith, O. R. F., & Aarø, L. E. (2017). The factor structure of the

- Hopkins Symptoms Checklist (HSCL-25) in a student population: A cautionary tale. *Scandinavian Journal of Public Health*, 45(4), 357–365.
<https://doi.org/10.1177/1403494817700287>
- Smit, D., & Dünkel, F. (2001). Belgium. I D. Smith & F. Dunkel (Red.) *Imprisonment Today and Tomorrow: International Perspectives on Prisoners*. (s. 32-81). Springer.
https://books.google.no/books?hl=en&lr=&id=L4V4S7dS8XUC&oi=fnd&pg=PR8&dq=imprisonment+belgium&ots=qBOBW583_Q&sig=Vyfju9AIDXnscgUftbXjImgoCho&redir_esc=y#v=onepage&q=belgium&f=false
- Spark, C., & Harris, A. (2005). Vocation, vocation. A study of prisoner education for women. *Journal of Sociology*, 41(2), 143–161. <https://doi.org/10.1177/1440783305053232>
- Stamatakis, K. A., Kaplan, G. A., & Roberts, R. E. (2007). Short Sleep Duration Across Income, Education, and Race/Ethnic Groups: Population Prevalence and Growing Disparities During 34 Years of Follow-Up. *Annals of Epidemiology*, 17(12), 948–955.
<https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2007.07.096>
- Straffegjennomføringsloven, (2002). Lov om gjennomføring av straff (LOV-2001-05-18-21).
<https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2001-05-18-21>
- Strand, B. H., Dalgard, O. S., Tambs, K., & Rognerud, M. (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(2), 113–118.
<https://doi.org/10.1080/08039480310000932>
- Svartdal, F. (2009). *Psykologiens forskningsmetoder: en introduksjon* (3. utg). Fagbokforlaget.
- Syed, H. R., Zachrisson, H. D., Dalgard, O. S., Dalen, I., & Ahlberg, N. (2008). Concordance between hopkins symptom checklist (HSCL-10) and Pakistan anxiety and depression questionnaire (PADQ), in a rural self-motivated population in Pakistan. *BMC Psychiatry*, 8(59), 1–12. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-59>
- Taylor, D., Lichstein, K., Durrence, H., Reidel, B., & Bush, A. (2005). Epidemiology of Insomnia, Depression, and Anxiety. *SLEEP*, 28(11), 1457–1464.
<https://kopernio.com/viewer?doi=10.1093/sleep/28.11.1457&route=6>
- Testa, A., & Porter, L. C. (2017). No Rest for the Wicked? The Consequences of Incarceration for Sleep Problems. *Society and Mental Health*, 7(3), 196–208.
<https://doi.org/10.1177/2156869317707002>
- Thoits, P. (2010). Stress and Health: Major Findings and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1), 41–53. <https://doi.org/10.1177/0022146510383499>

