



Universitetet  
i Stavanger


FAKULTET FOR UTDANNINGSVITENSKAP OG HUMANIORA

## MASTEROPPGAVE

Studieprogram: Idrettsvitenskap

Fjerde semesteret, 2022

Forfatter: Hanne Farestad

  
(signatur forfatter)

Veileder: Førstemanuensis Sebastian S. Sandgren (UiS)

Tittel:

Selv-rapportert fysisk aktivitet og velvære blant kvinnelige fengselsinnsatte: en innledende undersøkelse i et norsk fengsel

Engelsk tittel:

Self-reported physical activity and well-being among female inmates: A preliminary study in a Norwegian prison

Emneord:

Kvantitativ forskning; kvinnelige fengselsinnsatte; fysisk aktivitet; psykisk helse; velvære; rehabilitering.

Antall ord: 20152  
+ vedlegg/annet: 8642

Stavanger, 01. juni 2022  
dato/år

## **Innholdsfortegnelse**

Forkortelser .....	6
Operasjonalisering av begreper .....	11
Del 1.0 – Bakgrunn og introduksjon av problemområdet .....	15
1.1 Problemstilling .....	17
1.2 Oppgavens oppbygging .....	18
Del 2.0 – Teori .....	19
2.1 Domfelte og deres vei mot habilitering og rehabilitering .....	19
2.2 Fysisk aktivitet og kroppslig bevegelse .....	21
2.3 Helse, psykisk helse og velvære .....	23
2.4 Forskning på feltet .....	28
Del 3.0 – Metode .....	32
3.1 Metodisk tilnærming og forskningsdesign .....	32
3.2 Utvalg og rekruttering .....	33
3.2.1 Inklusjons og eksklusjonskriterier for deltakelse .....	34
3.3 Datainnsamlingsprosedyre .....	36
3.4 Instrument/ datainnsamlingsmetode .....	36
3.4.1 International Physical Activity Questionnaire – IPAQ .....	36
3.4.2 Hopkins Symptom Checklist – HSCL-25 .....	39
3.4.3 Validitet og reliabilitet av spørreskjemaene .....	39
3.4.4 Potensielle utfordringer ved datainnsamling i fengsel .....	41
3.5 Etske vurderinger og retningslinjer .....	42
3.5.1 Forskningsetiske overveielser og risikovurdering .....	43
3.5.2 ID nummer .....	44
3.5.3 Fritt og informert samtykke/ informasjon til deltakerne .....	45
3.6 Dataanalyse .....	45
Del 4.0 – Resultater .....	48

4.1	Deskriptiv statistikk .....	48
4.2	Fysisk aktivitetsvariabler .....	49
4.3	Variabler innenfor Velvære.....	50
Del 5.0	– Diskusjon.....	54
5.1	Innledning.....	54
5.1	Deltakernes bakgrunnsvariabler og velvære .....	54
5.2	Aktivitetsdeltakelse blant deltakerne.....	58
5.3	Fysisk aktivitet, et opphav til økt velvære.....	61
5.4.	Betydningen av fengsel for innsattes helsetilstand.....	63
5.5	Utvalgets sedate tid .....	64
5.6	Metodiske styrker og svakheter ved forskningsstudiet .....	65
5.6.1	<i>Forskningsdesign og utvalg</i> .....	65
5.6.2	<i>Rekruttering av utvalget</i> .....	66
5.6.3	<i>Spørreskjema</i> .....	66
5.6.4	<i>Andre faktorer</i> .....	67
5.7	Studiets relevans for samfunnet og videre forskning .....	68
Del 6.0	– Avslutning og konklusjon.....	69
Del 7.0	– Referanseliste .....	70
Vedlegg	.....	82
Vedlegg A	– HSCL-25 .....	82
Vedlegg B	– IPAQ .....	84
Vedlegg C	– Informasjonsskriv.....	87
Vedlegg D	– Samtykkeerklæring .....	90
Vedlegg E	– Godkjenning fra Kriminalomsorgen .....	92
Vedlegg F	– Risikoanalyse.....	96
Vedlegg G	– Artikkelbibliotek.....	101
Vedlegg H	– NSD godkjenning .....	103

Vedlegg I - REK.....	106
Vedlegg J – IPAQ .....	107

## Figurer

- Figur 1.** *Andelen kvinner i fengsel fra 2007-2020* ..... s. 19.
- Figur 2.** *Påvirkningsfaktorer for psykisk helse* ..... s. 26.
- Figur 3.** *Andelen personer i befolkningen og domfelte med psykiske lidelser ...* s. 28.

## Tabeller

- Tabell 1.** *Tre forståelser av begrepet helse* ..... s. 23.
- Tabell 2.** *Kvinnelige innsatte per 1. januar* ..... s. 34.
- Tabell 3.** *Inklusjons- og eksklusjonskriterier for deltakelse* ..... s. 35.
- Tabell 4.** *Oversikt over Cronbach alpha* ..... s. 40.
- Tabell 5.** *Deskriptiv tabell av ulike varaibler tilhørende HSCL-25 og IPAQ ...* s. 49.
- Tabell 6.** *Deskriptiv tabell av antall timer og minutter brukt i fysisk aktivitet ...* s. 50.
- Tabell 7.** *Frekvenstabell* ..... s. 51.
- Tabell 8.** *Spearman' rho korrelasjonstabell av delvariabler* ..... s. 52.
- Tabell 9.** *Spearman' rho korrelasjon av hovedvariabler* ..... s. 53.

## **Forord**

Denne masteroppgaven utgjør en avsluttende del av en to års lærerik og gøyal studieperiode, i idrettsvitenskap ved Universitetet i Stavanger.

Jeg ønsker å rette en takk til min veileder Sebastian S. Sandgren for å ha engasjert og motivert meg gjennom året. Din veiledning, støtte og ditt engasjement for temaet har vært avgjørende for forskningsprosjektet. En stor takk til Ragnhild Nomeland og fengselsbetjentene som har hjulpet meg med rekruttering av deltakere, og med innsamlingen av data. Videre ønsker jeg å takke alle deltakerne som tok seg tid til å delta! Uten dere hadde det ikke vært noe forskningsprosjekt.

Takk til venner og familie som har hjulpet meg med oppgavens ortografi, gjennomlesning og oversettelse. Dere holdt motivasjonen min oppe. Avslutningsvis vil jeg takke min beste venninne Andjela Jovanovic for å ha sittet på biblioteket i utallige timer sammen med meg. Takk for alle de fine stundene og minner de siste fem årene!

Tusen takk, god lesning!

## **Forkortelser**

<b>FA</b>	Fysisk aktivitet
<b>FA-nivå</b>	Fysisk aktivitetsnivå
<b>HSCL</b>	Hopkins symptom checklist
<b>IPAQ</b>	International Physical Activity Questionnaire
<b>JD</b>	Justis- og beredskapsdepartementet
<b>JURK</b>	Jurdisk rådgivning for kvinner
<b>KDI</b>	Kriminalomsorgsdirektoratet
<b>MET</b>	Metabolsk ekvivalent
<b>Meld. St.</b>	Stortingsmelding
<b>NSD</b>	Norsk senter for forskningsdata
<b>PA</b>	Physical activity
<b>REK</b>	Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk
<b>SPSS</b>	Statistical Package for Social Sciences
<b>WHO</b>	World Health Organization

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** Fengselspopulasjonen i Norge har en dårligere fysisk og psykisk helse enn normalbefolkningen, spesielt kvinnelige innsatte. Det tiltros for all forskning som understreker viktigheten og sammenhengen mellom fysisk aktivitet (FA) og helse. Kvinnelige innsatte er spesielt utsatt for psykiske lidelser som angst, depresjon og selvmordstanker. De er en marginal og sårbar gruppe i samfunnet som må vernes om (Sivilombudsmannen, 2016a, s. 10). Hensikten med forskningsprosjektet var derfor å undersøke kvinnelige innsattes oppfatning og opplevelse av egen helse og velvære, i forhold til FA, og se på forekomsten av angst og depresjon.

**Metode:** På bakgrunn av etisk forsvarlighet og etter godkjenning fra Kriminalomsorgen, ble det gjennomført et kvantitativt tverrsnittdesign ved bruk av spørreundersøkelse. Seksten kvinnelige innsatte fra ett fengsel i Norge svarte på to validerte spørreskjemaer. Ett omhandlet FA (International Physical Activity Questionnaire) [IPAQ] og ett omhandlet velvære og psykisk helse (Hopkins Symptom Checklist) [HSCL-25]. Dataen ble analysert i IBM SPSS Statistics 26 og kryptert på OneDrive.

**Resultater:** Dataen viste at 69% av utvalget strevde med angst og depresjon, og 75% lå over HSCL-25 grenseverdi for alvorlig psykiske lidelser. Femti prosent brukte store deler av tiden i lav FA eller null aktivitet. Kun en deltaker (6,3%) var i høy FA. Alderen har en negativ, svak påvirkning på utvalgets velvære, angst, depresjon og aktivitetsnivå. Videre funn indikerer at eldre innsatte bruker mer tid i ro, der yngre er mer aktive. Funnene viste en svak, men positiv korrelasjon mellom FA og velvær, men ingen signifikant sammenheng.

**Konklusjon:** Angst og depresjon er i større grad utbredt blant kvinnelige fengselsinnsatte, enn normalbefolkningen. For å forbedre velvære blant kvinnelige innsatte må det legges til rette for mer FA i hverdagen. FA kan anvendes som en kostnadsfri behandlingsmetode mot ulike psykiske lidelser, likevel er det mange innsatte som ikke når Helsedirektoratets anbefalinger for FA. Dog en vet at FA er gunstig for bedre søvnkvalitet, økt velvære og videre rehabilitering. Dette forskningsprosjektet har gjennomført en innledende undersøkelse på forskningsfeltet i ett norsk fengsel. Resultatene viser til flere anbefalinger for videre forskning som nå må handles på.



**Nøkkelord:** *Kvantitativ forskning; kvinnelige fengselsinnsatte; fysisk aktivitet; psykisk helse; velvære; rehabilitering.*

## **Abstract**

### **Background:**

The physical and mental health of convicts in Norwegian prisons is worse than the average population in Norway. Female prisoners are particularly subject to mental disorders such as anxiety, depression and suicidal thoughts, despite documentation emphasizing the importance between physical activity (PA) and health. They are a vulnerable group in society that must be protected. The primary purpose of this research was to investigate female inmates' perceptions and experiences regarding their own health and well-being, in relation to the amount of time spent in PA, and secondary, to examine the occurrence of mental disorders such as anxiety and depression.

**Method:** On the basis of ethical soundness, and approval from the prison service, a quantitative cross-sectional design was performed using a questionnaire. Sixteen female inmates from the same prison in Norway filled out two validated questionnaires. One concerning PA (International Physical Activity Questionnaire) [IPAQ] and the other concerning well-being and mental health (Hopkins Symptom Checklist) [HSCL-25]. The data was analyzed in IBM SPSS Statistics 26 and encrypted on OneDrive.

**Results:** Findings from the survey indicate that 69% of participants struggle with anxiety and depression, and 75% were above the HSCL-25 limit for severe mental illness. Furthermore, 50% of the responders spend most of the time in low PA or in zero PA. Only one person spent their time in high PA. However, further findings display negative and/or weak relationships with PA as a contributing factor to improving well-being. Age was also an important factor to the responder's well-being, anxiety- and depression symptoms and activity level. Further findings shows that older prisoners spend more time sitting still, than the young ones who was more active.

**Conclusion:** Women in prison are more exposed than the average population to mental disorders such as anxiety and depression. In order to increase the well-being among this group, more exercise and movement ought to be facilitated in their daily life. Many of these inmates do not reach the Norwegian Directorate of Health's recommendations for PA. Increased PA will have an effect on factors such as sleep, well-being and rehabilitation, and can be applied as a costless treatment method towards various mental disorders. This research

project has carried out an initial survey in one Norwegian prison, where the results refer to several recommendations for further research, that must be acted on.

**Keywords:** *Quantitative research; incarcerated women; physical activity; mental health; well-being; rehabilitation.*

## **Operasjonalisering av begreper**

Begrepsavklaringen er tatt med i masteroppgaven for å gi innsikt i enkelte ords betydning. Dette for å få en korrekt betydning av innholdet, i kontekst av denne oppgaven. Definisjonene beskriver begrepene spesifikt for denne studien, men er også en generell definisjon.

### *Helse*

WHO (2018) definerer helse på følgende måte: «Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity» (World Health Organization, 2018).

### *Psykisk helse*

WHO (2018) beskriver psykisk helse som en form for velvære, der en person klarer å virkeliggjøre sitt iboende potensial. Individet skal være i stand til å arbeide effektivt, takle hverdagens krav og være en samfunnsnyttig borger i sitt fellesskap (World Health Organization, 2018).

### *Velvære (Well-being)*

Det er ingen bestemt definisjon på hva velvære innebærer på norsk. Velstand, lykke, velferd og suksess er enkeltord som gir et innblikk i begrepet. Disse begrepene kan knyttes til individets mentale- og fysiske helse og ens livskvalitet (Mæland et al., 2013, s. 40-41). Begrepet velvære oversettes til det engelske ordet «well-being». WHO's definisjon på well-being vil i forskningsprosjektet brukes for å definere det norske begrepet velvære. WHO beskriver tilstanden av well-being på følgende måte: «Mental health is a state of well-being in which an individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and is able to make a contribution to his or her community (World Health Organization, u.å.).

### *Psykisk lidelse*

Det er ingen entydig enighet om hva begrepet psykiske lidelser innebærer (Dahl, 2020, s. 8). Innenfor psykiatriske diagnoser kan psykiske lidelser kategoriseres i forhold til en rekke psykiske plager og atferdsavvik hos et menneske (Teigland, 2021, s. 24). Det finnes mange forskjellige psykiske lidelser med forskjellige sykdomsforløp. For eksempel angstlidelser, depresjon, bipolarlidelser, schizofreni, psykoselidelser og demens (World Health

Organization, 2019). I denne oppgaven blir psykiske lidelser sett på som et samlebegrep på lidelser som påvirker en persons psykiske helsetilstand negativt. Det er mange faktorer som spiller inn når det kommer til menneskets psykiske helse og hvordan hvert enkelt menneske håndterer sine tanker, følelser, handlinger, atferd og samhandlinger med andre, men også sosiale, kulturelle, økonomiske, politiske og miljømessige faktorer, slik som nasjonal politikk, sosial beskyttelse, leve tilstand, arbeidsforhold, kommunal- og sosial støtte. I tillegg kan stress, genetikk, ernæring og eksponering for miljøfarer være faktorer som kan fremkalle psykiske lidelser hos et individ (World Health Organization, 2019). Forskningsprosjektet legger størst fokus på angst og depresjon som psykiske lidelser blant kvinnelige innsatte.

### *Depresjon*

Depresjon er en vanlig psykisk lidelse som rammer mennesker over hele verden.

Ifølge WHO er kjennetegnene på depresjon nedstemthet, tristhet, mangel på glede, energi eller interesse, følelse av skyld og nedsatte tanker om seg selv. I tillegg kan personen oppleve trøtthet, dårlig søvn, endret matlyst og konsentrasjonsvansker (Holsten, 2020, s. 102-103; World Health Organization, 2017, s. 7). Depresjon kan både være langvarig eller periodisk tilbake-fallende. Dette kan hindre personens evne i arbeid eller skole, og til å takle hverdagens krav. I de mest alvorlige tilfellene, så kan depresjon føre til selvmordstanker eventuelt selvmord (World Health Organization, 2017, s. 7). Det er WHO's beskrivelse av depresjon som er grunnlaget for senere teori og drøfting av begrepet depresjon.

### *Angst*

Angstlidelser refereres til en gruppe psykiske lidelser som er preget av følelser der angst er hovedsymptomet. Angstfølelsen kan oppleves som en irrasjonell frykt enten knyttet til objekter og/eller situasjoner (fobisk angst). Det kan være andre former som medfører konstant bekymring, engstelse og rastløshet over tid (generalisert angst), eller som oppstår som anfall (angstanfall). Fysiske reaksjoner på angst er ofte svetting, høy puls, rastløshet, kvalme, svimmelhet, skjelving og anspenhet (Helsedirektoratet, 2017; Martinsen, 2020a, s. 115). For menneskene som opplever angst, kan angstlidelsen føre til at personen utvikler en unngåelsesatferd. Det vil si at personen lar være å oppsøke steder eller situasjoner som hen tror kan utløse angsten. I de fleste tilfeller medfører det at angsten opprettholdes, og kan hindre personen i den daglige funksjonen (Helsedirektoratet, 2017). Angstlidelse kan gi både milde og alvorlige symptomer og kan for personen oppleves mer som en kronisk lidelse enn en episodisk lidelse (World Health Organization, 2017, s. 7).

### *Fysisk aktivitet*

Fysisk aktivitet tar for seg all kroppslig bevegelse i kraft av muskelarbeid, som gir et økt energiforbruk (Bahr, 2019, s. 8). Fysisk aktivitet er et overordnet begrep og blir i forskningsprosjektet definert som fysisk arbeid, friluftsliv, mosjon, idrett, lek, trening og kroppsøving (Vedlegg B). For å skille mellom energiforbruket i sedat tid og under fysisk aktivitet brukes betegnelsen metabolsk ekvivalent (MET. Nystad, 2022). Fysisk aktivitet kan dermed deles inn i tre aktivitetsnivåer:

**Lav FA** = lett FA for eksempel, rolig gange eller husarbeid. Energiforbruk tilsvarer < 3 MET.

**Moderat FA** = middels anstrengende FA, for eksempel rask gange som får deg til å puste mer enn vanlig. Energiforbruket tilsvarer < 3-6 MET.

**Høy FA** = meget anstrengende FA, for eksempel jogging og løping med høy intensitet som får deg til å puste mye mer enn vanlig. Energiforbruket tilsvarer > 6 MET (Nystad, 2022).

### *Sedat tid*

Sedat tid vil si den tiden der en person bruker minst energi i våken tilstand. Denne tiden blir ofte betraktet som stillesittende, enten sittende eller liggende, der store deler av kroppens muskulatur hviler (Nystad, 2022). Sedat tid blir i oppgaven brukt om hverandre med begrepene stillesitting og tid brukt i ro.

### *Fengsel*

Fengsel er et sted for soning av fengselsstraff, men brukes også som en beskrivelse av selve straffen. Et fengsel kan ses på som et lukket samfunn, der det blir brukt stor makt over enkeltmennesket (Kriminalomsorgen, u.å. e). Høysikkerhetsfengsel er et fengsel med høyt sikkerhetsnivå også kalt lukket fengsel. Lavsikkerhetsfengsel er et fengsel med lavt sikkerhetsnivå også kalt åpent fengsel (Kriminalomsorgen, u.å. c). I Norge er det om lag 3600 fengselsplasser, spredt over 33 fengselsenheter, der 58 av fengslene er operative (Kriminalomsorgen, u.å. e).

### *Innsatt/domfelt*

I forskningsprosjektet refereres det til begrepene innsatt og domfelt. Betydningen er rettet til en person som soner i fengsel (Kriminalomsorgen, u.å. c).

### *Kriminalomsorgen*

Fengslene i Norge er underlagt Kriminalomsorgen. Kriminalomsorgen er igjen underlagt Kriminalomsorgsdirektoratet (KDI). KDI utgjør den faglige og forvaltningsmessige delen av kriminalomsorgen (Justis- og beredskapsdepartementet, u.å.). Kriminalomsorgens ansvar er å gjennomføre de beslutningene påtalemyndighetene eller domstolen foretar. Det foregår ved fengselsstraff, forvaring, samfunnsstraff, strafferettslige særreaksjoner og varetektsfengsling. Kriminalomsorgen skal gjøre det mulig for at den enkelte kan gjøre en forskjell i å endre sitt kriminelle handlingsmønster. Deres visjon er «straff som endrer», og verdiene som trekkes frem er åpenhet, trygghet og nytenkning (Kriminalomsorgen, u.å. b).

### *Straffegjennomføringsloven*

For gjennomføring av straff i Norge er straffegjennomføringsloven den viktigste rettskilden (Storvik, 2017, s. 27). Det er den som styrer og gir føringer for hvordan straff skal utføres enten det er i eller utenfor fengselet (Kriminalomsorgen, u.å. b). Loven består av forskrifter og retningslinjer (Storvik, 2017, s. 27 og 30).

## **Del 1.0 – Bakgrunn og introduksjon av problemområdet**

«Til tross for alle formelle, mellommenneskelige og materielle føringer er avvikende atferd et vanlig fenomen. Vi bruker betegnelsen sosialt avvik for å understreke at dette har noe å gjøre med forholdet mellom individuelle handlinger og omgivelsenes reaksjoner på disse handlingene» (Schiefløe, 2013, s. 383). Sitatet viser til handlinger og atferd som betraktes som sosialt uakseptabelt, eller utenfor «det normale», og blir ansett som et sosialt avvik. Slike atferdsformer kan føre til ekskludering, latterliggjøring, stempling, undring eller uoffisielle sanksjoner som bortvisning. Andre kan derimot rammes av formelle straffebestemmelser ved avvikende handlinger som går imot lovverket. For eksempel ved bøter, forvaring eller fengsling (Schiefløe, 2013, s. 383).

Hvis en person dømmes til ubetinget fengsel eller forvaring, resulterer det i fengselsstraff. Formålet med fengselsstraffen er ifølge Straffegjennomføringsloven § 2. å avverge nye straffbare handlinger etter løslatelse og på den måten opprettholde et trygt samfunn (Straffegjennomføringsloven, 2014, § 2). Fengselsinnsatte skal bli behandlet som alle andre, etter de grunnleggende menneskerettighetene. Fengselsstraffen er kun til for å bedrøve eller innskrenke den friheten en normalt har i samfunnet (Farestad, 2021, eget arbeid; Kriminalomsorgen, u.å. e).

Begrepet fengselsstraff har i Norge fra slutten av 1900-tallet vært i endring. Fengselsstraff ble tidligere benyttet som et formål på straff, hevn og avskrekkelse, og blir i dag fortsatt benyttet i USA. På den andre siden har land som Norge tatt i bruk rehabilitering og habilitering som viktige grunnverdier, for å minske tilbakefall til kriminaliteten etter endt soning (Farestad, 2021, eget arbeid; Meld. St. 39 [2020-2021], s. 14). USA er ifølge Incarceration Rates By Country (2021) øverst på listen når det gjelder fengslinger. Per 100 000 innbygger, fengsles det 639 personer. Storbritannia har en fengselsrate på 114 innsatte, Danmark og Sverige 68 og Norge 49 innsatte per 100 000 innbyggere (Farestad, 2021, eget arbeid; World Population Review, 2021).

På verdensbasis utgjør kvinner en fengselspopulasjon mellom ca. 2% og 9% (Bergh et al., 2014, s. 159). Basert på nøkkeltall fra Kriminalomsorgen 05. januar 2022, var fengselspopulasjon i Norge på 85%, tilsvarende 3079 innsatte. Hundre og sekstite av disse var kvinner og utgjorde en fengselspopulasjon på 5,3% (Kriminalomsorgen, 2022). Vanligvis



beregner Kriminalomsorgen den kvinnelige fengselspopulasjon på ca. 6% årlig (Kriminalomsorgen, u.å. d). Tallene illustrer hvor liten samfunnsgruppe kvinner i fengsel utgjør og kan ses på som en minoritetsgruppe (Bergh et al., 2014, s. 159). Som følge av den lave fengselspopulasjonen blant kvinner, er størsteparten av fengslene i Norge tilrettelagt menn og deres behov (Sivilombudsmannen, 2016a, s. 9). Det har ført til mange utfordringer for den kvinnelige fengselspopulasjonen, og var en av hovedårsakene til hvorfor Kriminalomsorgen i 2017 utarbeidet en kvinnestrategi.

Kvinnestrategiens formål var å etablere likeverdige forhold for kvinner, som for menn. Kvinnelige fengselsinnsatte skal ikke lenger sone i samme fengsel som menn, men skal sone i egne kvinnefengsler. Alle kvinner skal få tilgang til egne rom/celler som skal være tilrettelagt med vask, toalett og dusj. Oppholdsrom og uteområder, i tillegg til lokaler skal gi kvinnene muligheten til å benytte seg av aktiviteter og fritidstilbud (Farestad, 2021, eget arbeid; Kriminalomsorgen, u.å. d; Meld. St. 39 [2020-2021], s. 8). Kriminalomsorgen skal ifølge Straffegjennomføringsloven §18. innrette et tilbud for aktivitet på dagtid (Straffegjennomføringsloven, 2002a, §18). Her refereres det til forskrift §3-12 som omhandler arbeid, programmer, opplæring, aktiviteter eller andre tiltak (Farestad, 2021, eget arbeid; Straffegjennomføringsloven, 2002a).

Å være i bevegelse er en del av mennesket, ikke å være i inaktiv. Et liv i inaktivitet øker muligheten for sykdomsrisiko og kan føre til hjerte- og karsykdommer, fedme, diabetes og psykiske lidelser som økt angst og depresjon (Bahr, 2019, s. 3; Farestad, 2021, eget arbeid; Martinsen, 2018b, s. 39; Meek, 2013, s. 2). Å takle hverdagens krav og gjøremål er en av godene som kommer av bevegelse og aktivitet i hverdagen. I tillegg inkluderer det sosiale og fysiologiske fordelen som flere muligheter for sosial kontakt, samhold og sosial inkludering i samfunnet (Meek, 2013, s. 2). FA bringer for mange glede, trivsel og fellesskap (Helsenorge, 2019; Torstveit et al., 2018, s. 5), og er et enkelt grep som kan lindre negative helseeffekter som en stillesittende livsstil i fengsel innbefatter (Meek, 2013, s. 3).

I Norge finnes det ingen forskning på feltet som involverer aktivitetens innvirkning på kvinnelige fengselsinnsatte velvære i fengsel (Farestad, 2021, eget arbeid). Dog tar en vekk situasjonsaspektet, så postulerer det en rekke vitenskapelig dokumentasjon som omhandler hvordan FA har en positiv psykologisk innvirkning på psykiske helseplager som depresjon, angst og rusmisbruk (Martinsen, 2007, s. 122). Amundsen (2012) fremviser til store

signifikante kjønnsforskjeller i forhold til spørsmål om angst, depresjon og selvmordstanker blant kvinnelige innsatte (Amundsen, 2012, s. 3; Farestad, 2021, eget arbeid). Cramer (2014) fant derimot ingen kjønnsforskjeller i forbindelse med psykiske lidelser blant innsatte (Cramer, 2014, s. 5).

## **1.1 Problemstilling**

Formålet med forskningsprosjektet er å belyse, diskutere og muligens avdekke ny kunnskap om sammenhengen mellom FA og velvære, og se på forekomsten av angst og depresjon blant kvinnelige fengselsinnsatte (Farestad, 2021, eget arbeid). I rapporten *Kvinner i fengsel* av Sivilombudsmannen (2016b) forteller innsatte: «treningsstilbudet i fengsel er av stor betydning for både psykisk og fysisk helse» (Farestad, 2021, eget arbeid; Sivilombudsmannen, 2016b, s. 39). Det er et viktig og betimelig tema som trengs å settes i søkelyset, som følge av at mange kvinnelige innsatte sliter med psykiske lidelser som angst, depresjon og selvmordstanker (Amundsen, 2012, s. 8; Cramer, 2014, s. 8; Sivilombudsmannen, 2016a, s. 28). For å forstå aspektet av hva utvalget står ovenfor, vil det i det nåværende forskningsprosjektet også bli nevnt andre psykiske lidelser.

FA er ikke et svar som skal «kurere» innsatte som sliter med psykiske lidelser, men kan ifølge Martinsen (2018) brukes som en alternativ, rimelig og kostnadsfri behandlingsmetode knyttet til angstlidelser, depresjon, spiseforstyrrelser, schizofreni og rusmidler (Farestad, 2021, eget arbeid; Martinsen, 2018a, s. 245). Det kan gjøres til den grad det gir virkning hos innsatte og selvfølgelig i samarbeid- og i dialog med helsepersonell for behandling. FA er et alternativ som kan brukes som et hjelpemiddel for å styrke deres psykiske helse, og være en kilde til økt velvære blant kvinnelig fengselsinnsatte (Martinsen, 2007, s. 122; 2020b, s. 254).

