



Sylvia Høyborg

Studienummer 20132497

Siri Hansen Urdal

Studienummer 20132495

Masteravhandling ved
Masterutdannelsen i Sexologi

Aalborg Universitet

Mai 2015

Blir de innsatte i Oslo fengsel anerkjent som seksuelle vesener, og har de ansatte seksualitet og seksuell helse som tema i det daglige arbeidet med innsatte?

En kvalitativ studie

Veileder: Christian Graugaard

Antall anslag: 127 808

Sammendrag:

Formålet med denne undersøkelsen har vært å kartlegge hvorvidt tematikken seksualitet og seksuell helse blir ivaretatt hos de innsatte i Oslo fengsel. Dette med utgangspunkt i WHOs definisjon av seksuell helse og den bio-psyko-sosiale modell. Utvalget av informanter har bestått av fem ansatte med ulik utdanningsbakgrunn. Det har blitt gjennomført fem kvalitative intervjuer som er transkribert og analysert. Undersøkelsen viser at seksualitet og seksuell helse hos de innsatte ikke er en tematikk som er prioritert. Dette med unntak av på noen få, spesifikke områder. Årsakene til dette er flere, blant annet tabu, maktforhold og opplevelse av manglende kompetanse.

Abstract:

The purpose of this study has been to identify whether the themes inmates sexuality and sexual health are attended to in Oslo Prison. This based on the WHO definition of sexual health and the bio-psycho-social model. The selection of informants consisted of five employees with different educational backgrounds. Five qualitative interviews were conducted and they were all transcribed and analyzed. The survey shows that the themes sexuality and sexual health among inmates are not prioritized, with exception of a few specific areas. The reasons for the findings are many, including taboo, power relationships and the experience of lack of competence.

Forord:

Stor takk til informantene som har tatt seg tid til å være med på denne undersøkelsen og som villig har delt sine tanker og erfaringer med oss.

Tusen takk til vår veileder Christian Graugaard som har kommet med konstruktive og levende tilbakemeldinger og som har bidratt til å motivere og inspirere oss i arbeidet.

Tusen takk også til Judit, Lars, Elise, Mats og Øivind for gjennomlesing, støtte, tålmodighet og engasjement.

Innholdsfortegnelse

| | |
|---|----|
| 1.0 Initierende problem | 6 |
| 2.0 Problemanalyse | 7 |
| 2.1 Hva er seksualitet og hvorfor er det viktig? | 7 |
| 2.2 Det bio-psyko-sosiale perspektiv | 10 |
| 2.3 WHO - definisjon/erklæring om seksuelle rettigheter | 13 |
| 2.4 Seksualitet gjennom historien..... | 18 |
| 2.5 Helse og seksuell helse | 21 |
| 2.6 Tabu | 23 |
| 3.0 Den totale institusjon, straff og fengsel | 27 |
| 3.1 Den totale institusjon | 27 |
| 3.2 Hensikten med straff..... | 31 |
| 3.3 Oslo fengsel..... | 34 |
| 4.0 Problemformulering | 36 |
| 5.0 Forskningsspørsmål | 37 |
| 6.1 Metode | 37 |
| 6.2 Kvalitativ og kvantitativ metode..... | 38 |
| 6.3 Intervju..... | 38 |
| 7.0 Litteratursøk | 40 |
| 8.1 Hvordan defineres seksualitet og seksuell helse av de ansatte i Oslo fengsel? | 41 |
| 8.2 I hvilken grad blir de innsatte sett på som seksuelle vesener? | 46 |

| | |
|---|-----------|
| 8.3 Hva er eventuelle hindre for at seksualitet og seksuell helse er en tematikk i arbeidet med innsatte i Oslo fengsel? | 47 |
| 8.4 Opplevs seksualitet og seksuell helse som et tabubelagt tema?..... | 54 |
| 8.5 Hvilken betydning kan maktperspektivet ha med hensyn til ivaretagelse av de innsattes seksualitet og seksuelle helse? | 60 |
| 9.0 Oppsummering av data..... | 62 |
| 10.0 Konklusjon og perspektiver | 64 |
| 11.0 Litteratur..... | 67 |

1.0 Initierende problem

Vi har i denne oppgaven ønsket å fordype oss i temaet ivaretagelse av seksuell helse hos innsatte i Oslo fengsel, med utgangspunkt i WHO's definisjon av seksuell helse og den bio-psyko-sosiale modell.

Ifølge *Veileder for helse og omsorgstjenester til innsatte i fengsel* (2013) «... sliter mange innsatte i fengsel med sammensatte og komplekse problemer, de har store lærevansker og konsentrasjonsproblemer». Det konkluderes videre med at «... det kreves god kompetanse og mye kunnskaper om de innsattes helsetilstand, funksjonsevne, livssituasjon og kulturelle bakgrunn mv. Soningstiden er en anledning for utredning av helseproblemer og igangsetting av behandling og rehabilitering» (Helsedirektoratet 2013).

Helse- og omsorgsdepartementet har også konkludert med at «...tjenesten i fengslene skal være likeverdig med helse- og omsorgstjenesten for den øvrige befolkningen. Innsatte skal gis et tjenestetilbud tilpasset den enkeltes behov etter en individuell vurdering. Det er av sentral betydning at de innsatte har tilgang til kvalifisert personell som har særlig kompetanse på forhold knyttet til de innsattes spesielle levekår, livssituasjon, funksjonsevne og helseproblemer» (Helsedirektoratet 2013).

Denne oppgaven skrives ut ifra et samarbeid mellom to masterstudenter. Den ene har relevant erfaring fra arbeid i kriminalomsorgen og har via samtaler med sine kolleger i Oslo fengsel til tider erfart at samtaler om seksualitet er tabu. Den andre studenten i gruppen har via sin jobb i legemiddelbransjen og i sine møter med leger, der tema er seksualitet, hatt den samme opplevelsen.

Med utgangspunkt i WHO's definisjon av seksualitet og seksuell helse, er det vår opplevelse at seksualitet som en essensiell del av de innsattes helsetilstand (psykisk og somatisk), funksjonsevne og livssituasjon ofte blir forsømt. Vi erfarer også at denne helsedimensjonen blir systematisk nedprioritert i norske fengsler. Derfor ønsker vi å belyse temaet nærmere gjennom kvalitative intervjuer med fengselspersonale. Vi anser at fokus på denne tematikken vil være viktig for det fremtidige arbeidet med innsatte i norske fengsler. Dette anerkjennes også i

tilbakemeldinger fra fengselet hvor det anføres at man vurderer fagets innhold, det vil si sexologi, ikke å være uten betydning for virksomheten.

2.0 Problemanalyse

2.1 Hva er seksualitet og hvorfor er det viktig?

Seksuell sunnhet er ifølge Verdens Helseorganisasjon (WHO) å forstå som «integrasjonen av de somatiske, emosjonelle, intellektuelle og sosiale aspekter av seksualiteten, på måter som beriker og forsterker personlighet, kommunikasjon og kjærlighet» (Graugaard, Møhl og Hertoft 2006 s.9). Å ha et velfungerende seksualliv bidrar til glede, bekreftelse og livsmot og kan derfor ofte fungere som en «lynaveleder» når man i samlivet møter frustrasjoner og motgang.

Frem til for få tiår siden, var det «forplantningslæren» som sto i fokus når man hadde seksualitet som tema. Man lærte om hvordan mennesker forplanter seg og om arvelighetslover. I perioder av menneskets liv, medfører det også riktighet at forplantning kan være en viktig motivasjon for sex. Men det er sjelden den eneste motivasjonsfaktoren (Almås og Benestad 2006). Seksualitet er i dag løsrevet fra reproduksjonen alene, og seksuelle uttrykk er ikke lenger reservert den fertile alder.

Motivasjonen for seksuelle handlinger er svært varierende. Det vil ofte være et enormt spenn i hvilke faktorer som spiller inn. Som psykolog og sexolog Elsa Almås skriver i boken «Sex og sexologi» (2004) må motivasjonen for å utøve seksuelle handlinger i dagens samfunn heller «... beskrives gjennom begreper som begjær, sanselighet og kjærlighet. Moderne sexologi er i økende grad opptatt av de subjektive historiene som beskriver motivasjonen og drivkreftene bak seksualiteten, og hvordan menneskene forholder seg til frustrasjon og hindringer i forhold til seksuelle uttrykk, fremfor kliniske beskrivelser av seksualitet som en metode for å føre menneskeslekten videre» (Almås 2004 s.11).

Begrepet «seksualitet» vil av mange vurderes å være omfattende og lite presist. Almås og Benestad har med utgangspunkt i dette beskrevet hvilke ulike menneskelige behov som kan søkes dekket via seksualitet, i en modell kalt «Den trojanske hesten» (Almås og Benestad 2006).

De betrakter her den menneskelige seksualiteten som en ramme for behov og motiver som man vanligvis ikke presenterer direkte.

Ofte er det lettere å presentere et behov for sex fremfor de følelsesmessige behovene seksualiteten også tilfredsstillere. Behovene som omfattes av Den trojanske hesten, tar utgangspunkt i et mye bredere perspektiv:

- Behov for forplantning/å få barn
- Behov for å fylle en sosial rolle/bekreftelse
- Behov for spenning og avspenning
- Behov for intimitet og nærhet
- Behov for seksuelle tranceopplevelser; å kunne være totalt oppslukt av den seksuelle opplevelsen
- Behov for kjærlighet

Bancroft (2009) viser til enda flere motiver for å utøve seksuell aktivitet. Dette også her i tillegg til den biologiske «grunnfunksjonen», altså reproduksjon. Som man ser, inneholder Bancrofts tilnærming også mer negativt ladede motiver enn det Almås og Benestad presenterer i sin modell:

- Bekreftelse på maskulinitet og femininitet
- Øke eller opprettholde selvfølelse
- Utøvelse av makt eller dominans
- Etablere tosomme forhold og fremme intimitet
- Kilde til glede
- Avspenning
- Uttrykk for fiendtlighet eller motvilje
- Risikotakning som kilde til spenning
- Materiell gevinst

Det er ofte et svært bredt spekter av behov og motiver som utgjør beveggrunner for menneskets seksuelle utfoldelse. I angelsaksisk faglitteratur på området, viser man gjerne til ”seksualitetens seks R'er” (Graugaard 2013):

1. Reproduksjon (sex som del av en forplantningsakt)
2. Relasjon (sex som forhold mellom mennesker)
3. Respekt (sex som utforskning av egne og andres grenser)
4. Rehabilitering (sex som samlivsmessig konfliktløsning)
5. Rekreasjon (sex som kilde til velvære, glede og lek)
6. Relaksasjon (sex som kilde til fysisk og psykisk avspenning)

En av de ting man kan lese ut av alle disse tre oversiktene, er at seksualitet som oftest handler om svært mye mer enn selve samleiet eller genital kontakt. Ikke minst handler det om å oppleve fysisk og emosjonell nærkontakt både med seg selv og mennesker som er viktige for en. I dette ligger også aspekter som knyttes til ømhet, gjensidighet, fortrolighet og bekræftelse.

Forutsetninger mange vil mene er essensielle for en vellykket og givende erotisk interaksjon (ibid.). Disse aspektene er emosjonelle faktorer som kan oppleves frarøvet mennesker som oppholder seg i fengsel.

Et velfungerende sexliv regnes for å utgjøre en sentral del av befolkningens selvrapporterte livskvalitet og trivsel. Undersøkelser har vist at 90 % av voksne dansker mellom 16 og 95 år opplever at sexlivet er viktig, meget viktig eller særdeles viktig i deres liv. I tillegg kan seksualiteten påvirke sunnhet og livsstil i positiv retning, blant annet ved å styrke livsmot og mestring, og den preger livet på ulikt vis fra fødsel til livets slutt (Graugaard, Pedersen, Frisch 2012). Almås og Benestad viser i sin bok «Sexologi i praksis» (2006) til en beskrivelse av seksualitet som ble gjort av sexologene Thore Langfeldt og Mary Porter i 1986. Dette var en del av WHO's arbeid med å definere seksuell helse.

«Seksualitet er en integrert del av det å være mann, kvinne eller barn. Det er et grunnleggende behov og et aspekt ved menneskelig væren som ikke kan skilles fra andre deler av livet.

Seksualitet er ikke synonymt med samleie, det handler ikke om å ha orgasme eller ikke, og det er heller ikke summen av våre erotiske liv. Disse kan være deler av vår seksualitet, men trenger ikke være det. Seksualitet er mye mer: Det er energi som motiverer oss til å søke kjærighet, kontakt, varme og intimitet. Seksualitet uttrykkes i hvordan vi føler, beveger oss, berører og blir berørt. Det handler om å være sensuell så vel som seksuell. Seksualitet påvirker tanker, følelser,

handlinger og samspill, og derigjennom også vår mentale og fysiske helse» (Almås og Benestad 2006 s.44).

Denne definisjonen utelukker ikke en forståelse for at mennesker mest sannsynlig vil ha en egen angivelse av begreper seksualitet og seksuell helse med utgangspunkt i individets preferanser, referanser og erfaringer.

Almås sier videre: «Mennesket lever ut sin seksualitet i det rommet som ligger mellom instinkter og kultur. I dette rommet finnes noen av de sterkeste drivkreftene mennesket er i besittelse av: kjærlighet og begjær. Når vi finner en god balanse mellom disse, har vi tilgang til noen av de største gledene vi kan oppnå, og når vi tipper over og blir for lite natur eller kultur, kan vi kjenne hvordan det smerter i oss, i tillegg kan vi risikere å påføre andre store skader, noen ganger for livet!» (Almås 2004 s.9).

Dette innebærer i fengselssammenheng, at dersom det viser seg at det ikke blir gitt rom for at de innsatte i Oslo fengsel kan ha seksualitet som tema, kan det ha store negative konsekvenser. Man kan således risikere å påføre de innsatte varige mén. Dette fordi man muligens ikke har en bevissthet rundt hvordan alle livets aspekter henger sammen og påvirker hverandre.

2.2 Det bio-psyko-sosiale perspektiv

Indremedisinen og psykoanalytiker George L. Engel (1913-1999) lanserte den bio-psyko-sosiale modellen i en serie artikler på 1970- tallet. Denne modellen vil bli nærmere belyst i dette kapitlet.

I nordisk tradisjon er det i sexologifaget lagt vekt på tverrfaglighet/flerfaglighet og på en bred og holistisk forståelse av seksualitet. Også innad i norske fengsler vil forskjellige yrkesgrupper være representert i den daglige kontakten med de innsatte, noe som kan by på fordeler og utfordringer.

Styrker ved tverrfaglig eller flerfaglig samarbeid innebærer blant annet en bredere kompetanse- og kunnskapsplattform, noe som kan gi en større og mer utvidet forståelse av eventuelle faglige utfordringer man måtte møte.

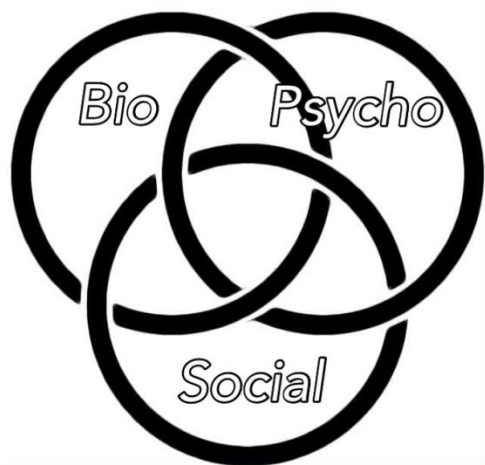
Vanskeligheter ved tverrfaglighet kan være ulik forståelsesbakgrunn og profesjonskamp.

I et tverrfaglig samarbeid har man ofte forventninger til hverandres rolleutøvelse, samtidig som en gjerne har forventninger relatert til sin egen kunnskap, kompetanse og posisjon.

Sexologi er et fag som står litt utenfor de mer tradisjonelle fagområdene. «Det er for medisinsk til å kunne forvaltes av psykologien, og for psykologisk til å kunne omfattes av en rent medisinsk forståelse», som sexologene Almås og Benestad formulerer det i sin artikkel «Lystproblem og lystproblem, fru Blom! Første- og annenordens forståelser av manglende seksuell lyst hos kvinner» (2008). Dette innebærer i praksis at en god ivaretagelse av de innsattes seksuelle helse vil være avhengig av et godt tverrfaglig samarbeid. Med bakgrunn i dette, er ulike profesjoner som er i daglig kontakt med innsatte inkludert i undersøkelsen.

Som vi har beskrevet, er menneskers seksualitet en kompleks størrelse, og det er derfor hensiktsmessig og nødvendig å se på seksualitet fra både et biologisk, psykologisk og sosialt perspektiv. Det er aldri enten/eller. Engels bio-psyko-sosiale modell er et godt utgangspunkt for å forstå viktigheten av det tverrfaglige samarbeidet innad i et fengsel. Der mange andre modeller ofte fokuserer primært på ett område eller én faktor, er den bio-psyko-sosiale modellen en modell som tar utgangspunkt i at biologiske, psykologiske og sosiale faktorer sammen spiller en viktig rolle når det kommer til hvordan et menneske reagerer ved for eksempel sykdom eller dysfunksjon. Modellen viser at man best kan forstå helse ved å vektlegge alle faktorer, og ikke utelukkende den biologiske, psykologiske eller den sosiale faktor.

Den bio-psyko-sosiale modellen står blant annet i kontrast til den biomedisinske modellen som anser biologi som det primære og det psykososiale som noe avledet og sekundært. I den bio-psyko-sosiale modellen er det selve samspillet som utgjør menneskets grunnvilkår.



Figur 1. Den bio-psyko-sosiale modell viser hvordan de ulike menneskelige fenomen henger sammen og påvirker hverandre.

Hovedpoenget i den bio-psyko-sosiale modellen er altså at menneskelig atferd ikke kan oppdeles i løsrevne elementer. Overført på seksualitet innebærer dette at den må forstås som et dialektisk og dynamisk samspill mellom de ulike elementene (Graugaard, Møhl og Hertoft 2006).

At seksualiteten innebærer et biologisk aspekt, er åpenbart. Et tilfredsstillende sexliv forutsetter at fysiologiske prosesser som hormonproduksjon, nerveforsyning og blodsirkulasjon fungerer. Og omvendt: sex kan øke det fysiske velværet. Samtidig er seksualiteten gjenstand for en psykologisk bearbeiding som for eksempel omfatter den enkeltes motivasjon og forventninger til samt reaksjoner og fortolkninger, av erotiske impulser. Med andre ord, kroppslige fenomener oppleves og fortolkes mentalt og inngår i sosiale relasjoner i det kulturelle rom.