- Thoits, P. A. (1983). Dimensions of Life Events That Influence Psychological Distress: An Evaluation and Synthesis of the Literature. I Kaplan, H. B (Red.) *Psychosocial Stress* (s. 33–103). <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-397560-7.50007-6>
- Toman, E. L., Cochran, J. C., & Cochran, J. K. (2018). Jailhouse Blues? The Adverse Effects of Pretrial Detention for Prison Social Order. *Criminal Justice and Behavior*, 45(3), 316–339. <https://doi.org/10.1177/0093854817753018>
- Turner, R. J., & Marino, F. (1994). Social support and social structure: a descriptive epidemiology. *Journal of Health and Social Behavior*, 35(3), 193–212. <https://doi.org/10.2307/2137276>
- Ursin, H., & Eriksen, H. R. (2004). The cognitive activation theory of stress. *Psychoneuroendocrinology*, 29(5), 567–592. [https://doi.org/10.1016/S0306-4530\(03\)00091-X](https://doi.org/10.1016/S0306-4530(03)00091-X)
- Vige, Å. (2018). *Kvinnens erfaringer med å sone i norske fengsler våren 2017* (1/2018). Juridisk rådgivning for kvinner. <https://foreninger.uio.no/jurk/publikasjoner/rapport-jurk-kvinnens-erfaringer-med-a-soner.pdf>
- Walmsley, R. (2017). Women and girls in penal institutions, including pre-trial detainees/remand prisoners. *Institute of Criminal Policy Research* (4 opplag). <http://www.prisonstudies.org/news/world-female-imprisonment-list-fourth-edition>
- Wang, J. L., Schmitz, N., & Dewa, C. S. (2010). Socioeconomic status and the risk of major depression: The Canadian national population health survey. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64(5), 447–452. <https://doi.org/10.1136/jech.2009.090910>
- Warren, J. I., Hurt, S., Chauhan, P., Loper, A. B., Bale, R., & Friend, R. (2002). Psychiatric symptoms, history of victimization, and violent behavior among incarcerated female felons: An American perspective. *International Journal of Law and Psychiatry*, 25(2), 129–149. [https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(01\)00104-2](https://doi.org/10.1016/S0160-2527(01)00104-2)
- Wilper, A. P., Woolhandler, S., Boyd, J. W., Lasser, K. E., McCormick, D., Bor, D. H., & Himmelstein, D. U. (2009). The health and health care of US prisoners: Results of a nationwide survey. *American Journal of Public Health*, 99(4), 666–672. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2008.144279>
- Winkleby, M. A., Jatulis, D. E., Frank, E., & Fortmann, S. P. (1992). Socioeconomic status and health: How education, income, and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease. *American Journal of Public Health*, 82(6), 816–820. <https://doi.org/10.2105/AJPH.82.6.816>
- World Prison Brief. (n.d.). *World Prison Brief data: Belgium*. Institute for Crime & Justice

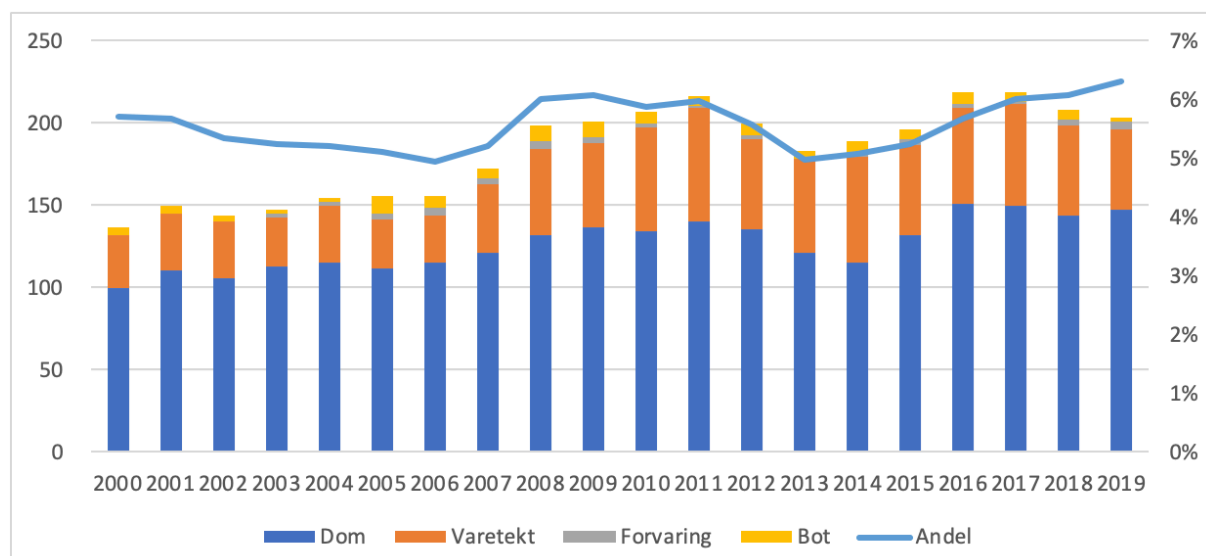
Policy Research. <https://www.prisonstudies.org/country/belgium>