Helseaspektet blant innsatte er stort og komplisert. Forskningsprosjektet er dermed avgrenset til og har størst fokus på angst og depresjon som psykiske lidelser. Dette forskningsprosjektet kan være starten på å fylle et viktig kunnskapshull omkring domfeltes helsetilstand og aktivitetens påvirkning på kvinnelige fengselsinnsattes mentale velvære, og for videre forskning på feltet. I denne studien skal følgende forskningsspørsmål undersøkes:

*Hva er forekomsten av psykiske plager som angst og depresjon blant kvinnelige fengselsinnsatte i Norge?*

For et videre dypdykk inn i forskningsspørsmålet ble det valgt å ta med en underproblemstilling. Fra en gjennomgang av litteratur på ulike søkemotorer fremkommer det ingen litteratur som er direkte tilknyttet eller som tar for seg alle momentene i problemstillingen. Det er til nå ikke gjennomført noen studier i Norge, rettet mot kvinnelige fengselsinnsattes opplevelse av deres velvære og psykiske helse, i forhold til tid brukt i FA. Dette forskningsprosjektet kan være starten på å fylle et viktig kunnskapshull omkring domfeltes helsetilstand og aktivitetens påvirkning på kvinners mentale velvære, og for videre forskning på feltet. På bakgrunn av forskningsspørsmål skal følgende problemstillingen undersøkes:

*Finnes det sammenhenger mellom fysisk aktivitet og velvære blant kvinnelige fengselsinnsatte?*

## **1.2 Oppgavens oppbygging**

Del 1 – *Introduksjon* presenterer oppgavens tema og problemstilling. Del 2 – *Teori*, tar for seg emnene FA, psykisk helse og velvære, rehabilitering og habilitering av mennesket. Teorien er forankret i tidligere forskningsartikler, rapporter og bøker innen de ulike feltene. Del 3- *Metode* beskriver forskningsprosjektets tilnærming, design, utvalg, etiske vurderinger, datainnsamlingsmetode, prosedyre og dataanalyse. Del 4 – *Resultater* gir en systematisk presentasjon av data og funn fra studien. Del 5 – *diskusjon*, diskuterer resultatene opp mot relevant teori og forskning. Del 6 – *Avslutning* binder sammen innsikter og refleksjoner fra undersøkelsen av forskningsspørsmålet og problemstillingen, opp mot studiens teori og drøfting.

## Del 2.0 – Teori

For å belyse forskningsspørsmålet støtter den seg på litteratur hovedsakelig basert på bøker, forskningsartikler, rapporter, stortingsmeldinger og nettsider som Kriminalomsorgen, Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet. Rapportene er relevante i forhold til nyere statistikk og informasjon om fysiske forhold i norske fengsler.

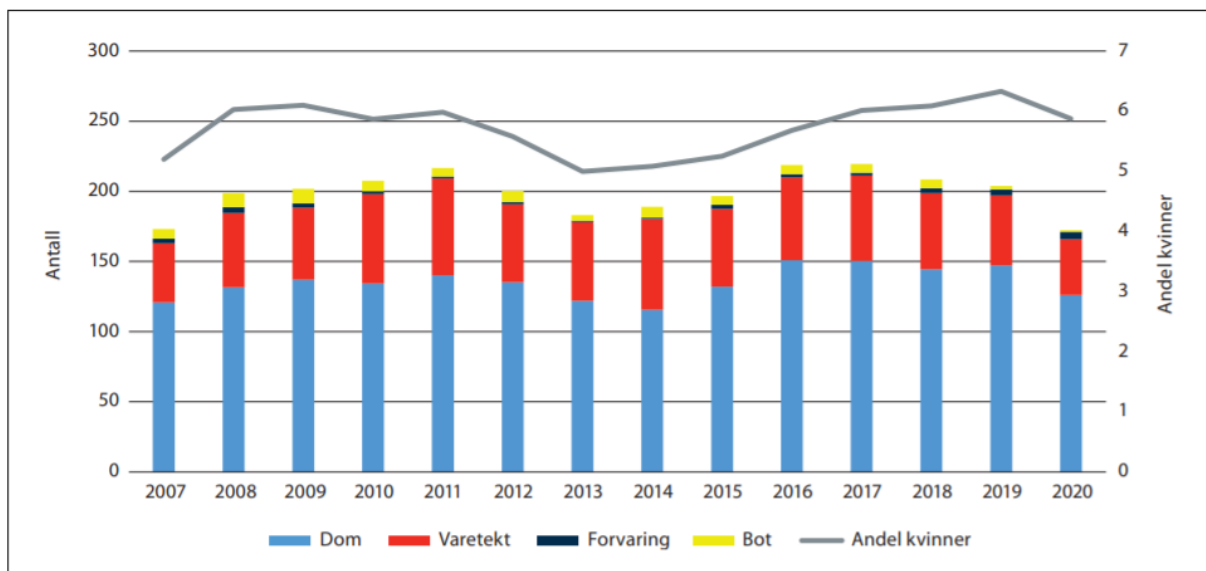
Teoridelen starter med en generell fremvisning av domfelte, helseaspektet, FA og årsaksfaktorer til lav sosioøkonomisk status. Til slutt trekkes all forskning rundt temaene fengsel, FA og helse inn og presenteres.

### 2.1 Domfelte og deres vei mot habilitering og rehabilitering

På et eller annet tidspunkt i løpet av livet er det mange som har utført handlinger som strider imot prinsipielle lovbestemmelser, regler eller retningslinjer, uten å bli avslørt og stemplet som avvik eller kriminell. For flertallet vil handlingen være et engangstilfelle, for andre kan det være starten på en kriminell karriere (Schiefløe, 2013, s. 396).

**Figur 1**

*Andelen kvinner i fengsel fra 2007-2020.*



*Notat:* Figuren viser andelen kvinner i fengsel fra 2007 frem til 2020, og hvilken type straff kvinnene har fått. Fra «Meld. St. 39 (2020-2021) Kriminalomsorgsmeldingen – fremtidens kriminalomsorg og straffegjennomføring» av Justis- og beredskapsdepartementet, (2021), s. 37(<https://www.regjeringen.no/contentassets/86e5b47b2b1a4c91a4f68be3153177b6/no/pdfs/stm202020210039000dddpdfs.pdf>). Copyright i det offentlig domene.

Å bli stemplet som en kriminell person, kan kategoriseres som et avvikstempel. Nettopp fordi det bringer med seg både en juridisk og en sosial side (Morken, 2012, s. 54). Individene som stemples som avvikere, kan ofte bli utsatt for å miste kontakten med venner og familie. Samtidig kan de oppleve at det blir problematisk å skaffe seg arbeid eller bolig etter soning. Ved slike forhold er det nødvendig at innsatte kan rehabilitere seg inn i samfunnet etter soning, slik at de har muligheten til å kunne mestre hverdagens krav og gjøremål, og unngå tilbakefall. I forskriften om habilitering og rehabilitering § 2. står det skrevet: «Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede planlagte prosesser med klare mål og virkemiddel, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet» (Normann et al., 2016, s. 34).

Rehabilitering omfavner enkeltmennesket, og den «hele personen». Alle mennesker er unike. De handler og forholder seg forskjellig ut ifra situasjoner, og har ulike forutsetninger og livsmål. Av den grunn skal bistanden som hvert individ får være forskjellig fra person til person. Rehabilitering ses av mange som en prosess, som kan gå over en lengre tidsperiode. I henhold til rehabiliteringsarbeidet er det viktig å huske at det er personen som har behov for støtte og som skal være i fokus. Rehabilitering er en personlig prosess. Det betyr at personen selv må legge ned en innsats for endring og utvikling. Aktørene i støtteapparatet rundt personen skal ikke rehabilitere den domfelte, men støtte opp og bistå til at personen når sine mål (Normann et al., 2016, s. 36 og 37).

For at individet skal klare å oppnå målene sine kan begrepet empowerment trekkes inn. Empowerment betyr myndiggjøring og ansvarliggjøring. «Power» som begrepet består av kan oversettes til styrke, kraft og makt. På den måten kan en relatere empowerment til personer og grupper som er eller har vært i en marginalisert situasjon. Begrepet innebærer å komme seg ut av denne marginaliseringssituasjonen. Det ved å forbedre individets selvtillit, identitet, kompetanse og egenskaper. For eksempel gjennom positiv selvsnakk og FA. Hensikten med empowerment er dermed at personen skal oppleve økt kontroll over livet sitt (Askheim, 2012, s. 11-12). I de tilfeller en velger å utestenge empowerment fra «svake grupper» kan dette medvirke til å generere, opprettholde eller forsterke et tilsynelatende «klasseskilte» mellom enkeltmennesker (Askheim, 2012, s. 153).

For å oppnå utbytte ved rehabilitering og minske sjansen for tilbakefall hos domfelte er det viktig at alle har like gode tilbud. I straffegjennomføringsloven § 21. skal alle innsatte, uavhengig av kjønn, få tilbud om aktiviteter på fritiden, deriblant tilbud om FA (Farestad, 2021, eget arbeid; Straffegjennomføringsloven, 2015). Sivilombudsmannen (2016a) påpeker at kvinner i fengsel har et dårligere tilbud enn menn med tanke på sikkerhet, demografisk plassering, fengselsarkitektur og antall fengsler (Farestad, 2021, eget arbeid; Sivilombudsmannen, 2016a, s. 38). Kvinnefengslene i Norge er lokalisert på Bredtveit, Ravneberget, Kragerø og Evje (Kriminalomsorgen, u.å. d; Meld. St. 39 [2020-2021], s. 9). Uteområdene, helsetilbud og aktivitetstilbud er stort sett også dårligere for kvinnene, i motsetning til menn. Dette på bakgrunn av at flere kvinnefengsler er lokalisert i gamle bygninger, langt vekk fra eget bosted og nettverk som familie og venner (Sivilombudsmannen, 2016b, s. 12). Kvinnelige fengselsinnsatte har også dårligere tilbud med tanke på arbeidstrening, sysselsetting, uteområder, treningsrom og aktivitetstilbud. Utstyr og apparater viser seg å være dårligere i kvinnefengsler enn tilbudene i fengsler for menn (Meld. St. 39 [2020-2021], s. 9; Sivilombudsmannen, 2016a, s. 38; 2016b, s. 12).

I rapporten *Kartlegging av helse- og omsorgsbehov blant innsatte i fengsel 2021* av Magnussen og Tingvold (2021), vises det til manglende ressurser i Kriminalomsorgen, der domfelte ikke gis tilgang til treningsutstyr tilpasset deres bruk. Det medfører at de innsatte ikke kan opprettholde egen helse (Magnussen & Tingvold, 2021, s. 3). Ut ifra disse faktorene er det behov for å undersøke hvilke tilbud kvinnelige domfelte har, hvor aktive de er under soning og hvem som tar i bruk aktivitetstilbudene. Basert på kunnskapen som finnes skal forskningsstudiet se på kvinnelige innsattes velvære og psykiske helse i fengsel, og sammenheng med tiden brukt i FA.

## **2.2 Fysisk aktivitet og kroppslig bevegelse**

FA er forbundet med begrepet helse. Forskning viser at FA forbedrer vår psykiske- og fysiske helse (Bahr, 2019, s. 3; Meek, 2013, s. 2), og gir muligheten for utvikling og endring, både i samhandling med andre og miljøet rundt oss (Borg, 2007, s. 68; Gonzalez, 2020a, s. 242). FA og bevegelse utgir en positiv effekt til hjernen, som igjen har god innflytelse på en persons følelsesregulering (Helsedirektoratet, 2022a). Helsenorge (2019) påpeker at FA er godt for den fysiske og psykiske helsa og bidrar til redusert stress, bedrer humøret og gir økt livsutfoldelse, glede og trivsel i hverdagen (Helsenorge, 2019; St. meld. nr. 16 [2002–2003],

s. 28; Torstveit et al., 2018, s. 5). Ikke minst gir FA og kroppslig bevegelse positive mestringsopplevelser, økt selvfølelse og kroppssoppfatning, der humøret, søvnkvaliteten og velværet forbedres (Martinsen, 2018b, s. 57). Det gir både en fysisk og psykisk gevinst og kan brukes som et hjelpemiddel for å fremme struktur. Det betyr at aktiviteter kan oppleves som en drivkraft til å stå opp, for så å ha noe å gå til i hverdagen (Danielsen, 2021, s. 59; Gonzalez, 2020b, s. 248). Det kan gi struktur og motivasjon til å takle hverdagens krav.

Å bruke kroppen aktivt, eller være i bevegelse er en måte å beskrive begrepet FA (Helsedirektoratet, 2016). I faglitteratur defineres FA som all kroppsanstrengelse som blir aktivisert av skjelettmuskulaturen og som frembringer en økning i energiforbruket utover hvilenivå (Nystad, 2022). Helsedirektoratet (2018) skriver at FA i større grad bør benyttes som en aktiv del av behandlingen og rehabiliteringen av mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer. Aktiviteten må tilrettelegges ut ifra kjønn, alder og funksjonsnivå, der et aktivt motivasjonsarbeid mellom partene er nødvendig for gjennomføringen (Helsedirektoratet, 2018).

Forskning hevder at personer som driver med regelmessig FA har mindre risiko for å pådra seg hjerte- og karsykdommer, kreft, diabetes, høyt blodtrykk, kols, fedme, muskel og skjelettlidelser, angst og depresjon, i motsetning til inaktive personer (Bahr, 2019, s. 3; Nystad, 2022). Tall hentet fra to nasjonale kartleggingsundersøkelser (KAN-undersøkelser) av *Fysisk aktive voksne*, viser at gjennomsnittsbefolkningen i snitt bruker 9 timer i sedat tid, og at ca. 70% ikke når Helsedirektoratets anbefalinger for FA (Folkehelseinstituttet, 2017; Hansen et al., 2015, s. 95).

Helsedirektoratet kom med utarbeidede råd, basert på WHO's nye anbefalinger for FA og sedat tid 09. mai 2022. Anbefalingene påpeker at voksne nå burde være i moderat FA minimum 150-300 minutter, eller i høy FA minimum 75-150 minutter hver uke (Helsedirektoratet, 2022b). Hansen et al. (2018) hevder at det kun er én av tre (32%) som oppfyller minimumsanbefalingene for FA av den norske befolkningen (Farestad, 2021, eget arbeid; Hansen et al., 2018, s. 97). Tar en for seg fengselspopulasjonen, er det enda færre som oppnår minimumskravet for FA (Farestad, 2021, eget arbeid; Rådet for psykisk helse, 2016). Spesielt blant kvinnelige fengselsinnsatte, da kvinner utgjør en marginal gruppe i fengselspopulasjonen (6%. Kriminalomsorgen, u.å. d), og i større grad har flere psykiske helseplager en menn (Amundsen, 2012, s. 3; Cramer, 2014, s. 5).

For videre forskning og for å øke omtalen rundt kvinnelige innsattes fysiske og psykiske helse i fengsel, er det av den grunn særdeles viktig å kartlegge aktiviteten. Nettopp fordi spesifikke tall mangler. Det å kartlegge og måle FA er krevende, ettersom det er en kompleks og sammensatt atferd som tar for seg mange ulike momenter av mennesket (Helsedirektoratet, 2016; Nystad, 2022). Mange har en tendens til å overrapportere tiden brukt i FA, selv om størsteparten av dagen går til stillesitting (Helsedirektoratet, 2016). For å forbedre velvære blant kvinnelige fengselsinnsatte er det nødvendig å undersøke hvor mye tid kvinnelige innsatte er i FA i fengsel, noe det nåværende forskningsprosjektet skal undersøke nærmere.

### 2.3 Helse, psykisk helse og velvære

Helse kan ha forskjellige betydninger i ulike kontekster og sammenhenger. WHO har en definisjon av begrepet, spesialister innen medisin kan ha en annen, og den øvrige befolkning kan ha en tredje definisjon (Mæland et al., 2013, s. 39). Fugelli og Ingstad (2009) deler oppfatningen av helse inn i tre kategorier. Sett i sammenheng med en persons syn på hva helse innebærer, og hva personer innenfor spesialisert medisin legger i betydningen (Fugelli & Ingstad, 2009, s. 39-40; Mæland et al., 2013, s. 40).

**Tabell 1**

*Tre forståelser av begrepet helse.*

	<b>Helse som mangel av sykdom</b>	<b>Helse som en ressurs</b>	<b>Helse som tilfreds</b>
Tilstand	Det å være	Det å ha	Det å fungere
Innhold	Utelatelse av sykdomstegn og symptomer	Styrke, livskraft og utholdende	Opplevd livskvalitet, aktiv og gode forhold
Forbindelse til sykdom	Brytes ned av sykdom	Gir motstand mot sykdom	Sykdommen, ikke et hinder

*Notat:* Tilpasset fra *sosialmedisin*, av J. G. Mæland, K. Haug, G. Høyen & S. Krokstad, 2013, s. 40, Gyldendal Akademisk. Copyright gitt med tillatelse av Gyldendal.

Hvordan en velger å møte helsebegrepet er opp til hver enkeltperson. I det nåværende forskningsprosjektet vil WHO's definisjon av helse bli brukt, der menneskets fysiske og mentale helse, og deres velvære er i fokus (World Health Organization, 2018). Psykiske



plager er sterkt tilkoblet fysisk helse og kan sies å være en stor folkesykdom i Norge (Martinsen, 2018b, s. 15). I løpet av livet vil de aller fleste være berørt av psykiske lidelser. Det kan enten være at du selv har opplevd det, at du selv lever med det nå eller at noen i omgangskretsen din er berørt (Martinsen, 2018b, s. 15; Tesli et al., 2021). Personer som har følt på belastningen av psykiske lidelser over en lengre tidsperiode, rammes i større grad av kroppslige sykdommer og levealder i forhold til resten av normalbefolkningen (Martinsen, 2018a, s. 245-253; Tesli et al., 2021). Når det gjelder psykiske helseplager blant innsatte vises det til en høyere forekomst av psykiske lidelser blant innsatte enn blant normalbefolkningen (Bergh et al., 2014, s. 160; Cramer, 2014, s. 5; Friestad & Hansen, 2004, s. 6).

Den første loven innenfor psykisk helsevern og psykiatri kom i 1848, kalt sinnssykeloven. Loven tok for seg ikke-kriminelle pasienter blandet med psykisk syke kriminelle. Etter hvert ble det opprettet et kriminalasyl i Trondheim (1895) og senere Reitgjerdet sykehus (1921). Nedleggelsen av sykehuset medførte at de kriminelle pasientene ble innesperret på sikringsinstitusjoner eid av Kriminalomsorgen. Kriminelle med alvorlige psykiske lidelser fikk i 1999 under helsevernloven lovfestet at kriminelle kunne dømmes til påtvunget psykisk helsevern i institusjoner hvor psykiatrisk behandling forgikk (Mæland et al., 2013, s. 114). I Meld. St. 39. fremheves det at flere domfelte i dag gjennomfører straff i helseinstitusjoner kontra i fengsel (Meld. St. 39 [2020-2021], s. 9). Likevel er det en stor andel innsatte som sliter psykisk. Lettere psykiske lidelser som depresjon, angstlidelser og skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler er vanlige psykiske lidelser som flere av den kvinnelige fengselspopulasjonen sliter med, i større grad enn normalbefolkningen (Amundsen, 2012, s. 8; Bergh et al., 2014, s. 160; Cramer, 2014, s. 5; Sivilombudsmannen, 2016a, s. 28).

Ifølge Hartvig (2016) er det personlighetsforstyrrelser som forekommer hyppigst hos innsatte, med rundt 50% (Hartvig, 2010, s. 489). Schizofreni er en mer alvorlig psykisk lidelse (Martinsen, 2018a, s. 247), der symptomlidelsene benevnes ved subjektive plager som nevrotiske, depressive og psykotiske lidelser (Hartvig, 2010, s. 489). Ifølge Magnussen og Tingvold (2021) varsles det fra helse- og omsorgstjenesten, i tillegg til fengslene om en økning av innsatte med somatiske sykdommer, krevende psykiske lidelser, funksjonshindringer, og økt alderdom (Magnussen & Tingvold, 2021, s. 2). Innsatte med diagnoser som psykotiske lidelser har en forekomst på rundt 4% og innsatte med klinisk depresjon ligger på rundt 10% (Hartvig, 2010, s. 489). Dette tilsier viktigheten av å kartlegge

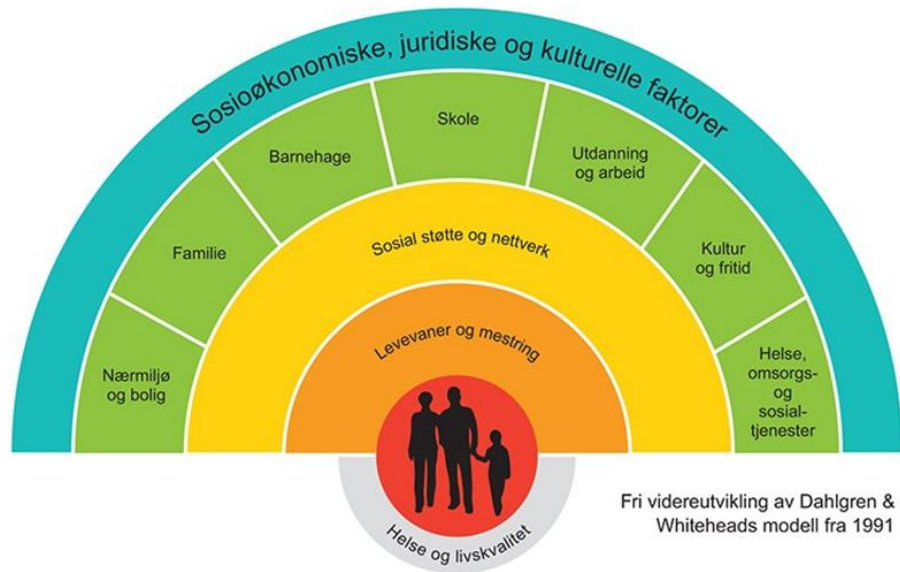
hvem som lider av psykiske lidelser og hvordan FA kan være et hjelpemiddel for å økt velvære.

Velvære kan oppfattes som et subjektiv begrep på hvordan en opplever sin egen helsetilstand og livskvalitet. Mæland et al. (2013) redegjør begrepet helse som en biologisk oppfatning av mennesket, der funksjon og prestasjon er i fokus. I motsetning til begrepet livskvalitet som tar standpunkt i psykologiske forståelsesrammer som i større grad reflekterer over tilstander og opplevelser hos mennesket (Mæland et al., 2013, s. 41). Livskvaliteten til en person, om den er høy eller lav kan fortelle om personens lykkefølelse eller tilfredshet over en lengre periode i livet. Økt fellesskap og sosial støtte, trivsel og mestringsfølelse kan gi en følelse av høy livskvalitet og økt velvære (Bruvik, 2019; Meld. St. 19 [2014-2015], s. 26). Disse faktorene kan oppnås ved regelmessig FA. Forskning viser at etter avsluttet trening oppleves en følelse av velvære, også kalt «runners high», der treningen kan bidra til økt selvfølelse hos individet. Den økte selvfølelsen kan være et produkt av at forholdet til egen kropp styrkes, i tillegg til å føle seg bedre både fysisk og mentalt (Martinsen, 2007, s. 123).

Hvorfor noen mennesker utvikler psykiske lidelser eller ikke oppnår god livskvalitet er forskjellig. Martinsen (2018a) mener det står på mottakeligheten som mennesket bærer med seg fra oppveksten, miljøet rundt og de erfaringene og livshendelsene som en eksponeres for (Martinsen, 2018a, s. 251). Ytre omstendigheter som fattigdom, oppvekstvilkår og familieforhold kan være konsekvenser av manglende opplevelse av livskvalitet (Schiefløe, 2013, s. 399). Dette kan også være bakgrunnen for at enkelte havner i kriminalitet. For noen kan det være tilfeldigheter, som for eksempel ved påkjørsel av en person med dødelig utfall. For andre kan det være et resultat av dårlig sosialisering og oppvekstvilkår. Kriminalitet kan sies å være en form for rasjonelle valg som kan gi individer muligheter for utbytte og/eller økonomiske gevinster. Det til tross for forståelsen av risiko og kostnader relatert til funn og straff (Schiefløe, 2013, s. 399). *Fri videreutvikling* (Figur 2. Meld. St. 19 [2014-2015], s. 24), viser til samfunnsmessige faktorer som er med på å fremme psykisk helse, ved å sette søkelyset på miljøet rundt mennesket. Slik skal mennesket kunne oppleve mestring, tilhørighet og en opplevelse av mening med livet (Meld. St. 19 [2014-2015]).

## Figur 2

Påvirkningsfaktorer for psykisk helse.



Notat: Fri videreutvikling. Fra «Meld. St. 19 (2014-2015) Folkehelsemeldingen — Mestring og muligheter» av Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 24.

(<https://www.regjeringen.no/contentassets/7fe0d990020b4e0fb61f35e1e05c84fe/no/pdfs/stm201420150019000dddpdfs.pdf>). Copyright i det offentlig domene.

Figur 2 viser hvordan ulike biologiske og atferdsmessige individuelle faktorer spiller inn på menneskets helse og livskvalitet (Mæland et al., 2013, s. 60). Hendelser som kan medføre grobunn til psykiske lidelser hos et individ kan være uforutsigbarhet, omsorgssvikt, overgrep og mishandling i løpet av livet. Disse årsakene kan ses i sammenheng med opphopninger av levekårsproblemer som omsorgssvikt, utestengelse av viktige oppvekstsvilkår og sosialiseringarenaer i barndommen. For eksempel rund familie, nærmiljø, skole, helse-, omsorgs- og sosialtjenester (Friestad & Hansen, 2004, s. 7). Revold (2016) hevder at 2% av innsatte med ett eller ingen levekårsproblemer, trodde de kom til å vende tilbake til kriminalitet etter soning. Av innsatte med to til tre levekårsproblemer tenkte 17% det samme. Der 36% med fire eller flere levekårsproblemer trodde de kom til å leve et liv i kriminalitet etter endt soning (Revold, 2016, s. 6). Tallene forteller at levekårsproblemer blant innsatte er en viktig del av individet og må tas i betraktning i rehabilitering- og forebyggingsarbeidet som foregår under soning.

Psykiske plager har ofte en oppstandelse i en persons tidligere leveår, der sosialisering er av betydning for læring av atferd, holdninger og normer. Atferd og holdninger som ikke passer inn i allmenhetens godtatte toleransegrenser, kan bli sett på som sosialt avvikende (Schiefløe, 2013, s. 289). Forbrytelser eller kriminelle handlinger blir spesielt sett på som en type avvik, som kan føre til stemping av en person. «Stempingsteorien sier at omgivelsenes oppfatning (stemping) av en person som avviker eller kriminell er et avgjørende skritt i utviklingen av en kriminell karriere» (Schiefløe, 2013, s. 522). Altså kan individer som blir stemplet som kriminell, også bli sett på som uredelig, upålitelig og truende, for så å bli behandlet slik (Schiefløe, 2013, s. 397).

I Norge de siste 10-20 årene har den norske befolkningen fått større ulikheter i sin sosioøkonomiske status. Forskjellen blant yrkesstatus, utdanning og inntekt i ulike samfunnsgrupper øker i forhold til levestandard, livsmuligheter og ressurser, som igjen har en innvirkning på helsen (Mæland et al., 2013, s. 43). Blant innsatte kan en tenke seg at flere av disse faktorene er svekket, ettersom personer med psykiske lidelser ofte kan assosieres med lavere sosioøkonomisk status og de med god helse assosieres med høy sosioøkonomisk status (Friestad & Hansen, 2004, s. 22; Tesli et al., 2021). I henhold til Meld. St. 39 (2020-2021), er innsatte blant de fattigste og mest utsatte i samfunnet. Ved å bedre innsattes psykiske- og fysiske helse i soningsperioden i samarbeid med Kriminalomsorgen, kan det bidra eller øke sannsynligheten for at innsatte skal lykkes med tilbakeføringen og et liv uten kriminalitet (Meld. St. 39 [2020-2021], s. 16).

