

## Selv mord og fengsling

En kvalitativ studie av fengselssykepleieres opplevelse av å avdekke og forebygge selvmord hos innsatte.

HANNE PRESTEGÅRD

VEILEDER

Terje E. Fredwall

**Universitetet i Agder, 2024**

Fakultet for helse og idrettsvitenskap

Institutt for psykososial helse

Emnekode: ME-504-G 23H

## **Forord**

I løpet av denne forskningsprosessen har jeg videreutviklet mitt kunnskapsgrunnlag innenfor tematikken selvmord, fengsling og fengselshelsetjeneste. Jeg vil først og fremst takke Universitetet i Agder og fakultetets masterprogram, ved Jan Georg Friesinger som studieprogramleder for master i psykososial helse. De har lagt til rette et masterløp på deltid slik at jeg har kunnet fullføre en mastergrad parallelt med arbeid i feltet. En særdeles stor takk må rettes til min veileder, Terje Emil Fredwall, professor ved UiA. Han har gitt eksemplarisk veiledning, med konstruktive og korrigerende tilbakemeldinger på en lett forståelig måte. Han har vist tålmodighet og forståelse for at undertegnede aldri før har skrevet et lignende verk. Jeg har hatt god nytte av alle samtaler og mail-utveksling underveis i arbeidet. Terje bidro til å skape motivasjon og sette mål underveis i prosessen. Han viste stort engasjement for tematikken, og heiet på meg fra start til slutt. Jeg hadde ikke mestret dette uten hans faglige støtte og velmenende ord. Min dypeste takk!

Jeg har erfart at det å skrive master er en tidkrevende, faglig utfordrende og spennende prosess. Jeg har sett fordelene ved å skrive master på deltid parallelt med fulltidsjobb, da jeg har dratt nytte av erfaringer fra arbeidshverdagen og kunnet sparre med kollegaer om tematikken. Det har medført mange gode refleksjons- og læringsprosesser. Jeg vil derfor takke mine kollegaer, leder og arbeidsplass for å ha tilrettelagt slik at jeg fikk muligheten til å delta i denne fire år lange prosessen i veien mot en mastergrad.

Takk til mine venner som har gravd frem motivasjon og gode ord når rullgardinen min har holdt på å falle ned, og alt har virket uoppnåelig. Takk for at dere har hørt på min syting og min skryting. Deres ord har hjulpet meg til å finne «gutsen» til å fullføre det hele, selv de dagene jeg kunne drømme om å kaste det ut vinduet. Til slutt vil jeg rette min største takknemmelighet til forskningsdeltakerne mine, og fengselshelsetjenestene de var ansatt i, for at jeg fikk mulighet til å gjennomføre intervjuer om et sårbart og vanskelig tema, i en ellers hektisk arbeidshverdag. Takk for all erfaring og kunnskap dere delte. Dere bygde et godt grunnlag for oppgaven.

Jeg håper oppgaven vil gi deg like mye ny fagkunnskap som jeg fikk, og kanskje også vekke et indre engasjement i deg. God lesing!

Hynnekleiv, 30.04.24

Hanne Prestegård

## **Sammendrag**

*Bakgrunn:* Ferske rapporter fra Sivilombudet (2023) informerer om økende utfordringer med selvmord og selvskading i norske fengsler. Etter eget arbeid på feltet opplevde jeg denne endringen, og ønsket å undersøke andres erfaring og opplevelse av arbeidet.

*Hensikt og problemstilling:* For å få økt forståelse av fenomenet har jeg i denne studien mål om å belyse hvordan sykepleiere som arbeider innenfor fengselshelsetjeneste formidler sin opplevelse av å arbeide med innsatte som har økt selvmordsrisiko. Studiens problemstilling er: «Hvordan beskriver sykepleiere i fengselshelsetjenesten at de avdekker og forebygger selvmord hos innsatte, og hvilke refleksjoner gjør de seg rundt dette arbeidet?».

*Metode:* Oppgaven har et fenomenologisk-hermeneutisk perspektiv som har fokus på subjektets meninger og forståelse av subjektets opplevelser. Det er en kvalitativ studie basert på semistrukturerte intervjuer utført høsten og vinteren 2023 -2024. Deltakerne er seks sykepleiere med ulik bakgrunns erfaring og fartstid i tjenesten. Datamaterialet ble analysert ut fra Braun & Clarke (2006 & 2022) sin tematiske analyse.

*Resultater:* Studiens funn viste at fengselssykepleierne ukentlig møtte innsatte med økt selvmordsrisiko. Kartleggingen og oppfølgingen de gav inneholdt likheter til tross for unike kartleggingsprosedyrer. Alle viste til behov for tett samarbeid i det selvmordsforebyggende arbeidet. Deltakerne opplevde fenomenet faglige utfordrende og ønsket kompetanseheving på feltet.

*Konklusjon:* Mulige implikasjoner av denne studien er at sykepleiere som arbeider i fengsel ser ut til å trenge kompetanseheving og økte ressurser for å håndtere den økende gruppen innsatte.

*Nøkkelord:* Selvmordsrisiko, fengselshelsetjeneste, fengselssykepleier, avdekking, tiltak og kompetanse.

## **Abstract**

*Background:* The rationale of this study is a report from Sivilombudet (2023) that emphasizes the increasing challenges related to suicide and self-harm in Norwegian prisons. Combined with my own experience from working in prison healthcare I became curious about prison nurses experience working with the theme.

*Purpose:* I aim to understand how prison healthcare nurses conveyed their experience of dealing with inmates who have a risk of suicide, and I seek to answer this: “How do nurses in prison healthcare describe their detection and prevention of suicides in prison, and what reflections do they make about it?”.

*Method:* It is a phenomenological-hermeneutic perspective that focus on the perspectives of the subject and understanding their experiences. The study is qualitative research, based on semi-structured interviews conducted during autumn and winter 2023-2024. The participants are six nurses with different experiences and amounts of time spent in prison healthcare. I used Braun & Clarke (2006 & 2022) thematic analysis to analyse my data.

*Results:* The study finds that prison nurses meets suicidal inmates several times a week. The survey and the preventions they provide shows similarities despite unique detection-procedures. It shows professional challenges and the nurses expressed a desire for increased competence in suicidal theory.

*Conclusion:* Possible implications of this study are that nurses in prison healthcare appear to need skills development and increased resources to handle the increasing group of suicidal inmates.

*Keywords:* Suicide risk, prison healthcare, prison nurse, detection, suicide preventing and competence.

# Innhold

1.0 Innledning.....	8
1.1 Tema og aktualitet.....	8
1.2 Problemstilling .....	9
1.2.1 Avgrensning og begrepsavklaring.....	10
1.2.2 Lovverk .....	12
1.3 Bakgrunn for valg av tema .....	13
1.3.1 Sammenfatning av bakgrunn for valg av tema.....	14
1.4 Oppgavens oppbygning.....	15
2.0 Tidligere forskning .....	17
2.1 Et kritisk blikk på implementering av helsetjenester i fengsel - en kvalitativ studie fra England.....	17
2.2 Psykisk helse bak fengselsmurene - kvantitative studier på hyppighet .....	17
2.3 Forekomst og kjennetegn ved selvmord i fengsel.....	18
2.4 Hammerlins fengselsforskning.....	20
2.5 Sammenfattende hovedpoenger .....	21
3.0 Teoretisk forankring .....	23
3.1 Edwin Shneidman .....	23
3.2 Selvmordsteori i lys av Shneidman .....	24
3.2.1 Shneidman's definisjon på selvmord .....	24
3.2.2 Nøkkelen til forståelse av selvmord .....	24
3.2.3 Shneidman's forståelse av begrepet «psychache» .....	26
3.2.4 Likheter ved selvmord.....	27
3.3 Sammenfattende hovedpoenger og utblikk .....	28
4.0 Metode.....	30
4.1 Innledning.....	30
4.2 Vitenskapeteoretisk perspektiv .....	30

4.3 Søkeprosessen etter vitenskapelig forskning.....	31
4.4 Kvalitativ metode .....	31
4.4.1 Begrunnelse og avgrensning for valg av metode .....	31
4.4.2 Metodens formål .....	32
4.5 Forarbeid, rekruttering og kontakt med felten .....	32
4.6 Utvalg .....	33
4.7 Det kvalitative forskningsintervju .....	34
4.8 Tematisk analyse av datamateriell .....	36
4.9 Validitet og reliabilitet .....	38
4.9.1 Validitet.....	38
4.9.2 Reliabilitet .....	39
4.10 Nødvendige godkjenninger og personvern hensyn .....	40
5.0 Funn og resultater.....	41
5.1 Vurdering av selvmordsrisiko hos innsatte .....	41
5.1.1 Avdekking utenom fengselshelsetjenestens åpningstider .....	43
5.1.2 Innsattes mulighet til å ytre behov for helsehjelp .....	44
5.1.3 Oppsummering .....	45
5.2 Oppfølging av innsatte med selvmordsrisiko.....	45
5.2.1 Legetilsyn .....	45
5.2.2 Sikkerhetscelle og særavdeling .....	46
5.2.3 Tilsyn hos innsatte.....	46
5.2.4 Tiltaksliste og avtaler .....	47
5.2.5 Veiledning og oppfølging av spesialisthelsetjeneste.....	48
5.2.6 Oppsummering .....	48
5.3 Sykepleiernes opplevelse av egen kompetanse i møte med innsatte med økt selvmordsrisiko .....	49
5.4 Sammenfattende hovedpoenger .....	51

6.0 Diskusjon.....	52
6.1 Hvordan blir selvmordsrisiko hos innsatte vurdert av sykepleiere i fengselshelsetjenesten?.....	52
6.1.1 Inkomstsamtaler og kartlegging .....	52
6.1.2 Tidspunkt for kartlegging.....	54
6.1.3 Utfordringer med kartlegging.....	54
6.2 Hvilken oppfølging blir gitt av fengselshelsetjenesten i tilfeller hvor innsatte har økt selvmordsrisiko?.....	55
6.2.1 Tilpasning av helsetjenester .....	55
6.2.2 Tiltaksplan og spesialisthelsetjeneste som tiltak.....	57
6.3 Hvordan opplever fengselssykepleierne sin egen kompetanse til å følge opp innsatte med økt selvmordsrisiko?.....	58
6.3.1 Helhetlig kompetanse .....	59
6.3.2 Utfordringer i helsetjenesten .....	60
6.3.3 Konsekvenser av manglende kompetanse.....	61
6.4 Sammenfattende hovedpoenger .....	63
7.0 Avsluttende betraktninger .....	65
7.1 Studiens funn.....	65
7.2 Studiens begrensning.....	65
7.3 Implikasjoner for videre forskning.....	66
Litteraturliste .....	68
Vedlegg .....	71
Vedlegg 1: Informasjonsskriv .....	71
Vedlegg 2: Godkjenning fra SIKT .....	75
Vedlegg 3: Godkjenning fra FEK .....	76
Vedlegg 4: Intervjuguide.....	77

## **1.0 Innledning**

I denne masteroppgaven undersøker jeg hvordan seks sykepleiere, ansatt i fire ulike fengselshelsetjenester, formidler at de arbeider i møte med innsatte med økt selvmordsrisiko. Nærmere bestemt ønsker jeg å undersøke hva sykepleierne gjør for å avdekke fangers økte risiko for å ta selvmord, hva som gjøres dersom selvmordstanker blir avdekket, og hvordan de opplever egen fagkunnskap på området. Gjennom prosjektet har jeg et mål om å få innsikt i hva ulike sykepleiere formidler om arbeid med selvmordsutsatte fanger, og hvilke refleksjoner de gjør rundt kompetansen på området. For å få innsikt i dette vil det være relevant å undersøke forekomsten og problematikken av selvmord i nordiske fengsler, retningslinjer og lovverk som ligger til grunn for arbeidet, og hvordan fenomenet selvmord best kan forstås av hjelpeapparatet.

### **1.1 Tema og aktualitet**

Sivilombudet publiserte i mars 2023 en undersøkelse som tok for seg selvmord og selvmordsforsøk i fengsel i perioden 2018 til 2022. Undersøkelsen viste 25 selvmord og 287 selvmordsforsøk, og problematiserte hvordan ansatte i fengsel arbeider for å forebygge disse tilfellene. Undersøkelsen trakk også frem hvordan oppfølging i form av tilsyn og kontroll er i etterkant av et fengsels-selvmord. De baserte undersøkelsen på skriftlig informasjon innhentet fra 34 høysikkerhetsfengsler i Norge, og informasjon gitt av Kriminalomsorgsdirektoratet (KDI) og Statens helsetilsyn (Sivilombudet, 2023, s. 6).

Rapporten Sivilombudet har utarbeidet belyser et dagsaktuelt tema som ser ut til å utvikle seg i feil retning. Det stilles spørsmål om den økende selvmordsraten i fengsel kan ha sammenheng med covid-19 pandemien og de følger den medførte, eller om det er andre endringer i fengselshverdagen som har betydningsfull innvirkning på innsattes psykiske helse. Innsatte i fengsel anses å være en gruppe sårbare mennesker i en utfordrende livsfase, og viktigheten av tett oppfølging av psykisk helse vurderes derfor vesentligere enn i det åpne samfunn.

Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder for helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel. Veilederen fremmer en sentral anbefaling om at det ved innsettelse i fengsel snarlig bør tas en helsekartlegging (Helsedirektoratet, 2016, s. 19). Sivilombudet hevder at veilederen til Helsedirektoratet inneholder svakheter da det ikke direkte vektlegges at selvmordsrisiko er



noe som skal undersøkes i helsekartleggingen. Veilederen inneholder heller ikke informasjon om hvordan kartleggingen skal gjennomføres (Sivilombudet, 2023, s. 12). Både Sivilombudets rapport og veilederen fra Helsedirektoratet belyser viktigheten av fengselshelsetjenestens rolle innenfor tematikken selvmordsrisiko og fengsling, men viser samtidig til mangler og manglende ansvar i arbeidet.

De overnevnte funnene bidro til at jeg ble ytterligere nysgjerrig på hva sykepleierne ville formidle. Dersom fengselssykepleiere ikke vet hva som skal vektlegges i en vurdering av selvmordsrisiko og ikke er kjent med gjennomføring av kartlegging, er det vanskelig å sikre den enkelte fanges rett til helsehjelp. Det finnes foreløpig lite informasjon om hvordan fengselshelsetjenesten arbeider på feltet, og jeg vil på grunnlag av dette undersøke tematikken videre i min oppgave.

## **1.2 Problemstilling**

Den manglende informasjonen på området er med på å danne grunnlag for denne oppgaven, hvor jeg belyser følgende problemstilling:

**«Hvordan beskriver sykepleiere i fengselshelsetjenesten at de avdekker og forebygger selvmord hos innsatte, og hvilke refleksjoner gjør de seg rundt dette arbeidet?»**

Jeg ønsket å studere hvordan den enkelte fengselssykepleier arbeider og opplever sitt arbeid innenfor temaet selvmord og selvmordsrisiko. Jeg ønsker også å undersøke problemstillinger knyttet opp mot avdekking, tiltak og kompetanse. Dette er elementer som hadde innvirkning på problemstillingen.

For å besvare den overordnede problemstilling og reflektere over nevnte elementer, er det utarbeidet underproblemstillinger. Disse bidrar også til å avgrense innholdet i oppgaven. Jeg utarbeidet følgende forskningsspørsmål:

- Hvordan blir selvmordsrisiko hos innsatte vurdert av sykepleiere i fengselshelsetjenesten?
- Hvilken oppfølging blir gitt av fengselshelsetjenesten i tilfeller hvor innsatte har økt selvmordsrisiko?

- Hvordan opplever fengselssykepleierne sin egen kompetanse til å følge opp innsatte med økt selvmordsrisiko?

Det var viktig for meg å rekruttere sykepleiere som arbeidet innenfor fengselshelsetjenesten til intervju for å få svar på problemstillingene. Sykepleiere som arbeider på feltet vil gi dyp innsikt i hvordan tematikken oppleves å arbeide med. Alle sykepleiere som er intervjuet i forbindelse med prosjektet var i fast arbeid i fengselshelsetjenesten under gjennomføring av intervjuene. Det var ønskelig å innhente informasjon og høre refleksjoner fra et nåtidsperspektiv for å få fersk data. Instansen er en av de som jobber tettest på de straffedømte sin psykiske helse, og besitter derfor mye kunnskap om tematikken. Jeg ville undersøke hvordan de gikk frem for å avdekke selvmordsrisiko, og hvordan de opplevde å arbeide i situasjoner hvor innsatte vurderte å avslutte sitt eget liv. Jeg så frem til å høre den enkeltes opplevelse, erfaring og refleksjon av situasjonen og tematikken. Det forelå også forventninger om å høre om utfordringer som kunne oppstå i arbeidet.

### *1.2.1 Avgrensning og begrepsavklaring*

*Selv mord og fengsling* er to innholdsrike temaer og jeg har måtte foreta noen avgrensinger. Fengsling kan forekomme i flere former og på ulike sikkerhetsnivåer. Jeg har valgt å knytte min studie opp mot innsatte som er i fengsel både for varetekt og dom, men bare i anstalt. Oppgaven er avgrenset til å handle om hvordan seks fengselssykepleiere opplever eget arbeid med selvmordsutsatte fanger, da det er denne tjenesten som står ansvarlig for det helsefaglige i et fengsel. Jeg har deretter valgt å sette søkelys på hvordan sykepleierne analyserer, kartlegger og gjør seg kjent med innsattes tanker om å avslutte eget liv, hvordan de følger opp innsatte etter en slik avdekking, og hvordan de opplever egen fagkompetanse på feltet.

Jeg vil i oppgaven veksle mellom å bruke betegnelse «innsatte» og «fanger» for å skape variasjon i språket.

Nedenfor har jeg valgt å presentere definisjoner på de begrepene som anses som sentrale i denne studien, for å tydeliggjøre for leseren hvilke definisjoner jeg legger til grunn ved utarbeidelse av oppgaven. Noen av begrepene vil bli ytterligere utbrodert i kapittel 3, teoretisk rammeverk.

### *Fengselshelsetjeneste*

Fengselshelsetjeneste er en kommunal tjeneste som skal ivareta innsattes helse- og omsorgsbehov. Helsetilbudet skal tilpasses den enkeltes behov, ut fra individuell kartlegging og vurdering (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-1 & § 3-9). Alle fanger skal motta tilbud om kartleggingssamtale med helsetjenesten. Fengselshelsetjenesten er pålagt å ha kvalifisert personell tilgjengelig. Ansatte skal ha særlig kompetanse knyttet til innsattes behov, livssituasjon, levekår, funksjonsevne og helseproblemer. De skal også være kjent med hvilke oppgaver Kriminalomsorgen utfører innenfor fengselets murer (Helsedirektoratet, 2016, s. 2). Tjenesten skal gjennom ulike samarbeidsavtaler bestå av sykepleiere, lege, tannhelsepersonell og spesialisthelsetjeneste. Instansene skal sammen sikre at fangene mottar helsefremmende og forebyggende hjelp, bistand ved ulykker og akutte situasjoner, legeoppfølging i form av utredning, vurdering av diagnoser og behandling, medisinsk og psykososial rehabilitering, og tverrfaglig spesialistbehandling (Helsedirektoratet, 2016, s. 12-14).

Fengselssykepleiere og fengselslege brukes i denne oppgaven om personell som kommunene har rekruttert for å yte helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel.

### *Selvmondsforsøk*

Kriminalomsorgen (2018) og Teigland (2021) definerer begge begrepet «selvmondsforsøk» som en handling en person utfører for å avslutte sitt eget liv, men skadene i handlingen fører i dette tilfelle ikke til død (Kriminalomsorgen, 2018, s. 1; Teigland, 2021, s. 55).

### *Selv mord*

En handling utført av egen vilje som bevisst og villet for å skade selvet med døden som følge (Shneidman, 1996, s. 4).

### *Isolasjon*

Innsatte kan av sikkerhetsmessige årsaker bli innelåst på en celle store deler av døgnet og utelukket fra felleskapet (Kriminalomsorgen, 2024).

### *Brev- og besøksforbud*

Nekter innsatte kontakt med omverden utenfor fengslet. Innsatte er begrenset til å bare ha kontakt med de som arbeider i fengslet, politi, advokater og rettsvesen (Kriminalomsorgen, 2024).

### *1.2.2 Lovverk*

Ettersom jeg i denne studien tar for meg hvordan et utvalg sykepleiere belyser og erfarer arbeid med innsatte som har økt selvmordsrisiko, er det relevant å trekke inn lovverkene som regulerer helsetjenestene som gis både for de som yter tjenestene og de som mottar tjenestene.

Ifølge helse- og omsorgstjenesteloven (2011) § 3-1 har den enkelte kommune ansvar for å tilby nødvendig helsehjelp når en person oppholder seg i kommunen. Dette omhandler alle grupper mennesker, uavhengig av tidligere skader eller utfordringer. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal være en offentlig tjeneste som ikke styres av fylke eller stat (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-1). De som oppholder seg i fengsel har samme rett på hjelp som den øvrige befolkningen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 2-1).

Lovteksten omhandler alle under frihetsberøvelse, også utenlandske statsborgere, uavhengig av oppholdstillatelse og oppholdstid i Norge (Helsedirektoratet, 2016, s. 1).

Innsattes helsetilstand kan endres betraktelig under soning. Straffegjennomføringsloven sikrer innsattes rett til heldøgnsopphold på sykehus under fengselssoning dersom det taler for at behandling av sykdom er nødvendig (Straffegjennomføringsloven, 2001, § 13). Forskrift om straffegjennomføring § 3-6 sier at domfelte som blir syke kan blir vurdert av lege til å legges inn på somatisk eller psykiatrisk oppfølging ved sykehus og samtidig utføre straffegjennomføring. Dette forutsetter at vedkommende ikke selv har påført seg eller simulert skaden med et ønske om å unndra seg fengselsopphold (Straffegjennomføringsforskriften, 2020, § 3-6). Straffegjennomføringsloven § 35 skal bidra til å sikre at innsatte får riktig ivaretagelse av egen helse, og gir kriminalomsorgen rett til å avgjøre om straffen skal avbrytes om fangens helsetilstand fordrer det, eller dersom det foreligger andre tungtveiende årsaker som bare kan løses med straffavbrudd (Straffegjennomføringsloven, 2001, § 35).

