



PriSUD

KOMPENDIUM 1.0

Rus, psykisk helse og dødelighet i den norske fengselspopulasjonen

En oppsummering av forskning fra PriSUD-prosjektet



Dokumentinformasjon og versjonshistorikk

Tittel: Rus, psykisk helse og dødelighet i den norske fengselspopulasjonen

Sist oppdatert: 10. september 2026

Gjeldende versjon: 1.0

Format: Digital utgave (PDF)

Dette dokumentet oppdateres årlig. Hvis du oppdager feil, mangler eller har forslag til forbedringer, vennligst send en e-post til: **prisudnorway@gmail.com**

Innhold

Introduksjon	4
Hvorfor er det viktig å forske på rus og psykisk helse blant innsatte i fengsel?	4
Hva bygger kunnskapen vår på?	4
PriSUD-prosjektet	5
Våre datakilder	5
Hvordan bruke kunnskapen i dette kompendiet?	7
Rus- og psykiske lidelser i fengsel: En oversikt	9
Forekomst av ruslidelser og rusbruk blant personer i norske fengsler	10
Alkohol – det legale rusmiddelet med store mørketall	12
Forekomst av psykiske lidelser	13
ROP-lidelser: Sammenhengen mellom rus og psykiatri	13
Hverdagen under fengsling	16
Rusbruk under fengsling: Myten om rusdebut og realiteten om reduksjon	16
Hvem ruser seg under fengsling?	16
Behandling og helsehjelp under fengsling	18
Det reelle behandlingsbehovet vs. mottatt behandling	18
Medisinbruk bak murene: For mye eller for lite?	18
Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)	19
Forhøyet risiko for dødelighet	21
Den kritiske tiden etter løslatelse: Overdoser	21
Selvmord under og etter fengsling	22
Forebygging gjennom fengslingsprogresjon	23
Rus og psykiske lidelser ved særreaksjoner	24
Forvaring: Samfunnsvern og vedvarende sykdomsbyrde	24
Tvuget psykisk helsevern	25
Sårbare grupper	26
Kvinner i fengsel: En sårbar minoritet	26
Eldre innsatte og akselerert aldring	26
Unge i fengsel: Opphopning av sårbarhet og risiko for tilbakefall	27
Innsatte med innvandrerbakgrunn og kognitive utfordringer	27
Tilbakefall til kriminalitet	29
Rusmiddelbruk som drivkraft for tilbakefall	29
Komplekse behov hos kvinner og unge	29
Verktøy for å forutsi og forebygge	29
Sårbare overganger	31
Referanseliste	33

Introduksjon

Hvorfor er det viktig å forske på rus og psykisk helse blant innsatte i fengsel?

Forskning på rus og helse blant personer i norsk kriminalomsorg er avgjørende for å forstå og møte de sammensatte utfordringene denne populasjonen bærer på. I løpet av de siste tiårene har straffegjennomføringsmønsteret i Norge endret seg markant; et økende antall dømte gjennomfører nå straffen i samfunnet, blant annet gjennom elektronisk kontroll og samfunnsstraff. Denne vridningen har skapt en tydelig seleksjonseffekt i norske fengsler. Når personer med lavere risikoprofil i større grad soner utenfor fengsel, står vi igjen med en fengselspopulasjon som kjennetegnes av en stadig tyngre sykdomsbyrde og mer opphopet marginalisering.

I fengslene finner vi dessuten flere sårbare subgrupper med særskilte og komplekse oppfølgingsbehov. Dette gjelder blant annet kvinner, som utgjør en liten minoritet, men bærer på en uforholdsmessig tung belastning av psykiske lidelser, rusavhengighet og traumer. Lignende mønstre av opphopet sårbarhet og høy risiko for tilbakefall ses hos unge dømte, mens eldre innsatte preges av akselerert aldring og kroniske somatiske lidelser. Samtidig er ikke dette et statisk bilde; populasjonens sammensetning, helsetilstand og kriminelle mønstre endres over tid i takt med både samfunnsendringer og lovendringer.

For å fange opp disse dynamikkene er det helt avgjørende med prospektiv og longitudinell forskning. Ved å følge individer systematisk over tid; fra levekår og helsestatus før innsettelse, via hverdagen og behandlingen under soning, til den kritiske overgangsfasen etter løslatelse, kan forskningen avdekke når risikoen for overdoser, selvmord og tilbakefall er på sitt høyeste. Kunnskapen fra prosjekter som PriSUD gir dermed et nødvendig faglig fundament for å utvikle mer målrettede helsetjenester, tryggere overganger og en mer treffsikker kriminalomsorg.

Hva bygger kunnskapen vår på?

For å kunne møte innsatte i fengsel på en god måte, trenger vi kunnskap om hvem straffedømte er og hvilke utfordringer de bærer med seg. Gjennom forskningsprosjektet **Diagnosing and treating Substance use Disorders in Prison (PriSUD)** har det blitt produsert en betydelig mengde kunnskap om innsattes helse og levekår. Med tiden har prosjektet økt i omfang og omfatter både studier knyttet til den norske og nordiske fengselspopulasjonen.

Målet med dette kompendiet er å fremheve de viktigste resultatene fra en rekke publiserte vitenskapelige artikler og rapporter, og presentere funnene i en form som er tilpasset studenter eller deg som jobber i praksisfeltet. Ved å oversette kompleks forskning til praktisk innsikt, ønsker vi å gi deg bedre forutsetninger til å forstå utfordringene som eksisterer blant de personene som møter Kriminalomsorgen.

Kompendiet er primært utviklet for studenter på alle nivå, men innholdet vil være til nytte for alle som arbeider med innsatte, enten du er nyansatt eller har lang erfaring.

PriSUD-prosjektet

PriSUD er et omfattende forskningsprosjekt ledet av Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF) ved Universitetet i Oslo. Prosjektets hovedmål er å bidra til bedre psykisk og fysisk helse, samt økt livskvalitet for personer som er, eller har vært, i fengsel. Se [PriSUD](#) sin nettside for mer informasjon.

Forskningen er tverrfaglig og ser på en rekke temaer som er direkte relevante for arbeidet i fengsel:

- **Rus og psykisk helse:** Hvor utbredt er disse lidelsene og hvordan påvirker de hverandre?
- **Hverdagen under fengsling:** Hva sier forskningen om faktisk rusbruk inne i fengselet, og hvem er det som får tilgang til behandlingstiltak og LAR (legemiddelassistert rehabilitering)?
- **Sårbarhet og mangfold:** Vi går i dybden på grupper med særskilte behov, inkludert kvinner, unge og eldre innsatte, samt de som soner særreaksjoner.
- **Livet etter fengsel:** Den første tiden etter løslatelse er risikofylt. Vi ser på tallene for overdose og selvmord, og hvordan kunnskap kan bidra til å forebygge dødsfall og tilbakefall til kriminalitet.

FAKTA Om PriSUD i korte trekk

PriSUD er et forskningsprosjekt ledet av Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF) ved Universitetet i Oslo. Hovedmålet er å bidra til bedre psykisk og fysisk helse, samt økt livskvalitet for personer som er, eller har vært, i fengsel.

Våre datakilder

Kunnskapen vi presenterer her er i hovedsak hentet fra to store datakilder som utfyller hverandre.

The Norwegian Prison Release Study (nPRIS)

Kunnskapsgrunnlaget i dette kompendiet hviler i stor grad på data fra *The Norwegian Prison Release Study* (nPRIS). Dette er en nasjonal kohortstudie; det vil si en studie som følger en stor gruppe mennesker over tid, etablert ved Senter for rus og avhengighetsforskning (SERAF) ved Universitetet i Oslo. nPRIS representerer i dag en av verdens mest omfattende datakilder for forskning på personer som har vært i kontakt med kriminalomsorgen. Studien skiller seg fra tidligere undersøkelser ved at den ikke bare gir et øyeblikksbilde av situasjonen, men følger individer både før, under og etter straffegjennomføring – gjennom hele to tiår.

DEFINISJON Kohortstudie

En studie som følger en definert gruppe mennesker (en «kohort») over tid, for å undersøke hvordan ulike faktorer henger sammen med utfall som sykdom, behandling eller død.

Datagrunnlaget i nPRIS er hentet fra kriminalomsorgens eget IKT-system, kjent som KOMPIS. Dette registeret inneholder informasjon om samtlige fengslinger og straffegjennomføringer i samfunnet i Norge. Ved å bruke det unike norske fødsels- og personnummeret, er det mulig å sammenkoble disse dataene til en rekke andre nasjonale registre. Dette gir en unik mulighet til å studere sammenhenger mellom straff, helse og sosiale forhold. Koblingen inkluderer blant annet informasjon fra Norsk pasientregister, som gir innsikt i diagnoser fra spesialisthelsetjenesten, og Dødsårsaksregisteret, som gjør det mulig å studere dødelighet og overdoserisiko etter løslatelse. I tillegg har vi informasjon fra Statistisk sentralbyrå (SSB) om utdanning, yrkesdeltakelse, inntekt og mottak av sosiale ytelser.

FAKTA nPRIS i tall

Per dags dato inkluderer nPRIS-kohorten over 160 000 unike individer som har gjennomført straff i perioden 2000–2022. Datamengden gjør at vi kan identifisere trender over tid, men også produsere kunnskap om mindre undergrupper som ellers er vanskelige å nå – som kvinner, eldre innsatte eller personer med funksjonsnedsettelse.

For deg som fengselsbetjent betyr dette at informasjonen i dette kompendiet ikke er basert på enkelthendelser, men på rutinedata registrert i offentlige registre, som speiler den faktiske hverdagen og livsløpet til de menneskene du møter i tjenesten.

I de fleste studiene som vi rapporterer om i dette kompendiet, bruker vi en kortere observasjonsperiode som er fra 2010–2022. I nPRIS-kohorten var det totalt 62 284 personer som hadde gjennomført straff i fengsel i denne perioden. Av disse var det 4 775 personer (ca. 7,7 prosent) som manglet et gyldig 11-sifret fødselsnummer (for eksempel fordi de kun var registrert med D-nummer eller midlertidig nummer i Kriminalomsorgens registre, noe som gjelder mange utenlandske statsborgere uten gyldig norsk fødselsnummer).

Selv om disse personene har rett på helsehjelp under fengsling, vil deres helsehistorikk ikke fremkomme i de nasjonale registrene. Det betyr at tallene vi presenterer i dette kompendiet kan underestimere den reelle sykdomsbyrden noe, særlig for denne gruppen.