Målet for kriminalomsorgens faglige virksomhet er en straffedømt som når dommen er sonet, er stoffri eller har kontroll over sitt stoffbruk, har et passende sted å bo, kan lese, skrive og regne, har en sjanse på arbeidsmarkedet, kan forholde seg til familie, venner og samfunnet for øvrig, evner å søke hjelp for problemer som måtte oppstå etter løslatelsen og kan leve uavhengig. (St. meld. nr. 37 [2007-2008], s. 9)

Opplever en person sosial støtte og har et nettverk av familie og venner, kan det påvirke deres læring og personlige identitet, og dermed være til fordel for ens psykiske helse. Det fordi god psykisk helse hjelper på individets fysiske helse, i form av mindre stress, angst og depresjon (Mæland et al., 2013, s. 59-60). Videre kan det bidra til økt velvære ved å mestre hverdagens krav og uforutsette hendelser som kan oppstå (Meld. St. 19 [2014-2015], s. 23).

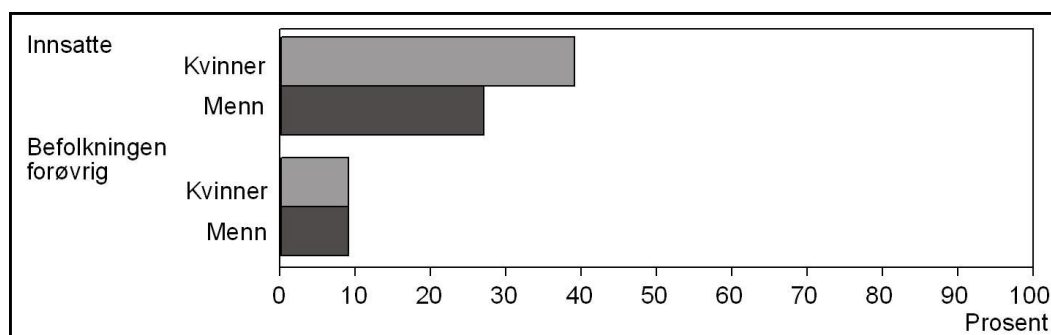
## 2.4 Forskning på feltet

Det er gjennomført variert forskning innenfor temaer som FA, velvære, psykisk helse, angst, depresjon, rehabilitering, selvskadning- og suicidal oppførsel blant fengselsinnsatte, rundt om i verden. Likevel er det få som har sett på sammenhengen mellom FA og velvære blant kvinnelige fengselsinnsatte. Mange forskningsartikler har domfelte menn som utvalg, der utvalget av kvinnelige domfelte er liten (Amundsen, 2012, s. 5; Cramer, 2014, s. 14; Friestad & Hansen, 2004, s. 16). Denne delen henviser til forskningsartikler med utvalg av både kvinnelige og mannlige innsatte, selv om forskningsprosjektet kun har kvinnelige innsatte som utvalg. Dette for å sammenlikne og illustrere situasjonen som kvinnelige fengselsinnsatte befinner seg i.

I en rapport ferdigstilt av WHO i 2014 om kvinners helse i fengsel, vises det til en høyere forekomst av psykiske lidelser og hyppigere psykiatrisk bistand hos kvinnelige- enn mannlige innsatte (Bergh et al., 2014, s. 159). Det samme fenomenet kan ses i norske fengsler der det de siste årene har blitt en økning i antall kvinner med psykiske lidelser (Amundsen, 2012, s. 8; Cramer, 2014, s. 5; Sivilombudsmannen, 2016a, s. 28). I rapporten til Friestad og Hansen (2004) fremkommer resultater som støtter opp om dette. Hvis en ser på resultatene fra Figur 3 (Friestad & Hansen, 2004, s. 49) for den øvrige befolkningen uavhengig av kjønn, har ca. en av ti personer psykiske lidelser. I forhold til mannlige innsatte er andelen tre ganger så høy, og for kvinnelige innsatte fire ganger så høy (Friestad & Hansen, 2004, s. 49).

**Figur 3**

*Andelen personer i befolkningen og domfelte med psykiske lidelser.*



*Notat:* Hentet fra «Levekår blant innsatte» av C. Friestad og I. L. S. Hansen, 2004, s. 49

(<https://o.nsd.no/data/individ/publikasjoner/NSD1478FAFO.pdf>). Copyright gitt med tillatelse av Fafo.

Dette vises også i en norsk undersøkelse gjennomført av Amundsen (2012). Førti-syv prosent av mennene og 44% av kvinnene svarer bekreftende på spørsmålet om å ha opplevd alvorlig depresjon under soning. Førti-fire prosent av mannlige innsatte og 58% av kvinnelige innsatte svarer bekreftende at de har slitt med angst under soning. Disse tallene viser til betydelige forskjeller og tilsier at ca. fire av ti mannlige innsatte og seks av ti kvinnelige innsatte har slitt med angst under soning (Amundsen, 2012, s. 8). Resultatene fra en prosjektrapport gjennomført av Cramer (2014) i perioden 2011-2013 i norske fengsler, viser også til liknende resultater. I utvalget på 857 domfelte, hadde 42% av dem hatt en form for angstlidelse (Cramer, 2014, s. 5).

Stephenson et al. (2021) fremviser i sin litteraturstudie resultater som viser til en sammenheng mellom tid brukt utenfor cella og tid i målrettet aktivitet, med tanke på innsattes psykiske helse og selvmordsrisiko. Innsatte som brukte mer tid inne på cellen og ikke var i aktivitet eller arbeid/sysselsetting hadde dårligere psykisk helse og økt risiko for selvmord (Farestad, 2021, eget arbeid; Stephenson et al., 2021, s. 54). Ifølge Amundsen (2012) bekreftet 36% av mennene og 22% av kvinnene at de hadde tenkt på å ta sitt eget liv, der 9% av mennene og 7% av kvinnene bekreftet at de hadde forsøkt å ta sitt eget liv under soning (Amundsen, 2012, s. 8). I rapporten til Cramer (2014) fikk 12% bekreftet risikofaktorer for selvmord. Undersøkelsen viste tegn til at innsatte med psykiske lidelser vanligvis hadde flere psykiske lidelser på samme tid (Cramer, 2014, s. 5). Ut ifra forskning på feltet kan et overblikk over studiene antyde at en stor andel innsatte sliter med psykiske lidelser (Teigland, 2021, s. 45), som blant annet angst og depresjon, som igjen kan føre til selvmordstanker og i verste fall selvmordsforsøk (Amundsen, 2012, s. 8; Cramer, 2014, s. 5). Da er det viktig å bruke de midlene som er tilgjengelige og som er vitenskapelig bevist, for å redusere risikoen for enkelte psykiske lidelser som angst og depresjon, nemlig FA (Helsedirektoratet, 2022a).

Det er godt dokumentert at FA har en lindrende effekt i forhold til behandlingen av ulike sykdommer og mentale- og emosjonelle plager (Bahr, 2019, s. 3; Martinsen, 2018a, s. 245). Buckaloo et al. (2009) viser til en sammenheng der mindre stress, depresjon og angst forekommer ved økt FA hos innsatte (Buckaloo et al., 2009, s. 337). I to italienske tverrsnittstudier gjennomført av Mannocci et al., (2015; 2017) fremkommer det at FA, spesielt høy FA er med på å påvirke fysiske- og mentale faktorer i livskvaliteten til innsatte (Mannocci et al., 2015, s. 175; Mannocci et al., 2017, s. 575). Tilnærmet like sammenheng

vises også i studien til Battaglia et al. (2014). Etter en ni måneders testperiode med FA viser studien til en positiv effekt i velvære hos mannlige innsatte (Battaglia et al., 2014, s. 350).

Buckaloo et al. (2009) antyder at aktivitet er nyttig uansett hvilken type FA som gjennomføres (Buckaloo et al., 2009, s. 337; Helsedirektoratet, 2022a; Martinsen, 2007, s. 133). Ytterligere fremheves det direkte sammenheng til bedre fysisk- og mental helse og velvære ved utførelse av FA i hverdagen (Battaglia et al., 2014, s. 350; Buckaloo et al., 2009, s. 337; Windle et al., 2010, s. 54). Dog må det være en anledning og/eller mulighet til å starte fysisk aktivitetstilbud som gir kvinner i fengsel et positivt miljø å utfolde seg på. I den hensikt at mestringsfølelsen, trivselen og søvnkvaliteten bedres og sannsynlighet for diabetes, hjerte- og karsykdommer, stress, depresjon, angst og selvmordsrisikoen minsker. Buckaloo et al. (2009) fant ingen reell effekt på treningstype og antall treningsøkter per uke som innsatte valgte å gjennomføre (Buckaloo et al., 2009, s. 337). Gruppene som gjennomgikk kardiovaskulær trening, høyintensitets styrketrening og kontrollgruppen fra pre-post analysene viste til signifikante forskjeller i depresjon. Derimot i kontrollgruppen var det en betydelig økning av innsatte med depresjon (Battaglia et al., 2014, s. 350). Det ble heller ikke funnet noen sammenheng mellom tid i målrettet aktivitet og bevist selvskading, og heller ingen bevis på at tid utenfor cella og tid i målrettet aktivitet har betydning på voldshandlinger i fengsel (Stephenson et al., 2021, s. 54)

Det er nødvendig å forta flere intervensjoner med fokus på kvinners psykiske helsevurderinger, ettersom det ifølge forskning er en økende forekomst av angst, depresjon og selvmordstanker blant innsatte (Amundsen, 2012, s. 7; Cramer, 2014, s. 5; Sivilombudsmannen, 2016a, s. 28). Det må legges til rette for aktivitetstilbud som retter seg mot flertallet av kvinnene. Det må altså være aktiviteter som ikke bare retter seg mot innsatte som allerede har et forhold til FA, men også til de som velger å sitte igjen inne på cellen. Gonzalez (2020b) påpeker verdien av deltakelse og integrering i sosiale fellesskap som et viktig moment for habilitering og rehabiliteringsprosesser (Gonzalez, 2020b, s. 242). For å få med alle innsatte kan gruppetrening og fellestreninger være eksempler på aktivitetsformer der innsatte kan sosialisere seg. Vige (2018) trekker dette frem som et viktig moment for motivasjons for videre aktivitet (Vige, 2018, s. 13)

Albert Bandura (1977) hevdet at når personer med psykiske vansker føler seg bortkommen og ikke klarer å se endringer for fremtiden, som for eksempel fengselssoning, arbeidsløshet,

sykdom, dødsfall eller andre belastende livsendringer, så kan mestringstroen være et viktig element for personens videre drivkraft. Han mener at mestringstroen kan få utspring fra FA, ettersom alle har potensiale for å mestre og forbedre seg i en aktivitet. Ved å øke mestringstroen mener Bandura at det gir økt mentalitet- og psyke, som igjen kan motivere og hjelpe personen gjennom hverdagens krav (Bandura, 1977). Å føle på motivasjon og interesse for en aktivitet, og det å være fysisk aktiv, er ifølge forskning et samspill mellom flere faktorer som må legges til rette for. Motivasjon og mestring ses på som en viktig faktor for å opprettholde og fortsette å arbeide for en atferdsendring. Hvordan prosessen for atferdsendring ser ut for hvert individ er forskjellig fra person til person, men burde ses på som en prosess som er lang og kompleks (Torstveit et al., 2018, s. 439). Likevel må prosessen starte ett sted. Både Kriminalomsorgen og FA kan benyttes som et hjelpemiddel, enten det er for- eller i rehabilitering av mennesket, så er det muligheter for at prosessen kan starte under fengselsoppholdet.

Læren om FA og eventuelt ernæring kan være et annet tilbud som fengsler kan benytte seg av. Det for å gi innsatte kunnskap om hva som skjer med kroppen ved utførelse av FA og hva de kan forvente av treningen og maten de spiser. I artikkelen til Vige (2018) rapportertes det at kvinnene ønsket økt kunnskap om trening (Vige, 2018, s. 13). Ønsket er ikke det samme som innvilget, og dermed ikke gitt at innsatte i ettertid av rapporten har fått tilbud om for eksempel et seminar om trening. Ved å øke kunnskapen om kroppens funksjoner og reaksjoner av FA, vil de gjennom erfaring klare å sette kunnskapen opp mot følelsene av hva og hvordan en normal kroppslig reaksjon vil føles ut som ved utførelse av FA. På den måten vet innsatte at følelser som for eksempel tunge bein, sliten kropp og sårhet etter en FA er helt normal. At FA kan gi muskelsmerter pga. stølheth, eller at FA med høy intensitet kan gi følelser assosiert med angstsymptomer, er kunnskap muligens mange innsatte ikke har kjennskap til. Gjennom for eksempel kurs om FA og trening kan hjelpe kvinnene mot en sunnere livsstil og bedre helse (Vige, 2018, s. 13).



## **Del 3.0 – Metode**

Metode kan ses som en tilnæringsmåte eller en prosess som tar sikte på å løse ulike problemer og belyse ny kunnskap (Dalland, 2020, s. 53). Denne delen av masteroppgaven belyser valg av metodisk tilnærming og forskningsdesign, utvalg og inklusjons og eksklusjonskriterier. Videre beskrives en detaljert plan over datainnsamlingsprosedyren for forskningsprosjektet. Etterfulgt av datainnsamlingsmetode knyttet opp mot pålitelighet, validitet og potensielle utfordringer ved datainnsamling i fengsel. Dog en beskrivelse av forskningsetiske overveielser, retningslinjer og statistisk analyse. Det er gjennomført evidensbaserte valg på bakgrunn av teori og forskning.

### **3.1 Metodisk tilnærming og forskningsdesign**

Forskningsstudiet er basert på en samfunnsvitenskapelig metodisk tilnærming. Det vil si at grunnverdien i designet bygger på systematisk forskning knyttet til ulike deler i samfunnet. «Valg av metode henger sammen med kunnskapsutvikling og teoretiske perspektiver. [...] Hvilke metoder som bør anvendes, avhenger av hva slags samfunnsforhold vi ønsker å få mer kunnskap om, og hva slags teorier vi ønsker å belyse» (Grønmo, 2016, s. 15). Informasjonen en får og tilegner seg fra en kilde eller deltaker er ikke nødvendigvis *data*, men informasjonen er fundamentet for data. Grønmo (2016) kommenterer: «*Data* er informasjon som er bearbeidet, systematisert og registrert i en bestemt form og med sikte på bestemte analyser» (Grønmo, 2016, s. 137). Dataen kan kategoriseres i to deler. Kvalitativ- og kvantitativ metode. Disse metodene har fotfeste i innsamlingen og analysen av data (Grønmo, 2016, s. 23). Dataen kan betegnes som kvalitative når den fremlegges i form av tekst. Essensen i kvalitative studier enten de er gjennomført som intervju, observasjon, kvalitativ innholdsanalyse eller ved fokusgrupper, er at forskeren skal prøve å få tilgang til aktuelle hendelser, erfaringer og handlinger hos deltakeren. Det vil si at forskeren må behandle deltakerne ut ifra deres egne utgangspunkt og kvalifikasjoner. Dette kan gi utfyllende svar på spørsmålene som stilles, men kan gjøre sammenlikningen blant deltakernes svar vanskeligere (Grønmo, 2004, s. 206).

Dataen kan betegnes som kvantitative når den fremlegges i tall eller andre mengdetermer (Grønmo, 2016, s. 23). Essensen i kvantitative studier enten de er gjennomført ved spørreskjema, observasjon eller kvantitativ innholdsanalyse er at dataen fra alle deltakerne er sammenliknbare med hverandre. Alle deltakerne skal gis tilsvarende stimuli, som skal påvirke deltakerne til å gi ekvivalente, altså likeverdige svar (Grønmo, 2016, s. 207). Forskingen

eller studien trenger ikke være basert på kun kvantitativ eller kvalitativ metode, men kan bestå av en kombinasjon av begge metodene (Grønmo, 2016, s. 23).

Forskning som tar for seg psykiske lidelser blant innsatte og som gjennomførtes i norske fengsler, har stort sett små utvalg og ulike begrensninger (Amundsen, 2012, s. 5; Friestad & Hansen, 2004, s. 15; Hellebust et al., 2021, s. 27). For å kunne få bredere innsikt og forståelse av forskningsspørsmålet, ble det gjennomført en datainnsamling ved hjelp av kvantitativ metode og spørreskjema. Når en gjennomføre undersøkelser i fengsler må en ta hensyn til ulike praktiske og sikkerhetsmessige forhold. Disse forholdene kan medbringe utfordringer ved gjennomførelsen (Teigland, 2021, s. 40). Ettersom innsatte ikke har tilgang til internett, ble skjemaene gitt direkte til dem i papirform via betjentene. Ved å gjennomføre et kvantitativt forskningsstudium, gav det forskeren muligheten til å inkludere flere deltakere, og datainnsamlingen kunne foregå over en lengre periode, og på den måten øke svarprosenten i studien.

### **3. 2 Utvalg og rekruttering**

Utvalget i forskningsprosjektet er kvinnelige fengselsinnsatte, over 18 år (Farestad, 2021, eget arbeid). Utvalget bestod av deltakere i et aldersspenn på 20-53 år. Av utvalget var det fire deltakere (25%) innenfor hver tiårs aldersgruppe. Høsten 2021 ble kvinnefengsler kontaktet via epost for å undersøke deres interesse i å delta i studien. Ett av fire kvinnefengsler ønsket å delta. Rekruttering av innsatte og deltakelse i prosjektet ble utført internt i Kriminalomsorgen, gjennom fengselsførstebetjent og fengselsbetjentene. Fengselet deltakerne ble rekruttert fra hadde en kapasitet på 30 innsatte, der det tilsammen ble sendt ut 30 spørreundersøkelser. Undersøkelsene ble sendt ut tre forskjellige ganger mellom november og februar månedene. Det er viktig å huske at selv om fengselet har en kapasitet på 30 innsatte, så betyr det ikke at det var 30 innsatte i fengselet i løpet av datainnhentingsperioden. I tillegg ble innsatte som svarte på undersøkelsene den første gangen utelukket de to neste gangene. Dette for å ikke få dobbelt opp med data. Etter avsluttet datainnsamling hadde n=16 kvinnelige innsatte besvarte spørreundersøkelsene. Seksten svar kan ses på som representativt i forhold til fengselets kapasitet.

Tabell 2 hentet fra Statistisk Sentralbyrå (u.å), viser at innsettelsen av kvinnelige fengselsinnsatte ved inngangen av hvert år, de siste 10 årene har ligget mellom 200 og 300

personer (Kriminalomsorgen, u.å. d). Nøkkeltall hentet fra Kriminalomsorgen per 05. januar. 2022 viste en kvinnelig fengselspopulasjon på 5,3%, tilsvarende 163 kvinner (Kriminalomsorgen, 2022). Kvinnelige innsatte utgjør normalt en prosentandel på rundt 6% og blir kategorisert som ekstra sårbare (Kriminalomsorgen, u.å. d). Ut ifra hvordan spørreundersøkelsen ble gjennomført og på bakgrunn av den lave utvalgsstørrelsen kan ikke funnene generaliseres til å omhandle alle kvinnelige fengselsinnsatte i Norge. Likevel kan utvalgsstørrelsen være representativt i forhold til andelen kvinnelige innsattelser årlig. For eksempel, hvis en sier at det er 200 innsattelser ved inngangen av hvert år, så utgjør utvalget i denne studien 8% av den totale populasjonen i Norge. I flere år har kvinners soningsforhold vært et tema, blant annet for Sivilombudsmannen, Likestillingsombudet og Juridisk rådgivning for kvinner (JURK), men få har forsket på denne gruppen. Studien kan benyttes som en preliminary study, altså en forundersøkelse som videre forskning kan bygge videre på.

**Tabell 2**

*Kvinnelige innsatte per 1. januar.*

<b>Innsatte per. 1 januar</b>									
Alle typer fengslinger	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Kvinner	255	202	212	221	249	280	278	231	232

*Notat:* Tilpasset fra «Fengslinger» av Statistisk sentralbyrå, u.å,

(<https://www.ssb.no/statbank/table/10530/>). Copyright i det offentlige domene.

### *3.2.1 Inklusjons og eksklusjonskriterier for deltakelse*

Ettersom problemstillingen tar sikte på kvinnelige fengselsinnsatte, så begrenses inklusjons- og eksklusjonskriteriene betraktelig i forhold til kjønn. Det på grunn av den lave andelen kvinner i fengsel (6%. Kriminalomsorgen, u.å. d). Det var disse 6% forskningsstudiet hadde fokus på, og var en av årsakene til at det ikke ble gjennomført pilottesting i forkant av prosjektundersøkelsen. For å delta i prosjektet måtte kvinnene være over 18 år. Personer og ungdomsetater der innsatte var under 18 år ble ekskludert, ettersom de ikke er myndige. Det kunne ført til andre godkjenningskrav som kunne gjort det vanskeligere å gjennomføre forskningsprosjektet i fengselet.

Tabell 3, viser til ulike inklusjons- og eksklusjonskriterier som ble tatt i betraktning for gjennomføring av forskningsprosjektet i et fengsel. Skjemaet ser på utvelgelsen og gir en kritisk vurdering av deltakelse i det nåværende forskningsstudiet.

**Tabell 3**

*Inklusjons- og eksklusjonskriterier for deltakelse.*

	<b>Kriterier for deltakelse</b>	<b>Begrunnelser</b>
<b>Inklusjonskriterier</b>	Kvinnelig innsatt.	Kvinnelige innsatte er målgruppen i forskningsspørsmålet. Lite forskning på feltet.
	Vokse ( $\geq 18$ år).	Personer over 18 år. Mer bevist på sin egen kropp og følelser. Færre krav mht. godkjenning fra NSD og Kriminalomsorgen.
	Høy- og/eller lavsikkerhetsfengsel.	Ingen betydning om de sitter på høy- eller lavsikkerhetsavdeling med tanke på prosjektets temaer.
	Fysisk aktiv/inaktiv.	Hvilket grunnlag personen har mht. FA er ikke av betydning.
	Høy- og/eller lav psykisk helse/velvære.	Ingen betydning mht. psykisk helsetilstand. Alle kan delta i forskningsprosjektet.
	Fengsler i Norge.	Deltakerne må være innsatt i et norsk fengsel.
<b>Eksklusjonskriterier</b>	Mannlige innsatt.	Utelukkes ettersom det finnes en god del forskning på området og ikke var relevant for problemstillingen.
	Ungdom ( $\leq 18$ år).	Kunne ført til omfattende etiske utfordringer for et masterprosjekt.
	Fengsler utenfor Norge.	Ikke nok kapasitet til å gjennomføre slik forskning.

*Notat:* Tabellen viser inklusjons- og eksklusjonskriterier som forskeren har anvendt i arbeidet om å belyse forskningsspørsmålet.

### **3.3 Datainnsamlingsprosedyre**

Innsatte fikk utlevert en konvolutt som inneholdt informasjonsskriv, samtykkeerklæring og to ulike spørreskjemaer fra en fengselsbetjent. Samtykkeerklæringen ble sendt samtidig med informasjonsskrivet og spørreskjemaene, ettersom det var det beste alternativet for fengselet og for forskeren. Variablene som ble tatt med i spørreskjemaene var alder, tid i aktivitet, aktivitetsnivå, god/dårlig helse og velvære. Målet med undersøkelsen var ikke å samle inn sensitive personopplysninger eller helseopplysninger, men kartlegge holdninger relatert til FA og velvære. Utfylte spørreskjemaer og samtykkeerklæring ble lagt tilbake i konvolutten og levert til en betjent. Betjentene leverte konvoluttene videre til fengselsførstebetjent, som tok kontakt og overleverte konvoluttene til forskeren.

Innsamlingen av data foregikk over en periode på fire måneder. Forskeren ble kontaktet tre ganger i løpet av perioden for utlevering av konvolutter. En gang i november 2021, en i januar 2022 og en i februar 2022. Konvoluttene fra deltakerne ble oppbevart i et låst skap på universitetet i Stavanger etter at prosjektet var ferdig og når de ikke ble brukt av forskeren. Etter prosjektslutt makuleres papirene og svarene slettes.

### **3.4 Instrument/ datainnsamlingsmetode**

Spørreskjema ble brukt som datagenereringsmetode. Det gjorde at forskeren kunne innhente informasjonen hun var ute etter ved hjelp av spørreskjemaene, som besto av fastsatte spørsmål og hovedsakelig faste svaralternativer (Grønmo, 2016, s. 141). Spørreskjema som metode blir ofte brukt til å registrere FA, med et mål om å rette søkelyset mot, og avklare sammenhenger mellom FA og helse. Denne formen for målemetode brukes som et redskap for forskere for å fordele personer etter grad av aktivitet, kontrollere aktivitetsnivået i et gitt utvalg eller avsløre årsaker til sykdom. Spørreskjemaer kommer i utallige varianter med ulike forskningsspørsmål og utvalg. Et spørreskjema er lett å distribuere, kostnadseffektive og kan ta for seg store utvalg, ettersom mange i dag sender skjemaene ut via nettet (Steene-Johannessen et al., 2018, s. 67-68). I forskningsstudiet fikk deltakerne utdelt to ulike måleinstrumenter med fokus på deres fysiske- og psykiske helse, i form av validerte selvrapporteringskjemaer.

#### *3.4.1 International Physical Activity Questionnaire – IPAQ*

Det ble gjennomgått flere søk etter et spørreskjema i FA som passet utvalget og deres livssituasjon. Validerte spørreskjemaer som ble tatt i betraktning i forskningsprosjektet var

*General Practice Physical Activity Questionnaire* (GPAQ. Bull et al., 2009) og *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ. Craig et al., 2003; Farestad, 2021, eget arbeid). Ett av argumentene for ekskludering av GPAQ, var at skjemaet ikke hadde en validert oversettelse på norsk. Det kunne ført til ekskludering av utvalget ettersom norsk er morsmålet og skriftspråket til flertallet av kvinnelige innsatte. Spesifikke tall mangler, men ut ifra rapporten til Cramer (2014) med et utvalg på 102 kvinnelige fengselsinnsatte viser hun til en andel på 57 kvinner med norsk statsborgerskap. Tretten kvinner hadde europeisk statsborgerskap, seks afrikansk, to amerikansk og en kvinne hadde ikke oppgitt statsborgerskap (Cramer, 2014, s. 17). Tallene kan antyde at størsteparten av den kvinnelige fengselspopulasjonen i Norge består av nordmenn. Et engelskspråklig validert spørreskjema hadde likevel vært gunstig for eventuelle kvinner som ikke kunne norsk, da deres svar også har verdi. GPAQ inneholdt også spørsmål og beskrivelser som ikke passet utvalgets livssituasjon. Dette hadde ført til store endringer av skjemaet.

På bakgrunn av argumentene av GPAQ, ble IPAQ brukt i forskningsstudiet. Craig et al. (2003) utviklet en lang og kort versjon av IPAQ, som senere har blitt oversatt til norsk av Helsedirektoratet (Diakonhjemmet Sykehus, 2021), og testet for validitet og reliabilitet (Kurtze et al., 2008). I forskningsprosjektet var det kortversjonen som ble brukt for å samle inn data om innsattes tid i FA. Skjemaet undersøker helsefremmende elementer ved FA og tar for seg antall dager og timer deltakerne anvendte i lav-, moderat- og høy intensitet, og sedat tid. Lav FA ble i forskningsstudiet betraktet som gåing, vasking og forflyttelse fra et sted til et annet. Å bære lette ting, sykle eller jogge i et moderat tempo var eksempler på middels FA. Høy FA ble beskrevet som tunge løft, gravearbeid, aerobics eller rask sykling. Sedat tid ble betegnet som tid i ro, altså sittende, enten på jobb, rommet, avdelingen, på kurs eller på fritiden (Vedlegg B).

IPAQ tok ikke for seg kun ett domene ved FA, men flere ulike domener. For eksempel FA gjennomført på fritiden, hjemme eller ved hagearbeid, arbeidsrelatert- og transportrelatert FA. Skåringen av skjemaet ble arrangert for å gi separate skårer på variablene lav,- moderat og høyt fysisk aktivitetsnivå (FA-nivå) på det foreslåtte utvalget. For å beregne den totale poengsummen i forhold til utvalgets FA-nivå ble det foretatt en summering av varighet (minutter) og frekvens (dager. IPAQ, 2005, s. 2). Gjennom IPAQ skåren ble deltakernes energiforbruk innenfor hvert domene beregnet, uttrykt som metabolsk ekvivalens (MET).