Zbozinek, T. D., Rose, R. D., Wolitzky-Taylor, K. B., Sherbourne, C., Sullivan, G., Stein, M. B., Roy-Byrne, P. P., & Craske, M. G. (2012). Diagnostic Overlap of Generalized Anxiety Disorder and Major Depressive Disorder in a Primary Care Sample. *Depression and Anxiety*, 29(12), 1065–1071. <https://doi.org/10.1002/da.22026>

Åkerstedt, T., Kecklund, G., & Axelsson, J. (2007). Impaired sleep after bedtime stress and worries. *Biological Psychology*, 76(3), 170–173. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2007.07.010>

Appendiks

Appendiks A – Statistikk over kvinnelige innsatte i Norge



Notat: Mottatt på epost fra Espen Bille Michaelsen, seniorrådgiver kriminalsomsorgsdirektoratet, Budsjett og styring.

Appendiks B – Informasjon gitt til innsatte før deltakelse i studien

Er du interessert i å delta i prosjektet

Læring, motivasjon og utdanning blant kvinnelige innsatte

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å kartlegge læringsutfordringer, motivasjon og utdanning blant kvinnelige innsatte

Prosjektet består av tre deler:

- 1) Delta i en spørreskjema-undersøkelse
- 2) Delta i en kartlegging av lese, skrive- og språkferdigheter
- 3) Delta i fokusgruppe-intervju

I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål med studien

Dette prosjektet handler om læring, motivasjon og utdanning blant kvinnelige innsatte. Prosjektet har 3 deler. Del 1 består av utfylling av et spørreskjema hvor vi ønsker å kartlegge læringsutfordringer, motivasjon og utdanning, vi ønsker også blant annet å vite mer om din bakgrunn og andre forhold som kan virke inn på læring og valg av utdanning. I del 2 vil et utvalg bli plukket ut til å delta i en individuell kartlegging hvor vi ønsker å kartlegge lese, skrive og språkferdigheter. Dette vil ta i overkant av en time. Del 3 vil bestå av fokusgruppe-intervju hvor vi ønsker å snakke mer i inngående om tema fra spørreskjema: utdanning, motivasjon, barrierer og læringsmiljø og evt læringsutfordringer en opplever. Fokusgruppene vil tatt opp på bånd og transkribert. I del 3 vil også et mindre utvalg bli plukket ut.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Alle kvinnelige innsatte over 18 år som er norske statsborgere, kan delta — både av de som holder på med opplæring i fengslet og de som ikke gjør det. Universitetet i Bergen er ansvarlig for gjennomføringen av selve undersøkelsen. Tilsvarende data (spørreskjema og fokusgruppe-intervju) vil også samles inn blant kvinnelige innsatte i Belgia hvor Vrije Universitet i Brussel er ansvarlig for innsamling av data.

Personer som sitter i fengsel har samme rett til opplæring som alle andre i samfunnet. Opplæringen i fengsel skal bygge på best mulig kunnskap. Forskning om dette er derfor

nødvendig, ikke minst for at innsatte skal få den opplæringen som de trenger og har rett på. Det er frivillig å delta, og du kan når som helst og uten å oppgi grunn trekke deg fra prosjektet. Dette får ikke konsekvenser for dine forhold under gjennomføringen av straffen eller varetekten. Vi håper likevel at du vil være med. Høy deltakelse er viktig for at innsatte skal få sine rettigheter til utdanning ivaretatt og for at planleggingen av utdanning under og etter straffegjennomføringen skal bli god. Ansatte kan hjelpe deg med utfyllingen av spørreskjemaet hvis du ønsker det.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Bergen, Det psykologiske fakultetet, Institutt for samfunnspsykologi v/ førsteamanuensis Lise Øen Jones er ansvarlig for prosjektet