### 1.3 Bakgrunn for valg av tema

Gjennom mine flerårige studier, først i vernepleie og deretter i psykososial helse, har jeg opparbeidet meg god kjennskap til temaet psykisk helse, og en spesiell interesse for selvmordsproblematikk. Temaene har ved flere anledninger vært oppe til diskusjon i forelesninger, med medstudenter og i arbeidssammenheng. I mitt tidligere arbeid i fengselshelsetjeneste forsterket interessen seg, og jeg har i etterkant av dette ønsket å tilegne meg mer kunnskap om sammenhengen mellom fengsling og selvmord. Ved å undersøke veilederen «Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel» sist oppdatert av Helsedirektoratet i 2016, tilegnet jeg meg kunnskap om innsattes rett til oppfølging, ansvarsområder og råd til fengselshelsetjenester (Helsedirektoratet, 2016).

Selv mord er et samfunnsproblem. Årlig tar mellom 500 og 600 mennesker sitt eget liv i Norge. To tredjedeler av dem er menn (Teigland, 2021, s.54). Tidligere studier viser at det er tre ganger så mange som velger å ta selvmord når de er i fengsel, enn hva allmennpopulasjonen gjør (Vanhaesebrouck et al., 2022, s. 4-8). Bakgrunnen er usikker, men kan bunne i at fanger er en gruppe mennesker som har økt forekomst av risikofaktorer som psykisk uhelse og lav sosioøkonomisk status. Det vektlegges også at andre risikofaktorer ved fengsling må identifiseres, da disse kan være vel så tyngende. Innsatte i fengsel har ofte utfordringer med rushistorikk, tap av nettverk, traumer, brudd i relasjon og tap av selvaktelse, hvilket defineres som risikofaktorer for selvmord (Teigland, 2021, s. 56). Helsetjenesten i fengselet skal foreta kompetente vurderinger i situasjoner hvor det ytres at innsatte har risiko for selvmord, og skal inneha tilstrekkelig kompetanse for å ta denne vurderingen. Til tross for dette oppleves det at det foreligger en viss usikkerhet rundt det å snakke om selvmord og ivaretagelse av taushetsplikt i slike tilfeller (Teigland, 2021, s. 58).

Selv mordsproblematikk i norske fengsler ses på som en økende utfordring. I 2022 var det 95 selvmordsforsøk i norske fengsler (Sivilombudet, 2023, s. 7). Det ble våren 2023 publisert flere kronikker, rapporter og artikler som belyste et dagsaktuelt alvor med økende selvmordsrate og manglende ressurser. Harald Stanghelle (2023) publiserte sommeren 2023 i Aftenposten, «dyster» lesing om psykisk syke i fengsel. Han formidler at psykiske problemer øker hos fanger i fengsel, men ressursene og evnene til å håndtere dem øker ikke i takt. Han beskriver utfordringer med selvskading som kutting, dunking av hodet i veggen og kvelning (Stanghelle, 2023). De samme utfordringene kommer frem i Doris Bakken, tidligere

fengselsleder ved Bredtveit fengsel, sin uttalelse etter en kvinnelig innsatt tok sitt eget liv i mars 2023. Hun presiserer at «psykisk syke skal ikke være i fengsel» (Gullestad & Hovdal, 2023).

Som følge av selvmordet utførte Sivilombudet et uanmeldt tilsyn i fengselet. De avdekket store mangler og utfordringer med ressursbruk, samt økt bruk av sikkerhetscelle (Harlem, 2023, s. 5). En av fangene informerte om å ha oppholdt seg på sikkerhetscelle i tre døgn uten madrass og måtte sove direkte på betonggulvet (Harlem, 2023, s. 7). Det var manglende kontroll over oppholdene på sikkerhetscelle og konsekvensene det medførte. Det til tross for at det finnes det mye dokumentasjon på at isolasjon i sikkerhetscelle kan føre til økt risiko for utvikling av selvmordstanker, alvorlig psykisk lidelse og selvskading (Harlem, 2023, s. 6). For tidsrommet januar 2022 til mars 2023 ble det bare mottatt én tiltaksplan for forebygging av selvmord og selvskading. Problematikken ble ikke kartlagt på et systematisk nivå ved innkomst eller under soningsoppholdet (Harlem, 2023, s. 6).

Seniorrådgiver ved KRUS, Karianne Hammer, delte i en kronikk på Forskersonen.no at fanger strengt tatt ikke skulle oppholde seg i sikkerhetsceller, men heller få hjelp til å bearbeide tanker og opplevelser, samt håndtere det vonde. Fengslene mangler kompetanse og folk, og innsattes psykiske ubehag blir nedprioritert. Fokuset snevres ned til å holde alle i live (Hammer, 2023).

### *1.3.1 Sammenfatning av bakgrunn for valg av tema*

Lovverket om helsetjenester til innsatte i fengsel økte interessen og ønsket mitt om å avdekke hvordan fengselssykepleiere opplevde å ivareta de innsattes rettigheter. Den økende selvmordsraten varsler om at noe må gjøres, og at helsepersonellens kompetanse om risikofaktorer for selvmord må utbedres (Teigland, 2021, s. 56 & 58). Oppslag i mediene viser sjeldent til straffavbrudd som tiltak når innsatte ytrer tanker om selvmord og lovhjemmelen om dette skapte ytterligere interesse for å utforske temaet. Rapporter og kronikker i media deler dagsaktuell informasjon om selvmordssituasjoner, manglende ressurser og økt forekomst av psykiske lidelser rundt om i norske fengsler.

## 1.4 Oppgavens oppbygning

Masteroppgaven er delt inn i syv hovedkapitler med tilhørende delkapitler. I innledende kapittel har jeg begrunnet temaets aktualitet pr. dags dato. Jeg har videre presentert studiens problemstilling og forskningsspørsmål, for å derunder avgrense oppgaven og utarbeidet en kort begrepsavklaring. Til slutt har jeg tatt for meg bakgrunnen for valg av tema i lys av nåtidens medieoppslag og tilsynsrapporter fra Sivilombudet.

I kapittel to presenterer jeg tidligere forskning gjort på feltet for å posisjonere min studie i forskningslandskapet. Jeg trekker frem åtte ulike studier rundt tematikken. En skriver om implementering av helsetjenester i fengsel, to om psykiske lidelser i fengsel, og fem med ulik vinkling på tematikken selvmord og fengsling. Dette på bakgrunn av at studiene enten har fellestrekk med min studie eller belyser viktige elementer som min studie kan knyttes opp mot.

Det tredje kapittelet presenterer studiens teoretiske rammeverk. Sentrale begreper blir ytterligere definert og utdypet. Jeg skriver om selvmordsteori i lys av den amerikanske professoren og psykologen Edwin Shneidman (1996). Det utdypes definisjoner og en forståelse av selvmord som fenomen. Deretter belyser jeg Shneidmans begrep «psychache» som betegnelse for intens psykisk smerte. Og avslutningsvis trekkes det frem likheter ved fenomenet selvmord, samt et sammendrag av kapittelet.

Kapittel fire gir en oversikt og redegjørelse av den metodiske tilnærmingen som er brukt i studien. Her blir studiens vitenskapsteoretiske ståsted beskrevet, samt søkeprosessen etter forskning og litteratur, metodisk tilnærming, prinsipper for datainnsamling og Braun & Clarke (2006 & 2022) sin guide for analyse av datamateriell og refleksjon over metodiske overveielser.

I kapittel fem presenteres funnene som datamaterialet viste. For å gi oversikt er funnene delt inn i tre hovedkategorier som tar utgangspunkt i de tidligere nevnte forskningsspørsmålene. Alle kategoriene innehar ulike underkategorier som bidrar til å utdype innholdet i forskningsspørsmålene. Jeg har valgt å presentere funn og drøfting i to separate kapitler da jeg opplever at studiens innhold blir mer oversiktlig.

Deretter presenteres kapittel seks hvor studiens funn diskuteres opp mot elementer fra innledningskapittel, tidligere forskning belyst i kapittel to og studiens teoretiske rammeverk, som er belyst i kapittel tre. Målet med kapittelet er å besvare studiens problemstilling.

I siste, syvende kapittel foretar jeg noen avsluttende betraktninger. Her vil studiens hovedfunn bli oppsummert, samt en presentasjon av refleksjoner gjort rundt studiens begrensinger i arbeidet. Avslutningsvis foreslår jeg noen perspektiver tilknyttet veien videre.



## **2.0 Tidligere forskning**

I påfølgende kapittel vil jeg redegjøre for relevant forskning knyttet til fenomenene psykisk helse, fengsling og selvmord. En undersøkelse av tidligere studier gjort på feltet er hensiktsmessig for å danne seg en forståelse av hva som finnes av forskning, og gi innsikt i om min studie vil kunne fylle forskingshull eller vise likheter til tidligere publiserte studier. For å danne et bakgrunnstepp til mine empiriske analyser, og forsøke å få en helhetsforståelse av tematikken, valgte jeg å ta for meg både kvalitativ og kvantitativ forskning som er gjort på feltet. Slik skapte jeg også et rammeverk for mine undersøkelser. Selv om den presenterte forskningen har noe annen vinkling enn min studie, anser jeg den relevant for å besvare min problemstilling.

### **2.1 Et kritisk blikk på implementering av helsetjenester i fengsel - en kvalitativ studie fra England**

Verdens helseorganisasjon (WHO) etablerte prosjektet «Healthy Prisons Agenda» i starten av 2000-tallet med mål om bedre helsekår for innsatte i fengsel. Som følge av dette valgte Ismail & de Viggiani (2018) i 2017 å undersøke hvilke barrierer og utfordringer som møtte fengselsledelsen og andre operative ansatte ved implementering av prosjektet i engelske fengsler. De utførte semistrukturerte intervjuer med 30 informanter fra fengselsomsorgen. Forskningen avdekket blant annet ledelsesmessige og operasjonelle faktorer som hindret aksept, anerkjennelse og interesse for en vellykket implementering. Faktorene dreide seg om knappe ressurser, manglende eller lav prioritering og oppfattet svak betydning for gruppen. Prosedyrene for sikkerhet, kontroll og disiplin sto så sentralt i driften at de erstattet andre imperativer som ble antatt å være av sekundær betydning. Forskerne konkluderte med at betydningen med agendaen «sunne fengsler» må sikres på alle nivåer i fengselshierarkiet, og innenfor den politiske praksisen hvor de operasjonelle og strategiske målene realiseres. Et felles folkehelsemål, som en grunnpilar i et vellykket strafferettsystem, krever etablering av engasjement hos fengselsansatte på alle nivåer (Ismail & de Viggiani, 2018).

### **2.2 Psykisk helse bak fengselmurene - kvantitative studier på hyppighet**

Kjeldsberg et al. (2006), foretok en undersøkelse av psykisk helse konsultasjoner i fengselspopulasjonen i seks mellomstore norske fengsler. Med et utvalg på 928 innsatte, hadde 230 (25%) av dem en form for ikke farmakologisk-oppfølgning for sin psykiske helse.

Kjønn og alder så ikke ut til å skape variasjoner i resultatene, men soningskategori viste forskjeller. Resultatene i undersøkelsen dannet forskningsartikkelen «Mental health consultations in a prison population: a descriptive study», og omhandlet kun fengsler som har tilstrekkelig oppfølging rundt psykiske helsetjenester. Forskerne håpte at resultatene kunne bidra til å øke og oppfylle fengslers psykiatriske helsetilbud i fremtiden (Kjeldsberg et al., 2006, s. 1).

Alvorlige psykiske lidelser ser ut til å opptre hyppigere hos kvinnelige enn mannlige innsatte. Med utgangspunkt i nasjonale registerdata har Svendsen et al., (2023) samlet inn data som beskriver demografiske og psykiatriske kjønnsforskjeller i norske fengsler. De undersøkte også opptreden av komorbide lidelser og så på tidssammenheng i den psykiatriske sykeligheten. Studien strakk seg fra 2010 til 2019 med et utvalg av 5429 kvinner og 45 432 menn. Resultatene viste at kvinner hadde økt sannsynlighet for historikk med psykiske lidelser, med 75% og menn 59% sannsynlighet. Komorbide lidelser og ruslidelser var utbredt hos begge kjønn, men også her høyest hos kvinner med 38% og 56%, mot menn med 24% og 43%. Konklusjonen i studien ble at andelen lov dømte som i perioden 2010 til 2019 startet soning i fengsel hadde mer psykiske og komorbide lidelser enn tidligere, især kvinner. Helsetjenestene i fengsel må på grunnlag av dette justeres for å møte hjelpebehovet (Svendsen et al., 2023).

### **2.3 Forekomst og kjennetegn ved selvmord i fengsel**

Forskningsartikkelen til Bukten & Stavseth (2021) «Suicide in prison and after release: a 17-year national cohort study», dreies rundt en retrospektiv kohortestudie som strekker seg over sytten år. Bakgrunnen for prosjektet er den økte risikoen for selvmord som oppstår i forbindelse med fengsling. Artikkelen belyser selvmord i norske fengsler i perioden år 2000 til år 2016, under og etter soning, og ser om det finnes tidssammenheng og lovbruddssammenheng i selvmordsutførelsen (Bukten & Stavseth, 2021, s. 1075).

Det ble registret 8053 dødsfall ut fra kohorten på 98 856 mennesker, hvor 10,1% av disse defineres som selvmord. 62 av selvmordene skjedde under fengsling (tilsvarer 53% av dødsfallene i fengslene), og selvmord ble den ledende dødsårsaken. Den største andelen av selvmord var utført av menn. Over en femtedel ble utført i løpet av den første uken etter innsettelse i fengsel (Bukten & Stavseth, 2021, s. 1077-1078). Gruppen som var domfelt for

drap og grovere voldshendelser var spesielt utsatte for selvmord i begge periodene som er oppgitt (Bukten & Stavseth, 2021, s. 1082).

Studien "Suicide Rates in Nordic Prisons 2000-2016" av Morthorst et al. ble i 2020 publisert i tidsskriftet *Archives of Suicide Research*, og viste en sammenligning av selvmordsrater blant innsatte i fengsel og den øvrige nordiske befolkningen. Resultatene i studien viste at selvmordsraten totalt sett i de nordiske landene gikk nedover. Dødelighetsraten ble ut ifra aldersstandardisering pr. 100 000 personårsverk fengselsinnsatte vurdert til å være 7,4 for menn og 17,8 for kvinner i de nordiske landene Norge, Danmark og Island. Forfatterne konkluderte med at det ble registret en forhøyet selvmordsdødelighet for fanger, til tross for synkende tall (Morthorst et al., 2020, s. 704-714).

Vanhaesebrouck et al. (2022) publiserte i 2022 en artikkel som tok for seg kjennetegn ved personer som døde av selvmord under innsettelse i fengsel i Frankrike i perioden 2017 til 2018. Bakgrunnen for studien var den høye selvmordsraten for fengselsinnsatte som observeres i nordlige land. Studien hadde som hensikt å beskrive ulike helsemessige karakteristikk, omstendighet, lovbruddskategori og sosiodemografien til de innsatte som døde av selvmord i perioden (Vanhaesebrouck et al., 2022, s. 1-2). Studien er en mellomanalyse basert på det franske epidemiologiske overvåkningsprogrammet de har for selvmord utført i fengsel. Arkivdata om sosiodemografi, omstendigheter og lovbruddskategorier ble hentet ut fra «National Prison Service», og helsedataen ble levert av fengselsleger gjennom et standardisert spørreskjema (Vanhaesebrouck et al., 2022, s. 2-3).

Selvmordsraten var ni ganger høyere for kvinner, og tre ganger høyere for menn, enn hva den er i befolkningen for øvrig. Resultatene viste at 235 fanger døde av selvmord i perioden 2017-2018 i franske fengsler. 94,9% av dem var menn, og 27,2% var under 30 år. Omtrent tilsvarende prosentandel, 27,7% var i alderen 40 til 49 år, og 25,1% var mellom 30 og 39 år. 20% av selvmordstilfellene var fanger på 50 år eller eldre. 48,5% av hendelsene skjedde i varetekt. I uken før selvmordet ble begått hadde 60% av de innsatte besøkt helsetjenesten, og for 61% av dem ble det avdekket betydelig lidelse. For 11,9% foregikk selvmordet under en uke etter soningsstart som viste seg å være 6,4 ganger så høy rate som for gjenværende tid i fengsel. 33,7% av tilfellene skjedde ett år eller senere etter innsettelse (Vanhaesebrouck et al., 2022, s. 4-8).

Konklusjonen i studien er at oppfølgingen som blir gitt etter henvendelser fra fangene, kan ha innvirkning på forekomsten av selvmord i fengsel, dette med utgangspunkt i den høye frekvensen av henvendelser i uken før selvmord. Det trekkes frem at komparativ forskning er nødvendig for å utforske tidssammenheng mellom hendelser/henvendelser til helsetjenesten og selvmord i fengsel grundigere. På bakgrunn av funn som viser fangenes nylige kontakt med helsetjenesten før utførelse av selvmord kunne de identifisere utløsende faktor for selvmordene. Psykiatere og annet helsepersonell dannet seg i den forbindelse lærdom om vurdering av den kortsiktige risikoen for selvmord, og iverksetting av forebyggende tiltak (Vanhaesebrouck et al., 2022, s. 10-11).

## **2.4 Hammerlins fengselsforskning**

En av dem som har forsket mye på tematikken straffegjennomføring, psykisk helse og selvmord i norsk kontekst, er Yngve Hammerlin (Hammerlin, 2018). Han har blant annet utviklet rapporten «Fengselslivet som en livstruende byrde», som tar for seg grunnprinsippene som skaper rammer for fengselshverdagen, og gir en oversikt over selvmord og selvmordsproblematikk i norske fengsler i perioden 1990 til 2016. Hammerlin benytter egne studier, rapporter og litterære verk fra 1988 til 2016 som kunnskapsgrunnlag. Rapporten peker på at en høyere andel innsatte er i lukkede fengsler. Fengselssystemene ses på som frihetsberøvende og under svært streng sikkerhetskontroll (Hammerlin, 2018, s. 10-12). 101 personer tok sitt eget liv i fengsel i den oppgitte perioden, hvor 96 av dem var menn, og 72 av de 101 var i varetekt. Gjennomsnittsalderen var 35 år, og den dominerende selvmordsmetoden var henging. Tidspunkt for utførelse av selvmord var svært tidlig etter innsettelse, hovedsakelig i løpet av de to første ukene, og den største gruppen var dømt for narkotikarelaterte lovbrudd. Det hevdes fagpolitisk sett at innsatt-populasjonen er sykere enn hva den har vært (Hammerlin, 2018, s. 12-14).

Rapporten belyser også hvilke motiver selvmordshandlingene kan være foretatt ut fra. Handlingen blir sett på som beskyttelse, hevn eller gjengjeldelse, pressmiddel, oppofrelse og æressøkende. De behandlingstrengende fangene anes å være «kasteballer» mellom psykiatrien og fengslene. Han stiller spørsmål om den enkelte fanges behandlings- og pasientrettighet er forsvarlig sikret, og om daværende omsorgsmodell for denne gruppen innsatte er egnet (Hammerlin, 2018, s. 17-19). Rapporten avsluttes med refleksjoner om å se den fengslede i et helhetsperspektiv, og belyser utfordringen med at selvmordsproblematikken innenfor

fengselsmurene ofte blir ansett som bare psykologiske og psykiatriske problemer (Hammerlin, 2018, s. 20).

I artikkelen «Å bryte livet i fengsel», skriver Hammerlin (2010) om fengselssystemets innvirkning på den enkeltes liv i og under straffegjennomføring. Han mener det produserer lidelse hos de innsatte, og skaper diskvalifisering til livet etter soning. Når de blir berøvet for frihet blir det sosiale, fysiske og psykiske berørt. Som følge av dette har han utarbeidet «fangenes tapsliste», basert på tretti år med studier av den negative kritikken fengselsopphold har fått. Listen er laget ut fra praksisfeltstudier, samtaler og intervjuer av fanger, betjenter og andre relevante aktører. Tapslisten gir et bedre utgangspunkt til å forstå ulike eksistensielle, sosiale og helsemessige utfordringer som oppstår eller trigges under fengselsopphold (Hammerlin, 2010, s. 21). Hammerlin deler også informasjon om sammenhengen mellom levekår og helse, og innvirkningen dette har på selvmordsraten i fengsel. Særlig vold og konflikter, abstinensproblematikk og gjentakende fengslinger ses på som utløsende faktorer for selvmord i fengsel. Artikkelen trekker frem at de avdekket en gjennomgående kritikk på den sosiale og helsemessige oppfølgingen rundt de sterkt hjelpetrengende fangene, og at en forbedring på denne fronten kunne forhindre mange selvmord (Hammerlin, 2010, s. 24-25). Innsatte ses til å ha vekslende væremåter som kan gi konsekvenser ved at helsepersonell blir usikre ved risikovurderinger, og ser tilstander som ikke-suicidale i noen situasjoner, men medføre en feilslutning i andre situasjoner. Hammerlin formulerer at fokuset må være fordelt slik at bestemte risikokarakteristika ikke tar bort oppmerksomheten fra andre utslagsgivende forhold (Hammerlin, 2010, s. 25). Han oppsummerer at levekårsstudier av de avdøde viste vanskelige og lidelsesproduserende situasjoner før, under og etter fengsling (Hammerlin, 2010, s. 23).