Den menneskelige seksualitet formes i stor grad av tidligere opplevelser, stress og psykiske belastninger, og også våre forhåndsantagelser og forventninger. I tillegg har man sin egen individuelle personlighet som også kan spille inn i både negativ og positiv forstand.

Seksualiteten eksisterer ikke som en isolert del av et menneskes liv. Den er del av en kultur og en sosial kontekst og vil derfor også påvirkes og preges av dette. Ettersom seksualiteten utspiller seg i menneskelige relasjoner og også preges av samfunnets forestillinger, forventninger og verdier, vil sosiale endringer som for eksempel samlivskrise, økonomiske problemer og ulike tap, som frihetsberøvelse, også ha innflytelse på det seksuelle. Den menneskelige seksualitet

fungerer også ofte som en «ventil» for eksistensielle og samlivsmessige brytninger. Den menneskelige seksualitet består således av bio-psyko-sosiale aspekter. Disse er ikke statiske eller avgrensede, men er i et dynamisk samspill med hverandre (Graugaard, Møhl og Hertoft 2006).

Også WHO gjør oppmerksom på at seksuell sunnhet må forstås som en balanse mellom biologiske, psykologiske og sosiale aspekter. WHO's definisjon av seksualitet sier blant annet at seksuell sunnhet er en positiv tilgang til menneskelig seksualitet. I tillegg til å være en essensiell del av den reproduktive sunnheten, omfatter seksualiteten integreringen av individets kroppslige, følelsesmessige, intellektuelle og sosiale aspekter. Noe som igjen positivt beriker og forsterker personlighet, kommunikasjon, kjærlighet og allmennmenneskelige relasjoner (Graugaard, Hertoft og Møhl 2000). Seksualitet defineres således ikke utelukkende relatert til sex og samleie, men karakteriseres som et sentralt menneskelig aspekt og betraktes som en allmennmenneskelig ressurs. Og seksuell helse defineres ikke som noe belastende, som for eksempel seksuelt overførbare infeksjoner og overgrep, men i like stor grad som tilstedeværelsen av styrker og ressurser til å mestre sitt seksuelle liv.

Rapporten «Seksualitet og Sundhed» (Graugaard, Pedersen og Frisch 2012) opererer ut ifra en definisjon av seksuell sunnhet som en tilstand hvor mennesket opplever sin seksualitet som en meningsfull og berikende del av tilværelsen og hvor man under gitte omstendigheter kan realisere sine seksuelle lyster og behov. Enten alene eller i et likeverdig samspill med andre.

2.3 WHO - definisjon/erklæring om seksuelle rettigheter.

Som tidligere nevnt er det usannsynlig å finne en fullstendig, totalomfattende definisjon på et så komplekst fenomen som seksualitet. Derfor er også et av spørsmålene i intervjuet hvordan intervjuobjektet selv vil definere seksualitet og seksuell helse. Våre egne referanser, preferanser og opplevelser vil i en eller annen grad påvirke hva vi selv legger i begrepet. I tillegg vil selvfølgelig også ytre faktorer som politikk og kultur påvirke vårt eget syn. Når WHO's definisjon, som blir sitert senere i avsnittet, til tross for dette hører til de mest vellykkede, skyldes dette ikke minst at den ikke utelukkende fokuserer på seksualitetens opplagte kroppslige og fysiske dimensjon. Den fokuserer også på mer vidtrekkende, eksistensielle forhold. Den

biologiske funksjonen er en nødvendig forutsetning for seksuell aktivitet. Samtidig er ikke kunnskap som utelukkende omhandler kroppen tilstrekkelig for å forstå menneskets seksuelle liv til fulle. Seksualiteten bør betraktes som et dynamisk samspill mellom både biologiske, psykososiale og kulturelle determinanter. I tillegg er det viktig å være bevisst på at seksuelle følelser på langt nær alltid er knyttet til kjønnsorganene, men kan omhandle både andre deler av kroppen eller for den saks skyld være utelukkende mentale. Den menneskelige seksualitet er med andre ord karakterisert ved sin enorme bredde og plastisitet (Graugaard, Hertoft og Møhl 2000). Det som også er viktig å ha i minne, er at WHO's seksuelle rettigheter forsøker å omfatte absolutt alle. De gjelder ikke kun de som er friske og raske, de som tilhører den heterofile majoritet eller de som lever ute i «normalsamfunnet».

WHO's definisjon kan både diskuteres og kritiseres. Dens vesentligste betydning er av pedagogisk og helsepolitisk art. Dette ved dens markering av at det i begrepet «sunnhet» også inngår et seksuelt aspekt, samt at det i like stor grad gjelder å bevare sunnhet som å bekjempe symptomer og sykdommer (Hertoft 1987).

Både i mediene og med hensyn til folks generelle oppfatning av seksualitet, dreier seksualitet seg ofte om selve samleiet. Men for å forstå temaet seksualitet, må man evne å tenke at sex dreier seg om så mye mer enn eksempelvis penetrering eller genital kontakt. Blant annet handler seksualitet også om følelser; nærhet og intimitet, både fysisk og psykisk. Kommunikasjon omkring temaet dreier seg ikke derfor nødvendigvis om, eller kun om, hvordan kjønnsorganene fungerer (Aars 2011). Så når man da velger å nedprioritere temaet seksualitet i for eksempel fengsel eller i samfunnet ellers, bidrar det ikke bare til undertrykkelse av muligheten for penetrering eller genital kontakt. Det innebærer også en frarøvelse av nærhet og intimitet.

World Association for Sexology har i samarbeid med Verdens Helseorganisasjon (WHO) utarbeidet en erklæring om seksuelle rettigheter som ble godkjent på den 14. verdenskongressen i sexologi i Hongkong den 26. august 1999. Denne er oversatt til norsk av sexologene Esben Esther Pirelli Benestad og Elsa Almås (Almås og Benestad 2006).

Da WHO's definisjon av seksualitet og seksuell helse anses å være av essensiell betydning i arbeid med seksualitet, både kulturelt, sosialt, fysiologisk og psykologisk, velger vi å sitere

rettighetene i sin helhet. Vi vil også kommentere hvordan rettighetene er av viktig karakter i tilknytning til fengsel.

«Seksualiteten er en integrert del av ethvert menneskes personlighet. Dens fullstendige utvikling baserer seg på tilfredsstillende av basale menneskelige behov så som lengsel etter kontakt, intimitet, følelsesmessige uttrykk, nytelse, ømhet og kjærlighet.

Seksualiteten er blitt til i samspillet mellom individene og de sosiale strukturene. Fullstendig utvikling av seksualiteten er grunnleggende når det gjelder individuelt, mellommenneskelig og sosialt velbefinnende. Seksuelle rettigheter er universelle menneskerettigheter basert på iboende frihet, verdighet og likhet for alle mennesker. Likesom helse er en fundamental menneskerettighet, må også den seksuelle helse være det. For å sikre at enkeltmennesker og samfunn utvikler sunn seksualitet, må de følgende seksualrettigheter bli omtalt, oppmuntret, respektert og forsvart av alle samfunn med alle tilgjengelige virkemidler. Seksuell helse er resultat av et miljø som anerkjenner, respekterer og utøver disse seksuelle rettighetene» (Almås 2004 s.119).

Et naturlig spørsmål som vi håper at denne undersøkelsen vil gi svar på, er om fravær av frihet også innebærer fravær av seksuelle rettigheter.

WHO's seksuelle rettigheter sier:

«1) Retten til seksuell frihet. Seksuell frihet omfatter individers rett til å uttrykke alle sine seksuelle egenskaper. Dette omfatter imidlertid ikke noen form for seksuell tvang, utnyttelse eller misbruk på noe tidspunkt eller i noen livssituasjon. Retten til seksuell selvstyring, seksuell integritet og trygghet for den seksuelle kroppen. Denne retten omfatter muligheten til å ta selvstendige avgjørelser angående ditt seksuelle liv innenfor rammen av ens egne personlige og sosiale etiske normer. Den omfatter også kontroll og nytelse.

2) Retten til å holde sin seksualitet privat. Dette innebærer retten til individuelle valg og individuell intim atferd så lenge dette ikke kommer i veien for andres seksuelle rettigheter.

3) Retten til seksuelt likeverd. Dette refererer til frihet fra alle former for diskriminering uavhengig av kroppslig kjønn, sosialt kjønn, seksuell orientering, alder, rase, sosial status, religion eller følelsesmessig svikt.

4) *Retten til seksuell nytelse. Seksuell nytelse, inklusive selvstimulering, er kilde til fysisk, psykisk, intellektuell og åndelig velvære.*

5) *Retten til følelsmessig seksuelt uttrykk. Seksuelt uttrykk er mer enn erotisk nytelse eller seksuelle handlinger. Individene har rett til å uttrykke sin seksualitet gjennom kommunikasjon, berøring, følelsesuttrykk og kjærlighet.*

6) *Retten til fritt partnervalg. Dette innebærer retten til å gifte seg eller la være, til å skille seg og til å inngå andre typerforpliktende seksuelle relasjoner.*

7) *Retten til frie og ansvarlige valg i forhold til reproduksjon. Dette omfatter retten til å velge om en vil eller ikke vil ha barn, til antallet barn og til tidsrom mellom hver fødsel, og retten til fri adgang til prevensjon og fruktbarhetsregulerende midler.*

8) *Retten til seksualopplysning basert på vitenskapelige undersøkelser. Denne retten innebærer at seksualkunnskap skal bygges opp gjennom frittstående og like fullt vitenskapelig og etisk fullverdige undersøkelser og spres på meningsfulle måter til alle sosiale lag.*

9) *Retten til omfattende seksuell utdanning. Dette er en livslang prosess fra fødsel gjennom de forskjellige livsavsnitt og bør omfatte alle sosiale sammenhenger.*

10) *Retten til seksuell helseomsorg. Seksuell helseomsorg må være tilgjengelig for forebygging og behandling av seksuelle bekymringer, problemer og forstyrrelser.»*
(Almå's 2004 s.119)

WHO's definisjon av seksuell helse korresponderer godt med de seksuelle rettighetene som er utarbeidet og beskrevet av den seksualpolitiske paraplyorganisasjonen International Planned Parenthood Federation (IPPF).

Begge er av like stor betydning, både for å få en økt forståelse av kompleksiteten i begrepet seksualitet og med tanke på arbeidet med innsatte i norske fengsler. Man har som innsatt i norske

fengsler naturlige grenser og en frihetsberøvelse, men det betyr ikke at man er aseksuell. Vi velger av samme årsak også å sitere artiklene i IPPFs seksuelle rettigheter.

«Artikkel 1:

Alle mennesker har rett til likestilling, lik lovbeskyttelse og frihet fra alle former for diskriminering basert på seksualitet eller kjønn.

Artikkel 2:

Alle mennesker har rett til deltakelse, uavhengig av kjønn og seksualitet.

Artikkel 3:

Alle mennesker har rett til liv, personlig frihet og fysisk integritet.

Artikkel 4:

Alle mennesker har rett til privatliv.

Artikkel 5:

Alle mennesker har rett til lovmessig anerkjennelse og seksuell frihet.

Artikkel 6:

Alle mennesker har rett til tankefrihet, meningsfrihet, uttrykksfrihet og forsamlings- og organisasjonsfrihet

Artikkel 7:

Alle mennesker har rett til sunnhet og til å dra nytte av vitenskapelig utvikling.

Artikkel 8:

Alle mennesker har rett til utdanning og informasjon

Artikkel 9:

Alle mennesker har rett til å velge hvorvidt de ønsker å gifte seg og stifte familie, og til å avgjøre hvorvidt, hvordan og når de ønsker barn.

Artikkel 10:

Rett til ansvarlighet og oppreisning»

(Sex og Politikk 2008)

Hverdagen er en helt annen i fengsel enn ute i det fri. Man har besøksrom der det er tilrettelagt for intimt samvær, derimot er tid, varighet og sted satt og kontrollert av andre. I tillegg vet de innsatte og partner at det kan være en stund til neste besøk. Det er slik sett ikke vanskelig å forestille seg at intimt samvær med disse rammene kan oppleves som tvang eller press både for den innsatte og for partneren. Man har den tiden og den muligheten man har fått tildelt, og da er det ikke utelukket at dette innebærer en forventning om at den skal benyttes på bestemte måter. Man har lite privatliv som innsatt i fengsel. Selv på egen celle vet ikke den innsatte når det eventuelt kan komme betjenter eller andre ansatte inn. Det bankes på før celledører åpnes, men dette innebærer ikke nødvendigvis at man ikke opplever seg blottstilt i en privat utøvelse av for eksempel seksuell eller intim art.

2.4 Seksualitet gjennom historien

Seksualitet er for mange mennesker tabubelagt og av privat karakter. For å forsøke å få en forståelse av hvorfor det er blitt slik, er det nødvendig med en summarisk reise tilbake i seksualitetens historie. Seksualitet er som tidligere nevnt en historisk og sosialt forankret størrelse, og for å forstå den må man derfor også gjøre seg umaken verdt å søke og forstå dens historisk-sosiale kontekst.

Den franske filosofen og idéhistorikeren, Michel Foucault (1926–1984) har hatt stor innflytelse innenfor flere fagfelt. Blant annet sosiologi, sosialantropologi, kulturhistorie og litteraturvitenskap.

I boken «Seksualitetens historie 1» som ble utgitt i 1976 ser han på hvordan seksualiteten henger sammen med både politiske, økonomiske og sosiale krefter opp gjennom historien.

En av hans teser er at vår tids seksuelle frigjøring bare er en videreføring av 1800-tallets holdninger og hevder videre at vi i den vestlige verden har gjort seksualiteten til et vitenskapelig objekt i stedet for en kilde til økt nytelse. Eller som Foucault sier «scientia sexualis»; seksualitet

som vitenskap/beskrivelse versus «ars erotica»; seksualitet som kunst/opplevelse (Foucault 2001).

Man ser en utbredt toleranse for seksuell adferd både i den greske og romerske antikken, dette også inkludert erotiske forhold mellom mennesker av samme kjønn (fra slutten av 1800-tallet navngitt som homoseksualitet). Toleransen omfattet dog kun de frie menns seksualitet. Gifte og frie kvinner skulle først og fremst føde sin manns barn. Til tross for at man tolererte at frie menn hadde samleie med mannlige og kvinnelige slaver eller prostituerte, måtte de unngå såkalt seksuell løssluppenhet. Dette var et tegn på at man manglet selvbeherskelse.

I Det Gamle Testamentet finner man flere eksempler på erotikk og hyllest til erotikken. Blant annet i Salomos høysang, som er en samling kjærlighetsdikt. Tidlig i kristendommen blir derimot sølibatet fremmet som et ideal. Kirken godtar seksualitet med tanke på forplantning og innenfor rammene av ekteskapet og sørger for at seksualitetens nytelser blir undertrykt.

Under renessansen preges seksualiteten av økt kunnskap, opplysning og et positiv aksept. Kunnskapen og opplysningen rundt begrepet lyst begrenser seg derimot til å anse dette som et uttrykk for mental sykdom.

Et eksempel på dette er hekseprosessene som foregikk fra midten av 1400-tallet til midten av 1700-tallet. Mange kvinner ble dødsdømt på grunn av anklager om seksuelle avvik, og avvikene var som oftest seksuell aktivitet før og utenfor ekteskap. Flere eksempler på at sex før og utenfor ekteskap ble sett på som seksuelt avvik, ser man også i norsk rettshistorie. Det er derimot tvil om hvorvidt kirkens og styresmaktens syn på seksualitet samsvarer med folkets seksualmoral på denne tiden, men det er sannsynlig at kirkens syn på seksualitet har sørget for at seksualiteten har blitt henvist til det private og mørke rom.

Synet på seksualitet i andre verdensreligioner har store variasjoner. Man finner erotiske håndbøker som ble laget for nesten 1000 år siden både innen asiatiske og islamske kulturer, mens man i andre kulturer hadde rituelle tradisjoner som for eksempel omskjæring av kvinner og menn (Almås og Benestad 2006).

Ifølge Foucault skjer det et paradigmeskifte i Europa på slutten av 1700-tallet.

Frem til den franske revolusjon på slutten av 1700-tallet er det vanlig med en viss freidighet

rundt seksualitet. Man har en åpenhet rundt temaet, og man er fortrolige med og tolerante når det gjelder ulik seksuell adferd. Det innebærer at reglene rundt hva som anses uanstendig og grovt, er friere. I forbindelse med den franske revolusjon på slutten av 1700-tallet beslaglegger så nærmest borgerskapet seksualiteten og sørger for å begrense den til den ekteskapelige familien og reproduksjon. «Det legitime og avlende paret blir lov» (ibid. s.14). Seksualiteten blir regulert, disiplinert og henvist til kontrollerte rom..

Den europeiske medisinske vitenskapen fikk under opplysningstiden en økende autoritet, også når det kom til seksualitet. Den mest interessante delen av seksualiteten var den ikke-reproduktive delen. Man var således hovedsakelig opptatt av seksualitetens skadelige innvirkning på helsen (Almås 2004).

Kvinnelig seksuell lyst i det offentlige rom var på 1800-tallet ikke-eksiterende. Dette riktignok dersom du etter normen var såkalt normal og hadde fått en god oppdragelse. På 1800-tallet ble kvinner som var åpne om sin seksualitet kategorisert som horer i motsetning til kvinner som fraskrev seg kjødets lyst og fikk en høy status (Din Side 2002).

Seksualitet og samleie ble en plikt for kvinnen og en rett for mannen. Det ble en moralsk og ekteskapelig rett for ektemenn å ha sex med sine hustruer.

En stor endringsprosess fant sted i den vestlige verden på 1960- og 1970-tallet, med mer åpenhet rundt seksualitet og sikre og billige prevensjonsmidler. Men man skal heller ikke glemme kulturradikalismen og den tidlige feminisme i Norden på 1880-tallet og den seksuelle reformbevegelsen i mellomkrigstiden (Hertoft 1983).

Den seksuelle endringsprosessen på 1960-tallet liberaliserte og individualiserte seksualiteten. I tillegg har seksualitet, i den vestlige verden, blitt anerkjent som en forutsetning for god livskvalitet. Almås (2004) skriver at den «seksuelle revolusjon var et opprør mot den holdningen at seksualitet er uforenlig med moralsk liv». På dette tidspunkt begynner kvinner å erobre retten til egen lyst, retten til å si nei til sex, retten til å være seksuelt ærlige og den virkelige retten til å utøve familieplanlegging ved hjelp av prevensjon og selvbestemt abort.