The Norwegian Offender Mental Health and Addiction (NorMA) studien

Mens nPRIS gir oss de store linjene over tid ved bruk av registerdata, gir *The Norwegian Offender Mental Health and Addiction* (NorMA) studien oss et dypdykk i de innsattes egne opplevelser og utfordringer som ikke fanges opp av de nasjonale registrene. NorMA var en spørreundersøkelse

der man samlet inn data på ett bestemt tidspunkt (en såkalt tverrsnittsundersøkelse). Totalt 1 499 innsatte ved 57 ulike fengselsenheter i Norge deltok. Utvalget ble nøye sammensatt for å sikre at alle typer fengslingsforhold var representert, fra høysikkerhetsavdelinger til overgangsboliger. Samtlige kvinnefengsler ble også inkludert.

DEFINISJON Tverrsnittsundersøkelse

En undersøkelse der man samler inn data på ett bestemt tidspunkt, som et øyeblikksbilde av en gruppe – i motsetning til en kohortstudie som følger de samme personene over tid.

NorMA gir oss unik informasjon som sjelden finnes i offentlige registre, slik som motivasjon for behandling, opplevelse av mestring, og opplysninger om rusmiddelbruk som ikke nødvendigvis har ført til kontakt med helsevesenet. De innsatte har selv rapportert om sin helsetilstand, rusbruk og sosiale bakgrunn, ofte ved bruk av standardiserte kartleggingsverktøy som AUDIT (for alkoholbruk) og DUDIT (for narkotikabruk): de samme verktøyene som benyttes i den generelle befolkningen.

Det er viktig å være klar over at dataene i NorMA er basert på selvrapportering. Det innebærer en risiko for at enkelte forhold kan være under- eller overrapportert, avhengig av hvordan den enkelte oppfattet eller husket sin egen situasjon, eller hvordan vedkommende ønsket å fremstille seg.

For å få et mest mulig korrekt bilde av virkeligheten i norske fengsler, bruker vi nPRIS og NorMA sammen. Der registerdataene (nPRIS) gir oss den objektive bredden og lar oss følge de samme personene over flere tiår, gir spørreskjemaene (NorMA) oss mennesket bak tallene med deres egne stemmer og subjektive behov. Ved å kombinere disse kildene fyller vi hullene som oppstår hvis man bare ser på offisielle diagnoser, og vi får et kunnskapsgrunnlag som er både vitenskapelig solid og praktisk nyttig for deg som skal utøve skjønn og gi god omsorg i fengselshverdagen.

Hvordan bruke kunnskapen i dette kompendiet?

Dette kompendiet er en oppsummering av forskning fra PriSUD-prosjektet. Målet er å gjøre tungt stoff lettere tilgjengelig for deg som student og yrkesutøver. Når du bruker denne teksten i dine egne studier, for eksempel i arbeidet med en bacheloroppgave, er det viktig å skille mellom kompendiet som formidler av kunnskap og de originale forskningskildene. Hvis du finner spesifikke tall, konklusjoner eller sammenhenger du ønsker å bruke i din egen tekst, bør du alltid oppsøke originalartikkelen som er oppført i referanselisten. Ved å sitere primærkilden fremfor kompendiet, sikrer du at du har forstått alle nyansene i forskernes arbeid, og du viser faglig modenhet ved å gå direkte til kilden.

Etikk i forskningen

Forskningen i PriSUD-prosjektet rettes mot en gruppe som både medisinsk og sosialt sett kan betegnes som sårbare; personer under straffegjennomføring. Nyttene ved bruk av personopplysninger til forskning skal alltid veies opp mot risikoen for skade, og denne risikovurderingen skal være en kontinuerlig prosess. All forskning som omfatter mennesker, må følge en rekke grunnleggende prinsipper som er fastsatt i Helsinkideklarasjonen av 1964: Vitenskapens og samfunnets behov for ny kunnskap kan aldri forsvare at forskningssubjektet utsettes for unødig ubehag og risiko.

Registerkoblingen av data fra personer som har gjennomført straff i fengsel og i samfunnet er vurdert og godkjent etter helseforskningsloven § 10. Med hjemmel i helseforskningsloven § 35 har Regionaletiske komiteer (REK) gitt tillatelse til at opplysninger kan innhentes og kobles uten hinder av taushetsplikt, og til at disse opplysningene kan brukes i forskning uten samtykke. Det er foretatt en personvernkonsekvensutredning (DPIA) for gjennomføringen av koblingen, og prosjektet er godkjent av Personvernombudet ved Universitetet i Oslo.

Alle personsensitive data som er brukt i denne rapporten er oppbevart og analysert i Tjenester for Sensitive Data (TSD) ved Universitetet i Oslo. TSD er en IT-plattform ved UiO spesielt dedikert til lagring av sensitive forskningsdata.

Rus- og psykiske lidelser i fengsel: En oversikt

I fengsel møter man mennesker i en av de mest sårbare fasene av livet. Kunnskap om forekomsten av rus- og psykiske lidelser, komorbiditet samt andre helseutfordringer er derfor helt avgjørende for oppfølging av denne gruppens helsesituasjon.

La oss først forklare hva vi mener med noen sentrale begreper.

Hva menes med psykiske lidelser?

ICD-10 (International Classification of Diseases Revision 10) brukes til å klassifisere og diagnostisere ulike helseforhold, inkludert psykiske lidelser og dødsårsaker (WHO, 2004). ICD-10 gir detaljerte beskrivelser av kliniske trekk, diagnostiske kriterier og retningslinjer for å stille nøyaktige diagnoser.

[Psykiske lidelser](#), som definert i ICD-10, er en samlebetegnelse for sykdommer og tilstander som påvirker tanker og følelser, og omfatter et bredt spekter av tilstander. Psykiske lidelser kan føre til nedsatt funksjonsevne i dagliglivet og skape ubehag som reduserer livskvaliteten. Psykiske lidelser medfører ofte endring i atferd, men ikke bestandig, og det er viktig å presisere at en og samme diagnose kan inneholde store variasjoner knyttet til funksjonsnivå. I dette kompendiet beskriver vi diagnosekodene F00–F99, som er definert i kapittel 5 (F): «[Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser](#)».

Hva betyr egentlig «forekomst»?

Begrepet *forekomst* fungerer som en overordnet betegnelse på hvor ofte en tilstand eller en sykdom opptrer i en bestemt gruppe. For en fengselsbetjent er denne kunnskapen viktig for å kunne forutse behovet for både helsehjelp og sikkerhetstiltak i egen avdeling.

Forekomst kan måles på ulike måter. *Prevalens* beskriver andelen av befolkningen som har en bestemt lidelse i et gitt tidsrom. Vi skiller mellom *punktprevalens*, som er et øyeblikksbilde av situasjonen her og nå, og *livstidsprevalens*, som inkluderer alle som på et eller annet tidspunkt i løpet av livet har oppfylt kriteriene for en diagnose. I fengselspopulasjonen vil livstidsprevalensen for ruslidelser og psykiske plager nesten alltid være betydelig høyere enn i befolkningen ellers. Dette forteller oss at selv om en innsatt fremstår som frisk eller rusfri under fengsling, kan vedkommende ha en historikk med sårbarhet som krever årvåkenhet og støtte fra de ansatte.

DEFINISJON Prevalens

Andelen av en gruppe som har en bestemt lidelse i et gitt tidsrom. Punktprevalens er et øyeblikksbilde her og nå; livstidsprevalens omfatter alle som noen gang har hatt lidelsen.

Det er også viktig å skille mellom forekomst basert på formelle diagnoser og forekomst basert på selvrappotering. Tallene vi henter fra registre i nPRIS viser de som faktisk har vært i kontakt med

helsevesenet og fått en *diagnosekode* i journalen sin – dette kaller vi *registrert forekomst*. Samtidig vet vi fra NorMA-undersøkelsen at mange innsatte har betydelige utfordringer som aldri har blitt fanget opp av systemet. Den reelle forekomsten av problemer i fengselet er derfor ofte høyere enn det som er dokumentert i registrene. Som tjenesteperson betyr dette at man må kombinere kunnskapen fra rapporter med egne observasjoner av den innsattes fungering i hverdagen.

Komorbiditet: Når flere utfordringer opptrer samtidig

Komorbiditet betyr direkte oversatt «samsykelighet», og brukes for å beskrive en situasjon der en person har to eller flere ulike diagnoser eller tilstander samtidig. For fengselspopulasjonen er komorbiditet snarere regelen enn unntaket; det er svært sjelden at en innsatt kun har én isolert helseutfordring. Som oftest ser vi et samspill mellom rusmiddelproblemer, psykiske lidelser og fysiske helseplager.

Det vanligste eksempelet på komorbiditet i kriminalomsorgen er kombinasjonen av en ruslidelse og en psykisk lidelse, ofte omtalt som en *ROP-lidelse* (rus og psykiatri). Dette samspillet skaper ofte en forsterkende effekt. For eksempel kan en person bruke rusmidler for å døyve symptomer på angst eller depresjon, mens selve rusbruken over tid fører til dypere psykiske nedturer og dårligere impulskontroll. For deg som skal jobbe som fengselsbetjent, betyr dette at adferden du observerer hos en innsatt sjelden har én enkel årsak. En utagerende eller urolig innsatt kan være preget av både abstinenser, en ubehandlet ADHD-diagnose og traumatiske erfaringer samtidig.

DEFINISJON Komorbiditet og ROP-lidelse

Komorbiditet betyr «samsykelighet» – at en person har to eller flere diagnoser samtidig. ROP-lidelse betegner spesifikt kombinasjonen av rus- og psykisk lidelse.

Å forstå komorbiditet er viktig fordi det stiller store krav til både sikkerhet og omsorg. En person med flere samtidige lidelser vil ofte ha større problemer med å mestre fengselshverdagen, følge faste rutiner og forholde seg til grenser. Det krever en tverrfaglig tilnærming der ansatte i kriminalomsorgen samarbeider tett med helsetjenesten for å se hele mennesket.

Forekomst av ruslidelser og rusbruk blant personer i norske fengsler

Mye av forskningen i PriSUD-prosjektet omfatter rusbruk og ruslidelser, og konsekvensene av dette. For å forstå omfanget av utfordringene i norske fengsler, kan vi ta utgangspunkt i en [Levekårsundersøkelse](#) basert på nPRIS-kohorten publisert i 2024 (Tverborgvik et al.). I denne omfattende rapporten presenterer vi ny og helhetlig kunnskap om levekår, rus og psykisk helse blant personer som gjennomfører eller har gjennomført straff i Norge.