## **2.5 Sammenfattende hovedpoenger**

Kapittelet belyser ulik vitenskapelig forskning som er gjort innenfor tematikken fengsling, fengselshelse, psykiske helse, og selvmord i ulike sammenhenger. I etterkant av implementeringen av «the Healthy Prisons Agenda» i England på begynnelsen av 2000-tallet viste det seg å ha oppstått flere utfordringer i prosessen. Det dreide seg om knappe faktorer, ressurser og manglende prioritering. Det skapte refleksjoner om hvordan fengselssystemet er i behov av samarbeid på alle nivåer, og alle ansattgrupper, for å oppnå mål om en bedret folkehelse.

Psykiske lidelser viser seg å være en økende utfordring blant fengselspopulasjonen, og behovet for ikke-farmakologisk oppfølging blir større. Både fengslede kvinner og menn se ut til å ha økt sannsynlighet for historikk med psykiske lidelser. Komorbide lidelser og ruslidelser er vel så utbredt, og spesielt kvinners behov for oppfølging rundt dette har økt betraktelig de siste ti årene. Helsetjenestene vurderes som ikke-tilstrekkelige i møte med dagens hjelpebehov. Selvmord er den ledende dødsårsaken i fengsel og observeres som årsaken til 53% av alle dødsfall innenfor murene. Forekomsten viser seg å være størst hos menn, og forekommer ofte i løpet av soningens første uke. Aldersgruppene 18-30 år, og 40-49 år viste seg å være de mest utsatte. Nesten 50% av hendelsene oppsto i en varetektsperiode. Domfelte for drap og grov vold ses på som en utsatt gruppe i selvmordssammenheng.

Det finnes mye forskning omkring selvmord og håndtering av mennesker med økt selvmordsrisiko. Håndtering av selvmord i fengsel og arbeid rundt innsatte med økt selvmordsrisiko er derimot noe begrenset forsket på i norske fengsler. Bakgrunnen for dette er usikkert. Mye av forskningen som er gjort på området er kvantitativ forskning hvor det avdekkes tall på hendelser og handlinger som er utført innenfor murene.

### **3.0 Teoretisk forankring**

«Målet vil alltid være forebygging - men først må vi forstå hva det handler om» (Shneidman, 1996, s. 13).

I påfølgende kapittel vil jeg redegjøre for passende og aktuell teori knyttet til oppgavens tematikk. Kapitlet danner oppgavens teoretiske rammeverk. Innledningsvis tar kapitlet for seg den avdøde amerikanske professoren og psykologen Edwin Shneidman (1918-2009) sin interesse og erfaring fra tematikken, og belyse det han definerer som selvmord. Det ses så på hvordan man kan forstå selvmord, suicidalitet eller suicidal krise, og hvordan det oppleves for individet. Deretter trekkes Shneidman's begrep «Psychache» frem som meningsbærende enhet i forståelsen av selvmord som handling. Kapitlet rundes av med teori om karakteristiske likheter som finnes ved selvmord, i lys av Shneidman sitt arbeid. Avslutningsvis gis det en oppsummering av kapitlets hovedpoenger.

Da jeg leste Hjelmeland (2022) sin bok om «Selvmordsforebygging; for å kunne forebygge selvmord må vi forstå hva suicidalitet handler om», lærte jeg om Edwin Shneidman og hans selvmordsteori. Shneidman's teoretiske uttalelser oppleves relevante for studiens problemstilling, og ble derfor sett på som passende teoretisk bakteppe for den kommende analysen. Professor Shneidman hevdet at selvmord bør forstås i lys av det enkelte individ, og dets egne erfaringer og opplevelser rundt fenomenet. Han peker på den uutholdelige psykiske smerten som et sentralt moment for avgjørelsen om å ta sitt eget liv, og belyser betydningen av denne smerten.

#### **3.1 Edwin Shneidman**

Shneidman var en amerikansk psykolog og professor innen fenomenet selvmord. Han arbeidet med tanatologi ved Universitetet i California. Han var forfatter, medredaktør og redaktør for mange bøker om tematikken selvmord og død. Shneidman ble sett på som en av pionerene innen studiet av selvmord. Han var med å utvikle en forståelse av fenomenet, og brukte mye av sine leveår til å arbeide med selvmordsforebygging. Edwin Shneidman grunnla og ble meddirektør for det første selvmordsforebyggingsenteret i USA på 1950-tallet. Noen år senere var han leder på «Center for the study of Suicide Prevention» ved det Nasjonale instituttet for mental helse i Bethesda, MD. Da American Association of Suicidology ble etablert i 1968

hadde Shneidman en sentral rolle i utviklingen og grunnleggelsen. Han ble derfor utpekt til å være den første presidenten for organisasjonen (Shneidman, 1996).

### **3.2 Selvmordsteori i lys av Shneidman**

«In almost every case, suicide is caused by pain, a certain kind of pain- psychological pain, which I call “psychache”. In other words, suicide is chiefly a drama in the mind” (Shneidman, 1996, s. 4).

Shneidman mener selvmord skal belyses fra flere faglige og teoretiske ståsteder som: filosofisk, demografisk, sosiologisk, litterært, psykodynamisk, dyadisk- mellommenneskelig, personlig dokumentasjon, sosiokulturelt og antropologisk, psykiatrisk, somatisk, genetisk, biologisk, juridisk, etisk, politisk, systemteoretisk og forebyggingsmessig, men at det mest sentrale elementet i selvmordsatferd er psykologisk. Han anså selvmordet som «a drama in the mind», og beskrev den psykologiske forståelsen som et tre. Det psykologiske danner stammen og de andre elementene bidrar til å skape resten av treet (Shneidman, 1996, s. 5-6).

#### *3.2.1 Shneidman's definisjon på selvmord*

Shneidman publiserte i 1993 en utdypet og grundig definisjon på selvmord som fenomen. Ved oversettelse av definisjonen kan den gjentas slik:

«[...] selvmord en bevisst, selvpåført, tilintetgjørende handling. Handlingen kan best forstås som en flerdimensjonal krisetilstand hos et individ med udekkede, sentrale psykologiske behov. Individet definerer selvmord som den beste løsningen på krisen» (Shneidman, 1993, s. 4).

Han har kortere beskrevet det som «Selvmord er døden som skyldes handling eller unnlatelse av handling, hvorav offeret vet eller tror at resultatet vil være dødelig» (Shneidman, 1996, s. 7).

#### *3.2.2 Nøkkelen til forståelse av selvmord*

Skal man forstå hvordan suicidalitet, selvmord eller en suicidal krise oppleves, hevdet Shneidman (1996) at man måtte lytte til de som selv har erfart fenomenet på kroppen, og



hvordan de definerer det med egne ord. Han påpekte at man ikke kunne forstå handlingen gjennom studie av psykiske lidelser, hjernestrukturer eller sosiale statistikker. Shneidman mente studiens fokus måtte være på den enkeltes emosjoner og beskrivelser, og med forståelse for at selvmord er en praktisk handling som utføres for å fjerne uutholdelig smerte i sinnet (Shneidman, 1996, s. 4-5).

Shneidman trekker frem de viktigste spørsmålene i møte med selvmordstruede mennesker som: «Hvor har du vondt?» og «Hvordan kan jeg hjelpe deg?», og vektlegger at denne informasjonen er mye viktigere å avdekke enn å kartlegge familiehistorikk og arvelighet, utføre laboratorietester eller vurdere risikoen for selvmord (Shneidman, 1996, s. 6-9). Han nevner viktigheten av å forstå selvmordet i et livsløpsperspektiv, og at det tidlig kan predikeres hvem som senere vil ta sitt eget liv: «Man dør som man har levd i de forferdelige øyeblikkene i sitt liv» (Shneidman, 1985, s. 50).

For å forstå selvmordet som handling, må man altså forstå hvilke problem det skal være løsningen på (Shneidman, 1996, s. 4). Ut fra disse slutningene utarbeidet han noen antagelser for hvorfor mennesker velger å ta sitt eget liv, og hvordan man kan forstå handlingen som utføres:

- Som et resultat av psykisk smerte og uoppfylte psykologiske behov. Behovene har ofte sammenheng med noen eller noe i personens kontekst. Handlingen blir sett på som eneste løsning for å slippe fri fra «psychache». Han setter begrepene *dødelighet* og *følelsesmessig kaos* som sentrale. Døden ses på som en ide for å stoppe smerten og dermed løse problemene. Det følelsesmessige kaoset og fortvilelsen danner motivasjonsgrunnlaget for handlingen. Individet beveger seg ikke mot døden, men bort fra det uutholdelige.
- Som reaksjon på grunn av frustrasjon, fortvilelse og/eller uoppfylte behov, og ikke som en urimelig handling.
- Som formålsbestemt med mål om å svare ut eller lette spesifiserte psykologiske behov, som følge av en indre dialog.
- Som en komponent av følelsesmessig kaos, press og smerte. Press fra indre og ytre erfaringer, virkelige og fortolkede, som vil ha innvirkning på individet og dets reaksjon. Psykisk smerte som følge av uoppfylte psykologiske behov, og følelsesmessig kaos ut fra hvor fortvilet man er.

- Som perseptuell innsnevring hvor rekkevidden på individets persepsjon og kognisjon reduseres, og medfører svart-hvitt tenking hvor det enten finnes en løsning (omtrent magisk) eller utslettelse, og skaper en tilbøyelighet til å skade selvet.
- Som en totalt intrapsykisk opplevelse hvor uutholdelig smerte er i kombinasjon med intenst negativt press og følelsesmessig kaos, tross for at presset oftest kommer fra den ytre verden. Individet føler seg totalt alene.
- Som et ønske om opphør, og ikke ønske om døden. Spesielt når den umiddelbare avslutningen på smerten- opphøret, anses som den best mulige løsning, av den lidende.

(Shneidman, 1993, s. 23-25).

Shneidman viser til en skala som strekker seg fra lettere psykiske problemer til mer alvorlige krisetilstander som livskriser og for noen; psykiske lidelser. Ved å redusere smerten og de uoppfylte behovene vil individet trolig velge å leve lengre. Om spenning, lidelse og fortvilelse opphører vil suicidaliteten antagelig reduseres. Han vurderte at punktene ikke kan hevde noe absolutt eller entydig sammenheng, og at ikke alle individer som opplever det overnevnte tar sitt liv (Shneidman, 1993, s. 34).

### *3.2.3 Shneidman's forståelse av begrepet «psychache»*

Begrepet «psychache» ble introdusert av Edwin Shneidman (1996) for å beskrive den intense psykiske smerten som betegnes som en sentral faktor i selvmord. Han kom opp med dette som et resultat av at han opplevde den tidligere teoretiske forståelsen for selvmord og selvmordsforebyggende arbeid som mislykket. Den tidligere teorien dreides rundt ikke-psykologiske variabler som alder, kjønn, rase, sosioøkonomisk grad og psykiatriske grupperinger, blant annet depresjon. Shneidman opplevde at denne måten å tolke lidelsen på var overfladisk, og at de sentrale årsakene til selvmordet ble «dysset bort». Han anså den dype uutholdelige følelsen av psykisk smerte eller lidelse som en person kan oppleve, som en katalysator for atferden, altså «psychachen» (Shneidman, 1996, s. 12-13).

Smerten som uttrykkes i tanker, handlinger og ord, når et mennesker ønsket å ta sitt eget, liv er «psychache». Shneidman (1995) belyser at dette ikke bare innebærer fysisk smerte, men en intens indre emosjonell smerte. Opplevelsen av skam, skyld, ensomhet, redsel, angst,

ydmøkelse eller annet psykisk ubehag kan være mer destruktivt enn annen smerte. Når det enkelte individ opplever ubehaget eller «psychache» utholdelig, oppstår selvmordet. «Psychache» er en subjektiv opplevelse og varierer fra person til person. De kognitive forutsetningene for tankeprosesser og mental uro er også en sentral faktor i forståelsen av «psychache». Selvmord handler om, og avhenger av, en individuell terskel for å holde ut psykisk smerte (Shneidman, 1985, s.151). Shneidman hevdet at forvrengt tenking og manglende evne til å tenke alternativt kunne bidra til den intense psykiske smerten. Om individet mestrer å forstå og adressere den underliggende «psychache», kan det potensielt redusere faren for selvmord. «Psychache» fører til manglende evne til selvkontroll og selvobservasjon, og gir en vrent virkelighetsoppfatning samt en begrenset evne til å håndtere livets utfordringer (Shneidman, 1996, s. 131-132).

#### *3.2.4 Likheter ved selvmord*

Etter 35 års arbeid med å studere suicidale menneskers emosjoner, selvmordsbrev, dybdeintervjuer og autopistudier (innsamlet informasjon om avdøde), hevdet Shneidman at det foreligger ti fellestrekk ved de aller fleste selvmordsforsøk. Han definerer dem som vanlige karakteristika som gir omverdenen en forståelse av tankene og meningen en person opplever når et selvmord gjennomføres (Shneidman, 1996, s. 130-131).

De ti ulike fellestrekkene blir gruppert i seks aspekter, og kan settes opp slik:

##### *Situasjonelle:*

- 1) Den utholdelige psykiske smerten (psychache) som felles stimulans
- 2) De uoppfylte psykologiske behovene som stressorer
  - Å ikke være elsket, ha tilhørighet eller aksept
  - Å oppleve å ikke ha kontroll
  - Å ha forvrengt eller ødelagt selvilde og unngåelse som følge av skam
  - Å ha brutte og ødelagte, nære og betydningsfulle relasjoner medførende tap- og sorgfølelse
  - Å være overdrevent frustrert, agitert, sinna og fiendtlig

##### *Viljemessige:*

- 3) Den felles hensikten med selvmord som søk av en løsning
- 4) Det indre målet om å få opphør av bevisstheten

##### *Affektive:*

- 5) Den felles opplevelsen av å føle håpløshet og hjelpeløshet
- 6) Den kognitive tilstanden/indre holdningen til handlingen er ambivalent

*Kognitive:*

- 7) Den perseptuelle/kognitive tilstand er innsnevret «tunnelsyn»

*Relasjonelle:*

- 8) Den mellommenneskelige handling er kommunikasjon av intensjon
- 9) Flukt som den vanlige handling

*Serielt:*

- 10) Den vanlige konsistens/mønster er i sammenheng med livslange  
mestringsmønstre/måter

(Shneidman, 1996, s. 130- 135).

Shneidman legger vekt på at karakteristikken kan være gjentakende i de aller fleste selvmord, men understreker at alle selvmord er unike. Det dreies ikke om de uoppfylte behovene i seg selv, men den enkeltes opplevelse av behovenes betydning. Et selvmord utføres i svært sjelden grad på bakgrunn av bare ett udekket behov. Professoren uttaler seg bare om fenomenet innenfor en jødisk-kristen kontekst, og retter seg til publikum og lesere i Nord-Amerika og Europa (Shneidman, 1996, s. 5).

### **3.3 Sammenfattende hovedpoenger og utblikk**

Edwin Shneidman dannet seg tidlig, innen forskningsmiljøene, en forståelse av selvmord som fenomen, og tanker om hva som kunne være selvmordsforebyggende for den utsatte gruppen. Nøkkelen til å forstå selvmord handler om å ha kjennskap hvilke problem de anser at handlingen kan løse. Shneidman trakk frem utfordringer fordelt ut på hele skalaen fra lettere psykiske utfordringer til krisetilstander, livskriser og psykiske lidelser. Om man reduserer smerte og fyller individets behov anses det som selvmordsforebyggende handlinger som kan føre til reduksjon og opphør av suicidalitet. Han anså selvmord som resultat av en flerdimensjonal krisetilstand hvor individet opplevde så sterk psykisk smerte, omtalt som «psychache», at de ikke så noen annen utvei enn å avslutte eget liv. Opplevelsen av den indre smerten kunne grunne i skam, skyld, ensomhet, angst, ydmykelse eller annet psykologisk ubehag. «Psychache» som utløsende årsak til selvmord burde også ses i sammenheng med andre teorier og filosofier, men Shneidman hevdet at det psykologiske perspektivet står

sterkest som utløsende årsak. Han så sammenheng og likheter hos mennesker som tok sitt eget liv og grupperte de opp i viljemessige, relasjonelle, serielle, situasjonelle, affektive og kognitive årsaker. Karakteristikken ble ansett til å være gjentakende i de fleste selvmord, men han understreker at alle hendelser er unike.

## **4.0 Metode**

### **4.1 Innledning**

Forskning benyttes for å danne en grundig og klar forståelse av et fenomen (Dalland, 2007, s. 47). I mitt arbeid gikk jeg nøye gjennom de ulike stegene i forskningsprosessen. Slik dannet jeg meg en klarhet om fenomenet selvmord, og en forståelse av hvordan det for fengselssykepleiere oppleves å arbeide med. I gjeldende kapittel vil jeg først redegjøre for det vitenskapsteoretiske ståstedet oppgaven har, informere om søkeprosessen for å finne forskning og litteratur, deretter utdype oppgavens metodiske tilnærming, og presentere rekrutteringsprosess, utvalg og gjennomføring av intervju. Til slutt vil jeg presentere Braun & Clarke (2006 & 2022) sin guide for tematisk analyse og reflektere over metodiske overveielser.

### **4.2 Vitenskapsteoretisk perspektiv**

Oppgaven har et fenomenologisk-hermeneutisk perspektiv som dreier fokus rundt subjektets meninger og forståelse av subjektets opplevelser. Tilnærmingen er en kombinasjon av to hovedmetodologier: fenomenologi og hermeneutikk (Thomassen, 2020, s. 105).

Fenomenologi er en filosofisk tilnærming med fokus på å forstå og beskrive ulike fenomener som de fremstår for det enkelte individ. Tilnærmingen utelater eksterne tolkninger og teorier. I forskningsarbeid benyttes fenomenologi ofte for å undersøke og danne dybde og forståelse av menneskelige erfaringer, opplevelser og persepsjoner (Thomassen, 2020, s. 105).

En hermeneutisk vitenskapstilnærming er kunsten og vitenskapen om tolkningen og forståelsen av tekst, et budskap og kommunikasjon. Tilnærmingen har røtter i filosofien og er tradisjonelt knyttet til tolkning av religiøse tekster. Når denne tilnærmingen blir benyttet innenfor forskning søkes det etter bevisstgjøring og forståelse av komplekse fenomener gjennom tolkning av tekster, kulturelle uttrykk, eller andre formelle og uformelle måter individer uttrykker seg på. Hermeneutikk bidrar til å skape mening gjennom fortolkning (Thomassen, 2020, s. 118).

En fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming er en kombinasjon av de to overnevnte tilnærmingene. Tilnærmingen benytter fenomenologienes særtrekk til å utforske og beskrive grunnleggende aspekter ved fenomener eller erfaringer, og bruker deretter hermeneutikken til

å fortolke og forstå meningene og sammenhengen bak de gitte fenomenene. Perspektivet søker både en beskrivelse av hva som skjer, og en forståelse av meningen bak det om skjer. Det vektlegges forståelsen av hvordan mennesker gir mening til erfaringer innenfor en bestemt kontekst (Thomassen, 2020, s. 120).

Ved å benytte en fenomenologisk- hermeneutisk tilnærming vil kvalitative forskningsmetoder være hensiktsmessige, da disse metodene har som anliggende å utforske menneskets subjektive perspektiver, erfaringer, kulturelle fenomener eller andre aspekter som fordrer dyp forståelse av meningen bak observasjoner (Thomassen, 2020, s. 103).

### **4.3 Søkeprosessen etter vitenskapelig forskning**

Jeg har utført innledende søk i ulike databaser som jeg hadde opparbeidet kjennskap til tidligere i utdanningen, og som finnes i universitetets nett-bibliotek. Følgende databaser knyttes tett opp til tematikken psykososial helse, og ble derfor benyttet: Psycinfo, MEDLINE, Pubmed, Scopus og Svemed+. Det ble brukt ulike kombinasjoner og sammensetninger av søkeord. Jeg har også søkt i fagsider innenfor Kriminalomsorgen, Oria, Google Scholar, pensum fra vernepleierutdanning og videreutdanning innenfor psykososial helse, og tips jeg har fått fra bekjente som arbeider i Kriminalomsorgen, samt masterveileder.

Hovedsøkeordene som ble benyttet i søkeprosessen var «prison», «suicide», «uncovering», «prison mortality», «deaths in prison», «mental health», «psychiatric morbidity», «prison healthcare», «competence», «prisonhealth», og «suicide attempt». De ble benyttet i ulike søkekombinasjoner, og inklusjonskriteriene for de vitenskapelige artiklene var fulltekst artikler, på engelsk eller skandinaviske språk, publisert fra år 2005 til år 2024.

### **4.4 Kvalitativ metode**

#### *4.4.1 Begrunnelse og avgrensning for valg av metode*

Vilhelm Aubert (1985) beskriver begrepet metode som «en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap» (Aubert, 1985, s. 196). Ved å velge en gitt metode kan man innhente data som belyser problemstilling best mulig (Dalland, 2017, s. 51). Som nevnt tidligere vil det bli benyttet kvalitativ metode i forskningsarbeidet. Denne type metode gir en systematisk tolkning av empirisk data.

For å oppnå det gitte mål må forsker etterstrebe å innhente valide resultater. Resultatene kan oppnås ved å trekke ut begrunnede tolkninger gjennom systematiske analyser i empirisk datamateriell. Den systematiske analysen er frembrakt som resultat av et nøye gjennomtenkt design (Tjora, 2012, s. 217). Ved å intervju sykepleiere som eneste av de arbeidende instansene innenfor fengselsmurene opplevde jeg at jeg fikk et renere innblikk i de erfaringer som dannes og utfordringer som kunne oppstå fra en helsefaglig vinkling.

