



**Háskólinn
á Akureyri**
University
of Akureyri

„Mér finnst bara að allar konur hafi áfallasögu í neyslu“:

Reynsla kvenfanga í íslensku fangelsi af
meðferðarúrræðum innan og utan fangelsis

Arndís Vilhjálmsdóttir

Framhaldsnámsdeild
Heilbrigðisvísindasvið
Háskólinn á Akureyri 2020

„Mér finnst bara að allar konur hafi áfallasögu í neyslu“:

Reynsla kvenfanga í íslensku fangelsi af
meðferðarúrræðum innan og utan fangelsis

Arndís Vilhjálmsdóttir

60 eininga ritgerð sem er hluti af
Magister Scientiarum gráðu í heilbrigðisvísindum

Leiðbeinendur
Dr. Sigrún Sigurðardóttir
Dr. Sigríður Halldórsdóttir

Framhaldsnámsdeild
Heilbrigðisvísindasvið
Háskólinn á Akureyri
Akureyri, júní 2020

„Mér finnst bara að allar konur hafi áfallasögu í neyslu“:
Reynsla kvenfanga í íslensku fangelsi af meðferðarúrræðum innan og
utan fangelsis

60 eininga ritgerð sem er hluti af *Magister Scientiarum* gráðu í
heilbrigðisvísindum

Höfundarréttur © 2020 Arndís Vilhjálmsdóttir
Öll réttindi áskilin

Framhaldsnámsdeild
Heilbrigðisvísindasvið
Háskólinn á Akureyri
Sólborg, Norðurlóð 2
600 Akureyri

Sími: 460 8000

Skráningarupplýsingar:

Arndís Vilhjálmsdóttir, 2020, „Mér finnst bara eins og allar konur hafi
áfallasögu í neyslu“: Reynsla kvenfanga í íslensku fangelsi af
meðferðarúrræðum innan og utan fangelsis meistararitgerð,
Framhaldsnámsdeild, Háskólinn á Akureyri, 103 bls.

Prentun: Háskólaprent
Reykjavík, júní, 2020

Útdráttur

Tilgangur: Konur sem hafa afplánað refsidóma hafa flestar, ef ekki nær allar, einhverja áfallasögu að baki. Þær glíma við flókinn vanda sem einkennist af vímuefnanotkun og afleiðingum hennar. Lítið er vitað um reynsluheim þeirra í íslenskum fangelsum og af meðferðarúrræðum innan og utan fangelsis. Tilgangur rannsóknarinnar er að auka þekkingu og dýpka skilning á þeirri reynslu þeirra.

Aðferð: Í þessari fyrirbærafræðilegu rannsókn tóku níu konur á aldrinum 20-40 ára þátt. Þær áttu allar við vímuefnavanda að stríða og höfðu allar leitað sér meðferðar við honum. Tekin voru tvö viðtöl við allar nema tvær, samtals 16 viðtöl.

Niðurstöður: Konurnar höfðu allar leitað sér aðstoðar vegna vímuefnavanda fyrir afplánun. Þær höfðu leitað í flest meðferðarúrræði sem í boði voru hér á landi, eins höfðu þær leitað sér vímuefna meðferðar erlendis. Flestar konurnar notuðu vímuefni um æð og glímdu við heilsufarsvanda því tengdu. Konurnar höfðu flestar upplifað einhverskonar áföll í æsku og/eða á fullorðinsárum. Var vímuefnaneyslan einhverskonar bjargráð til að flýja eða lifa af erfiðar aðstæður. Vímuefnaneyslunni fylgdi síðan mikil vanlíðan, depurð og kvíði. Meirihluti þeirra voru mæður og höfðu upplifað að missa börn sín frá sér vegna vímuefnanotkunarinnar. Konurnar höfðu flest allar ósk um að unnið væri með áföll í vímuefna meðferð þar sem þær töldu vímuefnaneyslu sína vera nátengda þeim áföllum sem þær höfðu upplifað. Þeim fannst einnig mikilvægt að virkara meðferðarstarf væri í fangelsum og

kvörtuðu undan iðjuleysi sem þeim fannst ekki einungis erfitt heldur líka auka vanlíðan þeirra og fíkn í vímuefni.

Ályktun: Rannsókn þessi sýnir að mikilvægt er að nýta viturlegar þann tíma sem konur afplána refsidóm t.d. með því að nýta hann til að veita meðferð við vímuefnavanda og við þeim áföllum sem þær hafa orðið fyrir, bæði sem börn og fullorðnar konur.

Lykilorð: konur, fangelsi, áföll, vímuefnavandi, kvenfangi, fyrirbærafræði, viðtöl.

Abstract

Aims: A vast majority of former female inmates have a history of trauma and tend to have complex issues marked by substance addiction and its consequences. The experience of female inmates in Icelandic prisons and their experience of addiction treatments during or after incarceration is not well documented. The aim of this study is to explore that experience.

Methods: Nine women, 20-40 years old, participated in this phenomenological study. All participants had substance addiction problems and had sought treatment for it. Two interviews were conducted with each participant, except for two participants, sixteen interviews in total.

Results: All women had sought help for addiction before incarceration. They had tried most of the addiction treatments available in Iceland in addition to treatments available abroad. Most of them used drugs intra-venously and suffered from health complications thereof. Most of the participants had suffered traumas, in childhood and/or in adult life. Substance use was perceived as a method of escaping or surviving difficult circumstances. Much sadness, melancholy and anxiety followed substance use. Most of the participants were mothers and had lost custody of their children due to substance abuse. Most of the women expressed a wish for a trauma-based drug treatment program as they believed their drug abuse was caused by the trauma, they had experienced. They called for a more active drug treatment program in prison and complained about idleness, which they felt increased their discomfort and drug addiction.

Conclusions: This study shows that the incarceration period of women should be used more wisely – both for drug addiction treatment and for treatment for recovery from trauma they have experienced, during childhood and in adult life

Keywords: women, prison, trauma, substance addiction, female inmate, phenomenology, interviews

*Meistararannsókn þessi er tileinkuð öllum þeim konum sem ég hef
notið þeirra forréttinda að kynnast í starfi mínu sem
hjúkrunarfræðingur. Það sem þær hafa kennt mér hefði aldrei rúmast í
nokkurri kennslubók.*

Efnisyfirlit

„MÉR FINNST BARA AÐ ALLAR KONUR HAFI ÁFALLASÖGU Í NEYSLU“: TÍMARITSGREIN	1
INNGANGUR	1
<i>Afleiðingar vímuefnanotkunar</i>	2
<i>Konur og fangelsi</i>	3
<i>Tilgangur rannsóknarinnar</i>	4
AÐFERÐ	5
<i>Gagnasöfnun og greining gagna</i>	5
<i>Þátttakendur</i>	6
<i>Siðfræði</i>	8
<i>Réttmæti og áreiðanleiki rannsókna</i>	8
NIÐURSTÖÐUR	8
<i>Upphaf og aðdragandi vímuefnanotkunar</i>	9
<i>Kynferðislegt ofbeldi</i>	10
<i>Einelti</i>	11
<i>Vímuefnaneysla sem óhjálplegt bjargráð – „fixa sig“</i>	12
<i>Endurtekið ofbeldi og ofbeldissambönd</i>	13
<i>Flókinn heilsufarsvandi</i>	15
<i>Misgóð meðferðarúrræði</i>	15
<i>Iðjusvipting í fangelsi</i>	17
<i>Lífið eftir afplánun</i>	21
UMRÆÐA	23
<i>Vímuefnavandi og endurtekið ofbeldi</i>	24
<i>Skortur á áfallamiðaðri nálgun í vímuefnameðferð</i>	25
<i>Fangelsi og staðan nú</i>	26
<i>Takmarkanir rannsókna</i>	27
LOKAORÐ	28
HEIMILDASKRÁ	29
TÖFLUR	38
MYNDIR	41
FRÆÐILEG SAMANTEKT	42
INNGANGUR	43
<i>Tölfræðilegar upplýsingar um vímuefnanotkun</i>	44
<i>Afleiðingar vímuefnanotkunar</i>	45
<i>Vímuefnanotkun um æð</i>	47
<i>Meðferð við vímuefnavanda</i>	48

KENNINGAR UM FÍKN	51
KONUR OG VÍMUEFNANOTKUN	52
<i>Áföll og ofbeldi</i>	54
VÍMUEFNAMEDFERÐ KVENNA	56
VÍMUEFNANOTKUN OG AFBROT.....	58
<i>Konur, vímuefnanotkun og afbrot</i>	61
<i>Eftir afplánun</i>	69
HEIMILDASKRÁ.....	71

Þakkir

Höfundur vill fyrst og fremst þakka þátttakendum rannsóknarinnar. Án þeirra hefði rannsóknin ekki orðið að veruleika. Þær deildu oft þungbærri og erfiðri reynslu sinni og er það ekki sjálfgefið.

Bestu þakkir fær starfsfólk Fangelsismálastofnunar fyrir að veita samþykki fyrir rannsókn þessari. Bestu þakkir fá einnig varðstjórar fangelsanna og fangaverðir fyrir þeirra aðstoð.

Innilegar þakkir fá leiðbeinendur mínir Dr. Sigrún Sigurðardóttir og Dr. Sigríður Halldórsdóttir fyrir að beina mér í þessa átt með rannsóknina, ómælda þolinmæði og stuðning.

Að lokum fá fjölskylda og vinir mínar bestu þakkir fyrir stuðning og hvatningu við gerð rannsóknarinnar. Sérstakar þakkir fær þá eiginmaður minn, Eggert Jón Magnússon, fyrir yfirlestur og góðar ábendingar. Án þín hefði þetta aldrei hafist.

„MÉR FINNST BARA AÐ ALLAR KONUR HAFI

ÁFALLASÖGU Í NEYSLU“: TÍMARITSGREIN

REYNSLA KVENFANGA Í ÍSLENSKU FANGELSI AF
MEÐFERÐARÚRRÆÐUM INNAN OG UTAN FANGELISIS

INNGANGUR

Á síðastliðnum árum hefur vímuefnaneysla verið vaxandi vandi í heiminum. Gera má ráð fyrir að fimm prósent allra fullorðinna einstaklinga á heimsvísu hafi notað ólögleg vímuefni að minnsta kosti einu sinni ævinni eða alls um 250 milljónir manna. Af þessum fjölda má gera ráð fyrir að um 29,5 milljónir manna þrói með sér vímuefnavanda (Fíkniefna- og sakamálastofnun Sameinuðu þjóðanna, 2017; Koob og Volkow, 2010; Rhemtulla, o.fl., 2016). Á Íslandi hafa 10,4% núlifandi karla og 4,6% kvenna leitað sér aðstoðar vegna áfengis og annarra vímuefnavanda hjá SÁÁ. Hlutfall kvenna hefur verið um 30% frá árinu 2009 (SÁÁ, 2016). Alls lögðust 528 konur á sjúkrahúsið Vog árið 2018 á móti 1144 karlmönnum (SÁÁ, 2019).

Afleiðingar vímuefnanotkunar

Neikvæðar afleiðingar vímuefnaneyslu eru óumdeildar. Tíðni þunglyndis, kvíða og alvarlegra geðraskana eru hærri meðal þeirra sem eiga við vímuefnavanda að stríða (Schuckit, 2006; Walker og Druss, 2016) Og ótímabær dauðsföll, slys og skerðing lífsgæða eru þekktar afleiðingar vímuefnaneyslu (Chander, o.fl., 2006). Líkamlegur heilsufarsvandi tengist einnig vímuefnanotkun, sér í lagi meðal þeirra sem neyta vímuefna um æð en árið 2015 var gert er ráð fyrir að tæpar 12 milljónir einstaklinga á heimsvísu noti vímuefni um æð. Einn áttundi þeirra eru með HIV og meira en helmingur er með lifrabólgu C (Fíkniefna- og sakamálastofnun Sameinuðu þjóðanna, 2017). Húðsýkingar eru tíðar meðal þeirra (Dahlman o.fl., 2015) og sama má segja um aðrar bakteríusýkingar eins og sýkingar í hjartalokum (Rosenthal o.fl., 2016). Samfara aukinni notkun vímuefna fer fjöldi þeirra sem hljóta refsídóma vaxandi. Rannsóknarniðurstöður frá Bandaríkjunum, Kanada og Evrópu sýna að 60% handtekinna einstaklinga reyndust jákvæðir fyrir að minnstu kosti einni gerð vímuefna við handtöku (Fíkniefna- og sakamálastofnun Sameinuðu Þjóðanna, 2018). Staðan er svipuð í Svíþjóð, þar er talið að um 70% þeirra sem afplána refsídóma eigi við áfengis- og annan

vímuefnavanda að stríða (Månnerfelt og Hakansson, 2018). Hlutfall kvenfanga fer hækkandi í heiminum. Talið er að um 600 þúsund konur hafi verið í fangelsi árið 2012 (Strathdee o.fl., 2015).

Konur og fangelsi

Í Bandaríkjunum eru kvenfangar um sjö prósent þeirra sem afplána refsidóm og hefur hlutfallið aukist um 700% á milli áráanna 1984 og 2014 (Månnerfelt og Hakansson, 2018).

Þeir kvenfangar sem hafa upplifað áfall í æsku eru í aukinni hættu á streitu, vanlíðan og lélegra heilsufarsástandi. Þær eru einnig útsettari fyrir geðröskunun, vímuefnavanda, átröskunum og kynlífsvinnu (De Hart, o.fl., 2014; McCauley o.fl., 2019; Moloney o.fl., 2009). Í yfirlitsgrein Karlson og Zielenski (2018), þar sem teknar voru saman 42 rannsóknargreinar um kynferðislegt ofbeldi og geðraskanir meðal kvenfanga, kemur fram að engin rannsókn hafi verið gerð á því hversu vel staðlaðir matskvarðar ná utan um alvarleika þess, og hversu langvarandi kynferðislegt ofbeldi er gagnvart konum sem hafa afplánað refsidóm. Í ljósi þess hversu algengt er að kvenfangar séu þolendur kynferðislegs ofbeldis hafa sumir rannsækendur gengið svo

langt að álykta að kynferðislegt ofbeldi geti varðað leið kvenna í fangelsi (Karlson og Zielenski, 2018).

Í ljósi ólíks reynsluheims karla og kvenna eru þarfir þeirra ólíkar þegar kemur að vímuefna meðferð, bæði innan og utan fangelsis. Það er því mikilvægt að litið sé heildrænt á þarfir kvenfanga og að konur í afplánun fái meðferð við vímuefnavanda sínum og tækifæri til að vinna úr fyrri áföllum (Fazel o.fl., 2016; Mejía o.fl., 2015; Mollard og Hudson, 2016).

Rannsakendur fundu engar íslenskar rannsóknir um reynslu kvenfanga af meðferðarúrræðum innan og utan fangelsis. Kvenföngum hefur ekki verið gefinn mikill gaumur og samræmist það rannsóknum erlendis frá. Fáar rannsóknargreinar eru til um sértæka meðferð fyrir konur í fangelsum og beinast rannsóknir sem til eru iðulega að karlföngum eða blönduðum hópum (Zlotnick o.fl., 2003).

Tilgangur rannsóknarinnar var að varpa ljósi á reynsluheim kvenna í íslensku fangelsi og reynslu þeirra af meðferðarúrræðum innan og utan fangelsis. Er þá vonin að hægt verði að bjóða upp á frekari úrræði og jafnvel hvetja til viðameiri rannsókna á þessu sviði. Rannsóknarspurningin var: Hver er reynsluheimur kvenfanga í

íslensku fangelsi og hver er reynsla þeirra af meðferðarúrræðum innan og utan fangelsis?

AÐFERÐ

Eigindleg rannsóknaraðferð, Vancouver-skólinn í fyrirbærafræði, var notuð til að svara rannsóknarspurningunni. Markmið hans er að auka skilning á mannlegum fyrirbærum með það að markmiði að bæta mannlega þjónustu, til að mynda heilbrigðisþjónustu (Sigríður Halldórsdóttir, 2016). Eigindleg fyrirbærafræði hentar vel þegar rannsaka á jaðarhópa, en einstaklingar sem nota vímuefni og stunda refsiverða háttsemi geta talist jaðarsettir (Lintonen o.fl., , 2012; Rognli o.fl., 2015). Litið er á þátttakendur sem meðrannsakendur og er gætt í hvívetna að sýna þeim nærgætni og virðingu samkvæmt hugmyndafræði Vancouver skólans (Sigríður Halldórsdóttir, 2016).

Gagnasöfnun og greining gagna

Tólf þrepa rannsóknarferli Vancouver-skólans er eitt af megineinkennum hans (sjá töflu 1). Á meðan unnið er að rannsókninni er farið í gegnum sjö vitræna ferla Vancouver-skólans í öllum 12

þrepunum; Að vera kyrr, að ígrunda, að koma auga á, að velja, að túlka, að raða saman, og að sannreyna (sjá mynd 1).

Þátttakendur

Þátttakendur voru valdir með tilgangsrúrtaki og snjóboltaúrtaki. Skilyrði fyrir tilgangsrúrtaki er að þátttakendur hafi reynslu af því sem á að rannsaka. Með snjóboltaúrtaki benda þátttakendur á aðra mögulega þátttakendur, með sömu reynslu. Rætt var við níu konur sem voru í afplánun eða höfðu fyrr á lífsleiðinni afplánað refsidóm. Leitað var til Fangelsismálastofnunar sem gaf samþykki sitt fyrir rannsókninni. Skilyrði fyrir þátttöku var að þátttakendur ættu eða hefðu átt við vímuefnavanda að stríða og hefðu afplánað refsidóm í fangelsi á Íslandi. Níu þátttakendur, á aldrinum 20-45 ára, samþykktu þátttöku, þær uppfylltu fyrrnefnd skilyrði og voru tilbúnar til að deila reynslu sinni. Konurnar voru ýmist í afplánun eða höfðu lokið henni.