Denne studien inkluderte 57 509 personer som var fengslet i perioden mellom 2010 og 2022, og resultatene viste at nær halvparten, 46 prosent, var diagnostisert med en ruslidelse i spesialisthelsetjenesten i løpet av observasjonsperioden. Til sammenligning viser Folkehelse rapporten (Ørstavik et al., 2026) at forekomsten av rusmiddellidelser i den generelle

befolkningen er betydelig lavere (estimert til å ligge mellom 0,4 og 6,2 prosent). Det er dog viktig å understreke at det er stor usikkerhet i tallene og at mørketallene er store. Forekomsten i fengsel kan altså være nesten ti ganger høyere enn i samfunnet ellers. For en fengselsbetjent og helsetjenesten i fengsel betyr dette at man i det daglige arbeidet møter en populasjon med en sykdomsbyrde som er fundamentalt annerledes enn det man ser utenfor murene.

[Levekårsundersøkelsen](#) finner videre store kjønnsforskjeller i fengselspopulasjonen. Blant kvinner i fengsel hadde hele 59 prosent en diagnostisert ruslidelse, mens andelen blant menn var 45 prosent. Dette funnet er viktig for planlegging og ressursbruk i kriminalomsorgen, da det innebærer en særlig høy opphopning av helsebehov i kvinnefengslene. Selv om de aller fleste innsatte er menn, noe som er relativt stabilt over tid – er den relative belastningen av rusrelaterte lidelser størst blant kvinnene.

Studien viser videre at utfordringene er sammensatte når vi ser på hvilke typer rusmidler som dominerer. Ruslidelser knyttet til cannabinoider er registrert hos 20 prosent, sentralstimulerende midler (som amfetamin og kokain) hos 19 prosent, og beroligende midler (som benzodiazepiner) hos 18 prosent av de innsatte. I tillegg har 15 prosent en diagnostisert alkohollidelse, mens 14 prosent har en registrert opioidlidelse. Et sentralt funn er at hver fjerde person i studien hadde en diagnose knyttet til bruk av flere ulike stoffer samtidig (ofte kodet som F19 i diagnosesystemet), noe som vitner om et komplekst bruksmønster. Blant de ulike ruslidelsene, fant vi store kjønnsforskjeller spesielt var dette tydelig knyttet til bruk av opioider (kvinner 26 %, menn 14 %), beroligende midler (kvinner 31 %, menn 16 %) og bruk av flere stoffer (kvinner 36 %, menn 24 %) (Tverborgvik et al., 2024).

[Data fra NorMA-undersøkelsen](#) gir oss enda dypere innsikt i de selvrapporterte bruksmønstrene rett før innsettelse (Bukten et al., 2016). Hele 50 prosent av deltakerne i studien oppga at de hadde brukt illegale rusmidler daglig i løpet av de siste seks månedene før de ble fengslet. De mest vanlige stoffene for daglig bruk var cannabis (33 prosent), benzodiazepiner (25 prosent) og amfetamin (22 prosent) fulgt av heroin (14 prosent) og andre opioider (10 prosent). I tillegg rapporterte over 40 prosent av deltakerne et skadelig bruk eller avhengighet av alkohol (målt ved AUDIT-score). Videre fremgår det at nær 80 prosent av dem med illegalt rusbruk benyttet flere stoffer parallelt (blandingsbruk), og hele 40 prosent oppga å ha injisert rusmidler noen gang. Selv om ulovlige rusmidler ofte får størst oppmerksomhet på grunn av tilknytningen til narkotikakriminalitet, viser forskningen at det legale rusmiddelet alkohol utgjør en minst like stor, men ofte mer skjult, utfordring blant personer i fengsel.

I NorMA-studien oppga over halvparten (54 prosent) at de var påvirket av enten alkohol, illegale rusmidler eller legemidler på tidspunktet for handlingen de ble fengslet for. Dette understreker at akutt ruspåvirkning og langvarig avhengighet er tett sammenvevd med straffbare handlinger og fengslingsforløp. Denne høye forekomsten av udiagnostisert og diagnostisert rusproblematikk understreker behovet for tverrfaglig oppfølging under fengsling, særlig med tanke på den høye risikoen for overdoser i fasen rett etter løslatelse.

Alkohol

Data fra nPRIS og Levekårsundersøkelsen viser at 25 prosent av alle innsatte har en alkoholrelatert diagnose. Dette tallet er imidlertid basert på diagnoser satt i spesialisthelsetjenesten. Gjennom studier fra den generelle populasjonen vet vi at de færreste med et risikabelt alkoholforbruk blir fanget opp eller behandlet i spesialisthelsetjenesten, noe som bidrar til store mørketall. Også i samfunnet for øvrig er det betydelige mørketall for alkoholbrukslidelser, da mange aldri oppsøker hjelp. Folkehelse rapporten (Ørstavik et al., 2026) anslår at livstidsforekomsten ligger et sted mellom 2 og 16 prosent, avhengig av kjønn og aldersgruppe, men understreker at tallene er usikre.

En mulig forklaring på mørketallene kan være at alkoholbruk ofte blir normalisert eller ansett som mindre alvorlig enn bruk av illegale stoffer. Forskingen viser imidlertid at alkoholproblemer sjelden opptrer alene – de fleste som drikker for mye, bruker gjerne andre rusmidler samtidig. Det er viktig å vite at alkohol ofte fungerer som en skjult pådriver for kriminalitet, vold og sykdom. Data fra NorMA-undersøkelsen (2016) bekrefter dette direkte: Over halvparten (54 prosent) av de innsatte var påvirket av alkohol, illegale rusmidler eller legemidler på tidspunktet for handlingen de ble fengslet for – der alkohol utgjorde en vesentlig utløsende faktor. Fordi alkohol er lovlig utenfor murene, kan det være vanskeligere for innsatte å anerkjenne behovet for behandling.

Når man ser på hva de innsatte selv rapporterer om egen risikobruk gjennom NorMA-studien, [viser vår forskning](#) at tallene er betydelig høyere enn det de offisielle registrene tilsier. Over halvparten (55 %) av de innsatte hadde alkoholproblemer av en viss alvorlighetsgrad før fengsling, og nær én av fem (18 %) hadde en sannsynlig alkoholavhengighet med behov for spesialisert behandling. Forekomsten var spesielt høy blant yngre, tidligere straffedømte og personer dømt for vold eller ruspåvirket kjøring.

DEFINISJON AUDIT og DUDIT

Standardiserte kartleggingsverktøy for henholdsvis risikofylt alkoholbruk (AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test) og narkotikabruk (DUDIT – Drug Use Disorders Identification Test). Brukes både i fengsel og i befolkningen ellers, noe som gjør sammenligning mulig.

Studiene viser at selv korte versjoner av slike kartleggingsverktøy er effektive for å identifisere ulike grader av alkoholproblemer blant innsatte (Pape et al., 2021). For kriminalomsorgen betyr dette at man kan fange opp de som har behov for hjelp, lenge før problemene eskalerer. En innsatt som tilsynelatende fungerer godt under fengslingen, kan ha en alvorlig alkoholhistorikk kombinert med uidentifiserte psykiatriske plager, som vil utgjøre en stor risiko for tilbakefall til rusmidler ved løslatelse. Ved å være oppmerksom på alkohol som et likeverdig og ofte vel så komplekst problem som illegale rusmidler, kan du bidra til at flere får den hjelpen de trenger.

Forekomst av psykiske lidelser

I rapporten [Psykisk helse i Norge](#), publisert av Folkehelseinstituttet, anslås det at rundt 16–22 % av den voksne befolkningen oppfyller kriteriene for en psykisk lidelse i løpet av 12 måneder (årsprevalens) (Reneflot et al., 2018). Om lag 15 % vil få en angstlidelse i løpet av et år og om lag én av ti vil få en depressiv lidelse i løpet av et år. I [Folkehelserapporten](#), også publisert av Folkehelseinstituttet, blir det rapportert at om lag 5 % av alle menn og 7 % av alle kvinner i befolkningen var i kontakt med spesialisthelsetjenesten for psykiske lidelser i løpet av 2018.

FAKTA Forekomst i norske fengsler

Ruslidelse: 46 % totalt (kvinner 59 %, menn 45 %)

Psykisk lidelse: 64 % totalt (kvinner 78 %, menn 62 %)

Alvorlig psykisk lidelse: 29 % totalt (kvinner 42 %, menn 27 %)

ROP-lidelse: 33 % totalt (kvinner 47 %, menn 32 %)

Data fra nPRIS-kohorten for perioden 2010–2022 viser at hele 64 prosent av de innsatte var registrert med minst én psykisk lidelse i spesialisthelsetjenesten (Tverborgvik et al., 2024). Over seks av ti personer du møter i tjenesten, har altså en diagnostisert psykisk lidelse. Blant de kvinnelige innsatte har så mange som 78 prosent en slik diagnose, mot 62 prosent blant mennene. For deg som betjent innebærer dette at psykisk uhelse ikke er et unntak, men en helt sentral del av hverdagen på avdelingen.

Begrepet *alvorlig psykisk lidelse* brukes om tilstander som schizofreni og bipolar lidelse, som medfører stort funksjonstap og behov for oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. I den generelle befolkningen er forekomsten svært lav: Folkehelserapporten (Kirkøen et al., 2026) anslår at om lag 1–3,5 prosent vil få en psykoselidelse i løpet av livet. Når man sammenligner med innsatte, ser man en betydelig overrepresentasjon: totalt 29 prosent av alle i fengsel er diagnostisert med en alvorlig psykisk lidelse. Også her er kvinnene spesielt utsatte, med en forekomst på 42 prosent, sammenlignet med 27 prosent hos mennene.

Innsatte med alvorlige psykiske lidelser kan være mer sårbare for belastningene som fengselshverdagen medfører. Det er derfor viktig at du som tjenesteperson er oppmerksom på endringer i atferd eller humør, da dette kan være tegn på at en underliggende lidelse forverres. Som betjent fungerer du som en viktig bro til helsetjenesten, noe som kan gjøre at innsatte får den hjelpen de trenger før det oppstår en krise.

ROP-lidelser: Sammenhengen mellom rus og psykiatri

ROP-lidelser utgjør en av de største helsemessige utfordringene i norske fengsler, da avhengighet under fengsling sjeldent opptrer som en isolert tilstand. I en [studie fra 2024](#) fant vi en svært høy forekomst (29 %) av samtidige ruslidelser og psykiske lidelser i den norske fengselspopulasjonen, med tydelige kjønnsforskjeller. Hele 41 prosent av kvinnene og 28 prosent av mennene hadde en registrert komorbid ruslidelse (Bukten et al., 2024).

Denne sammensatte sykdomsbyrden gjør at tradisjonell, oppdelt behandling ofte kommer til kort. Innsatte med ROP-lidelser er særlig sårbare i overgangsfasene; kombinasjonen av redusert rusmiddeltoleranse, psykisk belastning og ufullstendig oppfølging ved løslatelse gir en dramatisk økt risiko for overdoser og tidlig død.