Mjåland trekker frem viktigheten av å tydeliggjøre den enkeltes rolle i forskningsprosjektet (Mjåland, 2015, s. 88). Jeg har på bakgrunn av dette valgt å definere deltakerne som «forskningsdeltakere» og ikke «informanter», da det presiserer deltakelsen deres i kunnskapsproduksjonen.

#### *4.4.2 Metodens formål*

Kvalitativ forskningsmetode har ulike fremgangsmåter for systematisk innhenting, feltobservasjoner og søking etter skriftlig kildemateriale. Målet med forskningsmetoden er å bli kjent med subjektets opplevelser, og utforske sosiale, dagligdagse og kulturelle fenomener via dem. Fokuset er på den menneskelige tenkningen, handlingen, læringen og forståelsen av oss selv som mennesker (Malterud, 2017, s. 35-36; Kvale & Brinkmann, 2017, s. 30). En kvalitativ tilnærming fordrer et mindre antall forskningsdeltakere (Malterud, 2017, s. 35-36). Oppgaven vil svare på det som kan defineres som «type 2-spørsmål» ifølge Fossåskaret (1997). En slik problemstilling eller spørsmål knyttes opp mot samhandlingen mellom parter, analysing av roller, relasjonsavhengighet, meningsinnhold, beskaffenhet og symboler (Fossåskaret, 1997, s. 14). Oppgaven vil belyse og svare ut de ulike problemstillingene som er knyttet opp mot selvmordsatferd under fengsling. Min interesse er å studere hvordan sykepleiere som arbeider i fengselshelsetjeneste vurderer, reflekterer og arbeider med problematikken, og hvordan de vurderer sin egen kompetanse opp mot situasjoner de står i ved eget arbeid. Problemstillingene er beslektede med «type 2-spørsmål», og metoden i oppgaven vil på grunnlag av dette være kvalitativ orientert med en induktiv tilnærming.

#### **4.5 Forarbeid, rekruttering og kontakt med felten**

Å forske innenfor helsevitenskap krever tid og tålmodighet av forskeren. Forskeren må i første instans få godkjenning av SIKT, og i andre instans søke godkjenning hos fakultetets



etiske komite, FEK. Når jeg hadde mottatt godkjenningene sendte jeg ut informasjonsskrivet til datainnsamlingen til daværende ledere i noen av landets fengselshelsetjenester.

Jeg ønsket å komme i kontakt med sykepleiere som arbeidet i ulike kommunale fengselshelsetjenester. Jeg fant kontaktinformasjon ved å gå inn på de ulike kommunenes hjemmesider. Utvelgelsen var selektiv i den form av at ledelsen ble kontaktet for å få tillatelse til gjennomføring av studie, og ble forespurt om å bistå med å rekruttere sykepleier som forskningsdeltakere. Deltakerne kunne komme i kontakt med undertegnede gjennom leder av helsetjenesten, eller ved å ta kontakt via e-post/tlf. på adresse oppgitt i skriv om prosjektinformasjon (vedlegg 1). Inklusjonskriteriene var ansatte i fengselshelsetjeneste som ukentlig jobbet i fengsel, og hadde bakgrunn som sykepleiere. Antall forskningsdeltakere ble satt til å være fem-seks. Dersom det skulle blitt vurdert at det var behov for mer informasjon ville antall deltakere blitt økt.

Grunnet ferieavvikling og andre uforutsette hendelser, tok det lengre tid enn forventet å få tilbakemelding på forespørslene. Dette førte til at rekrutteringsprosessen ble noe drøyer enn tidligere antatt. Jeg valgte derfor å kontakte flere fengselshelsetjenester for å få et større mangfold av deltakere og muligheten til å reflektere over forskjeller på tvers av hvordan flere ulike fengselshelsetjenester arbeider.

#### **4.6 Utvalg**

Ved rekrutering av forskningsdeltakere bør forskeren rette fokus mot egenskapen til utvalget, og hvordan det vil virke inn på overførbarheten den kommende kunnskapen vil ha. I kvalitativ forskning velges utvalget på en strategisk måte for å styrke studiens validitet (Malterud, 2017, s. 57-58). I denne studien var det derfor avgjørende å innhente data som innbefatter en dyp og bred forståelse av selvmord som fenomen. For å få et tydelig og gyldig svar på oppgavens problemstilling var det viktig for meg som forsker å innhente data som baserer seg på livserfaringene til mennesker som arbeider rundt fenomenet. Som følge av dette ble utvalget bestående av seks yrkesaktive fengselssykepleiere som arbeider i ulike fengsler med god geografisk avstand. Opplevelsen til fengselsbetjenter og andre som arbeider innenfor helseavdeling i fengselet vil ikke bli belyst, og er derfor ekskludert fra denne studien.

Personene som meldte seg til å være deltakere i prosjektet var ikke «bare» sykepleiere. De var også mennesker med særegen karakter og personlige erfaringer. Wadel (1991) vektlegger forståelsen av å se forskningsdeltakeren som helhet, ikke bare arbeideren, men også familiefar, sanitetskvinne, pårørende og fisker, for å fange opp nyttig kunnskap i intervjusettinger (Wadel, 1991, s. 61).

Det ble intervjuet seks sykepleiere, fra fire ulike fengsler, ansatt i fire ulike kommunale fengselshelsetjenester. Samtlige jeg intervjuet var kvinner. De fleste av deltakerne hadde vært i tjenesten i flere år, og i full stilling. Deltakerne som ble intervjuet var i alderen 33 til 60 år. Hun som hadde arbeidet lengst innenfor tjenesten startet i 2008.

#### **4.7 Det kvalitative forskningsintervju**

Kunnskap og datamateriell oppstår i samspillet og interaksjonen mellom forsker og den som blir intervjuet. Forskningsintervjuet i seg selv bygger på dagliglivets opplevelser, og danner en profesjonell samtale (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 22). I forskningsprosjektet valgte jeg å utføre individuelle intervjuer basert på en intervjuguide (vedlegg 4) med enkeltspørsmål som bidro til å strukturere hvilke data som ble samlet inn. Jeg hadde mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål og man kan derfor si at intervjumetoden er nærliggende en daglig samtale, men med profesjonell hensikt. I etterkant av de muntlige intervjuene ble lydopptakene transkribert, og det ble dannet en tekst som en felles kunnskap mellom forskningsdeltaker og forsker. Denne teksten ble videre benyttet som grunnlag for analysering (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 46).

Intervjuene ble gjennomført i løpet av perioden september 2023 til januar 2024, etter det forelå godkjenning fra SIKT (vedlegg 2) og FEK (vedlegg 3). Det ble i forkant av intervjuene utdelt informasjonsskriv, samtykkeskjema (vedlegg 1) og intervjuguide (vedlegg 4). Informasjonsskrivet inneholdt informasjon om prosjektets metode og tematikk, og deltakernes rettigheter. Slik sikret jeg at deltakerne hadde informasjon om sentrale aspekter i forskningen, og dannet seg et bedre grunnlag for å eventuelt samtykke til deltakelse. Når deltakeren signerte samtykkeerklæringen, samtykket de til at de hadde fått mulighet til å stille spørsmål vedrørende prosjektet og prosjektets formål, og fått informasjon om rettigheter og bearbeiding av datamaterialet. Samtykkeerklæringen måtte underskrives før intervju startet. Oppbevaring

av de signerte samtykkeerklæring var i et låsbart skap på veileders låsbare kontor ved Universitetet i Agder.

Forskningsintervjuer innebærer samspill med mennesker, hvilket påvirker deltakerne i intervjuet. Den enkelte intervjudeltaker forteller om sin livsverden, sine egne erfaringer, antakelser, holdninger og verdier, hvilket vil ha innvirkning på forskerens virkelighetssyn. Samlet vil intervju påvirke alle parter i forskningen (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 19-21). Problemstillingen i oppgaven etterspør den enkelte sykepleiers erfaringer som skal publiseres i en offentlig publikasjon, og på grunnlag av dette er etiske problemstillinger sentrale i alt forskningsarbeid når det dreies rundt intervju.

Et intervju ble beregnet til å vare mellom en time til en og en halv time, tilpasset den enkelte situasjon. Intervjuene omhandlet innsatte som oppholdt, og har oppholdt seg i fengselet. Det ble ikke lagt vesentlig vekt på forskjellen mellom varetekstinnsatte eller domssonere. Deltakerne ble informert om å ikke dele taushetsbelagt informasjon. De første minuttene i et intervju blir ofte sett på som de mest sentrale, da forskningsdeltakeren danner seg et bilde av hvem forsker er, og hva forsker ønsker, før de deler fritt fra egne opplevelser (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 160). Som forsker ville min væremåte derfor spille stor innvirkning på hvilke data man hentet inn. Jeg forsøkte å være bevisst på min tilstedeværelse og utstråling i situasjonen. Intervjuet startet med at jeg gikk gjennom informasjonsskrivet og minnet om de rettigheter deltakeren har. Jeg tok deretter frem samtykkeerklæringen, og spurte om tanker eller spørsmål rundt dette. Når samtykkeerklæring ble signert, informerte jeg om hvordan jeg hadde tenkt å gå frem i intervjusituasjonen. Jeg viste frem intervjuguiden, og informerte om formål, opptak og behandling av datamateriell. Etter dette startet jeg intervjuet. Jeg stilte spørsmål ut fra intervjuguiden, og fylte inn med passende oppfølgingsspørsmål. I de tilfellene hvor deltakeren snakket fritt lot jeg den dele sine tanker, og noterte meg det jeg opplevde hadde relevans til de ulike spørsmålene i intervjuguiden. Beslutninger om når og hva som krevde oppfølgingsspørsmål ble tatt fortløpende av undertegnede. Det krevde at jeg hadde nok grunnleggende kunnskap om temaet.

Fokusgruppeintervju ble vurdert som metode. Denne innebærer innhenting av data i gruppeinteraksjon, hvilket kan oppleves gunstig om man ønsker å se på en bestemt gruppes fortolkninger og refleksjoner (Morgan, 1997, s. 2). Metoden bidrar til at den enkelte deltaker kan inspirere og utfordre de andre deltakerne, men kan også føre til polarisering i

arbeidsgruppen (Bryman, 2008, s. 489). Oppgavens tids- og størrelsesbegrensning var medvirkende i vurderingene. Jeg antok også at det ville oppstå utfordringer med å samle sammen sykepleiere fra ulike fengsler til ett felles fokusgruppeintervju. Det ble derfor tatt en avgjørelse om å avholde individuelle intervjuer i denne studien.

Kvale & Brinkmann (2015) trekker frem viktigheten av å spørre forskningsdeltaker om de selv har noe de ønsker å tilføye når intervjuet går mot en slutt (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 161). Jeg forsøkte å gi en oppsummering av informasjonen deltakerne gav, og ba om tilbakemelding på hvordan de opplevde intervjusituasjonen. Dette for å forsøke å forhindre at deltakeren kjente på en følelse av å ha utlevert seg. Deretter takket jeg for deltakelsen og avsluttet lydopptak og intervju.

#### **4.8 Tematisk analyse av datamateriell**

Når en analyseprosess som baserer seg på relevant empirisk data er godt utført, kan den danne beskrivelser som gir ny forståelse og innsikt om fenomenet (Malterud, 2017, s. 86).

Datamaterialet som er hentet inn i denne studien er innholdsrikt, og av stort volum. Det var derfor viktig at jeg som forsker hadde en god forståelse av og oversikt over analyseprosessen. Jeg har vurdert at tematisk analysemetode fremstilt av Braun & Clarke (2006 & 2022) egnet seg godt til analysering av studienes datamateriell. Metoden fordrer ingen bred og detaljert teoretisk og teknisk kunnskapsgrunnlag, og kan på bakgrunn av dette være en passende analysemetode for nye forskere (Braun & Clarke, 2006, s. 97). Metoden avdekker, analyserer og leser mønstre eller tema i datasett på 17 deler. Datasettet vil kunne bidra til å underbygge deler og aspekter av den gitte problemstillingen (Braun & Clarke, 2006, s. 79).

Etter transkribering ble materialet delt inn i koder og temaer basert på Braun & Clarkes (2006 & 2022) tematiske analyse, hvor viktige og relevante funn ble plukket, og innlemmet i masteroppgaven. Metoden er fleksibel i den grad at den tilbyr å være kompatibel med flere vitenskapsteorier. Jeg benyttet meg av notater gjort under intervjuene for å skape et bedre tolkningsgrunnlag. Analyseprosessen resulterte i utsagn som ble satt i sammenheng med teoretiske rammer. Den tematiske analysen hjalp meg med å indentifisere, analysere og rapportere sentrale temaer som kom frem i datainnsamlingen.

Nedenfor gis en gjennomgang av trinnene i analysen:

- 1) Forberedelser: Forskeren må transkribere datamaterialet og bli kjent med innholdet i teksten. Tekstene bør leses gjennom grundig flere ganger og merke seg viktige nøkkelord og ulike appellformer. Det siktes mot å få en overordnet forståelse av materialet og få identifisert potensielle mønstre (Braun & Clarke, 2022, s. 26).
- 2) Generering av koder: Dataen markeres og deles inn i ulike koder der man antar at meningsinnholdet er relevant og lignende. Kodene danner en kort beskrivelse av de ulike elementene. Dette i form av ord eller setninger. Kodingen gjøres som en induktiv tilnærming da man trekker linjer fra det enkle til det mer generelle, ved at man først kartlegger funnene, før man plasserer funnene i teorien (Braun & Clarke, 2022, s. 35).
- 3) Søking etter temaer: Kodene organiseres i potensielle temaer. Den induktive forskningsmetoden er sentral i dette trinnet da søken etter temaer skaper grunnlag for videre analysering. Forskningsspørsmål og hypoteser blir sentrale i utvelgelsen. Temaene er brede og overordnede kategorier som skal fange opp betydningsfulle mønstre eller elementer i datamaterialet. Forskeren må finne relasjoner mellom kodene og identifisere de overordnede temaene som binder de sammen (Braun & Clarke, 2006, s. 89).
- 4) Gjennomgang av temaer: Forskeren går gjennom temaene og vurderer om de gir mening i forhold til datasettet som helhet. Temaene blir justert etter behov. Dette kan innebære å splitte eller kombinere temaer ut fra kompleksiteten og variasjonen i dataen. Det blir da dannet en tydelig bekreftelse eller begrensning for forskeren når det avdekkes om dataen har relasjon til forskningsspørsmålet og tematikken man ønsker undersøke. Temaer kan i denne fasen utvides eller fjernes da datamaterialet er saumfart for meningsbærende koder og i stor grad kategorisert slik man ønsker å benytte det (Braun & Clarke, 2022, s. 97)
- 5) Definerings og navngivning av temaer: Man fortsetter å utvikle klare definisjoner for ulike temaer slik at de beskriver innhold og betydning. Temaene navngis på en beskrivende måte slik at essensen i datamaterialet fanges opp. Arbeidet i denne fasen er i konstant endring, og det kan oppstå behov for fler undertemaer eller et overordnet tema (Braun & Clarke, 2022, s. 36).
- 6) Produksjon av rapport: Overbevisende og informative eksempler som har relasjon til forskningsspørsmålet og litteraturen trekkes ut og danner en vitenskapelig rapport. Dette inkluderer sitater og eksempler fra dataene for å illustrere hvert tema slik at det blir en blanding av analytiske fortellinger og konkrete eksempler som besvarer

forskningsspørsmålet. Prosessen er iterativ og forskeren kan etter dette steget gå tilbake og reevaluere trinnene ved behov (Braun & Clarke, 2022, s. 36).

#### **4.9 Validitet og reliabilitet**

For å oppnå god forståelse av fenomenet som undersøkes forutsettes det at forsker er bevisst egen subjektivitet i arbeidet. Når en forsker er subjektiv blir den påvirket av personlige følelser, meninger og synspunkter i sitt vitenskapelige arbeid, som når man observerer, tolker eller analyserer data. Egne opplevelser og oppfatninger kan farge tolkningen av datamaterialet som kan føre til skjevhet i forskningen. For å oppnå høy grad av pålitelighet og objektivitet i arbeidet, arbeides det for å minimere subjektiviteten i prosessen. Forskeren benytter seg da av standardiserte metoder og danner bevissthet rundt egne fordommer slik at mulighetene for personlig påvirkning i det vitenskapelige arbeidet reduseres. Når en forsker er bevisst på egen rolle og innvirkning kan arbeidets validitet og pålitelighet styrkes (Thornquist, 2018, s. 22). Validitet og reliabilitet er to sentrale begreper innenfor forskningsmetodikk. Både validitet og reliabilitet er viktige for å sikre at forskningen er troverdig og gir pålitelige resultater. En valid studie bør måle det den er ment til å måle, mens en pålitelig/reliabel studie gir konsekvente resultater under lignende forhold. Forskere søker derfor alltid å vurdere og demonstrere både validitet og reliabilitet i studier (Malterud, 2017, s. 23-24; Nyeng, 2012, s. 105-106). Under defineres begrepene kortfattet ut fra Malterud (2017) og Nyeng (2012):

##### *4.9.1 Validitet*

Validitet refererer til graden av nøyaktighet og gyldighet av en studie, forskningsmetode eller ved bruk av et måleinstrument. I hovedsak handler det om hvorvidt det man måler, faktisk måler det man ønsker å måle eller tror man måler (Nyeng, 2012, s. 109). En studie eller et måleinstrument er betraktet som valid når det måler det det er ment til å måle. Det finnes flere typer validitet, blant annet intern og ekstern validitet, begrepsvaliditet, innholdsvaliditet, kriterievaliditet og konstruktvaliditet. Det største skillet går mellom intern og ekstern validitet. Den interne validiteten forteller noe om hvilke relevans det man måler har, og den eksterne handler om hvorvidt det man måler kan overføres til andre sammenhenger (Malterud, 2017, s. 23-24).

Jeg har gjennom intervjuene målt sykepleiernes erfaringer av eget arbeid, hvilket var det jeg i utgangspunktet ønsket å måle. Den interne validiteten viser seg i funnenes relevans til oppgavens forskningsspørsmål, og sammenhengen det har med oppgavens teoretiske rammeverk og tidligere forskning. For å gjennomføre studien på best mulig måte, ble det avholdt intervjuer på sykepleiernes arbeidsplass i fem av seks tilfeller. Den enkelte sykepleier antas til å lettere kunne oppleve en avslappet holdning i samtalen, da de befant seg i trygge omgivelser på egen arbeidsplass. Men opplevelsen av å sitte i uniform og skulle representere tjenesten de arbeidet i kan ha hatt noe motsatt innvirkning. Jeg har på bakgrunn av dette reflektert over at deltakerne kan ha vært noe begrensede i uttalelser og snakket mindre fritt enn om de hadde vært på privaten. De hadde likevel mulighet til å komme med den informasjon som oppleves passende, og oppfølgingsspørsmål ble tilpasset samtalen, slik at det ble gått i dybden. Man vil på grunnlag av dette anta å sikre god intern validitet, da intervjuobjektet snakket fritt.

Oppgavens eksterne validitet kan ses på som svak da det bare var seks deltakere i forskningen, og informasjonen som har kommet frem ikke kan anses som overførbar til andre fengselshelsetjenester da de driftes av ulike kommuner og med ulikt kunnskaps- og ressursgrunnlag. Oppsummert er validiteten preget av at funnene ikke er representative ut over oppgavens utvalg.

#### *4.9.2 Reliabilitet*

Reliabilitet angir konsistensen og påliteligheten av resultatene eller målingene. Det referer til hvorvidt en studie, eksperiment, forskning eller test vil gi de samme resultatene eller målingene under lignende forhold ved gjentatte forsøk. Hvis en metode er pålitelig, kan man stole på at den gir konsekvente resultater over tid. Reliabilitet kan påvirkes av faktorer som testens stabilitet og pålitelighet fra målingene (Nyeng, 2012, s. 105-106).

Oppgavens reliabilitet styrkes ved at jeg har seks perspektiver på fenomenene som blir nevnt. I kap. 1.3 nevnes det at jeg har kjennskap til arbeid innenfor fengselshelsetjeneste fra tidligere arbeid, hvilket kan påvirke reliabiliteten i positiv og negativ retning. Erfaringen kan føre til en opplevelse av trygghet hos deltakeren, da det kan være lettere å sette ord på situasjoner til noen som har kjennskap til hva det handler om. På den andre siden kan informasjonen deltakeren gir være farget av at jeg som forsker har egen erfaring å sammenligne svarene opp

med, og at deltakerne derfor svarer ut fra mine interesseområder. Dette er noe jeg har betraktet under innsamling og analysering av datamateriell, blant annet ved å stille åpne spørsmål, holde meg til intervjuguide og evt. oppfølgingsspørsmål. Etersom jeg har reflektert over og vært bevisst på egen rolle og relasjoners innvirkning på utvikling av data kan jeg ha styrket studiens reliabilitet. Jeg har tatt høyde for at jeg som forsker ikke nødvendigvis har klart å formidle spørsmålene på en god nok måte, og at deltakerne derfor kan ha tolket spørsmålene annerledes enn meg. Dersom dette er tilfelle, vil det bli gjort rede for i konklusjonkapittelet.

#### **4.10 Nødvendige godkjenninger og personvern hensyn**

Før arbeid med datainnsamling kunne påbegynnes, ble det sendt inn informasjonsskriv og prosjektskisse til SIKT, for godkjenning til å gjennomføre forskning. SIKT er kunnskapssektorens tjenesteleverandør, tidligere NSD. SIKT sørger for at data om mennesker og samfunn kan hentes inn, bearbeides, lagres og deles trygt og lovlig (sikt.no, 2024). Den samme informasjonen ble også sendt til FEK, som er fakultetets komite for etisk godkjenning av forsvarlighet i forskningsprosjekter utført i regi av Fakultetet for helse- og idrettsvitenskap ved Universitet i Agder. Begge søknadene ble innvilget og ligger vedlagt i oppgaven (vedlegg 2 og 3).