Kritikken rundt seksualitet har i store deler av 1900-tallet gått ut på at vårt forhold til seksualitet har vært preget av diskriminering, dobbeltmoral og undertrykking. Nå derimot, retter kritikken seg mot den økende grad av seksualitets- og kroppspress i offentligheten. Til tross for dette oppleves seksualitet fortsatt av mange som tabubelagt og noe som tilhører den private sfære.

2.5 Helse og seksuell helse

Elsa Almås sier at «Kroppen er vår tilstedeværelse på jorden, og det er den vi orienterer oss i verden gjennom. Seksualiteten er en av de viktigste drivkreftene, og burde som en selvfølge være integrert i vår forståelse av å være kropp og orientere oss gjennom kroppen. Det er derfor påfallende å se i hvilken grad seksualiteten har falt ut av så mange fagområder»

(Almås 2004 s. 15). Her kan for eksempel nevnes medisin, sykepleie, psykologi og psykiatri. I Norge utgjør sexologi en svært liten del av undervisningsplanene. Dette til tross for at man innen disse fagområdene nesten garantert vil møte mennesker med seksuelle utfordringer av forskjellig karakter. Sexologi som fag ved Universitetet i Oslo, er knyttet opp til samfunnsvitenskapelig fakultet og er et enkeltfag innen bachelorutdannelsen i psykologi. Det utgjør kun 10 studiepoeng (Universitet i Oslo 2015). Når det gjelder masterutdannelsen i psykologi ved samme universitet, har man emne «Seksuelle livsstiler» som utgjør i alt 5 studiepoeng (Ibid.). Det er også mulig å ta et studium på 15 studiepoeng, «Sexologi og funksjonshemming», ved Høgskolen i Oslo og Akershus (Høgskolen i Oslo og Akershus 2015).

Når det gjelder utdanninger som spesifikt omhandler sexologi, finnes det i Norge kun en videreutdanning ved Universitetet i Agder (Universitet i Agder 2015). For høyere utdanning på masternivå, finnes denne i Skandinavia kun ved Universitetet i Aalborg, samt i Malmö.

Når man ser i hvor liten grad det er fokusert på tematikken i ulike grunnutdanninger og innen profesjonsutdanningene, eksempelvis psykologi, er det nærliggende å spørre seg hvorvidt fokuset da er til stede i det praktiske helserelevante arbeidet.

Som Almås (2004) skriver, uttrykker seksualiteten seg «fra fosterlivet til dødsøyeblikket. Mannens seksualitet er i vår kultur sterkt symbolisert gjennom det uttrykk som den erigerte penis

representerer, mens kvinnens seksuelle uttrykk har vært representert gjennom kvinnen som seksualobjekt for mannen. Når man skal beskrive seksualitetens uttrykk og dens problemer, er det viktig å se hvordan den gjenspeiler og er representant for den kulturen den er en del av. Problemer kan oppstå når uttrykk som tidligere har vært adekvate, blir malplassert...» (Almås 2004 s. 45). Denne påstanden styrkes blant annet ved å se gjennom ofte stilte spørsmål på nettsider som for eksempel Klara Klok og Sex og Samfunn, begge ansett som seriøse seksualopplysningsaktører i Norge. Gutter er ofte bekymret for om penis er tilstrekkelig stor, både i avslappet og erigert tilstand. Jenter ser ut til å være opptatt av eget kroppsbilde.

Videre sier Almås (ibid.) at seksualiteten i tillegg til å bringe nytelse og glede, også kan medføre problemer. «Noen opplever disse problemene som små irritasjonsmomenter, andre opplever at de blir tappet for energi, og at de mister evnen til å konsentrere seg om andre ting i livet. I mange tilfeller ser vi at seksuelle problemer fører til andre fysiske og psykiske plager» (Almås 2004 s.45). På samme måte som vi ofte kan se at psykiske og fysiske plager kan gi seksuelle problemer. «Mange opplever at selvbildet blir truet når seksualiteten ikke fungerer. Seksuelle problemer er forbundet med redusert livskvalitet, og mange opplever at slike problemer kan overskygge positive sider av livet og være et alvorlig hinder for opplevelsen av å leve et meningsfullt liv» (ibid. s.45). Menneskeheten hadde ikke eksistert uten seksualitet, samtidig har dette viktige og åpenbare grunnlaget for vår eksistens i vår moderne kultur ofte «vært henvist til det dunkle rommet for dyriske instinkter» (ibid. S.9). Dette framfor at man har søkt å belyse tematikken på en mer åpen arena.

I vår kultur kan seksualiteten også være svært moralsk belastet. Mange kan i løpet av oppveksten ha vært utsatt for påvirkning og erfaringer som har bidratt til at temaet seksualitet er tabubelagt, noe som igjen kan begrense kommunikasjon og åpenhet. Samtidig innhenter mange lærdom og informasjon omkring temaet seksualitet via for eksempel pornografi eller venners utsagn og eventuelt skryt. Disse kildene er ikke nødvendigvis alltid like pålitelige. Mange vil også hevde at vi lever i en kultur som nærmest er overseksualisert. Vi utsettes stadig for seksuelle signaler via blant annet underholdning, musikk, reklame og ulike medier. Samtidig vil man ved en nærmere analyse ofte se at det er lite nyttig informasjon i disse signalene (Almås 2004). På mange måter kan det synes som det er en stor åpenhet i samfunnet når det kommer til temaer som omhandler

seksualitet og seksuell helse. Samtidig står dette ofte i kontrast til det mange opplever; at det er en tematikk det er vanskelig å snakke om på en seriøs og mer dyptgående måte. Dette er noe som også er nevnt tidligere i oppgaven med tanke på hvorvidt de ansatte i norske fengsler opplever samtaler om seksualitet som vanskelige og tabubelagte.

2.6 Tabu

Som vi har nevnt, opplever mange at det å kommunisere om seksualitetsrelatert tematikk er vanskelig. Vi har også sett på hvordan seksualiteten er blitt regulert, kontrollert og undertrykt i et historisk perspektiv. Historisk sett har seksualitet ofte vært knyttet til skyld, skam og synd. Det er et tema som hos mange vekker ubehag og som blant annet med bakgrunn i dette er blitt holdt mørklagt og taushetsbelagt.

At kommunikasjon rundt temaet for mange oppleves utfordrende og problemfylt, kan likevel på mange måter synes paradoksalt. Dette blant annet ettersom nær sagt alle medier stadig er fulle av informasjon om sex. Sex er sånn sett på mange måter blitt en synlig forbruksvare, men ikke slik at man snakker om det på et dypere og mer utforskende plan. Spesielt ikke dersom det oppleves å være problemer knyttet til det. Og kanskje enda mindre når det omhandler menn (Aars 2011). Dette kan blant annet handle om at menn, av kulturelle årsaker, ofte er uvante med å bearbeide følelsesmessige belastninger og gi uttrykk for følelsene sine (ibid.). Samtidig kan også den som har den profesjonelle posisjonen oppleve at det i en samtale som omhandler temaer relatert til seksualitet og seksuell helse, er vanskelig i det hele tatt å finne ord og uttrykk som begge parter føler seg komfortable med (ibid.). Noen ord og uttrykk kan oppleves som representanter for en type vulgærspråk, mens andre blir for høytidelige. Begge deler kan bidra til avstand og at man føler seg fremmedgjort i samtalen. Når man snakker om seksualitet, opplever mange at man snakker om den mest intime sfæren man har. Når man da i tillegg føler at man mangler adekvate ord og uttrykk i kommunikasjonen, oppleves samtalen ofte ytterligere problematisk. I tillegg vil både samfunnets seksualmoral og ens egen moral – eventuelt moralisme – samt generelle tabu knyttet til seksualiteten, ofte kunne påvirke åpenheten i samtalen (ibid.).

Den bio-psyko-sosiale modell er et essensielt arbeidsredskap i samtaler omkring seksuell helse. Dette innebærer at man tilstreber å ha en helhetsbetraktning og -tilnærming i møte med klientene. Samtidig må man være seg bevisst at klienten ikke alltid på eget initiativ vil ta opp temaer som oppleves vanskelige, eksempelvis rundt seksuell helse. Når fagpersonen så besvarer denne eventuelle tausheten med ytterligere taushet, vil man kunne komme til å bekrefte at tematikken er uten klinisk betydning. Det oppstår derved et uhensiktsmessig «toveistabu»; den profesjonelle hjelperen forbigår emnet av hensyn til klientens og egen bluferdighet, mens klienten tolker tausheten som at emnet ikke har relevans (Graugaard, Møhl og Hertoft 2012).

Utgangspunktet for et godt pasient-/klientmøte er nysgjerrighet, åpenhet og dialog. Utfordringen er å finne en balanse mellom klientens grenser og samtidig vise at man som behandler er åpen for samtaler av seksuell karakter. Det er nok ikke uvanlig at man som behandler møter motvilje, enten verbalt eller non-verbalt. Sett i et «toveistabu» perspektiv vil det være like sannsynlig at klient møter motvilje hos behandler.

Som nevnt, mange unngår å snakke om seksualitet og seksuell helse. Dette begrunnes blant annet med at

1. De er redde for å krenke pasientens eller klientens bluferdighet
2. De frykter å krenke sin egen bluferdighet
3. De har det for travelt
4. Man mangler kunnskap og ferdigheter
5. Man mener emnet er uinteressant eller irrelevant
6. Man frykter å overskride sin faglige kompetanse

Disse begrunnelsene kan kanskje være legitime nok, men ut ifra et faglig, profesjonelt ståsted holder det ikke å gjemme seg bak defensive argumenter som dette for at man velger å forholde seg taus (ibid.).

Vi er alle seksuelle vesener, og vi reagerer alle følelsesmessig, både bevisst og ubevisst, på andres og egen seksualitet. Hvordan man forholder seg til temaer relatert til seksualitet i sin arbeidsutførelse, kan tilsynelatende være fundamentert på et objektivt grunnlag. Men i virkeligheten kan det ofte være irrasjonelt begrunnet og blant annet preget av generelle fordommer og tidstypiske tabuer som omgir en. Det kan oppleves utfordrende å kartlegge sine egne følelsesmessige reaksjoner og holdninger, samt å reflektere over hvordan og i hvilken utstrekning disse eventuelt påvirker den innstillingen man forfekter og arbeider ut ifra. Dette gjelder også når det kommer til «selviakttagelse»; det å blant annet bli fortrolig med både egen og andres seksualitet, samt å bli oppmerksom på eventuell angst og ambivalens man måtte ha med hensyn til ulike seksuelle fenomener. Det kan oppleves krevende å «gå i seg selv» og søke økt innsikt i egne følelser og mulige konflikter en selv bærer på (Hertoft 1987).

Begrepet «profesjonalitet» er et ord som ofte er gjenstand for en viss begrepslig forvirring. Mange mener dette er et uttrykk for kjølig iakttagelse, og at det er slik det må og skal være. En profesjonell holdning er ment å skulle bevare både klientens og hjelperens integritet. I dette ligger ifølge sexologen Preben Hertoft også at man klarer å administrere sine emosjonelle reaksjoner og hverken lar dem overvelde seg, uavhengig av om de er negative eller positive, eller flykter fra dem. Profesjonalitet utelukker på ingen måte varme. Varme er tvert imot en forutsetning for ekte empati og kontakt. Profesjonalitet innebærer egenskaper som blant annet vennlighet, likefremhet og saklighet. Den profesjonelle viser sin respekt for klienten ved å ta som en selvfølge at også klienter er tenkende og følende mennesker som man kan forvente noe av og som kan håndtere sitt liv på en bedre måte dersom de blir hjulpet litt på vei (Hertoft 1987).

Når man snakker med klienter om temaer relatert til seksualitet og seksuell helse, vil man kanskje tidvis i større grad enn ved annen tematikk reagere på klientens opplysninger og utsagn med frykt, interesse, tiltrekning eller avsky. Noen av disse følelsene kan være ubehagelige å forholde seg til. Samtidig; forsøker man bare å dytte dem bort, kan man fort ende opp med å bli en dårlig rådgiver og komme i konflikt med seg selv (ibid.).

Psykologen Bo Møhl tar i sin artikkel «Når patienten flirter, og lægens grænser skrider» (2011) opp temaet seksuelle relasjoner mellom lege og pasient. Møhl er selv utdannet psykolog, men har i artikkelen valgt å fokusere primært på en helt annen yrkesgruppe; leger. Dette

utelukker ikke at artikkelens tematikk er overførbart på andre profesjoner, selv om det fortrinnsvis er undersøkt med hensyn til legers praksis.

Møhl (ibid.) beskriver det å flørte som en uskyldig måte å gjøre kur til og forsøke å gjøre inntrykk på en annen, uten at man har alvorlige hensikter. Den kan bestå av for eksempel en uskyldig utveksling av blikk, men også mer håndfaste forsøk på forføring hvor man prøver å lede den andre inn i et «seksualisert univers».

Som i lege-pasientforhold, vil også andre hjelperelasjoner være preget av at mange av de sedvanlige grensene er eliminert. Dette kan i seg selv aktivere ulike følelser, også seksuelle. Kontakten kan lett få et intimt og fortrolig preg, og dette intime rommet og den spesielle relasjonen som kan oppstå, kan gi gode vekstvilkår for forelskelse og flørt hos begge parter. Forførelsesprosessen kan således være gjensidig. Både klienten og den profesjonelle kan mer eller mindre bevisst være medvirkende til å skape en erotisk ladet atmosfære. Den seksuelle relasjonen mellom pasient/klient og lege/behandler/ansatt kan springe ut fra

- 1) pasienten/klienten
- 2) lege/behandler/ansatt

eller meget sannsynlig

- 3) et komplekst samspill som ikke noen av partene nødvendigvis er seg bevisst.

Dette kan begrense seg til at man kun opplever noen følelsesmessige reaksjoner. Mens det tidvis også vil omhandle en mer aktiv seksuell relasjon.

Det finnes varierende grader av det enkelte vil beskrive som seksuelt grenseoverskridende atferd. Derfor er også definisjonene uklare. Det finnes også få presise tall på hvor ofte det forekommer. Møhl (ibid.) viser her blant annet til en amerikansk undersøkelse fra 1992 som omhandlet 3000 praktiserende leger. Av disse hadde 11 % hatt seksuell kontakt med en eller flere pasienter. Seksuell kontakt ble her definert som «contact that arouses or satisfies sexual desire in the patient, physician, or both». Svarprosenten var dog kun 23, så validiteten er diskutabel.

En norsk undersøkelse gjort blant norske psykologer i 1991 viste at 2,1 % hadde hatt seksuell kontakt med minst én pasient, mens 3 % hadde vært seksuelt sammen med tidligere pasienter. Undersøkelser viser at dette både gjelder kvinnelige og mannlige behandlere.

Når det gjelder hvorvidt behandlere på et eller annet tidspunkt har følt seg seksuelt tiltrukket av en pasient, er prosenttallene vesentlig høyere. Eksempelvis har man funnet at dette har gjort seg gjeldende for 96 % av mannlige og 76 % av kvinnelige psykologer (ibid.).

Det er mange faktorer som spiller inn når man skal prøve å forstå hvorfor det er noen som overskrider grensene for hva man anser riktig i en profesjonell relasjon. Det finnes selvfølgelig ikke én enkelt forklaring. Forklaringene kan man finne innen alt fra det man vil beskrive som common sense til kompliserte psykodynamiske forklaringer. De mest alminnelige forklaringene er ofte relatert til stress, tap, ensomhetsfølelse og behov for bekreftelse. I tillegg kommer selvfølgelig seksuelt begjær. Blant de ubevisste, men dynamisk sterke motivene, kan det være en forveksling av overføring og motoverføring med virkeligheten her og nå. Mange analyser viser at det ofte er ubevisste krefter bak vår atferd, også den mange vil betegne å være seksuelt grenseoverskridende (ibid.).

Det kan synes som om det er konsensus rundt hva som er en såkalt profesjonell relasjon, men dette er noe som ikke nødvendigvis er statisk. Synet på dette kan også variere fra ulike teoretikere. Noe av det viktigste her er kanskje det å ha en bevissthet omkring at «det sexologiske rom» krever noen særskilte overveielser og at dette kan være en grunn til at mange unngår emnet. De opplever at det er for tett på eller «farlig». Med utgangspunkt i det overnevnte, kan man kunne formode at mange profesjonelle vil være redde for at de ved å ha seksualitet som tema i samtaler, kan bli beskyldt for at de samtidig legger opp til en erotisk situasjon. Eller at dette skal oppstå. Fordi man er redd for at erotiske følelser skal oppstå, enten det er fra den ene eller begge parters side, unngår man heller å gå inn i tematikken.

3.0 Den totale institusjon, straff og fengsel

3.1 Den totale institusjon

Som nevnt tidligere, omfatter WHO's seksuelle rettigheter alle mennesker, ikke kun de vi vil

definere som «normalfolkningen». Ergo, WHO's rettigheter omfatter pr. definisjon også innsatte i norske fengsler.

Samtidig kan det synes som det er lite bevissthet rundt dette, både fordi rettighetstanken er lite kjent blant de ansatte i Oslo fengsel, men også fordi seksualitet ikke rutinemessig blir vurdert som en essensiell del av et helsebegrep.

For å få en forståelse av hvordan det er å være innsatt i et norsk fengsel, har vi valgt å se nærmere på og definere begrepet «den totale institusjon».

Total institusjon innbefatter ikke utelukkende mennesker som har utført kriminelle handlinger og som en konsekvens av dette sitter fengslet. Begrepet kan relateres til flere grupper, eksempelvis mennesker som over lengre tid er innlagt på psykiatrisk sykehus, beboere på sykehjem og andre typer institusjoner.

Et av hovedverkene innen faglitteratur som omhandler den totale institusjon er den canadiske sosiolog Erving Goffmans (1822-82) bok «Anstalt og menneske – den totale institution socialt set» (1961).

Erving Goffman ansees å være en av de mest innflytelsesrike sosiologer i det 20. århundre. Han regnes som en sentral teoretiker både innenfor sosiologien og sosialantropologien. Hans hovedområder innen forskning inkluderte hverdagens sosiologi, sosial interaksjon, den sosiale konstruksjonen av selv-et, sosial organisering (framing) av erfaring, og bestemte elementer av samfunnslivet som totale institusjoner og stigma. Selv om «Anstalt og menneske - den totale institution socialt set» først ble utgitt i 1961, vil de fleste mene at mange av Goffmans teorier fortsatt er høyst tidsadekvate.