Mulige fordeler og ulemper

Deltagelse i prosjektet medfører ingen fordeler eller ulemper for deg. Det er frivillig å delta, og du kan når som helst og uten å oppgi grunn trekke deg fra prosjektet. Dette får ikke konsekvenser for dine forhold under gjennomføringen av straffen eller varetekten.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Etter å ha lest informasjonsskrivet og samtykkeerklæringen kan du gi du samtykke derom du ønsker å delta i prosjektet, i både del 1) del 2) og del 3 eller bare én av delene. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Dersom du ønsker å trekke deg fra prosjektet ta kontakt med (her vi setter inn navn på leder av skoleavdelingen i det enkelte fengsel). Alle opplysninger om deg vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Deltagelse i prosjektet eller om du trekker deg fra prosjektet (Fra del 1, del 2 og/eller del 3) underveis, vil ikke på noen måte påvirke dine soningsforhold.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med prosjektet. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigeret eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. Et id nummer knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Navnelisten oppbevares i fengsel, og det er kun de som kan koble id nummer og navn fra samtykkeerklæringen.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Det er kun prosjektleder og prosjektgruppen som vil ha tilgang til datafil og det transkriberte datamaterialet i prosjektet. Prosjektmedarbeidere vil få tilgang til aidentifiserte data. Prosjektet avsluttes 31. desember 2022. Etter den dato vil det transkriberte materialet slettes. Spørreskjemadata vil bli lagret for videre analyser i anonym form. Anonyme data vil kunne benyttes til fremtidig forskning (master- og Phd-prosjekter) og undervisningsformål i Norge og Belgia.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), også sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag fra *Universitetet i Bergen, Det psykologiske fakultetet* har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Deling av data og overføringer til utlandet

Ved å delta i prosjektet, samtykker du også til at opplysninger og anonyme data kan overføres til Belgia som ledd i forskningssamarbeid og publisering.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med: *Førsteamanuensis og prosjektleder Lise Øen Jones ved Det psykologiske fakultetet, Institutt for samfunnspsykologi*
Lise.jones@uib.no, tlf. 55589085

Vårt personvernombud *Janecke Helene* på epost Janecke.Veim@uib.no eller +47 55 58 20 29 NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Godkjenning

Undersøkelsen er forskriftsmessig meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS. Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) har vurdert at prosjektet ikke er fremleggingspliktig. Etter ny personopplysningslov har Universitetet i Bergen ved Det psykologiske fakultet og prosjektleder Lise Øen Jones et selvstendig ansvar for å sikre at behandlingen av dine opplysninger har et lovlig grunnlag. Dette prosjektet har rettslig grunnlag i EUs personvernforordning artikkel 6 nr. 1a og artikkel 9 nr. 2a og ditt samtykke. Du har rett til å klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet.

Takk for god og svært nyttig hjelp!

Vennlig hilsen

Lise Øen Jones

Prosjektleder

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Læring, motivasjon og utdanning blant kvinnelige innsatte*, og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker derfor til å delta i:

- Del 1) spørreskjemaundersøkelse
- Del 2) en individuell lese- og skrivekartlegging
- Del 3) fokusgruppeintervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, *31.12 2022*

Sted og dato

Deltakers signatur

Appendiks C – Bergen Insomnia Scale

Hvordan har du det med søvn og tretthet?

Instruksjon. På spørreskjemaet under er det 6 spørsmål knyttet til søvn og tretthet. Vær vennlig å sett ring rundt det alternativet (antall dager pr uke) som passer best for deg. 0 er ingen dager i løpet av en uke, 7 er alle dager i løpet av en uke.

Eksempel Hvis du 3 dager i løpet av en uke har brukt mer enn 30 minutter på å sovne etter at du har slukket lyset, setter du ring rundt alternativ 3.

I løpet av den siste måneden, hvor mange dager pr. uke har du brukt mer enn 30 minutter for å sovne inn etter at lysene ble slukket?	0 1 2 3 4 5 6 7
--	-----------------