Fyrsti höfundurinn tók öll 16 viðtölin. Tekin voru tvö viðtöl við allar konurnar nema tvær þeirra, þar sem þær luku afplánun og ekki náðist í þær fyrir seinna viðtal. Hvert viðtal var að jafnaði ein til tvær klukkustundir og ekki var munur á tímalengd fyrra og seinna viðtals. Stuðst var við viðtalsáætlun en samræðum leyft að flæða frjálst. Var

Því um hálf staðlað viðtal að ræða. Seinna viðtalið var tekið frá einni viku til tveimur mánuðum síðar, eftir því sem hentaði þátttakendum. Seinna viðtalið var notað til að dýpka frásögn kvennanna og fá staðfestingu á að rannsakandi hafi túlkað rannsóknargögnin rétt (Helga Jónsdóttir, 2013). Viðtölin fóru flest fram inni í fangelsinu. Viðtöl við þær sem áður höfðu afplánað dóm fór fram á stað að þeirra vali. Áður en konurnar tóku þátt í rannsókninni völdu þær sér nafn sem notað var við úrvinnslu gagna. Viðtölin voru tekin upp og voru svo skráð orðrétt. Eftir að þau höfðu verið skráð niður var upptökum eytt. Rannsakandi hafði einn aðgang að ópersónugreinanlegum gögnum. Viðtölin voru greind eftir 12 skrefum Vancouver skólans þrep fyrir þrep en aðferðin byggist á textagreiningu á einstökum tilvikum (e. case studies) (þrep 1–7) og síðan samanburði á tilvikum (þrep 8–12). Niðurstöðurnar eru dregnar út úr textanum (e. deconstruction) og síðan settar saman í eina heild (e. reconstruction) fyrir heildarniðurstöður. Gagnamettun náðist þegar nægilegum gögnum hafði verið safnað saman til að svara rannsóknarspurningunni.

Siðfræði

Meginatriði rannsóknarsíðfræðinnar voru höfð að leiðarljósi við skipulagningu og framkvæmd rannsóknarinnar. Áhersla var lögð á að valda þátttakendum ekki skaða en ljóst er að um afar berskjaldaðan hóp er að ræða (Sigurður Kristinsson, 2013). Ef konurnar nefndu staðhætti eða nöfn annarra einstaklinga var slíkt ekki skráð. Rannsakandi sýndi einnig konunum viðtölin óskuðu þær þess.

Réttmæti og áreiðanleiki rannsókna

Í aðferðarfræði Vancouver skólans er notast við aðferðir sem er ætlað að auka réttmæti og áreiðanleika rannsókna. Á það sérstaklega við þrep 7, 9 og 11. Greiningarlíkön voru borin undir þátttakendur til að auka réttmæti. Samþætting rannsækenda (e. researcher triangulation) er aðferð sem notast er við til að auka réttmæti rannsókna og var notuð í þessari rannsókn. Var það helst gert í skrefi 8,10 og 12.

NIÐURSTÖÐUR

Konurnar höfðu allar glímt við vímuefnavanda frá unglingsaldri og reynt þau meðferðarúræði sem í boði voru hér á landi. Sumar oftan en einu sinni og höfðu einnig leitað sér aðstoðar erlendis. Hluti þeirra

hafði farið í vímuefnaeðferð fyrir 18 ára aldur og dvalið á unglingaheimilum. Reynsla þeirra af meðferðarúrræðunum var misjöfn. Þær sem höfðu orðið fyrir áföllum í æsku fannst aðaláherslan vera á vímuefnavandann í stað þess að litið væri heildrænt á vanda þeirra. Það var mat kvenanna að skortur væri á markvissu meðferðarstarfi innan fangelsins og lítið væri í boði til að takast á við vímuefnavanda þeirra. Það var ósk kvenanna að aukið framboð væri á faglegri aðstoð. Konurnar voru jákvæðar í garð fangavarða og óskuðu jafnframt eftir meiri og persónulegri samskiptum við þá. Upplýsingagjöf fannst þeim hinsvegar ábótavant, varðandi stöðu þeirra mála í dómskerfinu og ýmis réttindi þeirra innan fangelsins.

Upphaf og aðdragandi vímuefnanotkunar

Hjá öllum konunum hafði vímuefnaneyslan átt sér einhverskonar aðdraganda. Frásagnir um einelti í æsku, vanrækslu og vímuefnaneyslu á æskuheimili voru einkennandi. Fjórar af níu konum greindu frá kynferðislegu ofbeldi í æsku. Misjafnt var hvenær þær greindu frá ofbeldinu og hvernig þær unnu úr því. Skólagangan hafði gengið erfiðlega hjá flestum þeirra, hegðunarvandi og vímuefnaneysla hafði fljótt sett mark sitt á hana. Einelti olli því að skólagangan varð

óbærileg, stríðni og barsmíðar voru daglegt brauð og áföllin oft endurtekin.

Kynferðislegt ofbeldi

Sigrún varð fyrir kynferðislegu ofbeldi sem barn og upplifði það sem upphafspunkt vímuefnaneyslunnari:

Ég var bara alltaf erfitt barn og lenti í misnotkun af bróður hennar mömmu, og það stóð yfir í nokkur ár. Mér finnst það hafa mótað mig. Ég fíkta við að reykja sígarettur 8 ára, drekka 12 ára. Fór þá á unglingaheimili og var þá farin að reykja hass, var þar í þrjá mánuði og þar kynntist ég fullt af fólki og þar prófa ég að færa mig yfir eins og í amfetamín. Og svo kem ég út og þá er ég bara farin að gera allt til að redda mér næsta skammti, eins oft og ég gat á þessum tíma.

Mörk Sigrúnar voru orðin afar óljós og greindi hún frá því að hafa aftur orðið fyrir kynferðislegu ofbeldi nokkrum áður síðar, þar sem hún og fleiri ungar stúlkur voru fórnarlömb sama mannsins. Dóra varð fyrir kynferðislegu ofbeldi í æsku, gerandinn var nátengdur henni og hún sagði:

En þú veist, já.... ég held samt að það [kynferðisofbeldið] hafi verið það sem startaði öllu saman og [að] ég byrjaði í neyslu ...Öll þessi áföll eyðilögðu þetta allt [...] Maður vildi ekkert díla við þetta, maður er bara í fukk it gírnum.

Selma varð einnig fyrir kynferðislegu ofbeldi á heimilinu: „Ég hef ekki samskipti við þabba minn því hann... beitti mig kynferðislegu ofbeldi“. Móðir hennar var í vímuefnaneyslu og lýsti Selma mikilli vanrækslu á heimili sínu.

Einelti

Erfiðleikarnir voru ekki bara heima fyrir hjá Selmu, hún varð fyrir miklu einelti í skóla sem hún tengdi við vímuefnaneysluna:

... ég byrjaði strax í grasi. Ég prófaði að drekka og var ekkert að fíla það, svo fór ég að reykja gras, þetta gerðist rosalega hratt svo bara fyrir fjórum árum þá fór ég að sprauta mig sko. Þetta fer rosalega hratt en áföllin voru svo mikil að ég þurfti bara eitthvað. Ég var lögð í einelti, mikið einelti. Ég var lamin af krökkum úr skólanum. Þetta var rosa mikið skilurðu fyrir ellefu ára einstakling að bera og foreldrar mínir virkir, þetta er svo mikið.

Ég þurfti bara að komast í burtu, eitthvað til að gleyma og þegar ég var að fá mér, þá leið mér bara best.

Karítas varð einnig fyrir einelti og taldi það hafa mótað persónuleika sinn: „Ég hef alltaf verið svona, frekar hlédræg. Ég held að það hafi komið útfrá einelti í grunnskóla.“

Vímuefnaneysla sem óhjálplegt bjargráð – „fixa sig“

Konurnar lýstu vímuefnaneyslunni sem einskonar flóttaleið til að takast á við vanlíðan vegna áfallanna eða takast á við hegðunarörðugleika. Þær byrjuðu snemma að neyta vímuefna, 12 – 13 ára, sumar fyrr. Áföllin og vanlíðanin í æsku hafði mótað konurnar. Sigrún lýsti hvernig hún notaði vímuefni til að deyfa sársauka : „Ég hef bara viljað slökkva, ég er ekki að dópa til að fara í party.“ Anna ólst upp við góðar heimilisaðstæður og sagði æsku sína hafa verið góða, hún glímdi hinsvegar við mikinn reiði- og hegðunarvanda sem barn. Hún hélt að vímuefnaeysla gæti einhvern veginn hjálpað henni að ná stjórn á sér:

Ég er að glíma við reiðivanda til margra ára, áður en ég fer í neyslu. Mikinn óróa og ... var ekki að finna mig sem fúnkerandi manneskju í skóla, heimilisaðstæðum eða neitt. Og, hérna. Ég

held að eftir fyrsta glasið og þegar ég fór yfir í fíkniefni, að ég hélt að ég myndi róast en það sem gerðist er að það bara ýktist allt til óbóta ... Já, já þetta var svona bjargráð og flótti. Maður heldur allavega að maður sé að flýja, en maður er ekkert að flýja, En já mér fannst alltaf eitthvað vanta, var að flýja þessi köst og reiði. Og ég hélt að ef ég myndi byrja í neyslu, þá myndi ég bara róast, [en] nei nei þetta varð bara illt verra, maður var bara kominn með hnífa á loft þegar maður var í neyslu.

Endurtekið ofbeldi og ofbeldissambönd

Með vímuefnaneyslunni urðu konurnar fyrir endurteknu ofbeldi. Þær áttu í nánnum samböndum við menn sem beittu þær ofbeldi. Oft áttu þær erfitt með að koma sér úr þeim aðstæðum. „Kærastinn“ bæði útvegaði þeim vímuefni og beitti þær ofbeldi. Berglind lýsti samskiptum við barnsföður sinn:

Fór svo í meðferð, entist þar í fimm vikur, fór í bæjarleyfi til að fara til tannlæknis, við [sambýlismaður] lentum í slagsmálum og hann handleggsbraut mig, sérsveitin kom heim og handtók hann og þá bara flosnaði ég bara upp úr meðferðinni, það leið vika, þá

kom hann bara og sótti mig með hrúgu af kókaíni. Síðan reyndi ég aftur að fara í meðferð, þá sótti hann mig eftir viku.

Dóra varð einnig fyrir ofbeldi af hendi barnsföður síns og hafði svipaða reynslu að baki: „ég var í miklu ofbeldissambandi með barnsföður mínum. Það var mikið líkamlegt og andlegt ofbeldi“. Hún lýsti einnig flóknum samskiptum þeirra á milli: „Þetta var mjög erfitt tímabil þannig að ég fór bara að leita í vímuefni aftur og áfengi... ég var að reyna að losna við barnsföður minn [...] ég fór alltaf aftur til hans.“

Selma greindi einnig frá ofbeldi sem hún varð fyrir af fyrrum sambýlismanni og barnsföður: „ég var að koma úr miklu ofbeldissambandi með barnsföður mínum og það er búið að skemma mig og rústa lífi mínu. Ég er í sambandi í dag og það hefur rosa áhrif“

Ofbeldið var ekki einungis í samböndum því til að fjármagna vímuefnaneysluna og húsaskjól leiddust þær út í smáglæpi. Dóra hafði reynslu af því að vera heimilislaus: “Ég hef verið í sambandi í eitt og hálf ár en fyrir það þá var ég að stunda vændi, ég var líka með körlum, sofa hjá til þess að fá húsaskjól og dóp. Maður leitast bara eftir því, þá er maður bara góður.“

Sigrún hafði verið heimilislaus, þurfti að þrauka á götunni og komast ekki í næturathvarf:

Sérstaklega á nóttunni að komast, til dæmis ef það var seint, að komast ekki á Konukot, bara ef það var kalt og komast hvergi inn. Þetta er bara harka, maður er að gera hluti sem maður vill ekki gera, til að ná sér í efni. Þetta snýst bara um það.

Flókinn heilsufarsvandi

Konurnar glímdu allar við flókinn heilsufarsvanda, líkamlegan og geðrænan, tengdan vímuefnamisnotkun og fyrri áföllum. Þær sem höfðu notað vímuefni um æð glímdu við afleiðingar þess, lifrabólgu C og HIV. Þær greindu frá kvíða og upplifðu ýmis geðrofseinkenni, án þess að vera greindar með geðrofssjúkdóm. Aðsóknarhugmyndir um að einhver vildi þeim illt og líðanin magnaðist upp undir áhrifum vímuefna en voru enn til staðar þegar þær voru ekki undir áhrifum.

Misgóð meðferðarúrræði

Konurnar áttu að baki fjölda meðferða, héraendis sem og erlendis. Sumar þeirra höfðu einnig dvalið í barnaverndarúrræðum sem börn og unglingar og átt innlagnir á barna- og unglिंगageðdeild Landspítalans.

Þrátt fyrir fjölda innlagna á meðferðarstofnanir fóru þær að nota vímuefni aftur fljótlega að meðferð lokinni. Sumar kvenanna sögðust hafa viljað fá að vinna með erfiða lífsreynslu í vímuefnameðferðinni sjálfri. Dóra hafði gert tilraun til að vinna úr sinni reynslu:

Nei, ég hef aldrei unnið úr þessu. Ég fór einu sinni í Stígamót þegar ég var edrú eftir að ég hafði verið í meðferð og þú veist um leið og hún fór að fara dýpra og dýpra í þetta þá bara datt ég í í'ða. Maður vill ekki finna tilfinningar, bara loka á þetta.

Í þeim meðferðarúræðum sem konurnar höfðu leitað í var nær ekkert þeirra kynjaskipt. Sumum fannst það truflandi og hafa áhrif á árangur þeirra í meðferðinni. Sumar þeirra höfðu stofnað til ástarsambanda og verið vísað úr meðferð eða útskrifað sig þótt meðferðinni hafi ekki verið lokið. Sigrún minntist þess þegar hún byrjaði að fara í vímuefnameðferðir sem unglíngur: „Það var bara mest þegar ég var að byrja, það voru einhverjir strákar, og maður var svo veikur að maður sagði bara já við öllu“. Í eitt skiptið hafði hún einnig útskrifað sig vegna manns sem áreitti hana í meðferðinni. Karítas sagði:

Maður eignast liggur við kærasta í hverri einustu meðferð.

Maður er ekkert að hugsa um sjálfan sig. Ég held ég geti talið

Það á hendi annarrar handar hvað ég hef farið í gegnum margar meðferðir án þess að eignast kærasta sko. Ég á 20 innlagnir á Vog, margar innlagnir á 33, tvær á Krýsuvík, þannig að ég hef náð mér í kærasta í öllum þessum meðferðum.

Selma sagði frá fordómum og skilningsleysi starfsfólks á stöðu sinni og annarra kvenna þegar hún ræddi reynslu sína af því að fjármagna vímuefnanotkun sína:

En þetta er bara eitthvað [kynlífsvinna] sem flestir kvenmenn gera, það er svoldið þannig og af hverju er ekki talað meira um þetta, það er bara ekkert finnst mér. Það er alveg erfitt að koma inn í meðferð og fá eins og blauta tusku í andlitið þegar maður fer að tala um þetta. Svona fordómar. Margir ráðgjafar með gríðarlega mikla fordóma fyrir þessu og af hverju eru þeir þá að vinna við þetta.

Iðjusvipting í fangelsi

Konunum fannst fangelsisvistin ekki betrunarvist og töldu að hún hefði haft skaðleg áhrif á andlega og líkamlega líðan þeirra. Töldu þær litla betrun fóligna í því að sitja inn á gangi og horfa á sjónvarpið. Vinna var af skorum skammti og lítill kostur á annarri afþreyingu eða menntun.

Helga komst svo að orði um iðjuleysið í fangelsinu: „Að vera í fangelsi, maður er eins og dýr í búri. Þú ert dýr í búri!“. Upplifun Karítasar var áþekkt:

Maður er bara hérna í geymslu, þetta er engin betrunarvist. Þetta er meira, bara verið að skemma mann heldur en að laga mann. Það er enginn eitthvað, sem er hérna í langan tíma, sem er hérna í meira en þrjá mánuði sem er að fara að koma heill út úr þessu.

Allar konurnar lýstu kvíðaeinkennum þegar líða tók á fangelsisvistina, Anna sagði:

Það er erfitt að vera hérna, það er svo mikil streita og stress og maður er að missa hárið. Þetta er eitt af erfiðustu lífsreynslu sem ég hef gengið í gegnum.

Anna hafði hinsvegar ætlað að nýta sér það sem væri í boði og hafði gert það fyrst um sinn en: „ Maður bara missir metnað á að gera hlutina. Fyrst fór ég ræktina, mætti í jóga, gerði allt sko, allt sem var í boði hérna inni. Svo byrjaði þetta að dvína.“

Konunum fannst kvíðinn sem fylgdi fangelsisvistinni, eirðar-og iðjuleysið ekkert gera annað en að auka á fíkn. Karítas lýsti aðstæðunum og iðjuleysinu á eftirfarandi hátt: “Manni leiðist svo

rosalega að hugurinn fer sjálfkrafa að hugsa um eitthvað sem styttrir manni stundir og eina sem við höfum til að stytta okkur stundir eru fíkniefni.“

Öll virkni sem var boðið upp á fannst þeim mikil tilbreyting í, eins og Berglind sagði:

Nú er námskeið fyrir okkur í samskiptum. Það brýtur rosalega upp daginn. Og við erum að tala um eitthvað annað en dóp. Það er eins og hérna í vinnustofunni. Við sitjum saman í hring og eina sem talað er um; Hver þekkir hvern, hver er nýkominn inn og hvaða dóp var verið að nota í síðasta partýi, það er bara þannig, það er bara umræðuefnið í fangelsi. Partur af undirheimunum er bara hérna og ekkert til að brjóta það upp.

Konurnar þróuðu margar með sér óheilbriggt samband við mat, sögðu lítið annað hægt að gera en að borða í þessum aðstæðum og láta tímann líða. Ein þeirra hafði bætt á sig 30 kílóum á nokkrum mánuðum meðan aðrar leituðu allra leiða til að sporna við því. Dóra hafði ekki átt við átröskun að stríða áður en hún hóf afplánun en var nú farin að að stunda losunarhegðun til að losa sig við matinn: „Það eru allar stelpurnar að æla hérna. Stundum fer maður bara í neyslu aftur af því

að maður hefur bætt á sig.” Átröskun hjá Sigrúnu hafði tekið sig upp aftur eftir að hún hóf afplánun: „Það er frekar núna, sem ég er ekki að borða nóg. Ég fæ mér próteinsjeik á morgnanna og stundum borða ég ekki meira.”