Goffman definerer den totale institusjon som et oppholds- og arbeidssted hvor et større antall likestilte individer sammen fører en innelukket, formelt administrert tilværelse, avskåret fra samfunnet utenfor i en lengre periode. Som et typisk eksempel på en total institusjon, fremheves fengsel. Samtidig understrekes det at det fengselsaktige som preger fengsler, også finnes i institusjoner hvor medlemmene ikke har overtrådt noen lov, som for eksempel sykehusavdelinger for psykisk syke. Spesielt arbeidet Goffman med rolleteori og samhandlingens symbolske aspekter (Store norske leksikon 2015).

I sitt verk «Anstalt og menneske – den totale institusjon socialt set» (Goffman 1961) beskriver

han inngående de vesentligste problemer i det dynamiske samspillet som foregår mellom anstalt og menneske.

Vi er i det daglige omkranset av ulike typer institusjoner. Det være seg «sosiale» institusjoner i allmenn forstand, det vil si rom eller bygninger hvor det regelmessig foregår en eller annen form for aktivitet. Eksempler på dette er en jernbanestasjon, postkontor og butikker. Man har her noen få, faste medlemmer som yter service, mens det er en stadig strøm av medlemmer som står som mottakere av servicen som ytes. Andre typer institusjoner, for eksempel fabrikker eller familiens hjem, består av mer faste medlemmer. Enhver institusjon avkrever medlemmene en del av deres tid og interesser og forsyner dem til gjengjeld med noe av en særskilt «verden» (ibid.). Noe av det som til gjengjeld kjennetegner den totale institusjon, er hvordan dens totale karakter symboliseres ved ulike barrierer mot sosialt samspill eller interaksjon med omverdenen, og det å kunne gå når man måtte ønske. Disse barrierene er ofte direkte innebygget i institusjonen og gir seg uttrykk som for eksempel låste dører, høye murer, piggtrådgjerder og lignende.

Noe av det sosialt grunnleggende i det moderne samfunn, er at den enkelte som regel sover, leker og arbeider på ulike steder. Dette gjøres med forskjellige meddeltakere, under ulike myndigheter og uten en rasjonell helhetsplan. Det sentrale kjennetegnet på totale institusjoner, kan beskrives som en nedbrytning av de barrierer som vanligvis skiller disse tre aspektene ved livet:

- I en total institusjon gjennomføres alle tilværelsens aspekter på samme sted og under den samme myndighet.
- Hver del av menneskets gjøremål utøves i nærvær av en stor gruppe andre mennesker som alle tilstrebes å behandles likt og er satt til å gjøre det samme i fellesskap.
- Alle dagens rutiner er nøye skjemabelagt slik at det ene gjøremålet etter det andre gjennomføres til bestemte klokkeslett og i en rekkefølge som håndheves ovenfra via et system bestående av formelle regler og et personale.
- De ulike, påtvungne aktivitetene er innarbeidet i en rasjonell plan som har til hensikt å oppfylle institusjonens offisielle mål.

Hver for seg finnes disse karaktertrekkene også andre steder enn i den totale institusjon. Men man er da som regel ikke kollektivt ledet, og man skal heller ikke gjennomgå de fleste av dagens aktiviteter i umiddelbart samvær med andre «av samme slag». Dette er nøkkelen til den totale

institusjons karakteristik: Ivaretagelsen av mange menneskelige behov gjennom en byråkratisk organisering av store menneskegrupper.

Muravgrensede organisasjoner har et karakteristisk trekk som man ikke finner hos så mange andre sosiale enheter: En del av individets forpliktelser består av at man til bestemte tider må være synlig engasjert i organisasjonens aktiviteter, noe som fordrer en viss mobilisering av både oppmerksomhet og legemlig innsats. Denne innsatsen blir igjen gjerne tatt som et symbol på hvorvidt vedkommende «går inn for saken», noe som igjen har betydning for hvordan andre ser på en. Ved å fortelle eksempelvis den innsatte hva han bør gjøre og hvorfor han bør gjøre det, har organisasjonen også sannsynligvis bestemt hvordan han skal være. Organisasjonen definerer hva som anses å være offisielt passende normer for velferd, fellesinteresser, oppmuntring og straff. Ved å akseptere institusjonens krav om lojalitet og interesse, godtar man en vurdering av hva som motiverer en og dermed også en vurdering av ens identitet (ibid.).

I de totale institusjonene er det også vanligvis et gap mellom den store, ledede gruppen og den lille «oppsynsstyrken» (ibid.). I fengselsammenheng vil dette si mellom innsatte og ansatte. De innsatte bor i institusjonen og har begrenset kontakt med verdenen utenfor murene, mens personalet tilbringer et fastsatt antall timer på institusjonen og ellers er sosialt integrert i omverdenen. Begge gruppene har ofte en tendens til å oppfatte den andre stereotypet fiendtlig. Personalet kan for eksempel betrakte klientene, i dette tilfellet de innsatte, som bitre, lukkede og upålitelige, mens klientene hyppig kan anse personalet for å være nedlatende, overlegne og nærmest ondskapsfulle. Der personalet kan ha en tilbøyelighet til å føle seg høyere oppe på rangstigen, kan klientene føle seg tilsvarende mindreverdige.

Den sosiale bevegeligheten mellom de to gruppene er gjerne sterkt begrenset. Den sosiale avstanden er gjerne stor, og ofte er den foreskrevet ovenfra (ibid.).

En annen tematikk som fremheves av Goffman, er det han beskriver som «almindelige krænkelser af personligheden» (Goffman 1961 s. 19). Som nyankommen trer man inn i institusjonen med et forestillingsbilde av seg selv som er muliggjort av stabile sosiale forhold i det hjemlige miljøet. Ved ankomst blir man fratatt den støtten som disse forholdene har gitt en. Den totale institusjon plasserer et organisatorisk skjold mellom klienten og omverdenen, noe

som innebærer at klienten avsondres fra omverdenen nærmest døgnet rundt. Dette er en avsondring som for enkelte kan strekke seg over år (ibid.).

Denne avsondringen fra verden utenfor kan man i fengselssammenheng tenke seg også vil påvirke den innsattes muligheter til å ivareta egen seksualitet. Det er som regel begrensede muligheter til å få besøk, ikke alle har noen som kan eller vil besøke dem, besøkstiden er begrenset og mange forhold blir brutt eller oppleves vanskelige å ivareta på en god måte.

Visse roller kan gjenopptas når og hvis man vender tilbake til omverdenen, mens andre tap er uopprettelige. Det vil senere i livsforløpet være umulig å innhente den tiden som ble frarøvet til for eksempel utdanning, oppdragelse av barn eller intimt samkvem med en partner (ibid.).

Det er dog ikke til å komme ifra, at totale institusjoner som for eksempel fengsel, tidvis i praksis fungerer mest som et oppbevaringssted. Samtidig som at institusjonen ofte ovenfor offentligheten har et image som rasjonelle organisasjoner. Et ofte fremhevet offisielt mål, er klientens «reforming», da gjerne i retning en eller annen ideell norm. Den selvmotsigelsen man kan oppleve mellom hva de ansvarlige utad skal si at institusjonen gjør, og det institusjonen faktisk gjør, danner den grunnleggende kontekst for personalets daglige virke. Det som tidvis kan bli glemt, er at man i disse institusjonene jobber med mennesker (ibid.).

Som Goffman skriver har personalet objekter å jobbe med, men disse objektene er mennesker. (ibid.). Mennesker i institusjoner har det samme spennet i tanker, følelser og behov som resten av befolkningen, noe det tidvis kan være lett å glemme.

3.2 Hensikten med straff

Kriminalomsorgens virksomhet bygger på fem pilarer

(Det kongelige justis- og politidepartement 2008):

1. Det lovgiver har sagt er straffens formål
2. Et humanistisk menneskesyn
3. Prinsippet om rettssikkerhet og likebehandling
4. Prinsippet om at man har gjort opp for seg når straffen er sonet

5. Normalitetsprinsippet

1. Formålet med straffen

De tilsktede virkningene av straffen kan deles inn i tre hovedgrupper: Tiltak som skal virke individualpreventivt, avskrekkende tiltak og forbedrende tiltak. Den individualpreventive virkningen av straffen inneholder flere elementer. Et av hovedmålene er at man søker å hindre nye lovbrudd ved hjelp av frihetsberøvelse; gjerningspersonen blir varig eller for en periode fysisk hindret i å begå nye straffbare handlinger ute i samfunnet.

Den avskrekkende virkningen ved fengsling innebærer en målsetning om at lovbrøyteren opplever straffen som så negativ at vedkommende avstår fra fremtidige straffbare handlinger. Det finnes lite forskning på hvorvidt en slik virkning av fengsling faktisk er reell. Sannsynligvis avhenger virkningen blant annet av straffens art, i hvilken grad straffen oppleves inngripende og om lovbruddet er styrt av rasjonelle overveielser.

Med hensyn til straffens eventuelle forbedrende virkning, tenker man at denne oppstår når og hvis den domfelte tar inn over seg at den utførte handlingen var gal og derfor ikke gjentar den.

2. Humanistisk menneskesyn

Straffegjennomføringen i Norge, enten den foregår i fengsel eller frihet, hevder å være bygget på tanken om at ethvert menneske er unikt og ukrenkelig. Dette innebærer en tanke om at den straffedømte skal være aktør i eget liv, både under og etter straffegjennomføringen.

Vedkommende skal ikke være et objekt for hva kriminalomsorgen eller andre etater mener er det beste. Det vises her blant annet til Fagstrategien for kriminalomsorgen 2004-2007:

«Kvalitet i kriminalomsorgen skal likevel ikke måles bare ut fra effekten av tiltak for å forebygge videre kriminell atferd. Det er et selvstendig mål å gjøre livet under frihetsberøvelsen verd å leve» (ibid. s.21).

3. Rettssikkerhet og likebehandling

Dette anses å være to viktige kjerneverdier for kriminalomsorgens virksomhet. Selve straffegjennomføringen er regulert i Straffegjennomføringsloven (Lovdata 2015).

Loven omhandler blant annet den enkeltes individuelle ansvar for egen rehabilitering, samtidig som den setter rammene for kriminalomsorgens maktutøvelse. Kravet om likebehandling innebærer at kriminalomsorgen utøver en ensartet praksis; like tilfeller skal behandles likt. Samtidig har den domfelte etter loven også krav på individuell behandling ut fra vurdert risiko for ny kriminalitet, behov for rehabiliterende tiltak og motivasjon.

4. Prinsippet om at en har gjort opp for seg

Ideelt sett bygger samfunnet i strafferettslig sammenheng på prinsippet om at den domfelte har gjort opp for seg når straffen er gjennomført. I praksis viser det seg til gjengjeld ofte vanskelig å komme tilbake til samfunnet på den måte både den straffedømte og andre kunne ønske. Det er derfor viktig at kriminalomsorgen og andre instanser bidrar til at de domfelte får nye muligheter til integrering og til å «begynne på nytt».

5. Normalitetsprinsippet

Det er både i internasjonale konvensjoner og rekommandasjoner, samt i norsk lov, nedfelt at domfelte har de samme rettigheter som andre borgere. Det er selve frihetsberøvelsen som er straffen. For øvrig skal tilværelsen under straffegjennomføringen så langt det er mulig være lik tilværelsen i resten av samfunnet. Dette innebærer blant annet at straffegjennomføringen ikke skal være mer tyngende enn nødvendig og at ingen skal bli underlagt tiltak som føles som tilleggstraff. Man anser normalitetsprinsippet å være en viktig del av kriminalomsorgens verdigrunnlag. Samtidig ser man at det er behov for å tilrettelegge forholdene for at dette kan etterleves på en bedre måte. Dersom dette gjøres, anser man at det vil bidra til å redusere de utilsiktede skadevirkningene av straffen og samtidig i vesentlig grad lette tilbakeføringen til samfunnet.

Ikke bare i utformingen av regelverket, men også i det praktiske arbeidet, skal kriminalomsorgen tilstrebe at målene som her er beskrevet ikke utelukkende eksisterer på papiret, men at det fullt ut preger straffegjennomføringen i praksis (ibid.).

3.3 Oslo fengsel

Oslo fengsel er Norges største fengsel. Det har 415 plasser og nærmere fire hundre ansatte som fyller ulike roller. Fengselet ligger i Oslo sentrum, og det er en enhet med høyt sikkerhetsnivå. Det er kun mannlige innsatte. Antall nyinnsettelse i 2014 var på 1219. Gjennomsnittlig sittedid i varetekt var 91,4 dager, mens gjennomsnittlig lengde på dom var på 512 dager. Kapasitetsutnyttelsen var på 97,3 %, hvilket innebærer at det er sjelden man har celler som står tomme. I mars 2015 var cirka 50 % utenlandske innsatte. 230 innsatte satt i varetekt, 169 sonet dom, én satt på forvaringsdom og én sonet bøter.

Hvor får Oslo fengsel sine innsatte fra?

- Ny varetekt fra politiet.
- Innkalte dommer.
- Pågrepne dommer. Dette innebærer at de ikke selv har møtt til soning, men blir pågrepet og innsatt.
- Brudd på lav sikkerhet. Dette vil si at innsatte har utført brudd på vilkår for å få sone i fengsel hvor det er lavere sikkerhetsnivå og derfor blir overført eller tilbakeført.
- Brudd på §12-soning.

§12-soning innebærer at man får sone straffen, eller deler av den, i institusjon. Dette er straffegjennomføring som innvilges kun i særlige tilfeller. Eksempelvis med hensyn til innsatte med rusmiddelproblematikk hvor man anser behandling som mer hensiktsmessig enn fengselssoning.¹

- Brudd i forbindelse med soning i overgangsbolig.

Enkelte innsatte gis mulighet til å gjennomføre siste del av soningen i såkalt overgangsbolig. Overgangsboliger er et ledd i den gradvise tilbakeføringen til samfunnet, med faglig kompetanse

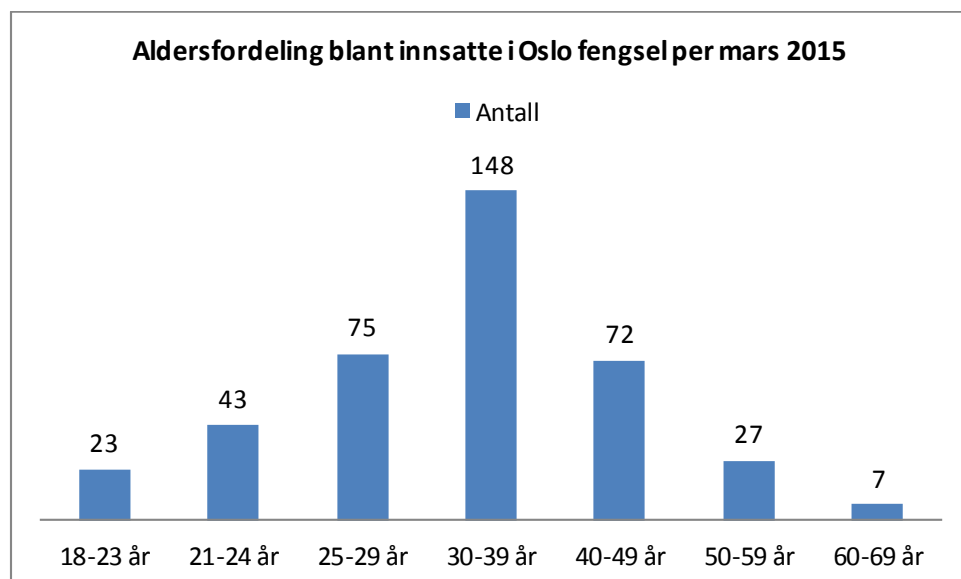
¹ Brudd på vilkår, eksempelvis at man ruser seg, resulterer vanligvis i tilbakeføring til fengsel.

som særlig ivaretar behovet for bo-, arbeids- og sosialtrening. Ved for eksempel rus eller voldsepisode i forbindelse med denne type soning, tilbakeføres man vanligvis ordinært fengsel.

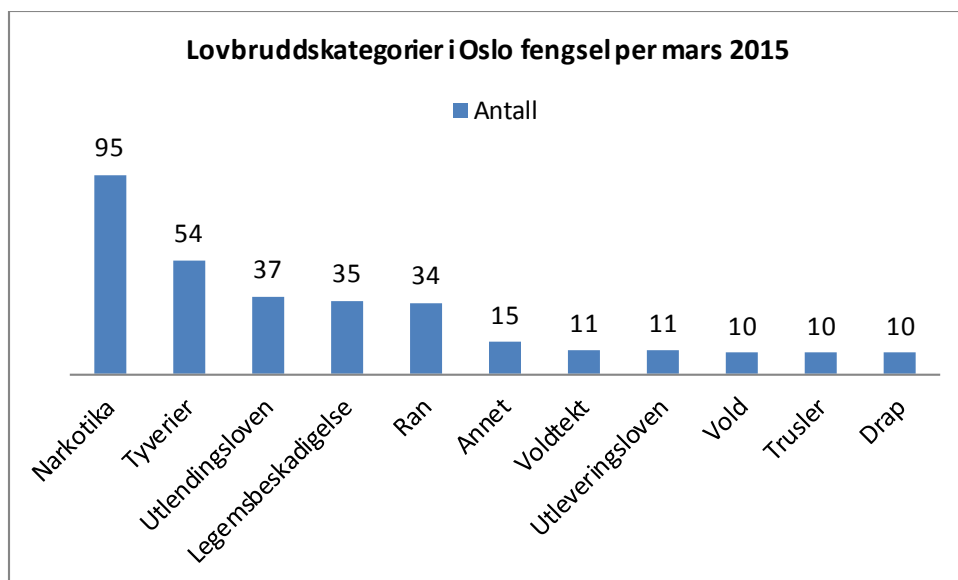
- Brudd på elektronisk kontroll.

Straffegjennomføring med elektronisk kontroll (EK) innebærer at den straffedømte soner hjemme iført en elektronisk fotlenke. Den som soner skal være sysselsatt i perioden man er underlagt elektronisk kontroll, og man blir pålagt ute- og innetider som skal overholdes.

- Overføring fra annet fengsel. Dette kan skje etter søknad eller som en tvangsoverføring.
- Fra Trandum, det vil si fra politiets utlendingsinternat. Dette er Norges eneste lukkede forvaringssenter for utlendinger. Her kan utlendinger holdes innesperret, i hovedsak fordi de skal transporteres ut fra landet eller i forbindelse med å avgjøre en persons identitet.