## **5.0 Funn og resultater**

I dette kapitlet gjengir jeg hovedfunnene i min datainnsamling. Kapitlet starter med en presentasjon av hvordan sykepleierne kartlegger og avdekker selvmordsrisiko. Deretter kommer informasjon om hvilke tiltaksarbeid som blir satt i gang. Kapitlet rundes av med sykepleiernes opplevelse av egen kompetanse på området. På den måten legger jeg opp til å besvare oppgavens tre forskningsspørsmål.

### **5.1 Vurdering av selvmordsrisiko hos innsatte**

Når mennesker blir satt inn i fengsel, på dom eller i varetekt, vil de møte fengselsbetjenter og førstebetjenter for en samtale i mottaksavdelingen. Samtalen skjer umiddelbart etter ankomst, og lengden på samtalen reguleres ut fra når på døgnet de ankommer. På nattetid gjennomgår Kriminalomsorgen de mest sentrale spørsmålene rundt innsattes helsetilstand og tar en selvmordsvurdering, for å så følge opp resterende kartlegging påfølgende dag. Betjentene gir helseavdelingene beskjed om ankomst av nye fanger, resultatet de fikk i kartleggingen, og ber om videre oppfølging og kartlegging av helsesituasjon. I et av fengslene fortalte en sykepleier det slik: «Betjentene tar en vurdering nede i mottakelse, så blir det formidlet, er ikke helse til stede så kontakter de legevakt for å få en vurdering» (Deltaker 3). Utsagnet forteller om oppfølgingen som gis når fengselsbetjentene avdekker selvmordsrisiko hos en ny-innsatt og helseavdelingen er stengt for dagen. Dette var praktisert likt i alle fengslene deltakerne jobbet i.

Tilgjengeligheten på helsetjenestene varierte ut fra fengslenes størrelse, antall fanger og sikkerhetsnivå. Samtlige fengselshelsetjenester var tilgjengelig på dagtid på virkedager, og stengt i helger og helligdager. To av dem var åpne mandag til fredag og de to andre hadde åpent tre dager i uken. Alle hadde tilgang på legetjeneste ukentlig. Tilgjengeligheten på tjenester fra psykolog og psykiater varierte noe.

Innsatte mottar ved innsettelse en forespørsel om de ønsker en kartleggingssamtale med sykepleier fra fengselshelsetjenesten. Samtalen har fokus på psykisk og fysisk helse og avdekker behov for medisinsk oppfølging. De kunne velge å avslå forespørselen. En av sykepleierne uttrykker at det er svært sjeldent de innsatte avslår, hvilket ser ut til å være gjennomgående i alle fengselshelsetjenestene. I forkant av samtalen gjennomgår sykepleieren et samtykkeskjema som innsatte signerer om de godtar forespørselen. En av deltakerne

forteller at samtykkeskjemaet de benytter kan regulere instansene den innsatte ønsker at fengselshelsetjenesten skal dele informasjon med. Som for eksempel regulere informasjonsflyten mellom fengselshelsetjenesten og Kriminalomsorgen, ev. andre samarbeidende instanser innenfor og utenfor fengslets murer. Samtykkeskjemaene blir benyttet for å ivareta fangenes rett til personvern.

Innkomstsamtalene/kartleggingssamtalene til fengselshelsetjenestene blir bekreftet av alle deltakerne til å skje innen 24 timer etter innsettelse, så lenge innsettelsen ikke forekommer på helg og helligdager. Samtalen blir da en prioritert oppgave førstkommende virkedag. I et av fengslene fortelles det at de nylig har etablert en oppfølgingssamtale med samtlige innsatte som foregår fjorten dager etter innkomstsamtalen. Det ses på som en variasjon sammenlignet med oppfølgingen hos de andre fengselshelsetjenestene.

Fengselshelsetjenestene har alle egenproduserte innkomtskjemaer som gjennomgås i samtalen. Kartleggingsskjemaene spør om tidligere selvmordsproblematikk, tanker om selvmord og opplevelse av nåværende situasjon. Sykepleierne vektlegger spørsmål rundt risikofaktorer som forsterkes når mennesker settes inn i fengsel. En av sykepleierne fortalte at de har ekstra fokus på fanger under 25 år, tidligere selvmordsforsøk, type lovbrudd og varetektsfengslede. Når mennesker er siktet for lovbrudd, og avventer eventuell dom, blir noen av dem fengslet og satt varetekt av politiet. Varetekt kan oppleves uforutsigbart da det foreligger lite informasjon om fremtiden. En annen sykepleier forteller om varetekt som risikofaktor slik «Det er jo klart det at når de kommer inn i varetekt så er de sikta for noe, også blir de sperra inne, da florerer jo tankene» (Deltaker 6). Tre av sykepleierne forteller om økt fokus på fanger som sitter på isolasjon og/eller under brev og besøksforbud, en sier:

Ved nyinnsettelser eksempel, psykisk syke som ikke er helt kompetente til å se sitt eget beste, folk som sitter isolert, i ukjente, vet ikke hva det ukjente vil bli, veldig bekymra for videre, da er det jo sånn at vi går inn på slike spørsmål. (Deltaker 5).

Utsagnet forteller om situasjoner hvor det er ekstra fokus på selvmordsavdekking, og om uroen som kan oppstå ved isolasjon.

Innkomstsamtalen avdekker eventuell avhengighetsproblematikk, farmakologisk behov, somatisk behov og psykisk helse. Flere av sykepleierne sa de stilte spørsmål som «Har du et

ønske om å ta ditt eget liv?», «Har du tidligere forsøkt å ta selvmord?», «Er det fare for at du kommer til å skade deg selv?», «Finner du grunn til å leve?», «Har du tenkt på hvordan du ønsker å ta ditt eget liv?». En av deltakerne delte sine tanker rundt dette:

Ofte så er man jo litt redd for å spørre egentlig, men at man må tørre å være litt ærlig, ja og høre om de, om det er sånn at de har konkrete planer også, eller bare for å finne ut litt hvor alvorlig det er på en måte. (Deltaker 1).

En sykepleier forteller at de tar i bruk et mer detaljert kartleggingsskjema rundt selvmordsrisiko, dersom de får ja på noen av de overstående spørsmålene. De går da dypere inn i selvmordsproblematikken, og kobler på lege og psykolog for videre vurdering av tilstand og oppfølging. Oppfølgingen med ytterligere kartleggingsskjema ser ut til å være unik for den ene fengselshelsetjenesten, da de andre deltakerne henviste til et kartleggingsskjema/innkomstskjema.

Kartleggingen tar ikke bare utgangspunkt i hva fangene kommuniserer verbalt. To av sykepleierne forteller om observasjoner av non-verbale kommunikasjon, en ordlegger seg slik:

Det er ikke bare ordene vi vurderer ut fra, men vi vurderer jo også ut fra hvordan de sitter, blikkontakt, hvordan de, kan sitte rolig, eller forteller de åpent om ting, eller prøver de å late som at ingenting er galt, har de stemmer i hodet. (Deltaker 4).

Det fortelles av tre av sykepleierne at non-verbale observasjoner er med på å bekrefte/avkrefte om det fangene sier er fortrolig, eller om sykepleierne bør ane fare for at det foreligger en ukjent risiko. Sykepleierne forteller om opplæring i sin utdanning til å se sammenheng med kroppslige uttrykk og ord. En sykepleier sier at de etablerer økt oppfølging rundt innsatte dersom de benekter for suicidale tanker og ønsker, men samtidig oppleves motorisk urolige og avvisende. Avdekkingen av selvmordsrisiko blir benevnt som kompleks og utfordrende hos samtlige deltakere.

### *5.1.1 Avdekking utenom fengselshelsetjenestens åpningstider*

I tilfeller utenfor fengselshelsetjenestens åpningstider, forteller alle deltakerne at legevakt bistår betjenter med kartlegging av selvmordsrisiko. I tre av de fire fengslene kommer

legevaktslege inn i fengslet for å ta vurdering av innsatte. Dette kunne forekomme i det siste fengslet også, men ofte ble fangene ble fremstilt til den lokale legevakten. Det bekreftes av alle sykepleierne at dersom innsatte ytrer tanker som kunne tyde på akutt selvmordsrisiko, når fengselshelsetjenesten ikke er tilgjengelig, ble legevakt kontaktet på automatikk. Ved et av fengslene fortelles det at oppfølgingen som gis av legevakten varierer mellom å være medikamentell behandling og videre henvisning til akutt-ambulant team (AAT) for vurdering av innleggelse på psykiatrisk døgnpost.

### *5.1.2 Innsattes mulighet til å ytre behov for helsehjelp*

Fangene kommuniserer ofte hjelpebehov gjennom betjentene, ettersom de har tette og hyppigst kontakt med dem i løpet av dagen. Deltakerne forteller at fangene kan oppleve det utfordrende å fortelle om sitt behov for helsehjelp til en betjent for at betjenten deretter skal videreformidle til helsetjenesten. Fengslene har derfor ulike måter fangene kan kontakte fengselshelsetjenesten direkte uten at fengselsbetjentene mottar informasjonen. Tre av deltakerne fortalte om lappesystem mellom innsatte og fengselshelsetjenesten. Fangene skrev lapper som ble lukket sammen og gitt til betjent som overleverte til helsetjenesten, eller til helsetjenestens posthylle. I et av fengslene hadde fangene mulighet til å legge lappene direkte i fengselshelsetjenestens posthylle, grunnet lavsikkerhetsnivå. Fangene kunne formidle ønske om kontakt, eller skrive detaljert om hva de ønsket.

To sykepleiere forteller at innsatte kunne skrive seg opp på liste, og at fengselshelsetjenesten tok kontakt med dem. De fortalte at listen ble sjekket hver morgen fengselshelsetjenesten kom på jobb. Den siste deltakeren delte informasjon om et digitalt kommunikasjonssystem som ble benyttet. Fangene kunne be betjentene om å få benytte en digital vegg-montert tavle hvor de personlig logget seg inn, og sendte forespørsler til ulike instanser i fengslet. Både den digitale kommunikasjonsmetoden og lappesystemet ble sjekket daglig av sykepleierne. Alle deltakerne bekreftet at fangene fikk tilbakemelding på sin forespørsel innen 24 timer etter henvendelsen, så fremt de tok kontakt på virkedager. «Hvis det er mye trøkk så må jeg føre noen over til dagen etter, men det er ikke lang tid, de må ikke vente i flere dager» (Deltaker 3). Utsagnet bekrefter at fangene mottok tilbakemelding på sin forespørsel raskt, gjerne samme dag som forespørselen var mottatt, eller påfølgende dag. Ved alle fengslene hadde innsatte muligheten til å be betjentene kontakte fengselshelsetjenesten. De tok da ofte kontakt pr. telefon. De fleste sykepleierne fortalte at de vurderte alvorlighetsgraden av

oppfølgingsbehovet ut fra forespørselen, men at fangene aldri måtte vente lengre enn to dager for oppfølging eller tilbakemelding

### *5.1.3 Oppsummering*

Gjennom deltakernes uttalelser ser man både at fengselsbetjenter og sykepleiere arbeider for å avdekke selvmordsrisiko hos innsatte i fengsel. Fengselsbetjenter bistår med den første kartleggingen ved innsettelse, og arbeider jevnt med å observere fangene og holde løpende dialog med helsetjenesten om eventuelle atferdsmessige endringer eller utsagn. Alle fengselshelsetjenestene avdekker selvmordsrisiko ved å spørre innsatte direkte i innkomstsamtaler, observere innsattes non-verbale kommunikasjon og ved å følge opp innsatte som befinner seg innenfor risikozonen. Sykepleierne avdekker også selvmordsrisiko i ordinære samtaler med innsatte, og gjennom innsattes forespørsler om oppfølging og hjelp. De må i noen tilfeller benytte seg av tilsynslege, legevakt og AAT. Behandlende lege avgjør behov for videre oppfølging.

## **5.2 Oppfølging av innsatte med selvmordsrisiko**

Samtlige deltakere fortalte om rask påkobling av hjelpeapparat og iverksetting av tiltaksarbeid ved funn av selvmordsrisiko. Deltakerne omtalte dette som en av de viktigste fasene i arbeidet for å forebygge et eventuelt selvmord. Jeg har nedenfor forsøkt å gi en oversikt over ulike tiltak som ble benyttet av fengselshelsetjenestene.

### *5.2.1 Legetilsyn*

Etter avdekking av selvmordsrisiko iverksatte sykepleierne tiltak for å hjelpe innsatte med selvmordstankene. I samtlige fengselshelsetjenester startet sykepleierne med å kontakte lege for vurdering av situasjonen. De dagene fengselslege ikke var direkte tilgjengelig, kontaktet de tilsynslege eller legevakt for vurdering av videre oppfølging. Alle deltakerne fortalte om legevakt i nær avstand til fengslene. Som gjennomgående lik prosedyre hos i alle, foretok legen en samtale med den innsatte, med utgangspunkt i kartleggingen sykepleierne hadde gjort. Legen vurderte hvilke hjelpebehov fangen hadde, om det forelå akutt fare for suicid, behovet for henvisning til psykiatrisk døgnoppfølging, behov for psykologoppfølging, og hvilke umiddelbare hjelpetiltak som skulle iverksettes i fengslet.

### *5.2.2 Sikkerhetscelle og særavdeling*

Parallelt med at sykepleierne kontaktet lege, fortalte også tre av dem at den innsatte i slike situasjoner kunne bli overført, frivillig eller under tvangsvedtak, til en annen celle enn tidligere kjent. Sykepleierne informerte Kriminalomsorgen om resultatet av kartleggingen. Dersom Kriminalomsorgen anså det som strengt nødvendig å hindre den innsatte i å skade seg selv eller andre, eller hadde utført forsøk på selvskading, tok de valg om å iverksette tvangsvedtak, og flytte vedkomne fra ordinær celle til sikkerhetscelle. Det kom ikke frem informasjon om hvor hyppig sikkerhetscelle ble benyttet som selvmordsforebyggende tiltak, men to av sykepleierne sa at Kriminalomsorgen benyttet sikkerhetscelle i de fleste tilfeller hvor det ble avdekket en konkret plan om selvmord. Deltakerne informerte om at sikkerhetsceller har pustesensorer slik at Kriminalomsorgen konstant kunne kontrollere livstegn. Cellene oppgis til å være utstyrt med en seng, og ellers fullstendig strippet. En av sykepleierne fortalte at flere fanger hadde gitt tilbakemelding om at de opplevde det inngripende å bli flyttet til sikkerhetscelle. De påpekte en ytterligere opplevelse av frihetsberøvelse, utenforskap og isolasjon som medførte tankekjør, og noen dager et forsterket selvmordsønske.

Oppholdet på sikkerhetscellen varierte ut fra fangens situasjon. To av sykepleierne sa at oppholdet sjeldent varte lengre enn en til to dager. Tre sykepleiere fortalte om situasjoner og utfordringer knyttet til manglende tilgang på sikkerhetscelle og at Kriminalomsorgen i disse tilfellene vurderte å overføre fanger til annet egnet fengsel. En av sykepleierne fortalte om overføring til særavdeling som selvmordsforebyggendetiltak, da dette ble ansett som mildere og friere enn sikkerhetscelle. Fangene kunne selv samtykke til overføring, og tvangsvedtak var da ikke nødvendig. Særavdelingen hadde flere betjenter tilgjengelig, og gav tettere oppfølging til innsatte enn på ordinære avdeling.

### *5.2.3 Tilsyn hos innsatte*

Tilsyn ble i alle fengslene benyttet som oppfølgingstiltak. De ble primært utført av Kriminalomsorgen. Tilsynene ble satt inn som tiltak uavhengig av avdeling eller celle. Det forekom tilfeller hvor innsatte fikk muligheten til å være på celle i felleskapsavdeling, med ytterligere oppfølging og tilsyn. Betjentenes vurderinger og uttalelse fra helseavdelingen avgjorde hyppigheten på tilsynene. To av deltakere fortalte om tilsyn utført av fengselsbetjenter hvert kvarter, og en gang i timen på nattestid. Andre nevnte tilsyn hver

halvtime gjennom hele døgnet. Når innsatte var underlagt tilsyn trappet fengselshelsetjenesten opp sin oppfølging. Alle sykepleierne fortalte at de var i jevnlig kontakt med fangene, og for fire av sykepleierne var det daglig oppfølging. De kontaktede innsatte ved tilsyn eller pr. tlf. for å høre innsattes opplevelse av egen helse. Samtlige deltakere bekreftet at fengselshelsetjenesten foretok tettere oppfølging hos innsatte på sikkerhetscelle. De informerte om at de så og snakket med den innsatte hver dag. I samtalen foretok de en vurdering om nødvendig helsehjelp var tilstrekkelig. To av deltakerne fortalte at vurdering om nedtrapping eller avslutning av tilsyn alltid lå hos helsetjenesten. En sa det slik:

Det er alltid helse som tar en vurdering hvis eller når tilsynene skal oppheves eller endres. Det er klart de kan øke hyppigheten hvis de ser at det trengs, men for å avslutte så er det nå bestemt at det er helse, eller da lege som skal si at nå opphører tiltakene. (Deltaker 5).

Utsagnet bekrefter at Kriminalomsorgen hadde myndighet til å foreta økning på hyppigheten av tilsynene, men ikke avgjøre avslutning, uten at det har vært vurdert av fengsels- eller tilsynslege.

#### *5.2.4 Tiltaksliste og avtaler*

I ett av fengslene førte sykepleiernes tilbakemeldinger til at fengselsbetjentene registrerte fangene på en «tiltaksliste» som ble fult opp av Kriminalomsorgen. Tiltakslisten beskrev oppfølgingen betjentene skulle utføre. Oppfølgingen kunne innebære samtaler, tilsyn og aktivisering. Sykepleierne avklarte videre oppfølging med betjentene før de reiste for dagen. Betjentene som opplevde behov for bistand etter helsetjenesten hadde gått, måtte kontakte legevakt som vurderte påkobling av AAT for videre vurdering av innleggelse i psykiatrien. To av sykepleierne snakket om hvordan de inkluderte fangene i avklaringen av videre oppfølging, en av dem sa: «Man vurderer det jo litt sånn sammen da, hva tenker du er best for deg? da klarer de til tider å sette ord på det selv» (Deltaker 6). Uttalelsen bekrefter hvordan sykepleieren legger til rette for at innsatte skal oppleve medvirkning og autonomi i oppfølgingen.

Alle sykepleierne fortalte at de satt opp avtaler om videre oppfølging med fangene i dagene etter kartleggingen, dersom fangene ønsket. Det uavhengig av hvilken avdeling fangene befant seg på. Noen fulgte opp med ukentlige samtaler og tre av sykepleierne fortalte at de

hadde samtaleoppfølging daglig når fangene opplevde utfordringene som verst. En formulerte det slik:

Så er det jo på en måte å følge de tett, gjerne lage en avtale på at nå kommer jeg her igjen i morgen, så tar vi en prat igjen da [...] vi prøver jo å følge de så tett, så tett vi kan. (Deltaker 2).

Slik bekreftet hun at det å lage avtaler bidro til trygging av de innsatte, og at tett oppfølging kan bidra til avdekking av endring i helsetilstand.

#### *5.2.5 Veiledning og oppfølging av spesialisthelsetjeneste*

Fire av sykepleierne fortalte at de søkte veiledning og råd hos fengselspsykolog og spesialisthelsetjeneste. Informasjonen delte de med betjentene, og de vurderte sammen hvilken oppfølging som var best i situasjonen. Sykepleierne fortalte også om henvisning til psykolog og psykiater som tiltak. Innsatte måtte da først bli vurdert av fengselslege, tilsynslege eller legevakt. Behandlende lege sendte henvisning til spesialisthelsetjeneste om behov for videre oppfølging. Samtlige av sykepleierne fortalte om dette tiltaket som et av de vanligste tiltakene for oppfølging.

#### *5.2.6 Oppsummering*

Alle deltakerne nevnte lignende tiltak for å best mulig ivareta innsatte med selvmordsrisiko. Samtlige fortalte om oppfølging av lege, vurdering av overføring til sikkerhetscelle og iverksetting av tilsyn. Foruten om dette ble det i ett av fengslene benyttet «tiltaksliste». Alle sykepleierne forsøkte å lage avtaler om oppfølging med de innsatte, og i flere av tilfellene ble spesialisthelsetjenesten koblet på for terapeutisk arbeid. Fengselshelsetjenestene viste alle til tett samarbeid med Kriminalomsorgen ved iverksetting og oppfølging av tiltaksarbeidet, samtidig uttrykkes viktigheten rundt fengselsleges ansvar for den endelige vurderingen av avslutning av tilsyn og tiltak.



### **5.3 Sykepleiernes opplevelse av egen kompetanse i møte med innsatte med økt selvmordsrisiko**

Flere av deltakerne fortalte om en opplevelse av at kunnskap og tjeneste ikke strekker til i selvmordsforebyggende arbeid, og en sa: «Vi kan ikke ivareta de her, også er det ingen, vi føler litt som at ingen vil ta ansvaret for de» (Deltaker 3). Utsagnet forteller om en opplevelse av at egen tjeneste ikke strekker til, og at spesialisthelsetjenesten ikke alltid bistår. Hun trekker frem utfordringen med at lov om psykisk helsevern og straffeloven spriker når det kommer til fangers psykiske helse. Utfordringen bekreftes av alle, og fire av deltakerne sier det er tærende på opplevelsen av eget arbeid, da de mener spesialisthelsetjenesten innehar spesialisert kompetanse på området.

Samtlige deltakere informerte at de gjennom sin grunnutdanning og spesielt videreutdanning dannet kunnskap om selvmord og selvmordsproblematikk. Halvparten fortalte om en opplevelse av mangelfull opplæring om tematikken på sin grunnutdanning i sykepleie. Det påpekes hos en av dem:

Hverken jeg eller min kollega er psykiatriske sykepleiere, i den utdanningen er det jo mere informasjon om det, men vi har liksom lest oss opp litt sjøl, og det er litt tilfeldig. Jeg syntes det er for dårlig utrustning av oss som helsepersonell, rett og slett. (Deltaker 4).