Konunum fannst að það þyrfti að vinna með vímuefnavandann í fangelsinu. Boðið var upp á tvo AA-fundi á viku og var það þá upptalið. Ekki voru allar sem nýttu sér þá. Karítas hafði hugmyndir um hvernig hægt væri að auka og bæta meðferðarstarf í fangelsinu: “...bara að það væri meðferðargangur hérna og teymi í kringum. Það væru viðtöl og grúppur.“ Karítas taldi að það myndi hafa jákvæð áhrif og að konurnar hefðu þá möguleika á að takast á við vímuefnavanda sinn: „Það myndi kannski minnka neyslan meðal kvenna ef það yrði eitthvað meðferðarúræði hérna. Að það væri hjálp, til að takast á við sorgina, reiðina gagnvart sjálfum sér að hafa farið frá börnunum sínum, þú veist allt þetta sem er að hrjá mann, sem er öðruvísi en með karlana. Það eru margar stelpur sem liggja inn á klefanum sínum eftir lokun og gráta vegna söknuðar til barnanna sinna. Það er bara að deyfa samviskubitið og láta tímann líða. Deyfa sársaukann og finna ekki til. Það er erfitt þarna úti en svo er erfiðara að vera lokaður hérna inni og

þurfa að dila við þetta. Þér er bara hent inn á einhvern gang og færð enga hjálp. Það er miklu erfiðara.“

Konurnar áttu allar börn og voru þau flest í varanlegu fóstri hjá fósturfjölskyldum, feðrum sínum eða öðrum ættingjum. Það var þeim þungbærast að ræða börn sín. Meðan sumar buðu börnum sínum góða nótt í huganum á kvöldin, til að viðhalda tengslunum voru aðrar sem voru alveg aftengdar á tilfinningar sínar til barnanna sinna. Dóra á tvö börn sem bæði voru í fóstri: „það var mjög erfitt tímabilið þegar hann var tekinn af mér. Ég hef bara algjörlega blokkað það. Þetta bara eyðilagði líf mitt þegar strákurinn var tekinn af mér.“

Lífið eftir afplánun

Konurnar höfðu undirbúið sig misjafnlega fyrir lok afplánunar. Nokkrar þeirra voru staðráðnar í að takast á við vímuefnavandann og reyna að byggja upp samband við börn sín meðan aðrar vissu ekki hvað myndi bíða þeirra. Bára taldi dagana eftir að losna og alveg óviss um framtíðina: „Ég fer bara í eitthvað herbergi og svo verður það bara að koma í ljós. Ég mun fá mér [rítalín] þegar ég kem út , ég veit það, ég bíð eftir því.“ Reynsla Fríðu var sú sama: „Ég var ekkert að þæla í henni [framtíðinni]. Sambýlismaður minn sótti mig þegar ég fór þaðan

[fangelsinu] út og ég man eiginlega bara ekki meira. Ég hélt bara áfram að nota.“

Flestar þeirra voru ekki með öruggt húsnæði í lok afplánunar. Sögðu þær að það væri nær ógjörningur fyrir sig að fá húsnæði þar sem þær væru á sakaskrá og væru ekki ofarlega í forgangi fyrir félagslegt húsnæði, Karítas sagði:

Hver og ein einasta stelpa sem hefur verið með mér á gangi hefur farið út í óvissu og fólk endar bara á sófaflakki eða Konukoti og Gistiskýlinu. Og þegar fólk fer aftur í þessar aðstæður þá bara gerir það það sem það þekkir, fer í neyslu og svo í glæpi. Það er ekki séns í helvíti að þú sért að fara að lifa á götunni edrú. Fólk fer beint í neyslu.

Þeim fannst að einhver úrræði þyrftu að vera í boði að lokinni afplánun, Helga sagði: „Ég hef alveg verið, og haldið að ég væri í góðum málum. En það er bara hægara sagt en gert að koma úr lokuðu fangelsi.“ Konunum fannst þær ekki sitja við sama borð og karlmenn varðandi afplánun í opnu úrræði, Karítas nefndi að konur væri í algjörum minnihluta á Vernd: „þetta er eins og vera kvenfangi á Vernd. Kannski ein með tuttugu og eitthvað strákum, það er heldur

ekkert auðvelt heldur, það vantar áfangaheimili fyrir konur eftir fangelsi“. Upplifun Berglindar af opnu úrræði var áþekk upplifun Karítasar:

Konur eiga ekki að þurfa að vera á sama stað og níðingar og nauðgarar sem hafa misnotað konur og börn. Við þurfum að þola þetta í neyslu en við eigum ekki að þurfa að vera í kringum þetta í fangelsi. Þetta er ekki félagsskapur sem maður leitar að og flest allar konur í fangelsum hafa verið misnotaðar á einhvern hátt.

Að mati kvennanna var algjört úrræðaleysi þegar kom að lokum afplánunar, Karítas bætti við: „þú tekur bara strætó í bæinn. Svo mætirðu niður í Mjódd og hringir í Rítalínsalann þinn, þú veist ert bara komin í það sama.“

UMRÆÐA

Niðurstöðurnar sýna að konurnar áttu allar við vímuefnavanda að stríða og höfðu hlotið refsidóm vegna vímuefnatengdra brota. Vandinn er djúpstæður og konurnar hafa nær allar orðið fyrir áföllum og erfiðri lífsreynslu fyrr á lífsleiðinni. Áhrif áfalla, kynferðislegs ofbeldis og

erfiðleika eru alvarleg og lýsa sér í því að allar konur hafa áfallasögu í neyslu.

Vímuefnavandi og endurtekið ofbeldi

Allar konurnar í rannsókninni glímdu við alvarlegan vímuefnavanda og flestar þeirra hafa notað vímuefni um æð en það samræmist rannsókn Männerfelt og Håkanson (2018). Vímuefnaneyslan, sögðu þær hafa verið leið til að deyfa sig og takast við þá andlegu vanlíðan sem áföllin og annar vandi leiddi af sér. Samkvæmt Zlotnick og félagum (2003) er það vel þekkt að vímuefni séu notuð til að deyfa sársaukafullar tilfinningar og erfiða lífsreynslu. Hið sama kemur fram í skýrslu Fíkniefna- og sakamálastofnun Sameinuðu þjóðanna (2018). Altintas og Bilici (2018) benda ennfremur á að stór meirihluti kvenfanga hafi orðið fyrir vanrækslu og líkamlegu og/eða kynferðislegu ofbeldi í æsku.

Konurnar greindu einnig frá ofbeldi sem þær urðu fyrir af hendi sambýlismanna og barnsfeðra og hvernig vímuefnanotkun þeirra var oft samofin þeirra. Aðrar rannsóknir hafa einnig sýnt að konur í vímuefnaneyslu eru fastar í vítahring ofbeldis og vímuefnanotkunar og eru þær í aukinni hættu á ofbeldi í nánnum samböndum (Lynch o.fl.,

2012; Testa o.fl., 2003). Fíkniefna- og sakamálastofnun Sameinuðu þjóðanna (2018) hefur bent á að kynbundið ofbeldi gegn konum í virkri vímuefnaneyslu sé tvöfalt til fimmfalt algengara en hjá konum í sambærilegu þýði sem ekki nota vímuefni. Má þar nefna ofbeldi í nánnum samböndum, ofbeldi af hendi annars en maka og kynferðisleg nauðung.

Konurnar glímdu allar við kvíða og höfðu að eigin sögn verið greindar með kvíðaröskun ásamt áfallastreituröskun. Af þeim þremur milljónum kvenna sem handteknar eru ár hvert í Bandaríkjunum má gera ráð fyrir að einn fimmti glími við geðraskanir, um helmingi fleiri en í almennu þýði. Hlutfall kvenfanga með geðraskanir og tvígreindan vanda er einnig hærra en meðal kvenfanga samanborið við karlfanga (McClelland, 2003).

Skortur á áfallamiðaðri nálgun í vímuefnameðferð

Konurnar höfðu endurtekið leitað sér meðferðar við vímuefnvanda. Þær konur sem höfðu áfallasögu úr æsku sögðu að meðferðin þyrfti að vera áfallamiðaðri en hún er nú, en það gefur til kynna að ekki sé tekið tillit til sértækra þarfa þeirra þegar kemur að vímuefnameðferð. O'Hagan og Wilson (2018) benda á að tíðni áfalla, svo sem

kynferðislegs ofbeldis, er talin vera hærri meðal kvenna en karla sem sækja vímuefnaðferð.

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin og Fíkniefna- og sakamálastofnun Sameinuðu þjóðanna (2018) hafa bent á að vímuefnavandi sé heilbrigðisvandi sem skuli vera meðhöndlaður sem slíkur innan heilbrigðiskerfisins. Einstaklingar með vímuefnavanda eigi rétt á og hafi brýna þörf fyrir fagleg meðferðarúræði sem byggja á gagnreyndri þekkingu. Það var hinsvegar mat kvennanna að í sumum þeim meðferðarúræða sem þær höfðu leitað til hefði starfsfólk ekki verið fagmenntað og að þeirra mati ýmislegt fengið að viðgangast.

Fangelsi og staðan nú

Konurnar glímdu við áfallastreituröskun auk annarra geðraskana. Þær töldu að vímuefnaðferð auk aðstoðar við geðræna kvilla hefði getað nýst þeim. Þær sem fengið höfðu slíka aðstoð innan fangelsisins töldu þá aðstoð hjálplega. Önnur rannsókn sýnir að kvenfangar vilja eiga þess kost að fá viðeigandi meðferð og eru mun líklegri til að nýta sér hana í afplánun; kvenfangar með ómeðhöndlaða áfallastreituröskun eru líklegri til að fara að nota vímuefni og fara aftur inn í dómkerfið og

konur í afplánun gætu því virkilega haft gagn af áfallamiðaðri meðferð (Karlsson og Zielinski, 2018).

Heildrænn stuðningur í lok afplánunar er nauðsynlegur svo að konur geti á árangursríkan hátt komið aftur út í samfélagið eftir afplánun. Skortur á geðheilbrigðisþjónustu, menntun og tryggu húsnæði eru allt áskoranir sem kvenfangar mæta við lok afplánunar, auk þess að fara aftur í umhverfið sem þær voru í vímuefnanotkun áður (Covington og Bloom, 2006; Perkins, o.fl. 2018). Sú stefnumótun þar sem aðaláherslan er að takmarka framboð vímuefna ber vott um skilningsleysi á flóknum vanda refsifanga. Refsivist einstaklinga með vímuefnavanda er til einskis, fáir þeir ekki aðstoð við að takast á vímuefnaneyslu sína (Chandler o.fl., 2009).

Takmarkanir rannsókna

Mögulegt er að valskekkja gæti hafa átt sér stað þar sem ómögulegt er að ganga úr skugga hvort úrtakið sé dæmigert fyrir þýðið. Eins gæti önnur takmörkun verið að túlkun gagna mótast um of út frá bakgrunni rannsakenda, svo sem kyni, menningu og fyrri reynslu. Alltaf er hætt á að fyrirframgefnar hugmyndir rannsakenda hafi áhrif á niðurstöðurnar.

LOKAORÐ

Þátttakendur rannsóknarinnar er afar jaðarsettar og falinn hópur í ljósi stöðu sinnar. Konurnar glímdu við flókinn líkamlegan-og geðheilbrigðisvanda. Þær mættu gjarnan fordómum vegna vímuefnanotkunar sinnar þegar þær leituðu til heilbrigðisþjónustunnar. Þær hafa allar að baki gríðarlega áfallasögu sem börn, unglingar og á fullorðinsárum. Þær glíma einnig við geðrænan vanda, sem nauðsynlegt er að veita meðferð við. Mikilvægt er að rödd þessara kvenna heyrist og að hjúkrunarfræðingar séu meðvitaðir um sértækar þarfir þeirra hvaðan sem svo þeir kunna að veita þeim þjónustu.

HEIMILDASKRÁ

- Altintas, M. og Bilici, M. (2018). Evaluation of childhood trauma with respect to criminal behavior, dissociative experiences, adverse family experiences and psychiatric backgrounds among prison inmates. *Comprehensive Psychiatry*, 82, 100-107.
- Abram, K. M., Teplin, L. A. og McClelland, G. M. (2003). Comorbidity of severe psychiatric disorders and substance use disorder among women in jail. *American Journal of Psychiatry* 160, 1007-1010. doi:10.1176/appi.ajp.160.5.1007
- Binswanger, I. A., Merrill, J. O., Krueger, P. M., White, M. C., Booth, R. E. og Elmore, J. G. (2010). Gender differences in chronic medical psychiatric and substance- dependence disorders among jail inmates. *American Journal of Public Health*, 100(3), 476-482. doi: 10.2105/AJPH.2008.149591
- Brinded, P. M., Simpson, A. I., Laidlaw, T. M., Fairley, N. og Malcolm, F. (2001). Prevalence of psychiatric disorders in New Zealand prisons: A national study. *The Australian and New*

Zealand Journal of Psychiatry, 35(2), 166-173.
doi:10.1046/j.1440-1614.2001.00885.x

Chander, G., Himelhoch, S., og Morre, RD. (2006). Substance abuse and psychiatric disorders in HIV positive patients. *Drugs*, 66(6), 769-789. doi: 10.2165/00003495-200666060-00004

Chandler, R. K., Fletcher, B. W. og Volkow, N. D. (2009). Treating drug abuse and addiction in the criminal justice system: Improving public health and safety. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 301(2), 183-190. doi: 10.1001/jama.2008.976

Covington, S. S. og Bloom, B. E. (2006). Gender responsive treatment and services in correctional settings. *Women and Therapy*, 29(3-4), 9-33. doi:org/10.1300/J015v29n03_02

Dahlman, D., Håkansson, A., Björkman, P., Blomé, M. A. og Kral, A. H. (2015). Correlates of skin and soft tissue infections in injection drug users in a syringe-exchange program in Malmö, Sweden. *Substance Use and Misuse*, 50(12), 1529-1535. doi: 10.3109/10826084.2015.1023450

- DeHart, D., Lynch, S., Belknap, J., Dass-Brailsford, P. og Green, B. (2014). Life history models of female offending: The roles of serious mental illness and trauma in women's pathways to jail. *Psychology of Women Quarterly*, 38(1), 138-151. doi:10.1177/0361684313494357
- Fazel, S., Bartellas, K., Clerici, M. og Trestman, R. (2016). Mental health of prisoners: Prevalence, adverse outcomes and interventions. *Lancet Psychiatry*, 3, 871-881. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30142-0.
- Fíkniefna- og sakamálastofnun Sameinuðu þjóðanna. (2008). *Reducing the adverse health and social consequences of drug abuse: A comprehensive approach*. Vín: Sameinuðu þjóðirnar.
- Fíkniefna- og sakamálastofnun Sameinuðu þjóðanna. (2017). *World drug report 2017*. Vín: Sameinuðu þjóðirnar.
- Fíkniefna- og sakamálastofnun Sameinuðu þjóðanna. (2018). *World drug report 2018*. Vín: Sameinuðu þjóðirnar.
- Helga Jónsdóttir (2013). Viðtöl sem gagnasöfnunaraðferð. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstj.), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 137-153). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.

- Karlson, M. E. og Zielinski, M. J. (2018). Sexual victimization and mental illness prevalence rates among incarcerated women: A literature review. *Trauma Violence and Abuse*, 21(2), 326-349. doi: 10.1177/1524838018767933
- Koob, G. og Volkow, N. D. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology*, 35, 217-238.
- Lintone, T., Obstbau, Y., Aarnio, J., von Gruenewaldt, V., Hakamäki, Kääriäinen, Mattila, A., Vartiainen, H., Viitanen, P., Wuolijoki, T. og Joukamaa, M. (2012). The changing picture of substance abuse problems among Finnish prisoners. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 835-842. doi: 10.1007/s00127-011-0390-8.
- Mannerfelt, C. og Håkansson, A. (2018). Substance use, criminal recidivism and mortality in criminal justice clients: A comparison between men and women. *Journal of Addiction*. doi: 10.1155/2018/1689637.
- McCauley, H. L., Riche, F., Hughes, S., Johnson, J. E., Zlotnick, C., Rosen, R. K., Wechsberg, W. M. og Kuo, C. C. (2019). Trauma, power and intimate relationship among women in prison.

Violence Against Women, 26(6-7), 659-674.
doi:10.1177/1077801219842948

Mejía, B., Zea, P., Romero, M. og Saldíva, G. (2015). Traumatic experiences and re-victimization of female inmates undergoing treatment for substance abuse. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 10(5). doi: 10.1186/1747-597X-10-5

Mollard, E. og Hudson, D. B. (2015) Nurse-led trauma informed correctional care for women. *Perspectives in Psychiatric Care*, 52, 224-230. doi: 10.1111/ppc.12122

Lynch, S. M., Fritch, A. og Heath, N. M. (2012). Looking beneath the surface: The nature of incarcerated women's experiences of interpersonal violence, treatment needs and mental health. *Feminist Criminology*, 7(4). 381-400. doi: 10.1177/1557085112439224

Moloney, K. P og Moller, L. F. (2009). Good practices for mental health programming for women in prison: Reframing the parameters. *Public Health*, 123(6), 431-433. doi: 10.1016/j.puhe.2009.04.007

- Moloney, K. P., van den Bergh, B. J. og Moller, L.F. (2009). Women in prison: The central issues of gender characteristics and trauma history. *Public Health*, 123(6), 426-430. doi: 10.1016/j.puhe.2009.04.002
- Perkins, J., Rand, A. og Sheaffer, A. (2018). Social media usage and incarcerated women: A pilot study. *Prison Journal*, 98(1), 3-16. doi.org/10.1177/0032885517743436
- O'Hagan, A. og Wilson, M. (2018). Women and substance abuse: Gender specific social, biological and psychological differences and treatment considerations. *Forensic Research and Criminology International Journal*, 6(2), 90-98. doi:10.15406/frcij.2018.06.00189
- Rhemtullaa, R., Fried, E. I, Aggen, S. H., Tuerlinckx, F. H., Kendler K. S., og Borsbooma, D. (2006). Network analysis of substance abuse and dependence symptoms. *Drug and Alcohol Dependence*, 161, 230-237. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2016.02.005.
- Samtök áhugafólks um áfengis-og vímuefnavandann (2019). *Ársrit SÁÁ 2019*. Reykjavík: SÁÁ.

Samtök áhugafólks um áfengis-og vímuefnavandann. (2016). *Ársrit SÁÁ 2016*. Reykjavík: SÁÁ.

Sigurður Kristinsson. (2013). Siðfræði rannsókna og siðanefndir. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstj.), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 71-88). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.

Sigríður Halldórsdóttir (2016). Fyrirbærafræði sem rannsóknaraðferð. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstj.), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 281–297). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.

Schuckit, M. A. (2006). Comorbidity between substance use disorders and psychiatric conditions. *Addiction*, *101*(1), 76-88. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01592.x>

Strathdee, S. A., West, B. S., Reed, E., Moazan, B., Azim, T. og Dolan, K. (2015). Substance use and HIV among female sex workers and female prisoners: Risk environments and implications for prevention treatment and policies. *Journal of Acquired Immunodeficiency Syndrome*, *69*, 110-117. doi: 10.1097/QAI.0000000000000624

Testa, M., Livingston, J. A. og Leonard, K. E. (2003). Women's substance use and experiences of intimate partner violence: A

longitudinal investigation among community sample. *Addictive Behaviors*, 28(9), 1649-1664. doi:10.1016/j.addbeh.2003.08.040

Fíkniefna- og sakamálastofnun Sameinuðu þjóðanna. (2017). *World drug report 2017*. Vín: Sameinuðu þjóðirnar.