I en travel fengselshverdag er dette ofte den mest krevende gruppen å følge opp. Utagerende eller uforutsigbar adferd er gjerne et direkte utslag av en kompleks helsesituasjon fremfor bevisst motvilje. Kunnskap om dette samspillet gjør det enklere å de-eskalere krevende situasjoner og sikre at den innsatte blir fanget opp av riktig helsefaglig tilbud.

En endret fengselspopulasjon: Utviklingen fra 2010 til 2022

Data fra nPRIS-kohorten og [Levekårsundersøkelsen](#) viser at fengselspopulasjonen har gjennomgått en markant endring det siste tiåret. Det totale antallet nyinnsettelse i norske fengsler har sunket drastisk, fra 9 613 i 2010 til 5 228 i 2022 (Tverborgvik et al., 2024). Nesten halvparten så mange personer ble altså satt i fengsel i 2022 sammenlignet med tolv år tilbake.

Denne nedgangen henger sammen med politiske endringer der flere nå gjennomfører straff i samfunnet, for eksempel med elektronisk kontroll (fotlenke). Konsekvensen er det vi kaller en seleksjonseffekt: de som fremdeles dømmes til ubetinget fengsel, er i økende grad personer med mer komplekse utfordringer og tyngre belastninger. De som har de minste utfordringene og er mer ressurssterke, soner i stor grad utenfor murene, mens de med størst behov for oppfølging blir igjen i fengslene.

Statistikken understreker dette tydelig. Mens det totale antallet innsatte går ned, stiger andelen med registrerte diagnoser jevnt. I 2010 hadde 31 prosent av de nyinnsatte en registrert psykisk lidelse; i 2022 var dette steget til 40 prosent. Andelen med ruslidelser steg fra 24 prosent til 33 prosent i samme periode. Særlig viktig er økningen i ROP-lidelser, fra 15 prosent til 21 prosent. Den fengselspopulasjonen du møter i dag er altså vesentlig mer helsemessig sårbar enn den man så for bare ti år siden. Som fengselsbetjent må du ha en dypere forståelse for sammenhengen mellom straffegjennomføring og komplekse helseplager for å kunne ivareta sikkerhet og yte omsorg.

FAKTA En endret fengselspopulasjon (2010–2022)

Nyinnsettelse i norske fengsler sank fra 9 613 i 2010 til 5 228 i 2022. I samme periode steg andelen med registrert psykisk lidelse fra 31 % til 40 %, ruslidelser fra 24 % til 33 %, og ROP-lidelser fra 15 % til 21 %. Fengselspopulasjonen har blitt vesentlig mer helsemessig sårbar.

Ressurser

- Bukten, A., Virtanen, S., Hesse, M., Chang, Z., Kvamme, T. L., Thylstrup, B., Tverborgvik, T., Skjærvø, I., & Stavseth, M. R. (2024). The prevalence and comorbidity of mental health and substance use disorders in Scandinavian prisons 2010–2019: a multi-national register study. *BMC Psychiatry*, 24(1), 95. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05540-6>
- Bukten, A., Virtanen, S., Hesse, M., Thylstrup, B., Kvamme, T. L., Seid, A. K., Chang, Z., Skjærvø, I., Tverborgvik, T., & Stavseth, M. R. (2024). The prevalence of substance use disorders among people in Norwegian, Danish and Swedish prisons: A multi-national cohort study, 2010–19. *Addiction*, 119(9), 1631–1643. <https://doi.org/10.1111/add.16477>
- Pape, H., Lobmaier, P., & Bukten, A. (2022). An evaluation of eight short versions of the Drug Use Disorder Identification Test (DUDIT). A prison population study. *Drug and Alcohol Dependence Reports*, 3, 100043. <https://doi.org/10.1016/j.dadr.2022.100043>
- Pape, H., Rossow, I., & Bukten, A. (2021). Alcohol problems among prisoners: Subgroup variations, concurrent drug problems, and treatment needs. *European Addiction Research*, 27(3), 179–188. <https://doi.org/10.1159/000511253>
- Pape, H., Rossow, I., & Bukten, A. (2021). Are short AUDIT screeners effective in identifying unhealthy drinking of varying severity? A prison population study. *Drug and Alcohol Dependence*, 229, 109153. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.109153>
- Svensden, V. G., Stavseth, M. R., Skardhamar, T., & Bukten, A. (2023). Psychiatric morbidity among women in Norwegian prisons, 2010–2019: a register-based study. *BMC Psychiatry*, 23(1), 390. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04886-7>
- Tverborgvik, T., Stavseth, M. R., Lothe, J., Havnes, I. A., Clausen, T., Lindstad, M., Rønning, A. R., & Bukten, A. (2024). *Levekår, rus og psykisk helse blant personer som har vært fengslet eller gjennomført straff i samfunnet* (SERAF-rapport 5/2024). Senter for rus- og avhengighetsforskning, Universitetet i Oslo.

Hverdagen under fengsling

Dette kapittelet tar for seg temaer som står sentralt i fengselshverdagen: hvordan de innsatte lever, bruker rusmidler og mottar behandling bak murene. Blant ansatte, innsatte og i samfunnet for øvrig er det mange meninger om dette. I denne delen skiller vi mellom myter og oppfatninger, og det vi faktisk vet fra forskningen.

Rusbruk under fengsling

Det er en vanlig antakelse at fengselet fungerer som en arena for rusdebut – altså at mange begynner å ruse seg for første gang mens de soner – samt at det flyter store mengder ulovlige rusmidler rundt i fengsel. I PriSUD-prosjektet har vi brukt både selvrapporterte data fra NorMA-studien og registerdata fra nPRIS for å undersøke dette.

Forskning viser at de fleste innsatte enten reduserer bruken sin kraftig eller slutter helt med å ruse seg når de kommer i fengsel. Forestillingen om at mange starter sin ruskarriere bak murene, stemmer i svært liten grad med virkeligheten. For de aller fleste fungerer fengselsporten som en barriere som fører til et markant fall i både hyppighet og mengde rusmiddelbruk.

Dette betyr likevel ikke at all rusbruk opphører. Selv om hyppigheten går ned for de fleste, er det en mindre gruppe som fortsetter å ruse seg under fengslingen. Resultatene fra NorMA-studien viser at nesten alle som bruker rusmidler under fengsling, hadde et etablert og ofte svært omfattende forbruk allerede før de ble satt inn.

FAKTA Rusbruk før og under fengsling

50 % av innsatte i NorMA brukte illegale rusmidler daglig siste 6 måneder før fengsling – cannabis (33 %), benzodiazepiner (25 %) og amfetamin (22 %) var vanligst. Andelen som brukte ulovlige rusmidler sank fra 71 % siste halvår før innsettelse til 23 % under fengsling. Kun 3 % debuterte med rusmidler bak murene.

Hvem ruser seg under fengsling?

For å forstå rusbruk under fengsling er det avgjørende å se nærmere på hvem det er som fortsetter å ruse seg bak murene, og hva de bakenforliggende årsakene kan være.

Forskningen i PriSUD-prosjektet identifiserer flere klare faktorer som øker risikoen for rusbruk bak murene. [I en studie fra 2023](#), kommer det frem at selv om flertallet av innsatte reduserer eller stanser bruken under fengsling, der andelen som brukte ulovlige rusmidler sank fra 71 prosent siste halvår før innsettelse til 23 prosent under fengslingen, er det de med den «tyngste bagasjen» som fortsetter (Andersen et al., 2023). Det gjelder særlig personer som begynte å ruse seg i ung alder (før fylte 15 år), de som hadde et svært høyt forbruk før innsettelse, de som har brukt flere typer rusmidler samtidig (og særlig de som injiserer stoff), samt personer med forutgående historikk med fengsling og rusbruk i fengsel.

Når det kommer til hva som er årsaken til rusbruk i fengsel, viser [vår forskning](#) basert på data fra NorMA-studien at rusbruk i fengsel i all hovedsak er en direkte videreføring av et etablert rusmønster fra tiden før innsettelse (Bukten et al., 2020). Totalt oppga 35 prosent av de innsatte at de hadde brukt rusmidler under nåværende eller tidligere fengsling, mens kun 3 prosent debuterte med rusmidler bak murene.

Risiko for å ruse seg under fengsling primært formes av belastningen før fengsling. Særlig tre faktorer øker risikoen markant: å ha brukt rusmidler daglig de siste seks månedene før innsettelse (som ga over syv ganger så høy odds for rusbruk i fengsel), et høyt antall utprøvde stoffer gjennom livet, og det å ha vært ruspåvirket da lovbruddet ble begått.

Rusmidler i fengsel kan fungere som et verktøy for å døyve vanskelige følelser og belastninger som isolasjon, kjedsomhet, tap av frihet, bekymring for framtiden og savn etter nære relasjoner. Når man oppdager rusmidler på avdelingen er det derfor ikke bare et sikkerhetsbrudd, men et direkte symptom på at den innsatte er i en svært sårbar posisjon med udekket behov for helsehjelp.

Kunnskapen om at de som ruser seg under fengsling ofte utgjør den mest sårbare gruppen innsatte, bør prege hvordan vi møter disse menneskene. Å avdekke rusmidler er og blir en viktig sikkerhetsoppgave, men det må kombineres med en forståelse av årsakene bak bruken. At et klart flertall av de innsatte faktisk er rusfrie under fengsling, gir et godt utgangspunkt for motivasjonsarbeid og rehabilitering. Samtidig krever gruppen som fortsetter å ruse seg en særlig årvåkenhet, der sikkerhet og kontroll balanseres med en tverrfaglig tilnærming hvor kriminalomsorgen og spesialisthelsetjenesten (som tverrfaglig spesialisert rusbehandling – TSB og fengselshelsetjenesten) jobber tett sammen.

Funnene understreker at innsettelsesfasen må utnyttes bedre til systematisk kartlegging, slik at risikoutsatte innsatte fanges opp og tilbys målrettet behandling og skadereduserende tiltak.

Ressurser

Andersen, S. N., Hyatt, J. M., Lobmaier, P., Stavseth, M. R., & Bukten, A. (2023). Leaving their drugs at the gate? Exploring changes in drug use from before to during incarceration in Norway. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*.
<https://doi.org/10.1177/0306624X231168596>

Bukten, A., Lund, I. O., Kinner, S. A., Rognli, E. B., Havnes, I. A., Muller, A. E., & Stavseth, M. R. (2020). Factors associated with drug use in prison – results from the Norwegian Offender Mental Health and Addiction (NorMA) study. *Health & Justice*, 8(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s40352-020-00112-8>

Behandling og helsehjelp under fengsling

Selv om den daglige helseoppfølgingen i fengsel ivaretas av kommunehelsetjenesten, gir forskningen fra PriSUD-prosjektet oss viktig innsikt i hvilken behandling de innsatte faktisk mottar – både gjennom nasjonale helseregistre og gjennom de innsattes egne rapporter i NorMA-studien. For ansatte i kriminalomsorgen er det avgjørende å forstå hvordan denne behandlingen fungerer i praksis, da udekkede helsebehov og medisinmønstre direkte påvirker innsattes adferd, dagsform og tryggheten i avdelingen.