MET-verdien og skåren av total tid brukt i FA ved MET-minutter/uke ble beregnet på følgende måte:

Total physical activity MET-minutes/week = sum of Walking + Moderate + Vigorous MET-minutes/week scores

Walking MET-minutes/week = 3.3 \* walking minutes \* walking days

Moderate MET-minutes/week = 4.0 \* moderate-intensity activity minutes \* moderate days

Vigorous MET-minutes/week = 8.0 \* vigorous-intensity activity minutes \* vigorous-intensity days. (IPAQ, 2005, s. 5)

Lavt FA-nivå ble betegnet som ingen FA rapportert eller noe FA rapportert, men ikke nok til å møte kriteriene til moderat- eller høyt FA-nivå. All aktivitet som foregikk i mindre enn 10 minutter ble omgjort til null minutter (IPAQ, 2005, s. 10). Moderat FA-nivå ble betegnet som tre eller flere dager med energisk aktivitet i minimum 20 minutter per dag. Fem eller flere dager med moderat intensitetsaktiviteter og/eller gåing i minst 30 minutter per dag. Fem dager eller mer uansett kombinasjon, enten gjennom gåing, moderat-intensitetsaktiviteter eller energiske aktiviteter som medfører et minimum på 600 MET-minutter/uke. Ved høyt FA-nivå måtte deltakerne ha gjennomført aktiviteter med høy intensitet minimum tre ganger i uken som medfører et minimum på 1500 MET-minutter/uke. Eller syv dager eller flere gjennom en kombinasjon av gåing, moderat- eller høy aktivitetsintensitet som gir minst 3000 MET-minutter/uke. Utregningen av svarene fra IPAQ ble gjennomført i Excel (Vedlegg J), før de ble plottet inn i SPSS for videre dataanalyser (IPAQ, 2005, s. 13).

For at deltakerne skulle relatere seg til innholdet i IPAQ-skjemaet, ble det foretatt endringer av enkelte ord for å spesifisere konteksten. Selv om enkeltord ble endret eller fjernet, forble meningen og essensen av hvert spørsmålene lik originalspørsmålet. Et av originalspørsmålene var som følger: «... Dette inkluderer gange på jobb og hjemme, gange til buss, eller gange som du gjør på tur eller som trening i fritiden» (Vedlegg B). Ettersom spørsmålet tar opp hverdagen utenfor fengselet ble det foretatt en beslutning av forskeren om å endre enkelte ord i noen av spørsmålene: «... Dette inkluderer gange på jobb og avdeling, eller gange som du gjør på tur eller som trening i fritiden». Ordet «husarbeid» ble endret til «rengjøring», «hjemmet» endret til «avdeling» eller «rommet». Ordet «mosjonstennis» og «gange til buss»

ble fjernet. Punktene «alder» og «ID nummer» ble lagt til i margin på skjemaene (se Vedlegg B. Farestad, 2021, eget arbeid).

### *3.4.2 Hopkins Symptom Checklist – HSCL-25*

Det ble gjennomført et gjennomgående søk etter et spørreskjema som omhandlet psykisk helse og velvære. Validerte spørreskjemaer som ble tatt i betraktning var The Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale (WEMWBS. WARWICK, 2020) og Hopkins Symptom Checklist (Farestad, 2021, eget arbeid; Vindbjerg et al., 2021). WEMWBS ble ikke foretrukket som spørreskjema ettersom skjemaet ikke var oversatt og validert på norsk. Det kommer også frem at skjemaet ikke burde brukes på små grupper, men til grupper på over 100 personer (Taggart et al., 2015, s. 46). Dette var forutsetninger som ikke ville la seg oppnå, med tanke på utvalget og deres livssituasjon. Faktorene utelukket derfor WEMWEB-spørreskjemaet.

På bakgrunn av disse faktorene ble HSCL anvendt i forskningsprosjektet. Det finnes ulike versjoner av HCSL på 5, 8, 10, 25, 90 og 500 ledd. I dette forskningsprosjektet ble den norske versjonen av HSCL-25 tatt i bruk. Skjemaet virket umiddelbart lett å forstå, lese og distribuere ut til utvalget. Spørreskjemaet er et selvutfyllingsskjema med 25 spørsmål som omhandler generelle psykiske helseplager. Det består av to subskalaer: angst og depresjon som skåres med en verdi fra 1 (ikke plaget i det hele tatt) til 4 (svært mye plaget). De første 10 spørsmålene ser på symptomer på angst, der de 15 siste ser på symptomer på depresjon. Avslutningsvis summeres poengsummen som gir en gjennomsnittsskår fra 1 til 4. Alvorlige psykiske lidelser betraktes å være tilstede ved en gjennomsnittsskår på over 1,75 (Derogatis et al., 1974; Farestad, 2021, eget arbeid; Folkehelseinstituttet, 2015). HSCL-25 besto av spørsmål som: «føler du deg engstelig», «har lett for å gråte» eller «føler ikke interesse for noe» (Vedlegg A. Farestad, 2021, eget arbeid; Parloff et al., 1954). Ingen endringer ble påtatt i skjemaet, men det ble lagt til to punkt i margin kalt: ID nummer og alder. Dette for å få flere variabler til å gjennomføre analyser.

### *3.4.3 Validitet og reliabilitet av spørreskjemaene*

Reliabilitet og validitet er viktige elementer i en test. Dette for å vite nytteverdien av den. Testens reliabilitet indikerer om arbeide og resultatene er pålitelige, altså til å stole på. Det vil si at testen skal oppnå tilnærmet lik data, mer enn en gang, uavhengig av undersøkelse



(Bunkholdt, 2002, s. 35). Høy pålitelighet vil si at fenomenene rundt undersøkelsenes spørsmål og svaralternativ er tilnærmet like. Validitet ser på datamaterialets gyldighet og sier noe om testens formål. Den tester det som er planlagt å måle i studien (Bunkholdt, 2002, s. 35; Grønmo, 2016, s. 447). Høy gyldighet betyr at undersøkelsesopplegget og datainnsamlingen frembringer data som er essensiell for forskerens problemstilling (Grønmo, 2016, s. 447).

HSCL-25 var validert og tidligere tatt i bruk i flere norske undersøkelser som Helse- og levekårsundersøkelsen i Norge. I tillegg har Folkehelseinstituttet anvendt kortversjoner av HSCL-25 i forskningsprosjekter som Tvillingundersøkelsen, Mor- og barn undersøkelsen og Hørselsundersøkelsen (Folkehelseinstituttet, 2015). For å undersøke påliteligheten i svarene fra spørreskjemaet ble det foretatt en pålitelighetstest av cronbach's alpha. En Cronbach's alpha verdi høyere en 0,70 viser til god pålitelighet (Pallant, 2020, s. 6). Ved gjennomført gyldighetstest av variabelen «velvære», ble det funnet en cronbach's alpha på 0,82. Innenfor subskalaene «angst» og «depresjon» lå cronbach's alpha verdien på 0,80 og 0,87 (Tabell 4). Ser en på alpha verdiene i sammenheng med Vindbjerg (2021) resultater, ble det funnet en cronbach's alpha på 0,76 for angst og 0,85 for depresjon. Ut ifra verdiene fra Vindbjerg (2021) og fra det nåværende forskningsstudiet vises det til en tilstrekkelig pålitelighet for begge subskalaene og for velvære.

#### **Tabell 4**

*Oversikt over Cronbach alpha.*

<b>Variabler</b>	<b>N av spørsmål</b>	<b>Cronbachs Alpha (<math>\alpha</math>)</b>
HSCL-25 - Velvære	26	$\alpha = 0,82$
HSCL-25 - Angst	10	$\alpha = 0,80$
HSCL-25 - Depresjon	15	$\alpha = 0,87$

*Notat:* HSCL-25 = Hopkins symptom checklist.

IPAQ ble testet for gyldighet og pålitelighet i en norsk undersøkelse gjennomført av Kurtze et al. (2008) og har ifølge dem blitt validert i 12 ulike land. Resultatene indikerte at kortversjonen av IPAQ undersøkelsen av menn hadde en resonnabel pålitelighet og kriterievaliditet i høy FA og sedat tid. Resultatene for gange viste til moderat pålitelighet. I

spørsmålene som omhandlet moderat FA ble det funnet en lavere korrelasjonskoeffisient (0.16 -0.51 og 0.09-0.49. Kurtze et al., 2008, s. 1). I en annen undersøkelse gjennomført av Brown et al. (2004) viste også resultater til en lavere korrelasjonskoeffisient der spørsmål om moderat FA (0.16 til 0.44) ble stilt. Både Kurtze et al. (2008) og Brown et al. (2004) viste til en lav korrelasjonskoeffisient på spørsmålet om moderat FA, enn på spørsmålet om høy FA og sedat tid.

Hvordan spørsmålene i HSCL-25 og IPAQ skulle besvares var godt beskrevet øverst- og gjennom begge skjemaene (se Vedlegg A og B). Likevel kan oppfatningen av et spørsmål begrep eller svaralternativ føre til svakere målepresisjon (Steene-Johannessen et al., 2018, s. 68). Forstår ikke deltakerne spørsmålene eller hvordan de skal navigere seg gjennom skjemaene, kan det medføre upålitelig og ugyldig data. Dersom en stor andel av deltakerne svarte blankt, skrev et svar som virke urealistisk i forhold til de andre deltakernes svar, eller krysset av på svaralternativet «vet ikke/husker ikke» eller «ingen». Det kunne det ført til feilkilder eller vært en årsak til lite data, slik at det hadde vært vanskelig å gjennomføre dataanalyser i SPSS.

Andre potensielle utfordringer som ble tatt i betraktning i forhold til pålitelighet ved datainnsamlingen var at spørreskjemaene var basert på selvrapportering, der innsatte selv vurderte sin egen helse ut ifra kriteriene som sto skrevet på skjemaene (se Vedlegg A og B). Å kartlegge og måle FA er krevende, ettersom det er en kompleks og sammensatt atferd som tar for seg mange ulike momenter av mennesket (Helsedirektoratet, 2016; Nystad, 2022). Det kan medføre overrapportering. For noen kan det oppfattes omfattende og vanskelig, ettersom en må tenke tilbake i tid på egen atferd og aktivitet. Det kan gi utroverdige svar, ettersom FA for mange er en ønsket atferd (Steene-Johannessen et al., 2018, s. 68).

#### *3.4.4 Potensielle utfordringer ved datainnsamling i fengsel*

Utfordringene ved datainnsamlingen i det aktuelle fengselet som deltok i forskningsstudiet, var utvalgsstørrelsen. I et fengsel er det innsatte som sitter på korte- og på lange dommer. Enkelte innsatte blir også overført til og fra andre fengsler. Det medfører regelmessig utskiftning av fengselspopulasjonene og kan være en medvirkende faktor for det lave utvalget i det nåværende forskningsprosjektet.

Spørreskjemaene deltakerne fikk utdelt var skrevet på norsk bokmål. Det utelukket enkelte grupper mennesker som ikke hadde norsk som morsmål eller skriftspråk. Spørreskjemaer utarbeidet på norsk og engelsk kunne vært en kilde til høyere svarprosent blant deltakerne. Det gjelder også personer med lese- og/eller skrivevansker. Det ble ikke laget noen retningslinjer av forskeren, hvis personer med skrive- og lesevansker eller med andre morsmål ønsket å delta i prosjektet, så ble det antatt at de enten tok kontakt eller fikk hjelp fra andre innsatte eller ansatte på jobb. Det medfører at innsatte klarer å åpne seg for en annen person, når spørreskjemaene består av personlige spørsmål. Hjelp fra ansatte var et alternativ, men krever at betjenten har tid og mulighet for å hjelpe. Dette kan være mulige årsaker til fravær av deltakelse og en lav utvalgsstørrelse i det nåværende forskningsprosjektet. Hvordan rekruttering av deltakere foregikk innad i fengselet blant fengselsbetjenter, hadde ikke forskeren tilgang til, men hadde før datainnsamlingen kommet med veiledning på hvordan det skulle gjennomføres. Om det ble opprettholdt vet ikke forskeren fullt og helt, selv om de ansatte ble informert av fengselsførstebetjent og fikk tilsendt informasjonsskriv om forskningsprosjektet.

Spørsmålene fra HSCL-25 utgjorde en potensiell utfordring, da de tok for seg deltakerens psykiske helsetilstand. Det ble foretatte en vurdering om alle originalspørsmålene skulle med i skjemaet, ettersom de muligens kunne føre til destruktive tankeprosesser. Et spørsmål som ble vurdert fjernet var spørsmål 20. «Har tanker om å ta ditt eget liv», da det tok for seg selvskading og selvmord. Det ble gjort en vurdering om oppfattelsen av spørsmålet kunne være en trigger for enkelte deltakere, ettersom spørsmålet er svært personlig. Hvis spørsmålet kunne trigge til økt angst og depressive tankeprosesser var det viktig å få en avklaring på det. Etter en vurdering og tilbakemelding fra fengselsførstebetjent valgte forskeren å beholde alle opprinnelige spørsmål i HSCL-25. Spørreskjemaene ble utarbeidet for at alle, uansett psykiske og fysiske helse. Prosjektets tema, spesielt FA kunne også være en årsak til lav deltakelse. Noen innsatte hadde kanskje ikke interesse for FA, der andre hadde et turbulent forhold til det. Det kunne innebære at enkelte innsatte takket nei til å delta i forskningsprosjektet.

### **3.5 Etske vurderinger og retningslinjer**

For å sikre at prosjektet var i henhold til etiske retningslinjer, ble masterprosjektet sendt inn til Norsk senter for forskningsdata (NSD), meldingsnummer 696702 og godkjent 01.11.2021 (se

Vedlegg H). Godkjenningen fra NSD ble gitt, ved direkte godkjenning fra den regionale Kriminalomsorgen. Det for å kunne gjennomføre datainnsamlingen i en av deres etater. Forskningsprosjektet ble vurdert i sin helhet og godkjent for gjennomføring av Kriminalomsorgen (se Vedlegg E). I tillegg ble prosjektet godkjent av fengselsførstebetjent i det aktuelle fengselet som deltok i forskningsprosjektet. Den Regionale Etske Komite (REK-Vest) ble kontaktet for en evaluering av forskningsprosjektet (Vedlegg I). Formålet med prosjektet falt utenfor REKs mandat, siden deltakelse i forskningsprosjektet var reelt anonymt.

### *3.5.1 Forskningsetiske overveielser og risikovurdering*

Målgruppen i forskningsprosjektet er rettet mot fengselsinnsatte. Innsatte er en sårbar gruppe i samfunnet og det er viktig å ta hensyn til de som blir berørt av forskningen. På bakgrunn av det var det svært viktig av forskeren å opprettholde personvern. For å verne om innsattes verdighet og integritet, ble det valgt å foreta to anonyme spørreundersøkelser. For å opprettholde anonymiteten til kvinnene fikk de utgitt en konvolutt som inneholdt informasjonsskriv, samtykkeerklæring og to spørreskjemaer. Malen for informasjonsskrivet ble hentete fra NSDs nettsider, for så endret og tilpasset målgruppen. Informasjonsskrivet ble utarbeidet for å belyse innholdet i prosjektet og gi informasjon om deltakernes rettigheter for deltakelse. Det var kun betjenten(e) som hadde kontakt med innsatte som ønsket å delta i forskningsprosjektet, ikke forskeren. Meningen med undersøkelsene var ikke å samle inn sensitive personopplysninger eller helseopplysninger, men å kartlegge holdninger og følelser relatert til FA og velvære.

Fengselet som deltok i forskningsprosjektet gav samtykke til at betjentene gav ut konvoluttene til innsatte som ønsket å delta i prosjektet. Konvoluttene ble forseglet av innsatt eller forseglet av fengselsførstebetjent. Forskeren hadde ikke kjennskap til hvem deltakerne var, ettersom spørreskjemaene var reelt anonyme. Det var ikke oppgitt navn på skjemaene, men ID nummer. ID nummeret ble laget for å gi deltakerne mulighet til å trekke seg fra forskningsprosjektet. Demografiske opplysninger om hvilket fengsel som deltok i forskningsprosjektet blir ikke nevnt, for å sikre anonymiteten til deltakerne.

Det ble foretatt en risikoanalyse i henhold til vurdering i forskning med mennesker (Vedlegg F). Risikoanalysen ble vurdert og godkjent av prosjektansvarligveileder. Noen av risikovurderingene som ble evaluert var mulig brudd på anonymitet ved innsamling av data,

risiko for opplevd emosjonelt ubehag blant deltakerne, og mulige utfordringer med utgivelse av skjemaer til deltakerne.

### 3.5.2 ID nummer

Deltakerne ble tildelt et informasjonsskriv og en samtykkeerklæring om deltakelse i forskningsprosjektet. For å verne om og anonymisere deltakerne, ble de bedt om å lage sitt eget personlige ID nummer. ID nummeret måtte bestå av initialene på fornavn og etternavn, samt dagen du ble født. For eksempel: Kari Normann, født 28. sep. ID nummeret blir KN28. ID nummeret ble deretter undertegnet på samtykkeerklæringen og spørreskjemaene. En tydelig beskrivelse av hvordan deltakeren lager ID nummer ble beskrevet i både informasjonsskrivet og samtykkeerklæringen (Farestad, 2021, eget arbeid).

For å bevare din anonymitet, vennligst lag ditt eget ID nummer med følgende format: Initialer på fornavn og etternavn etterfulgt av den datoen du er født. Hvis du ønsker å trekke din deltakelse på et tidspunkt i løpet av studien, vennligst oppgi ID nummeret. Når du signerer samtykke, vennligst bruk ditt ID nummer (Vedlegg C).

Hvis en deltaker i løpet av studien ønsket å trekke seg, ble dataen hentet opp og fjernet ved hjelp av ID nummeret. Initialene og fødselsdatoen var ikke en opplysning som identifiserte grunnlag for bakveisidentifisering. ID nummeret ble kun brukt i selve datainnsamlingsprosessen og endret når dataen ble lagt inn og analysert i SPSS. Deltakerne fikk heretter et nytt deltakernummer som for eksempel ID1, ID2 og ID3. På denne måten ble deltakerne og dataen absolutt anonym, og det fantes ingen muligheter for bakveisidentifisering (Farestad, 2021, eget arbeid).

ID nummeret og alder ble uthevet med gul tusj øverst i margin på hvert spørreskjema, slik at alle deltakerne skrev under. På punktet om alder var det kun alder som skulle nedskrives og ikke hele fødselsdatoen. Deltakernes alder var en viktig demografisk variabel for å muligens begrense utvalget i analysen. Ved bruk av alder ville det ikke være mulig å bakveis identifisere deltakerne på bakgrunn av alder, ettersom dataen anonymiseres. Ved hjelp av ID numrene og tallet på konvolutten gav det deltakerne muligheten til å trekke seg fra undersøkelsen i etterkant av datainnsamlingen.

### 3.5.3 *Fritt og informert samtykke/ informasjon til deltakerne*

Alle i utvalget som deltok i prosjektet fikk utlevert et informasjonsskriv som gav en beskrivelse- og informasjon om hva prosjektet omhandlet. Informasjonsskrivet skulle leses gjennom av alle deltakere før de eventuelt valgte å skrive under på samtykkeerklæringen og svare på spørreskjemaene. Deltagelse i prosjektet var frivillig. Derfor var det viktig å presisere at det også var muligheter for å trekke samtykke tilbake hvis det var ønskelig. Samtykke kunne gjennom hele forskningsprosjektet trekkes tilbake uten at deltakeren behøvde å oppgi noen spesifikk grunn. Samtykket kunne trekkes ved at deltakeren oppgav ID nummeret sitt. Deltakerne måtte ved å delta i prosjektet anonymiserer seg selv ved ID nummer som de selv lagde. Det gjorde de ved å oppgi initialene sine og dagen personer ble født. Ved å oppgi ID nummeret ville alle personopplysninger blitt slettet. Det ville ikke gitt noen negative konsekvenser for deltakeren hvis hun ikke ønsket å delta, eller senere velger å trekke seg fra forskningsprosjektet (Farestad, 2021, eget arbeid).

Opplysningene ble anonymisert fortløpende ved innhenting av data fra deltakerne. Det foregikk gjennom hele datainnsamlings- og prosjektperioden. Dataen ble ført inn i SPSS etter at datainnsamlingen var gjennomført. For å holde fullstendig oversikt over dataen fikk hver konvolutt tildelt et tall fra 1-16. Tallene ble deretter registret i SPSS, sammen med data fra spørreundersøkelsene. Alle opplysningene ble behandlet konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Dataen ble basert på deltakerens samtykkeerklæring (Vedlegg D).

## **3.6 Dataanalyse**

Data ble analysert ved bruk av statistikkprogrammet IBM SPSS Statistics, versjon 26. På grunn av lav utvalgsstørrelse ble det hovedsakelig benyttet deskriptive analyser (f.eks. frekvenser, mål på sentral tendens), men det ble også utført normalitetstest og en korrelasjonsmatrise for å undersøke mulige sammenhenger mellom variablene i datasettet. På grunn av lav statistisk power, bør det utvises forsiktighet ved tolkning av korrelasjonsresultatene.

I tabellene for deskriptiv statistikk ble det brukt ulike deskriptive alternativer for å beskrive dataen fra spørreskjemaene. Antall deltakere (N), minimum og maksimum verdi, median, variasjonsbredde (range), gjennomsnitt (mean) og standardavvik (SD) ble lagt inn. Medianen vil si det midterste tallet i en tallrekke i en stigende rekkefølge og representerer enkeltskåren

som best representerer flertallet av de andre verdiene (Vincent & Weir, 2012, s. 53).

Variasjonsbredden (range) viser til differansen mellom den laveste og den høyeste verdien, og er den raskeste måten å sjekke variasjon av data (Vincent & Weir, 2012, s. 60-61).

Standardavviket forteller om verdiens spredning i et parametrisk datasett som er standardisert til skalaen til målenheten for dataene som er lagt til (Vincent & Weir, 2012, s. 367). Ved å bruke de ulike deskriptive alternativene kan forskeren bestemme og sile ut den informasjonen som beskriver dataen på best mulig måte.

Korrelasjon blir brukt til å beregne graden av forhold eller assosiasjonen mellom to variabler. Når en korrelasjon beregnes vises det som oftest til en numerisk koeffisient, som indikerer hvilke to variabler som assosieres eller relateres til hverandre (Vincent & Weir, 2012, s. 206). Når en korrelasjon gjennomføres er det vanlig å skille mellom en Pearson koeffisient og en Spearman' rho koeffisient. Spearmans korrelasjonskoeffisienten er annerledes, ettersom det er en ikke-parametrisk ekvivalent av en Pearson korrelasjon (Vincent & Weir, 2012, s. 277). Dog dataen ikke er normalfordelt og på grunn av utvalgsstørrelsen, ble det benyttet en Spearman korrelasjon. Spearman var den mest passende på bakgrunn av datasettet. I forskningsstudiet ble Spearman' rho brukt for å gjennomføre ulike korrelasjoner på ordinalnivå. Desto nærmere Spearman' rho korrelasjonen ligger  $\pm 1$ , desto sterkere verdi. En negativ korrelasjonsverdi betyr at når en variabel øker, så reduseres den andre. Ved positiv korrelasjonsverdi så øker begge variablene. Valget av å foreta en Spearmans' rho korrelasjon ble gjort for å måle betydningen av relasjonene mellom de ulike variablene på ordinalnivå, ettersom de fleste variablene var rangert fra lav til høy (Vincent & Weir, 2012, s. 367). For eksempel variabelen «FA-nivå» som var rangert fra lav-, moderat- til høy FA. Signifikantnivået var satt på  $p = < 0,05$ .

Det ble bestemt å kategorisere innsatte i yngre og eldre. Innsatte i alderen under medianen 39 år ble kategorisert som yngre, og innsatte over 39 år ble kategorisert som eldre. Det for å skille unge og eldre fra hverandre videre i studien. Resterende data fra spørreundersøkelsene ble plottet inn i SPSS før videre analyser kunne foretas.

Etter gjennomført datainnsamling ble det funnet mulige misforståelser som sannsynligvis oppstod under besvarelsen av IPAQ. Det var misforståelser i forhold til spørsmålet 1A, der deltakerne ble spurt om hvor mange dager de siste syv dagene de hadde vært FA. To personer i utvalget hadde på spørsmål 1A krysset av på «vet ikke/ingen (gå til spørsmål 2)». Likevel

hadde de besvart spørsmålet 1B, der de ble spurt om hvor mange timer de hadde vært i FA de siste syv dagene, med for eksempel 45 min. Etersom de to deltakerne likevel svarte på spørsmål 1B, ble det antatt av forskeren at de misforstod spørsmålet eller ikke visste hvor mange dager de var i FA, og dermed ble det lagt til en dag på besvarelsen på spørsmål 1A.



## **Del 4.0 – Resultater**

Innledningsvis legges det frem en deskriptiv statistikkdel som tar for seg variablene alder, velvære, angst, depresjon, FA-nivå og tid brukt i ro. Deretter trekkes det frem to frekvens- og deskriptive tabeller relatert til variabler innenfor FA. Før det presenteres korrelasjonsresultater av ulike variabler knyttet til deltakernes opplevde velvære, angst og depresjon.

### **4.1 Deskriptiv statistikk**

Tabell 5 viser deskriptiv statistikk hentet fra de ulike variablene fra det totale utvalget (n=16).

Resultatene for alder viser en median på 39 år og en gjennomsnittsalder på 38 år.

Aldersspennet strekker seg mellom 20 til 53 år, der variasjonsbredden viser en differanse på 33 år. I forhold til utvalgets opplevde velvære fremkommer det et gjennomsnitt på 2,08 (SD=0,54). Medianen viser 2,1. Minimumsverdien for velvære og for depresjon ligger begge på 1,2 og maksimumsverdien på 3. Variasjonsbredden til de to variablene viser 1,8, men depresjon har en litt høyere median på 2,2 og et gjennomsnitt på 2,10 (SD=0,59). Variabelen angst viser en høyere minimumsverdi (1,3) og maksimumsverdi (3,2). Variasjonen mellom min og maksimum viser 1,9 og en median på 2.

Resultater fra variabelen «tid brukt i ro», viser et gjennomsnitt på 8,64 (SD=6,56) og en median på ni timer. Tar en for seg andelen i prosent betyr det at 31,4% bruker mellom 5-8 timer i ro. Fem deltakere (31,3%) rapporterer mellom 10 og 10,5 timer i ro, der tre deltakere (18,8%) svarte mellom 19-20 timer. Tre av deltakerne svarte vet ikke, tilsvarende null minutter. Variasjonsbredden tilsvarer 20 timer mellom den laveste verdien og den høyeste. Variasjonsbredden til FA-nivået viser en verdi på 2, mellom den laveste verdien (0) og den høyeste verdien (3). Medianen viser 1,5 og gjennomsnittsverdien 1,56 (SD=0,62).

**Tabell 5**

Deskriptiv tabell av ulike variabler tilhørende HSCL-25 og IPAQ.

Variabler	Totalt n = 16					
	N	Min	Maks	Variasjon	Median	Mean (SD)
Alder	16	20	53	33	39	38,0 (11,8)
Velvære	16	1,2	3,0	1,8	2,1	2,08 (0,54)
Depresjon	16	1,2	3,0	1,8	2,2	2,10 (0,59)
Angst	16	1,3	3,2	1,9	2,0	2,03 (0,56)
FA-nivå	16	0	3,0	2,0	1,5	1,56 (0,62)
Tid brukt i ro	16	0	20	20	9,0	8,64 (6,56)

Notat. HSCL-25 = Hopkins symptom checklist; IPAQ = International Physical Activity Questionnaire; FA = fysisk aktivitet; SD = Standardavvik.

#### 4.2 Fysisk aktivitetsvariabler

Tabell 6 viser til resultater fra deltakernes tid, fordelt på timer og minutter, brukt i lav, - moderat - og høy FA de siste syv dagene. Alle tre variablene har et spenn fra null minutter i FA, der maksimumsverdien er forskjellig. Den første variabelen «timer i lav FA» som tar for seg forflytning og hadde et spenn fra null minutter til fire timer gange. Gjennomsnittet lå på 0,6 (SD=1,3). Seks av 16 deltakere (37,5%) svarte at de brukte null minutter til å forflytte seg fra et sted til et annet. Fire deltakere (25%) svarte at de brukte mellom to til syv minutter, der resterende 37,6% gav et svar som strakk seg fra 30 min til fire timer i forflytning.