Gjennomsnittlig alder hos de innsatte: 34,1 år



Ansattgruppen i Oslo fengsel består av ulike profesjoner og folk med ulik utdannings- og erfaringsbakgrunn. Noen er ansatt i utelukkende administrative stillinger, eksempelvis innen lønn og personal. Den største gruppen er fengselsbetjener. Denne gruppen består av både kvinner og menn. Det er også ansatt jurister som jobber med fangesaker. I tillegg er det blant annet ansatt to prester og fire sosialkonsulenter. Disse jobber direkte med innsatte. Det er også et ungdomsteam bestående fortrinnsvis av miljøterapeuter. Disse skal ha et spesielt fokus på de yngste innsatte.

Ansatte ved Helseavdelingen og Fengselspsykiatrisk poliklinikk er ikke ansatt i Oslo fengsel, men er eksterne og innleide tjenester. Dette gjelder også Grønland Voksenopplæring som har ansvar for å tilby innsatte kurs, skolegang og øvrig utdanning. I forbindelse med sysselsetting etter løslatelse har man bistand av en person som er ansatt i Nye Arbeids- og Velferdsetaten (NAV).

4.0 Problemformulering

Vi har i oppgaven ønsket å se på i hvilket omfang de innsatte i Oslo fengsel blir anerkjent som seksuelle vesener, og om de ansatte har eller ønsker å ha seksualitet og seksuell helse som tema i det daglige arbeidet med innsatte.

5.0 Forskningsspørsmål

Vi har i oppgaven identifisert fem hovedtemaer som vi har valgt å undersøke nærmere.

- 1) Hvordan defineres seksualitet og seksuell helse av de ansatte i Oslo fengsel?
- 2) I hvilken grad blir de innsatte sett på som seksuelle vesener?
- 3) Hvis det er hinder for at seksualitet og seksuell helse er en tematikk i arbeidet med innsatte i Oslo fengsel, hva er så disse?
- 4) Opplevs seksualitet og seksuell helse som tabubelagte temaer?
- 5) Hvilken betydning kan maktperspektivet ha med hensyn til ivaretagelse av de innsattes seksualitet og seksuelle helse?

6.0 Metode og materiale

6.1 Metode

Metode defineres som en fremgangsmåte for å få økt kunnskap eller etterprøve påstander som gjør krav på å være sanne, gyldige eller holdbare. Metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå fram for å søke ny kunnskap eller etterprøve påstandene. Den er verktøyet vårt i møtet med noe vi vil undersøke nærmere. Metoden hjelper oss å fremskaffe data, det vil si den informasjonen vi trenger for å belyse vår problemstilling. Begrunnelsen for å velge en spesifikk metode er at vi mener den vil gi oss best mulige data, samt at den vil belyse spørsmålene våre på en måte som er faglig interessant (Dallan 2007). De ulike vitenskapene har til hensikt å etablere kunnskap om hvordan virkeligheten ser ut. Metodelære handler blant annet om hvordan vi kan gå frem for så langt som mulig å undersøke hvorvidt våre antakelser stemmer overens med virkeligheten eller ikke (Johannessen, Tufte og Kristoffersen 2004). I vitenskapelig arbeid har vi to hovedoppgaver. Den ene er å finne ut noe, i vid betydning innebærer dette å finne svar på spørsmål. Den andre er å sikre at det man mener å ha funnet ut, er holdbart. Begge oppgaver forutsetter disiplinert oppfinnsomhet (Album, Hansen og Widerberg 2010).

6.2 Kvalitativ og kvantitativ metode

Alt etter valg av metode vil man kunne undersøke forskjellige sider ved et fenomen. Vanligvis skiller en her mellom *kvantitativt* orienterte og *kvalitativt* orienterte metoder (Dallan 2007). Kvantitativ metode har den fordelen at den tar sikte på å forme informasjonen om til veldefinerte og målbare enheter. Disse gir oss så muligheten til å foreta regneoperasjoner, eksempelvis som det å finne gjennomsnitt og prosent av en større mengde. Kvalitativ metode fokuserer i større grad på å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle objektivt. Både kvalitativ og kvantitativ metode tar sikte på å bidra til økt forståelse av det samfunnet vi lever i, «og hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler» (Dallan 2007 s.84). Slik sett kan dette forståes som at kvantitativ metode grovt sagt gir en overfladisk viten om mange mennesker versus kvalitativ metode som gir dyptgående viten om få mennesker.

Uansett metode, inngår etiske refleksjoner som en viktig del av metodearbeidet (Album, Hansen og Widerberg 2010). Vi har i vår oppgave valgt å benytte kvalitativ metode da vi har ansett det som mest hensiktsmessig med hensyn til problemstillingen vi ønsker å belyse. Vi kunne ha valgt en kvantitativ metode med fokus på for eksempel å kartlegge antallet ansatte som har seksuell helse som tematikk i arbeidet med innsatte. Dette kunne også vært interessant, men det hadde ikke gitt oss svar på hva de ansatte faktisk tenker og mener rundt tematikken. Ved å velge kvantitativ metode hadde trolig undersøkelsen blitt overfladisk sett i forhold til det vi ønsker å belyse, eksempelvis hva de ansatte legger i begreper som seksuell helse og seksualitet, tabu og eventuelle andre hindre for å ha dette som tema i arbeidet. Vi har ansett det som særs viktig at intervjuobjektene har hatt muligheten til å utdype sine meninger. I tillegg har det å ha valgt kvalitativ metode gitt oss muligheten til å stille oppfølgingsspørsmål, som i denne sammenheng har bidratt til å gi oss en ytterligere økt kunnskap og forståelse.

6.3 Intervju

Vi introduserte samtlige intervju med «Vi skriver en masteroppgave som ser på hvorvidt de innsatte i Oslo fengsel blir anerkjent også som seksuelle vesener og om seksualitet/seksuell helse er et tema i arbeidet. Vi tar utgangspunkt i WHO's definisjon på seksualitet og seksuell helse og

den bio-psyko-sosiale modell».

Hovedspørsmål:

- Hva legger du i begrepet seksuell helse?
- I hvilken grad blir innsatte i Oslo fengsel sett på også som seksuelle vesener?
- I hvilken grad blir tematikken seksualitet/seksuell helse ivaretatt innad i Oslo fengsel?
- Hvordan tenker du deg at de ulike yrkesgruppene i fengselet kan tilrettelegge og åpne opp for samtaler rundt tematikken seksualitet og seksuell helse?
- Hva tenker du kan være til hinder for at det blir fokusert på dette i det daglige arbeidet?
- Hvis det er tabubelagt, hva tenker du årsakene til dette kan være?
- Hva kan eventuelt gjøres for at tematikken seksuell helse skal inngå som en del av det helhetlige arbeidet med innsatte?

Intervjuene ble gjennomført med fem ansatte som alle jobber i Oslo fengsel. De ble rekruttert via den ene masterstudentens kjennskap til deres rolle innen institusjonen. De fem intervjuobjektene representerer ulike yrkesgrupper som fengselsbetjent, sosialkonsulent, prest og sykepleier. Vi ønsket at ulike yrkesgrupper skulle være representert og valgte ut ifra hvilke som har arbeidsoppgaver relatert til flest innsatte. Vi forsøkte også å få til en mest mulig jevn kjønnsfordeling og valgte blant annet derfor å intervjuer både en kvinnelig og en mannlig fengselsbetjent. I tillegg intervjuet vi en mannlig prest, en kvinnelig sykepleier og en kvinnelig sosialkonsulent. Aldersmessig befinner alle seg mellom 41-55 år, og de har jobbet i Oslo fengsel mellom 3-30 år. Når det gjelder erfaring fra kriminalomsorgen har de jobbet i etaten mellom 6-34 år. Grunnen til at vi har valgt kun fem informanter er oppgavens omfang, både med hensyn til sideantall og tid man har hatt til rådighet. Dessuten vurderte vi at verdifulle kvalitative data kunne frembringes med en gruppe på fem informanter.

Intervjuet med sykepleier ble foretatt på kontor/undersøkelserom tilhørende helseavdelingen, mens intervjuet med presten ble foretatt på hans kontor. De øvrige intervjuene ble gjennomført på kontoret til den ene masterstudenten, også dette i Oslo fengsel. Da denne masterstudenten

tidvis jobber i tett samarbeid med enkelte av intervjuobjektene, ble intervju med disse foretatt av den masterstudenten som arbeidsmessig er uten tilknytning til fengselet. Alle intervjuene ble gjennomført på dagtid.

Intervjuobjektene har signert en samtykkeerklæring (vedlegg 1).

I begynnelsen av alle intervjuene presenterte vi tematikken i oppgaven og masterstudentenes yrkes- og utdanningsbakgrunn. Intervjuene ble etter samtykke fra intervjuobjektene tatt opp på diktafon. I etterkant av intervjuene satt vi av tid til å prate med intervjuobjektene om intervjuet og selve intervjusituasjonen. Deretter er lydfilene blitt transkribert av Frogner Kontorservice etter instruksjoner gitt av forfatterne. Med hensyn til transkriberingen, er ikke rettskrivningen nødvendigvis helt korrekt. Dette er gjort bevisst da det er en fare for at man samtidig også korrigerer selve setningsoppbyggingen, noe som igjen medfører en risiko for at man endrer på objektets mening eller budskap underveis. Pauser og fyllord er markert, og der intervjuobjektene tar litt lengre tenkepauser, er dette skrevet inn som kommentar i parentes. Lydopptakene er deretter blitt slettet, og all informasjon er blitt behandlet konfidensielt (vedlegg 2).

Informantene er blitt anonymisert så langt det er mulig ved at vi ikke bruker profesjonstittel eller navn i transkriberingen, men kun nummerert informant. Det er allikevel ikke til å unngå at informantene kan gjenkjennes, blant annet fordi antall intervjuobjekter er så lite, samt at enkelte uttalelser er gitt på vegne av den enkeltes profesjon.

7.0 Litteratursøk

Vi har i denne oppgaven benyttet oss av ulike databaser i våre søk etter relevant litteratur. Vi har søkt via litteraturdatabasene PubMed, PsycInfo, Cinahl, Oria (UiO Universitetsbiblioteket) og Google scholar. Disse søkemotorer ga nokså likeverdige funn.

Nøkkelord som er brukt, er "sex", "seksuell helse", "seksualitet", "fengsel", "sexual health", "prison", "inmates", "incarcerated". Det er også foretatt søk med ordene "profesjonell", "total institusjon", "tabu", "taboo", "professional" og "institution".

I utgangspunktet kommer det opp mange treff. Eksempelvis gir et søk med nøkkelordene ”prison” og ”sexual health” 544 treff på PubMed, på Oria 608 og på Google Scholar cirka 320.000 resultater. Sistnevnte reduseres til 120.000 resultater når man i tillegg benytter ”inmates” som søkeord.

Søker man på ordene ”professional”, ”sexual health”, ”prison” og ”inmates” gir dette eksempelvis cirka 59.900 treff på samme søkemotor, mens det gir henholdsvis 17 og 13 treff på PubMed og Oria. På PsycInfo ga det i alt fire treff på artikler. Dette er en gjennomgående erfaring uansett hvilke søkeord som er blitt brukt. Det er svært få treff på de databasene som blir ansett å være seriøse søkemotorer.

Den litteraturen vi har funnet, er således svært sparsom i omfang. I tillegg viser den seg å være svært lite relevant. Når man ser nærmere på treffene, viser det seg at tematikken hovedsakelig omhandler seksuelt overførbare sykdommer, spesielt hiv og hepatitt. I tillegg kommer tematikk relatert til overgrep og homoseksualitet. Det har således vist seg svært vanskelig å finne artikler og annen litteratur som spesifikt omhandler det vi har ønsket å utforske og belyse. Vi har i oppgaven brukt det vi har funnet relevant.

8.0 Funn og resultater: Analyse av intervjuene

Vi har i etterkant av intervjuene lyttet gjennom lydfilene og lest gjennom transkriberingsdokumentene for å få tak i stemningen i transkriberingsmaterialet. I tillegg har vi merket oss når informantene har tatt kortere og lengre tenkepauser og forsøkt å lytte til lydfilene for å huske stemningen i intervjuene. For å få oversikt over materialet, har vi merket oss utsagn som er i direkte og indirekte kobling til forskningsspørsmålene.

8.1 Hvordan defineres seksualitet og seksuell helse av de ansatte i Oslo fengsel?

I utgangspunktet kommer de fleste informantene, bortsett fra informant 1, inn i intervjuene litt unnskyldende, uten helt å forstå hva de skal kunne bidra med i undersøkelsen.

Dette da de føler det er på siden av deres kompetanse og arbeidsbeskrivelse. Dette bekrefter blant annet informant 2 ved å si:

«Ja. Jeg har sagt at jeg er litt sånn usikker på hvor mye dere kan få ut av meg. Eller altså hvor mye (00 00 27) vond vilje, men hvor mye- men jeg kan jo ja. For jeg sa jeg er ikke først og fremst med fordi jeg tenker å bidra, men jeg var litt nysgjerrig på hva dere dreiv med».

Til tross for usikkerheten knyttet til om de kan bidra til intervjuene, har de allikevel alle en forfriskende nysgjerrighet på spørsmålene og oppgaven i tillegg til en åpenhet og ærlighet vi undersøkende studenter er takknemlig for. Vi åpner intervjuene med å si at vi har tatt utgangspunkt i WHO's definisjon av seksualitet og seksuell helse og den bio-psyko-sosiale modell. En av informantene ønsker å høre definisjonen, ingen av informantene ber om å få høre mer om den bio-psyko-sosiale modellen. Til tross for at informant 4 får presentert definisjonen, svarer hun med egne ord hva hun legger selv legger i begrepet.

Informant 4 sin oppfattelse av WHO's definisjon var som følger *«...det var litt sånn, litt utvida begrep i forhold til kanskje hva jeg tenkte i utgangspunktet».*

Det kan oppleves som litt forunderlig at ikke flere av informantene ønsket å høre WHO's definisjon og om den bio-psyko-sosiale modell. Spesielt med tanke på at de var usikre på hvorvidt de kunne bidra med noe i intervjuene. Derimot er det er en klar fordel med tanke på undersøkelsen, da svarene vi har fått ikke er påvirket av WHO's definisjon eller vår forklaring av den bio-psyko-sosiale modell.

Vi har ved flere anledninger beskrevet at en altomfattende og fullstendig definisjon av seksualitet og seksuell helse ikke er mulig, da begrepene av mange vil vurderes å være omfattende og lite presise. Individets definisjon vil være preget av ens egne opplevelser, preferanser, referanser og ikke minst utdannings- og yrkesbakgrunn.

Dette kommer også tydelig frem når våre informanter skal definere seksuell helse.

Alle informantene har det til felles at det tilsynelatende er vanskelig å sette ord på det de ønsker å formidle. De tar flere pauser, både korte og lengre, for å finne de riktige ordene når de skal formulere svarene.

Informant 4 oppsummerer dette godt da han prater om samtaler med de innsatte som handler om seksualitet:

«Sørge for at man ikke er, at man ser, at man vet det er konfidensielt f.eks. og at man har et språk sjøl».

Alle svarene når det kommer til definisjon av seksuell helse har det til felles at informantene mener det handler om samleie eller genital kontakt. Informant 1 har fokus på samleie i sammenheng med smitte og smitteforebyggende arbeid, informant 2 nevner den fysiske og kroppslige kontakten, informant 3 sier noe om hvordan seksualitet fremføres eller utføres, informant 4 mener at seksuell helse er det at man ligger med hverandre eller har sex og informant 5 mener at seksuell helse er at de innsatte skal bevare seksuelle relasjoner og at det tilrettelegges for dette ved å dele ut intimartikler som sengetøy og kondomer.

Svarene er ikke unike for de ansatte i Oslo fengsel. Både i mediene og i folks generelle oppfatning handler det ofte om selve samleiet når man snakker om seksualitet. Informant 1 har fokus på smitte og smitteforebygging med tanke på seksuelt overførbare infeksjoner.

Samme informant har en klar og ryddig definisjon på seksuell helse. Hun tar ikke mange tenkepauser og bekrefter selv at hun er trygg på å prate om seksualitet. Når hun blir spurt om hvordan hun definerer seksuell helse, svarer hun:

«Da tenker jeg vel sånn, jeg jobber med smitte, smitteforebygging. Sånn at det jeg gjør her da, det er å, for det første så ivaretar jeg de som har infeksjoner. Og seksuelt overførbare sykdommer. Følger opp de. Tar blodprøver og tester og sånne ting. Også, i forhold til samtaler, veiledning, i forhold til hygiene, prevensjon ja. Ja, jeg tenker at det er det jeg legger i det».

Informant 2 har en impulsiv reaksjon da vi ber ham om å definere seksuell helse, og i motsetning til informant 1 kommer det tydelig frem at han tar utgangspunkt i sine egne personlige tanker og ikke et profesjonsperspektiv.

«Seksuell helse, å kjære veene, det er jo veldig vidt egentlig. Det er jo alt fra min egen seksualitet (00 01 35) og hvordan den utføres eller fremføres eller...hvordan det måtte være å naturligvis også snakke med innsatte hvis de har noe behov for å snakke om det. Rett og slett. Men det er veldig sjeldent, jeg tror det skal mye til at de snakker med oss om seksualiteten sin».

Informant 5 og informant 1 definerer seksuell helse ved å trekke frem sykdommer, men det er en vesentlig forskjell. Informant 5 nevner i tillegg også det relasjonelle.

«Det ene er den rene helsebiten, som går på, hva skal vi si, sykdommer, og den andre er den seksuelle helsen da. Hvis det går an å bruke det ordet om det. At de har vanlig seksuell relasjon til sine kjære».

Informant 5 er ikke alene om å nevne relasjoner i sin definisjon av seksuell helse. Det gjør også informant 2 og 4.

Informant 2:

«Jeg tenker først og fremst kanskje bare forholdet til egen kropp. Ja, og en sånn sunn helse, handler om på en måte en slags fortrolighet med egen kropp. Også tenker jeg jo på en måte en slags, noe relasjonelt i det og. Altså, det handler om forholdet til andres kropp».

Hva informant 2 legger i «noe relasjonelt» kommer ikke tydelig frem, og i etterkant ser vi at det kunne vært interessant med et oppfølgingsspørsmål. Det er nærliggende å tro at det her menes sex som forhold mellom mennesker. Men det utelukker ikke at det relasjonelle også kan omfatte behov for intimitet og nærhet og bekreftelse på at man betyr noe for noen.