Utsagnet sier noe om hvordan de underveis i arbeidet tilegner seg tilfeldig kunnskap om utfordringene de står i, og at hun mener kompetanse om psykisk helse burde hatt mer fokus i helsefaglige grunnutdanninger.

Sykepleierne forteller om økende utfordringene med psykisk sykdom, og i ett av fengslene uttaler en sykepleier at alle innsatte på daværende tidspunkt slet med sin psykiske helse. Alle deltakerne sier de ønsket mer kursing og informasjon, og en deltaker sa: «Jeg føler at vi kommer litt til kort, hvert fall med den utdannelsen som jeg har» (Deltaker 3). Hun bekrefter med dette at hennes opplevelse av egen kompetanse ikke er tilstrekkelig til arbeidet. En annen forteller at arbeidet ikke bare utfordrer kompetansen hennes, men forandrer henne som menneske. Fire av sykepleierne fortalte at man må være tøff for å stå i arbeidet, og at

manglende kompetanse og økende behov for oppfølging fører til at de er slitne da jobben krever mye av dem.

To av sykepleierne hadde tidligere gjennomgått kursing i temaet, i regi av kommunehelsetjenesten, mens bare en av de seks deltakerne uttalte at de har hatt kompetanseheving innenfor området i nåværende arbeid. Flere av sykepleierne ytrer tanker om et felles kunnskapsgrunnlag med fengselsbetjenter. Det trekkes frem tilegning av erfaringsbasert kunnskap fra det daglige arbeidet hos alle, og de forteller at de stadig danner seg ny kunnskap på området. En forteller: «Heldigvis så har jeg erfarne kollegaer, og det er veldig fint å kunne prate sammen om ting, og lære litt fra de også» (Deltaker 1). Her påpekes det hvordan samarbeid sykepleierne imellom bidrar til økt kompetanse.

Ved tre tilfeller kom det frem usikkerhet om hva slags kompetanse en fengselssykepleier burde inneha. Det konkluderes med at ansatte som jobber med fengselshelse må evne å passe på seg selv, ha god kjennskap til psykisk helse- og lidelser, være bevisst i egne valg, og holde redsel på avstand. En sykepleier avsluttet slik:

Det er vanskelig å få sykepleiere til å jobbe i fengsel, fordi det er så mange som syntes det er skummelt. Vi sitter her alene med folk som er drapsmenn og mye større enn oss, så det er ikke noe rart at mange kvier seg for denne jobben. Du må rett og slett være litt tøff. (Deltaker 4).

Utsagnet bekrefter mange av utfordringene fengselssykepleierne opplever i sitt arbeid. Hun peker på at kompetansen de innehar ikke bare beror på fagkunnskap, men også på personlig egnethet og mental styrke.

Oppsummert ønsker samtlige av fengselssykepleierne kompetanseheving på feltet. Deltakerne opplevde gjennomgående mangelfull opplæring i grunnutdanningen, og så at egen kompetanse ikke strakk til. De pekte på konsekvensene av manglende kompetanse og uttrykte tanker om egen arbeidssituasjon som tyngende.

#### **5.4 Sammenfattende hovedpoenger**

Innenfor fengselshelsetjenestenes arbeidstider bidrar sykepleierne til å avdekke selvmordsrisiko hos innsatte i fengsel. Det gjøres ved å kartlegge risikofaktorer hos fangene ved innsettelse i fengsel. Sykepleierne mottar bistand av fengselsbetjenter til å observere endringer i fangenes helsetilstand fortløpende under soning. De iverksetter tiltak i samråd med lege og Kriminalomsorg. Tilsyn, bruk av sikkerhetscelle og henvisning til spesialisthelsetjeneste blir nevnt som de mest brukte tiltakene. Avslutningsvis delte sykepleierne tanker om egen kompetanse, og det kom frem etterspørsel og behov for kompetanseheving på området.

## 6.0 Diskusjon

I dette kapittelet diskuterer jeg funnene jeg presenterte i kapittel 5 mot bakgrunn for valg av tema, forskningsspørsmål, og lovverk som nevnt i kapittel 1, tidligere forskning fremstilt i kapittel 2, og oppgavens teoretiske rammeverk (kapittel 3). Funnene vil bli drøftet i lik rekkefølge og kategori som i tidligere kapittel. Målet med kapittelet og diskusjonene som kommer frem er å se hvordan funnene mine harmonerer, utvider, bekrefter eller avkrefter eller står i motsetning til teorien og den tidligere forskningen jeg har funnet. Problemstillingen som diskuteres er: Hvordan beskriver sykepleiere i fengselshelsetjenesten at de avdekker og forebygger selvmord hos innsatte, og hvilke refleksjoner gjør de seg rundt dette arbeidet?

### 6.1 Hvordan blir selvmordsrisiko hos innsatte vurdert av sykepleiere i fengselshelsetjenesten?

Undersøkelser viser at 230 av 930 norske fanger i 2006 mottok oppfølging for psykisk uhelse (Kjeldsberg et al., 2006, s. 1). Nyere forskning deler tall over økt andel psykiske lidelser blant fengselspopulasjonen (Svendsen et al., 2023), og det ses en sentral sammenheng mellom selvmord og psykisk lidelse (Vanhaesebrouck et al., 2022, s. 4-8). Selvmord kan ses på som en handling som følge av en flerdimensjonal krisetilstand (Shneidman, 1996, s. 4). Det å bli satt inn i fengsel kan for mange oppleves inngripende og føre til opplevelse av tap av kontroll, relasjoner, verdier, og etablerte tanker om en uforutsigbar fremtid. Når mennesker opplever slike endringer, oppstår det en risiko for å utvikle selvmordstanker. Innsettelse i fengsel anses derfor som en risikofaktor for selvmord, og innsattes helsetilstand må i denne forbindelse kartlegges grundig for å kunne gi riktig helsehjelp (Hammerlin, 2010, s. 23-25).

#### 6.1.1 Inkomstsamtaler og kartlegging

Fengselshelsetjenestene plikter å gjennomføre en vurderingssamtale med innsatte, så lenge fangene ønsker det (Helsedirektoratet, 2016, s. 2). Funnene i oppgaven viser at kartlegging av innsattes helsetilstand gjennomføres som inkomstsamtaler hos samtlige av deltakerne. Over en femtedel av de 62 fengselsselvmodene som Bukten & Stavseth undersøkte, ble utført den første uken av soningen (Bukten & Stavseth, 2021, s. 1077-1078). Lignende funn viste seg i undersøkelsen av selvmord i franske fengsler i 2017- 2018 (Vanhaesebrouck et al., 2022, s. 4-8). Funnene viste at det forelå klare planer for gjennomgang av psykisk og somatisk helse, og samtlige deltakere fortalte at inkomstsamtalen var en prioritert arbeidsoppgave. Alle

sykepleierne hadde kjennskap til prosedyrer for videre oppfølging ved avdekking av selvmordsrisiko i vurderingssamtalen.

Shneidman dannet en oversikt over vanlig karakteristika hos selvmordstruede. Punktene brakte forståelse for individets opplevelse av tanker og mening til omverden (Shneidman, 1996, s. 130-131). Kjennskap til denne karakteristikken kan bidra til raskere avdekking av selvmordsrisiko, og gjøre det lettere for helsearbeidere å se sammenheng i innsattes opplevelse av uoppfylte behov og livsmotivasjon. I innsamlingssamtalene kom det frem at sykepleierne spurte innsatte om spørsmål som kunne relateres til økt selvmordsrisiko, videre omtalt som risikofaktorer. Shneidman omtalte risikofaktorene som situasjonelle, viljemessige, relasjonelle, serielle, affektive og kognitive (Shneidman, 1996, s. 130-135). Grupperingene kan ses igjen i det Hammerlin beskriver som risikofaktorer for selvmord hos fengselsinnsatte (Hammerlin, 2018, s. 17-19).

Sykepleierne delte informasjon om hvordan de anså uro og psykisk ubehag (situasjonell og relasjonell) som en risikofaktor. De stilte direkte spørsmål om selvmordstanker- og planer for å avdekke det kognitive og viljemessige aspektet. En av sykepleierne informerte om fokus på førstegangsinnsatte og unge under 25 år, da det ble ansett til å være sårbare grupper som lett kunne handle i affekt. Antagelsen bekrefter Bukten & Stavseth (2021) i sin forskning. Det ble satt ekstra fokus på innsatte i varetekt da de opplevde uforutsigbare dager og hadde manglende opplevelse av kontroll over fremtiden (situasjonelle). Disse risikofaktorene støttes av forskning til å være hensiktsmessige å kartlegge i selvmordsforebyggende arbeid. Både i Vanhaesebrouck et al., og Hammerlin sine rapporter har de nevnte risikofaktorene vist seg å være tilstedeværende faktorer i en stor andel av selvmordene i fengsel de siste ti årene (Vanhaesebrouck et al., 2022, s. 4-8; Hammerlin, 2018, s. 12-14). 48,5% av selvmordstilfellene i franske fengsler i perioden 2017-2018 skjedde i varetekt (Vanhaesebrouck et al., 2022, s. 2-6). En av deltakerne påpekte hvordan innsattes tanker florer ved å sitte i varetekt og avvente tilbakemelding om fremtiden. I slike situasjoner kan det oppstå «psychache», en uutholdelig følelse av psykisk smerte (Shneidman, 1996, s. 12-13). Måten fengselshelsetjenesten sørger for å vurdere det serielle aspektet ved å spørre om tidligere selvmordstanker, forsøk og relaterte opplevelser, ses til å være effektivt i arbeid med avdekking av selvmordsrisiko. Dette i lys av at alle aspektene i Shneidmans selvmordskaraktistika, og risikofaktorene til Vanhaesebrouck et al. og Hammerlin blir belyst direkte eller indirekte i innsamlingssamtalen.

### *6.1.2 Tidspunkt for kartlegging*

Det vurderes svært nødvendig at fengselshelsetjenesten engasjerer seg i kartlegging av innsattes helsetilstand tidlig i soningsforløpet da flere studier, som nevnt viser til de første ukene etter innsettelse som mest kritiske for selvmord (Bukten & Stavseth, 2021, s. 1077-1078; Hammerlin, 2018, s. 15-16; Vanhaesebrouck et al., 2022, s. 4-8). Innkomstsamtalen foregikk tidlig i innsettelsesforløpet, helst innen 24 timer. Den raske utførelsen av innkomstsamtalene får støtte i tidligere forskning, og i veilederen, om at rask kartlegging kan være selvmordsforebyggende (Hammerlin, 2010, s. 23-25; Helsedirektoratet, 2016, s. 19). Deltakerne utførte selvmordsforebyggende tiltak i det forskningen betegner som en kritisk og sentral periode.

Vanhaesebrouck et al. undersøkte sammenhengen mellom kontakt med helsetjenesten og utførte selvmord. De fant at 60% av fangene som hadde tatt sitt eget liv i franske fengsler i perioden 2017 til 2018 hadde vært i kontakt med helsetjenesten en uke i forkant, 61% av disse viste seg å ha en betydelig psykisk lidelse (Vanhaesebrouck et al., 2022, s. 4-8). Forskningen viser hvordan jevnlig vurdering av risiko kan bidra til å avdekke og forebygge utløsende faktorer for selvmord. Fengselshelsetjenestene delte informasjon om at innsatte selv hadde tilgang til å kontakte dem, og at de mottok tilbakemelding innen et døgn. Løsningen er fruktbar for fangene da de har mulighet til å søke hjelp når behov oppstår. Som Hammerlin (2010) nevner, kan det skje store endringer i innsattes helsetilstand under soning. Han viser til punkter i «fangenes tapsliste» som utløsende momenter for behovet for tett oppfølging av helsetjeneste. Listen dannet forståelse av eksistensielle, sosiale og helsemessige utfordringer som kunne oppstå under soning (Hammerlin, 2010, s. 21). Muligheten fangene har til å ytre hjelpebehov fortløpende under soning er en sentral faktor i selvmordsforebyggende arbeid. Deltakerne sa at oppfølgingen som ble gitt varierte ut fra innsattes behov. Dersom det forelå usikkerhet rundt selvmordsrisiko, ble lege raskt koblet inn for videre vurdering og selvmordsforebygging.

### *6.1.3 Utfordringer med kartlegging*

I forkant av Sivilombudets tilsyn i 2023 ble det avdekket økt nivå av selvskading i norske fengsler, men på tross av dette fant ikke Sivilombudet ved sitt tilsyn at problematikken ble kartlagt på et tilstrekkelig og systematisk nivå hverken ved innkomst eller løpende under

soning (Sivilombudet, 2023, s. 10). Avdekkingen kan ses i lys av Hammerlins tidligere funn om gjennomgående kritikk på helsemessig oppfølging (Hammerlin, 2010, s. 24-25). Shneidman (1985) pekte på intens psykiske smerte, «psychache» som en hovedfaktor i selvskadende handlinger. Han rettet fokus mot den enkeltes emosjoner og beskrivelser av egne handlinger som grunnlag for fjerning av smerte (Shneidman, 1985, s. 151). Sykepleierne fortalte at inkomstsamtalene skulle avdekke mer enn åpenbare og bevisste helseutfordringer. Flere av deltakerne viste til spørsmål om avhengighetsproblematikk, farmakologiske behov, somatiske behov og psykiske behov som sentrale punkter i møte med den innsatte. Slike spørsmål kan bidra til å skape et større bilde av en helsetilstand, men en helhetlig forståelse er utfordrende å oppnå. Hammerlin belyste likedan i sine studier at det oppstår utfordringer med selvmordsproblematikk i fengsler da de blir sett på som bare psykologiske eller psykiatriske problemer, og ikke som en helhet, eller ut fra vedkommens opplevelse (Hammerlin, 2018, s. 20). Deltakerne fortalte at de kartla psykologiske utfordringer, men det kom frem lite informasjon om bakgrunnen for utfordringene og sammenhengen med ikke-helserelaterte faktorer. Det kan stilles spørsmål om de ikke i alle tilfeller mestret å avdekke innsattes «psychache», og at kartleggingen derfor ikke var tilstrekkelig, slik Sivilombudet bemerket seg i sin tilsynssak (Sivilombudet, 2023, s. 10). Som et ekstra bidrag i avdekkingen observerte sykepleierne atferden, toneleie, blikkontakt og motorikk i samtalene. En av deltakerne informerte om ny oppfølging og kartlegging fjorten dager etter innsettelse. Alle deltakerne bekreftet at dersom innsatte selv, eller betjenter, tok kontakt vedrørende tema, ble det foretatt ny løpende vurdering. Deltakerens kartlegging ser på den måten ut til å inneha noen av de kravene Sivilombudet peker på som manglende i tilsynssaker de har utført, og til å være en forbedring av funnene Hammerlin tidligere har belyst.

## **6.2 Hvilken oppfølging blir gitt av fengselshelsetjenesten i tilfeller hvor innsatte har økt selvmordsrisiko?**

### *6.2.1 Tilpasning av helsetjenester*

Helsetjenestene i fengsel skal tilpasses den enkelte tjenestemottakers behov etter en foretatt individuell vurdering (Helsedirektoratet, 2016, s. 9). Tapslisten Hammerlin utarbeidet danner et grunnlag til å forstå tjenestemottakers behov og tilpasse hjelpen (Hammerlin, 2010, s. 23). Fengselshelsetjenesten er pålagt samarbeid mellom Kriminalomsorgen, sykepleiere, lege, tannhelsepersonell og spesialisthelsetjeneste. Samarbeidende instanser og profesjoner skal sikre helsefremmende og forebyggende hjelp for innsatte (Helsedirektoratet, 2016, s. 2).

Under avdekking av selvmordsrisiko hos innsatte ble samarbeid en sentral brikke hos sykepleierne da de i mange tilfeller var i behov av legevurderinger. Helsetjenestene ble vurdert av vakthavende lege, og samarbeidende instanser ble koblet på i de tilfeller det var nødvendig for å fylle innsattes hjelpebehov. Samarbeidet og klarering av ansvar ses på som svært viktig i selvmordsforebyggende arbeid da fanger opplyses om å være «kasteballer» mellom psykiatri og fengsel (Hammerlin, 2018, s. 17-19).

En av deltakerne uttalte seg om inkludering av innsatte og ivaretagelse av medvirkning når det ble avklart plan for videre oppfølging av den selvmordsutsatte. I lys av Shneidmans perspektiv på menneskers indre smerte (psychache) som subjektiv og individuell, og utløsende til selvmord, er individuell og tilpasset oppfølging et viktig moment i tiltaksarbeid for selvmordsforebygging (Shneidman, 1985, s. 151). Sivilombudet avdekket at det manglet planer for selvmordsforebygging og oppfølging hos 15 av de 20 fanger som hadde begått selvmord. Flere av de avdøde hadde blitt kartlagt med en økt selvmordsrisiko ved innsettelse (Sivilombudet, 2023, s. 14). Det tolkes at sykepleierne jeg snakket med, tilpasset helsetjenestene til den enkelte og gav oppfølging ut fra behov. Hammerlin (2010) benevner at tett oppfølging og tilpasning av tjenester var rehabiliterende og livreddende. Han argumenterer med at den tette oppfølgingen de innsatte fikk av helseapparatet bidro til overlevelse (Hammerlin, 2010, s. 24-25). Ved avdekking av selvmordsrisiko fortalte sykepleierne at de ble satt inn tilsyn og samtaler av fengselsbetjenter og sykepleiere som forebyggende tiltak. Vurderingene ble tatt ut fra den enkeltes situasjon. Hammerlin belyser at omsorg fra betjenter, medfanger og andre arbeidende i fengslet hadde god innvirkning på selvmordsforebygging (Hammerlin, 2010, s. 24-25). Noen av deltakerne fortalte at Kriminalomsorgen i noen tilfeller satt innsatte på tiltaksliste, dog er det usikkerhet om det er like planer til det Sivilombudet etterlyser i sin rapport. Funnene i oppgaven kan ses i motsetning til Sivilombudets uttalelse, men som livreddende (Hammerlin, 2010, s. 24-25), da samtlige deltakere oppgav av det forelå planer for selvmordsforebygging og oppfølging hos fangene.

De viktigste spørsmålene Shneidman (1996) benyttet seg av i møte med pasientene sine var «Hvor har du vondt?» og «Hvordan kan jeg hjelpe deg?». Spørsmålene gav tilbakemelding og bekreftelse på pasientenes ubehag, og dannet forståelsesgrunnlag for selvmordshandlingene. Hans hoved vurderinger var at handlingen ble gjort for å slippe unna smerte, som reaksjon på fortvilelse og følelsesmessig kaos, opplevelse av isolasjon og ensomhet og ønske om opphør



(Shneidman, 1996, s. 6). En av deltakerne reflekterte over hvordan de i avdekkingsarbeidet viste ekstra omtanke til innsatte som viste tegn til å oppleve de overnevnte utfordringene. Hun sa at de i sitt arbeid tok hensyn til psykisk syke som ble vurdert til å ikke kunne se sitt eget beste, og de som satt isolert og ikke visste hva fremtiden ville bringe, og at hun da stilte spørsmål om hvordan de selv opplevde å ha det. Når det ble iverksatt tiltak som følge av at innsatte ytret selvmordstanker lagde sykepleierne avtaler og inkluderte innsatte i oppfølgingsplanen. Det kan antas at noen av dem benyttet spørsmålene Shneidman anså som viktigst å stille selvmordsutsatte mennesker. De innsatte hadde uttalt at de opplevde trygging når sykepleierne tok dem med i avgjørelser og satt opp jevnlig samtaler og oppfølging. En slik oppfølging møter hjelpebehovet, og benevnes som hensiktsmessig i arbeid med psykiske lidelser i fengselspopulasjonen (Svendsen et al., 2023). Tiltakene kan bidra til å stabilisere innsattes følelsesmessige kaos, fjerne en opplevelse av ensomhet og isolasjon, og skape en forutsigbarhet. Arbeidet sykepleierne utførte kan derfor anses som effektiv selvmordsforebygging i lys av hva Shneidman beskriver som utløsende årsaker til selvmord.

### *6.2.2 Tiltaksplan og spesialisthelsetjeneste som tiltak*

Som et tiltak i arbeid med selvmordsutsatte fanger fortalte en av sykepleierne om Kriminalomsorgens «tiltaksliste». Kriminalomsorgen økte oppfølgingen og de satt inn forebyggende tiltak som tilsyn, samtaler og aktivisering. Denne oppfølging ble ansett som unik i et av fengslene, og det reises spørsmål om hvorfor slike tiltak ikke ble belyst hos de andre deltakerne. Det foreligger usikkerhet om «tiltaksplaner» ikke ble benyttet i de andre fengslene, eller om deltakerne glemte å nevne det. Manglende implementeringen av helsetjenester kan grunne i knappe ressurser, lav prioritering og svak betydning for de ansatte (Ismail & de Viggiani, 2018). Deltakerne uttalte seg ikke om Kriminalomsorgens knappe ressurser, men uttalelser i media kan ses på som bekreftende på dette (Harlem, 2023, s. 6; Stanghelle, 2023; Gullestad & Hovdal, 2023). I Sivilombudets tilsynsrapport fra Bredtveit fengsel våren 2023 står det skrevet at det i perioden fra januar 2022 til mars 2023 bare var mottatt en tiltaksplan tross for en tyvedobling av selvskading i fengslet i løpet av de fire tidligere årene (Sivilombudet, 2023, s. 11). Rapportens og oppgavens funn ser ut til å ha likheter da de fem resterende deltakerne ikke nevnte at innsatte blir satt på «tiltaksplan» i tilfeller hvor det kunne vært vurdert som en nødvendighet for å forebygge eventuelle selvmord i fengselspopulasjonen.