Variabelen «timer i moderat FA» (Tabell 6) har en maksverdi på seks timer og en gjennomsnittsverdi på 1,2 (SD=1,7). Fem av 16 deltakere (31,3%) var null minutter i moderat FA. Fem deltakere (31,4 %) var i aktivitet mellom 20 og 60 minutter, og seks deltakere var aktive mellom to til seks timer. I forhold til variabelen «timer i høy FA» ligger maksverdien på syv, tilsvarer fem timer i FA, med en gjennomsnittsverdi på 2 (SD=2,4). Åtte av 16 deltakere (50%) var null minutter i aktivitet. Tre deltakere (18,9%) var i aktivitet mellom 30 til 60 minutter, og de fem resterende var i høy FA i to til fem timer.

Tar en for seg frekvensstatistikk i forhold til antall deltakeres tid bruk i lav-, moderat- eller høyt FA-nivå de siste syv dagene, viser resultatene at deltakernes aktivitetsnivå har et gjennomsnitt på 1,56 (SD=0,62). Aktivitetsspennet strekker seg mellom 1 (lav) FA til 3 (høy) FA. Åtte deltakere (50%) befant seg på lavt aktivitetsnivå. Syv deltakere, tilsvarende 43,8% lå på et moderat FA-nivå, der en deltaker (6,3%) befant seg i meget anstrengende FA-nivå.

**Tabell 6**

*Deskriptiv tabell av antall timer og minutter brukt i fysisk aktivitet*

Timer i FA	Totalt n = 16					
	N (%)	Min	Maks	Variasjon	Median	Mean (SD)
Lav FA	8 (50%)	0	4	4	0,05	0,6 (1,3)
Moderat FA	7 (43,8%)	0	6	6	0,40	1,2 (1,7)
Høy FA	1 (6,3%)	0	7	7	0,50	2,0 (2,4)

*Notat.* FA = fysisk aktivitet; FA-nivå = fysisk aktivitetsnivå; SD = standardavvik.

Går en videre fra deltakernes aktivitetsnivå og ser på hvor mange dager som ble brukt til moderat FA i løpe av de siste syv dagene, ble det foretatt en fekvinstabell av variabelen moderat FA. Resultatet på antall dager med moderat FA fikk et minimum på null dager og et maksimum seks dager. Deltakerne (n=16) var i FA i gjennomsnitt 2,6 dager, som betyr at flertallet av utvalget var i moderat FA i underkant av tre dager (SD=1,89). Den største andelen av utvalget 31,3% (fem deltakere) var aktive to dager. Tre av deltakerne var i bevegelse i fire dager (18,8%), der en person var aktiv i seks dager. Tre av deltakerene (18,8%) var ikke i aktivitet, eller i aktivitet, men under 10 min som tilsvarer ingen aktivitet, eller svarte vet ikke. Ingen i utvalget var i i FA syv dager i uken.

#### 4.3 Variabler innenfor Velvære

Tabell 7 gir en beskrivelse av utvalgsstørrelsen og hvor stor prosentandel som svarte på HSCL-25 skåren fra 1 (ikke plaget i det hele tatt) til 4 (svært mye plaget). På variabelen angst og depresjon svarte fire av deltakerne (25%) at de ikke var plaget i det hele tatt. Åtte deltakere har svarte at de var litt plaget, der fire svarte at de var en god del plaget. Det var ingen deltakere som var svært plaget av angst og depresjon. Videre tar Tabell 7 for seg fire variabler

innenfor velvære. Tretten deltakere (81,3%) var ikke plaget med tenker om å ta sitt eget liv. Det var kun en deltaker som var svært mye plaget. Videre viser resultatene at over halvparten (68,8%) følte seg litt, eller ikke noe plaget av håpløshet for fremtiden. Resterende 31,3% svarer at de føler på en god del eller svært mye håpløshet for fremtiden. Selv om deltakerne sonet i fengsel under innsamlingen av data, svarte seks deltakere (37,5%) at de ikke følte seg fanget. Fem deltakere (31,3%) følte seg svært fanget. De resterende fem deltakerne følte seg enten litt (12,5%) eller en god del (18,8%) fanget. I forhold til søvn var det 10 deltakere (62,5%) som svarte at de slet en god del eller svært mye med søvn. Fem stykk slet litt med søvn, der en person ikke opplevde søvnvansker.

**Tabell 7**

*Frekvenstabell*

	Totalt n = 16 /100%			
	<b>Ikke plaget i det hele tatt</b>	<b>Litt plaget</b>	<b>En god del plaget</b>	<b>Svært mye plaget</b>
Angst og depresjon	4 (25%)	8 (50%)	4 (25%)	0
Har tanker om å ta ditt eget liv	13 (81,3%)	1 (6,3%)	1 (6,3%)	1 (6,3%)
Følelse av håpløshet mht. fremtiden	5 (31,3%)	6 (37,5%)	2 (12,5%)	3 (18,8%)
Følelse av å være fanget	6 (37,5%)	2 (12,5%)	3 (18,8%)	5 (31,3%)
Vanskelig for å sove	1 (6,3%)	5 (31,3%)	4 (25%)	6 (37,5%)

*Notat:* Tabellen viser hvor mange- og hvor stor prosentandel som har besvart de ulike svaralternativene.

I Tabell 8 ble det fortalt en Spearman' rho korrelasjon av fire subskalaer innenfor velvære. Det ble ikke funnet noen statistisk signifikant korrelasjon mellom variabelen «har tanker om å ta sitt eget liv» og «følelse av håpløshet for fremtiden» ( $r_s = -0,07; p > 0,05$ ). Det samme gjelder for variabelen «har tanker om å ta sitt eget liv» og «følelsen av å være fanget» ( $r_s = 0,23; p > 0,05$ ). Derimot var det en statistisk signifikant, positiv korrelasjon mellom variablene «følelsen av å være fanget» og «følelse av håpløshet mht. fremtiden» ( $r_s = 0,64; p < 0,01$ ). Det ble funnet en statistisk signifikant, positiv korrelasjon mellom variablene «vanskelig for å sove» og «følelsen av å være fanget» ( $r_s = 0,63; p < 0,01$ ).

**Tabell 8***Spearman' rho korrelasjonstabell av delvariabler.*

Spearman' rho	Totalt n = 16					
	<i>M</i>	<i>SD</i>	1	2	3	4
1. Har tanker om å ta ditt eget liv	1,38	0,88	-			
2. Følelse av håpløshet mht. fremtiden	2,19	1,10	-0,07	-		
3. Følelse av å være fanget	2,44	1,31	0,23	0,64**	-	
4. Vanskelig for å sove	2,94	0,99	0,20	0,33	0,63**	-

*Notat.* Spearman' rho korrelasjoner hentet fra HSCL-25, i forhold til suicidale tanker, fremtiden, fangselsfølelse og søvn.

M = gjennomsnitt; SD = standardavvik; HSCL-25 = Hopkins symptom checklist.

\*\*  $p < 0,01$

Det ble i Tabell 9 foretatt en spearman' rho korrelasjon av seks variabler. Ett overblikk over tabellen viser enkelte statistisk signifikante, positive korrelasjoner mellom variablene «velvære», «angst» og «depresjon» ( $r_s = 0,89$ ;  $r_s = 0,97$ ;  $r_s = 0,80$ ;  $p < 0,01$ ). Tar en for seg variablene «tid brukt i ro» og «velvære» vises det en negativ, svak og ikke signifikant korrelasjon ( $r_s = -0,08$ ;  $p > 0,05$ ). Det var ingen signifikante sammenhenger mellom variabel 1, 2, 3 og 4 (se Tabell 9).

**Tabell 9***Spearman' rho korrelasjon av hovedvariabler.*

Spearman' rho	Totalt n = 16							
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>
1. Alder	38,0	11,8	-					
2. Velvære	2,08	0,54	-0,33	-				
3. Angst	2,03	0,56	-0,30	0,89**	-			
4. Depresjon	2,10	0,59	-0,26	0,97**	0,80**	-		
5. Tid brukt i ro	8,64	6,56	0,22	-0,08	0,01	-0,11	-	
6. FA-nivå	1,56	0,62	-0,07	0,04	0,09	0,04	-0,15	-

*Notat.* M = mean; SD = standardavvik; FA-nivå = fysisk aktivitetsnivå.

\*\*  $p < 0,01$

## **Del 5.0 – Diskusjon**

### **5.1 Innledning**

Kommende kapittel vil diskutere resultatene i lys av relevant teori og forskning som ble lagt frem tidligere i forskningsprosjektet. Funnene vil bli diskutert, før en gjennomgang av studiens styrker og svakheter i forbindelse med metodens studiedesign, utvalgsstørrelse og andre relevante faktorer. Praktiske implikasjoner og anbefalinger for videre forskning presenteres avslutningsvis. Hensikten med denne studien var å belyse og fremme et viktig tema det finnes lite forskning på.

Funnene i studien viser at alderen har en tilknytning til innsattes velvære, angst og depresjonssymptomer, i tillegg til sedatid og FA-nivå. Seksti-ni prosent av utvalget i forskningsstudiet sliter med angst og depresjon, og 75% var over grenseverdien for alvorlige psykiske lidelser. Størsteparten av utvalget lå i lav- og moderat FA, der utvalgets alder var av betydning for aktivitetsnivået. Eldre innsatte var mindre fysiske aktive, i motsetning til yngre innsatte.

### **5.1 Deltakernes bakgrunnsvariabler og velvære**

Utvalgets alder var i studien den eneste bakgrunnsvariabelen deltakerne ble spurt om for å verne om deres identitet, og som var ett krav fra Kriminalomsorgen for å innhente etisk godkjenning. Ifølge Helsedirektoratet eldes innsatte raskere enn normalbefolkningen på grunn av en dårligere psykisk helsetilstand (Helsedirektoratet, 2019). Det kan ses i sammenheng med korrelasjonsresultatene mellom deltakernes alder og velvære, samt angst og depresjon som viste til en negativ svak korrelasjon. Det betyr at når alderen blant innsatte forbedres så synker velvære. Det samme gjelder angsten og depresjonene blant eldre innsatte. Det er flere faktorer som kan være årsaken til at alderen påvirker velvære, for eksempel at psykiske lidelser stort sett fremkalles av belastede livshendelser eller miljøfaktorer (Martinsen, 2018a, s. 252).

Å havne i fengsel er en belastende livshendelse for en person. Resultatene i det nåværende forskningsstudiet viser til koblinger der yngre innsatte opplever økt angst og depresjon, i motsetning til eldre innsatte. Det kan henge sammen med at mange yngre innsatte ofte er førstegangssonere, der møte med fengselstilværelsen oppleves stressende og nedbrytende på deres fysiske og psykiske helse (Revolv, 2016). Betingelsene innsatte gis under soning

påvirker om personen faller tilbake i kriminalitet, eller lever et lovløst liv etter fengsling. (Teigland, 2021, s. 28). Etterpåvirkningene av en fengselsinnsettelse kan for enkelte være medvirkende til stress, nedstemthet, angst og depresjonssymptomer. Nettopp fordi enkelte i sosial forstand kan føle på et stigma rundt det å sone i fengsel, og å være kriminell. Det til tross for at de i juridisk forstand har sonet straffen sin ferdig og er lovlydige (Morken, 2012, s. 54). Av den grunn er Kriminalomsorgen, i samsvar med andre instanser som for eksempel helsetjenesten, skole, arbeidsbedrifter og NAV, et viktig bindeledd i rehabiliteringen og tilbakeføringen av innsatte etter endt soning (Teigland, 2021, s. 28). For videre forskning på fagområdet kunne antall soninger i fengsel vært oppgitt som bakgrunnsvariabel, og i samsvar med en større utvalgsstørrelse kunne det gitt resultater som i større grad bekreftet eller avkreftet funnene. Likevel presenterer denne studien foreløpige funn fra kvinnelige fengselsinnsatte, en populasjon det er forsket svært lite på i Norge og som det trengs å bli forsket videre på.

Andre årsaker til økt utbredelse av angst og depresjon blant yngre innsatte kan skyldes levekårproblemer. Yngre innsatte under 40 år har flere levekårproblemer enn eldre innsatte (Revol, 2016, s. 6). Revol (2016) påpeker også at yngre innsatte (96%) minimum har ett levekårproblem, der 53% har tre eller flere. Levekårproblemene blant eldre innsatte over 40 år ligger på 88% med ett levekårproblem og 47% med tre eller flere (Revol, 2016, s. 6). Dette er også faktorer som kan være en kilde til økt stress og angst. Psykiske lidelser har en tilsynelatende høyere forekomst blant innsatte i fengsel enn blant normalbefolkningen, hevdes det av forskere (Bergh et al., 2014, s. 159; Cramer, 2014, s. 5; Friestad & Hansen, 2004, s. 6; Meld. St. 39 [2020-2021], s. 61).

Ser en på de deskriptive resultatene fra den nåværende studien som omhandlet deltakernes velvære, kom det frem at 75% av utvalget befant seg i risikogruppen for alvorlige psykiske lidelser. Kun 25% lå under grenseverdi til HSCL-25 for ikke psykiske plager. Disse funnene er mye høyere enn Friestad og Hansen (2004) sine funn, som viste til en andel på 40% av 35 kvinnelige innsatte sliter med psykiske lidelser, i motsetning til 10% av normalbefolkningen (Friestad & Hansen, 2004, s. 49). Funnene fra denne studien viser til høyere forekomst av psykiske lidelser som angst og depresjon blant den kvinnelige fengselspopulasjonen enn andre studier. Derimot er utvalgsstørrelsen en faktor som må tas hensyn til ved tolkning av data, ettersom det kan påvirke resultatutfallet. Tar en for seg andelen kvinnelige fengselsinnsatte per 05. januar 2022 i Norge, utgjorde de en andel på 163 kvinner (Kriminalomsorgen, 2022).



Ved å sammenligne funn fra tidligere forskning og funnene i det nåværende forskningsstudiet, opp mot fengselspopulasjonen på gitt tidspunkt, kan det argumenteres for at resultatene er representative til tross for at utvalgsstørrelsen var liten for en kvantitativ undersøkelse.

Hvilke tiltak kan gjennomføres for å bedre helsestatistikken blant kvinnelige fengselsinnsatte? Trivsel, tilhørighet, mestring og sosial støtte er elementer som bedrer velværet og kan brukes i rehabiliteringsprosessen (Meld. St. 19 [2014-2015], s. 26). For førstegangssonere kan fengselet føles fremmed og utrygt. Hvordan en blir tatt imot og behandlet under soning både av andre innsatte, men også betjentene har betydning for videre trivsel og motivasjon for rehabilitering. Å ha et støtteapparat utenfor fengselet som nær familie og venner er også av betydning for et stabilt liv etter løslatelse (Revold, 2016, s. 5). Mestring kan være en kilde til økt motivasjonen og gi en følelse av økt velvære, som igjen kan minske risikofaktorene for alvorlige psykiske lidelser (Folkehelseforeningen, 2019).

Begrepet empowerment kan trekkes inn som en mulighet for å bedre helsen blant kvinnelige innsatte. Empowerment handler om at mennesket skal kunne ta sine egne beslutninger (Schiefløe, 2013, s. 234). Ved å arbeide aktivt for å bedre innsattes selvbilde og selvoppfatning kan det gi dem selvtillit til å øke kompetanse, arbeid og læring av nye egenskaper. I den hensikt å bruke den tilegnede kompetansen etter endt fengselsstraff. Wakai et al. (2014) mener selvsnakk er en viktig faktor for å bedre selvbilde og selvoppfatningen. Hun viser til negativ og positiv selvsnakk, der kvinnelige innsatte ofte snakker negativt om- og til seg selv. Ved å veilede den innsatte til positiv selvsnakk, der målet er å erstatte den nedverdiggende og negative selvsnakken: «Jeg er ikke noe verdt» med oppmuntrende og positiv selvsnakk: «Jeg klarer å komme meg gjennom dette, fordi jeg er verdt det» (Wakai et al., 2014, s. 360), kan brukes som et hjelpemiddel for å komme seg ut av marginaliseringssituasjonen som mange innsatte befinner seg i (Askheim, 2012, s. 153). Dette er i tråd med Bandura (1977) sitt syn på mestringstro som en motiverende faktor, for å takle hverdagens krav i et fengsel (Bandura, 1977).

Hvilken type arbeid kvinnene gis tilbud om er forskjellig fra de ulike fengslene og sikkerhetsnivået, men skal etterligne en normal hverdag utenfor fengselet (Kriminalomsorgen, u.å. a). På den måten kan innsatte opparbeide seg nødvendige ferdigheter og kvalifikasjoner som kan brukes i arbeidslivet. I den hensikt at innsatte kommer seg ut av

marginaliseringssituasjonen og forhåpentligvis opplever økt kontroll over eget liv, og forhåpentligvis minke sjansen for tilbakefall til kriminalitet etter soning.

Utvalgets psykiske helse med tanke på lidelsene angst og depresjon var ifølge funnene bekymringsverdige. Dette kom frem i resultatene for angst og depresjon, der gjennomsnittsverdien for variablene viste 2,03 og 2,10. Verdiene langt over grenseverdien på 1,75 for alvorlige psykiske plager (Folkehelseinstituttet, 2015). Sekstini prosent av utvalget strevde med angst og depresjon. Disse tallene tyder på at angst og depresjon er svært utbredt blant kvinnelige innsatte. Funnene relatert til angst støtter opp om Amundsen (2012) resultater, der det ble funnet store signifikante kjønnsforskjeller. Kvinnene i studien hennes hadde høy forekomst av angst (58% mot 44%), der mennene hadde høyere forekomst av depresjon (47% mot 44%), selvmordstanker (36% mot 22%) og selvmordsforsøk (9% mot 7%. Amundsen, 2012, s. 7).

Resultatene til Amundsens (2012) viste altså høyere forekomst av depresjon og suicidalitet blant mannlige innsatte, i motsetning til kvinnelige innsatte (Amundsen, 2012, s. 7). Funn fra det nåværende forskningsstudiet viser like fullt en høy forekomst av depresjon blant kvinnelig innsatte. Angst og depresjon er i dag lidelser mange mennesker blir berørt av, enten du er kriminell eller ikke (Martinsen, 2018b, s. 15; Tesli et al., 2021). På den andre siden kan en tenke seg at fengselet er et sted psykiske lidelser kan forverre og utvikle seg til mer alvorlige psykiske lidelser, for eksempel spiseforstyrrelser, selvskading, selvmordstanker og i verste fall selvmordsforsøk. Likevel blir angst og depresjon sett på som lettere psykiske lidelser som mange innsatte sliter med, men også normalbefolkningen (Amundsen, 2012, s. 18; Cramer, 2014, s. 5; Sivilombudsmannen, 2016a, s. 28). Ved å rette søkelyset mot forebygging av angst og depresjon ved for eksempel FA, er håpet at velvære forbedres og angst og depresjon reduseres.

I dette forskningsprosjektet presenteres det korrelasjonsresultater som viser en sterk, positiv statistisk signifikant korrelasjon mellom variablene angst og depresjon. Disse funnene samsvarer med Cramer's (2014) resultater som fant ut av at innsatte med psykiske lidelser stort sett har flere psykiske lidelser på samme tid (Cramer, 2014, s. 5). Koblingen mellom angst og depresjon er vanlig, da lidelsene ofte henger sammen og påvirker hverandre (Martinsen, 2020a, s. 102). Ettersom det er sterke signifikante sammenhenger mellom variablene kan en anslå at deltakere som sliter med alvorlig angstsymptomer, i større grad er

utsatt for å bli deprimert, i motsetning til deltakere som ikke sliter med angst. Det samme kan sies om deltakere som sliter med alvorlig depresjon. Funnene i det nåværende forskningsstudiet viser til sterke sammenhenger som tyder på at innsatte i større grad er utsatt for å få angstlidelser, sammenliknet med dem som ikke sliter med depresjon. Ut ifra denne informasjonen kan et viktig moment i hverdagen for kvinnelige innsatte være å gi dem som sliter med angst eller depresjon, trygge rammer å utfolde seg på. Det kan for eksempel være at innsatte får tilegnet seg ulike hjelpemekanismer som kan brukes for å forebygge angst og depresjonssymptomer, som for eksempel samtalerapi, eksponeringsbehandling, stressmestring, pusteøvelser, medisinerer eller FA (Martinsen, 2020a, s. 117). Tilgang til samtaler med fagfolk, som psykolog eller helsepersonell, eller tilrettelagt FA kan også brukes som et viktig hjelpemiddel.

FA i hverdagen, helst ute i frisk luft burde være en del av rehabiliteringen for å redusere psykiske lidelser som angst og depresjon (Helsedirektoratet, 2018), spesielt under lange fengselsopphold (Danielsen, 2021, s. 50-53; Sivilombudsmannen, 2016a, s. 10). I rapporten til JURK gjennomført av Vige (2018) ønsket de kvinnelige fengselsinnsatte å tilbringe mer tid utendørs og være i mer FA i hverdagen. Kvinnene følte på misnøye rundt treningstilbudene de ble tilbudt, der utendørsaktivitetene heller ikke var som ønsket (Vige, 2018, s. 47). FA spesifikt ute i frisk luft er vist å være en god behandlingsmetode for å redusere stress, øke energinivået og bedre livskvaliteten (Helsenorge, 2019). Derfor er det svært viktig å få motivert innsatte til å komme seg mer ut. Ifølge straffegjennomføringsloven § 21. fritidsaktiviteter og § 22. lufting, skal Kriminalomsorgen legge til rette for at innsatte, etter behov, gis muligheten til å tilbringe tid ute i friluft hver dag og at det gis tilbud om FA (Straffegjennomføringsloven, 2002b, § 21; 2002c, § 22).

## **5.2 Aktivitetsdeltakelse blant deltakerne**

I funnene som omhandlet utvalgets FA-nivå kom det frem at deltakerne anvendte størsteparten av tiden i lav- og moderat FA, i motsetning til høy FA. Femti prosent av deltakerne brukte sin tid i lav FA eller nær ingen aktivitet. Tar en for seg studien til Buckaloo et al. (2009) trekkes det frem funn der FA mellom 35 og 60 minutter per økt var tilstrekkelig for å senke stress, angst og depresjonssymptomene blant utvalget (Buckaloo et al., 2009, s. 337). Det er flere elementer som kan være opphavet til det lave aktivitetsnivå blant kvinnelige fengselsinnsatte. Deriblant deltakerens motivasjon og interesse for en aktivitet og det å generelt være fysisk aktive (Torstveit et al, 2018, s 439).

Den overordnede situasjonen av å sitte i fengsel kan tære på innsattes velvære og være opphavet til manglende motivasjon for deltakelse i aktiviteter og bevegelse, ettersom det å sone i fengsel kan være fysisk og psykisk belastende (Revolv, 2016, s. 5). En av deltakerne i forskningsprosjektet valgte å utdype svaret sitt i IPAQ-skjemaet angående forholdet hennes rundt FA i fengselet. Hun skriver:

Unntak av vask 1,5 time per dag + litt gåing her og der, lite turgåing som er en fin måte og benytte ubrukt energi på. Har tilgang til treningsrom, men utover det er tilbudet på fysisk aktivitet dårlig. Kanskje 1-2 korte turer, om en er heldig og blir valgt. En betjent kan kun ha med 6 stk. på tur.

Deltakeren nevner at vask og renhold er en viktig del av aktiviteten i hverdagen. Vask og renhold er en fin måte å holde seg i bevegelse på og ble i IPAQ spørreundersøkelsen betegnet som en aktivitet (Vedlegg B). Innsatte har også muligheten til å benytte treningsrom og korte gåturer utenfor fengselet. Hvem innsatte som får tilgang til turer utenfor fengselet er forskjellig fra fengsel til fengsel, men er som oftest vanligst å gjennomføre i lavsikkerhetsfengsel (Kriminalomsorgen, u.å. d). I undersøkelsen til Hellebust et al. (2021) etterspør både innsatte, helsepersonell og fengselsbetjenter flere muligheter til FA og bevegelse i hverdagen. Ved å gi innsatte flere tilbud og økt tilgang til FA kan det bidra til forbedret psykisk og fysisk helse, i tillegg til forbedring av søvnkvaliteten (Hellebust et al., 2021, s. 156; Helsedirektoratet, 2022a). I hvilken grad og hvor ofte treningsrommet ble benyttet kom ikke frem i det nåværende forskningsprosjektet, heller ikke når det gjelder turene utenfor fengselet. Dette er elementer som burde undersøkes i fremtidig forskning, ettersom det kan konkretisere hvilke type aktivitet kvinnelige innsatte viser interesse for og gi et bedre overblikk over hvor lenge de er i FA. Ut fra deltakerens svar kan innsatte benytte seg av turer en til to ganger i uken. Hovedgrunnen til at betjenten ikke kan ha med seg flere enn seks innsatte, handler om deres og innsattes sikkerhet og kapasitet til å passe på alle innsatte under turen.

Ifølge funnene var det kun en deltaker som svarte at hun var i høy FA de siste syv dagene. Derimot var det syv deltakere som svarte at de var i moderat FA (Vedlegg J). Basert på Helsedirektoratets anbefalinger er det mange i utvalget som ikke rekker opp til disse anbefalingene. Hvorfor anbefalingene ikke nås kan det være flere årsaker til, som for

eksempel årstiden. Datainnsamlingen ble gjennomført på vinterhalvåret 2021-2022 i november, januar og februar. Denne årstiden er mørk og ofte glatt og kald. I tillegg kan det være mye snø på bakken. Det kan for mange oppleves som et hinder og gjør det vanskeligere å motivere seg til aktivitet utendørs. Hadde datainnsamlingen foregått på en annen årstid for eksempel om våren, sommeren eller høsten kunne resultatene muligens gitt andre utfall. Det vil være gunstig for fremtidig forskning å samle data på ulike årstider for så å sammenligne resultatene.

Andre årsaker til det lave aktivitetsnivået blant kvinnelige innsatte kan være utvalgets tidligere individuelle, biologiske og atferdsmessige vaner, og faktorer knyttet til FA, helse og livskvalitet (Mæland et al., 2013, s. 60). Dette kan ses i samsvar med videreutviklingsmodellen (Figur 2, s. 26) der ulike miljømessige faktorer rundt mennesket er i sentrum. Danningen av gode vaner, rutiner og normer for bevegelse og FA som barn, gjør det lettere å starte og/eller opprettholde aktiviteter som voksen. Dette fordi en som voksen vet hvordan bevegelse og FA påvirker kroppen. For personer som har et ubehagelig eller vanskelig forhold til FA, er det viktig å starte med øvelser som er tilpasset individet og som vekker interesse (Bandura, 1977). På denne måten kan personen oppleve mestring og gjennom mestring forhåpentligvis synes at det er gøy å drive med FA.

Buckaloo et al. (2009) nevner i sin studie at trening og aktivitet har en positiv innvirkning på mennesket uansett hvilken type FA som utføres (Buckaloo et al., 2009, s. 337). Ved å øke aktivitetsnivået blant innsatte som ikke er i aktivitet i hverdagen, kan det utgjøre forbedringer av fysiske og psykiske faktorer i livskvaliteten blant innsatte (Mannocci et al., 2015, s. 175; Mannocci et al., 2017, s. 575). Enten det er gjennom aktiviteter som for eksempel styrketrening, yoga, pilates, volleyball, fotball eller andre treningsformer, så påpeker Battaglia et al. (2014) at trening i moderat intensitet, minimum 60 minutter i løpet av uka er elementært for å redusere angst og depresjon (Battaglia et al., 2014, s. 343)

Aktiviteter som foregår i sosiale fellesskap kan forbedre relasjoner og styrke motivasjonen til å møte opp og delta i aktiviteter. Integrering i sosiale fellesskap er en viktig del av rehabiliteringsprosessen og velvære blant innsatte (Gonzalez, 2020b, s. 242). På den måten og/eller i regi av en fagperson, slik at aktivitetene bygger på trygge rammer og økt selvfølelse. Ved å oppleve sosial støtte, trivsel og mestring kan det gi innsatte en følelse av høy

livskvalitet og økt velvære (Folkehelseforeningen, 2019). Dette kan betraktes som et viktig moment for den enkelte innsattes habilitering og rehabiliteringsprosess.

Fengselets ansatte (betjentene) utspiller en viktig rolle med tanke på å skape trygge rammer, gode holdninger, motivasjon og mening for utfoldelse av FA. Betjenter som er positive og engasjerer seg i fellesskapet og aktivitetene som innsatte interesserer seg for, oppfattes som en motiverende faktor på innsattes motivasjon og holdning (Moe, 2018, s. 156). Det kan skape tillitt mellom fengselsbetjentene og innsatte, og motivere til et liv uten kriminalitet (Meld. St. 39 [2020-2021], s. 69).