Ingen av de spurte nevner begreper som begjær, sanselighet, ømhet, gjensidighet eller fortrolighet. Men informant 1 nevner én gang at hun har forståelse for at frustrasjon må ut:

«Altså, litt sånn flåsete så er det jo 380 overkåte menn i fengselet her. De sitter jo her veldig lenge, og det er jo ikke alle som har besøk. Og ja, at noen må legge til rette for at de ja, ikke får masse testosteron og ting som skal ut på andre måter».

Med andre ord kan det oppfattes som en forståelse for at berøvelsen av et velfungerende seksualliv kan bidra til økt frustrasjon, at de ikke får utløp for sin seksualitet og kanskje en erkjennelse av ensomhet.

Informant 2 kommer tilbake til definisjon av seksualitet senere i intervjuet. Han nevner da dette med intimitet og mangel på berøring og kroppskontakt, men derimot kanskje mest av

medmenneskelig karakter.

Informant 4 forteller om en opplevelse i ukentlige møter med en innsatt:

«Også var det en gang vi snakket sammen sånn at jeg følte det litt sånn naturlig og klappa han på skulderen, eller liksom følger han ut av døra. Og da stopper han litt opp, også sier han at: Å, det var første gangen noen har tatt på meg på hvertfall et halvt år eller fire måneder eller hva det var. Og da tenker jeg på den kroppslige kontakten, hvor lite i et sånt miljø som her. Altså hvor lite kroppskontakt man har da. Selv om det i en del miljøer er kult å hilse på hverandre med klem og alt mulig sånn. Jeg vet ikke han på en måte, om det bare var en sånn måte å være interessant på. Men da tenkte litt på det at, og derfor tenker jeg at det er jo noen sanne. Det å ha kroppslig kontakt, det trenger i hvert fall i snever forstand for meg ikke nødvendigvis å handle om seksualitet».

Med andre ord trenger ikke berøring og intimitet å være av seksuell karakter, men det kan være det. Vi har tidligere i oppgaven beskrevet at seksualitet uttrykkes i hvordan vi føler, beveger oss, berører og blir berørt. Er det med utgangspunkt i sammenhengen mellom berøring og seksualitet at denne innsatte da sjeldent opplever berøring? Eller kan det være at de ansatte føler at de må ha en god grunn eller gjøre rede for hvorfor de tar på en innsatt?

Informant 1 mener at man skal begrunne godt hvorfor man velger å prate om seksualitet. At man kan prate om seksualitet når man har riktige knagger å henge det på.

«At det, (samtaler om seksualitet) det er jo litt sånn etisk. Det er en balansegang på hvor åpen du skal være... Men jeg vil jo ikke begynne å snakke om, veldig intimt om hvordan eller hvor eller når eller sånne ting. Det føler jeg er å trække over en grense».

Som nevnt definerer informant 2, 4 og 5 det relasjonelle som en del av seksualiteten.

Informant 4:

«Mye - det er jo ikke bare sex, det er på en måte relasjoner og mye annet enn det for individet». Hun fortsetter videre med å si: «Med seksualitet så tenker man mer på ekteskapet, man ligger med hverandre eller har sex på en måte. Mens det er jo veldig mye mer enn det». Hva som legges i veldig mye mer enn sex, kommer ikke frem.

Informant 5 sier følgende om relasjoner og ensomhet:

«Eh...vi lytter jo på telefonsamtaler blant annet så vi vet litt hvordan den innsatte har det hjemme. Vi veet om han har kjæreste eller kone eller partner. Det vet vi. For sånn spør vi om. Eh...det har jo litt med rehabilitering og at vi vet at han har noe å gå til og. Men vi snakker med de om det; hvordan er livet ute. Og vi ser veldig fort ensomhet. Vi ser veldig fort folk som har store problemer i relasjoner. Vi er faktisk veldig glad de gangene vi møter folk som opprettholder normale relasjoner. Det er vi veldig glad for. Da er sjansen vår for å gjøre god jobb med de, mye bedre enn når alt er skadeskutt der ute. Og det er veldig vanskelig å få til».

8.2 I hvilken grad blir de innsatte sett på som seksuelle vesener?

Det er naturlige grenser når man er innsatt i fengsel, men innebærer grensene også fravær av seksuelle rettigheter eller at de innsatte ikke blir sett på som seksuelle vesener?

Informant 4 sier

«De er jo avskjært fra veldig mye da, selvfølgelig. Du har mista friheten din på alle andre områder, på veldig mange andre områder, så mister du jo friheten din. Det ligger jo i straffens vesen, eller fengselsvesenet at det er det du gjør. Og da mister du jo frihet i forhold til seksualitet og».

Informant 2 er enig med informant 4 og sier videre:

«Jeg tenker jo, altså, i, altså, det, det er jo en av de, og det veit jeg for så vidt da, det har jo blitt sagt til meg. En av frihetsberøvelsens store greier er jo nettopp fravær av fysisk seksualitet med en annen».

Med hensyn til hvorvidt de innsatte blir sett på seksuelle vesener svarer informant 4:

«Eh..mm.. De blir jo noen ganger sett på det, jeg tenker i forhold til besøk. Så har man jo tilrettelagt sånn at man kan ha, man tenker jo at når man har besøk av partneren sin, at man har sex. Og at man legger til rette for det... Så på den måten anerkjenner man jo at man i hvert fall har en rett til å utøve seksualitet... Så jeg tenker at man blir anerkjent for å ha seksuelle behov, i fengsel».

Uten at vi egentlig får svar på om de innsatte blir anerkjent som seksuelle individer. I motsetning til informant 5 som sier at:

«Jeg vil si at min yrkesgruppe ser på de innsatte veldig lite som seksuelle vesener. Det er en veldig liten del av gruppen, og jeg tror det er veldig få betjenter som snakker med innsatte om det. Det tror jeg faktisk. Så ærlig må jeg være».

Uttalelsen «*Det er en veldig liten del av gruppen*» kan bety at informanten tenker at seksuelle vesener er mennesker som sitter i fengsel på grunn av sedelighetskriminalitet, eller at det med den lille gruppen menes at det kun er et lite utvalg av de ansatte som ser på de innsatte som seksuelle vesener.

I to av intervjuene kom vi ikke inn på tema om de innsatte blir sett på som seksuelle vesener, da intervjuet tok en annen retning.

To av informantene mener at de ikke ser på de innsatte som seksuelle vesener, men årsaken til dette kom ikke klart frem.

8.3 Hva er eventuelle hindre for at seksualitet og seksuell helse er en tematikk i arbeidet med innsatte i Oslo fengsel?

Hva kan de ulike hindre være for at de innsatte eventuelt ikke blir sett på som seksuelle vesener? I intervjuene blir ofte «sikkerhet» nevnt.

Informant 5 sier

«...vi har sikkerhet som prioritering».

Han/hun ombestemmer seg dog og utdyper rett etter:

«Ja, i forh..ja, for akkurat det med seksuell helse det kan være et probl..kan være mer støtende. Det er egent..det med seksuell helse er ikke et sikkerhetspolitisk- det er ikke er sikkerhetsproblem for oss. Det er det faktisk ikke».

Informant 3 sier:

«-dette er på sikkerhet, ikke sant. Og vi skal jo både være omsorgspersoner og... Og.. ta vare på sikkerheten. Ikke sant. Både for den enkelte og for avdelingen som helhet, og for hele Oslo fengsel. Og naturligvis for egen sikkerhet i det. Så, så, det er ... det er skjæringspunktet her tror jeg, som gjør at vi... Eh...vi blir vippe av punktet på en eller annen måte der, ikke sant».

I tillegg til sikkerhet, kommer lovkategori ofte opp i intervjuene og da spesielt sedelighet som i kriminalomsorgen betegner forbrytelser relatert til seksuelle handlinger, eksempelvis voldtekt, seksuelt misbruk av barn og incest.

Da den ene masterstuderende ikke har erfaring fra fengselsvesenet, gjør det at vi i oppgaven kan se på miljøet og sammensetningen av miljøet med andre øyne. Som utenforstående er det enkelt å tro at de innsattes dom er viktig med tanke på arbeidet med de innsatte. Det er det derimot ikke. De ansatte som ble spurt utenom intervjuet, sa at det var noe de var opptatt av når de var nye i jobben, men at det etter hvert blir mindre viktig. Det har ikke noen påvirkning eller innvirkning på arbeidet med de innsatte.

Dette innebærer at de ansatte ikke i alle tilfeller vet om de innsatte er sedelighetsforbrytere. Noe som kanskje kan være en bidragsfaktor til hvorfor samtaler om seksualitet er vanskelig og hvorfor de innsatte ikke blir sett på som seksuelle vesener.

Det er enighet blant de som nevner gruppen sedelighetsforbrytere, om at samtaler vedrørende seksualitet og behandling av en «usunn» seksualitet bør håndteres av personer med relevant utdanning og erfaring.

Informant 5:

«..når innsatte er på det nivået her (sedelighetsforbrytelser), da beveger han seg inn i andre etater enn min. Da beveger han seg inn mot sexologer og psykologer og terapi og sånne ting».

Som utenforstående er det ikke vanskelig å se fordelene ved ikke å være opptatt av dommens art. Dommen er ikke avgjørende for hvordan man blir behandlet i fengsel, og følelsene relatert til

enkelte lovbrudd tar ikke overhånd.

Vi har i intervjuene blant annet hatt fokus på hvorvidt det å ha seksualitet som tema bør tilfalle en bestemt yrkesgruppe.

Informant 2:

«Jeg tror nok mange vegrer seg for å snakke seksualitet med oss. Hvertfall av de norske, eller kanskje enda mer utlendinger. For jeg tenker at – nei, jeg tror nok det er sånn intimsfære og en litt skambelagt sfære, og kanskje særlig i forhold til kirken. Fordi kirken ofte har blitt assosiert med ganske moralistisk tilnærming til de. Jeg opplever jo at ganske mange for så vidt også synes det er vanskelig å snakke om sin homofile legning i forhold til oss».

De fleste informantene mener at seksualitet og seksuell helse bør ivaretas av helseavdelingen og eventuelt fengselspsykiatrisk poliklinikk. I tillegg mente informant 5 at det i spesielle tilfeller burde kobles inn sexolog.

Informant 3 sier:

«Jeg tenker at det mulig i forhold til... Sykepleierne. Og kanskje og, sikkert også i forhold til psykiatrisk fagteam. Og kanskje også i forhold til NN». (Den ene masterstudenten)

Informant 4 sier:

«Så tenker jeg, kanskje det burde vært satt mer i system da. Men som sagt, kanskje det er helse. Kanskje det er helseavdelingen sin, dette her er snakk om helse. Det er seksuell helse. At de kan ta den oppgaven og bringe det litt til torgs da. Jeg skulle jo kanskje ønske at det var litt sånn ordna forhold på det. At man ja- det er en del av det man sjekker ut hos folk. Har du det bra mentalt? Har du det bra fysisk? Har du det bra i forhold til din, seksualiteten?».

Informant 2 sier om hvem som bør ivareta seksuell helse og seksualitet:

«Jeg tror det er et vanskelig spørsmål for en betjent å stille en innsatt. For jeg tenker nok det er nok ett eller annet med det som gjør at det krever en annen type relasjon. Ehm...fordi det er innafor, altså, det

jeg tenker, en betjent skal spørre en innsatt om økonomi, familie...relasjoner, ehm...bolig, jobb, framtidsplaner...(pause) ehm..men å, men jeg tenker at det er, da går man inn en annen dør altså. Hvis man skulle spørre; Ja, hva tenker du om at...».

I: «Hva er den andre døra?»

«Nei, altså man går inn i et annet rom, eller innenfor en annen, altså en gjennom en ny, altså jeg tenker at det- og jeg tror nok at mange, jeg tror nok også mange innsatte ville reagert. Hvis en betjent, for jeg tror man er forberedt på at en betjent skal snakke med deg om disse fremtidsplanene. Men hvis liksom en del av disse fremtidsplanene handler om å, hvordan man skulle forholde seg til sin seksualitet når man ikke møter kona mer enn en gang i uka, eller kanskje ikke har noen som kommer på besøk. Eller...har vært seksuelt aktiv, men ikke har en partner som kommer på besøk. Jeg...så tenker jeg at innsatte...Jeg tenker, med mange streker under, egentlig at mange innsatte ville opplevd det som et utidig spørsmål eller som et invaderende spørsmål. Mener jeg».

Oppsummerende mener tre av fem informanter at seksuell helse og seksualitet faller inn under helseavdelingens domene.

Informant 3 mener at seksualitet og seksuell helse ikke bør være en del av fengselsbetjentenes primær oppgaver.

«Jeg tror ikke at vi skal ha det som en del av kontaktbetjentjobben, sånn i utgangspunktet». Her svarer hun noe saktere enn tidligere i intervjuet. Som begrunnelse sier hun:

«Kan vi gjøre mer skade enn gagn? Ikke sant. Det, er noen sånne skjæringspunkter her». «Så jeg tror vi skal være veldig, veldig forsiktige med hva vi sier og hva vi gjør (litt stille) for di at vi ikke har den utdannelsen. Ikke sant. Vi er utdanna fengselsbetjenter. Hva- ganske all round gruppe på en måte. Men vi har jo ikke den, vi har jo ikke den store utdannelsen innen dette her».

På spørsmål om hun spør innsatte direkte om deres seksualitet, svarer informant 1:

«Nei, det går mer på sånn generelt, fordi når de er her så er de gjerne enten fordi de har noen sykdommer de trenger hjelp for, eller ønsker å teste seg fordi de har vært i en risikosituasjon eller sånne ting. Og da er jo liksom det vinklinga. Også kommer det kanskje sånne andre ting, ja, som de lurert på. Altså, de er jo mye mer engstelige at jeg kanskje tenker at de ville ha vært i forhold til livsstil og sånne ting da. At de utsetter seg for veldig mange ting ute, og når de kommer inn her så får de tid til å tenke.

Også skjønner de at de har utsatt seg for en stor risiko. Både i forhold til HIV og det her med syfilis og gonoré, som er veldig oppadgående nå, det er veldig mange som får det igjen. Det er liksom, tallet nå er jo høyere enn det har vært på tjue år, ikke sant. Så de får jo med seg det og. Pluss at de da, noen har samme dama her inne, og hører at hun er syk. Så det er jo gjerne sånn i puljer. Hvis en har klamydia så er det plutselig ti til som får det med en gang. Så det- ja».

Med hensyn til hvorvidt de andre informantene også bør ha fokus på seksualitet og seksuell helse hos de innsatte, svarer informant 1:

«Og da tror jeg det blir annerledes sånn i fengselet, jeg aner ikke, men med betjenter eller andre ansatte, at det er noe fokus på det- det vet jeg ikke om er greit». På vårt oppfølgingsspørsmål om fengselsansatte for øvrig svarer hun nølende

«Jeg vet ikke. Men, altså, nei. Hva skal man egentlig gjøre? Det er ...ja». «Men jeg er jo litt sånn nå, når jeg sitter igjen og ikke svarer på det siste, hvordan man skal- da tenker jeg på det liksom. Men samtidig, det er jo spesielt. Det sitter menn her...».

Når det gjelder egen yrkesgruppe sier hun:

«Nei, jeg tenker at- nei, altså. Jeg tenker at sånn som helseavdelingen, så føler jeg at vi, det er... Akkurat nå klarer jeg ikke å tenke at vi skal kunne tilby noe mer eller legge til rette for noe mer enn det vi gjør liksom. Ja».

Flere av informantene nevnte psykiatrisk fagteam som en naturlig ivaretager av seksualitet og seksuell helse som tematikk. Vi har valgt ikke å intervju noen ansatte ved Fengselspsykiatrisk poliklinikk i forbindelse med denne oppgaven, dette ettersom de kun jobber med en begrenset andel av de innsatte. Vi har dog hatt en telefonsamtale med NN ved Fengselspsykiatrisk poliklinikk, Oslo Universitetssykehus, for å innhente noe informasjon om deres erfaringer rundt tematikken. Vi blir fortalt at teamet består av 6 psykologer, en psykiater og en sekretær. De har ca. 250 pasientforløp, det vil si pasienter i behandling, i Oslo fengsel per år. Pasientforløpet kan innebære alt fra én samtale til oppfølging over lengre tid. Vi informeres videre om at de har få henvisninger relatert til tematikken seksualitet. NN mener dette kan skyldes at legen i fengselet ikke har fokus på det i samtalen og/eller at mange av de innsatte sitter i varetekt og for eksempel er mer opptatt av forestående rettssak, samt at de da kanskje ikke er så "selvransakende".

Grunnen til at legen ikke er intervjuet, er at også denne kun snakker med et begrenset utvalg innsatte; de innsatte som henvises av sykepleier.

Som nevnt tidligere i oppgaven, opplever mange at det er vanskelig å kommunisere om temaer relatert til seksualitet, kanskje oppleves dette enda sterkere av menn. Dette kan blant annet skyldes at menn kanskje mer enn kvinner er uvante med å bearbeide følelsesmessige belastninger og gi uttrykk for følelsene sine. Samtidig handler sex for menn ofte om en bekreftelse på deres maskulinitet, og mannens seksualitet er i vår kultur sterkt representert gjennom det uttrykk som den erigerte penis representerer. Det kunne selvfølgelig være interessant å gjennomføre en tilsvarende undersøkelse som denne i et kvinnefengsel. Men det begrenser seg selv i denne omgang.

Informant 5 sier om menn og seksualitet:

«Jeg tror...det er tabu fordi at andre problemer skyves og prioriteres høyere. Men for den enkelte så tror jeg seksuell helse kan være vond. Ehm...Det er en ting veldig få menn snakker om. Jeg tror- jeg har ikke noe tall eller noen forutsetninger for det nå, men jeg tror det er en, ikke en god del- det er feil, men jeg tror noen her inne er seksuelt misbrukt. Og seksuell misbruk av menn, det er en ting vi ikke snakker om!».

I: Fordi dere er menn?

«Ja».

Om den ansattes kjønn er et hinder for å prate om seksualitet enes det blant informantene ikke om. Informant 5 sier:

«Av og til så tror jeg faktisk kvinner har en kjempefordel siden vi har mannlige innsatte her. At de henvender seg litt til de kvinnelige betjentene og snakker litt mer med de av og til. Og noen av mennene. Men noen av mennene snakker de ikke med, om dette herre her med det i det hele tatt».

Informant 3 sier:

«...tidligere når jeg begynte, så var det veldig mye det at vi kvinnfolka var veldig gode til å snakke om følelser, ikke sant. Altså har med relasjoner å gjøre. Og det er vi nok den dag i dag, ikke sant, men nå har mannfolka kommet etter».