Det reelle behandlingsbehovet vs. mottatt behandling

Forskningen fra PriSUD avdekker et betydelig behandlingssgap. Nyere studier viser at selv om over 60 prosent av innsatte med en sannsynlig ruslidelse mottar en eller annen form for rusbehandling i løpet av fengslingen, er det fremdeles en stor andel som står uten tilstrekkelig oppfølging i spesialisthelsetjenesten (Lokdam et al., 2024). I praksis betyr dette at betjenter ofte står overfor innsatte med ubehandlede rus- og psykiatriske lidelser. Dette kan slå ut i redusert impuls kontroll, svingende humør, angst og adferdsendringer som krever spesiell oppmerksomhet i hverdagen.

Medisinbruk bak murene: For mye eller for lite?

Spørsmålet om medisinsk behandling i fengsel handler ofte om balansen mellom nødvendig helsehjelp og overmedisinering. I den selvrapporterte NorMA-studien var det også fokus på innsattes bruk av forskrevne psykofarmaka – altså medisiner mot psykiske lidelser, angst, depresjon og søvnvansker:

DEFINISJON Psykofarmaka

Fellesbetegnelse på medisiner mot psykiske lidelser, herunder mot angst, depresjon og søvnvansker.

[Resultater viser](#) at sovemidler, eller hypnotika, var den mest brukte medikamentgruppen både før og under fengsling, og hele 20 prosent av de innsatte oppga å bruke sovemedisiner daglig under fengslingen (Lindstad et al., 2021). Generelt var bruken av nesten alle typer psykofarmaka betydelig høyere blant innsatte enn i befolkningen for øvrig. Dette reflekterer den høye sykkeligheten i populasjonen, der foreskriving var sterkt assosiert med et høyt symptomtrykk på angst og depresjon, samt skadelig rusbruk før innsettelse. Interessant nok gjaldt denne overrepresentasjonen ikke smertestillende legemidler, da den selvrapporterte bruken her var på linje med befolkningen ellers.

Medisiner kan være helt nødvendige for å stabilisere alvorlige psykiske lidelser. Samtidig medfører den høye bruken av B-preparater, sedativer og andre psykofarmaka en risiko for bivirkninger, tilvenning og et potensielt marked for ulovlig omsetning internt på avdelingen. Betjentens rolle ved medisinutdeling og den daglige observasjonen av endringer i innsattes fungering, leie og adferd er derfor et helt sentralt bidrag inn i det tverrfaglige samarbeidet med fengselshelsetjenesten.

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er en medisinsk behandling for personer med opioidavhengighet, der pasienten får foreskrevet et medisinsk opioid som metadon eller buprenorfin for å fjerne abstinenser, dempe heroinsug og gi en mer stabil hverdag. I den norske fengselspopulasjonen utgjør denne gruppen en betydelig og sårbar andel. Data fra PriSUD-prosjektet viser at hele 14 prosent av alle som var fengslet i Norge i tiårsperioden fra 2010 til 2019 var diagnostisert med en opioidavhengighet. LAR er dermed et helt sentralt helsetiltak under fengsling (Bukten et al., 2023).

DEFINISJON Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

Klinisk behandling for personer med opioidavhengighet – det vil si avhengighet av stoffer som heroin og andre opioider. Behandlingen innebærer at pasienten får et medisinsk opioid (metadon eller buprenorfin/subutex) for å fjerne abstinenser og redusere heroinsug.

Forskningen i PriSUD-prosjektet viser en svært positiv utvikling i behandlingsdekningen over tid. I vår [studie publisert i 2023](#) avdekket vi at andelen innsatte med opioidavhengighet som mottok LAR, mer enn fordoblet seg i løpet av tiårsperioden – fra 36 prosent i 2010 til 71 prosent i 2019 (Bukten et al., 2023). Samtidig viser funnene våre en svært høy forekomst av sammensatte lidelser i denne pasientgruppen. Over 90 prosent av personene med opioidavhengighet har andre ruslidelser i tillegg, mer enn fire av ti har skadelig alkoholbruk, og over 60 prosent har minst én diagnostisert psykisk lidelse ved siden av rusavhengigheten. Dette gjelder både for dem som står på LAR-behandling og de som står utenfor, noe som understreker at LAR-pasienter ofte har betydelige og sammensatte oppfølgingsbehov utover selve medisineringsen.

Et av de viktigste funnene i PriSUD-prosjektet er hvordan LAR-behandling under fengsling direkte bidrar til å redde liv. [Vår analyse](#) av nasjonale registerdata fra nPRIS-studien, publisert i det anerkjente tidsskriftet *The Lancet Public Health* i 2024, viser at innsatte med opioidavhengighet som mottar LAR i fengsel, har en markant lavere dødelighet etter løslatelse enn de som ikke får slik behandling (Bukten & Stavseth, 2024). Spesifikt viser våre funn at LAR-behandling under fengsling var assosiert med en halvering av risikoen for både samlet dødelighet og ren overdosedød i løpet av de første seks månedene etter løslatelse – nettopp den fasen hvor risikoen for dødelige overdoser er på sitt aller høyeste.

FAKTA LAR redder liv

Personer som mottar LAR-behandling under fengsling har 50 % lavere risiko for dødelig overdose de første seks månedene etter løslatelse – nettopp den perioden risikoen er høyest. LAR er dermed et av de mest effektive skadereduserende tiltakene vi har.

For en fengselsbetjent er dette avgjørende kunnskap i det daglige arbeidet. LAR er et av de mest effektive sikkerhets- og skadereduserende tiltakene vi har for å forebygge overdose og tidlig død etter fengsling. En innsatt som mottar stabil LAR-behandling får bedre forutsetninger for å mestre hverdagen i fengselet, opplever mindre sug etter ulovlige rusmidler, og stiller langt sterkere ved løslatelse. Som betjent støtter man opp under denne behandlingen ved å ha gode og trygge rutiner rundt medisintil levering, samt ved å følge med på den innsattes allmenntilstand, psykiske helse og eventuelle bivirkninger i nært samarbeid med helsetjenesten.

Ressurser

- Bukten, A., Skjærvø, I., & Stavseth, M. R. (2023). Exploring mental health comorbidities and opioid agonist treatment coverage among people in prison: A national cohort study 2010–2019. *Drug and Alcohol Dependence*, 250, 110896. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2023.110896>
- Bukten, A., & Stavseth, M. R. (2024). Estimated effects of opioid agonist treatment in prison on all-cause mortality and overdose mortality in people released from prison in Norway: a prospective analysis of data from the Norwegian Prison Release Study (nPRIS). *The Lancet Public Health*, 9(7), e421–e431. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00098-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00098-7)
- Lindstad, M., Skurtveit, S., & Bukten, A. (2021). For mye eller for lite medisiner? En nasjonal studie av forskrevne psykofarmaka blant innsatte i norske fengsler. *Norsk Epidemiologi*, 29(1–2). <https://doi.org/10.5324/nje.v29i1-2.4049>
- Lokdam, N. T., Stavseth, M. R., Skjærvø, I., & Bukten, A. (2024). Treatment utilization among people with drug use disorders in prison: a national longitudinal cohort study. *Health & Justice*, 12(1), 46. <https://doi.org/10.1186/s40352-024-00302-8>

Forhøyet risiko for dødelighet

Forskningen fra PriSUD-prosjektet viser at personer som har vært i kontakt med kriminalomsorgen, har en betydelig høyere risiko for å dø tidlig sammenlignet med befolkningen for øvrig. Denne overdødeligheten må sees i direkte sammenheng med den tunge bagasjen av risikofaktorer vi har beskrevet så langt. Som vi har vist gjennom forskning, kjennetegnes denne populasjonen av omfattende levekårsutfordringer, sosial marginalisering og en svært høy forekomst av både ruslidelser og alvorlig psykisk uhelse – faktorer som hver for seg, og spesielt i samspill, gir en ekstremt høy sårbarhet for tidlig død.

For å sette denne risikoen inn i et globalt og mer omfattende perspektiv, har data fra den norske nPRIS-studien også inngått i en [stor internasjonal metaanalyse](#) publisert i *The Lancet* i 2024 (Borschmann et al., 2024). Denne studien undersøkte dødelighet etter løslatelse blant over 1,4 millioner personer på tvers av åtte land, inkludert Norge. Funnene bekrefter at den aller første tiden etter løslatelse er en akutt og livstruende fase. Dødeligheten er på sitt absolutte høyeste i løpet av den aller første uken ute i samfunnet. De hyppigste dødsårsakene i denne kritiske oppstartsfasen er akutte forgiftninger og overdoser av alkohol og andre rusmidler, etterfulgt av selvmord og hjerte- og karsykdommer.

Det er en dokumentert sammenheng mellom det å ha vært fengslet og en forhøyet risiko for død av alle årsaker. Forskningen viser at jo tyngre rusproblematikk en person har ved innsettelse, desto høyere er risikoen for å dø tidligere enn forventet – det vil si før den gjennomsnittlige levealderen i befolkningen. En studie av Vegard Svendsen og kolleger (2024) fulgte kvinner i norske fengsler over en 20-årsperiode og fant at kvinner med fengsels erfaring hadde en fem ganger høyere risiko for å dø enn kvinner i den generelle befolkningen. For forebyggbare dødsårsaker var risikoen nesten ni ganger høyere. Et sentralt poeng i studien er at de aller fleste av disse dødsfallene – hele 80 prosent – skyldtes forebyggbare årsaker, det vil si at de i prinsippet kunne vært unngått gjennom bedre helse- og sosiale tiltak før, under og etter fengsling.

Den kritiske tiden etter løslatelse: Overdoser

Tiden rett etter løslatelse er den mest risikofylte perioden i et fengslingsforløp. De aller første dagene og ukene utgjør en akutt fase der risikoen for en dødelig overdose er på sitt absolutte høyeste. Dette skyldes ofte en kombinasjon av fysiologiske og sosiale faktorer; toleransen for rusmidler reduseres raskt under fengsling, og dersom man vender tilbake til tidligere doser etter løslatelse, tåler ikke kroppen belastningen.

Som vi trakk frem tidligere, utgjør kontinuitet i LAR-behandling et av de viktigste beskyttelsestiltakene vi har mot denne dødelighet av overdoser. Som vist i studien publisert i *The Lancet Public Health* (2024), halveres overdoserisikoen det første halvåret etter løslatelse dersom den innsatte har mottatt LAR under fengslingen (Bukten & Stavseth, 2024). Ved at man har kunnskap om, og støtter opp om behandlingen under fengsling, bidrar man direkte til å bygge det sikkerhetsnettet den innsatte er helt avhengig av ved løslatelse.