Fíkniefna- og sakamálastofnun Sameinuðu þjóðanna. (2018). *World drug report 2018*. Vín: Sameinuðu þjóðirnar

Zlotnick, C., Najavitas, L. M, Rohsenow, D. J. og Johnson, D. M. (2003). A cognitive-behavioral treatment for incarcerated women with substance abuse disorder and posttraumatic stress disorder: Findings from a pilot study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25(2), 99-105. doi:10.1016/s0740-5472(03)00106-5

Rognli, E. B., Bere, J., Håkanson, A. og Bramness, J. G. (2015). Long-term risk factors for substance-induced and primary psychosis after release from prison. A longitudinal study of substance users. *Schizophrenia Research*, 168(1-2), 185-190. doi: 10.1016/j.schres.2015.08.032

Rosenthal, E. S., Karachmer, A. W., Thiesen-Toupal, J., Castillo, R. A. og Rowley, C. F. (2016). Suboptimal addiction interventions for

patient hospitalized with injecting drug use -associated infective endocarditis. *The American Journal of Medicine*, 129(5), 481-485. doi: 10.1016/j.amjmed.2015.09.024

Walker, E. R. og Druss, B. G. (2016). Cumulative burden of comorbid mental disorders, substance use disorders, chronic medical conditions and poverty on health among adults in the U.S.A. *Psychology, Health and Medicine*, 22(6), 1-9. doi:10.1080/13548506.2016.1227855.

TÖFLUR

Tafla 1 - Rannsóknarferli Vancouver skólans.

Rannsóknarpáttur	Hvað gert var í þessari rannsókn
Prep 1. Velja samræðufélaga (úrtakið)	Sjö konur sem afplánuðu refsíðóm voru valdar með tilgangsrúrtaki, tvær sem höfðu lokið afplánun fengust með snjóboltaúrtaki
Prep 2. Vera kyrr	Til að koma í veg fyrir að fyrirfram mótaðar hugmyndir hefðu áhrif á niðurstöðurnar var staldrað við og reynt að leggja þær til hliðar.
Prep 3. Taka þátt í samræðum. Gagnasöfnun	Tvö viðtöl við sjö kvennanna, eitt viðtal við tvær þeirra. Viðtalsrammi hálfstaðlaður og fór gagnasöfnun fram í gegnum samræður
Prep 4. Hefja gagnagreiningu, skerpt vitund varðand orð	Gagnagreining var unnin samhliða gagnasöfnun
Prep 5. Hefja gagnagreiningu á þrepum	Til að svara spurningunni „hver er reynsla konunnar?“ var textinn lesinn nokkrum sinnum yfir.
Prep 6. Átta sig á heildarmynd af reynslu hvers einstaklings	Rauði þráður frásagnarinnar var fundinn með að raða mikilvægustu atriðunum úr frásögninni upp.
Prep 7. Staðfesta heildarmynd af reynslu hvers einstaklings með honum sjálfum	Hverjum kvenfanga voru kynntar niðurstöður gagnagreiningarinnar.
Prep 8. Átta sig á heildarmyndinni - meginniðurstöður	Niðurstöður allra samræðna túlkaðar í eina heildarmynd sem alfarið voru byggðar á rannsóknargögnum.
Prep 9. Bera niðurstöðurnar saman við rannsóknargögn eða rituðu samræðurnar til að sjá hvort þær séu í samræmi	Viðtölin lesin aftur yfir.
Prep 10. Velja rannsókninni heiti sem lýsir niðurstöðum hennar	„Mér finnst bara eins og allar konur hafi áfallasögu í gegnum neyslu“
Prep 11. Sannreyna niðurstöður með rannsakendum	Niðurstöður sannreynðar með nokkrum þátttakendum.
Prep 12. Skrifa upp niðurstöður rannsóknarinnar	Vitnað var orðrétt í konurnar svo reynsluheimur fengi sem best að heyrast.

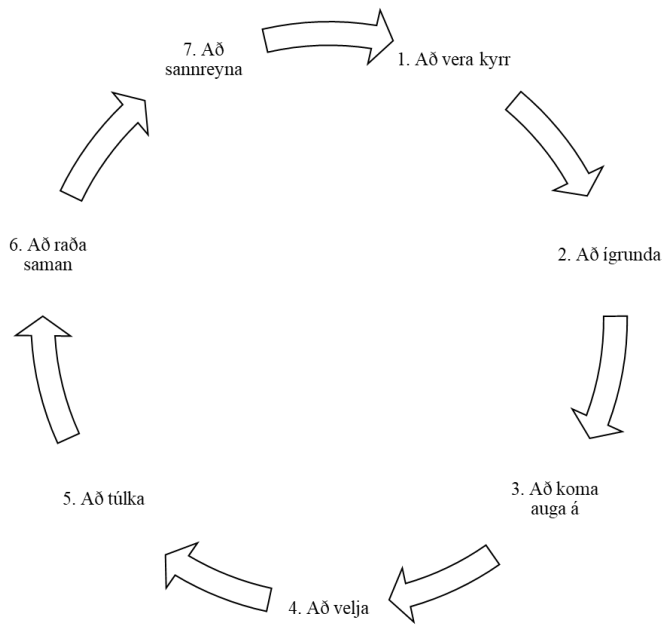
Tafla 2 - Rannsóknarnöfn þátttakanda og yfirlit yfir neikvæða áhrifaþætti í uppveiti.

Rannsóknar- nafn konu	Neikvæðir áhrifaþættir í bernsku	Aldur við upphaf notkunar vímuefna	Annar vandi en vímuefnavandi
Sigrún	Kynferðisleg misnotkun	12 ára	Átröskun, áfallastreituröskun, ADHD
Anna	Hegðunarvandi	14 ára	ADHD, geðhvarfasýki, geðrofseinkenni
Karítas	Einelti, missir nákomins, áfall	12 ára	Persónuleikavandi, kvíði
Selma	Kynferðisleg misnotkun, vanræksla, vímuefnanotkun foreldra, einelti	11 ára	Kvíðaröskun, áfallastreituröskun
Fríða	Hegðunarvandi, vímuefnanotkun foreldra	12 ára	Enginn
Bára	Kynferðisleg misnotkun	35 ára	ADHD, reynt sjálfsvíg
Helga	Greindi ekki frá neikvæðum áhrifaþáttum í æsku	29 ára	Kvíðaröskun, ofsakvíði
Dóra	Kynferðisleg misnotkun	12 ára	ADHD, þunglyndi, kvíði
Berglind	Einelti, hegðunarvandi	12 ára	ADHD, einhverfa, persónuleikavandi

Tafla 3 - Yfirlit yfir niðurstöður rannsóknarinnar.

Upphaf og aðdragandi vímuefna- notkunar	Vímuefnanotkun sem óhjálplegt bjargráð — „fixa sig“	Misgóð meðferðar- úrræði	Iðjuleysi í fangelsi	Lífið eftir afplánun
Áföll	Ofbeldissambönd	„Kærasti í næstum hverri meðferð“	Versnandi líðan - andlega og líkamlega	Blendnar tilfinningar
Ofbeldi	Heimilisleysi	„Vont að láta renna af sér - andlega og líkamlega“	Ósk um meðferð og meðferðar-úrræði	Úrræðaleysi
Kynferðisleg misnotkun	Vímuefnanotkun fjármögnuð	Skortur á einstaklings- miðaðri nálgun	Fíkn	Óvissa
Hegðunarvandi í æsku	Hnignandi heilsufar	Einblínt á vímuefna- vandann	Sorg	Von
Óregla og vímuefnavandi á æskuheimili	Rofin tengsl			

MYNDIR



Mynd 1. Vitrænn vinnuferill Vancouver-skólans í fyrirbærafræði.



**Háskólinn
á Akureyri**

Fræðileg samantekt

Inngangur

Rannsókn þessi fjallar um reynslu kvenna í afplánun af meðferðarúrræðum innan og utan fangelsis, um vímuefnanotkun og það að eiga við vímuefnavanda að stríða. Í inngangi verður einnig fjallað um stöðu vímuefnanotkunar í heiminum, þau efni sem mest eru notuð og afleiðingar vímuefnanotkunar á einstaklinginn, líkamlega, sálrænt og félagslega.

Vímuefnanotkun kvenna verða gerð góð skil og hvernig hún er frábrugðin vímuefnanotkun karlmannna. Farið verður yfir stöðu kvenna, sem nota vímuefni og því ofbeldi sem þær eru útsettar fyrir vegna stöðu sinnar. Farið yfir meðferðarþarfir kvenna þegar að vímuefna meðferð kemur og sérstaklega í ljósi þess að stór meirihluti þeirra hefur áfallasögu að baki og þær hafa flestar orðið fyrir alvarlegu og endurteknu ofbeldi.

Í framhaldi af vímuefnanotkun kvenna verður farið yfir þær rannsóknir og þá þekkingu sem fyrir er á stöðu kvenfanga. Vímuefnanotkun og leið kvenna í fangelsi er nátengt þar sem meirihluti kvenna sem afplána refsídóm hefur brotið af sér vegna vímuefnanotkunar.

Notkun vímuefna hefur fylgt manningnum frá örófi alda og þekkt er að maðurinn hefur leitað ýmissa leiða til að komast í annað hugarástand. Allt frá samfélagi hirðingja og safnara hafa mennirnir þekkt efni úr náttúrunni sem veitt hafa einhverskonar sæluástand eða alsælu. Eins eru til frásagnir frá því um 8000 fyrir Krist þar sem efni sem veittu vímu voru notuð til helgiathafna. Afurðir valmúaplöntunnar, ópíum og morfín til verkjastillingar og gerjun ýmissa náttúrulegra efna til að framleiða alkóhól hafa lengi verið þekktar. Afurð *cannabis sativa* plöntunnar, hass, hefur verið þekkt í um 5000 ár (Vetulani, 2001).

Tölfræðilegar upplýsingar um vímuefnanotkun

Notkun löglegra sem og ólöglegra vímuefna hefur á síðustu áratugum verið ört vaxandi vandi í heiminum. Í skýrslu Fíkniefna- og sakamálastofnunar Sameinuðu þjóðanna um vímuefnanotkun í heiminum (2017) kemur fram að gert er ráð fyrir því að fimm prósent allra fullorðinna einstaklinga hafi notað vímuefni að minnsta kosti einu sinni á ævinni eða alls um 250 milljónir manna. Af þessum fjölda má gera ráð fyrir að um 29,5 milljónir manna þrói með sér fíkn, og eigi við vímuefnavanda að stríða. Samkvæmt Koob og Volkow (2010), má gera ráð fyrir að tæplega 16% Bandaríkjamanna hafi prófað ólögleg vímuefni að minnsta kosti einu sinni á ævinni og að þar af muni um 1,5% þeirra þróa með sér alvarlegan vímuefnavanda. Í samantekt Ritchie og Roser (2019) um vímuefnanotkun í heiminum er gert ráð fyrir að rétt rúmlega 2% allra jarðarbúa ætti við vímuefnavanda að stríða. Skiptingin er þó misjöfn eftir heimshlutum og í Austur-Evrópu er talið að allt að 5% íbúa

glími við vímuefnavanda. Þess má geta að vímuefnavandi er tvöfalt hærrí meðal karlmanna en meðal kvenna, 2,4% hjá körlum á móti 1,2% hjá konum.

Í skýrslu Fíkniefna - og sakamálastofnunar Sameinuðu þjóðanna (2019) kemur fram að cannabis virðist vera það efni sem er mest notað í heiminum með um 188 milljón notendur á aldrinum 15-64 ára eða um 3,8% um heim allan. Notkunin er mest í Norður-Ameríku. Ópíóðanotkun hefur farið ört vaxandi, með alvarlegum afleiðingum. Áætla má að 1,1% jarðarbúa noti ópíóða og má rekja 66% allra vímuefnatengdra dauðsfalla til þeirra. Ef litið er til örvandi efna þá höfðu 0,6% jarðarbúa notað amfetamínefni. Notkun kókaíns er töluvert hærrí, en talið er að 18,1 milljón manna á aldrinum 15-64 ára hafi notað kókaín árið 2017. Alls má áætla að rekja megi 585.000 dauðsföll á heimsvísu til vímuefnanotkunar.

Notkun ólöglegra vímuefna er hærrí meðal karla, eða 12,5% á móti 7,9% kvenna árið 2015 (McHugh, Votaw, Sugarman og Greenfield, 2018)

Samtök áhugafólks um vímuefnavandann, SÁÁ, hafa haldið utan um tölfræði þeirra sem sækja sér þjónustu hjá þeim. Þegar litið er til vímuefnaneyslu á Íslandi hafa gögn frá SÁÁ sýnt fram á að um 10,4% núlifandi karla og 4,6% kvenna hafi leitað sér aðstoðar við áfengis- og/eða vímuefnafíkn hjá SÁÁ. Fjöldi innskráðra sjúklínga árið 2015 á Sjúkrahúsið Vog voru alls 2144, 687 konur á móti 1457 karlmönnum. Tölur frá SÁÁ sýna að hlutfall kvenna hefur verið um 30% frá árinu 2009, og hefur hækkað um 10% frá fyrstu árum SÁÁ (SÁÁ, 2016). Alls lögðust 528 konur á sjúkrahúsið Vog árið 2018 á móti 1144 karlmönnum (SÁÁ, 2019)

Afleiðingar vímuefnanotkunar

Samkvæmt Ritchie og Roser (2019) mátti rekja 11,8 milljónir dauðsfalla í heiminum árið 2017, beint og óbeint til reykinga, áfengis- og

vímuefnanotkunar. Á heimsvísu gerir það um eitt dauðsfall af hverjum fimm, 350 þúsund dauðsfalla mátti rekja beint til ofskömmunar vímuefna. Í samanburði á milli heimshluta mátti sjá að dauðsföll vegna ofskömmunar voru algengari í Norður- Ameríku en tíðni dauðsfalla vegna áfengisnotkunar voru hærri í Austur- Evrópu. Í skýrslu Alþjóða heilbrigðismálastofnunarinnar frá árinu 2011 kemur fram að áfengisneysla sé ein helsta dánarorsök ungs fólks.

Þau dauðsföll sem rekja til áfengis, reykinga og ólöglegra vímuefna eru sjálfsvíg, hjarta- og æðasjúkdómar, lifrarsjúkdómar og alnæmi (Ritchie og Roser, 2019).

Rannsóknir sýna að tíðni þunglyndis, kvíða og alvarlegra geðsjúkdóma er hærri meðal einstaklinga sem nota vímuefni en þeirra sem nota þau ekki (Chandler, Himelhoch og Morre, 2006; Shuckit, 2006; Walker Druss, 2016). Í Bandaríkjunum er til að mynda talið að 50% allra þeirra sem eru óvinnufærir á aldrinum 20-24 ára séu það vegna geðsjúkdóma og/eða vímuefnavanda (Whiteford, Ferrari og Degenhardt, 2016). Geðsjúkdómar og notkun vímuefna haldast oft í hendur en ekki hefur verið sýnt fram á orsakasamband með óyggjandi hætti. Samsláttur þessara tveggja sjúkdóma gerir þá oft erfiðari viðureignar (Fíkniefna- og sakamálastofnun Sameinuðu þjóðanna, 2019).

Geðsjúkdómar eru einnig áhættuþáttur þegar kemur að sjálfsvígstilraunum og sjálfsvígum. Hið sama má segja um áfengis- og vímuefnanotkun og sterk tengsl virðast vera á milli geðsjúkdóma, vímuefnanotkunar og sjálfsvíga (Poorolajal, Haghtalab, Farhadi og Darvishi, 2015). Rannsóknir sem gerðar hafa verið meðal einstaklinga með vímuefnavanda, hafa leitt í ljós að stór meirihluti þeirra hefur orðið fyrir sálrænum áföllum í æsku svo sem kynferðislegu ofbeldi og vanrækslu (Choi,

DiNitto, Marti og Choi, 2017; Stein, Conti, Kenney, Anderson, Flori, Risi og Bailey, 2017).

Vímuefnanotkun um æð

Talið er að allt að 13 milljónir manna um heim allan noti vímuefni um æð. Af þeim eru 1,7 milljónir einstaklinga með HIV. Að Afríku undanskilinni má gera ráð fyrir að 30% þeirra sem eru HIV smitaðir séu það vegna vímuefnanotkunar um æð. Gera má ráð fyrir að 67% þeirra sem nota vímuefni í æð séu einnig lifrabólgu C smitaðir (WHO, e.d). Enn fremur hefur verið sýnt fram á að einstaklingar sem nota örvandi efni í æð eru útsettari fyrir að lifa áhættusömu kynlífi, sem leiðir af sér hærri tíðni HIV hjá þeim í samanbórið við þá sem nota ópíóða um æð. Árið 2015 er talið að 17 milljónir lífár við fulla heilsu hafi tapast á heimsvísu vegna ótímabærra dauðdaga og fötlunar. Orsök þess er að mestu leyti rakin til notkunar ópíóða þó einnig megi rekja aukningu til notkunar örvandi vímuefna eins og amfetamíns og kókaíns (Fíkniefna- og sakamálastofnun Sameinuðu þjóðanna, 2018). Heimilisleysi, handtökur, afplánun dóma og kynlífsvinna auka líkur á HIV, lifrabólgu B og C hjá einstaklingum sem nota vímuefni í æð. Þessar breytur hafa einnig skaðleg áhrif á geðheilsu sem og líkamlega heilsu þessara einstaklinga (Degenhardt, Peacock, Colledge, Leung, Grebely, Vickerman, ...Larney, 2017).

Líkamlegt heilsufar einstaklinga sem nota vímuefni í æð er almennt lakara en þeirra sem ekki nota vímuefni um æð. Ýmsar húðsýkingar eins og húðbeðsbólga (cellulitis) eru algengur fylgifiskur vímuefnanotkunar um æð (Binswager, Kral, Bluthenthal, Rybold og Edlin, 2000). Alvarlegar hjartasýkingar á borð við hjartapelsbólgu (e. bacterial endocarditis) er einnig algengar meðal hópsins. Notkun mengaðra áhalda til vímuefnaneyslu geta borið bakteríur með sér, ófullnægjandi hreinlæti við notkunina sjálfa auk þess

sem efni í lausninni sjálfri geta haft skaðleg áhrif á hjartalokur (Cooper, Brady, Ciccarone, Tempalski, Gostnell og Friedman, 2007). Einstaklingar í vímuefnaneyslu mæta gjarnan fordómum innan heilbrigðiskerfisins og veigra sér því oft við að leita sér þjónustu (Islam, Conigrave og Day, 2010). Leitast þeir þá við að meðhöndla sig sjálfir með sýklalyfjum sem keypt eru á götunni og fá því þá ekki fullnægjandi heilbrigðisþjónustu (Binswager, Kral, Bluthenthal, Rybold og Edlin, 2000).