Andre alternativer som kan engasjere til økt aktivitet kan være å leie inn fagpersoner med erfaring og kunnskap innenfor aktiviteten, for eksempel en yogainstruktør, kroppsøvingslærer eller en fotballtrener osv. Ifølge Moe (2018) er det lettere å delta i FA når en fagperson har ansvaret for aktiviteten. På den måten vet innsatte at fagpersonen har planlagt et godt og variert opplegg, som er tilrettelagt deres ønsker og nivå. Fagpersonen kan veilede, svare på relevante spørsmål, og være et bindeledd for å etablere et sosialt nettverk og fellesskap for en sunnere livstil (Danielsen, 2021, s. 50; Moe, 2018, s. 156-157). I forhold til FA og kosthold, kan det hjelpe innsatte med håndteringen av negative livshendelser som å sitte i fengsel (Martinsen, 2018a, s. 252). Trygge rammer kan gjøre det lettere å delta ved andre sosiale anledninger. I tillegg kan det gi innsatte et ønske om å legge inn en innsats i aktiviteten eller hendelen som foregår. Dette kan gi en følelse av tilhørighet og mening.

### **5.3 Fysisk aktivitet, et opphav til økt velvære**

Det er dokumentert at innsatte har en dårligere fysisk- og psykisk helse enn normalbefolkningen (Bergh et al., 2014, s. 160; Cramer, 2014, s. 5; Friestad & Hansen, 2004, s. 6). Dette på tross av at en vet at FA kan brukes som en relativt kostnadsfri behandlingsmetode for å forbedre innsattes velvære og minske psykiske lidelser som angst og depresjon. Likevel var det flere innsatte i det nåværende forskningsstudiet som ikke var i nok FA for å nå Helsedirektoratets anbefalinger.

Tar en for seg korrelasjonsresultatene mellom deltakernes fysiske aktivitetsnivå og deres opplevde velvære kom det frem en svak positiv, men ikke signifikant korrelasjon. Hadde utvalgsstørrelsen vært større, kunne muligens resultatene fått et annet utfall. Til tross for

utvalget og lite forskning på feltet viser dette forskningsstudiet til foreløpige funn, der den kvinnelige fengselspopulasjonen er svært marginal og vanskelig å rekruttere. Funnene viser like fullt en sammenheng der en økning i FA kan være med på å bedre velværet blant innsatte. Dette samsvarer med tidligere forskning som også har dokumentert direkte sammenhenger ved utførelse av FA og økt psykisk helse og velvære (Battaglia et al., 2014; Buckaloo et al., 2009; Windle et al., 2010). Men hva er det som skal til for å endre utvalgets FA?

Det er flere faktorer som er avgjørende om FA enten blir fremmet eller hemmet (Ommundsen & Haugen, 2018, s. 346). For eksempel det sosiale, kulturelle, følelsesmessige og miljømessige rundt individet (Ommundsen & Haugen, 2018, s. 334). Med fokus på et positivt mestringsklima, et sosialt og motiverende fellesskap, og en liten dose selvregulering, kan FA oppleves sosialt, gøy og lærerikt (Moe, 2018, s. 166). Det å oppleve at bevegelse av kroppen gir økt energi, glede, fysisk mestring og positive opplevelser er sentralt for å skulle fortsette med FA, og er grunnmuren for gode aktivitetsvaner (Moe, 2018, s. 155; St. meld. nr. 16 [2002–2003], s. 28). Det som er positivt med FA er at oppfatninger, holdninger og forventninger kan endres gjennom mestring og sosial påvirkning. Ifølge helsepsykologiske teorier har mennesket redskapene som skal til for å påvirke egen atferd også når det kommer til bedre helse og økt FA (Ommundsen & Haugen, 2018, s. 334-335).

Alle former for FA, er bedre enn ingen aktivitet (Martinsen, 2007, s. 133). Funnene i studien viser en negativ svak, men ikke signifikant korrelasjon mellom aktivitetsnivået og alderen til utvalget. Det kan tyde på at aktivitetsnivået synker når alderen blant innsatte øker. Windel et al., (2010) viser til funn der velvære økte ved utførelse av FA i 45 minutter, to ganger i uken blant eldre (Windle et al., 2010, s. 652). FA kan i tillegg benyttes som et middel for å fremme struktur og gode vaner. Det kan igjen øke motivasjonen og drivkraften til å gjennomføre hverdagens krav, som for eksempel å stå opp, lage mat, gå på jobb og være aktiv (Gonzalez, 2020b), og på denne måten forbedre velværet deres. Utvilsomt trengs det mer forskning på feltet i forhold til kvinner i fengsel og hva som skal til for å motivere til deltakelse i FA. Hvis en finner ut av hva som motiverer innsatte til FA, er det lettere å implementere det inn i hverdagen deres.

#### **5.4. Betydningen av fengsel for innsattes helsetilstand**

Deskriptiv statistikk forteller at over halvparten (62,5%) av utvalget slet svært mye eller en god del med søvnevansker. FA og bevegelse er da et moment som blant annet kan føre til mindre stress, økt energinivå, bedre humør, selvfølelse og kroppsoppfatning, god søvn og økt velvære (Gonzalez, 2020b, s. 54-55; Martinsen, 2018b, s. 57). Når det gjelder korrelasjonsresultatene mellom variablene «vanskelig for å sove» og «følelsen av å være fanget» vises det en positiv, statistisk signifikant korrelasjon, som tilsier at de deltakerne som har søvnevansker i større grad føler seg mer fanget, enn deltakerne som ikke sliter med søvn. Hovedgrunnen til at enkelte deltakere føler seg fanget kan skyldes fengsels situasjonen. Fengselets betydning er å holde domfelte innenfor et sikkert område, med tydelige regler og rammeverk, samtidig som innsatte skal gjennom en rehabiliteringsprosess. Hvilke regler innsatte må forholde seg til kommer an på fengselet og sikkerhetsnivået (Kriminalomsorgen, u.å. a).

Av deltakerne som følte seg fanget var det mange av dem som også følte på håpløshet i forhold til fremtiden. Det er flere forhold som kan være opphavet til denne følelsen. I Norge er det kun fire kvinnefengsler (Kriminalomsorgen, u.å. d). Det vil si at mange kvinner som skal sone har lange avstander mellom seg selv og nettverket utenfor fengselet. Innsattes kontakt med nettevirket, om det er familie, venner eller andre, er for mange en grunnleggende kilde til støtte og normalisering, som igjen kan påvirke prosessene i videre habilitering- og rehabilitering (Hellebust et al., 2021, s. 150). Tilgang til uteområder, grønntområder og aktivitetstilbud kan gi innsatte en mening i hverdagen. Det har historisk sett lenge vært en del av rehabiliteringen av mennesker med psykiske lidelser (Gonzalez, 2020b, s. 242). Eventuelt ved å rette søkelyset mot individets egen drivkraft, mestringstro og selvregulering kan det gi dem økt eierskap over eget liv, som kan innvirke på videre rehabilitering og atferdsendringer (Torstveit, 2018, s. 439).

I det nåværende forskningsprosjektet kom det frem at 13 innsatte (81,3%) ikke hadde tanker om å ta sitt eget liv under soning. En person (6,3%) svarte at hun tenkte litt på spørsmålet om selvmordstanker og en annen svarte at hun hadde en god del tanker om å ta sitt eget liv. Det var kun en person som svarte at hun hadde svært mange selvmordstanker.

Korrelasjonsresultatene mellom «følelsen av å være fanget» og «har tanker om å ta sitt eget liv» viste en positiv, svak korrelasjon. Det vil si at det finnes svake sammenhenger mellom variablene, men at de ikke er signifikante og må derfor tolkes forsiktig. Videre forskning er



nødvendig for å undersøke om disse sammenhengene faktisk er signifikante eller ei. Det kan bety at det ikke er fengselssituasjonen som utløser suicidal atferd, men andre komplekse faktorer. *Årsrapport 2021* av Kriminalomsorgen (2021) viser til statistikk der 11 innsatte begikk selvmord i fengsel i 2021. Det kommer ikke frem hvor mange av disse som er kvinner eller menn, men statistikken utgjør det høyeste antallet selvmord blant innsatte siden 2013 (Kriminalomsorgen, 2021, s. 30).

## **5.5 Utvalgets sedate tid**

Stephenson (2021) argumenterte for at innsatte som ikke var i aktivitet eller arbeid, og som tilbrakte mye tid inne på cellene hadde dårligere psykisk helse og økt risiko for selvmord enn innsatte som hadde noe å gå til (Stephenson, 2021, s. 54). I funnene kom det frem at deltakerne som tilbrakte mest tid i ro, var stillesittende opp til 20 timer om dagen. For å redusere stillesittingen blant kvinnelige fengselsinnsatte er et forslag å få til flere korte perioder med aktivitet om dagen (Nystad, 2021). Eventuelt i arbeidstiden/ sysselsettingen hvis det lar seg gjøre. For innsatte som er helt inaktive er det viktig å få dem i litt FA. Nettopp for å redusere faren for livsstilsykdommer som tidlig død, kreft, diabetes og hjerte- og karsykdommer (Bahr, 2019, s 3; Nystad, 2021). Innsatte er en del av den norske befolkningen, og ved å jevne ut forskjellene til FA, kan det forhåpentligvis hjelpe til å redusere sosiale forskjeller i forhold til livsstilsykdommer i samfunnet (Nystad, 2021).

Funn fra det nåværende forskningsprosjektet viser at deltakerne i gjennomsnitt bruker 8,5 timer i ro, der medianen viste 9 timer. Ifølge undersøkelser gjennomført av Helsedirektoratet bruker nordmenn i gjennomsnitt ni timer per dag i ro (Hansen et al., 2015, s. 95). I en kvantitativ undersøkelse av Hellebust et al. (2021) oppgav kvinnelige fengselsinnsatte at de var rundt 8-17 timer alene inne på cellen hver dag (Hellebust et al., 2021, s. 65). Det tilsier at innsatte tilbringer cirka like mye tid i ro som normalbefolkningen. Likevel ser en på variasjonsbredden mellom den minste og den største verdien, tilsier det 20 timer. Det betyr at det er noen deltakere som er i mye aktivitet, der andre nesten ikke er i bevegelse. Hvor tiden i ro tilbringes av hver innsatt kan være forskjellig fra person til person, for eksempel på cellen eller ulike fellesområder som stuen, kjøkkenet, røykebalkongen osv. Tallene tilsier at det er relativt jevnt fordelt i forhold til innsatte og den forøvrigte befolkningen, når det kommer til stillesitting. Likevel kan det være forskjellig fra fengsel til fengsel, ettersom fengslene kan ha

ulike budsjett, avdelinger med høy- og lavsikkerhet, og engasjement for trening og fysisk helse for innsatte.

Funn fra korrelasjonsresultatene viser at alderen blant innsatte har betydning for tiden som brukes på stillesitting. Sammenhengen er svak, men forteller at desto eldre innsatte er, desto mer tid buker de på stillesitting og innaktivitet. Ut ifra disse resultatene er det viktig å få eldre innsatte i aktivitet. Det kan gjøres ved å fordele ulike arbeidsoppgaver som for eksempel vask og renhold av gang, kjøkken og andre fellesarealer, eller appellere til andre arbeidsoppgaver som innsatte er motivert til for å holde aktivitetsnivået oppe. Slik kan en prøve å forebygge andre alvorlige helseproblemer som kommer med alderen.

## **5.6 Metodiske styrker og svakheter ved forskningsstudiet**

### *5.6.1 Forskningsdesign og utvalg*

I forskningsstudiet ble kvantitativ metode anvendt for å undersøke forekomsten av, og sammenhenger mellom velvære, FA og sedat tid blant kvinnelige fengselsinnsatte. Studiens fokus var å belyse eventuelle sammenhenger og forekomster som fremkom av funnene. Fengslene i Norge er stort sett bygd og tilpasset menn, da menn utgjør størsteparten av fengselspopulasjonen her i landet (Revdal, 2016, s. 3). Sett i sammenheng er kvinnelig fengselsinnsatte en langt mindre gruppe i samfunnet på ca. 6%, og dermed svært vanskelig å nå. Det kan være en av grunnene til at det er gjennomført lite forskning på den kvinnelige fengselspopulasjonen. Dette forskningsstudiet er det første i Norge som har undersøkt denne problemstillingen blant kvinner i norske fengsler. For videre forskning er det nødvendig å fokusere på kvinnelige fengselsinnsatte, for å øke forståelsen og kunnskapen rundt velvære og FA for denne samfunnsgruppen. Det vil også være viktig å inkludere menn i fremtidige studier.

Selv om utvalgsstørrelsen bestod av kun 16 deltakere og prosjektet var begrenset til ett fengsel, kan dataen i forskningsprosjektet anvendes som en indikator på hva som må til for å belyse temaene som inngår i forskningsspørsmålet. På følgende måte kan funnene i studien benyttes som et utgangspunkt og inspirasjon for videre forskning. Rekruttering av flere deltakere kan for videre forskning være av betydning for å øke funnenes gyldighet og pålitelighet, og gi et utfyllende og representativt bilde av den kvinnelige fengselspopulasjonen.

### 5.6.2 Rekruttering av utvalget

Utvalgsstørrelsen er en viktig faktor i et kvantitativt forskningsdesign, ettersom det har stor betydning for valg av dataanalyser og utfallet av resultatene. At kvinnelige innsatte utgjør en marginal gruppe i Norge (Kriminalomsorgen, u.å. d), gav utfordringer når det kom til rekruttering av både fengsler og deltakere. I Norge er det fire fengsler som er tilrettelagt bare for kvinner. Disse kvinnefengslene er plassert i ulike regioner i Norge. Hvis alle fengslene hadde valgt å ta del i prosjektet, måtte hver region godkjenne gjennomføringen av studien i de ulike fengslene. Dette kunne vist seg å være en utfordring, nettopp fordi fengslene er tilrettelagt forskjellig, med ulike praktiske og sikkerhetsmessige forhold som må tas hensyn til. På tross av at flere fengsler ble informert og spurt om å delta i prosjektet, var det kun ett fengsel som tok del i studien. Dermed var det kun en region det trengtes godkjenning fra (Vedlegg E), før prosjektet kunne starte. For å få godkjenning fra regionen var det ulike kriterier som måtte være på plass. Et av kriteriene var å bevare utvalgets anonymitet og integritet så godt som mulig. I den hensikt valgte forskeren å gjennomføre et kvantitativt tverrsnittsdesign ved bruk av spørreskjema som datainnsamlingsmetode.

### 5.6.3 Spørreskjema

Å gjennomføre et kvantitativt forskningsstudium ved hjelp av spørreskjema gav forskeren muligheten til å inkludere flere innsatte i studien, og på den måten øke svarprosenten. Som følge av at fengselsinnsatte ikke har tilgang til pc eller internett, var ikke utsendelse av elektroniske spørreskjemaer et faktum. Ved en elektronisk utsendelse ville det vært lettere å nå ut til utvalget, slik at flere kunne deltatt i forskningsprosjektet, når det ikke var et alternativ ble skjemaene gitt direkte til utvalget i papirform, via betjentene. Ettersom fengselet kun hadde en kapasitet på 30 innsatte, og i samsvar med ulike utfordringer knyttet til fengselspopulasjonen, så pågikk datainnsamlingen i flere perioder. Etter første innsamlingsperiode i november deltok 10 innsatte. Det avgrenser utvalgsstørrelsen betraktelig for videre deltakelse. I januar deltok fire innsatte og i februar deltok to innsatte.

Grunnlaget for den synkende deltakelsen utover i datainnsamlingsperioden kom sannsynligvis som følge av flere omstendigheter. En av dem kan være soningstiden. Noen innsatte soner lange dommer, der andre har korte innsettelse. Det kan altså oppstå frafall av deltakere grunnet innsatte med korte innsettelse eller innsatte som overføres til andre fengsler i løpet av datainnsamlingsperioden.

HSCL-25 og IPAQ er tidligere validerte og brukt i ulike norske og utenlandske undersøkelser (Craig et al., 2003; Vindbjerg et al., 2021). Dette øker gyldigheten til skjemaene og var en av grunnene til at forskeren valgte å ta i bruk akkurat disse to spørreskjemaene. Gyldigheten i det nåværende forskningsstudiet, spesielt IPAQ, kunne med en høyere utvalgsstørrelse, trolig vist til høyere gyldighet og pålitelighet (cronbrack apha). Dette ettersom det ville vært flere individer å hente data- og opplysninger fra, forså å gjennomføre en grundigere dataanalyse. Det var for eksempel ikke mulig å foreta en pålitelighetstest (Cronbach's alpha test) av variablene i IPAQ undersøkelsen på grunn av det lave utvalget. For videre forskning er det viktig å få med så mange fengsler og deltakere som mulig for å øke utvalgsstørrelsen og dermed gyldigheten og påliteligheten.

I spørreskjemaene som utvalget fikk utdelt, ble det ikke foretatt store elementære endringer fra originalskjemaet, men enkelte ord ble byttet ut eller fjernet. Dette for å henvende seg direkte til utvalget og deres situasjon. I HSCL-25 ble alle spørsmålene besvart av utvalget på korrekt måte, med kryss på det svaralternativet som beskrev deres tilstand/følelse best. I IPAQ var det flere spørsmål som enten ble misforstått eller ikke lest godt nok. For eksempel spørsmål 1A (Vedlegg B). På dette spørsmålet hadde noen deltakere krysset av på «vet ikke/ingen (gå til spørsmål 2)». Likevel svarte de på spørsmål 1B, selv om det står at de skal gå videre til spørsmål 2. For at misforståelsene ikke skulle oppstått kunne viktige momenter i undersøkelsen vært å skrive tydeligere, for eksempel med utheving eller store bokstaver. Spørsmål 3B om forflytning (Vedlegg B) var et spørsmål med store svarforskjeller fra for eksempel 2 minutter til 4 timer. Dette utgjør et stort sprik på hvordan deltakerne oppfatter et spørsmål. Resultatene for spørsmålene 3B må derfor tolkes med forsiktighet.

#### *5.6.4 Andre faktorer*

Forskningsprosjektet ble gjennomført på vinterhalvåret; november, januar og februar. Årstiden kan ha hatt betydning for både deltakelse i forskningsprosjektet, men også aktivitetsnivået blant utvalget. Vinterhalvåret er stort sett mørkt, kaldt og glatt. Det kan være en sentral faktor for det lave aktivitetsnivået, spesielt når det kommer til utendørsaktiviteter. For videre forskning ville det vært lurt å ta med flere bakgrunnsvariabler der et spørsmål om hvor treningene foregår, for eksempel treningsrom, utendørs, gåtur, løpetur i større grad kommer frem. På denne måten kan det være lettere å få et bilde av hvor kvinnelige innsatte bruker tiden på FA.

## **5.7 Studiets relevans for samfunnet og videre forskning**

Dette forskningsstudiet har tatt for seg en tematikk som det ikke har vært så mye forskning på tidligere. Det er altså snakk om kvinnelige innsattes opplevde velvære, psykiske helse og deltakelse i FA. Målet for å gjennomføre forskningsprosjektet var å rette søkelyset mot- og øke kunnskapen rundt kvinners helse i fengsel. Hvis en tar for seg menn som soner, finnes det mye forskning på deres helse i fengsel, i motsetning til kvinnene. Ettersom det har vært et stort fokus på menns fysisk- og psykiske helse i fengsel, var det viktig å undersøke kvinners helsetilstand. Dette fordi kvinner som soner i fengsel utgjør en marginal andel av fengselspopulasjonen med 6% (Kriminalomsorgen, u.å. d).

I forbindelse med HSCL-25 ble det innhentet data fra 25 spørsmål/variabler, hvor i det nåværende forskningsprosjektet kun ble tatt med data fra fire av spørsmålene. Resterende spørsmål ble ikke tatt med i dataanalysen, ettersom det hadde gitt svært mye data og gjort forskningsprosjektet omfattende og komplisert. Det med tanke på forskningsstudiets tidsramme. Forskeren valgte derfor ut fire spørsmål som hadde størst relevans for problemstillingen. For videre forskning kan det være interessant å undersøke resultatene fra for eksempel spørsmål om engstelse, dårlig appetitt og følelse av ensomhet opp imot deltakelse i FA, og se om det foreligger sammenhenger.

Resultater fra dette forskningsstudiet viser at kvinners velvære i fengsel er svært preget av psykiske lidelser som angst og depresjon. Funnene knyttet til deres velvære og FA må bygge på videre diskusjon og forskning, ettersom resultatene i det nåværende forskningsprosjektet viser til svak sammenheng, og ingen statistisk signifikant korrelasjon. FA er likevel en god behandlingsmetode for å forebygge psykiske lidelser, men også inaktivitet og andre sykdommer som overvekt og fedme, diabetes og hjerte og sykdommer (Bahr, 2019, s. 3). FA må tilrettelegges etter innsattes kjønn, alder, behov og funksjonsnivå, slik at deltakeren kan oppleve mestring og trivsel. I samarbeid med en fagperson kan det skape økt fellesskap, mestring og motivasjon for videre deltakelse (Moe, 2018, s. 157). Det trengs videre forskning på FA som en kostnadsfri behandlingsmetode mot psykiske lidelser, men med fokus på en større utvalgsstørrelse og flere bakgrunnsvariabler for økt gyldighet og pålitelighet til funnene.

## **Del 6.0 – Avslutning og konklusjon**

Denne studien presenterer foreløpige funn fra kvinnelige fengselsinnsatte, en populasjon det finnes lite forskning på i Norge. Utvalgsstørrelsen i studien er dermed en viktig faktor som må tas hensyn til ved tolkning av dataen. Funnene i studien fremhevet en høyere forekomst av angst og depresjon enn andre studier, spesielt blant yngre innsatte. De eldre var i større grad preget av dårligere velvære. Det var kun en liten andel av utvalget som lå under grenseverdien for ikke psykiske plager. Mange i utvalget når ikke Helsedirektoratets anbefalinger til daglig FA, selv om en vet at FA øker følelsen av glede, trivsel, fellesskap, sosial støtte og bedre søvnkvalitet. FA kan derfor brukes som en behandlingsmetode for å redusere stress, angst og depresjon og hjelpe i videre rehabilitering og tilbakeføring til samfunnet.

Det ble ikke etablerte klare sammenhenger mellom FA og velvære i forskningsstudiet, men det er sannsynlig at en investering i tilrettelagte teningsrom og utstyr som appellerer til kvinner og deres bruk, i tillegg til en investering i uteområde og tilrettelagte treningsprogram som fremmer FA, kan forbedre kvinnes fysiske og psykiske helse, og hjelpe i rehabiliteringsprosessen. Ettersom det i det nåværende forskningsprosjektet var en relativt lav utvalgsstørrelse, vil det være aktuelt å foreta flere studier rundt denne samfunnsgruppen. For å øke forståelsen og kunnskapen rundt kvinnelige innsattes velvære og FA.

## Del 7.0 – Referanseliste

- Amundsen, M.-L. (2012). Kjønnforskjeller i psykisk helse i norske fengsler. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 7(2), 3-15. <https://doi.org/10.7557/14.2223>
- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid: floskel, styringsverktøy, eller frigjøringsstrategi?* Gyldendal akademisk.
- Bahr, R. (2019). *Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (3. utg.). Fagbokforlaget.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Tward a Unifying Theory of Behavioural Change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Battaglia, C., Di Cagno, A., Fiorilli, G., Giombini, A., Borrione, P., Baralla, F., Marchetti, M. & Pigozzi, F. (2014). Participation in a 9-month selected physical exercise programme enhances psychological well-being in a prison population. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 25(5), 343-354. <https://doi.org/10.1002/cbm.1922>
- Bergh, B., Plugge, E. & Aguirre, I. Y. (2014). Women's health and the prison setting IS. Enggist, L. Møller, G. Galea & C. Udesen (Red.), *Prisons and health* (s. 159-164). World Health Organization. [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf)
- Borg, M. (2007). Arbeid, aktivitet og mening IA. Almvik & L. Borge (Red.), *Psykisk helsearbeid i nye sko* (s. 53-71). Fagbokforlaget.
- Brown, W. J., Trost, S. G., Bauman, A. E., Mummery, K. W. & Owen, N. (2004). Test-retest reliability of four physical activity measures used in population surveys. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 7(2), 205-215. [https://doi.org/10.1016/S1440-2440\(04\)80010-0](https://doi.org/10.1016/S1440-2440(04)80010-0)
- Bruvik, M. (2019, 11. september). *Hva er livskvalitet?* Folkehelseforeningen. Hentet 13. oktober 2021 fra <https://folkehelseforeningen.no/hva-er-livskvalitet/>

- Buckaloo, B. J., Krug, K. S. & Nelson, K. B. (2009). Exercise and the Low-Security Inmate: Changes in Depression, Stress, and Anxiety. *The Prison Journal*, 89(3), 328-343.  
<https://doi.org/10.1177/0032885509339508>
- Bull, F. C., Maslin, T. S. & Armstrong, T. (2009). Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ): Nine Country Reliability and Validity Study. *Journal of Physical Activity and Health*, 6(6), 790-804. <https://doi.org/10.1123/jpah.6.6.790>
- Bunkholdt, V. (2002). *Psykologi: en innføring for helse- og sosialarbeidere* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Craig, C. L., Marshall, A. L., Sjöström, M., Bauman, A. E., Booth, M. L., Ainsworth, B. E., Pratt, M., Ekelund, U., Yngve, A., Sallis, J. F. & Oja, P. (2003). International Physical Activity Questionnaire: 12-Country Reliability and Validity. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 35(8), 1381-1395.  
<https://doi.org/10.1249/01.MSS.0000078924.61453.FB>
- Cramer, V. (2014). *Forekomst av psykiske lidelser hos domfelte i norske fengsler*. Oslo universitetssykehus. [https://sifer.no/wp-content/uploads/2019/08/Forekomst\\_av\\_psykiske\\_lidelser\\_hos\\_domfelte\\_i\\_norske\\_fengsler.pdf](https://sifer.no/wp-content/uploads/2019/08/Forekomst_av_psykiske_lidelser_hos_domfelte_i_norske_fengsler.pdf)
- Dahl, A. A. (2020). Hva er psykiske lidelser? I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (s. 7-13). Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal Akademisk
- Danielsen, K. K. (2021). *En oppsummering av kunnskap: Fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid*. Omsorgsbiblioteket.  
<https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmllui/bitstream/handle/11250/2771773/Fysisk%20aktivitet%20i%20psykisk%20helsearbeid.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Journal of the Society for General Systems Research*, 19(1), 1-15. <https://doi.org/10.1002/bs.3830190102>
- Diakonhjemmet Sykehus. (2021, 06. april). *IPAQ short (International Physical Activity Questionnaire)*. <https://diakonhjemmetsykehus.no/nkrr/klinisk-verktoykasse/a-til-a/ipaq-short-international-physical-activity-questionnaire>
- Folkehelseinstituttet. (2015, 01. mars). *Målemetoder for psykisk helse*. Hentet 29. september 2021 fra <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/malemetoder-for-psykisk-helse/>
- Folkehelseinstituttet. (2017). *Fysisk inaktivitet - voksne (indikator 7)*. Hentet 3. november 2021 fra <https://www.fhi.no/nettpub/ncd/fysisk-aktivitet/voksne/>
- Friestad, C. & Hansen, I. L. S. (2004). *Levekår blant innsatte* (Fafo-rapport 429). Fafo. [https://www.fafo.no/media/com\\_netsukii/429.pdf](https://www.fafo.no/media/com_netsukii/429.pdf)
- Fugelli, P. & Ingstad, B. (2009). *Helse på norsk: god helse slik folk ser det*. Gyldendal akademisk.
- Gonzalez, M. T. (2020a). Aktivitet og rekreasjon IM. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (s. 242-252). Gyldendal.
- Gonzalez, M. T. (2020b). *Psykiske lidelser - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver*. Gyldendal.
- Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Fagbokforlaget.
- Grønmo, S. (2016). *Samfunnsvitenskapelige metoder* (2. utg.). Fagbokforlaget.