Antall dager pr.uke

		Antall dager pr.uke
1.	I løpet av den siste måneden, hvor mange dager pr. uke har du brukt mer enn 30 minutter for å sovne inn etter at lysene ble slukket?	0 1 2 3 4 5 6 7
2.	I løpet av den siste måneden, hvor mange dager pr. uke har du vært våken mer enn 30 minutter innimellom søvnen.	0 1 2 3 4 5 6 7
3.	I løpet av den siste måneden, hvor mange dager pr. uke har du våknet mer enn 30 minutter tidligere enn du har ønsket uten å få sove igjen?	0 1 2 3 4 5 6 7
4.	I løpet av den siste måneden hvor mange dager pr. uke har du følt deg for lite uthvilt etter å ha sovet.	0 1 2 3 4 5 6 7
5.	I løpet av den siste måneden, hvor mange dager pr. uke har du vært så søvlig/trett at det har gått ut over skole/jobb eller privatlivet?	0 1 2 3 4 5 6 7
6.	I løpet av den siste måneden, hvor mange dager pr. uke har du vært misfornøyd med søvnen din?	0 1 2 3 4 5 6 7

1. **Hvor mange personer deler du cellen med?**..... (Sett inn antall, men ikke inkluder deg selv)

Appendiks D – Hopkins Symptoms Checklist**Hvordan har du det ellers?**

Når smerter og andre plager har vart en tid, blir man gjerne sliten og oppgitt. Dette gir ofte plager som nevnt nedenfor. Samlet blir disse brukt som mål på at man er fysisk og psykisk presset. Vurder i hvilken grad hvert symptom har vært en plage eller ulempe for deg de siste 14 dagene (til og med i dag). (Sett ett kryss for hver linje.)

		Ikke plaget	Litt plaget	Ganske mye plaget	Veldig mye plaget
1.	Plutselig frykt uten grunn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Føler du deg redd eller engstelig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Matthet eller svimmelhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Føler deg anspent eller oppjaget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Lett for å klandre deg selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Søvnproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Følelse av å være unyttig, lite verdt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Nedtrykt, tungsindig (trist)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Følelse av at alt er et slit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Følelse av håpløshet med hensyn til fremtiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Appendiks E – Bakgrunnsinformasjon om de innsatte

Du skal ikke skrive navnet ditt på spørreskjemaet. Du skal føre på et deltagernummer på spørreskjemaet og det samme nummeret føres på Del 2 dersom du blir med på del 2 av prosjektet, individuell testing.

Noen spørsmål om hvem du er:

1. Hva er din alder? (Sett kryss.)

18-24 25-34 35-44 Over 44

2. Hva er ditt fengslingsgrunnlag?

Dom.....

Forvaring.....

Bot.....

Varetekt, før dom.....

Varetekt, har anket dom.....

Hvis du er i varetekt før dom, gå da direkte til spørsmål 6.

3. Hvor lang dom har du nå? (Sett kryss.)

3 måneder eller kortere.....

Mer enn 3, til og med 6 måneder.....

Mer enn 6 måneder, til og med 1 år.....

Mer enn 1, til og med 2 år.....

Mer enn 2, til og med 3 år.....

Mer enn 3, til og med 4 år.....

Mer enn 4, til og med 5 år.....

Mer enn 5, til og med 6 år.....

Mer enn 6, til og med 7 år.....

Mer enn 7, til og med 8 år.....

Mer enn 8, til og med 9 år.....

Mer enn 9, til og med 10 år.....

Mer enn 10 år.....

4. Hvor mye av denne dommen har du til nå gjennomført?

Jeg har nettopp startet gjennomføring av

straffen.....

Kortere enn en tredjedel.....

Over en tredjedel, kortere enn to tredjedeler.....

Over to tredjedeler.....

5. Har du tidligere vært domfelt?

Nei, aldri.....

Ja, 1-2 ganger.....

Ja, 3 eller flere ganger.....

Utdanning og arbeid

6. Hva er den høyeste utdanning du har fullført? (OBS: Fagbrev og å ha gått i lære inngår i videregående opplæring. Fagskole er yrkesrettet opplæring som bygger på videregående opplæring.) (Sett kryss.)

Jeg har ikke fullført noen utdanning.....

10-årig grunnskole eller kortere.....

1 år videregående opplæring.....

2 år videregående opplæring.....

Har fullført videregående opplæring.....

Fagskoleutdanning.....

Enkeltfag på universitet eller høyskole.....