Meðferð við vímuefnavanda

Alþjóða heilbrigðismálastofnunin og Fíkniefna- og sakamálastofnun Sameinuðu þjóðanna (2018) hafa lagt áherslu á að vímuefnavandi sé í raun heilbrigðisvandi og skuli meðhöndla sem slíkan innan heilbrigðiskerfisins. Einstaklingar með vímuefnavanda eigi rétt á, og hafi brýna þörf á faglegum og gagnreyndum meðferðarúræðum. Greining skuli verða gerð á vandanum og gera skuli meðferðaráætlun um hvernig eigi að bregðast við. Enn fremur skuli meðferðin vera veitt af fagfólki sem hefur þjálfun við hæfi. Hins vegar kom fram í úttekt Fíkniefna- og sakamálastofnun Sameinuðu þjóðanna (2019) að aðeins einn af hverjum sjö sem þarf á vímuefnameðferð að halda fáa hana í raun og veru.

Á Íslandi er meðferð einstaklinga með vímuefnavanda bæði í höndum heilbrigðisstofnana og frjálsra félagasamtaka.

Fíknigeðdeild Landspítala við Hringbraut er 18 rúma legudeild, þar sem markhópur deildarinnar eru einstaklingar með vímuefnavanda auk alvarlegra geðraskana. Á sömu einingu er einnig rekin göngudeild og dagdeild í náinni samvinnu við legudeildina (Landspítali, e.d).

Samtök áhugafólks um áfengis- og vímuefnavandann hafa rekið vímuefnameðferð frá árinu 1977. Á sjúkrahúsinu Voggi geta allt að 60

sjúklingar dvalið á hverjum tíma. Starfsemin er fjölþætt og rekur SÁÁ einnig eftirmeðferð að Vík á Kjalarnesi og áfangaheimilið Vin ásamt göngudeild (SÁÁ, ed). Í ársriti samtakanna frá 2017 er því vísað á bug að hugmyndafræði samtakanna byggist á hinu svokallaða 12 spora kerfi eða Minnesotamódelinu. Meðferðin og meðferðarnálgunin eigi þvert á móti fáa sína líka og sé byggð á vísindalegum grunni (Þórarinn Tyrfingsson, 2017).

Samhjálp rekur meðferðarheimilið Hlaðgerðarkot sem er staðsett í Mosfellsdal og hefur verið starfrækt frá árinu 1974. Í Hlaðgerðarkoti er pláss fyrir 30 einstaklinga, 20 karlmenn og 10 konur. Ásamt því að reka meðferðarheimilið Hlaðgerðarkot starfrækir Samhjálp einnig áfangaheimili fyrir einstaklinga með vímuefnavanda. Á heimasíðu samtakanna kemur fram að markmið þeirra sé að veita þeim hjálparhönd sem glíma við áfengis- og annan vímuefnavanda (Samhjálp, e.d.).

Krýsuvíkursamtökin voru stofnuð árið 1986 og bjóða upp á langtímameðferð, þar sem meðferðartíminn er að lágmarki sex mánuðir. Meðferðin fer fram í einkaviðtölum, hópmeðferð, fyrirlestrum, kennslu, útvist og líkamsrækt (Krýsuvíkursamtökin, e.d.).

Skaðaminnkun

Fíkniefna- og sakamálastofnun Sameinuðu þjóðanna hefur allt frá árinu 2008 lagt til að samfélög heimsins tileinki sér mannúðlegri nálgun, eins og skaðaminnkun í heilbrigðisþjónustu við einstaklinga með langvinnan vímuefnavanda (Fíkniefna- og sakamálastofnun Sameinuðu þjóðanna, 2008). Að margra mati hefur sú refsistefna sem hefur verið við lýði og hið svokallaða stríð gegn vímuefnum ekki skilað tilætluðum árangri. Stefnan hafi þvert á móti ýkt og aukið á heilsufarsleg vandamál sem fylgja vímuefnaeyslu eins og útbreiðslu HIV og lifrabólgu B og C. Afleiðingar refsistefnunnar er einnig hægt að sjá í umsvifum neðanjarðarhagkerfis með kaup og sölu á vímuefnum,

spillingu meðal lögreglu, mansal og kynlífsvinnu (Rolles, 2010). Vilja sumir ganga svo langt að segja að stríðið gegn vímuefnum hafi í raun valdið meiri skaða en vímuefnin sjálf (Sander, Shirley-Beavan, Stone, 2019).

Rauði Kross Íslands hefur á undanförunum árum veitt jaðarsettum einstaklingum þjónustu út frá skaðaminnkandi hugmyndafræði. Skaðaminnkun byggir á gagnreyndri þekkingu og hafa aðferðir hennar, eins og til dæmis nálaskiptiþjónusta, sýnt fram á jákvæðan árangur í að draga úr sýkingum og nýsmitum lifrabólgu og HIV. Aðaláherslan er að koma auga á þann skaða sem ákveðin hegðun veldur og hvernig hægt er að koma í veg fyrir hann. Þeir sem aðhyllast skaðaminnkandi hugmyndafræði gera sér grein fyrir því að vímuefnaneysla sé staðreynd í samfélögum og einstaklingar munu áfram nota vímuefni þrátt fyrir stefnu stjórnvalda í að reyna að takmarka framboð og eftirspurn og bregðast við með refsingum (Lev-Ran, Nitzan og Fennig, 2014).

Rauði Krossinn rekur næturathvarf fyrir heimilislausar konur í samvinnu við Reykjavíkurborg, Konukot. Athvarfið er opið frá 17:00 síðdegis til 10:00 morguninn eftir. Árið 2016 leituðu 101 kona skjóls í Konukoti og voru gistinæturnar alls 3084 og áttu 37% þeirra við áfengisvanda að stríða, 55% glímdu við annan vímuefnavanda og notuðu 35% þeirra vímuefni í æð. Eins áttu 34% þeirra við geðrænan vanda að stríða (Rauði Krossinn, 2015; Rauði Krossinn, 2016).

Rauði Krossinn sér einnig um rekstur Frú Ragnheiðar sem er sérútbúinn bíll sem veitir jaðarsettum einstaklingum heilbrigðisþjónustu. Stærsti einstaki faghópur sjálfboðaliða í Frú Ragnheiði eru hjúkrunarfræðingar. Boðið er upp á almenna hjúkrunarmóttöku ásamt nálaskiptiþjónustu (Rauði Krossinn, e.d.). Heimsóknir í Frú Ragnheiði árið 2015 voru 1002 talsins og árið 2016 jókst aðsóknin upp í 2769 komur. Konur voru 25% notenda. Helst voru

skjólstæðingar að leita í nálaskiptiþjónustu eða 75% þeirra. Margir þeirra nýttu sér einnig hjúkrunarmóttöku (Rauði Krossinn, 2015). Ungfrú Ragnheiður er þriðja þjónustuverkefni Rauða Krossins. Það veitir sömu þjónustu og Frú Ragnheiður, en starfsemi Ungfrú Ragnheiðar er á Akureyri (Rauði Krossinn, e.d).

Kenningar um fíkn

Sjúkdómskenningin er ein elsta og útbreiddasta kenningin um orsakir fíknar. Megininntak hennar er að fíkn sé ólæknanlegur heilasjúkdómur sem verður einungis meðhöndlaður með ævarandi bindindi frá vímugjafanum. Sjúkdómnum er lýst sem stjórnlausri löngun til að neyta vímugjafans. Viðkomandi missir jafnframt alla stjórn á notkuninni og getur ekki takmarkað hana þrátt fyrir ítrekaðar tilraunir. Nái viðkomandi ekki að nálgast vímugjafann á hann í hættu að fá fráhrarfseinkenni. Handbók bandarísku geðlæknasamtakanna, byggir greiningu sína á þessari kenningu um fíkn, sem ólæknandi sjúkdóm í heila (Koob og Volkow, 2009; Helga Sif Friðjónsdóttir, 2009).

Ekki eru allir á eitt sáttir um hvað veldur því að einstaklingur þrói með sér fíkn og fíknivanda en enn fleiri eru nú farnir að aðhyllast þá kenningu að fíkn sé af lífsálfélaglegum (e. biopsychosocial) toga; að breyting verði á taugalífeðlisfræði heilans vegna flókens samspils erfða, sálfélaglegra þátta og aðstæðna í umhverfi einstaklingsins:

Endurtekin notkun efnisins/vímugjafans sem hefur að lokum áhrif á starfsemi heilans.

Erfðafræðileg tilhneiging til ákveðinna persónuleikabátta

Erfið lífsreynsla eða áfall (UNDOC, 2018; Helga Sif Friðjónsdóttir).

Meirihluti einstaklinga sem nota vímuefni virðast þó þroskast og fjarlægjast vímuefnanotkunina þegar breytingar verða á félagslegum hlutverkum þeirra, til að geta uppfyllt skyldur sínar, svo sem við maka, vinnuveitanda eða börn sín (Rhodes, Gottfredson og Hill, 2018).

Konur og vímuefnanotkun

Lengi vel var vímuefnavandi fyrst og fremst talinn vandi karlmannna og voru nær allar rannsóknir á því sviði með áherslu á vímuefnanotkun og -vanda karlmannna. Vímuefnavandi kvenna hefur því fallið í skuggann og lítið verið fjallað um hann í gegnum árin (O'Hagan og Wilson, 2018). Vímuefnavandi kvenna er þó staðreynd og hefur rannsóknum á því sviði fjölgað á síðastliðnum árum. Vímuefnanotkun kvenna virðist vera aukast og virðist kynjabilið þannig vera að minnka (Fíkniefna- og sakamálastofnun Sameinuðu þjóðanna, 2017) Birtingamynd vímuefnavanda kvenna er nokkuð frábrugðinn birtingarmyndar vandans hjá karlmönnum. Rannsóknir á vímuefnanotkun kvenna hafa leitt í ljós að konur hefja vímuefnanotkun síðar á lífsleiðinni en karlar. Vímuefnavandinn virðist þrátt fyrir það ágerast hraðar hjá konum (WHO, 2017; Rhodes, Gottfredsson og Hill, 2018). Í Bandaríkjunum hafa dauðsföll kvenna vegna ofskömmtnar vímuefna nær tvöfaldast milli áranna 1999-2014, sem er hraðari þróun en á meðal karla. Konur virðast einnig eiga við fjölþættari vanda en karlar að stríða þegar þær hefja fíknimeðferð (Rhodes, Gottfredsson og Hill, 2018; Greenfield, Brooks, Gordon, Green, Kropp, McHugh, ... Miele, 2006). Vímuefnavandi kvenna virðist þróast hraðar en vímuefnavandi meðal karla. Á það við um áfengi og ólögleg vímuefni. Eins virðist tíminn frá því að þær byrja að neyta vímuefna og fara í að leita vímuefnameðferðar vera styttri en hjá körlum. Þrátt fyrir styttri tíma í virkri vímuefnanotkun og minna magn notaðra efna þegar konur koma til meðferðar virðist vandi þeirra jafnlangt genginn og vandi karla. Þrátt fyrir

tiltölulegan stuttan tíma í virkri vímuefnotkun upplifa konur meiri neikvæðari geðræn einkenni, heilsufarsleg og félagsleg miðað við karlmenn (Greenfield, Brooks, Gordon, Green, Kropp, McHugh, ... Miele, 2006).

Vatnshlutfall kvenlíkamans er lægra en meðal karla, sem gerir það að verkum að blóðþéttni alkóhóls verður hærri meðal kvenna. Hinn líffræðilegi, sálfræðilegi og félagslegi munur kynjanna er einnig talinn hafa möguleg áhrif á vímuefnavanda og þróun hans. Áfengisþol kvenna er til að mynda minna miðað við karla. Kókaín virðist einnig ná fyrr hærri styrk í blóðvökva (plasma) hjá konum og virðist því vera stýrt af hormónum í eggjastokkum. Tíðarhringur kvenna virðist einnig eitthvað hafa að segja vegna ýmissa líffræðilega þátta. Þol kvenna virðist líka vera almennt minna og talið er að munur sé á verðlaunabraut heilans meðal kvenna (McHugh, Votaw, Sugarman og Greenfield, 2018).

Mismunandi ástæður liggja að baki vímuefnanotkun karla og kvenna. Vímuefnanotkun kvenna virðist oftast en ekki samofin vímuefnanotkun karlmanna. Konur leiðast frekar út í notkun vímuefna eigi þær maka sem neyti vímuefna og hafa rannsóknir sýnt að konur eru mun líklegri en karlmenn til að eiga í rómantísku/kynlífssambandi við maka í virkri vímuefnanotkun. (O'Hagan og Wilson, 2018; Mannerfelt og Hákanson, 2018). Mynstrið virðist vera annað hjá karlmönnum þar sem þeir verða frekar frá þrýstingi frá félögum (Mannerfelt og Hákanson, 2018).

Þótt konur byrji almennt eldri og drekki minna magn miðað við karlmenn, virðast þær þjást verr og fyrr af neikvæðum afleiðingum ofdrykkju þrátt fyrir skemmra tímabil ofdrykkju. Konur virðast fyrr fá lifrarsjúkdóma eins og skorpulifur en karlar. Jafnframt leita þær fyrr til heilbrigðisþjónustunnar en karlar vegna áfengisnotkunar (McHugh, Votaw, Sugarman og Greenfield, 2018) Heróínnotkun virðist vera algengari meðal karlmanna. Þrátt fyrir að

heróín notkun sé algengari meðal karla eru konur útsettari fyrir lifrabólgu C og HIV, virðist það vera vegna þess að konur fái frekar lánaðan notaðan sprautubúnað en karlmenn. Ekki er munur á notkun kynjanna á lyfseðilsskyldum ópíóðum (Greenfield, Lawson og Brady, 2010).

Áföll og ofbeldi

Ofbeldi er algengur samnefni í lífssögu einstaklinga sem leita sér meðferðar við vímuefnavanda. Sýnt hefur verið fram á að ofbeldi í æsku; andlegt, líkamlegt og kynferðislegt, geti sagt til um þróun erfiðleika (e. dysfunction) á fullorðinsárum. Má þar nefna vímuefnavanda og annan geðheilbrigðisvanda. Ofbeldi í æsku hefur einnig forspárgildi á endurtekin áföll síðar á lífsleiðinni (Sacks, McKendrick og Banks, 2008).

Fjöldamargar rannsóknir hafa verið gerðar á tengslum kvenna við áföll og vímuefnaneyslu. Tíðni áfalla, svo sem kynferðislegrar misnotkunar, er talin vera algengri meðal kvenna en karla sem sækja í vímuefna meðferð (O'Hagan og Wilson, 2018; Sacks, McKendrick og Banks, 2008). Í fræðilegri samantekt Karlson og Zielenski (2018) kemur fram að áföll hafa áhrif á streitukerfi líkamans og auka þannig næmni hans fyrir því að þróa með sér vímuefnavanda. Aðrar kenningar um tengsl áfalla og vímuefnavanda má einnig nefna sjálfsdeyfingarkenninguna (e. Self-medication theory). Megininntak hennar er að vímuefni séu notuð til að forðast og minnka áhrif endurupplifana og annarra þjáninga tengdar áföllum.

Þó svo að vímuefnanotkun virðist dempa áfallaviðbrögð tímabundið hefur reynslan þó sýnt að sé ekki unnið með áfallið og líðan áfram deyfð með vímuefnum er líklegt að einstaklingur þrói með sér langvinna áfallastreituröskun (O'Hagan og Wilson, 2018; Ullman, Relyea, Peter-Hagene og Vasquez, 2013). Rannsakendur hafa einnig beint sjónum sínum að

samslætti áfallastreituröskunar og áfengis- og vímuefnanotkunar meðal kvenkyns þolenda ofbeldis. Í bandarískri rannsókn Ullman og félagar (2013) á 1863 konum kom í ljós að þær konur sem áttu áfallasögu að baki notuðu frekar áfengi og vímuefni til að takast á við streitueinkennin sem fylgdu áföllunum. Í rannsókninni kom fram að tengslin voru sérstaklega sterk þegar um kynferðislega misnotkun í æsku var að ræða. Því virðist sem tegund áfalla skipti máli. Cross og félagar (2015) komust að sömu niðurstöðu og bentu þeir jafnframt á að geðheilbrigðisstarfsfólk þyrfti að vera meðvitað um mögulega áfallasögu einstaklings við greiningu og meðferð á geðheilbrigðisvanda.

Þrátt fyrir að oft sé erfitt að greina orsakasamband milli áfalla og geðraskana eru vísbendingar um að kynferðisleg misnotkun sé oft á tíðum undanfari geðraskana (Karlson og Zielenski, 2018). Þá hefur ofbeldi eins og vanræksla í æsku áhrif á þróun vímuefnavanda síðar á lífsleiðinni. Rannsóknir hafa leitt í ljós að vanræksla í æsku hefur neikvæð áhrif og getur leitt af sér geðheilbrigðisvanda eins og persónuleikaraskanir, þunglyndi, lágt sjálfsmat og þróun vímuefnavanda meðal karla og kvenna (Afifi, Henriksen, Asmundsson og Sareen, 2012). Eins getur vanræksla í æsku verið vísir að endurteknum áföllum síðar á ævinni (Stein, Leslie og Nyamathi, 2002).

Vímuefnavandi er algengur meðal heimilislausra einstaklinga. Fjölmargar rannsóknir hafa sýnt fram á tengsl áfalla í æsku við heimilisleysi karla og kvenna síðar á lífsleiðinni. Í bandarískri rannsókn Zlotnick og félagar (2004) meðal heimilislausra einstaklinga með vímuefnavanda kom fram að næstum 75% þeirra höfðu upplifað áfall í æsku.