Alle sykepleierne bekreftet at det forekommer tilfeller hvor innsattes helsetilstand endrer seg i løpet av soningen og at det i noen situasjoner blir vurdert at fanger er i behov av innleggelse ved sykehus for bedret helsetilstand. Endringen samstemmer med Hammerlin sine observasjoner (Hammerlin, 2018, s. 10-12; Hammerlin, 2010, s. 21). Innleggelse i psykiatrien blir nevnt som et tiltak i arbeidet med selvmordsutsatte fanger. Handlingen lovreguleres i §13 i straffegjennomføringsloven som bekrefter at innsatte som er i behov av helsehjelp via sykehusinnleggelse ikke får straffavbrudd for dette (Straffegjennomføringsloven, 2001, § 13). Lovteksten kan sikre at nødvendig helsehjelp blir gitt tidligere enn hva som ville vært vurdert dersom helsehjelp utenfor fengslet krevde straffeavbrudd. Terskelen for å sikre at helsetjenestene er tilpasset og av kvalitet antas å være lavere, da andre instanser kan bidra i det selvmordsforebyggende arbeidet. Fengselshelsetjenesten kan i samarbeid yte forsvarlig helsehjelp uten å måtte tilpasse straffegjennomføringen. Dette bare i tilfeller hvor innsatte ikke selv har påført seg skaden eller simulert en hendelse for å unndra seg fengselsopphold (Straffegjennomføringsforskriften, 2020, § 3-6). Deltakerne delte begrenset informasjon om hvordan de oppfattet at de innsatte grunnlag sitt behov for akutt helsehjelp, om det var reelle sykdomsbilder eller om de oppgav falsk informasjon for å komme ut av fengslet. Man kan ut fra oppslag i mediene se at spesialisthelsetjenesten i noen tilfeller vurderer innsatte friske nok til å kunne sone i fengsel, og Kriminalomsorgen vurderer behov for innleggelse i spesialisthelsetjenesten (Gullestad & Hovdal, 2023). Utfordringen nevnes også av Hammerlin, som skriver at innsattes vekslende væremåte kan medføre usikre vurderinger hos helsepersonellet (Hammerlin, 2010, s. 25). Det reises spørsmål om spesialisthelsetjenesten i noen tilfeller avdekker usannheter, og avviser oppfølging av innsatte da de antar at det foreligger ønsker om unndragelse fra fengselsopphold og ikke reell psykisk smerte.

### **6.3 Hvordan opplever fengselssykepleierne sin egen kompetanse til å følge opp innsatte med økt selvmordsrisiko?**

Hammerlin (2010) skriver at helsearbeidere i fengsel bør se et helhetsperspektiv i møte med fengselsinnsatte for å best mulig forebygge selvmord. Han grunnlag dette i innsattes økende behov for oppfølging av psykiske lidelser og innsettelse i fengsel som trigger av psykisk ubehag (Hammerlin, 2010, s. 24-27). Uttalelsene hans gjenspeiler seg i annen forskning gjort i norske og europeiske fengsler, som viser økt forekomst av psykiske lidelser i fangepopulasjonen (Kjeldsberg et al., 2006, s. 1; Svendsen et al., 2023). Shneidman (1993) skapte en måte å se helheten rundt selvmordsutsatte mennesker i det han formidlet hvordan

man kan forstå selvmord som handling. Når man kan forstå hvorfor en handling utføres, kan man arbeide med å dekke de uoppfylte behovene og redusere smerten individet opplever. Et slikt opphør kan medføre et ønske om å overleve (Shneidman, 1993, s. 23-25). Jeg vil videre i oppgaven se hvordan fengselssykepleiernes uttalelser kan bære preg av den helhetlige forståelsen, og hvordan de selv opplever at egen fagkunnskap bidrar i møte med selvmordsutsatte fanger.

### *6.3.1 Helhetlig kompetanse*

For å forbygge selvmordshandlinger og selvpåførte dødsfall uttalte Shneidman (1996) at man må ha kjennskap til hvilke problemer handlingen skulle løse. Han studerte sammenhenger i tidligere selvvalgte dødsfall og anså noen punkter som gjennomgående (Shneidman, 1996, s. 130-131). Fengselssykepleierne kartla innsattes somatiske og psykiske helsetilstand ved innsettelse i fengsel. De dannet da en forståelse av hvilke tanker den innsatte opplevde i øyeblikket, og hvilken erfaring personen hadde i forbindelse med selvmordsproblematikk. Det antas at sykepleierne fikk innblikk i noen av de uoppfylte behovene den innsatte opplevde, men samtidig ikke fikk tilstrekkelig oversikt over bakgrunnen for vedkommendes utholdelige smerte.

Den helhetlige forståelsen tar utgangspunkt i å forstå selvmordet som en frigjørelse fra «psychache». Handlingen kan også være reaksjon på frustrasjon og fortvilelse, og som en komponent av redusert kognisjon og persepsjon. Samt en kombinasjon av alle momentene (Shneidman, 1996, s. 12-13). Fengselssykepleierne fortalte de at de ikke opplevde å ha fått tilstrekkelig opplæring om selvmordsproblematikk i sin grunnutdanning. Veilederen om helse- og omsorgstjenester for innsatte i fengsel formidler at ansatte i fengselshelsetjenesten skal ha spisset kompetanse om helseutfordringer i fengsel. De skal ha kunnskap om kjennetegn for innsattes levekår, helseproblemer og oppvekst- og livssituasjon (Helsedirektoratet, 2016, s. 2). Hammerlins uttalelser bygger under dette. Han sier at det er viktig at de kjenner egen kompetanse, arbeidet de skal utføre, og at de kan mestre å holde fokus (Hammerlin, 2010, s. 24-27). En deltaker uttrykte at hun opplevde å komme til kort med egen kompetanse. Dette fordi hun ikke hadde videreutdanning på området, og at grunnutdanningen i sykepleie ikke var tilfredsstillende i det arbeidet som de var satt til å utføre. Opplevelsen kan trolig forsterke sykepleiernes oppfattelse av redusert kompetanse, og gi store konsekvenser for både innsatte og ansatte. Flere av sykepleierne hadde tatt

videreutdanning innenfor feltet, men informasjonen de deler om selvmordsavdekking ses på tross av dette ikke ut til å treffe alle aspektene Shneidman nevner som nødvendige for å se individet i helhetsperspektiv (Shneidman, 1996, s. 5-6).

### *6.3.2 utfordringer i helsetjenesten*

Implementering av bedre helsetjenester i fengsel blir i forskning sett på som utfordrende da det oppsto utfordringer med knappe ressurser, lav prioritering og manglende opplevelse av betydning (Ismail & de Viggiani, 2018). utfordringene gjenspeiler seg i deltakernes uttalelser. De forteller om stadig økende antall psykisk syke, hvilket vises både i medieoppslag, tilsynsrapporter og forskning (Svendsen et al., 2023; Harlem, 2023, s. 6; Kjeldsberg et al., 2006, s. 1). Deltakerne opplevde egen kompetanse utilstrekkelig og anså problematikken som hyppig. Det er på grunnlag av den økende forekomsten av psykiske lidelser og deltakernes opplevelse av manglende kompetanse, grunn til å tro at innsattes rett til helsehjelp ikke blir tilstrekkelig oppfylt slik som øvrig i samfunnet, da det er en utfordring å møte fangenes behov.

Helsedirektoratet har i sin veileder for helsehjelp til innsatte i fengsel lagt til grunn lovhjemmelen om at fanger skal motta lik helsehjelp som samfunnet for øvrig. Hjelpen skal tilpasses mottakeren (Helsedirektoratet, 2016, s. 9). Man kan i tidligere forskning lese at 25% av 928 fanger i 2006 hadde terapeutisk oppfølging for sin psykiske helse (Kjeldsberg et al., 2006, s. 1). En annen norsk studie foretatt i perioden 2010 til 2019 viste sterk sammenheng mellom psykiske lidelser og fengsling. Det viste en sannsynlighet på 75% for at kvinner, og 59% for at menn, hadde historikk med psykisk lidelse. De konkluderte at kvinner som ble satt inn i fengsel i perioden hadde mer psykiske lidelser enn tidligere (Svendsen et al., 2023).

Doris Bakken, tidligere fengselsleder Bredtveit fengsel uttalte i media at fengslet manglet kompetanse til å håndtere fangers alvorlige psykiske sykdom, og at det var manglende kapasitet til oppfølging av det økende behovet (Gullestad & Hovdal, 2023). Hun spesifiserte ikke forskjellen mellom fengselsbetjenter og andre instansers kompetanse, men omtalte gruppen ansatte som en helhet. Vi kan se at sykepleierne uttrykker samsvarende tanker. En av sykepleierne ønsket ytterligere kompetanseheving for både fengselshelsetjenesten og fengselsbetjenter, og et felles kunnskapsgrunnlag. Ønskene kan ses til å forsterke uttalelsene deltakerne hadde om manglende kompetanse.

Ett av fengslene opplevde at samtlige fanger hadde utfordringer med psykiske helse. Til tross for dette oppfattes det ikke at fengselshelsetjenestene mottok mer ressurser for å håndtere innsattes psykiske utfordringer. Funn, forskning og media trekker også frem manglende øremerkede ressurser til innsattes psykiske helse, både på nasjonalt og kommunalt nivå (Svendsen et al., 2023; Kjeldsberg et al., 2006, s. 1; Stanghelle, 2023). Rapporten fra Sivilombudet forteller om 95 selvmordsforsøk i 2022 (Sivilombudet, 2023, s. 7), og forskningen til Bukten & Stavseth viser til 62 selvmord under soning, i tidsrommet 2000 til 2016 (Bukten & Stavseth, 2021, s. 1077-1078). Den høye forekomsten av selvmordsforsøk anses som enda mer ressurskrevende for fengselssykepleierne, især når de opplever at kompetansen ikke strekker til. En av deltakerne sa at arbeidet var så belastende at hun opplevde å bli forandret som menneske. En slik påkjenning vil videre virke inn på tjenestene som blir gitt, og man kan stille spørsmål til om de ansatte i fengselshelsetjenesten har kapasitet til å overholde sine plikter i tjenesten.

### *6.3.3 Konsekvenser av manglende kompetanse*

Funnene i oppgaven kan bekrefte at det er behov for utvikling av selvmordskompetanse, da samtlige av deltakerne har uttalt seg om en opplevelse av å ikke strekke til i sitt arbeid. Dette basert på mangel på egnet kompetanse, økende psykiske utfordringene hos innsatte og sammensatt med begrensede ressurser. Mangelen og konsekvensene som oppstår vises i funn, forskning og media (Ismail & de Viggiani, 2018; Kjeldsberg et al., 2006, s. 1; Bukten & Stavseth, 2021, s. 1082; Morthorst et al., 2020, s. 704, Hammerlin, 2018, s. 10-14; Stanghelle, 2023; Gullestad & Hovdal, 2023). Sykepleierne er slitne, de opplever utfordringer med samarbeid og mangler ressurser til å gi god nok helsehjelp. Fangene får som følge av dette dårlige kvalitet på tjenestene, og økt fravær av felleskap.

En deltaker utrykte frustrasjon over at de ikke kunne ivareta fangene i fengslet. Det tolkes i sammenheng med opplevelsen av å ha begrenset kunnskap på området, og at fengslets ressurser ikke var tilrettelagt brukergruppen. Hun delte også oppgitthet over at spesialisthelsetjenesten i mange tilfeller ikke vil ta vare på fangene. Deltakerens frustrasjon over manglende bistand av spesialisthelsetjenesten gjenspeiles i rapporten Sivilombudet utarbeidet etter sitt uanmeldte tilsyn i Bredtveit fengsel, og i Hammerlins uttalelser om uegnet omsorgsmodell (Hammerlin, 2010, s. 17-19; Harlem, 2023). Sivilombudet trekker frem at

samarbeidet var ikke eksisterende, og at det hadde negativ innvirkning på innsattes helsetilstand (Harlem, 2023, s. 8). Doris Bakken presiserte at «psykisk syke skal ikke være i fengsel» (Gullestad & Hovdal, 2023). Sykepleierne uttalte at de var i behov av spesialisthelsetjenestens støtte og samarbeid for å gi innsatte best helsehjelp. Fire av deltakerne fortalte at opplevelsen av manglende tilgjengelige kompetanse gjorde at de ble slitne av arbeidet, og at den tøffe jobben kunne føre til at tjenestene ble dårligere. Hvilket kan være risikabelt da Hammerlin, allerede i 2010, påpekte nødvendigheten av en forbedring av helsetjenestene for å få ned selvmordsraten i norske fengsler (Hammerlin, 2010, s. 24-25).

Ved tilsynet Sivilombudet utførte avdekket de store mangler og utfordringer, spesielt økt bruk av sikkerhetscelle trekkes frem som en hovedutfordring i fengselet (Harlem, 2023, s. 5). Bruk av sikkerhetscelle eller utelukkelse av felleskap som tiltak, utfordrer fangers rett til individuell og tilstrekkelig helsehjelp (Helsedirektoratet, 2016, s. 9). Sykepleierne delte informasjon om at det å sitte alene på isolasjon over lengre tid vil skape virkningsfulle inntrykk for den enkelte, ettersom de ble satt alene i egne tanker store deler av døgnet. En slik utelukkelse fra felleskapet kunne føre til ytterligere selvmordstanker hos fangen. Det bekreftes i Hammerlins tapsliste (Hammerlin, 2010, s. 23), og i Sheidmans selvmordsteori (Shneidman, 1996, s. 130-135). Lovverket påpeker at utelukkelse fra felleskap skal benyttes som et forebyggende tiltak i tilfeller hvor det er fare for at fangen skader seg selv eller andre (Straffegjennomføringsloven, 2001, § 37). I rapporten fra Sivilombudet kom det frem at sikkerhetscelle ble brukt over unødvendige tidsrom på tross av at det forelå informasjon om hvordan isolasjonen på sikkerhetscelle kan bidra til økt suicidalitet, psykiske lidelser og selvskading (Harlem, 2023, s. 5). Seniorrådgiver ved Kriminalomsorgens utdanningscenter uttalte seg også om bruken av sikkerhetscelle og at det strengt tatt ikke skulle være et nødvendig tiltak, da de heller skulle fått hjelp til å bearbeide de psykiske utfordringene (Hammer, 2023). Uttalelsen samsvarer med sykepleiernes opplysninger om at innsattes opplevelse av frihetsberøvelse, utenforskap og isolasjon forsterkes under opphold i sikkerhetscelle.

To av sykepleierne fortalte at overføring til sikkerhetscelle ble benyttet i de fleste situasjoner hvor det kom frem at innsatte hadde konkrete planer om selvmord. Det kan tolkes som om Kriminalomsorgen i disse tilfellene konkluderte med at det forelå en vesentlig fare for liv og helse som mer tungtveiende enn skadene oppholde kunne påføre den enkelte. Shneidmans teori om forståelsen av selvmord som handling, og utførelse som konsekvens av intens psykisk smerte (Shneidman, 1996, s. 12-13), anes ikke å bli tatt hensyn til i vurdering av bruk

av sikkerhetscelle. Både Hammer og Shneidman belyser at selvmordsutsatte må få hjelp til å avdekke sine uoppfylte psykologiske behov, og bearbeide de utfordringene de står i (Shneidman, 1993, s. 34; Hammer, 2023). Bruk av sikkerhetscelle nevnes å være svært inngripende og til å kunne gi langvarige negative konsekvenser for fangene (Harlem, 2023, s. 6). Den økende bruken ses i sammenheng med sykepleiernes uttalelser om at de ikke opplever ha tilstrekkelig kompetanse eller ressurser til å håndtere gruppen innsatte. Det kan skape en «ond spiral» som medfører at innsatte som opplever utfordringer med selvmordsrisiko får forsterket sine tanker da de ikke får hjelp til å bearbeide, men heller fratras felleskap og blir isolert på sikkerhetscelle. Fangenes psykiske utfordringer vil på denne måte ikke opphøre, og det gir grunn til å tro at den enkeltes «psychache» forsterkes. Utfordringen med suicid i fengsel ser derfor ut til å vedvare da reduksjonen av indre smerte anses som ikke tilstedeværende (Shneidman, 1996, s. 4-5).

#### **6.4 Sammenfattende hovedpoenger**

Innsettelse i fengsel er inngripende og skaper store endringer i fangenes liv. I noen tilfeller oppleves endringen så belastende at vedkommende danner seg tanker om å avslutte eget liv for å fjerne ubehaget. Endringen må belyses og arbeides med for at fangene skal oppleve et fruktbart fengselsopphold. Måten fengselssykepleiere kartlegger selvmordsrisiko vil derfor være sentral i arbeidet med selvmordsforebygging i fengsel (Hammerlin, 2010, s. 23-25). Teoretikeren Shneidman vurderte at man burde kartlegge situasjonelle, viljemessige, relasjonelle, serielle, affektive og kognitive risikofaktorer for å best mulig avdekke selvmordsrisiko (Shneidman, 1996, s. 130-135), noe deltakerne i oppgaven ser ut til å gjøre i sitt arbeid. Fangenes opplevelse av frihetsberøvelse og innsettelse i fengsel kunne raskt sette spor, og forskning bekrefter behov for tidlig kartlegging (Bukten & Stavseth, 2021, s. 1077-1078; Hammerlin, 2018, s. 15-16; Vanhaesebrouck et al., 2022, s. 4-8). Shneidman og Hammerlin vektlegger viktigheten av å se menneskets utfordringer i et helhetsperspektiv (Hammerlin, 2018, s. 20; Shneidman, 1996, s. 5-6), hvilket var en sentral tanke hos fengselssykepleierne, men opplevdes utfordrende da fangene ikke delte tilstrekkelig info om bakgrunnen for utfordringene de opplevde, og var tilbakeholdene med ikke-helserelatert innhold. Deltakerne utførte ulike kartleggingssamtaler og ivaretok den enkeltes behov for rask helseoppfølging.

I tilfeller hvor det ble avdekket selvmordsrisiko arbeidet fengselssykepleierne med å tilrettelegge helsetjenestene til mottakeren. Den individuelle tilpasningen anses som et viktig moment i selvmordsforebyggende arbeid da menneskets indre smerte er subjektiv og individuell (Shneidman, 1996, s. 4-5). Tett oppfølging vil også, ifølge Hammerlin, bidra til overlevelse (Hammerlin, 2010, s. 24-25). Fengselssykepleierne utførte tilsyn og samtaler, og tok vurderinger ut fra den enkeltes behov for helsehjelp. Tiltakene kunne skape stabilitet i fangenes følelsesmessige kaos og fjerne opplevelsen av ensomhet, hvilket ses på som selvmordsforebyggende (Shneidman, 1993, s. 34). Spesialisthelsetjenesten ble engasjert som tiltak for å sikre helhetlig og tilstrekkelig helsehjelp i selvmordsforebyggingen.

For å avdekke selvmordsrisiko på en effektiv måte uttalte Shneidman at helsearbeiderne måtte få kjennskap til hvorfor individet ønsket å utføre en slik handling, og hva den skulle være løsningen på (Shneidman, 1996, s. 4). En slik avdekking fordrer tilstrekkelig kompetanse av et helhetsperspektiv på området. Fengselssykepleierne nevnte opplevelse av utilstrekkelighet, og at de kom til kort med egen kompetanse. De stadig økende utfordringene med psykisk sykdom innenfor fengselsmurene (Svendsen et al., 2023; Harlem, 2023, s. 6; Kjeldsberg et al., 2006, s. 1), skapte økende fortvilelse hos deltakerne. Fengselsfanger har rett på lik helsehjelp som mennesker i samfunnet for øvrig (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 2-1). Den manglende kompetansen medførte konsekvenser som økt bruk av sikkerhetscelle og reduksjon av felleskap. Uttalelser i media og Shneidmans teori sier noe om at selvmordsutsatte må få muligheten til å bearbeide sine utfordringer (Shneidman, 1996, s. 131-132; Hammer, 2023), hvilket anses som utfordrende når det mangler ressurser og kompetanse til å håndtere det. Fengselssykepleierne etterspør kompetanseheving for å mestre arbeidet over tid. De opplever seg selv for dårlig utrustet i møte med selvmordsnære fanger.



## **7.0 Avsluttende betraktninger**

I innledningen av masteroppgaven formidlet jeg at tematikken selvmord og fengselshelsetjeneste har opptatt interessen min igjennom studieløpet. Ved gjennomgang av rapporter, medieoppslag, teori og tidligere forskning ser jeg tydelig at det er et dagsaktuelt og viktig tema som spiller stor rolle for både fengselsinnsatte og ansatte. Tematikken har betydelig innvirkning på innsattes liv, og på sykepleiernes opplevelse av egen arbeidshverdag. Formålet med studien var å betrakte og svare ut følgende spørsmål: Hvordan beskriver sykepleiere i fengselshelsetjenesten at de avdekker og forebygger selvmord hos innsatte, og hvilke refleksjoner gjør de seg rundt dette arbeidet? Den kommende avslutningen vil gi en kort oppsummering av studiens funn, før den belyser noen av studiens begrensninger og konsekvenser av dem, og avslutningsvis presenterer tanker om videre forskning og praksis.

### **7.1 Studiens funn**

I denne studien har jeg fått kunnskap om hvordan seks fengselssykepleiere formidler sitt arbeid rundt innsatte med økt selvmordsrisiko. Jeg har sett at samtlige av deltakerne finner tematikken faglig utfordrende å arbeide med. Funnene viste at ressurser, kompetanse og samarbeidende instanser var faktorer som virket inn på arbeidet som ble utført. Det var viktig for sykepleierne å avdekke og ivareta de innsattes hjelpebehov. De hadde klare, men ulike, planer for kartlegging og oppfølging av fanger med økt selvmordsrisiko. Deltakerne så det sentralt å ha god dialog og et felles faggrunnlag med fengselsbetjentene. De vurderte det også nødvendig å inneha tilstrekkelig kunnskap om problematikken. Studien viser også funn som belyser sammenheng mellom økt bruk av sikkerhetscelle og opplevelse av manglende kompetanse.