DEFINISJON **Nalokson**

Nesespray som fungerer som motgift ved opioidoverdose. Nalokson har ingen rusgivende eller vanedannende effekt og medfører ikke risiko for skade, selv om det gis til en person som viser seg å ikke ha tatt opioider. Utdelles som del av nasjonalt overdoseforebyggende tiltak.

I tillegg er det implementert [nasjonale skadereduserende](#) tiltak i Norge for å møte denne akutte risikofasen etter løslatelse, der utdeling av nalokson inngår som en del av tiltakene. Nalokson i seg selv har ingen rusgivende eller vanedannende effekt og medfører ikke risiko for skade, selv om det gis til en person som i ettertid viser seg å ikke ha tatt opioider. I Norge og internasjonalt har innføringen av [nalokson som neseppray](#) vært et viktig bidrag inn i det skadereduserende arbeidet, da sprayen er enkel og trygg å bruke for både fengselsbetjenter, pårørende og medinnsatte uten medisinsk bakgrunn.

I en fengselsfaglig og straffegjennomføringsmessig kontekst spiller nalokson en helt avgjørende rolle. Å utstyre personer i målgruppen med nalokson neseppray ved løslatelse, i kombinasjon med opplæring i kameratredning og gjenkjennelse av overdosesymptomer, utgjør derfor et svært viktig lavterskeltiltak for å forhindre overdosedødsfall i overgangsfasen.

Selv mord under og etter fengsling

Selv om overdoser er den vanligste dødsårsaken etter løslatelse, representerer selvmord den hyppigste og mest akutte dødsårsaken under selve fengslingen. Våre resultater viser at den aller første tiden etter innsettelse er den absolutt mest kritiske fasen. I løpet av den første uken i fengsel er selvmordsraten mer enn tre ganger så høy som for fengslingsforløpet under ett, med en rate på 414 per 100 000 personår den første uken, mot 134 totalt. Over en tredjedel av alle selvmord i fengsel skjer i løpet av den første måneden (Bukten et al., 2026).

[I våre resultater](#), finner vi at den høye risikoen for selvmord skyldes en kombinasjon individuell sårbarhet og det akutte stresset fengselsmiljøet påfører, og viser at selvmordsrisikoen under fengsling er særlig knyttet til tre klare risikofaktorer (Bukten et al., 2026): For det første innebærer varetekt over dobbelt så høy risiko for selvmord, og nær to tredjedeler av alle selvmord i norske fengsler skjer nettopp i varetektsfasen. For det andre gir fengsling på lukket avdeling og høyt sikkerhetsnivå nesten fire ganger så høy selvmordsrisiko sammenlignet med lavere sikkerhetsnivå, noe som understreker hvordan isolasjon, restriksjoner og tap av kontroll forsterker krisen. Nær 90 prosent av selvmordene skjer på høyt sikkerhetsnivå. For det tredje gir det å ha en diagnostisert alvorlig psykisk lidelse i forkant av fengslingen nær tredobbelt risiko for selvmord. I studien hadde over en tredjedel av de som tok sitt eget liv en registrert alvorlig psykisk lidelse, og over halvparten hadde en ruslidelse.

Sårbarheten og selvmordsrisikoen opphører imidlertid ikke ved løslatelse. Vår forskning på dødelighet etter løslatelse viser tvert imot at overgangsfasen tilbake til samfunnet representerer en ny, kritisk risikoperiode. I likhet med den første tiden i fengsel, er selvmordsrisikoen *etter* løslatelse aller høyest de første ukene etter løslatelsesdato (Bukten & Stavseth, 2021). Tap av nettverk, opplevelse av utenforskap, usikkerhet rundt bolig og økonomi, samt reetablering av

belastende livsomstendigheter fører til at selvmordsraten blant tidligere innsatte forblir betydelig høyere enn i den øvrige befolkningen. På samme måte som overdose, utgjør selvmord en betydelig andel av de tidlige dødsfallene etter løslatelse.

Summen av vår forskning viser at risikoen for selvmord er vedvarende både gjennom hele fengslingsforløpet og inn i løslatelsesfasen (Bukten & Stavseth, 2021). For deg som jobber i kriminalomsorgen betyr dette at man aldri må slutte å vurdere selvmordsfare, selv om en innsatt tilsynelatende har funnet seg til rette. Din daglige relasjon, din tilstedeværelse, dine observasjoner av adferdsendringer og god planlegging av overgangen til hjelpeapparatet ved løslatelse er de viktigste verktøyene man har for å fange opp kriser og forhindre selvmord både under og etter gjennomført fengsling.

Forebygging gjennom fengslingsprogresjon

En omfattende norsk registerstudie publisert i *The Lancet Public Health* undersøkte sammenhengen mellom fengselets sikkerhetsnivå og risikoen for å dø etter løslatelse (Bukten et al., 2022). Funnene viser en tydelig sammenheng: Innsatte som løslates direkte fra fengsler med høyt sikkerhetsnivå har en betydelig høyere risiko for dødelighet etter løslatelse sammenlignet med dem som gjennomfører en gradvis overgang via lavere sikkerhetsnivå eller overgangsbolig.

Arbeidet med å sikre trygge rammer før løslatelse, som tilrettelegging for bolig, koordinering med hjelpeapparatet og en forutsigbar overgang – utgjør dermed en helt sentral og helsefremmende del av det dødsforebyggende arbeidet i norsk kriminalomsorg.

Ressurser

- Bukten, A., Mehlum, L., Lokdam, N. T., Tverborgvik, T., & Riksheim Stavseth, M. (2026). Rates, timing and correlates of suicide in Norwegian prisons: A 23-year national cohort study. *Archives of Suicide Research*, 1–16. <https://doi.org/10.1080/13811118.2026.2680205>
- Bukten, A., Skjærvø, I., & Stavseth, M. R. (2022). The association of prison security level with mortality after release from prison: a retrospective national cohort study (2000–16). *The Lancet Public Health*, 7(7), e583–e592. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00107-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00107-4)
- Bukten, A., & Stavseth, M. R. (2021). Suicide in prison and after release: a 17-year national cohort study. *European Journal of Epidemiology*, 36(10), 1075–1083. <https://doi.org/10.1007/s10654-021-00782-0>
- Bukten, A., & Stavseth, M. R. (2024). Estimated effects of opioid agonist treatment in prison on all-cause mortality and overdose mortality in people released from prison in Norway: a prospective analysis of data from the Norwegian Prison Release Study (nPRIS). *The Lancet Public Health*, 9(7), e421–e431. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00098-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00098-7)
- Bukten, A., Stavseth, M. R., Skurtveit, S., Tverdal, A., Strang, J., & Clausen, T. (2017). High risk of overdose death following release from prison: variations in mortality during a 15-year observation period. *Addiction*, 112(8), 1432–1439. <https://doi.org/10.1111/add.13803>
- Svensden, V. G., Bukten, A., Skardhamar, T., & Stavseth, M. R. (2024). Mortality in women with a history of incarceration in Norway: a 20-year national cohort study. *International Journal of Epidemiology*, 53(2), dyae032. <https://doi.org/10.1093/ije/dyae032>
- Tverborgvik, T., Stavseth, M. R., & Bukten, A. (2023). The association between drug use and mortality in a Norwegian prison cohort: a prospective cohort study. *Health & Justice*, 11(1), 22. <https://doi.org/10.1186/s40352-023-00223-y>

Rus og psykiske lidelser ved særreaksjoner

Dette kapittelet omhandler to særreaksjoner som skiller seg vesentlig fra vanlig fengselsstraff: forvaring og dom på overføring til tvunget psykisk helsevern (TPH). Mens en vanlig fengselsstraff er tidsavgrenset, brukes særreaksjoner når det er nødvendig å beskytte samfunnet over lengre tid, eller når gjerningspersonen ikke anses som strafferettslig tilregnelig. For deg som fengselsbetjent krever disse gruppene en særlig forståelse for skjæringspunktet mellom juss, sikkerhet og psykiatri.

DEFINISJON Forvaring og TPH

Forvaring: tidsubestemt straff som brukes når en tidsbestemt fengselsstraff ikke anses tilstrekkelig for å verne samfunnet. Kan forlenges med inntil fem år om gangen.

TPH (tvunget psykisk helsevern): dom som benyttes når gjerningspersonen anses utilregnelig på grunn av alvorlig psykisk lidelse på gjerningstidspunktet. Ansvar overføres til spesialisthelsetjenesten.

Forvaring

Forvaring er en inngripende særreaksjon som tas i bruk når en vanlig tidsbestemt fengselsstraff ikke anses som tilstrekkelig for å verne samfunnet. Dette gjelder personer som har begått alvorlig kriminalitet, og hvor domstolen vurderer at det er en høy fare for nye alvorlige lovbrudd. Forvaring innebærer at løslatelsestidspunktet ikke er fast; når minstetiden er sonet, vurderes gjentakelsesfaren av retten, og forvaringen kan forlenges med inntil fem år om gangen. I praksis kan forvaringen innebære livstid i fengsel. I Norge er forvaringspopulasjonen liten, men ved å bruke data fra nPRIS-kohorten har PriSUD-prosjektet gjennomført en [unik 13-årsstudie](#) av denne gruppen (Todd-Kvam et al., 2025).

Sykdomsbyrden blant forvaringsdømte er svært høy. Hele 95 prosent var registrert med minst én psykisk lidelse i spesialisthelsetjenesten, og 81 prosent hadde tre eller flere ulike diagnoser samtidig. Ruslidelser rammer 74 prosent, mens 35 prosent er registrert med en alvorlig psykisk lidelse som psykose eller bipolar lidelse. Forvaringsavdelinger fungerer i praksis som arenaer hvor komplekse psykiatriske behov må håndteres parallelt med et strengt sikkerhetsregime. Siden forvaringsdømte ofte soner i mange år, er det viktig å opparbeide gode relasjoner og jobbe systematisk over tid. Å kunne dokumentere positive endringer er en forutsetning for at forvaringsdømte kan tilbakeføres til samfunnet.

FAKTA Sykdomsbyrden ved forvaring

Blant forvaringsdømte har 95 % minst én psykisk lidelse, 81 % har tre eller flere ulike diagnoser samtidig, 74 % har en ruslidelse, og 35 % har en alvorlig psykisk lidelse som psykose eller bipolar lidelse.