Í rannsókn Stein og félagar (2002) meðal heimilislausra kvenna komu sterklega í ljós tengsl milli vímuefnaneyslu foreldra og ofbeldis í æsku við heimilisleysi síðar á ævinni. Konum sem greindu frá misnotkun í æsku var hættara við lægra sjálfsmati og laskaðrar sjálfsmyndar. Tengsl eru á milli lágs

sjálfsmats og laskaðrar sjálfsmyndar við áhættuhegðun sem getur haft neikvæð áhrif á heilsu kvenna. Heimilislausar konur sogast inn í heim sem hefur skelfilegar afleiðingar á heilsu þeirra. Konur með lítið sjálfstraust eins og endurspeglast í heimilislausum konum gera minni kröfur til maka sinna, samþykkja frekar kynlíf sem þær vilja ekki og þora ekki að biðja kynlífsfélagann um að nota getnaðarvarnir (Stein, Leslie og Nyamathi, 2002). Konur sem verða fyrir ofbeldi í nánnum samböndum eru fimm sinnum líklegri til að fara að nota vímuefni en þær sem hafa ekki sömu reynslu. Konur í vímuefnaneyslu eiga oft erfitt með að koma sér úr aðstæðunum þar sem að sá sem útvegar þeim efni er sá sami og beitir þær ofbeldi. Algengt er því að konur lendi í vítahring ofbeldis (O'Hagan og Wilson, 2018).

Fíkniefna- og sakamálastofnun Sameinuðu þjóðanna (2018) hefur jafnframt bent á að kynbundið ofbeldi gegn konum í virkri vímuefnaneyslu sé tvöfalt til fimmfalt algengara en hjá konum í sambærilegu þýði sem ekki nota vímuefni. Má þar nefna ofbeldi í nánnum samböndum, ofbeldi af hendi annars en maka og kynferðisleg nauðung.

Þegar lítið er til meðferðar og íhlutana kvenna með vímuefnavanda er nauðsynlegt að líta til þess sem undan er gengið, líta til fyrri reynslu í æsku í stað þess að einblína á núverandi ástand. Hlutfallslega hátt hlutfall heimilislausra kvenna greina frá líkamlegu og kynferðislegu ofbeldi í æsku ásamt fátækt og bágbornum félagslegum aðstæðum (Stein, Leslie og Nyamathi, 2002).

Vímuefnameðferð kvenna

Þarfir kvenna eru ólíkar þörfum karlmannna þegar kemur að vímuefnameðferð vegna ýmissa kynbundinna þátta. Mikilvægt er að geðheilbrigði kvenna sé gefinn gaumur þegar þær koma í vímuefnameðferð þar sem gera má ráð fyrir

að þær glími við geðheilbrigðisvanda og afleiðingar áfalla. Svo meðferð verði árangursrík er nauðsynlegt að veitt sé meðferð við honum samhliða því sem veitt er meðferð við vímuefnavanda (O'Hagan og Wilson, 2018). Konur virðast svara betur fíknimeðferð sem er sérhönnuð að þörfum og tekur tillit til sérstöðu kvenna; þeim virðist vegna betur og þær virðast eiga auðveldara með að skuldbinda sig að slíkri meðferð lokinni (Rhodes, Gottfredsson og Hill, 2018). Eins er mikilvægt að í ljósi áfallasögu þeirra kvenna sem leita í vímuefnameðferð gæti kynjaskipt meðferð haft jákvæð áhrif á meðferðarlíkur þeirra. Rannsóknarniðurstöður á 43 vímuefnameðferðum benti til þess að árangur kynjaskiptrar meðferðar væri betri en árangur meðferðar þar sem kynin voru ekki aðskilin - þó svo konurnar hefðu átt við þyngri vímuefnavanda að stríða og væru með geðrænan vanda. Eins hefur kynjaskipt meðferð þótt leiða af sér minni líkur á afbrotum og fangelsisvist að meðferð lokinni (Niv og Hser, 2007). Í yfirlitsrannsókn Greenfield og félagar (2018) kom jafnframt fram að upplifi konur umhyggju og samhygð frá meðferðaraðila sínum virðist það hafa jákvæð áhrif á batahorfur þeirra.

Ýmsar hindranir virðast vera í vegi þess að konur leiti sér meðferðar við vímuefnavanda. Margar þeirra virðast vera kynbundnar. Kynbundnar hindranir í vímuefnameðferð geta verið ótti við forsjármissi barna, ótti við kynferðislega áreitni og skortur á barnagæslu (Rhodes, Gottfredson og Hill, 2018). Konur eru líklegri til að sækja sér meðferð við vímuefnavanda vegna persónulegra hvata eins og til dæmis upplifun að hafa ekki stjórn á eigin lífi eða þrýstings frá fjölskyldu. Karlmennt virðast frekar sækja sér meðferð vegna ytri þátta eins og vegna vinnu eða skóla (Rhodes, Gottfredson og Hill, 2018).

Það getur reynst mæðrum þungbært að missa börn sín frá sér vegna vímuefnanotkunar sinnar og leiðir forsjársvipting barna ekki endilega til þess að konur leiti sér meðferðar við vímuefnavanda. Í eigindlegri rannsókn

Rhodes og félagi (2018) meðal 30 kvenna sem voru í meðferð við vímuefnavanda kom fram að hluti þeirra sökkti sér enn dýpra í vímuefnanotkun eftir að hafa misst börn sín frá sér. Rannsókn Kenny og félagi (2015) komst að sömu niðurstöðu. Auka þarf skilning á afleiðingum forsjárvíptingar á stöðu kvenna sem nota vímuefni og líta til þeirra í meðferð kvenna með vímuefnavanda. Viðhorf til kvenna í vímuefnaneyslu virðast almennt neikvæðari en til karlmannna. Þær virðast frekar mæta fordómum og dómhörku, sér í lagi þegar þær eru barnshafandi. Mikilvægt er að komið sé fram við ófrískar konur án dómhörku og af samhygð, með áherslu á að bæta almenna heilsu og styðja við fjölskyldutengsl þeirra (O'Hagan og Wilson, 2018).

Íhlutun og meðferð kvenna með vímuefnavanda ætti að miða að því að efla sjálfstraust þeirra, valdefla þær sérstaklega í þeim vítahring ofbeldis og valdaleysis, og með íhlutunum sem væri hægt að freista þess að draga úr vímuefnaneyslu, vanlíðan og hjálpa þeim að losna úr viðjum heimilisleysis (Stein, Leslie og Nyamathi, 2002). Ef kona, sem lokið hefur meðferð er sett í sömu aðstæður þar sem vímuefnaneysla er til staðar er hún mun líklegri til að fara að nota vímuefni aftur. Aðstoða þarf konur við að byggja upp félagsleg tengsl og ef þörf er á, að hjálpa þeim að koma sér úr ofbeldisfullum og hættulegum aðstæðum. Ef kona er hinsvegar, eftir meðferð, sett í sömu aðstæður, þar sem vímuefnaneysla er til staðar er hún mun líklegri til að fara að nota aftur vímuefni (O'Hagan og Wilson, 2018).

Vímuefnanotkun og afbrot

Fjöldi einstaklinga í fangelsi fer stigvaxandi. Í heiminum er talið að 10,3 milljónir einstaklinga, þar með taldir gæsluvarðhaldsfangar, hafi verið í haldi árið 2015. Hlutfall þeirra sem hlotið hafa refsídóm jókst um 54% á árunum 2013 og 2015 (Fíkniefna- og sakamálastofnun Sameinuðu þjóðanna, 2018). Í

Bandaríkjunum voru handtökur vegna eignarhalds á vímuefnum 1,4 milljón á einu ári sem gera eina handtöku á hverjum 25 sekúndum (Sander, Shirley-Beavan og Stones, 2019).

Gera má ráð fyrir að um helmingur refsifanga uppfylli greiningarskilmerki um vímuefnavanda, en auk vímuefnavanda eiga margir refsifangar við önnur heilsufarsleg vandamál að stríða tengd vímuefnanotkun (Brinded, Simpson, Laidlaw, Fairley, og Malcolm, 2001). Í Svíþjóð er talið að um 70% þeirra sem afplána refsidóma eigi við vímuefnavanda að stríða (Mannerfelt og Hakansson, 2018).

Afbrot eins og varsla vímuefna, sala og meðhöndlun lyfja, rán, líkamsárásir, þjófnaðir og nytjastuldir, eru dæmi um afbrot þar sem vímuefnanotkun eða vímuefnavandi kemur við sögu.

Afbrotin eru fyrst og fremst framin til að fjármagna vímuefnaneyslu og til að forðast fráhrarfseinkenni. Brot þessi eru oft tengd heimilisleysi og félagslegri útskúfun þessara einstaklinga (Fíkniefna- og sakamálastofnun Sameinuðu þjóðanna, 2018).

Einstaklingar með vímuefnavanda eru stórt hlutfall þeirra sem afplána refsidóma. Í samantektarrannsókn 32 rannsókna Sameinuðu þjóðanna (2018) um vímuefnaneyslu og fangelsisvist, hvaðanæða úr heiminum, kom fram að allt að einn þriðji þeirra sem hlutu refsidóm höfðu notað ólögleg vímuefni á einhverjum tímamarki meðan þeir afplánuðu dóm eða 32,6%. Af þeim voru 16% í vímuefnaneyslu á þeim tíma sem rannsóknin fór fram. Sameinuðu þjóðirnar hafa bent á að þó svo að refsidómar við vímuefnaneyslu hafi vissan fælingarmátt fyrir einhverja þá þjóni refsingar litlum sem engum tilgangi hjá þeim sem eru með langt genginn vímuefnavanda. Að sama skapi hefur reynslan sýnt að þyngri refsidómar hafa ekki dregið úr vímuefnanotkun í samfélögum. Fangelsisvist getur á sama tíma haft neikvæð áhrif á einstaklinga

með vímuefnavanda, heilsu þeirra, fjölskyldur þeirra og nærsamfélag (Fíkniefna- og sakamálastofnun Sameinuðu þjóðanna, 2018). Rannsóknir hafa meðal annars sýnt fram á að fangelsisvistin sjálf og tíminn eftir lok hennar getur haft ýmsar heilsufarshættur í för með sér og getur til að mynda aukið hættu á HIV smiti hjá einstaklingum, sér lagi þeim sem nota vímuefni í æð (Degenhardt, Peacock, Colledge, Leung, Grebely, Vickerman, ... Larney, 2017; Chang, Lichtenstein, Larsson og Fazel, 2015). Einstaklingar sem nota vímuefni í æð halda því gjarnan áfram þrátt fyrir innilokun og aðrir fangar fara jafnvel að nota vímuefni í fangelsum eða byrja að nota um æð (Fíkniefna- og sakamálastofnun Sameinuðu þjóðanna, 2018). Faraldsfræðilegar rannsóknir hafa einnig sýnt fram á aukna hættu á dauðsföllum meðal einstaklinga sem afplánað höfðu dóm. Í sænskri rannsókn Chang og félaga (2015) kom ljós að þeir einstaklingar sem glímdu við vímuefnavanda voru líklegri til að láta lífið eftir afplánun. Líkurnar á því að láta lífið innan fimm ára eftir afplánun voru 10,2% meðal þeirra sem áttu við vímuefnavanda að stríða. Til samanburðar var dánartíðnin 3,2% hjá þeim sem ekki áttu við vímuefnavanda að stríða. Mögulegar ástæður geta verið minnkað líkamlegt þol fyrir vímuefnavandanum, sem eykur þannig líkur á ofskömmtnun. Líkamlegt heilsufar hefur einnig verið nefnt sem mögulegur áhættuþáttur en talið er að líkamlegur aldur vegna slæms líkamsástands einstaklinga í fangelsi sé í raun 10-15 árum hærra en raunaldur.

Fangelsisvist getur haft neikvæð áhrif á einstaklinga sem afplána refsidóma, sérstaklega á geðheilbrigði þeirra. Á Bretlandseyjum voru á einu ári tilkynnt rúm 23 þúsund tilfelli um sjálfsskaða meðal fanga. Ungir fangar, kvenfangar og þeir sem voru nýkomnir inn til afplánunar voru líklegri til að skaða sjálfan sig. Reykingar eru einnig algengari meðal fanga. Rannsóknir sýna að heilbrigðisþarfir fanga séu mestar meðal kvenna og eldri fanga (Bagnall, South, Hulme, Woodall, Vinnall-Collier, Kinsella, ...Wright, 2015).

Vímuefnaneysla er stór áhættuþáttur fyrir því að einstaklingur fremji afbrot og er því áskorun fyrir dómskerfið til að fyrirbyggja ný brot (Mannerfelt og Hakansson, 2018). Þegar einstaklingur með vímuefnavanda kemur inn í dóma- og refsikerfið, ætti það að vera sóknartækifæri fyrir starfsfólk til að hvetja og vinna með einstaklingnum til að takast á við vímuefnavandann (Fíkniefna- og sakamálastofnun Sameinuðu þjóðanna, 2018).

Fangelsisvist er samfélögum mjög dýr. Fjárhagsleg innkoma fangans hefur oft áhrif á afkomu hans sem og fjölskyldu hans, bæði meðan á afplánun stendur og eftir afplánun. Margir þeirra einstaklinga sem afplánað hafa refsidóm eiga erfitt með að fá vinnu sökum þess að vera á sakaskrá og festast þannig í vítahring fátæktar, jaðarsetningar, afbrota og endurkomu í fangelsi. Margir fangar eiga ekki kost á menntun, atvinnu eða öðrum úrræðum í fangelsi en það dregur úr líkum þeirra á endurhæfingu. Reynslan hefur sýnt að þegar önnur úrræði hafa verið reynd í stað sakfellingar og refsingar dregur það úr líkum að einstaklingur brjóti af sér aftur. Það að fara aftur inn í fangelsi eykur líkur á að einstaklingur fari aftur inn í þriðja og fjórða skiptið og úr verður vítahringur afplánunar og lausnar á víxl (Fíkniefna- og sakamálastofnun Sameinuðu þjóðanna, 2018).

Konur, vímuefnanotkun og afbrot

Aukning hefur orðið á þeim fjölda kvenna sem hljóta refsidóma. Ástæðan virðist fyrst og fremst vera fjöldi brota tengdum vímuefnanotkun (Moloney, van den Bergh og Moller, 2009). Í Bandaríkjunum er talið að kvenfangar séu um sjö prósent og hefur hlutfallið þeirra aukist um 700% á árunum 1984 til 2014 (Fíkniefna- og sakamálastofnun Sameinuðu þjóðanna, 2018). Í skýrslu Fíkniefna- og sakamálastofnunar Sameinuðu þjóðanna (2018) kom fram að hlutfall kvenna í fangelsum væri um 7%. Hraðari aukning hefur orðið á fjölda kvenna en karla í afplánun. Frá árinu 2000 hefur fjöldi þeirra aukist um 50% á

meðan hlutfall karla hefur aukist um 18%. Rekja má þessa aukningu til hertari viðurlaga við brotum tengdum ólöglegum vímuefnum. (Fíkniefna- og sakamálastofnun Sameinuðu þjóðanna, 2018). Í öllum heimsálfum er talið að um að 600 þúsund konur hafi verið í fangelsi árið 2012. Þriðjungur þeirra var í afplánun í Bandaríkjunum (Strathdee, West, Reed, Mozan, Azim, Dolan, 2015). Þegar litið er til afbrota karla og kvenna þá eru refsidómar fyrir ofbeldisglæpi og eignarspjöll algengari meðal karlanna. Dómar kvenna snéru frekar að afbrotum sem tengdust fjármögnun vímuefna en síður að ofbeldisbrotum (Mannerfelt og Hakansson, 2018). Covington og Bloom (2006) bentu á í grein sinni að þegar tekin eru saman einkenni kvenfanga koma fram nokkur megin einkenni: þær eru á milli þrítugs og fertugs og dómar vegna fíkniefnabrota algengastir; þær búa við brotin fjölskyldutengsl og líklegt er að fjölskyldumeðlimur sé einnig innan fangelsiskerfisins; þær eru líklega þolendur kynferðislegs ofbeldis sem börn og/eða unglingar; eiga við vímuefnavanda að stríða auk líkamlegra og geðræns vanda; eru líklega ógiftar og eiga ung börn, hafa einungis grunnskólapróf og litla vinnusögu (Covington og Bloom, 2006). Rannsóknir sýna einnig að fangelsun mæðra hefur ekki einungis áhrif á móðurina sjálfa heldur barnið líka þar sem þær eru oft eini umönnunaraðili barna sinna. Börn sem eiga foreldri í fangelsi eru líklegri til að lenda sjálf í refsikerfinu (Fíkniefna- og sakamálastofnun Sameinuðu þjóðanna, 2018).

Vísbendingar eru um að notkun harðari efna séu algengari meðal kvenna sem koma inn til afplánunar meðal karlfanga. Eins eru konurnar líklegri til að nota vímuefni um æð. Algengustu efnin sem voru notuð meðal kvenna voru methadone og amfetamín á meðan þau efni sem voru mest notuð hjá karlmönnum voru cannabis og kókaín. Þessar upplýsingar gefa til kynna að

kvenfangar glími við erfiðari og þyngri vímuefnavanda en karlfangar og konur í vímuefnaneyslu almennt (Mannerfelt og Håkanson, 2018).

Áföll og ofbeldi meðal kvenfanga

Það sem einkennir konur sem hlotið hafa refsíðoma er að mikill meirihluti þeirra hefur orðið fyrir vanrækslu, líkamlegu og/eða kynferðislegu ofbeldi í æsku. Eins hafa rannsóknir sýnt að 78-85% kvenna í fangelsi hafi að minnsta kosti upplifað eitt áfall á lífsleiðinni. Tíðni áfallastreituröskunar er tvöfalt til þrefalt hærrí hjá kvenföngum en konum í almennu þýði. Ávana- og vímuefni eru því oft á tíðum notuð til að deyfa sársaukafullar tilfinningar og minningar tengdar áfalli eða erfiðri reynslu fyrir á lífsleiðinni (Zlotnick o.fl., 2003). Miðað við karlkyns fanga er líkamlegri heilsu kvenfanga oftár ábótavant og eru geðræn vandamál auk fíknivanda algengari og alvarlegri meðal þeirra (Binswanger, Merril, Krueger, White, Booth og Elmore, 2011).

Í rannsókn Abram og féлага (2003) í móttökufangelsi í Bandaríkjunum kom í ljós að af 1269 kvenföngum átti helmingur við áfengis- eða annan vímuefnavanda að stríða. Um það bil átta prósent glímdu við alvarlegan geðsjúkdóm á borð við geðklofa og áttu einnig við vímuefnavanda að stríða og hlutfall kvenna með tvígreiningar var hærra á meðal kvenfanga en karlfanga.