- Hansen, B. H., Anderssen, S. A., Steene-Johannessen, J., Ekelund, U., Nilsen, A. K., Andersen, I. D., Dalene, K. E. & Kolle, E. (2015). *Fysisk aktivitet og sedat tid blant voksne og eldre i Norge - Nasjonal kartlegging 2014-2015 (IS-2367)*. Helsedirektoratet. [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/fysisk-aktivitet-kartleggingsrapporter/Fysisk%20aktivitet%20og%20sedat%20tid%20blant%20voksne%20og%20eldre%20i%20Norge.pdf/\\_attachment/inline/7d460cdf-051a-4ecd-99d6-7ff8ee07cf06:eff5c93b46b28a3b1a4d2b548fc53b9f51498748/Fysisk%20aktivitet%20og%20sedat%20tid%20blant%20voksne%20og%20eldre%20i%20Norge.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/fysisk-aktivitet-kartleggingsrapporter/Fysisk%20aktivitet%20og%20sedat%20tid%20blant%20voksne%20og%20eldre%20i%20Norge.pdf/_attachment/inline/7d460cdf-051a-4ecd-99d6-7ff8ee07cf06:eff5c93b46b28a3b1a4d2b548fc53b9f51498748/Fysisk%20aktivitet%20og%20sedat%20tid%20blant%20voksne%20og%20eldre%20i%20Norge.pdf)
- Hansen, B. H., Streene-Johannessen, J. & Kolle, E. (2018). Status fysisk aktivitet og fysisk form i befolkningen. I M. K. Torstveit, H. Lohne-Seiler, S. Berntsen & S. A. Anderssen (Red.), *Fysisk aktivitet og helse* (s. 92-113). Cappelen Damm.
- Hartvig, P. (2010). Sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri. I F. Skårderud, S. Haugsgjerd & E. Stånicke (Red.), *Psykiatriboken: sinn - kropp - samfunn* (s. 487-494). Gyldendal Akademisk.
- Hellebust, M., Smith, P. S., Lundeberg, I. & Skilbrei, M.-L. (2021). *Lengst inne i fengselet - Kvinnelige innsatte med behov for helsehjelp*. Institutt for kriminologi og rettssosiologi. [https://www.ldo.no/globalassets/\\_ldo\\_2019/\\_bilder-til-nye-nettsider/rapporter/lengst-inne-i-fengselet.pdf](https://www.ldo.no/globalassets/_ldo_2019/_bilder-til-nye-nettsider/rapporter/lengst-inne-i-fengselet.pdf)
- Helsedirektoratet. (2016, 06. januar). *Statistikk om fysisk aktivitetsnivå og stillesitting*. Hentet 24. mai. 2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/fysisk-aktivitet/statistikk-om-fysisk-aktivitetsniva-og-stillesitting>
- Helsedirektoratet. (2017, 14. april). *Angst*. Hentet 04. februar 2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/angst-og-depresjon/angst>
- Helsedirektoratet. (2018, 30. november). *Ernæring, fysisk aktivitet og søvn – pakkeforløp for psykisk helse og rus*. <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/somatisk-helse-og-levevaner-ved-psykiske-lidelser-og-eller-rusmiddelproblemer/ernaering-fysisk-aktivitet-og-sovn-pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus#oppfolging-ved-redusert-fysisk-aktivitet-hos-pasienter-med-psykiske-lidelser-og-eller-rusmiddelproblemer>

Helsedirektoratet. (2019, 15. september). *Innsattes helsetilstand*. Hentet 10. april 2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/helse-og-omsorgstjenester-til-innsatte-i-fengsel-arsrapporter/innsattes-helsetilstand>

Helsedirektoratet. (2022a, 09. mai ). *Nye råd om fysisk aktivitet og stillesitting – hvert eneste minutt teller*. Hentet 10. mai 2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/nye-rad-om-fysisk-aktivitet-og-stillesitting--hvert-eneste-minutt-teller>

Helsedirektoratet. (2022b, 09. mai). *Voksne og eldre – generelle råd*. Hentet 10. mai 2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling/voksne-og-eldre>

Helsenorge. (2019, 05. desember ). *Fem råd for økt livskvalitet og sterkere psykisk helse*. Hentet 21. mai 2022 fra <https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/fem-rad-for-sterkere-psykisk-helse>

Holsten, F. (2020). Stemningslidelser. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser - fagelig forståelse og terapeutisk tilnærming: sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (s. 101-114). Gyldendal.

IPAQ. (2005). *Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) – Short and Long Forms*  
<https://diakonhjemmetsykehus.no/seksjon/nkrr/Documents/IPAQ%20sk%C3%A5ringmanual.pdf>

Justis- og beredskapsdepartementet. (u.å.). *Kriminalomsorgsdirektoratet*. Regjeringen. Hentet 2. mai 2022 fra <https://www.regjeringen.no/no/dep/jd/org/underliggende-etater/kriminalomsorgsdirektoratet/id426320/>

Kriminalomsorgen. (2021). *Årsrapport 2021*.  
<file:///C:/Users/Eier/Downloads/Kriminalomsorgen+%C3%A5rsrapport+2021+m.+vedlegg.pdf>

Kriminalomsorgen. (2022, 26. januar). *Nøkkeltall fra Kriminalomsorgen*.

Kriminalomsorgsdirektoratet. <https://kommunikasjon.ntb.no/pressemelding/nokkeltall-fra-kriminalomsorgen?publisherId=17847130&releaseId=17924502>

Kriminalomsorgen. (u.å. a). *Arbeids- og aktivitetstilbud*. Kriminalomsorgsdirektoratet. Hentet 28. mai 2022 fra <https://www.kriminalomsorgen.no/arbeids-og-aktivitetstilbud.527951.no.html>

Kriminalomsorgen. (u.å. b). *Om kriminalomsorga*. Kriminalomsorgsdirektoratet. Hentet 12. januar 2022 fra <https://www.kriminalomsorgen.no/om-kriminalomsorgen.533223.no.html>

Kriminalomsorgen. (u.å. c). *Ord og uttrykk*. Kriminalomsorgsdirektoratet. Hentet 05. mai 2022 fra <https://www.kriminalomsorgen.no/ord-og-uttrykk.275774.no.html>

Kriminalomsorgen. (u.å. d). *Soning for kvinner*. Kriminalomsorgsdirektoratet. Hentet 27. august 2021 fra <https://www.kriminalomsorgen.no/kvinnefengsler.518722.no.html>

Kriminalomsorgen. (u.å. e). *Straff i fengsel*. Kriminalomsorgsdirektoratet. Hentet 02. september 2021 fra <https://www.kriminalomsorgen.no/straff-i-fengsel.516314.no.html>

Kurtze, N., Rangul, V. & Hustvedt, B.-E. (2008). Reliability and validity of the international physical activity questionnaire in the Nord-Trøndelag health study (HUNT) population of men. *BMC Medical Research Methodology*, 8(63), 1-9.

<https://doi.org/10.1186/1471-2288-8-63>

Magnussen, S. F. & Tingvold, L. (2021). *Kartlegging av helse- og omsorgsbehov blant innsatte i fengsel*. O. Øst.

<https://kommunikasjon.ntb.no/data/attachments/00056/e104c2a5-2ccf-40ab-adcc-65e56b331acb.pdf>

Mannocci, A., Masala, D., Mipatrini, D., Rizzo, J., Meggiolaro, S., Di Thiene, D. & La Torre, G. (2015). The relationship between physical activity and quality of life in prisoners: a

- pilot study. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene* 56(4), 172-175.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4753818/>
- Mannocci, A., Mipatrini, D., D'Egidio, V., Rizzo, J., Meggiolaro, S., Firenze, A., Boccia, G., Santangelo, E. O., Villari, P., Torre, G. & Masala, D. (2017). Health related quality of life and physical activity in prison: a multicenter observational study in Italy. *European Journal of Public Health*, 28(3), 570-576.  
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx183>
- Martinsen, E. W. (2007). Fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser. I A. Almvik & L. Borge (Red.), *Psykisk helsearbeid i nye sko* (s. 121-137). Fagbokforlaget.
- Martinsen, E. W. (2018a). Fysisk aktivitet og psykiske lidelser. I M. K. Torstveit, H. Lohne-Seiler, S. Berntsen & S. A. Anderssen (Red.), *Fysisk aktivitet og helse: fra begrepsforståelse til implementering av kunnskap* (s. 245-268). Cappelen Damm akademisk.
- Martinsen, E. W. (2018b). *Kropp og sinn: fysisk aktivitet, psykisk helse, kognitiv terapi* (3. utg.). Fagbokforlaget.
- Martinsen, E. W. (2020a). Angstlidelser. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (s. 115-120). Gyldendal.
- Martinsen, E. W. (2020b). Fysisk aktivitet i forebygging og behandling av psykiske lidelser. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (s. 253-257). Gyldendal.
- Meek, R. (2013). *Sport in Prison: Exploring the Role of Physical Activity in Correctional Settings*. Routledge [https://doi.org/https://doi.org/10.4324/9780203797051](https://doi.org/10.4324/9780203797051)
- Meld. St. 19 (2014-2015). *Folkehelsemeldingen — Mestring og muligheter*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/7fe0d990020b4e0fb61f35e1e05c84fe/no/pdfs/stm201420150019000dddpdfs.pdf>

Meld. St. 39 (2020-2021). *Kriminalomsorgsmeldingen – fremtidens kriminalomsorg og straffegjennomføring*. Justis- og beredskapsdepartement.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/86e5b47b2b1a4c91a4f68be3153177b6/no/pdfs/stm202020210039000dddpdfs.pdf>

Moe, T. (2018). Motivasjon for fysisk aktivitet IE. Martinsen W (Red.), *Kropp og sinn: fysisk aktivitet, psykisk helse, kognitiv terapi* (s. 155-171).

Morken, I. (2012). *Normalitet og avvik* (2. utg.). Cappelen Damm akademisk.

Mæland, J. G., Haugen, K., Høyser, G. & Krokstad, S. (2013). *Sosialmedisin* (2. utg.). Gyldendal.

Normann, T., Sandvin, J. T. & Thommesen, H. (2016). *Om rehabilitering: helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset* (3. utg.). Kommuneforlaget.

Nystad, W. (2022, 20. mai). *Fysisk aktivitet i Norge*. Folkehelseinstituttet. Hentet 24. mai fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/fysisk-aktivitet/>

Ommundsen, Y. & Haugen, T. (2018). Hva påvirker barn, ungdom og voksnes fysiske aktivitet? I M. K. Torstveit, H. Lohne-Seiler, S. Berntsen & S. A. Anderssen (Red.), *Fysisk aktivitet og helse: fra begrepsforståelse til implementering av kunnskap* (s. 321-349). Cappelen Damm

Pallant, J. (2020). *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using IBM SPSS* (7. utg.). Open University Press.

Parloff, M. B., Kelman, H. C. & Frank, J. D. (1954). Comfort, effectiveness, and self-awareness as criteria of improvement in psychotherapy. *Am J Psychiatry*, 111(5), 343-352. <https://doi.org/10.1176/ajp.111.5.343>

Revolv, M. K. (2016). Samfunnsspeilet. *Statistisk sentralbyrå* (2).

[https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/ssp/\\_attachment/269777?ts=155588a7588](https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/ssp/_attachment/269777?ts=155588a7588)

Rådet for psykisk helse. (2016, 23. september). *Debattinnlegg: Fysisk aktivitet bidrar til bedre psykisk helse blant innsatte*. Hentet 17. september 2021 fra

<https://www.psykiskhelse.no/nyheter/fysisk-aktivitet-bidrar-til-bedre-psykisk-helse-blant-innsatte>

Schiefloe, P. M. (2013). *Mennesker og samfunn* (2. utg.). Fagbokforlaget.

Sivilombudsmannen. (2016a). *Besøksrapport Bredtveit fengsel*

<https://www.sivilombudet.no/wp-content/uploads/2016/06/Bredtveit-fengsel-bes%C3%B8ksrapport-2016.pdf>

Sivilombudsmannen. (2016b). *Kvinner i fengsel: En temarapport om kvinners soningsforhold i Norge*. [https://www.sivilombudet.no/wp-](https://www.sivilombudet.no/wp-content/uploads/2017/05/Temarapport_Kvinner-i-fengsel.pdf)

[content/uploads/2017/05/Temarapport\\_Kvinner-i-fengsel.pdf](https://www.sivilombudet.no/wp-content/uploads/2017/05/Temarapport_Kvinner-i-fengsel.pdf)

St. meld. nr. 16 (2002–2003). *Resept for et sunnere Norge*. Helsedepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/069d160b7cf54b04a1a375515d01659a/no/pdfs/stm200220030016000dddpdfs.pdf>

St. meld. nr. 37 (2007-2008). *Straff som virker- mindre kriminalitet- tryggere samfunn*. Justis- og politidepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d064fb36995b4da8a23f858c38ddb5f5/no/pdfs/stm200720080037000dddpdfs.pdf>

Steene-Johannessen, J., Grydeland, M. & Hansen, B. H. (2018). Måling av fysisk aktivitet og fysisk form. I M. K. Torstveit, H. Lohne-Seiler, S. berntsen & S. A. Anderssen (Red.), *Fysisk aktivitet og helse* (s. 62-91). Cappelen Damm.

Stephenson, T., Leaman, J., O'Moore, É., Tran, A. & Plugge, E. (2021). Time out of cell and time in purposeful activity and adverse mental health outcomes amongst people in

- prison: a literature review. *International Journal of Prisoner Health*, 17(1), 54-68.  
<https://doi.org/10.1108/IJPH-06-2020-0037>
- Storvik, B. L. (2017). *Straffegjennomføring*. Cappelen Damm Akademisk
- Straffegjennomføringsloven. (2002a). *Arbeid, opplæring, program eller andre tiltak* (§ 18). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-05-18-21>
- Straffegjennomføringsloven. (2002b). *Fritidsaktiviteter* (§ 21). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-05-18-21>
- Straffegjennomføringsloven. (2002c). *Lufting* (§ 22). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-05-18-21>
- Straffegjennomføringsloven. (2014). *Formål* (§ 2). Lovdata <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-05-18-21>
- Straffegjennomføringsloven. (2015). *Fritidsaktiviteter* (§ 21). Kriminalomsorgen <https://www.kriminalomsorgen.no/getfile.php/3980130.823.iakbuwimamnbji/%C2%A7%C2%A7+21+-+Fritidsaktiviteter.pdf?&force=1>
- Taggart, F., Stewart-Brown, S. & Parkinson, J. (2015). *Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS)*. NHS Health Scotland. <https://s3.amazonaws.com/helpscout.net/docs/assets/5f97128852faff0016af3a34/attachments/5fe10a9eb624c71b7985b8f3/WEMWBS-Scale.pdf>
- Teigland, M. (2021). *Psykiske lidelser i fengsel: helsefremmende og kriminalitetsforebyggende arbeid med innsatte*. Fagbokforlaget.
- Tesli, M. S., Handal, M., Torvik, F. A., Knudsen, A. K. S., Odsbu, I., Gustavson, K., Reichborn-Kjennerud, T., Nesvåg, R., Hauge, L. J. & Reneflot, A. (2021, 03. desember). *Psykiske lidelser hos voksne*. Folkehelseinstituttet. Hentet 02. februar 2022 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/>



- Torstveit, M. K., Lohne-Seiler, H., Berntsen, S. & Anderssen, S. A. (2018). *Fysisk aktivitet og helse: fra begrepsforståelse til implementering av kunnskap*. Cappelen Damm akademisk.
- Vige, Å. M. (2018). *Kvinnens erfaringer med å sone i norske fengsler våren 2017* (1/2018). Jurdisk rådgivning for kvinner (JURK).  
<https://foreninger.uio.no/jurk/publikasjoner/rapport-jurk-kvinnens-erfaringer-med-asonen.pdf>
- Vincent, W. J. & Weir, J. P. (2012). *Statistics in kinesiology* (4. utg.). Human Kinetics, .
- Vindbjerg, E., Mortensen, E. L., Makransky, G., Nielsen, T. & Carlsson, J. (2021). A rasch-based validity study of the HSCL-25. *Journal of Affective Disorders Reports*, 4.  
<https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100096>
- Wakai, S., Sampl, S., Hilton, L. & Ligon, B. (2014). Women in Prison: Self-Injurious Behavior, Risk Factors, Psychological Function, and Gender-Specific Interventions. *The Prison Journal*, 94(3), 347-364. <https://doi.org/10.1177/0032885514537602>
- WARWICK. (2020). *About WEMWBS*.  
<https://warwick.ac.uk/fac/sci/med/research/platform/wemwbs/about/>
- Windle, G., Hughes, D., Linck, P., Russell, I. & Woods, B. (2010). Is exercise effective in promoting mental well-being in older age? A systematic review. *Aging and Mental Health* 14(6), 652-669. <https://doi.org/10.1080/13607861003713232>
- World Health Organization. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
- World Health Organization. (2018). *Mental health: strengthening our response*.  
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

World Health Organization. (2019, 28. november). *Mental disorders*. Hentet 03. februar 2022 fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

World Health Organization. (u.å.). *Health and Well-Being*. Hentet 04. februar 2022 fra <https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/health-and-well-being>

World Population Review. (2021). *Incarceration Rates By Country 2021*. Hentet 10. september fra <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/incarceration-rates-by-country>

## Vedlegg

### Vedlegg A – HSCL-25

ID nummer:

Alder:

#### Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25)

Når smerter og andre plager har vart en tid, blir en gjerne sliten og oppgitt. Dette gir ofte slike plager som nevnt nedenfor. Samlet blir disse her brukt som mål på at en er legemlig og psykisk presset. Vurder hvor mye hvert symptom har vært til plage eller ulempe for deg **de siste 14 dagene (til og med i dag)**. For hvert spørsmål nedenfor, sett et kryss i ruten for det tallet (1, 2, 3 eller 4) som passer deg best.

Spørsmål:	Ikke i det hele tatt (1)	Litt (2)	En god del (3)	Svært mye (4)
1. Plutselig skremt uten grunn.				
2. Føler du deg engstelig.				
3. Føler du deg svimmel eller kraftløs.				
4. Nervøs eller urolig.				
5. Hjerterbank.				
6. Skjelving.				
7. Føler deg anspent eller opphisset.				
8. Hodepine.				
9. Anfall av redsel eller panikk.				
10. Rastløshet, kan ikke sitte rolig				
11. Føler deg slapp og uten energi				
12. Anklager deg selv for ting.				
13. Har lett for å gråte.				
14. Tap av seksuell interesse/opplevelse.				
15. Dårlig appetitt.				

16. Vanskelig for å sove.				
17. Følelse av håpløshet mht. framtiden.				
18. Føler deg nedfor.				
19. Føler deg ensom.				
20. Har tanker om å ta ditt eget liv.				
21. Følelse av å være fanget.				
22. Bekymrer deg for mye.				
23. Føler ikke interesse for noe.				
24. Føler at alt krever stor anstrengelse				
25. Føler at du ikke er noe verd.				

HSCL-25

Husk at deltakelse i prosjektet er anonymt. Skiv derfor inn ID nummeret ditt på spørreskjemaene for å ha muligheten til å trekke tilbake deltakelse senere i prosjektet. Hvis du har spørsmål angående prosjektet, les informasjonsskrivet som er tildelt eller ta kontakt med kontaktbetjenten din.

Tusen takk for at du bruker din tid på å delta i dette prosjektet.

Det settes virkelig pris på!

## Vedlegg B – IPAQ

ID nummer:

Alder:

### INTERNATIONAL PHYSICAL ACTIVITY QUESTIONNAIRE (IPAQ)

De følgende spørsmålene handler om fysisk aktivitet. Vi er interessert i å vite hvilke former for fysisk aktivitet du driver med i det daglige. Spørsmålene innbefatter tiden du har vært i fysisk aktivitet de siste 7 dagene. Svar på spørsmålene selv om du ikke anser deg for å være en aktiv person. Inkluder alle aktiviteter som både arbeid, når du beveger deg fra sted til sted, rengjøring, hagearbeid, fritidsaktiviteter og planlagt trening.

#### Når du svarer på spørsmålene:

**Meget** anstrengende – er fysisk aktivitet som får deg til å puste *mye mer* enn vanlig

**Middels** anstrengende – er fysisk aktivitet som får deg til å puste *litt mer* enn vanlig

Det er kun aktiviteter som varer **minst 10 minutter i strekk** som skal rapporteres

- 1a) **Hvor mange dager i løpet av de siste 7 dager har du drevet med meget anstrengende fysiske aktiviteter som tunge løft, gravearbeid, aerobics eller sykle fort?** Tenk bare på aktiviteter som varer minst 10 minutter i strekk

(vennligst skriv tall)

Dager per uke

Ingen (gå til spørsmål 2a)

- 1b) **På en vanlig dag hvor du utførte meget anstrengende fysiske aktiviteter, hvor lang tid brukte du da på dette?**

*(vennligst skriv tall)*

Timer

Minutter

Vet ikke/husker ikke

- 2a) **Hvor mange dager i løpet av de siste 7 dager har du drevet med middels anstrengende fysiske aktiviteter som å bære lette ting, sykle eller jogge i moderat tempo?** Ikke ta med gange, det kommer i neste spørsmål.

*(vennligst skriv tall 1-7)*

Dager per uke

Ingen (gå til spørsmål 3a)

- 2b) **På en vanlig dag hvor du utførte middels anstrengende fysiske aktiviteter, hvor lang tid brukte du da på dette?**

*(vennligst skriv tall)*

Timer

Minutter

Vet ikke/husker ikke

- 3a) **Hvor mange dager i løpet av de siste 7 dager, gikk du minst 10 minutter i strekk for å komme deg fra ett sted til et annet?** Dette inkluderer gange på jobb og avdeling, eller gange som du gjør på tur eller som trening i fritiden

*(vennligst skriv tall)*

Dager per uke

Ingen (gå til spørsmål 4)

- 3b) **På en vanlig dag hvor du gikk for å komme deg fra et sted til et annet, hvor lang tid brukte du da totalt på å gå?**

*(vennligst skriv tall)*

Timer

Minutter

Vet ikke/husker ikke

- 4) **Dette spørsmålet omfatter all tid du tilbringer i ro (sittende) på jobb, rommet, avdelingen, på kurs og på fritiden. Det kan være tiden du sitter ved et arbeidsbord, hos venner, mens du leser eller ligger for å se på TV.**

**I løpet av de siste 7 dager, hvor lang tid brukte du vanligvis totalt på å sitte på en vanlig hverdag?**

*(vennligst skriv tall)*

Timer

Minutter

Vet ikke/husker ikke

## Vedlegg C – Informasjonsskriv

# Vil du delta i forskningsprosjektet *Fysisk aktivitet og velvære i fengsel*

Dette er et spørsmål om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å belyse temaet *Fysisk aktivitet og velvære i fengsel*. I dette skrivet gir vi informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære.

### Formål

Prosjektet er en del av min masteroppgave, innenfor idrettsvitenskap. Formålet med prosjektet er å belyse temaet fysisk aktivitet og velvære i fengsel. Prosjektet er rettet mot kvinnelige innsatte og deres oppfatning/opplevelse av deres psykiske helse i forhold til fysisk aktivitet.

Problemstillingen prosjektet tar for seg er som følger: *Finnes det en sammenheng mellom fysisk aktivitet og velvære hos kvinnelige fengsels-innsatte?*

Det er godt dokumentert at fysisk aktivitet har en sterk assosiasjon med helse (Hansen et al. 2018, s. 92). Likevel er den fysiske og psykiske helsen til domfelte i norske fengsler dårligere enn gjennomsnittsbefolkningen i Norge (Rådet for psykisk helse, 2016). Kvinnelige domfelte er spesielt utsatt for angst, depresjon og selvmordstanker (Aanstad, Ingeborg & Smith-Gahrson, 2020). I forhold til nasjonal litteratur finnes det lite forskning innenfor fagfeltet, derfor ønsker jeg å bidra til å øke innsikten i forhold til temaet. Informasjonen som innhentes vil ikke brukes til andre formål enn selve masteroppgaven og kanskje publikasjon i vitenskapelig tidsskrift. Det kan ta opptil 15 minutter å svare på spørreskjemaene, men som deltaker kan du bruke så lang tid du trenger på å svare.

### Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Ansvarlige for forskningsprosjektet er Universitetet i Stavanger, prosjektansvarlig/veileder Sebastian Schanche Sandgren og student Hanne Farestad.



### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Kvinner utgjør en liten andel av innsatte i norske fengsler med ca. 6 prosent. Kvinnelige innsatte kan altså regnes som en minoritetsgruppe i samfunnet. Gjennom prosjektet ønsker jeg å sette søkelys på deres fysiske- og psykiske helse. Utvalget for prosjektet er derfor kvinnelige innsatte. For å innhente nok data, trengs det deltakere i prosjektet som kan bidra til økt innsikt- og kunnskap i temaet.

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du fyller ut et samtykkeskjema om deltakelse i prosjektet, for så å svare på to spørreskjemaer. Begge spørreskjemaene er anonyme, som vil si at du ikke skal være gjenkjennbar ved analysering av data.

Det ene spørreskjemaet International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) omhandler fysisk aktivitet. Skjemaet gir en oversikt over hvor mye tid du bruker i fysisk aktivitet og aktivitetsnivået ditt. Skjemaet består av 4 spørsmål, med under spørsmål. Eksempel: På en vanlig dag hvor du utførte middels anstrengende fysiske aktiviteter, hvor lang tid brukte du da på dette?

Det andre spørreskjemaet Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25) omhandler velvære og psykisk helse. HSCL-25 spørreskjemaet tar for seg 25 spørsmål som omhandler generell psykisk helse/plager. Eksempler på spørsmål: «føler du deg engstelig», «har lett for å gråte» eller «føler ikke interesse for noe». Spørreskjemaet har en skår med verdi fra 1 (Ikke i det hele tatt) til 4 (Svært mye).

Utfylte spørreskjemaer legges i en konvolutt og gis til en ansatt. Dine svar fra spørreskjemaet blir registrert elektronisk på OneDrive en sikker database som kun veileder og student har tilgang til.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Dette gjør du ved å oppgi ID nummeret ditt som du skal lage. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

## **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. For å sikre at ingen uvedkommende får tilgang til opplysningene fra spørreskjemaet så lagres dataen på en sikker database. Personer med tilgang til opplysningene hentet fra spørreskjemaene er prosjektansvarlig/veileder Sebastian S. Sandgren ved Universitetet i Stavanger og student Hanne Farestad.

For å bevare din anonymitet, ønsker vi at du lager ditt eget ID nummer med følgende format: Initialer på fornavn og etternavn etterfulgt av den datoen du er født. ID nummeret skrives på begge spørreskjemaene og samtykkeerklæringen. Hvis du ønsker å trekke din deltakelse på et tidspunkt i løpet av studien, vennligst oppgi dette ID nummeret. Når du signerer samtykke, vennligst bruk ditt ID nummer. Et eksempel kan være:

Navn: **K**ari **N**ormann.

Født: **28.** september

Ditt ID nummerer vil da være: KN28.

## **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene anonymiseres fortløpende når data innhentes av deltakerne og videre utover i prosjektet. Deltakerne anonymiserer seg selv ved ID nummer. Ved prosjektslutt vil all innhentede data slettes.

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

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Stavanger har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Kriminalomsorgen Region har også gitt godkjenning i forhold til behandling av personopplysninger og anonymitet for innhenting av data.

## **Dine rettigheter**

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

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

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Student Hanne Farestad ved Universitetet i Stavanger
- Prosjektansvarlig og veileder Sebastian S. Sandgren ved Universitetet i Stavanger

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD og Kriminalomsorgen sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost [personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.
- Kriminalomsorgen på telefon: 51 97 39 00.

Med vennlig hilsen

Masterstudent *Hanne Farestad*

Prosjektansvarlig og veileder *Sebastian Sandgren*

**Vedlegg D – Samtykkeerklæring**

## Samtykkeerklæring

For å bevare din anonymitet, vennligst lag ditt eget ID nummer med følgende format: Initialer på fornavn og etternavn etterfulgt av den datoen du er født. Hvis du ønsker å trekke din deltakelse på et tidspunkt i løpet av studien, vennligst oppgi dette ID nummeret. Når du signerer samtykkeerklæringen, vennligst bruk ditt ID nummer.

Jeg har mottatt og forstått informasjonen om prosjektet *Fysisk aktivitet og velvære i fengsel*.  
Jeg samtykker til:

- å delta i en kvantitativ spørreundersøkelse ved spørreskjema.
- at informasjonen jeg oppgir i spørreundersøkelsene blir brukt til prosjektet.