Tvunget psykisk helsevern

Dom til tvunget psykisk helsevern (TPH) benyttes for personer som anses som utilregnelige på grunn av en alvorlig psykisk lidelse på gjerningstidspunktet. Disse personene er vurdert som for syke til å sone i fengsel, og overføres til spesialisthelsetjenesten. Som fengselsbetjent vil du derfor normalt ikke møte personer som er dømt til TPH i fengselet – de befinner seg i psykiatrien. Kunnskap om personer som dømmes til TPH utgjør likevel en vesentlig faglig ramme for kriminalomsorgens ansatte.

En studie av Rognli og kolleger (2024) belyser den omfattende institusjonelle historikken i denne pasientgruppen; hele 86 prosent av de som ble dømt til TPH i den undersøkte perioden, hadde en historikk med tidligere fengsling, med et gjennomsnitt på seks tidligere fengslings- eller varetektsopphold. Funnene illustrerer en tydelig svingdørskarakteristikk, hvor mange av individene har hatt gjentatte forflytninger mellom kriminalomsorg og spesialisthelsetjeneste over flere år forut for domsavsigelsen.

Dette innebærer at fengselsbetjenter regelmessig samhandler med denne gruppen i faser der de gjennomfører ordinær varetekt eller ubetinget fengselsstraff, før det foreligger en rettskraftig TPH-dom. Betjentenes observasjonskompetanse og evne til å identifisere kliniske tegn på alvorlig psykisk uhelse og funksjonssvikt i det daglige tilsynet er derfor en kritisk faktor. Slike faglige observasjoner danner et avgjørende beslutningsgrunnlag for at helsetjenesten og rettssystemet kan iverksette adekvate judisielle og behandlingsmessige tiltak til rett tid.

Ressurser

Rognli, E. B., Bukten, A., Bramness, J. G., & Stavseth, M. R. (2024). Tidligere kriminalitet og psykisk helsehjelp hos personer med soningserfaring som blir dømt til tvunget psykisk helsevern. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 144(9). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.23.0850>

Todd-Kvam, J., Johnsen, B., Appleton, C., Stavseth, M. R., Dahl, H., & Bukten, A. (2025). Prevalence and patterns of mental health disorders in long-term preventive detention: a 13-year national cohort study. *BMC Psychiatry*, 25(1), 879. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-07357-3>

Sårbare grupper

Selv om fengselspopulasjonen i seg selv er en sårbar gruppe, viser forskningen at faktorer som kjønn, alder og bakgrunn skaper ulike tilleggsutfordringer. Dette kapitlet tar for seg grupper med særlig sammensatte behov eller forhøyet risiko for negative utfall.

Kvinner i fengsel

Kvinner utgjør en liten minoritet i norske fengsler (ca. 5–6 %), men utgjør en svært selektert gruppe med en sammensatt og tung sykdomsbyrde (Svendsen et al., 2023). I takt med at det totale antallet fengslinger har sunket over tid, oppstår det en tydelig seleksjonseffekt: De som fengsles i dag representerer en populasjon med større opphopning av levekårsutfordringer, traumer og helseproblemer enn tidligere.

Forskning basert på nPRIS-data (Svendsen et al., 2023) viser at hele 78 prosent av kvinnelige innsatte har en diagnostisert psykisk lidelse, og 59 prosent sliter med en ruslidelse. Til sammenligning er de tilsvarende tallene for menn henholdsvis 62 og 45 prosent. Mange av disse kvinnene har en historikk med traumer og sykdom lenge før de møter fengselet, noe som gjenspeiles i en markant høyere dødelighet sammenlignet med kvinner ellers i samfunnet. En 20-årig oppfølgingsstudie (Svendsen et al., 2024) dokumenterer at denne gruppen har en særlig høy risiko for forebyggbare dødsfall, slik som overdoser og selvmord.

Den høye opphopningen av sammensatte helseutfordringer stiller særlige krav til hvordan Kriminalomsorgen og helsetjenesten følger opp kvinnelige innsatte (Svendsen et al., 2023). Fordi kvinnefengsler ofte er færre og mindre, har tilbudet historisk sett vært mindre differensiert enn for menn, noe som kan gjøre det krevende å gi tilstrekkelig tilpasset psykiatrisk oppfølging. Den utstrakte komorbiditeten, der traumer, alvorlig psykiatri og rusavhengighet griper inn i hverandre, betyr at tradisjonell, oppdelt behandling sjelden strekker til. For betjenter og helsepersonell i kvinneavdelinger innebærer dette et behov for traumebevisst omsorg, tett tverrfaglig samarbeid og en ekstra årvåkenhet i sårbare overgangsfaser, som under de første dagene av soningen og ved løslatelse (Svendsen et al., 2023, 2024).

Eldre innsatte og akselerert aldring

Eldre innsatte blir en stadig større del av fengselspopulasjonen. En 13-årig kohortstudie (Tverborgvik et al., 2025) viser at eldre innsatte har en betydelig opphopning av både kroniske fysiske plager og psykiske utfordringer. Et sentralt funn er at personer i fengsel ofte fremstår som helsemessig eldre enn alderen deres skulle tilsi. Forskningen omtaler dette som «akselerert aldring»: en 50-åring i fengsel kan ha helseutfordringer som tilsvarer en 65-åring i samfunnet utenfor. Denne gruppen kan derfor kreve større grad av fysisk tilrettelegging og medisinsk oppfølging.

DEFINISJON Akselerert aldring

Fenomen der personer i fengsel har helseutfordringer som tilsvarer en betydelig eldre person i den generelle befolkningen – en 50-åring i fengsel kan ha samme helsestatus som en 65-åring utenfor.

Unge i fengsel

Innsatte som fengsles i ung alder (15–24 år) utgjør en særlig sårbar gruppe med en markant opphopning av sosioøkonomiske og belastende oppvekstfaktorer (Skjærvø & Bukten, 2025). Nasjonale kohortdata fra PriSUD-prosjektet (nPRIS) viser at barn og unge voksne som fengsles har betydelig høyere forekomst av hyppige flyttinger i barndommen, oppvekst i lavinntektshusholdninger, innvandrerbakgrunn og fengslede foreldre sammenlignet med eldre aldersgrupper og befolkningen for øvrig. Blant barna (15–17 år) har 40 % to eller flere av disse sårbarhetsmarkørene, og nær to tredjedeler har tidligere siktelsler som ble henlagt grunnet kriminell lavalder.

Forskningen dokumenterer at tidlig debut i fengselssystemet korrelerer med en betydelig forhøyet risiko for gjentatte fengslinger og etablering av varige kriminelle løpebaner (Skjærvø et al., 2024; Skjærvø & Bukten, 2025). Tilbakefallsprosenten øker gradvis med lavere alder ved første innsettelse: Innen fem år etter løslatelse er 65 % av dem som ble fengslet som barn (15–17 år) fengslet på nytt, sammenlignet med 37 % blant ungdom (18–19 år) og under 30 % blant voksne (Skjærvø & Bukten, 2025).

De yngste fengsles i størst grad for alvorlig volds- og vinningskriminalitet (Skjærvø & Bukten, 2025). Da fengsling av unge i seg selv er en risikofaktor for videre marginalisering, understreker funnene behovet for tidlig identifisering av helse- og oppfølgingsbehov. Målrettede tiltak og individuelt tilrettelagt progresjon – inkludert skolegang, arbeidstrening og rus- og psykiatrisk behandling – er avgjørende for å bryte negative kriminalitetsmønstre.

Innsatte med innvandrerbakgrunn

Innsatte med innvandrerbakgrunn har ofte en lavere registrert forekomst av rus- og psykiske lidelser, uten at dette nødvendigvis gjenspeiler virkeligheten. Forskningen peker på at tallene kan skjule store mørketall som følge av språk- og kulturbarrierer som gjør det vanskelig å få hjelp, manglende historikk i det norske helsevesenet, og ulik kultur for å oppsøke hjelp for visse plager.

På samme måte er personer med psykisk utviklingshemming ofte en «usynlig» gruppe i fengsel. Mange får aldri en ordentlig utredning, og deres utfordringer med å forstå beskjeder eller følge regler kan fort tolkes som atferdsproblemer. Som betjent bør man bruke et forståelig og tydelig språk, og være bevisst på hvordan man tolker innsattes atferd. Noen innsatte kan ha plager som ikke er dokumentert fra før, eller som ikke er lette å kommunisere. Ulik tilrettelegging i hverdagen kan være nødvendig.

Ressurser

- Skjærvø, I., & Bukten, A. (2025). Hvem er barn og unge i norske fengsler? I E. Fransson, S. Gaarder & I. R. Lundeberg (Red.), *Barn, unge og straffegjennomføring* (s. 123–152). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/cdf.235.ch3>
- Skjærvø, I., Stavseth, M. R., Friestad, C., Skardhamar, T., Tverborgvik, T., & Bukten, A. (2024). Characteristics and risk of reimprisonment among children and young adults in Norwegian prisons. A 20-year cohort study. *Journal of Criminal Justice*, 93, 102219. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2024.102219>
- Svendsen, V. G., Bukten, A., Skardhamar, T., & Stavseth, M. R. (2024). Mortality in women with a history of incarceration in Norway: a 20-year national cohort study. *International Journal of Epidemiology*, 53(2), dyae032. <https://doi.org/10.1093/ije/dyae032>
- Svendsen, V. G., Stavseth, M. R., Skardhamar, T., & Bukten, A. (2023). Psychiatric morbidity among women in Norwegian prisons, 2010–2019: a register-based study. *BMC Psychiatry*, 23(1), 390. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04886-7>
- Tverborgvik, T., Stavseth, M. R., Lokdam, N. T., Jordan, A., & Bukten, A. (2025). The burden of mental health and somatic disorders among people experiencing incarceration later in life: A 13-year cohort study. *Social Science & Medicine*, 373, 118007. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2025.118007>

Tilbakefall til kriminalitet

For å forebygge ny kriminalitet må man vite hva som kjennetegner de som får tilbakefall og gjentatte fengslinger. Forskningen viser at tilbakefall sjelden er tilfeldig, men henger tett sammen med psykisk sykdom, rusbruk og ung alder ved første fengsling.

Rusmiddelbruk som drivkraft for tilbakefall

Forskning basert på den nasjonale NorMA-studien underbygger den sterke sammenhengen mellom graden av rusbruk før innsettelse og faren for tilbakefall til ny fengsling (Lokdam et al., 2022). I studien ble deltakernes rusbruk i året før fengsling kartlagt med det validerte kartleggingsverktøyet DUDIT (Drug Use Disorder Identification Test) og koblet mot prospektive data fra det norske fengselsregisteret. Totalt ble 43 prosent av deltakerne som ble fengslet på nytt i løpet av oppfølgingsperioden.