Í samantekt á reynslu kvenfanga af kynferðislegu ofbeldi kom fram að 50-66% höfðu orðið fyrir kynferðislegu ofbeldi í æsku, 26-68% höfðu orðið fyrir kynferðislegu ofbeldi á fullorðinsárum og 56-82% höfðu orðið fyrir kynferðislegu ofbeldi einhvern tíma á lífsleiðinni. Þó það vanti upp á rannsóknir á tíðni kynferðislegs ofbeldis meðal kvenfanga samanborið við karlfanga eða konur í almennu þýði þá bendir allt til þess að tíðnin sé hærrí meðal kvenfanga (Karlsson og Zielinski, 2018). Þeir kvenfangar sem höfðu upplifað áfall í æsku voru í aukinni hættu á lélegra heilsufarsástandi, streitu

og vanlíðan. Tíðni sjálfsvíga er hærrí, og notkun ýmissra geðlyfja er algengari meðal þeirra. Geðraskanir, vímuefnavandi, átraskanir, kynlífsvinna og vandamál tengd kvenlíffærum eru einnig algengar meðal þeirra (Maloney, van den Berg og Moller, 2009). Kvenfangar eru útsettari fyrir HIV vegna kynlífsvinnu tengdri vímuefnanotkun. Tíðni HIV virðist vera hærrí meðal kvenfanga samanborið við karlfanga en þrátt fyrir það virðast þær ekki hafa sama aðgang að HIV meðferð og karlmenn (Strathdee, West, Reed, Moazan, Azim og Dolan, 2015).

Í yfirlitsgrein Karlson og Zielenski (2018), þar sem teknar voru saman 42 rannsóknargreinar um kynferðislega misnotkun og geðraskanir meðal kvenfanga kom fram að engin rannsókn hefur verið gerð á hversu vel staðlaðir matskvarðar ná utan um alvarleika og hversu langvarandi kynferðislegt ofbeldi er gagnvart konum sem hafa afplánað refsíðóm. Rannsakendur á sviðinu hafa jafnvel gengið svo langt að fullyrða að kynferðislegt ofbeldi geti varðað brautina í fangelsi fyrir konur sökum þess hversu algengt það er meðal kvenfanga (Karlsson og Zielenski, 2018).

Þrjár milljónir kvenna eru handteknar ár hvert í Bandaríkjunum. Talið er að fimmtungur þeirra glími við geðraskanir. Það er helmingi meira en gerist í almennu þýði. Tíðni geðraskana er einnig hærrí meðal kvenfanga samanborið við karlfanga (Abram, Teplin og McClelland, 2003). Samkvæmt Mannerfelt og Håkanson (2018) áttu kvenfangar frekar sögu um að hafa legið inni á geðdeildum en karlfangar. Helstu innlagnarástæður voru sjálfsvígtilraunir, þunglyndi og kvíði. Karlfangar virtust hins vegar sýna af sér meiri hegðunarvanda er tengdist ofbeldishegðun. Í bandarískri rannsókn Moore og félaga (2018) kom fram að meðal þeirra 184 fanga, af báðum kynjum, sem skimaðir voru fyrir jaðarpersónuleikaröskun uppfylltu 69 þeirra greiningarskilmerki um jaðarpersónuleikaröskun og 93% uppfylltu að minnsta

kosti eitt greiningarskilmerki á móti 2,7-5,9% í almennu þýði. Í könnun spænsku fangelsismálastofnunarinnar kom fram að gera megi ráð fyrir að hlutfall einstaklinga með geðraskanir í fangelsum sé 17,6 % og þar af hafa tæp þrjú prósent reynt sjálfsvíg þar í landi. Talið er að rekja megi þetta háa hlutfall til fyrri vímuefnaneyslu (Garcia-Vita, Ananos-Bedrinana og Fernandez-Sanchez, 2017).

Á Spáni, líkt og annars staðar í heiminum er hlutfall kvenna í fangelsum lægra en hlutfall karla. Upplifun og reynsla þeirra er að þær verði fyrir mismunum innan kerfisins og ekki sé tekið tillit til sérstöðu þeirra. Þær telja sig til að mynda ekki hafa sama rétt á heilbrigðisþjónustu og meðferð og karlar (Garcia-Vita, Ananos-Bedrinana og Fernandez-Sanchez, 2017). Í rannsókn Garcia-Vita og félagar (2017) á 434 kvenföngum á líðan þeirra kom fram að 64,3% þeirra sögðust glíma við þunglyndi og/eða áttu við kvíðaraskanir að stríða. Saga um sjálfsskaða var 27,9% og 30% þeirra höfðu reynt sjálfsvíg. Í rannsókninni kom einnig fram að líðan þeirra kvenfanga sem áttu við vímuefnavanda að stríða var marktækt verri en þeirra sem glímdu ekki við slíkan vanda.

Meðferðarúræði innan fangelsanna

Þrátt fyrir augljósa þörf kvenna fyrir vímuefna meðferð í fangelsum eru fáar rannsóknargreinar til um sértæka meðferð fyrir konur og rannsóknur í raun ábótavant. Þær rannsóknir sem fyrir eru beinast iðulega að karlföngum eða blönduðum hópum (Zlotnick o.fl., 2003). Meðferðarþarfir kvenna eru ólíkar þörfum karla, bæði innan og utan fangelsis. Því er mikilvægt að litið sé heildrænt á þarfir kvenfanga og meðferðin sniðin þannig að hún taki bæði á vímuefnavanda þeirra og þeirri staðreynd að þær hafa orðið fyrir ofbeldi og öðrum áföllum fyrr á lífsleiðinni (Moloney og Moller, 2009; Moloney, van den Bergh og Moller, 2009).

Þegar litið er til þess brotna bakgrunns sem meirihluti kvenfanga hefur er mikilvægt að þeir fagaðilar sem koma að meðferð þessara kvenna séu meðvitaðir um það andlega, líkamlega og kynferðislega ofbeldi sem þessar konur hafa orðið fyrir. Mikilvægt er að innan fangelsiskerfisins skapist ekki aðstæður í umhverfinu til að endurvekja þau áföll sem kvenfangar hafa orðið fyrir fyrr á lífsleiðinni, fyrir afplánun. Öruggt og stöðugt (e. consistent) umhverfi ætti að vera hornsteinn í afplánun fyrir þessar konur. Vegna þess hversu sjaldan brot kvenna eru ofbeldistengd ætti að íhuga að láta konur afplána í opnari úrræðum við minni öryggisgæslu (Covington og Bloom, 2006).

Stór hluti kvenfanga hefur áður komið við sögu í kerfinu, oft sem börn, áður en þær enduðu í fangelsi. Erfiðar aðstæður heima fyrir, líkamlegt, andlegt og kynferðislegt ofbeldi eða hafa sögu um að hafa flúið að heiman í æsku. Fullorðinsárin einkennast svo af kynlífsvinnu, auðgunarbrotum og mikilli vímuefnanotkun. Þjónusta í fangelsum er sjaldnast sniðin að þörfum kvenna. Flestar konur innan fangelsiskerfisins hafa stutta menntunarsögu að baki, eru illa staddar fjárhagslega og hafa brotinn félagslegan bakgrunn. Flestar eru aldar upp af einstæðri móður eða voru sjálfar í fóstur/barnaverndarkerfinu. Þrátt fyrir samspil vímuefnafíknar, áfalla og geðheilbrigði meðal kvenfanga hefur þeim ekki verið veitt heildræn meðferð heldur hafa þessir þættir verið meðhöndlaðir í sitt hvoru lagi (Covington og Bloom, 2006).

Til að tryggja sem besta meðferð gæti verið tilefni til þess að taka upp aðferðir sem taka mið af fyrri áföllum, sameiningu fjölskyldna, bættri geðheilbrigðisþjónustu og auka þjálfun starfsfólks við umsjón kvenfanga (Wright, Salisbury og Van Voorhis, 2007).

Kvenfangar greina oftár frá geðrænum einkennum og hafa oftár orðið fyrir andlegu, líkamlegu eða kynferðislegu ofbeldi á lífsleiðinni. Þessar niðurstöður benda til þess að þessar konur þurfi frekar á einstaklings- og kynjamiðaðri meðferð að halda (Mannerfelt og Hakansson, 2018; Stein, Leslie og Nymathi, 2002).

Konur með tvíþættan vanda, sem stunda kynlífsvinnu og eru heimilislausar fara inn og úr fangelsum. Tryggja þarf þessum konum heildræna þjónustu. Velferðarþjónusta og fangelsismálayfirvöld þurfa að vinna saman svo hægt sé að veita þessum konum þjónustu sem byggir á þörfum þeirra og taka tillit til þess munar sem er á kynjunum (Abram, Teplin og McClelland, 2003). Rannsóknir hafa sýnt að kvenfangar vilja fá meðferð og eru mun líklegri til að nýta sér hana í afplánun. Kvenfangar með ómeðhöndlaða áfallastreituröskun eru líklegri til að fara að nota vímuefni og fara aftur inn í dómskerfið. Þetta bendir til þess að konur í afplánun gætu virkilega haft gagn af áfallamiðaðri meðferð (Karlson og Zielenski, 2018). Konur í afplánun vilja taka á fíknivanda sínum og eins finnst þeim mikilvægt að fá tækifæri til að vinna úr fyrri áföllum og erfiðri lífsreynslu. Oft er það ofbeldi og kynferðisleg misnotkun í æsku sem þeim finnst brýnast að vinna úr (Zlotnick ofl., 2003). Sú stefnumörkun sem aðaláherslan er á, að takmarka framboð ber vott um skilningsleysi á flóknum vandamálum refsifanga. Refsivist einstaklings sem notar vímuefni er til einskis, fái hann ekki aðstoð til að takast á við vímuefnanotkun sína (Chandler, Fletcher og Volkow, 2009). Þekking á þróun vímuefnavanda meðal kvenfanga gæti hjálpað til við að þróa forvarnir og/eða meðferðarúrræði fyrir þennan jaðarsetta hóp (Karlsson og Zielenski, 2018).

Skaðaminnkun í fangelsum

Þrátt fyrir refsistefnu og stríðið gegn vímuefnum hefur notkun ólöglegra vímuefna ekki dregist saman og hefur hlutfallið verið nær það sama frá árinu 2006 (Fíkniefna- og sakamálastofnun Sameinuðu þjóðanna, 2018). Í alnæmisáætlun Sameinuðu þjóðanna (2014) er áætlað að allt að 90% þeirra sem nota vímuefni um æð hljóti á einhverjum tímapunkti í lífi sínu refsisdóm og muni afplána fangelsisvist.

Ýmsar alþjóðastofnanir hafa mælt með innleiðingu skaðaminnkandi íhlutana í fangelsi en þrátt fyrir að sýnt hafi verið fram á gagnsemi skaðaminnkunar hefur hugmyndafræði hennar ekki náð að ryðja sé rúms í fangelsum og þar með talið hér á landi (Sander, Shirley-Beavan og Stone, 2019).

Skaðaminnkandi íhlutanir í fangelsum geta til dæmis verið nálaskiptipjónusta. Í öllum spænskum fangelsum er nálaskiptipjónusta í boði, einu fangelsi í Belgíu og einu kvennafangelsi í Þýskalandi svo dæmi séu tekin (Sander, Shirley-Beavan og Stone, 2019). Í 10 ára ferilrannsókn Stöver og Nelles (2003) á reynslu Svisslendinga, Þjóðverja og Moldóva af nálaskiptipjónustu í 11 fangelsum kom fram að vímuefnanotkun jókst ekki í fangelsunum og samnýting sprautubúnaðar meðal fanga dróst saman. Þrátt fyrir kosti nálaskiptipjónustu virðist enn vera tregða meðal yfirvalda að innleiða slíkar íhlutanir. Andstæðingar skaðaminnkunar hafa borið því fyrir sig að með því sé verið að samþykkja vímuefnanotkun innan fangelsanna og það orki tvímælis í því vímuefnalausum umhverfi sem verið er að reyna að skapa innan fangelsanna. Aðrar skaðaminnkandi íhlutanir sem reyndar hafa verið í fangelsum eru viðhaldsmeðferðir við óþjófnotkun. Viðhaldsmeðferðir virðast vera útbreiddari en nálaskiptipjónusta en þó virðast enn gilda strangar

reglur um hvernig staðið er að viðhaldsmeðferðinni og hvort hún sé einungis notuð sem afeitrunarmeðferð (Sander, Shirley-Beavan og Stone, 2019).

Eftir afplánun

Rannsóknir hafa sýnt að allt að helmingur þeirra sem ljúka afplánun muni koma aftur til afplánunar innan þriggja ára (Barrick, Lattimore og Visher, 2014). Í sænskri rannsókn Mannerfelt og Håkansson (2018) var endurkomutíðni karlfanga 70% á móti 60% meðal kvenna. Vímuefnaneysla og afleiðingar hennar, svo sem heimilisleysi, mánuð fyrir afplánun dóms hafði forspárgildi fyrir endurkomu í fangelsi meðal karlmannna. Þetta samband var ekki meðal kvenna og gefur því vísbendingu um að hegðun kvenna tengd afbrotum sé önnur en karlmannna. Í rannsókn þeirra kom jafnframt fram að algengara var að kvenfangar ættu maka í virkri vímuefnaneyslu en karlfangar. Eins var það að eiga í kynlífssambandi eða maka í vímuefnaneyslu talið spá fyrir um það hvort kvenfangi bryti aftur af sér. Í ljósi þess þyrfti einnig að styðja maka kvenfanga þegar kemur að vímuefnaðferð og endurhæfingu kvenna. Þetta kemur heim og saman við aðrar rannsóknir þar sem vímuefnaneysla maka hefur neikvæð áhrif á meðferðarhorfur kvenna með vímuefnavanda. Huga ætti að öðrum möguleikum við fullnustu refsinga einstaklinga með vímuefnavanda. Til að mynda sýndi hollensk rannsókn fram á að þeir einstaklingar sem dæmdir voru til samfélagsþjónustu í stað refsivistar leiddi síður til endurtekinnar vistar í fangelsi (Wermink, Blokland, Nieuwebeerta, Nagin og Tollenaar, 2010).

Við lok afplánunar og endurkomu út í samfélagið mæta kvenföngum ýmsar áskoranir. Þeim mæta oft fordómar og stimplun vegna stöðu sinnar (Covington og Bloom, 2006). Heildrænn stuðningur í lok afplánunar er nauðsynlegur svo að konur geti á árangursríkan hátt komið aftur út í samfélagið eftir afplánun. Skortur á viðeigandi geðheilbrigðisþjónustu, lágt

menntunarstig og heimilisleysi eru áskoranir sem kvenfangar mæta við lok afplánunar. Auk þess að fara í umhverfið sem þær voru í og neyttu vímuefna áður (Perkins, Rand og Sheaffer, 2018). Líkurnar á áframhaldandi vímuefnanotkun eftir fangelsisvist aukast þegar fanginn fer í sama félagslega umhverfið eftir afplánun (Perkins, Rand og Sheaffer, 2018).

Heimildaskrá

- Abram, K. M., Teplin, L. A. og McClelland, G. M. (2003). Comorbidity of severe psychiatric disorders and substance use disorder among women in jail. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1007-1010. doi:10.1176/appi.ajp.160.5.1007
- Afifi, T. O., Henriksen, C. A., Asmundsson, G. J. G. og Sareen, J. (2012). Childhood maltreatment and substance use disorders among men and women in nationally representative study sample. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(11), 677-686. doi.org/10.1177/070674371205701105
- Alþjóða heilbrigðismálastofnunin (2011). *Global status report on alcohol and health*. Genf: Alþjóða heilbrigðismálastofnunin.
- Bagnall, A. M., South, J., Hulme, C. Woodall, J, Vinall-Collier, K., Raine, G., Kinsella, K., Dixey, R., Harris, L. og Wright, N. M. (2015). A systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of peer education and peer support in prisons. *BMC Public Health*, 15(290). doi: 10.1186/s12889-015-1584-x
- Barrick, K., Lattimore, P. K. og Visher C. A. (2014). Reentering women: The impact of social ties on long-term recidivism. *The Prison Journal*, 94(3), 279-304. doi.org/10.1177/0032885514537596
- Binswanger, I. A., Kral, A. H., Bluthenthal, R. N., Rybold, D. J. og Edlin, B. R. (2000). High prevalence of abscesses and cellulitis among community-recruited injection drug users in San Francisco. *Clinical Infectious Diseases*, 30, 579-581. doi:10.1086/313703
- Binswanger, I. A., Merrill, J. O., Krueger, P. M., White, M. C., Booth, R. E. og Elmore, J. G. (2010). Gender differences in chronic medical psychiatric and substance dependence disorders among jail inmates. *American Journal of Public Health*, 100(3), 476-482. doi: 10.2105/AJPH.2008.149591.
- Brady, K. T. og Randall, C. L. (1999). Gender differences in substance use disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 22(2), 241-252. doi:10.1016/s0193-953x(05)70074-5

- Brinded, P. M., Simpson, A. I., Laidlaw, T. M., Fairley, N. og Malcolm, F. (2001). Prevalence of psychiatric disorders in New Zealand prisons: A national study. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(2), 166-173. doi.org/10.1046/j.1440-1614.2001.00885.x
- Chander, G., Himelhoch, S. og Moore, R.D. (2006). Substance abuse and psyciatric disorders in HIV-positive patients. *Epidemiology and Impact of Antiretroviral Therapy*, 66(6), 769-789. doi:10.2165/00003495-200666060-00004
- Chander, R. K., Fletcher, B. W. og Volkow, N. D. (2009). Treating drug abuse and addiction in the criminal justice system: Improving public health and safety. *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, 301(2), 183-190. doi:10.1001/jama.2008.976
- Chang, Z., Lichtenstein, P, Larsson, H. og Fazel, S. (2015). Substance use disorders, psychiatric disorders, and mortality after release from prison: A nationwide longitudinal cohort study. *Lancet Psychiatry*, 2, 422-430. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00088
- Cooper, H. L., Brady, J. E., Ciccarone, D., Tempalski, B., Gostnell, K. G. og Friedman, S. R. (2007). Nationwide increase in the number of hospitalization for illicit injection drug use-related infective endocarditis. *Clinical Infectios Diseases*, 45(9), 1200-1203. doi: 10.1086/522176
- Covington, S. S. og Bloom, B.E. (2006). Gender responsive treatment and services in correctional settings. *Women and Therapy*, 29(3-4), 9-33.
- Cross, D., Crow, T., Powers, A. og Bradley, B. (2015). Childhood trauma, PTSD, and problematic alcohol and substance use in low-income, African-American men and women. *Child Abuse and Neglect*, 44, 26-35. doi: 10.1016/j.chiabu.2015.01.007
- Degenhardt, L., Peacock, A., Colledge, S., Leung, J., Greberly, J; Vickerman, P., Stone, J., Cunningham, E. B., Trickey, A., Dumchev, K., Lynskey, M., Griffiths, P., Mattick, R.P., Hickman, M. og Larney, S. (2017). Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: A multistage systematic review. *The Lancet Global Health* 5(12), 1192-1207. doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30375-3