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

-----

(Signert av prosjektdeltaker: ditt ID nummer)

Dato (i dag): *dd/mm/åå*

-----

## Vedlegg E – Godkjenning fra Kriminalomsorgen



Kriminalomsorgen region

Sebastian S. Sandgren  
Institutt for grunnskolelærerutdanning, idrett og  
spesialpedagogikk, Universitetet i Stavanger

Deres ref:

Vår ref:  
202100397-72

Dato:  
26.10.2021

### **SVAR PÅ SØKNAD OM FORSKNING - "FYSISK AKTIVITET OG VELVÆRE I FENGSEL"**

Det vises til søknad om forskning i kriminalomsorgen fra Hanne Farestad, mottatt 7.10.2021.

Svar på søknaden sendes veileder, slik praksis er når søker ikke selv innehar forskerkompetanse.

#### **Bakgrunn og formål**

Hanne Farestad er masterstudent ved Universitetet i Stavanger. Hun skal skrive en masteroppgave innenfor idrettsvitenskap. Hun søker om adgang til å rekruttere 20-30 innsatte kvinner til å svare på to spørreskjema til bruk i forskningsprosjektet "Fysisk aktivitet og velvære i fengsel".

Prosjektet er rettet mot kvinnelige innsatte og deres opplevelse av velvære i forhold til tid i fysisk aktivitet. I prosjektbeskrivelsen viser søker blant annet til to italienske studier der det fremkommer at fysisk aktivitet er med på å påvirke både fysiske og mentale faktorer i livskvaliteten til de innsatte, og sammenheng mellom livskvalitet og tiden brukt på fysisk aktivitet. Søker skriver at det nasjonalt finnes få artikler som omhandler aktivitetens innvirkning på kvinners psykiske helse i fengsel.

I prosjektbeskrivelsen skriver søkeren: «Formålet med prosjektet er å belyse, diskutere og muligens avdekke/kartlegge ny kunnskap som sier noe om sammenhengen mellom fysisk aktivitet og velvære hos kvinnelige fengsels-innsatte. Prosjektet er rettet mot kvinnelige innsatte og deres oppfatning/opplevelse av deres psykiske helse i forhold til fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet er et alternativ som kan brukes som et hjelpemiddel for å styre vår psykisk helse.»

## **Problemstilling**

Søkeren har utarbeidet følgende problemstilling:

«Finnes det en sammenheng mellom fysisk aktivitet og velvære hos kvinnelige fengselsinnsatte?»

## **Bekreftelse fra faglig veileder**

Sebastian S. Sandgren, førsteamanuensis ved Institutt for grunnskolelærerutdanning, idrett og spesialpedagogikk ved Universitetet i Stavanger er faglig veileder og ansvarlig for prosjektet.

Det er foruten bekreftelse fra faglig veileder fremlagt søknad/prosjektbeskrivelse, spørreskjema, informasjonsskriv og samtykkeerklæring, vurdering fra NSD og e-post fra REK.

## **Metode**

Studien vil benytte seg av en kvantitativ forskningsmetode. Forskeren ønsker å samle inn data fra kvinnelige innsatte ved bruk av to spørreskjema om fysisk aktivitet (IPAQ) og psykisk helse og velvære (HSCL-25).

## **Regelverk**

Kriminalomsorgens adgang til å behandle søknader om forskning reguleres av Rundskriv G-07/2007, Retningslinjer for behandling av søknader om forskning i kriminalomsorgen.

Det følger av retningslinjene at regionalt nivå i kriminalomsorgen er ansvarlig for å avgjøre søknader om adgang til å rekruttere innsatte/domfelte og tilsatte til forskningsprosjekter og for å behandle søknader om bruk av taushetsbelagte opplysninger fra kriminalomsorgen til forskning hvor det kreves dispensasjon fra taushetsplikten. Alle søknader om forskning skal vurderes individuelt. Hvis søknaden ikke anses å tilfredsstille kravene som er skissert i retningslinjene, må det innhentes nødvendig tilleggsdokumentasjon, jf. retningslinjene pkt. 5.

Det skal foretas en individuell vurdering av om det enkelte forskningsprosjekt kan være til unødig belastning for innsatte/domfelte eller tilsatte.

Lokalt nivå skal få mulighet til å uttale seg om søknaden. De skal vurdere om de har kapasitet til å ta imot forskeren, om prosjektet er praktisk gjennomførbart og sikkerhetsmessig forsvarlig.

Søknaden kan avslås av etiske, sikkerhetsmessige eller kapasitetsmessige årsaker, jf. retningslinjene pkt. 8. Tilgang til forskning i kriminalomsorgen bør i hovedsak gis i prioritert rekkefølge til forskningsinstitusjoner, til doktorgrads- og masterstudenter. I følge retningslinjene kan bachelorstudenter få tilgang til å innhente data i Kriminalomsorgen hvis søknaden anses å tilfredsstille de krav som er skissert i retningslinjene og hvis kapasiteten tillater det.

- **Søknaden innvilges**

Prosjektet anses for å være relevant for kriminalomsorgen.  
Fengselet har kapasitet og ønsker å bidra i prosjektet.

Det er en forutsetning at respondentene har fått informasjonsmaterialet og samtykkeskjemaet, og deretter har gitt klart uttrykk for at de ønsker å delta i studien. Videre må enheten ha ressurser til å legge til rette for at forskeren kan gjennomføre undersøkelsen på en sikkerhetsmessig forsvarlig måte. Det er en forutsetning at undersøkelsen gjennomføres som beskrevet i søknaden.

Datainnsamlingen må være fullført senest innen 1.6.2022.

### **Krav til forskeren**

Forskningen skal gjennomføres på en forsvarlig måte, og de ansatte og innsatte skal ikke utsettes for personlige belastninger. Forskeren skal fremlegge bakgrunnsmaterialet og informere enheten ut ifra behov. Forskeren skal forholde seg til enhetens sikkerhetsmessige instruksjoner. Fengselet vil også kunne innhente opplysninger om forskerensandel. Dette er rutinemessig ledd i sikkerhetsvurderingen.

### **Taushetsplikt**

Opplysninger forskeren blir gjort kjent med kan være undergitt taushetsplikt, jf. forvaltningsloven § 13. Forskeren er undergitt taushetsplikt, jf. forvaltningsloven § 13 c. Av § 13 e følger at forskeren plikter å hindre at andre får tilgang til eller kjennskap til opplysningene undergitt taushetsplikt. Overtredelse av taushetspliktsbestemmelsene er straffbart, jf. straffeloven § 209. Videre er det en forutsetning at forsker er kjent med lov om behandling av personopplysninger og personvernforordningen.

Det er et vilkår at forskeren undertegner en taushetserklæring med henvisning til bestemmelsene ovenfor. Slik erklæring utarbeides av den enhet der forskningen skal gjennomføres.

### **Oppbevaring av materiale**

Forskeren skal påse at innsamlet materiale blir oppbevart på en forsvarlig måte, og at det foretas anonymisering av personidentifiserbare opplysninger ved eventuell publisering. Innsamlet materiale som inneholder personidentifiserbare data, skal makuleres så snart undersøkelsen er avsluttet.

### **Klageadgang**

Dette vedtaket kan påklages til Kriminalomsorgsdirektoratet innen tre uker fra vedtaket er mottatt. En eventuell klage sendes til Kriminalomsorgen region.

### **Rapportering**

Vi ber om at et eksemplar av masteroppgaven sendes til Kriminalomsorgen region, til

Kriminalomsorgens utdanningscenter og til Kriminalomsorgsdirektoratet. Videre ber vi om at et eksemplar sendes til fengsel.

Med hilsen

Tore Tøsse Notøy  
fung. ass. regiondirektør

Tove Askeland Fosså  
seniorrådgiver

Kopi til:        -Hanne Farestad  
                  -KDI  
                  -KRUS

*Dette brevet er godkjent elektronisk i kriminalomsorgen og har derfor ingen signatur.*



Prosjekt/studie: **Masteroppgave: fysisk aktivitet og velvære I fengsel**

**Vedlegg F – Risikoanalyse**

Dato	Utarbeidet av (navn, tittel og signatur)	Kontrollert av (navn, tittel og signatur)	Sted (universitet, institutt og by)	Versjon #	Endelig dato for ferdigstilt dokument
01.11.2121	Hanne Farestad, student.		Universitetet i Stavanger.  Institutt for grunnskolelærerutdanning, idrett og spesialpedagogikk.		

Aktivitet	Risiko	Hvem kan bli rammet	Tiltak/metode for å kontrollere/minimere risiko	Sannsynlighet*	Alvorlighetsgrad**	Risiko vurdering***	Resultat (A–D) †	Andre kommentarer
Spørreskjema om fysisk aktivitet	Emosjonelt ubehag	Deltaker	Hvis deltakeren ikke ønsker å svare på spørsmålet i skjemaet er dette greit. Deltaker kan selv velge å svare eller ikke svare på spørsmålene.  <i>Forskeren/studenten er anbefalt å unngå provoserende eller sensitive uttalelser/ spørsmål.</i>	2	3	6	B	Risikoen er tilstrekkelig kontrollert
Spørreskjema om velvære	Emosjonelt ubehag	Deltaker	Hvis deltakeren ikke ønsker å svare på spørsmålet i skjemaet er dette greit. Deltaker kan selv velge å svare eller ikke svare på spørsmålene.  <i>Forskeren/studenten er anbefalt å unngå provoserende eller sensitive uttalelser/ spørsmål.</i>	2	3	6	B	Risikoen er tilstrekkelig kontrollert

Denne malen er blitt utarbeidet av Førsteamanuensis Sebastian S. Sandgren og Førsteamanuensis Shaheer A. I. Shalfawi, ved Universitetet i Stavanger, og tar utgangspunkt i den informasjonen som foreligger i «UiS Veileder til Risikovurderingsverktøy; HP2024\_risikovurdering\_US-22-21». Malen er hovedsakelig ment som et hjelpemiddel for gjennomføringen av en risikoanalyse/vurdering av studenters- og vitenskapelige ansattes forskningsprosjekter ved UH-fakultetet, IGIS, UiS, og er spesielt rettet mot fagfeltet idrettvitenskap, men også andre fagfelt der det skal samles inn data fra mennesker.

Prosjekt/studie: **Masteroppgave: fysisk aktivitet og velvære I fengsel**

Aktivitet	Risiko	Hvem kan bli rammet	Tiltak/metode for å kontrollere/minimere risiko	Sannsynlighet*	Alvorlighetsgrad**	Risiko vurdering ***	Resultat (A–D) †	Andre kommentarer
	<i>Fare for mangel på organisering som kan minske omtale for UiS.</i>	<i>Universitetet i Stavanger</i>	De ansatte ved fengselet er innforstått med sine oppgaver ved innsamling av data og vet hva prosjektet handler om, for å kunne gi god informasjon til deltakerne ved eventuelle spørsmål.	2	1	2	B	<i>Risikoen er tilstrekkelig kontrollert</i>
	<i>Manual handling</i>	<i>Deltakerne Student</i>	Fengselsbetjentene utleverer konvolutten med skjemaer til hver deltaker og mottar konvolutter ingen når besvart. Fengselsførstebetjent forseglar konvoluttene og oppbevarer dem i en lukket sekk. Fengselsførstebetjent utleverer sekken med konvoluttene til student.	3	2	6	B	<i>Risikoen er tilstrekkelig kontrollert</i>
	<i>Problemer med databeskyttelse ved innhenting av data.</i>	<i>Deltakerne Student</i>	Hver enkelt deltakers legger dataen i en separat konvolutt. Konvolutten forsegles av fengselsførstebetjent og legges i en lukket sekk.	2	3	6	B	<i>Risikoen er tilstrekkelig kontrollert</i>
	<i>Tap av samtykke og spørreskjemaer etter overføring til Onedrive.</i>	<i>Deltakerne Student</i>	Konvoluttene med besvarte spørreundersøkelser og samtykkeskjemaer oppbevares i et låst skap på kontoret til veileder Sebastian Sandgrens på UiS.	2	3	6	B	<i>Risikoen er tilstrekkelig kontrollert</i>

Denne malen er blitt utarbeidet av Førsteamanuensis Sebastian S. Sandgren og Førsteamanuensis Shaheer A. I. Shalfawi, ved Universitetet i Stavanger, og tar utgangspunkt i den informasjonen som foreligger i «UiS Veileder til Risikovurderingsverktøy; HP2024\_risikovurdering\_US-22-21». Malen er hovedsakelig ment som et hjelpemiddel for gjennomføringen av en risikoanalyse/vurdering av studenters- og vitenskapelige ansattes forskningsprosjekter ved UH-fakultetet, IGIS, UiS, og er spesielt rettet mot fagfeltet idrettsvitenskap, men også andre fagfelt der det skal samles inn data fra mennesker.

Prosjekt/studie: **Masteroppgave: fysisk aktivitet og velvære I fengsel**

Aktivitet	Risiko	Hvem kan bli rammet	Tiltak/metode for å kontrollere/minimere risiko	Sannsynlighet*	Alvorlighetsgrad**	Risiko vurdering ***	Resultat (A–D) †	Andre kommentarer
	<i>Problemer med utgivelse av skjemaer til deltakere</i>	<i>Deltakerne Fengselsbetjenten</i>	Deltakerne får all informasjon gjennom den dialogen og kommunikasjonen jeg opprettholder med ansvarlig fengselsførstebetjent i periodene før, under og etter innsamling av data.	3	1	3	B	<i>Risikoen er tilstrekkelig kontrollert</i>
	<i>Mangel på anonymitet</i>	<i>Deltakere</i>	Hvis deltakeren ikke forstå at hun skal skrivet ID nummer i stedet for navnet sitt. Deltakerne lager et ID nummer bestående av sine initialer. ID nummeret skrives på alle spørreskjemaene og samtykke. Deltakerne kan senere trekke samtykke ved å oppgi ID nummer.	3	3	9	B	<i>Risikoen er tilstrekkelig kontrollert</i>

† **Resultat (nøkkel):** **A** = triviell risiko; **B** = tilstrekkelig kontrollert, ingen ytterligere handling er nødvendig; **C** = ikke tilstrekkelig kontrollert, ytterligere handling er nødvendig; **D** = klarer ikke bestemme, ytterligere informasjon er nødvendig.

\* **Sannsynlighet**

- 5 Svært sannsynlig - risiko vil oppstå gjentatte ganger. Forventes rutinemessig en gang hver 20-100 operasjoner, muligens ukentlig eller oftere hvis det utføres regelmessig.
- 4 Sannsynlig - vil forekomme flere ganger i året, så det er ikke overraskende når det skjer.
- 3 Mulig - kan forekomme noen ganger. Oppstår sannsynligvis en gang i året.

\*\* **Alvorlighetsgrad**

- 5 Dødsfall.
- 4 Stor/alvorlig skade - varig funksjonshemming, alvorlig amputasjon som f.eks. tap av hånd. Stort tap av tid.
- 3 Middels skade f.eks. brannskade, brudd, eller bevissthetstap. Ansatt utilgjengelig for normalt arbeid i over 3 dager.

## Prosjekt/studie: **Masteroppgave: fysisk aktivitet og velvære I fengsel**

- |  |   |
|--|---|
| <p><b>2</b> Usannsynlig - men kan forekomme en gang hvert 10-100 år.</p> <p><b>1</b> Svært usannsynlig å forekomme. Sannsynligheten nærmer seg null.</p> | <p><b>2</b> Mindre skader - Mer alvorlig kutt, forstuing, belastning, brannskader etc. der det ikke er mulig å komme tilbake til arbeid etter behandling. Det kan gå tapt tid - mindre enn 3 dager.</p> <p><b>1</b> Ingen skader eller svært lav skade - f.eks. blåmerker, mindre kutt, nålestikk osv. der skaden tillater retur til arbeid etter førstehjelp - ingen tapt tid.</p> |
|--|---|

\*\*\* **Risikovurdering = Sannsynlighet x Alvorlighetsgrad**

\*\*\* **Risikovurdering score (range: 1-25)**

**Lav risiko = 1-8; Medium risiko = 9-15; Høy risiko = 16-25**

**Lav risiko** – forbedre om mulig/nødvendig (vanligvis innen 1-2 år).

**Medium risiko** – Innfør ytterligere kontroller for å redusere risikoen (vanligvis innen 1-3 måneder).

**Høy risiko** – Vurder om prosjektet/studien må stanses eller innfør nødvendige kontrolltiltak umiddelbart (vanligvis innen en dag eller to).

Prosjekt/studie: **Masteroppgave: fysisk aktivitet og velvære I fengsel**

<u>Videre handlingsplan der det er nødvendig</u>		
Handling/tiltak (hva)	Ansvarlig (hvem)	Fullført (når)

## Vedlegg G – Artikkelbibliotek

Artikler som er inkludert i masteroppgaven med beskrivelser av studiene, eksponerings- og utfallsvariabler.

Forfatter	Tittel	Studiotype	Populasjon og prøvetaking/ identifikasjonsstrategi	Relevant eksponerings variabler/temaer
Amundsen (2012), Norge	Kjønnsforskjeller i psykisk helse i norske fengsler.	Kvantitativ	To studier – utvalget bestod av 216 mannlige og 100 kvinnelige innsatte fordelt på syv norske fengsler. Frivillig deltakelse.	Psykisk helse spørreskjema, selvrapporing.
Buckaloo et al., (2009), Oklahoma/USA	Exercise and the Low-Security Inmate. Changes in Depression, Stress, and Anxiety	Kvalitativ	Utvalget bestod av 60 mannlige innsatte fordelt på to grupper. Deltakeren gjennomførte tre spørreskjemaet.	Treningens innvirkning på depresjon, stress og angst (Beck Depression Inventory II, Life Experiences Survey, Daily Hassles Scale))
Battaglia et al., (2014), Italia.	Participation in a 9-month selected physical exercise programme enhances psychological well-being in a prison population	Kvantitativ – pre-post testing	Utvalget bestod av 64 innsatte fordelt på tre grupper: kardiovaskulær trening (CRT), høy-intensitets styrke trening (HIST) og ingen trening. Ni måneders eksperimentell periode.	Fysisk aktivitet målt ved Spørreskjema (Symptom Checklist-90-Revisend).
Cashin A. et al., (2008), New South Wales, Australia.	The relationship between exercise and hopelessness in prison	Cross-sectional random sample	Utvalget bestod av 747 mannlige og 167 kvinnelige innsatte.	Aktivitetsnivået ble målt ved selvrapporing (Beck Hopelessness Scale)

Mannocci A, et al., (2015), Italia	The relationship between physical activity and quality of life in prisoners: a pilot study	Tverrsnittstudie /pilotstudie.	Utvalget bestod av 121 innsatte fordelt på to fengsler. Frivillig deltakelse.	Fysisk aktivitet ble mål ved selvrapporing (International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), e short form 12 questionnaire (SF12)).
Mannocci A, Et al., (2017), Italia	Health related quality of life and physical activity in prison: a multicenter observational study in Italy	Kvantitativ – tverrsnittstudie.	Utvalget bestod av 636 mannlige innsatte fra åtte forskjellige fengsler. Frivillig deltakelse.	Fysisk aktivitet målt ved fysisk aktivitets spørreskjema og metabolsk ekvivalent score, selvrapporing.
Stephenson med flere. (2020)	Time out of cell and time in purposeful activity and adverse mental health outcomes amongst people in prison: a literature review.	Kvalitativ – en litteraturstudie.	Totalt 14 studier ble inkludert.	Tid utenfor cella og tid i målbevisst aktivitet opp mot mental helse, selvmord, selvskading og vold hos innsatte.
Windle G. et al., (2010),	Is exercise effective in promoting mental wellbeing in older age? A systematic review	Litteraturstudie	Totalt 25 databaser og 11 nettsider ble personer over 65	

---

## Vedlegg H – NSD godkjenning

# Vurdering

Skriv ut

**Referansenummer**

696702

**Prosjekttittel**

Masteroppgave

**Behandlingsansvarlig institusjon**

Universitetet i Stavanger / Fakultet for utdanningsvitenskap og humaniora / Institutt for grunnskolelærerutdanning, idrett og spesialpedagogikk

**Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)**

Sebastian Schanche Sandgren

**Type prosjekt**

Studentprosjekt, masterstudium

**Kontaktinformasjon, student**

Hanne Farestad

**Prosjektperiode**

09.08.2021 - 01.08.2022

Vurdering (2)

---

01.11.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den dagens dato med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.



## TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger, særlige kategorier av personopplysninger om helseopplysninger og personopplysninger om straffedommer og lovovertrедelser frem til 01.08.2022.

## LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

For særlige kategorier av personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

For personopplysninger om straffedommer og lovovertrедelser vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. art 9 nr. 2 bokstav a, jf. art. 10, jf. personopplysningsloven §§ 11 (1) og 11 (2) bokstav a.

## PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen:

- om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.

## DE REGISTRERTES RETTIGHETER

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

## FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

## MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-enderinger-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

## OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Kontaktperson hos NSD: Olav Rosness, rådgiver.

Lykke til med prosjektet!

## Vedlegg I - REK

[Rek-vest@uib.no](mailto:Rek-vest@uib.no)

ma.27.09.2021 15:34

Til: Hanne Farestad

Kopi: rek-vest@uib.no

Hei,

Hvis opplysningene er reelt anonyme ved innsamling (ved at dere ikke deltar i utlevering eller innsamling av spørreskjemaene), og opplysningene er reelt anonyme etter innsamling, så er det ikke søknadspliktig for REK. Det kan likevel være krevende å vurdere om opplysningene er reelt anonyme etter innsamling. I dette prosjektet skal datainnsamlingen foregå i et fengsel (muligens flere). Dermed skal det mindre tilleggsopplysninger til for å kunne bakveisidentifisere deltakerne. Demografiske opplysninger, eller åpne bokser for fritekst, er opplysninger som øker sannsynligheten for bakveisidentifisering av deltaker.

Vi ber deg om å ta kontakt med din veileder for veiledning angående sannsynlighet for bakveisidentifisering av deltakerne i dette prosjektet. Datatilsynet har også utviklet en veileder for anonymisering som kan være et nyttig verktøy til støtte i vurderingen:

<https://www.datatilsynet.no/rettigheter-og-plikter/virksomhetenes-plikter/informasjossikkerhet-internkontroll/hvordan-anonymisere-personopplysninger/>

Dersom opplysningene ikke er reelt anonyme ved innsamling eller etterpå, eller dersom dere er usikre på om data er reelt anonyme, da må dere sende en fremleggingsvurdering til oss. Det kan tenkes at formålet med prosjektet er utenfor REKs mandat, men vi har vanskelig å vurdere det basert på opplysningene som foreligger i e-posten nedenfor.

Mvh,

Fredrik Rongved

Rådgiver, REK vest

Epost: [rek-vest@uib.no](mailto:rek-vest@uib.no)

Haukelandsveien 28, Armauer Hansens Hus (AHH)



## Vedlegg J – IPAQ

# Utregning av besvarelsene hentet fra IPAQ-skjemaene

Walking MET-minutes/week = 3.3 \* walking minutes \* walking days

Moderate MET-minutes/week = 4.0 \* moderate-intensity activity minutes \* moderate days

Vigorous MET-minutes/week = 8.0 \* vigorous-intensity activity minutes \* vigorous-intensity days

Total physical activity MET-minutes/week = sum of Walking + Moderate + Vigorous MET-minutes/week scores

ID	Sum av gange	Sum av moderat FA	Sum av høy FA	Total sum av gange + moderat Fa + høy FA	Type FA
1	$3.3 * 5 \text{ min (0)} * 0 = 0 \text{ MET-minutes/week}$	$4.0 * 60 \text{ min} * 2 \text{ dager} = 480 \text{ MET-minutes/week}$	$8.0 * 120 \text{ min} * 5 \text{ dager} = 4800 \text{ MET-minutes/week}$	5280 MET-minutes/week	Høy
2	$3.3 * 0 * 3 \text{ dager} = 0 \text{ MET-minutes/week}$	$4.0 * 0 * 0 = 0 \text{ MET-minutes/week}$	$8.0 * 0 * 0 = 0 \text{ MET-minutes/week}$	0 MET-minutes/week	Lav
3	$3.3 * 0 * 0 = 0 \text{ MET-minutes/week}$	$4.0 * 0 * 0 = 0 \text{ MET-minutes/week}$	$8.0 * 160 \text{ min} * 2 \text{ dager} = 2560 \text{ MET-minutes/week}$	2560 MET-minutes/week	Lav
4	$3.3 * 240 \text{ min} * 4 \text{ dager} = 3168 \text{ MET-minutes/week}$	$4.0 * 0 * 4 \text{ dager} = 0 \text{ MET-minutes/week}$	$8.0 * 300 \text{ min} * 1 \text{ dag} = 2400 \text{ MET-minutes/week}$	5568 MET-minutes/week	Moderat
5	$3.3 * 45 \text{ min} * 1 \text{ dag} = 148,5 \text{ MET-minutes/week}$	$4.0 * 20 \text{ min} * 2 \text{ dager} = 160 \text{ MET-minutes/week}$	$8.0 * 0 * 0 = 0 \text{ MET-minutes/week}$	308,5 MET-minutes/week	Lav
6	$3.3 * 240 \text{ min} * 5 \text{ dager} = 3960 \text{ MET-minutes/week}$	$4.0 * 240 \text{ min} * 5 \text{ dager} = 4800 \text{ MET-minutes/week}$	$8.0 * 0 * 0 = 0 \text{ MET-minutes/week}$	8760 MET-minutes/week	Moderat
7	$3.3 * 2 \text{ min (0)} * 4 \text{ dager} = 26,4 \text{ MET-minutes/week}$	$4.0 * 180 \text{ min} * 4 \text{ dager} = 2880 \text{ MET-minutes/week}$	$8.0 * 60 \text{ min} * 2 \text{ dager} = 960 \text{ MET-minutes/week}$	3866,4 MET-minutes/week	Moderat
8	$3.3 * 45 \text{ min} * 1 \text{ dag} = 148,5 \text{ MET-minutes/week}$	$4.0 * 20 \text{ min} * 2 \text{ dager} = 160 \text{ MET-minutes/week}$	$8.0 * 0 * 0 = 0 \text{ MET-minutes/week}$	308,5 MET-minutes/week	Lav

<b>9</b>	3.3 * 30 min * 3 dager = 297 MET-minutes/week	4.0 * 0 * 0 = 0 MET-minutes/week	8.0 * 0 * 0 = 0 MET-minutes/week	297 MET-minutes/week	<b>Lav</b>
<b>10</b>	3.3 * 0 * 2 dager = 0 MET-minutes/week	4.0 * 180 min * 2 dager = 1440 MET-minutes/week	8.0 * 240 min * 2 dager = 3840 MET-minutes/week	5280 MET-minutes/week	<b>Moderat</b>
<b>11</b>	3.3 * 5 min (0) * 5 dager = 82,5 MET-minutes/week	4.0 * 180 min * 1 dag = 720 MET-minutes/week	8.0 * 180 min * 1 dag = 1440 MET-minutes/week	2242,5 MET-minutes/week	<b>Lav</b>
<b>12</b>	3.3 * 0 * 2 dager = 0 MET-minutes/week	4.0 * 360 min * 4 dager = 5760 MET-minutes/week	8.0 * 0 * 0 = 0 MET-minutes/week	5760 MET-minutes/week	<b>Lav</b>
<b>13</b>	3.3 * 0 * 1 dag = 0 MET-minutes/week	4.0 * 0 * 2 dager = 0 MET-minutes/week	8.0 * 0 * 0 = 0 MET-minutes/week	0 MET-minutes/week	<b>Lav</b>
<b>14</b>	3.3 * 7 min (0) * 3 dager = 69,2 MET-minutes/week	4.0 * 150 min * 5 dager = 3000 MET-minutes/week	8.0 * 0 * 0 = 0 MET-minutes/week	3069,2 MET-minutes/week	<b>Moderat</b>
<b>15</b>	3.3 * 40 min * 3 dager = 396 MET-minutes/week	4.0 * 50 min * 3 dager = 600 MET-minutes/week	8.0 * 50 min * 3 dager = 1200 MET-minutes/week	2196 MET-minutes/week	<b>Moderat</b>
<b>16</b>	3.3 * 0 * 0 = 0 MET-minutes/week	4.0 * 30 min * 6 dager = 720 MET-minutes/week	8.0 * 30 min * 6 dager = 1440 MET-minutes/week	2160 MET-minutes/week	<b>Moderat</b>