Informant 4 sier følgende om det å prate med de innsatte om seksualitet:

«Det tenker jeg at, jeg tror at man skal være uhyre bevisst hva man skal gjøre det. Fordi folk sitter så isolert her. Og har...Og er på en måte, ja, man er i en helt spesiell situasjon i forhold til det og...kjenner ikke mannens hjerne så godt, men jeg ser jo for meg at man får...At alle damer blir sett på da. Det er jo det jeg hører. At alle damer blir jo sett på her i fengselet, også ansatte. Og blir snakka om, og blir vurdert som seksuelle objekter. Eller sex... eller blir vurdert seksuelt. Og er ikke jeg komfortabel med å sitte og snakke om det sammen med en innsatt».

Man kan anta at mange profesjonelle muligens vil være redde for at man ved å ha seksualitet som tematikk i samtaler med innsatte, kan bli beskyldt for å legge opp til en erotisk situasjon eller at dette skal oppstå. Vedrørende hvorvidt kolleger stiller spørsmål om motivene for at den ansatte prater om seksualitet med de innsatte, svarer informantene:

«Det tror jeg nok». «At det, ja, det er jo litt sånn etisk. Det er en balansegrense på hvor åpen man skal være. Hvor mye man egentlig skal snakke om det. Jeg har hele tiden fokus på smitteforebygging eller behandling eller veiledning eller ja. Det er liksom jobben min». (Informant 1)

I: Kan du si noe om hvor du tenker at grensene skal være?»

«Nei, altså, ja, hva tenker jeg da? Så lenge det går på sånn som hygiene, smitte, helse sånn sett. Så synes jeg det er greit». (Informant 1)

Informant 4:

«Neeei...det håper jeg da ikke. Jeg håper jo at man ville ha hatt tillitt til at man gjør det profesjonelt. At man har en profesjonell tilnærming til det og at man veit hva man driver med. Det ville jeg håpe på! Ja! Det tenker jeg og. Ja. Ja, for alle ting man skal snakke med innsatte om, så er det jo innsatte sin,- så er det jo fordi at det er innsatte sitt behov. Det er jo ikke sitt eget behov man gjør det. Man snakker jo fordi at man skal gjøre en jobb med den innsatte, for at han skal utvikle seg og komme videre eller...Eller begrense skadene eller hva som helst. Altså man gjør det jo for den innsatte. Man gjør det jo ikke for sine behov».

Videre sier hun:

«Det er jo profesjonaliteten. Så det må man jo regne med at det klarer folk å ivareta. På forskjellige måter for folk er forskjellige».

Informant 5 sier *«Nei, ikke i det hele tatt!»*.

På oppfølgings spørsmål om noen ville tenkt «skitne tanker» ved motivasjonen om den ansatte var en kvinne, svarer han:

«Ja, det tror jeg en del kollegaer ville tenkt. Men jeg må si at...at...Eh...når det gjelder kvinnelige betjenter å ta opp det. Og lurert på (00 09 57) så må jeg si at de kvinnene jeg stoler...hehe jobber med, da ville det ikke vært et problem med motivasjon i det hele tatt. Og, men da er det veldig viktig at man kanskje ikke sitter med all den informasjonen man får selv da».

I forbindelse med kroppskontakt i den profesjonelle relasjonen sier informant 2:

«Man må hvertfall ha en refleksjon rundt at man beveger seg inn på et annet område da».

«Fordi...jeg tror det er... et stort savn for mange. Men samtidig så må man være veldig var på at det er forskjell på hva en kone kan gjøre, og hva jeg som profesjonell kan gjøre. Tenker at vi, man i grunnen skal være forsiktige med det, fordi mange opplever det som veldig unaturlig. Og andre...mmm...det er signaler som (ler litt) noen lett feiltolker. Hvertfall hvis det er kjønn eller...for så vidt her så, hvis det er en homofil, så vil jo det også like gjerne være mmm meg! Ehm...Men det, det, det, er jo et sånt tema som jeg tenker på av og til da. Hvis vi, når er det naturlig å? For jeg tenker at det er viktig å gjøre det av og til». «Ja, for det er det jeg tenker, at jeg som profesjonell kan og kanskje av og til bør (liten latter) av og til bruke kroppskontakt av og til, men, men det er mitt ansvar å sørge for at den ikke blir av seksuell karakter, som profesjonell. Eh...og det er jo det som er den vanskelig balansegangen, ikke sant?».

8.4 Opplevs seksualitet og seksuell helse som et tabubelagt tema?

Så sant man ikke snakker om det på et mer overflatisk plan og gjerne i forbindelse med mer private relasjoner, opplevs ofte det å kommunisere om seksualitet og seksuell helse å være vanskelig og «skummelt». Hos mange vekker det ubehag, man føler det blir for nært og intimt og man er redd for å trå over grenser og inn på en arena som er ukjent og vanskelig håndterbar. Det være seg for klienten, her den innsatte, for seg selv som profesjonell eller begge. Som informant

1 uttrykker det, er det greit når fokuset er på smitteforebygging, samt behandling og veiledning relatert til det mer somatiske aspektet ved seksuell helse. Men for øvrig er det en tematikk man ikke nødvendigvis er komfortabel med å gå inn i:

«Så lenge det går på sånn som hygiene, smitte og helse sånn sett. Så synes jeg det er greit. Men jeg vil jo ikke begynne og snakke om, veldig intimt om hvordan eller når eller sånne ting. Det føler jeg er å tråkke over en grense. Ja».

Dette underbygges av informant 3 som sier at å snakke om seksuelle problemer som ikke omhandler sykdommer av mer fysisk art, kan være vanskelig. Også for den innsatte:

«Sånn som problemer med urinveisrøret eller ett eller annet sånt, så da er det greit. Det tar de nok opp med oss. Men å snakke om seksuelle problemer, seksuelle problemer i forhold til kona, kjæreste eller noe sånt. Den tror jeg sitter langt inne».

Informant 5 viser her til at det ved observasjoner under for eksempel visitasjon eller når innsatte selv kommer og sier de har problemer som er relatert til underlivet, er mer naturlig å ha det som tema.

«Da tenker jeg mer sånn i forbindelse med sykdommer. Mmmm det stopper jo selvfølgelig, sender ganske kjapt til lege. Der er vi raskt – med en gang!»

Det alle fem informanter trekker frem, er at seksualitet er noe som ansees å være av svært privat og personlig karakter. Dette angis igjen som grunn for at man sjelden har det oppe som tematikk i arbeidet. Så sant det ikke handler om spørsmål relatert også til fysisk helse. Det være seg spesielt seksuelt overførbare sykdommer og/eller problemer som kan knyttes spesifikt til selve kjønnsorganet og dets fysiologiske funksjon, eksempelvis i forbindelse med vannlating. Hvorvidt innsatte også tar opp temaer knyttet til for eksempel eventuelle reisingproblemer, kommer ikke frem i intervjuene.

Det er nærliggende å anta at seksualitet og seksuell helse er vanskelig å snakke om for både ansatte og innsatte. Vi har tidligere i oppgaven beskrevet begrepet «toveistabu». Ofte vil klienter kvie seg for å ta opp temaer som oppleves vanskelige, for eksempel ulike tema relatert til seksualitet og seksuell helse. Når de som innehar den profesjonelle rollen så besvarer for

eksempel den innsattes tilbakeholdenhet og taushet med tilsvarende eller ytterligere tilbakeholdenhet og taushet, bekreftes det for den innsatte at tematikken er uten betydning.

«...det er jo åpenbart at det er et tema. Som antagelig både er vanskelig å snakke litt om for de innsatte. Jeg vet ikke om de egentlig snakker så mye om det med hverandre heller. Annet enn, selvfølgelig, det er lett å si at man savner kona eller... Og i en fleipete tone at nå er det lenge siden et nummer»
(Informant 2).

Samtidig er det ikke automatisk gitt at de innsatte anser det private aspektet som et like stort hinder for åpenhet som de ansatte gjør:

«De vil gjerne snakke litt, men det er veldig vanskelig for oss å røre veldig mye rundt. For vi kaller det litt privat og» (Informant 5).

Det private aspektet er noe av grunnen til at flere opplever tematikk knyttet til seksualitet og seksuell helse å være tabubelagt. Det gjelder både på den private og profesjonelle arena.

«...jeg føler at det er veldig privat. At det er, seksualitet og sex og sånn, det snakker vi ikke åpent om»(Informant 1).

«...utenfor trygghetssonen, og for så vidt oppleves som litt intimt spørsmål og... ja... Det er litt tabu å snakke om» (Informant 2).

«Ja, det går mange hundre år tilbake i tid (latter). Men det er jo, men det er jo, det er jo hele vesenet, det er tabubelagt. For de aller fleste- ikke tabu i den forstand, men privat da.» (Informant 4).

«Jaa! Det er tabubelagt, i høyeste grad. Det er sjeldent ehhh innsatte kommer til oss med disse problemtaikkene.» (Informant 5).

Det nevnes i intervjuene ulike årsaker til at man tenker dette er et tabubelagt område, i tillegg til det aspektet at det anses som en del av enkeltmenneskets private sfære.

Informant 1 begrunner dette med:

«Nei, jeg vet ikke, det er vel fordi det har med seksualitet å gjøre. At det er noe som skjer, holdt på å skulle sagt, når du er alene eller med en partner. Og det er flaut å snakke om og det er noe vi egentlig ikke gjør»

Informant 1 fortsetter senere med:

«Noen kan jo føle det frastøtende og, ikke sant. Det er jo... ja. Vanskelig å vite hvordan man skal, hvertfall nå tenker jeg. At det er vanskelig å vite hvordan man skal gå inn på det... For innsatte kan jo også føle at det er ubehagelig at man er for pågående på en måte».

«... så jeg tror i grunn det er noe skambelagt over å snakke om det. På en måte, eller ja, det er nok antagelig ett av de liksom få... på tross av all den, hvor åpent det er blitt med mange ting. Så jeg tror allikevel det er liksom det å snakke om seksualitet på et helt personlig nivå, tror jeg nok for mange fortsatt er litt sånn tabu og skambelagt» (Informant 2).

Samtidig er det verd å merke seg at det ikke er full konsensus omkring dette. Informant 3 uttrykker som de andre at det er vanskelig å snakke om seksualitet med innsatte. Dette begrunnes blant annet også med at det er noe som for mange er svært personlig. Samtidig nevner hun ikke tabu spesielt. Når vi spør spesifikt om hun tenker at tabu er en årsak til at man ikke har det som en naturlig del av samtale med innsatte, avkreftes dette umiddelbart:

«Nei, nei, nei! Jeg tror det er mer det at det er ukjent territorium og at vi er redd for at vi skal gjøre mer skade enn gavn, rett og slett».

Og, som informant 5 uttrykte det:

«Men av en eller annen merkelig grunn, så faller ting som er veldig vanskelig, tabubelagte, det faller veldig lett for meg å snakke om».

I hvilken grad de ansatte har seksualitet som tematikk, og hva som da belyses, synes å variere. Det som til gjengjeld fremkommer hos alle, er at de ansatte svært sjelden, om noen gang, er de som tar initiativ til å ha seksualitet som tema i samtalen. Initiativet overlates i stor grad til den innsatte.

Informant 1 sier som følger:

«Det er jo veldig balanse der. På hva, i og med at det er den her sykepleier/pasientrollen. Så er det jo det. For innsatte kan jo også føle at det er ubehagelig at man er for pågående på en måte. For jeg merker når jeg snakker med pasienter her, så jeg lar jo de ha styringa på en måte. Jeg senser jo veldig, jeg prøver hvertfall, hvordan de vil ha det eller ja. For det er jo veldig sånn...»

Som tidligere beskrevet fokuserer informant 1 først og fremst på samtaler rundt seksuelt overførbare sykdommer, behandling av dette, samt smitteforebygging. Når samtalen omhandler disse områdene, uttrykker informanten å være helt komfortabel med tematikken:

«Men for meg så er det helt naturlig, jeg er vant til å snakke om det hver dag».

Videre sier hun:

«...jeg tror det er mye lettere, når man har et felt man jobber med. Sånn, når det er snakk om å forebygge eller ivareta, så er det ja».

Inngangsporten for samtalen er ofte at den innsatte er redd for at han er blitt smittet med noe.

*«De,- jeg føler at når de sitter her inne, så kan de være åpne. Fordi døra er lukka. Her har man ro»
(Informant 1).*

Det er tematikk rundt seksualitet som går utover det somatiske som oppleves vanskelig:

Informant 1 utdyper dette:

«Når det går på andre relasjoner og sånn, så vet jeg ikke helt. Jeg har aldri tenkt på problemstillinga. For jeg har antageligvis ikke vært utsatt for det».

Videre sier hun

«Akkurat nå klarer jeg ikke å tenke at vi skal kunne tilby noe mer og legge til rette for noe mer enn det vi gjør liksom. Ja».

Som informant 2 har beskrevet, knyttes menneskets seksualitet ofte til både en intimsfære og en litt skambelagt sfære. Mange kan således finne det vanskelig å være åpne om dette.

«...det er ofte de som på en måte sier noe om det. Jeg er nok forsiktig med å bevege meg inn på det. Og det har jo noe med at det er nok ikke det som ligger lengst fremme i mitt hodet heller. Annet enn når det blir veldig tydelig med disse seksualforbryterne. Og delvis også når det er homofile innsatte. Fordi jeg tenker at det må være vanskelig å være homofil i et sånt miljø som dette her».

Videre sier han:

«Men det er nok ikke noe jeg sånn sett liksom har langt fremme i hodet og bringer på banen med de som er her. Og for så vidt generelt i forhold til innsatte, så lar jeg ofte de styre tematikken i det hele tatt, nesten uansett. Da er de som på en måte definerer hva de kommer inn på». «Så det er vel ikke ofte jeg går inn i det temaet. Det gjør jeg ikke. Annet enn at det er lett å på en måte si at ja, det kan jeg forstå. At det er et savn» «Eh...men jeg tror nok mange vegrer seg for å snakke om, at det er liksom en- virkelig er en av de tingene mange vegrer seg for å snakke åpent om». «...da går man inn en annen dør altså». «... inn i et mye mer intimt rom da» (Informant 2).

At seksualitet er en tematikk det kan synes lettere og mer naturlig å snakke med for eksempel overgrepsoferte om, kommer også til uttrykk i intervjuene med informant 3 og informant 5:

«...jeg tror det skal mye til at de snakker med oss om seksualiteten sin. Vi kommer kanskje litt inn på det i forbindelse med hva de eventuelt er sikta for eller dømt for. Spesielt kanskje i forbindelse med pedofili eller barnemishandling» (Informant 3).

«...jeg tror det er veldig få betjenter som snakker med innsatte om det. Det tror jeg faktisk. Så ærlig må jeg være!» « De gangene vi kartlegger seksualitet så er det i forbindelse med sedelighetsforbrytere. Da snakker vi mer om det, når han sitter for lovbrudd i den kategorien. Om det da er barn, kvinner eller menn. Så da spør vi vedkommende om det, og er litt inne på det. Men fortsatt så vil ikke det være hoveddelen. Det vil fortsatt være hoveddelen antall år, antall måneder han skal sitte inne». «Men dette er fordi vedkommende, der er vi inne på at han sitter i den lov-kategorien. Da føler jeg meg litt forpliktet til å snakke om det med innsatte». (Informant 5)

Informant 5 understreker samtidig at temaet seksualitet og seksuell helse bør være tematisert for eksempel som del av en samtale eller kartlegging av den innsatte, da gjerne etter initiativ fra den ansatte:

«Men det måtte vært en litt, en del av jobbinstruksen våres». «For dette herre her, omfatter ikke jobbinstruksen, dette her er laaaangt utenfor jobbinstruksen våres.» «De gangene vi kommer inn på dette herre her, så kommer vi in på det etter at vi har blitt kjent med innsatte en stund, og det er det ikke alle vi blir med. For her går det fort i svingene! Og hvis de sitter litt på avdeling, så åpner disse samtalene her. For dette her er ikke det første innsatte snakker om» (Informant 5).

Det synes med andre ord sjelden at ansatte tar initiativ til mer dyptgående samtaler med innsatte rundt temaer som omhandler seksualitet. Som informant 4 sier:

«...jeg snakker ikke med mine om seksualitet. Veldig sjelden. Men de gangene... jeg opplever at de har prøvd seg på å snakke om det, så har jeg på en måte, har jeg hatt en følelse at det er litt for å teste ut. For å se om på en måte, hvor er du? Kan jeg ta makta di litt? Kan jeg liksom spille på at du blir usikker nå, eller...? Det er litt sånn. Men det har vært unge gutter som på en måte- ... kanskje har behov for prøve å vippe noen av pinnen da. Jeg har hatt noen sånne opplevelser i forhold til det. Også har jeg sjøl helle ikke åpna opp for at man skal snakke så mye om seksualitet. Dette tenker jeg at, jeg tror at man skal være uhyre bevisst hvis man skal gjøre det. Fordi folk sitter så isolert her. Og har... Og er på en måte, ja, man er i en helt spesiell situasjon i forhold til det og... Kjenner ikke mannens hjerne så godt, men jeg ser jo for meg at man får... At alle damer blir sett på da. Det er jo det jeg hører. At alle damer blir jo sett på her i fengselet, også ansatte. Og da er jeg ikke komfortabel med å sitte å snakke om det sammen med en innsatt. For da tenker jeg, at da skal man vite akkurat hva man driver med, så det ikke det skal blir noe til at man åpner opp for en eller annen... At det blir (00 11 11) at den kan se på meg på den måten. (00 11 17) holde på rolla si da». «...Nå har jeg aldri tatt initiativ til å snakke med noen om det. Men altså, men hvis det kom på banen, så har det jo vært etter utspill fra noen andre. Og da har jeg vært litt sånn tilbakeholden med å snakke om det, også har jeg har sagt at det synes jeg du må snakke med noen andre om. Det har jeg sagt da». «Det er litt rart, egentlig, fordi at man er jo, det er jo veldig privat og personlig andre ting man snakker med de om. Og rusproblemer og- man graver jo i alt mulig annet. Altså man gjør jo det! Så... burde ikke være det. Er veldig enig i det, at man bør jo kanskje tenke at det ikke bør være noe mer tabu enn å snakke om andre private ting».

8.5 Hvilken betydning kan maktperspektivet ha med hensyn til ivaretagelse av de innsattes seksualitet og seksuelle helse?