- Fíkniefna- og sakamálastofnun Sameinuðu þjóðanna (2017). *World drug report*. Vín: Sameinuðu þjóðirnar.
- Fíkniefna- og sakamálastofnun Sameinuðu þjóðanna (2018). *World drug report*. Vín: Sameinuðu þjóðirnar.
- Fíkniefna- og sakamálastofnun Sameinuðu þjóðanna (2019). *World drug report*. Vín: Samneiniðu þjóðirnar,
- Garcia-Vita, M. M., Ananaos-Bedrinana, F. T. og Fernandez-Sanchez, M. P. (2017). Emotional well-being amongst female inmates in prisons: The relevance to their addictive history and their country of origin. *Revista Espanola de Sanidad Penitencidara*, 19(3), 79-86.
- Helga Sif Friðjónsdóttir. (2009). Hvað þurfa hjúkrunarfræðingar að vita um fíkn? *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 6(85), 38-43.
- Karlson, M. E., og Zielinski, M. J. (2018). Sexual victimization and mental illness prevalence rates among incarcerated women: A literature review. *Trauma Violence and Abuse*, 21(2), 326-349. doi: 10.1177/1524838018767933
- Kenny, K. S., Barrington, C. og Green, S. L. (2015). „I felt for a long time everything beautiful in me had been taken out“: Women suffering, remembering, and survival following the loss of child custody. *The International Journal of Drug Policy*, 26, 1158-1166. doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.05.024
- Koob, G. og Volkow, N. D. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology*, 35, 217-238.
- Krýsuvíkursamtökin. (e.d.). *Meðferð*. Sótt af: <http://krysuvik.is/?c=webpage&id=58&lid=61&option=links>
- Landspítali Háskólasjúkrahús. (e.d.). *Fíknimeðferð*. Sótt af: <https://www.landspitali.is/sjuklingar-adstandendur/deildir-og-thjonusta/fiknimedferd/>
- Lev-Ran, S., Nitzan, U. og Fennig, S. (2014). Examining the ethical boundaries of harm reduction: From addictions to general psychiatry. *The Isreal Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 3, 175-180.
- Mannerfelt, C. og Håkansson, A. (2018). Substance use, criminal recidism and mortality in criminal justice client: A comparison between men and women. *Journal of Addiction*. doi.org/10.1155/2018/1689637

- McHugh, R. K., Votaw, V. R., Sugarman, D. E. og Greefield, S. F. (2018). Sex and gender differences in substance use disorders. *Clinical Psychology Review*, 66, 12-23. doi: 10.1016/j.cpr.2017.10.012.
- Moloney, K. P. og Moller, L. F. (2009). Good practices for mental health programming for women in prison: Reframing the parameters. *Public Health*, 123(6), 431-433. doi:10.1016/j.puhe.2009.04.007
- Moloney, K. P., van den Bergh, B. J. og Moller, L. F. (2009). Women in prison: The central issues of gender characteristics and trauma history. *Public Health*, 123(6), 426-430. doi: 10.1016/j.puhe.2009.04.002.
- Moore, K. E., Gobin, R. L., McCauley, H. L., Kao, C., Anthony, S. M., Kubiak, S., Zlotnick, C. og Johnson J. E. (2018). The relationship of borderline personality disorder to aggression victimization and institutional misconduct among prisoners. *Comprehensive Psychiatry*, 83, 15-21. doi: 10.1016/j.comppsy.2018.03.007.
- Niv, N. og Hser, Y. (2007). Women – only and mixed-gender drug abuse treatment programs: Service needs utilization and outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 87(2-3), 194-201. doi:10.1016/j.drugalcdep.2006.08.017
- O'Hagan, A. og Wilson, M. (2018). Women and substance abuse: Gender specific social, biological and psychological differences and treatment considerations. *Forensic Research and Criminology International Journal*, 6(2), 90-98. doi:10.15406/frcij.2018.06.00189
- Perkins, J., Rand, A. og Sheaffer, A. (2018). Social media usage and incarcerated women: A pilot study. *Prison Journal*, 98(1), 3-16. doi:10.1177/0032885517743436
- Poorolajal, J., Haghtalab, T., Farhadi, M. og Darvishi, N. (2015). Substance use disorder and risk of suicidal ideation, suicide attempt and suicide death: A meta analysis. *Journal of Public Health*, 38(3), 282-291. doi:10.1093/pubmed/fdv148
- Rauði Krossinn. (2015). *Ársskýrsla 2015*. Reykjavík: Rauði Krossinn.
- Rauði Krossinn. (2016). *Ársskýrsla 2016*. Reykjavík: Rauði Krossinn.
- Rauði Krossinn.(e.d). *Konukot: Næturalathvarf fyrir heimilislausar konur*. Sótt af: <https://www.raudikrossinn.is/hvad-gerum-vid/konukot/>
- Rauði Krossinn. (e.d). *Ungfrú Ragnheiður*. Sótt af: <https://www.raudikrossinn.is/ungfruragnheidur/>

- Rhodes, B. E., Gottfredson, N. C. og Hill, L. M. (2018). Desistance and treatment seeking among women with substance use disorder. *Qualitative Health Research*, 28(8), 1330-1341. doi.org/10.1177/1049732318767637
- Ritchie, H. og Roser, M. (2019) *Drug use*. Sótt af <https://ourworldindata.org/drug-use>
- Rolles, S. (2010). An alternative to the war on drugs. *British Medical Journal*, 340, 127-128. doi: 10.1136/bmj.c3360
- Sacks, J. Y., McKendrick, K. og Banks, S. (2008). The impact of early trauma and abuse on residential substance abuse treatment outcomes for women. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34(1), 90-100. doi.org/10.1016/j.jsat.2007.01.010
- Samhjálp. (e.d.). *Starfsstöðvar*. Sótt af: <http://samhjalp.is/starfsstodvar/#>
- Samtök áhugafólks um áfengis-og vímuefnavandann. (2016). *Ársrit SÁÁ 2016*. Reykjavík: SÁÁ.
- Samtök áhugafólks um áfengis-og vímuefnavandann. (e.d). *Vík, Kjalarnesi*. Sótt af: <https://saa.is/samtokin/starfsemi/medferdarheimilid-vik-2/>
- Samtök áhugafólks um áfengis-og vímuefnavandann. (e.d.). *Vogur*. Sótt af: <https://saa.is/vogur/>
- Sander, G., Shirley-Beavan, S. og Stone, K. (2019). The global state of harm reduction in prison. *Journal of Correctional Health Care*, 25(2), 105-120. doi.org/10.1177/1078345819837909
- Sigríður Halldórsdóttir. (2016). Fyrirbærafræði sem rannsóknaraðferð. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritsj.), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (2. útgáfa, bls. 281-297). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Stein, J. A., Leslie, M. B. og Nyamathi, A. (2002). Relative contributions of parent substance use and childhood maltreatment to chronic homelessness, depression, and substance abuse problems among homeless women: Mediating roles of self-esteem and abuse in adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 26, 1011-1027.
- Stöver, H. og Nelles, J. (2003). Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons. *International Journal of Drug Policy*, 14(5-6), 437-444. doi.org/10.1016/j.drugpo.2003.08.001

- Ullman, S. E., Relyea, M., Peter-Hagene, L. og Vasquez, A. L. (2013). Trauma histories, substance use coping, PTSD, and problem substance use among sexual assault victims. *Addictive Behaviors*, 38(6), 2219-2223. doi: 10.1016/j.addbeh.2013.01.027.
- Vetulani, J. (2001). Drug addiction. Part I. Psychoactive substances in the past and presence. *Polish Journal of Pharmacology*, 53(3), 201-214.
- Walsh, N., Verster A., Rodolph, M. og Akl, E. A. (2014). WHO guidance on the prevention of viral hepatitis B and C among people who inject drugs. *The International Journal on Drug Policy*, 25(3), 363-371. doi: 10.1016/j.drugpo.2014.01.009
- Wermink, H. T., Blokland, A. A. J., Nieuwbeerta, P., Nagin, D. og Tollenaar, N. (2010). Comparing the effects community service and short-term imprisonment on recidivism: A matched samples approach. *Journal of Experimental Criminology*, 6(3), 325-349. doi:10.1007/s11292-010-9097-1
- Wright, E. M., Van Voorhis, P., Salisbury, E. J. og Bauman, A. (2012). Gender-responsive lessons learned and policy implications for women in prison: A review. *Criminal Justice and Behavior*, 36, 1612-1632. doi:10.1177/0093854812451088
- Zlotnick, C., Najavitas, L. M., Rohsenow, D. J. og Johnson, D. M. (2003). A cognitive –behavioral treatment for incarcerated women with substance abuse disorder and post-traumatic stress disorder: Findings from a pilot study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25(2), 99-105. doi:10.1016/S0740-5472(03)00106-5
- Zlotnick, C., Tam, T. og Robertson, M. J. (2004). Adverse childhood events, substance abuse and measures of affiliation. *Addictive Behaviors*, 29(6), 1177-1181 doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.01.005
- Þórarinn Tyrfingsson (2017). *Vísinda-og þekkingarviðmið í meðferð SÁÁ*. Sótt af https://saa.is/wp-content/uploads/2017/02/A%CC%81rsrit_sky%CC%81rsla_18022017_an_crop.pdf

Viðaukar

Viðauki 1

Auglýsing á rannsókn



**Háskólinn
á Akureyri**

Ágæti viðtakandi,

Við undirritaðir rannsakendur óskum eftir þátttöku þinni í rannsókninni „Reynsla kvenfanga í íslensku fangelsi af meðferðarúrræðum innan og utan fangelsis. Um er að ræða eigindlega rannsókn þar sem tekin verða viðtöl við 6-8 þátttakendur. Skilyrði fyrir þátttöku er að eiga eða átt við fíknivanda að stríða og að vera tilbúinn til að segja frá reynslu sinni.

Rannsakendur munu koma og kynna rannsóknina og geta þá mögulegir þátttakendur gefið sig fram og óskað frekari upplýsinga.

Um rannsakendur:

Ábyrgðarmenn rannsóknarinnar eru Dr. Sigríður Halldórsdóttir prófessor við Háskólann á Akureyri og Dr. Sigrún Sigurðardóttir. Arndís Vilhjálmisdóttir er meistaranemi við Háskólann á Akureyri og hjúkrunarfræðingur á geðsviði Landspítala.

Viðauki 2

Kynnibréf til þátttakenda



**Háskólinn
á Akureyri**

Kópavogur 12.júlí 2017

Kynning á rannsókninni: Reynsla kvenfanga í íslensku fangelsi af meðferðarúrræðum innan og utan fangelsis.

Ágæti þátttakandi,

Við undirritaðar óskum eftir þátttöku þinni í ofangreindri rannsókn. Markmið rannsóknarinnar er að skoða reynslu kvenfanga í íslenskum fangelsum af meðferðarúrræðum innan fangelsa og utan. Með rannsókninni verður vonandi hægt að varpa ljósi á þarfir kvenna til meðferðarúrræða og hvernig hægt sé að mæta þeim. Það er einnig von rannsakenda að rannsóknin verði til þess að hvetja til viðameiri rannsókna á þessu sviði.

Rannsóknin felst í því að tekin verða tvö viðtöl við þátttakendur. Gera má ráð fyrir að fyrsta viðtalið verði um 45-60 mínútur en síðara viðtalið styttra. Þar mun rannsakandi bera undir þátttakanda túlkun sína á viðtalinu og einnig bjóða þátttakanda upp á að bæta einhverju við óski hann þess. Notast verður við hálfstaðlaðar spurningar sem gefur þá þátttakanda aukið svigrúm til að koma fram með sína upplifun eða skoðun. Viðtölin verða gerð persónulega órekjanleg og fyllsta trúnaðar gætt við úrvinnslu gagnanna. Farið verður með persónuupplýsingar og skráningu þeirra í samræmi við lög nr

77/2000 um persónuvernd og meðferð persónuupplýsinga. Þátttakandi getur hætt við rannsókn hvenær sem er. Rannsóknin hefur fengið samþykki Vísindasiðanefndar.

Rannsakendur eru:

Dr. Sigríður Halldórsdóttir prófessor við Háskólann á Akureyri.

Dr. Sigrún Sigurðardóttir meðrannsakandi við úrvinnslu.

Arndís Vilhjálmsdóttir hjúkrunarfræðingur og meistaranemi við Háskólann á Akureyri

Arndís Vilhjálmsdóttir útskrifaðist sem hjúkrunarfræðingur frá hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands árið 2009. Frá árinu 2007 -2014 starfaði hún á móttökugeðdeild fíknimeðferðar 33A við Landspítala Háskólasjúkrahús og frá 2014-2016 á göngudeild fíknimeðferðar við sömu stofnun. Frá 2016 hefur Arndís starfað í Samfélagsgeðteymi Landspítala staðsett að Reynimel 55. Störf Arndísar með einstaklingum með geð –og fíknivanda spanna því um 10 ár.

Eðlilegt er að þegar einstaklingur tjáir sig um viðkvæm málefni eins og reynslu sína að það geti valdið ójafnvægi og vanlíðan. Valdi þátttaka í rannsókninni slíku getur þátttakandi haft samband við Helenu Bragadóttur hjúkrunarfræðing geðsviði Landspítala sér að kostnaðarlausu.

Mögulegur ávinningur rannsóknarinnar er tækifæri til að ræða við reyndan hjúkrunarfræðing um upplifun sína af meðferðarúrræðum. Sá möguleiki er fyrir hendi að með því að tjá sig um reynslu sína muni viðkomandi öðlast bættu líðan jafnframt því að fá tækifæri til að koma óskum sínum á framfæri um frekari meðferð eða stuðning.

Viðauki 3

Samþykkisyfirlýsing þátttakanda



Háskólinn á Akureyri

**Samþykkisyfirlýsing þátttakanda í rannsókninni:
Reynsla kvenfanga í íslensku fangelsi af meðferðarúrræðum innan og
utan fangelsis**

Ég undirrituð samþykki hér með þátttöku í rannsókninni: „Reynsla kvenfanga af meðferðarúrræðum innan og utan íslenskra fangelsa.“ Þátttaka í rannsókninni felur í sér tvö viðtöl. Hið fyrra um klukkustundar langt sem er hljóðritað og skráð niður orðrétt. Öll gögn verða gerð ópersónugreinanleg.

Ég get hætt við þátttöku á hvaða stigi sem er án eftirmála.

Dagsetning

Þátttakandi

Undirrituð staðfestir hér með undirskrift sinni að veittar hafa verið upplýsingar um efni og eðli rannsóknarinnar.

Arndís Vilhjálmsdóttir

Samþykkisyfirlýsing þessi er í tvíriti

Viðauki 4

Samþykkisyfirlýsing Fangelsismálastofnunar



**Háskólinn
á Akureyri**

Samþykkisyfirlýsing

Efni: Vegna rannsóknar Upplifun kvenfanga í íslensku fangelsi af meðferðarúræðum innan og utan fangelsis.

Ég undirritaður, Páll E. Winkel fyrir hönd Fangelsismálastofnunar, veiti hér með samþykki fyrir meistaraþróuninni: „Reynsla kvenfanga í íslensku fangelsi af meðferðarúræðum innan og utan fangelsis.“

Páll E. Winkel
Forstjóri Fangelsismálastofnunar

Meðfylgjandi gögn:
Umsókn til vísindasiðanefndar

Viðauki 5

Viðtalsrammi

Hver er reynsla þín af meðferðarúrræðum innan og utan fangelsis?

1. Hvenær byrjaðir þú að neyta vímuefna?
 - Treystirðu þér til að segja mér frá aðdragandanum og aðstæðum?
 - Hver eru aðalefnin sem þú notar og hvernig neytirðu þeirra?
 - Hvernig myndirðu segja að líkamlegt heilsufar þitt væri?
 - Hefurðu fengið geðgreiningu frá geðlækni/sálfræðingi?
2. Fyrir hvað hlaustu dóm?
 - Var hann langur?
 - Hefurðu setið inni áður?
 - Ef já, fyrir hverskonar brot?
 - Varstu hrædd um að fá ekki viðeigandi fráhrarfsmeðferð og að þú fengir fráhvörf þegar þú hæfir afplánun?
3. Hefurðu reynt að takast á við fíknivandann og farið í meðferð vegna þess?
 - Hvar?
 - Hversu oft?
 - Hvernig fannst þér meðferðin?
 - Fannst þér hún gagnleg?
 - Fannst þér truflandi að það væri ekki kynjaskipt í meðferðinni?
 - Var rætt við þig um sérhæfð mál kvenna eins og kynheilbrigði (s.s. getnaðarvarnir)?

- Hvernig heldur þú að meðferðin og meðferðarstarfið hefði nýst þér best?
 - Fannst þér einungis einblínt á fíknivandann?
 - Hefðurðu viljað sjá að það væri unnið með eitthvað annað?
 - Hvernig hefðirðu þú viljað hafa meðferðina?
4. Hvað varð til þess að þú fórst að nota vímuefni aftur?
- Var það eitthvað í umhverfinu
 - Líðan
 - Stuðningur
5. Hefurðu upplifað heimilisleysi eða hefurðu þurft að vera upp á aðra komin varðandi húsaskjól?
- Treystirðu þér til að segja mér frá þeirri reynslu?
 - Hefurðu þurft að nýta þér þjónustu eins og til dæmis Konukot?
 - Hvernig þjónustu hefðurðu viljað fá þegar þú varst heimilislau?
6. Treystirðu þér til að segja mér frá þinni upplifun og líðan að vera í fangelsi?
- Kvíði?
 - Hvernig líða dagarnir?
 - Áhrif fangelsisvistar á heilsufar
7. Getur þú lýst fyrir mér hvernig meðferðarstarfinu innan fangelsins er háttað og út á hvað það gengur?
- Ertu sátt við það það sem boðið er upp á í fangelsinu?
 - Hvernig myndirðu vilja hafa það öðruvísi?
 - Vonaðistu til að fá aðstoð við fíknivandann í fangelsinu?
 - Myndirðu vilja fá meiri aðstoð og stuðning við að vinna úr einhverju öðru en fíknivandanum í fangelsinu?

- Hvað með aðstoð varðandi geðheilbrigði?
 - Hvernig sérðu fyrir þér framtíðina eftir að þú lýkur afplánun?
8. Hvað finnst þér um þjónustu hjúkrunarfræðinga í fangelsinu?
- Hvernig myndir þú vilja hafa þjónustu þeirra?
9. Hvað telur þú að mætti betur fara hér inni svo vistin gæti verið betrunarvist?