### **7.2 Studiens begrensning**

Studien har undersøkt seks fengselssykepleieres uttalelser om eget arbeid i situasjoner hvor innsatte opplever tanker om selvmord. Det er viktig for meg å presisere at tendensene funnene kan vise ikke er utfyllende og generaliserbare. Det er behov for ytterligere forskning med bredere perspektiv for å kunne si med sikkerhet hvordan fengselssykepleiere arbeider og opplever eget arbeid med tematikken. Funnene er med det ikke overførbare til å gjelde alle fengselssykepleiere i landet, da dette er opplevelser og tanker delt av deltakerne jeg har snakket med. Dog er det grunn til å anta at funnene kan gjelde for andre fengselssykepleiere

enn bare deltakerne, til tross for å ikke være statistisk generaliserbare. Studien anses til å ha ulike styrker og svakheter. Selv om utvalget av deltakere er smalt, vil funnene ha relevans og verdi for videre forskning og praksis da man har dannet seg en forståelse av deltakernes opplevelse av arbeidet og de faglige utfordringene de møter. Studien viser på tross av dette at deltakerne ikke har en felles faglig forståelse av fenomenet og ikke felles kartleggings- og oppfølgingsplaner. Arbeidet med menneskers psykiske helse vil stadig være i endring, og fengselssykepleiernes opplevelse og tolkning av eget arbeid kan endre seg i takt med faglige oppdateringer, opparbeidelse av erfaringer og endring av tjenestebehov.

Jeg har i begynnelsen av oppgaven redegjort for egen forforståelse, som både er påvirket av eget interessefelt, men også tidligere arbeidserfaring fra fengselshelsetjeneste og selvmordsutsatte fanger. Jeg har under hele arbeidet forsøkt å ha en så åpen innstilling som mulig, og ikke la mine forforståelse farge datainnsamlingen, utarbeidelse av funnene og diskusjonen. Jeg har forsøkt å velge forskning og skrive frem funn som ikke fremmer egne synspunkter, men arbeidet mer objektivt og vært åpen for ny informasjon fra deltakere og forskning.

### **7.3 Implikasjoner for videre forskning**

Studien viser at det er nødvendig med en sterk fagkompetanse på området da behovet for oppfølging av psykiske utfordringer er økende blant fengselspopulasjonen. Den viser også at fengselssykepleierne opplever å komme til kort med egen kompetanse, og at det er behov for økte ressurser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, slik at de kan få mulighet utvikle egen fagkunnskap på området. Videre kan det vurderes om det burde dannes en felles forståelse av hva en helsekartlegging, med fokus på kartlegging av selvmordsrisiko, skal inneholde. Verdier og mål som sto sentralt for sykepleierne var å tidligst mulig avdekke eventuelle selvmordstanker, og deretter iverksette rett oppfølging tilpasset den enkelte, og samtidig ivareta autonomi og brukermedvirkning. Arbeid med selvmordsnære fanger bør derfor basere seg på tett og faglig riktig tverrfaglig samarbeid, tillitsfull relasjonsbygging og opprettholdelse av dagens gode kvalitet på helsetjenestene.

Det foreligger forskning på selvmord og helsetjenester i fengsel, men som tidligere nevnt i et relativt begrenset omfang sammenliknet med forskning på forekomst av selvmord i fengsel, og fangers risikofaktorer for selvmord. Videre forskning på området bør gå grundigere til

verks i utforskning av hvordan fengselssykepleierne rent emosjonelt blir påvirket av å arbeide så nært, og så hyppig med mennesker som anser døden som eneste utvei, hva som kan gjøres for at arbeidet skal bli mindre belastende, og hvilke faglige utfordringer de opplever å stå i. Det burde også undersøkes hvordan sykepleierne opplever samarbeid rundt tematikken, med andre instanser som fengselslege, spesialisthelsetjeneste, Kriminalomsorgen og innsatte selv. Det trengs mer kunnskap på fagfeltet selvmordsrisiko og fengselshelsetjeneste slik at fremtidige utfordringer i fengselshelsetjenesten blir belyst, og det oppstår mulighet til å styrke kompetansen til fengselssykepleierne i møte med innsatte med økt selvmordsrisiko.

## Litteraturliste

- Aubert, V. (1985). *Det skjulte samfunn*. Universitetsforlag.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3 (2), 77-101.  
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V. & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis: A practical guide*. Sage Publications Ltd.
- Bryman, A. (2008). *Social research methods* (3.utg). Oxford university press.
- Bukten, A. & Stavseth, M. R. (2021). Suicide in prison and after release: a 17-year national cohort study. *European Journal of Epidemiology* 36, 10 (2021): 1075-1083. <https://doi.org/10.1007/s10654-021-00782-0>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (6.utg). Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4.utg). Gyldendal akademisk.
- Fossåskaret, E., Aase, T.H. & Fuglestad, O.P. (1997). *Metodisk feltarbeid – produksjon og tolkning av kvalitative data*. Universitetsforlaget AS.
- Gullestad, F. H. & Hovdal, R. L. (2023, 20. Juni). Angrer på at hun ikke gikk av før. *Klassekampen*. <https://klassekampen.no/artikkel/2023-06-20/angrer-pa-at-hun-ikke-gikk-av-for>
- Hammerlin, Y. (2010). Å bryte livet i fengsel. *Suicidologi*, 15(2), 21-28.  
<https://krus.brage.unit.no/krus-xmlui/bitstream/handle/11250/160393/%c3%a5%20bryte%20med%20livet.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Hammerlin, Y. (2018). Fengselslivet som en livstruende byrde. *Suicidologi*, 18(3), 10-20.  
<https://doi.org/10.5617/suicidologi.6766>
- Harlem, H. (2023, 19. Juni). *Bredtveit fengsel og forvaringsanstalt og Ullersmo fengsel, avdeling Zulu øst* (Besøksrapport nr. 75). Sivilombudet.  
<https://www.sivilombudet.no/wp-content/uploads/2023/06/Besøksrapport-2023-Bredtveit-fengsel-og-forvaringsanstalt-og-Ullersmo-fengsel-avdeling-Zulu-ost.pdf>
- Hammer, K. H. (2023, 26. Juni). Norge har ikke lenger verdens beste kriminalomsorg. *Forskersonen.no*. <https://forskersonen.no/fengsel-kriminalomsorgens-hogskole-og-utdanningscenter-krus-kronikk/norge-har-ikke-lenger-verdens-beste-kriminalomsorg/2217914>
- Helsedirektoratet. (2016). Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel. Veileder.  
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/helse-og-omsorgstjenester-til-innsatte-i->

[fengsel/Helse-](#)

[%20og%20omsorgstjenester%20til%20innsatte%20i%20fengsel%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/ /attachment/inline/54b7b100-9415-4bc0-993e-](#)

[66175a4cd4c1:5537f215b0ba85ca4a0159612413ab7450b23467/Helse-](#)

[%20og%20omsorgstjenester%20til%20innsatte%20i%20fengsel%20%E2%80%93%20Veileder.pdf](#)

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*

(LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Hjelmeland, H. (2022). *Selvordsforebygging: For å kunne forebygge selvmord må vi forstå hva suicidalitet handler om*. Cappelen Damm Akademisk.

Ismail, N. & de Viggiani, N. (2018). Challenges for prison governors and staff in implementing the Healthy Prisons Agenda in English prisons. *Public Health*, 162, 91-97. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.06.002>

Kjeldsberg, E., Hartvig, P., Bowitz, H., Kuisma, I., Norbech, P., Rustad, A. B., Seem, M. & Vik, T.G. (2006). Mental health consultations in a prison population: a descriptive study. *BMC Psychiatry*, 6:27. <https://doi:10.1186/1471-244X-6-27>

Kriminalomsorgen. (2018, 18. November). Forebygging og håndtering av selvskading, selvmordsforsøk og selvmord i fengsel.

<https://img3.custompublish.com/getfile.php/4307005.823.zsnwutmzmmqsgm/Retningslinjer+=+Forebygging+og+h%C3%A5ndtering+av+selvskading,+selvmordsfors%C3%B8k+og+selvmord+i+fengsel.pdf?return=kriminalomsorgen.custompublish.com>

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4.utg). Universitetsforlaget.

Mjåland, K. (2015). *Makt, legitimitet og mostand: En etnografisk analyse av rus og rehabilitering i et norsk fengsel*. [Doktoravhandling]. Universitetet i Bergen.

Morgan, D. L. (1997). *Focus groups as qualitative research*. Sage Publications.

Morthorst, B. R., Mehlum, L. Pålsson, S. P., Mühlmann, C., Hammerlin, Y., Madsen, T., Nordentoft, M. & Erlangsen, A. (2020). Suicide Rates in Nordic Prisons 2000- 2016. *Suicide Research*, 25(3), 704-714. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1746943>

Nyeng, F. (2012). *Nøkkelbegreper i forskningsmetode og vitenskapsteori*. Fagbokforlaget.

- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Shneidman, E. S. (1993). *Suicide as psychache*. Jason Aronson Inc.
- Shneidman, E. S. (1996). *The suicidal mind*. Oxford university press.
- Shneidman, E. S. (1985). *Definition of suicide*. Wiley.
- Sikt. (u.å). Sikt: Kunnskapssektorens tjenesteleverandør. Hentet 14.februar 2024 fra <https://sikt.no/om-sikt>
- Sivilombudet. (2023, 01. Mars). *Selv mord og selvmordsforsøk i fengsel, En undersøkelse under OPCAT – mandatet*. Sivilombudet. [https://www.sivilombudet.no/wp-content/uploads/2023/03/Rapport\\_Selv\\_mord\\_i\\_fengsel.pdf](https://www.sivilombudet.no/wp-content/uploads/2023/03/Rapport_Selv_mord_i_fengsel.pdf)
- Stanghelle, H. (2023, 30. Juli). Advarsel: Dette er dystre sommerlesing. *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/meninger/kommentar/i/xgpomV/advarsel-dette-er-dyster-sommerlesning>
- Straffegjennomføringsloven. (2001). *Lov om gjennomføring av straff* (LOV-2001-05-18-21). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-05-18-21>
- Svendsen, V. G., Stavseth, M. R., Skardhamar, T. & Bukten, A. (2023). Psychiatric morbidity among women in Norwegian prisons, 2010-2019: a register-based study. *BMC Psychiatry*, 23 (390). <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04886-7>
- Teigland, M. (2021). *Psykiske lidelser i fengsel: Helsefremmende og kriminalitetsforebyggende arbeid med innsatte*. Fagbokforlaget.
- Thomassen, M. (2020). Fenomenologiens mange ansikter. I D. Jensen, M. Kjørstad, S. Seim & P. A. Tuft (Red.), *Vitenskapsteori for sosial- og helsefag* (s. 103-134). Gyldendal.
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2.utg). Gyldendal.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag* (2.utg). Fagbokforlaget.
- Vanhaesebrouck, A., Tostivint, A., Lefèvre, T., Melchior, M., Khireddine-Medouni, I., & Chan Chee, C. (2022). Characteristics of persons who died by suicide in prison in France: 2017-2018. *BMC Psychiatry*, 22 (11). <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03653-w>
- Wadel, C. (1991). *Feltarbeid i egen kultur*. SEEK AS.

## Vedlegg

### Vedlegg 1: Informasjonsskriv

# Vil du delta i forskningsprosjektet: *”Selvmordsproblematikk i norske høysikkerhetsfengsler slik sykepleiere erfarer det”?*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å innhente kunnskap om hvordan sykepleierne som arbeider i høysikkerhetsfengsel opplever å arbeide med innsatte som har økt selvmordsrisiko. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Bakgrunn og formål**

Formålet med dette prosjektet er skrive en masteroppgave gjennom å belyse temaet selvmord og fengsling sett fra et sykepleiefaglig perspektiv. Jeg vil undersøke hvordan sykepleiere som arbeider i høysikkerhetsfengsel erfarer å arbeide med innsatte som har økt selvmord risiko.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Ansvarlig institusjon er institutt for Psykososial helse ved Universitetet i Agder.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta og hva vil det innebære?**

Du mottar denne forespørselen om deltakelse da du har bakgrunn som sykepleier, og arbeider innenfor fengselshelsetjenesten i et høysikkerhetsfengsel. Som helsepersonell i høysikkerhetsfengsel innehar du erfaringer som er viktige for dette arbeidet. Oppgaven vil ta utgangspunkt i erfaringene fra 5-6 sykepleiere, og jeg ønsker derfor å spørre deg om du ønsker å være en av dem.

Jeg har innhentet din kontaktinformasjon ved å ta kontakt med lederen i fengselshelsetjenesten, og deretter fått tillatelse til å kontakte deg. For deg innebærer dette

å delta i et individuelt intervju som varer ca. 1- 1,5 time. Intervjuet tar utgangspunkt i en intervjuguide som jeg har laget i forkant av datainnsamlingen. Jeg ønsker da blant annet å spørre deg om hvilke erfaringer du har i arbeid med innsatte med økt selvmordsrisiko, avdekking og arbeide rundt innsatte med økt selvmordsrisiko og hvordan du erfarer at samarbeidet med fengselsbetjentene i dette arbeidet. For å sikre at korrekt informasjon blir oppfattet, og for å lette innsamlingen og senere transkriberingen og analyseringen, vil det bli gjort lydopptak av intervjuene.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn, og du kan også avstå fra å svare på enkelte spørsmål om du ønsker. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet, og du kan kreve at de innsamlede opplysningene slettes, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **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. Intervjumaterialet vil bli transkribert og lagret i UiAs passord beskyttede servere (Office 365-One drive), slik at det kun er tilgjengelig for meg og veileder. Alle opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og alt datamateriale vil bli anonymisert. Lydopptak slettes etter at det er nedskrevet som ren tekst og senest ved prosjektslutt (31.08.24). Det vil ikke være mulig å identifisere enkeltpersoner når data og resultater fra prosjektet skal formidles.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Agder har Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Dine rettigheter**



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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å delta,- kan du ta kontakt med meg enten på e-post: [hannep16@uia.no](mailto:hannep16@uia.no) eller på telefon: 95 41 48 37

Hvis du har spørsmål knyttet til vurderingen som er gjort av personverntjenestene fra Sikt, kan du ta kontakt med Sikt, enten på e-post: [personverntjenester@sikt.no](mailto:personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 73 98 40 40.

Du har også mulighet til å ta kontakt med personvernombudet på Universitetet i Agder, Trond Hauso, enten på e-post: [trond.hauso@uia.no](mailto:trond.hauso@uia.no) eller på telefon: 93 60 16 25.

Veileder for prosjektet er professor Terje E. Fredwall, Senter for omsorgsforskning, Universitetet i Agder. Han kan kontaktes på e-post: [terje.e.fredwall@uia.no](mailto:terje.e.fredwall@uia.no).

Håper å høre fra deg!

Med vennlig hilsen

*Hanne Prestegård*

Masterstudent ved institutt for psykososial helse, ved Universitetet i Agder.

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Selvmondsproblematikk i norske høysikkerhetsfengsler slik sykepleiere erfarer det?*» og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

- å delta i individuelt intervju.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet 31.08.2024.

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 2: Godkjenning fra SIKT

 Norsk ▾ Hanne Prestegård ▾

Meldeskjema / [Selvmordsrisiko og fengsling, en masteroppgave om fengselspsykeleierens erfaringer...](#) / Vurdering

### Vurdering av behandling av personopplysninger

 16.05.2023 ▾

<b>Referansenummer</b> 142894	<b>Vurderingstype</b> Automatisk 	<b>Dato</b> 16.05.2023
----------------------------------	---	---------------------------

**Tittel**  
Selvmordsrisiko og fengsling, en masteroppgave om fengselspsykeleierens erfaringer rundt dette.

**Behandlingsansvarlig institusjon**  
Universitetet i Agder / Fakultet for helse- og idrettsvitenskap / Institutt for psykososial helse

**Prosjektansvarlig**  
Terje Emil Fredwall

**Student**  
Hanne Prestegård

**Prosjektperiode**  
01.05.2023 - 31.08.2024

**Kategorier personopplysninger**  
Alminnelige

**Lovlig grunnlag**  
Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)  
Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 31.08.2024.

[Meldeskjema](#) 

---

**Grunnlag for automatisk vurdering**  
Meldeskjemaet har fått en automatisk vurdering. Det vil si at vurderingen er foretatt maskinelt, basert på informasjonen som er fylt inn i meldeskjemaet. Kun behandling av personopplysninger med lav personvernulempe og risiko får automatisk vurdering. Sentrale kriterier er:

- De registrerte er over 15 år
- Behandlingen omfatter ikke særlige kategorier personopplysninger:
  - Rasemessig eller etnisk opprinnelse
  - Politisk, religiøs eller filosofisk overbevisning
  - Fagforeningsmedlemskap
  - Genetiske data
  - Biometriske data for å entydig identifisere et individ
  - Helseopplysninger
  - Seksuelle forhold eller seksuell orientering
- Behandlingen omfatter ikke opplysninger om straffedommer og lovovertrедelser
- Personopplysningene skal ikke behandles utenfor EU/EØS-området, og ingen som befinner seg utenfor EU/EØS skal ha tilgang til personopplysningene
- De registrerte mottar informasjon på forhånd om behandlingen av personopplysningene.

**Informasjon til de registrerte (utvalgene) om behandlingen må inneholde**

- Den behandlingsansvarliges identitet og kontaktopplysninger
- Kontaktopplysninger til personvernombudet (hvis relevant)
- Formålet med behandlingen av personopplysningene
- Det vitenskapelige formålet (formålet med studien)
- Det lovlige grunnlaget for behandlingen av personopplysningene
- Hvilke personopplysninger som vil bli behandlet, og hvordan de samles inn, eller hvor de hentes fra
- Hvem som vil få tilgang til personopplysningene (kategorier mottakere)
- Hvor lenge personopplysningene vil bli behandlet
- Retten til å trekke samtykket tilbake og øvrige rettigheter

Vi anbefaler å bruke vår [mal til informasjonsskriv](#).

**Informasjonssikkerhet**  
Du må behandle personopplysningene i tråd med retningslinjene for informasjonssikkerhet og lagringsguider ved behandlingsansvarlig institusjon. Institusjonen er ansvarlig for at vilkårene for personvernforordningen artikkel 5.1. d) riktighet, 5. 1. f) integritet og konfidensialitet, og 32 sikkerhet er oppfylt.

## Vedlegg 3: Godkjenning fra FEK



Hanne Prestegård

Tidspunkt for godkjenning: : 23/06/2023

**Søknad om etisk godkjenning av forskningsprosjekt - Selvmordsrisiko og fengsling, en masteroppgave om fengselssykepleierens erfaringer rundt dette. - RITM0217453**

Vi informerer om at din søknad er ferdig behandlet og godkjent.

Kommentar fra godkjenner:

FEK godkjenner søknaden under forutsetning av at prosjektet gjennomføres som beskrevet i søknaden. FEK forutsetter at rekruttering ikke skjer via ansatte i fengselet. Bakgrunnsopplysninger angitt i intervju-guiden vil kunne føre til at ikke deltagere anonymiseres som beskrevet i søknaden.

Hilsen  
Forskningsetisk komite  
Fakultet for helse - og idrettsvitenskap  
Universitetet i Agder

UNIVERSITETET I AGDER  
POSTBOKS 422 4604 KRISTIANSAND  
TELEFON 38 14 10 00

## Vedlegg 4: Intervjuguide

### Intervjuguide

Takk for at du stiller opp til intervju.

#### **Informasjon til deltaker:**

Intervjuet vil være semistrukturert, hvilket innebærer at du har anledning til å uttale deg fritt om de ulike temaene, og at det er åpent for forandringer både i rekkefølge og spørsmålsform.

Det er viktig at det ikke oppgis navn på innsatte eller ansatte under intervjuet.

Det beregnes at intervjuet tar 1-1 ½ time.

#### **Deltakers bakgrunn:**

- 1) Kan du fortelle kort om din bakgrunn, da tenker jeg på alder, utdanning og yrkeserfaring og nåværende stilling?

#### **Selv mord og selvmordsrisiko:**

- 2) Hvordan har du fått kunnskap om selvmord og selvmordsrisiko?

#### **Kartlegging av selvmordsrisiko:**

- 3) Kan du si noe om hvordan dere som sykepleiere avdekker at innsatte har økt selvmordsrisiko?  
Hva ser dere etter?
- 4) Er det andre som er med å avdekke dette?  
Evt. Hvem?
- 5) Hvor ofte opplever du å arbeide med innsatte som har økt selvmordsrisiko?
- 6) Hvordan erfarer du å arbeide rundt taushetsbelagt informasjon når innsatte ytrer tanker om selvmord? Hvilke utfordringer kan dette by på?

#### **Tiltaksarbeid:**

- 7) Kan du fortelle noe om tiltaksarbeidet som blir satt i gang av fengselshelsetjenesten når en innsatt ytrer ønske om selvmord?
- 8) Kan du fortelle noe om hvordan de innsatte blir fulgt opp når fengselshelsetjenesten ikke er tilgjengelig?
- 9) Hvilke muligheter finnes det for de innsatte til å kontakte fengselshelsetjenesten direkte?

Hvor lang tid tar det evt. Før de får svar og oppfølging?

**Samarbeid:**

10) Hvordan erfarer du å samarbeide med fengselsbetjentene når det gjelder innsatte som har økt selvmordsrisiko?

**Avslutning:**

**11)** Er det noe du tenker kunne vært gjort for å forbedre situasjonen i arbeid med innsatte som har økt selvmordsrisiko?

Er det noe mer du vil si eller legge til?

Kan jeg kontakte deg igjen hvis det blir aktuelt?

Tusen takk for at du stilte opp!