Med utgangspunkt i Goffman, er fengsel å anse som en typisk representant for totale institusjoner. I tillegg til dens lukkede karakter, kommer også hensikten med straff og dens konsekvenser inn som et viktig moment.

Maktperspektivet er noe flere informanter trekker inn som tema, i alt tre av fem. Det ene som nevnt ovenfor

«For å se om på en måte, hvor er du? Kan jeg ta makta di litt?» (Informant 4),

men også informant 3 og 5 trekker dette frem som viktige faktorer med hensyn til seksualitet som tema relatert til arbeid med de innsatte:

«...selv om vi behandler folk med respekt, og det håper jeg de fleste av oss gjør. Så er det allikevel, det er likevel forskjell. For det er vi som sitter med makta, ikke sant. Og de som er litt mer nedadgående part, ikke sant. Jeg mener, hvis vi hadde møtt hverandre på en mye mer lik måte...så hadde det kanskje også vært mer åpning for det. At det hadde følt mer naturlig». Hun sier videre: « Det er jo ikke noe fastlege her inne, ikke sant. Da må du melde på for også snakke med sykepleieren. Også er det jo hun som da, hun eller han som da viderebefordre til legen. Og eventuelt videre i retning psykiatrisk fagteam hvis det er noe behov for det. Men, men dette her vil jo alltid vurderes ut fra deres behov. Men jeg regner med at det kanskje er lettere ute i samfunnet»

For å gå litt nærmere inn på maktposisjonen mellom innsatt og ansatt i fengsel, sier informant 3 videre:

«... Det er som jeg sier at... det er vi som er maktpersonene. Ikke sant, de er i utgangspunktet i en annen maktposisjon» «Vi går med nøkler og uniform. Det er vi som har makta, og hvis vi sier «hopp» så må de hoppe. Sånn i apostrof. Ikke sant, de må gjøre det vi ber dem om. Og da det kanskje også være et enda større hinder også snakke med oss om...om seksualitet».

Informant 5:

«Det å touche borti relasjoner og intimitet for innsatte, som vi i tillegg ser nakne, det tror jeg blir litt vanskelig for mange betjenter». «Men hvis de kommer til oss, så er vi behjelpelig. Men når vi ved et uhell eller ved lang tids relasjon, at de åpner den byllen, så kan det være en enorm verkebyll som er veldig vanskelig å ta innover seg for en sikkerhetsbetjent. Og der er det forskjell på oss. Noen er gode til det. Noen er fryktelig gode til det. Og noen velger å ikke ta i det, for det kan bli en ekstra byrde. At du kjenner innsatte så godt».

«Jeg er ikke den positive delen. Jeg er den straffende og kontrollerende delen av det» (Informant 5).

Maktperspektivet kommer også til uttrykk ved stengte dører og hvem som innehar nøklene til dem. Nøkkelknippet til de ansatte kan sånn sett sees på både som en praktisk nødvendighet og et symbol. Den er et middel både til å åpne og til å stenge:

«Vi går med nøkler og uniform» (Informant 3).

«Ja, de har jo ikke noe privatliv. Døra kan jo bli låst opp når som helst» (Informant1).

«De er jo avskjært fra veldig mye da, selvfølgelig. Du har mista friheten din på alle andre områder, på veldig mange andre områder, så mister du friheten din. Det ligger jo i straffens vesen, eller fengselsvesenet at det er det du gjør. Og da mister du en del frihet i forhold til seksualitet og».
(Informant 4).

9.0 Oppsummering av data

Det første spørsmålet vi stilte informantene var hva de legger i begrepet seksuell helse. Vi har i oppgaven tatt utgangspunkt i WHO's definisjon som er ganske altomfattende. Når informantene skal definere begrepene, viser det seg at de i stor grad tenker på seksuell helse og seksualitet relatert til noe fysisk. Eksempelvis samleie eller fravær av seksuelt overførbart sykdom.

Få av informantene definerte seksuell helse eller seksualitet som noe relasjonelt, men noen av dem kom inn på en bredere forståelse av begrepene utover i intervjuet. Ifølge WHO's definisjon (2006) er seksualitet en integrert del av ethvert menneskes personlighet. Ut ifra intervjuene kan det synes som det er lite bevissthet rundt dette i det daglige arbeidet. Dette er ikke nødvendigvis fordi de ansatte tenker det er uvesentlig. De viser til at det ofte er andre oppgaver og tema som man fortrinnsvis har, og skal ha, fokus på og som derfor blir prioritert.

Samtidig kan man ane en vegring mot å ha seksualitet som tema i for eksempel samtaler med innsatte. De ansatte anerkjenner at også de innsatte er seksuelle vesener på lik linje med andre. Til tross for dette kom ingen i intervjuene med utsagn som indikerer at dette er et tema som de selv bør ha fokus på i arbeidet med de innsatte. Informantene mener at man skal ha det som tema, men alle, bortsett fra informant 1, mener at andre yrkesgrupper bør ha ansvar for det.

Samtidig sier informant 1 at tematikken bør ivaretas av dennes yrkesgruppe, men at fokuset da primært bør være på seksuelt overførbare sykdommer; forebygging og behandling.

Ingen informanter hadde utsagn som tilsier at de umiddelbart tenker at seksualitet også har en innvirkning på de innsattes selvopplevelse og psykiske velbefinnende, med andre ord samspillet mellom det fysiske, psykiske og sosiale som sammen utgjør menneskets grunnvilkår.

Det kan synes som at seksualitet blir sett på som et løsrevet element som man vegrer seg for å ha som tematikk. Som informant 4 sier, snakker man med innsatte om det meste som omhandler deres liv, det være seg for eksempel gjeld, familiesituasjon, rusproblemer, boligmangel, skyld og skam i forbindelse med lovbrudd. Slik sett kan man kanskje si at selv om man mener at seksualitet er viktig, inngår ikke tematikken som del av et helhetlig arbeid med innsatte. Altså et arbeid som favner både de biologiske, psykologiske og sosiale aspektene ved et menneskes liv.

Den bio-psyko-sosiale modell er et essensielt arbeidsredskap i samtaler omkring seksuell helse. Vi opplever at modellen blir brukt i arbeidet med de innsatte, men at man kanskje ikke er seg det bevisst. I arbeidet fokuserer man på flere ulike sider ved de innsattes liv, både innenfor murene og med hensyn til livet etter løslatelse. Derimot synes det tydelig at seksuell helse slik WHO definerer det, ikke inngår som en del av fokusområdene. Tematikken er således ikke del av det helhetlige arbeidet med innsatte utover på de tidligere omtalte områdene; seksuelt overførbare sykdom, tilrettelegging for seksuelt samkvem under besøk og sedelighetskriminalitet.

Informantene angir ulike grunner til at seksualitet ikke inngår som tematikk. Det alle sier, er at seksualitet er noe personlig og privat. Det er noe som tilhører den intime sfæren, og man er ikke helt komfortabel med å bevege seg inn i den. Som informant 2 sier: «Da går man inn en annen dør». Flere viser også til manglende fagkompetanse og at man er redd for å gjøre skade dersom man åpner opp for å ha det som tema.

I tillegg er maktperspektivet nevnt av flere informanter. Både ved at man som ansatt i en total institusjon har makt i form av sin rolle, men også som et maktmiddel som innsatte kan bruke. Som informant 4 sier noe om, er hun ukomfortabel når de innsatte prøver å komme inn på seksualitetsrelaterte temaer. Hun begrunner dette initiativet fra innsattes side som et mulig forsøk på å «vippe henne av pinnen».

Informant 1 sier at det er enklere å ha seksualitet som tema når de innsatte har et konkret problem, som for eksempel redsel for å ha pådratt seg en seksuelt overførbart sykdom. Andre informanter sier de kan komme inn på det i samtaler med innsatte rundt lovbrudd som er relatert til noe seksuelt. Alle mener at initiativet til samtaler relatert til seksualitet og seksuell helse bør komme fra den innsatte. Fra faglitteratur og forskning vet man at klienter ikke alltid på eget initiativ vil ta opp temaer som oppleves vanskelige. Dette kan for eksempel gjelde seksuell helse og annen tematikk relatert til seksualitet. Når så ansatte heller ikke tar det opp, vil det kunne oppstå et såkalt toveistabu. Den ansatte unngår emnet, noe som kan resultere i at den innsatte tolker tausheten som at emnet ikke har betydning.

10.0 Konklusjon og perspektiver

Informantene gir uttrykk for at ivaretagelse av både seksualitet og seksuell helse hos innsatte er en viktig tematikk. Samtidig er det ikke en del av det helhetlige arbeidet. Man har det som tema på noen spesifikke områder, men ikke ut ifra en bredere forståelse slik det er definert av WHO (2006).

Årsakene til dette er flere. Det kanskje mest fremtredende er de ansattes opplevelse av at tematikken er svært privat. Flere opplever at det er tabubelagt. Dette resulterer blant annet i at de ansatte er tilbakeholdene med å bringe temaene på bane. Initiativet overlates til de innsatte. Slik kan et eventuelt «toveistabu» forsterkes ytterligere.

Flere ansatte opplever i tillegg at de beveger seg inn på et område som kan true maktbalansen mellom ansatte og innsatte, også ut ifra et kjønnsperspektiv.

De ansatte nevner også mangel på kompetanse som en årsak til at seksualitet og seksuell helse ikke er et tema. De er redde for å gjøre mer skade enn gagn.

Det etterlyses også klare retningslinjer for hvem som skal ha ansvar for å ivareta temaer relatert til seksualitet. Som noen sier, bør det for eksempel være en del av en obligatorisk kartlegging av de innsatte, samt inngå som en oppgave i stillingsinstruksen til den enkelte ansatte.

Alle informantene mener at frihetsberøvelsen som fengsling innebærer, vil omfatte tap som også inkluderer de innsattes seksualitet. I arbeidet med de innsatte fokuseres det på mange andre områder, men seksualitet utelukkes som tematikk.

Våre funn i Oslo fengsel samsvarer også med våre erfaringer relatert til innhenting av faglitteratur relatert spesifikt til fangers seksualitet og ansattes ivaretagelse av tematikken. Som tidligere nevnt finnes det svært lite litteratur som eksplisitt beskriver dette. Dette er en interessant observasjon blant annet sett ut ifra den kunnskap man har vedrørende betydningen seksualitet og seksuell helse har for oss alle. En videre utforskning av emnet kan bidra til økt forståelse for viktigheten av at også dette aspektet ved de innsattes liv blir ivaretatt. Informantene gir uttrykk for at ivaretagelse av både seksualitet og seksuell helse hos innsatte er en viktig tematikk. Samtidig er det ikke en del av det helhetlige arbeidet. Man har det som tema på noen spesifikke områder, men ikke ut ifra en bredere forståelse slik det er definert av WHO (2006).

Årsakene til dette er flere. Det kanskje mest fremtredende er de ansattes opplevelse av at tematikken er svært privat. Flere opplever at det er tabubelagt. Dette resulterer blant annet i at de ansatte er tilbakeholdene med å bringe temaene på bane. Initiativet overlates til de innsatte. Slik kan et eventuelt «toveistabu» forsterkes ytterligere. Flere ansatte opplever i tillegg at de beveger seg inn på et område som kan true maktbalansen mellom ansatte og innsatte, også ut ifra et kjønnsperspektiv. De ansatte nevner også mangel på kompetanse som en årsak til at seksualitet og seksuell helse ikke er et tema. De er redde for å gjøre mer skade enn gagn. Det etterlyses også klare retningslinjer for hvem som skal ha ansvar for å ivareta temaer relatert til seksualitet. Som noen sier, bør det for eksempel være en del av en obligatorisk kartlegging av de innsatte, samt inngå som en oppgave i stillingsinstruksen til den enkelte ansatte.

Alle informantene mener at frihetsberøvelsen som fengsling innebærer, vil omfatte tap som også inkluderer de innsattes seksualitet. I arbeidet med de innsatte fokuseres det på mange andre områder, men seksualitet utelukkes som tematikk.

Våre funn i Oslo fengsel samsvarer også med våre erfaringer relatert til innhenting av faglitteratur relatert spesifikt til fangers seksualitet og ansattes ivaretagelse av tematikken. Som tidligere nevnt finnes det svært lite litteratur som eksplisitt beskriver dette. Dette er en interessant

observasjon blant annet sett ut ifra den kunnskap man har vedrørende betydningen seksualitet og seksuell helse har for oss alle. En videre utforskning av emnet kan bidra til økt forståelse for viktigheten av at også dette aspektet ved de innsattes liv blir ivaretatt.

Slik det er nå, synes seksualitet og seksuell helse å være områder det er svært lite fokus på i arbeidet med innsatte i fengsel. Samtidig anerkjennes det at også innsatte er seksuelle vesener på lik linje med befolkningen for øvrig, samt at seksualiteten har en essensiell plass i de fleste menneskers liv. Det er grunn til å anta at denne diskrepansen mellom hva man i teorien vet om seksualitet og den seksuelle helses betydning og hvordan denne kunnskapen blir forvaltet i det daglige arbeidet, er noe som bør løftes frem og gis større plass fremover.

Dette innebærer at man også ser nærmere på de barrierer som eventuelt hindrer at denne tematikken er en del av det helhetlige arbeidet med innsatte. Det være seg både med hensyn til den enkelte ansatte, men også på et mer systemisk nivå. Kanskje er noen av de hindre informantene trekker frem også symptomatiske for de som sitter med det mer sentralt-offentlige ansvaret. Dette er mulig. Men samtidig kan man da også like fullt tenke seg at mye av den åpenheten og velvilligheten som informantene presenterte i intervjuene, vil kunne være gjeldende også oppover i de ulike systemer som for eksempel kriminalomsorgen er en del av.

Kanskje vil det å tilføre kunnskap på området, både til de enkelte yrkesgruppene og til de instanser som har et mer organisatorisk ansvar, være en hensiktsmessig vei å gå. Blant annet med tanke på de grunner som oppgis for at seksualitet og seksuell helse hos innsatte synes å være såpass undertematisert i det daglige arbeidet. Et annet viktig fokusområde kan være i tillegg å utarbeide klare retningslinjer for hvordan et fokus på seksualitet og seksuell helse hos de innsatte kan integreres som en naturlig del av det helhetlige arbeidet. Dette vil igjen kunne bidra til at tematikken ikke lenger blir så tabubelagt og et så «skummelt» område å bevege seg inn på.

Å ha fokus på tematikken seksualitet og seksuell helse hos innsatte i fengsel vil ha stor betydning. Både med hensyn til ivaretagelse og rehabilitering av enkeltindividet, men også i form av positive ringvirkninger i et mer samfunnsmessig perspektiv. Dette er derfor noe som bør prioriteres.

11.0 Litteratur

Album, D., Hansen, M. og Widerberg, K. (2010) *Metodene våre*. Oslo: Universitetsforlaget.

Almås, E. (2004) *Sex & sexologi*. Oslo: Universitetsforlaget.

Almås, E. og Benestad, E.E.P. (2006) *Sexologi i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

Almås, E. og Benestad, E.E.P. (2008) Lystproblem og «lystproblem», fru Blom! Første og annen ordens forståelser av manglende seksuell lyst hos kvinner. I: *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45(6), s. 757-763.

Bancroft, J. (2009) *Human sexuality and its problems*. UK: Churchill Livingstone.

Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4.utgave Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Det kongelige justis- og politidepartement (2008) *St.meld. nr. 37 (2007-2008) Straff som virker – mindre kriminalitet – tryggere samfunn (kriminalomsorgsmelding)*.

Din side (2002). *Forståelse av seksualitet og utbredelse av voldtekt*. Hentet fra: <http://www.dinside.no/346459/forstaaelse-av-seksualitet-og-utbredelse-av-voldtekt>.

Engel, George L., (1977) The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. I: *Science, New Series*, Vol. 196, No. 4286, s. 129-136.

Engel G. L. (1980). "The clinical application of the biopsychosocial model". *American Journal of Psychiatry* **137**.

Goffman, E. (1961): *Anstalt og menneske – den totale institution sosialt set*. Dansk utgave: Jørgen Paludans forlag.

Graugaard, C., Hertoft, P., Møhl B. (2000) Seksualitet. I: *Den store danske Encyklopædi, b. 17*. København: Gyldendal.

Graugaard C., Møhl B. og Hertoft P. (2006) *Krop, sygdom og seksualitet*. København: Hans Reitzels Forlag.

Graugaard, C., Pedersen, B. K. og Frisch, M. (2012) *Seksualitet og sundhed*. København: Vidensråd for forebyggelse.

Graugaard C, Hertoft P, Møhl B.(2000) Seksualitet. *Den store danske Encyklopædi*. Bind 17. Gyldendal.

HelseDirektoratet (2013). *Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel*. Veileder. Oslo: HelseDirektoratet.

Hertoft P.(1983) *Det er måske en galskap*. København: Gyldendal.

Hertoft P.(1987) *Klinisk sexologi*. København: Munksgaard.

Høgskolen i Oslo og Akershus (2015). *Studier og kurs som omhandler sexologi*. Hentet fra: <http://www.hioa.no/Studier-og-kurs/HF/Evu/Sexologi-og-funksjonshemming>.

Johannessen, A., Tufte, P.A. og Kristoffersen, L.(2004) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 2. utgave. Oslo: Abstarakt Forlag AS.

Lovdata (2002). *Lov om straffegjennomføring*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-05-18-21?q=Lov+om+straffegjennomf%C3%B8ring>.

Møhl, B.,(2011). Når patienten flirter, og lægens grænser skrider. Om seksuelle relationer mellem læge og patient. I: *Månedsskrift for almen praksis* 8/2011 s.607-617.

Sex og politikk (2008) *De seksuelle rettighetene: en erklæring fra IPPF- Forkortet utgave*. ISBN 978- 82-998230-0-5.

Store norske leksikon (2014). *Erving Goffman*. Hentet fra: https://snl.no/Erving_Goffman.

Universitetet i Agder (2015). *Videreutdanning i sexologi*. Hentet fra: <http://www.uia.no/studieplaner/programme/SEX60D>.

Universitet i Oslo (2015). *Studieemner rettet inn mot sexologi*. Hentet fra:
<http://www.uio.no/studier/emner/sv/psykologi/PSY2103/>.

<http://www.uio.no/studier/emner/sv/psykologi/PSY4113/>.

WHO (2006). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva*. World Health Organization.

Working group on sexual and reproductive health and rights (2013) *Sexual and Reproductive Health and Rights: Agreements and disagreements, a background document of the evidence base*. 3.utgave. København.

Aars, H. (2011) *Menns seksualitet*. Oslo: Cappelen Damm AS.