Innsatte med et høyrisikofyllt rusbruk før fengsling hadde mer enn fire ganger så høy risiko for re-innsettelse, sammenlignet med innsatte med lavt rusbruk. Selv personer med et moderat skadelig rusforbruk hadde 80 prosent høyere risiko for å bli fengslet på nytt. Studien viste også at høyere alder og fullført utdanning utover grunnskole fungerte som beskyttende faktorer mot tilbakefall.

Komplekse behov hos kvinner og unge

Kombinasjonen av rus og psykiatri øker risikoen for tilbakefall betydelig. I en studie der man fulgte over 4 000 kvinner i inntil fem år etter løslatelse (Svendsen et al., 2025), fant forskerne at kvinner med både en ruslidelse og en alvorlig psykisk lidelse hadde en langt høyere risiko for å begå ny kriminalitet enn andre.

Tilsvarende spiller alder en avgjørende rolle. Skjærvø et al. (2024) viser at unge innsatte mellom 18 og 24 år har en markant høyere risiko for tilbakefall sammenlignet med eldre. Den forhøyede risikoen skyldes ofte flere faktorer som tidlig debut, ubehandlede helseplager og manglende sosialt nettverk. Som betjent har man en viktig rolle som støttespiller for å veilede yngre innsatte mot arbeidstrening, utdanning og behandling.

Verktøy for å forutsi og forebygge

For å redusere tilbakefall til rus, kriminalitet og fengsel er det helt avgjørende med systematisk screening for ruslidelser ved hjelp av standardiserte verktøy, allerede ved innsettelse, slik at man tidlig kan sette i verk målrettede behandlingstiltak, rusmestringsenheter og en tett, tverretattlig oppfølging som strekker seg fra oppstart av fengsling og helt inn i overgangsfasen etter løslatelse.

DEFINISJON **OxRec (The Oxford Risk of Recidivism)**

Forskningsverktøy som beregner sannsynlighet for tilbakefall basert på tidligere kriminalitet, alder og sosiodemografiske forhold. Brukes primært i forskningssammenheng og kan ikke erstatte ansattes faglige skjønn.

Kriminalomsorgen har også behov for risikovurderinger. En studie basert på nPRIS-data, validerte verktøyet The Oxford Risk of Recidivism (OxRec) i en norsk kontekst (Savinen et al., 2025). Verktøyet bruker informasjon om faktorer som tidligere kriminalitet, alder og sosiodemografiske forhold for å beregne sannsynligheten for tilbakefall. Selv om slike verktøy primært brukes i forskningssammenheng på nåværende tidspunkt, kan de gi innsikt i hvilke faktorer som henger sammen med tilbakefall. Verktøy vil likevel ikke kunne erstatte ansattes faglige kompetanse.

Ressurser

- Lokdam, N. T., Stavseth, M. R., & Bukten, A. (2022). Drug use and re-imprisonment: A prospective study of the Norwegian Offender Mental Health and Addiction (NorMA) cohort. *Drug and Alcohol Dependence Reports*, 5, 100127. <https://doi.org/10.1016/j.dadr.2022.100127>
- Savinen, S., Riksheim Stavseth, M., Bukten, A., Tesli, M., Fazel, S., & Chang, Z. (2025). Prediction of reoffending in people released from prison in Norway: external validation of the OxRec risk assessment tool. *Psychology, Crime & Law*, 1–12. <https://doi.org/10.1080/1068316X.2025.2581796>
- Skjærvø, I., Stavseth, M. R., Friestad, C., Skardhamar, T., Tverborgvik, T., & Bukten, A. (2024). Characteristics and risk of reimprisonment among children and young adults in Norwegian prisons. A 20-year cohort study. *Journal of Criminal Justice*, 93, 102219. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2024.102219>
- Svendsen, V., Stavseth, M. R., Skardhamar, T., Havnes, I. A., & Bukten, A. (2025). Substance use disorders, severe mental illness and risk of reoffending among women released from prison: a national cohort study. *Scientific Reports*, 15(1), 15473. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-00215-y>

Sårbare overganger

Gjennomgående i forskningen fra PriSUD-prosjektet ser vi tre faser som er spesielt utsatte, der risikoen for selvmord, overdoser og tilbakefall er på sitt høyeste.

Overgangen fra samfunn til fengsel

Den første sårbare overgangen skjer ved selve innsettelsen. Denne fasen kan være preget av tap av frihet og kontroll, relasjonsbrudd og personlige kriser. Forskningen på selvmord i norske fengsler (Bukten & Stavseth, 2021) viser at risikoen for selvmord er særlig forhøyet i denne tidlige fasen. Mange innsatte har med seg psykiske lidelser og aktiv rusbruk ved innsettelse. Det er derfor viktig å vurdere tegn til fortvilelse, krise og selvmordsfare ved inntakssamtaler og generelt under den første tiden i fengsel.

Overgangen mellom sikkerhetsnivåer

Forskningen viser en tydelig sammenheng mellom sikkerhetsnivået ved løslatelse og risikoen for død i tiden etterpå (Bukten et al., 2022). De som løslates direkte fra lukkede avdelinger med høyt sikkerhetsnivå, har en betydelig høyere risiko for dødelighet sammenlignet med de som har hatt en gradvis overgang. Dette betyr ikke at overføring til lavere sikkerhet i seg selv er risikabelt – tvert imot: det er den gradvise progresjonen som er beskyttende. En brå overgang fra streng kontroll til full frihet skaper en sårbarhet som kan få alvorlige konsekvenser. Arbeidet med å motivere til progresjon og legge til rette for overføring til lavere sikkerhetsnivå er derfor direkte livreddende.

Overgangen fra fengsel til samfunn

Den aller første uken etter løslatelse innebærer svært høy risiko, spesielt for dødelige overdoser (Bukten et al., 2017). Sårbarheten forsterkes dersom det oppstår brudd i helseoppfølgingen. Kontinuitet i behandling – som for eksempel LAR – fungerer som en livsviktig beskyttelse: LAR-behandling under fengsling nær halverer risikoen for overdose det første halvåret etter løslatelse (Bukten & Stavseth, 2024). Det samme gjelder for de med alvorlige psykiske lidelser: dersom kontakten med spesialisthelsetjenesten opphører ved løslatelse, øker risikoen for både helsemessig tilbakefall og ny kriminalitet. Løslatelsesplanlegging bør derfor ikke være noe som gjøres den siste uken, men en rød tråd gjennom hele fengslingsforløpet.

Betjentens rolle i de sårbare overgangene

Ved innsettelse handler arbeidet om akutt omsorg og årvåken observasjon for å forebygge selvmord. Underveis i fengslingen handler det om å jobbe systematisk med progresjon for å redusere sjokket ved løslatelse. Ved selve løslatelsen handler det om å sikre kontinuitet i livsviktig helsehjelp og sosiale rammer. Ved å være bevisst på at sårbarheten er ulikt fordelt gjennom fengslingsforløpet, kan du målrette innsatsen din der den trengs mest.

Ressurser

- Bukten, A., Skjærvø, I., & Stavseth, M. R. (2022). The association of prison security level with mortality after release from prison: a retrospective national cohort study (2000–16). *The Lancet Public Health*, 7(7), e583–e592. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00107-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00107-4)
- Bukten, A., & Stavseth, M. R. (2021). Suicide in prison and after release: a 17-year national cohort study. *European Journal of Epidemiology*, 36(10), 1075–1083. <https://doi.org/10.1007/s10654-021-00782-0>
- Bukten, A., & Stavseth, M. R. (2024). Estimated effects of opioid agonist treatment in prison on all-cause mortality and overdose mortality in people released from prison in Norway: a prospective analysis of data from the Norwegian Prison Release Study (nPRIS). *The Lancet Public Health*, 9(7), e421–e431. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00098-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00098-7)
- Bukten, A., Stavseth, M. R., Skurtveit, S., Tverdal, A., Strang, J., & Clausen, T. (2017). High risk of overdose death following release from prison: variations in mortality during a 15-year observation period. *Addiction*, 112(8), 1432–1439. <https://doi.org/10.1111/add.13803>
- Svendsen, V., Stavseth, M. R., Skardhamar, T., Havnes, I. A., & Bukten, A. (2025). Substance use disorders, severe mental illness and risk of reoffending among women released from prison: a national cohort study. *Scientific Reports*, 15(1), 15473. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-00215-y>

Referanseliste

Fullstendig oversikt over kilder brukt i kompendiet, sortert alfabetisk.

- Andersen, S. N., Hyatt, J. M., Lobmaier, P., Stavseth, M. R., & Bukten, A. (2023). Leaving their drugs at the gate? Exploring changes in drug use from before to during incarceration in Norway. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*.
<https://doi.org/10.1177/0306624X231168596>
- Borschmann, R., Keen, C., Spittal, M. J., Preen, D., Pirkis, J., Larney, S., Rosen, D. L., Møller, L., O'Moore, E., Young, J. T., Altice, F. L., Andrews, J. R., Binswanger, I. A., Bukten, A., Butler, T., Chang, Z., Chen, C.-Y., Clausen, T., Christensen, P. B., . . . Kinner, S. A. (2024). Rates and causes of death after release from incarceration among 1 471 526 people in eight high-income and middle-income countries: an individual participant data meta-analysis. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00344-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00344-1)
- Bukten, A., Lund, I. O., Kinner, S. A., Rognli, E. B., Havnes, I. A., Muller, A. E., & Stavseth, M. R. (2020). Factors associated with drug use in prison – results from the Norwegian Offender Mental Health and Addiction (NorMA) study. *Health & Justice*, 8(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s40352-020-00112-8>
- Bukten, A., Mehlum, L., Lokdam, N. T., Tverborgvik, T., & Riksheim Stavseth, M. (2026). Rates, timing and correlates of suicide in Norwegian prisons: A 23-year national cohort study. *Archives of Suicide Research*, 1–16. <https://doi.org/10.1080/13811118.2026.2680205>
- Bukten, A., Skjærvø, I., & Stavseth, M. R. (2022). The association of prison security level with mortality after release from prison: a retrospective national cohort study (2000–16). *The Lancet Public Health*, 7(7), e583–e592. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00107-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00107-4)
- Bukten, A., Skjærvø, I., & Stavseth, M. R. (2023). Exploring mental health comorbidities and opioid agonist treatment coverage among people in prison: A national cohort study 2010–2019. *Drug and Alcohol Dependence*, 250, 110896. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2023.110896>
- Bukten, A., & Stavseth, M. R. (2021). Suicide in prison and after release: a 17-year national cohort study. *European Journal of Epidemiology*, 36(10), 1075–1083. <https://doi.org/10.1007/s10654-021-00782-0>
- Bukten, A., & Stavseth, M. R. (2024). Estimated effects of opioid agonist treatment in prison on all-cause mortality and overdose mortality in people released from prison in Norway: a prospective analysis of data from the Norwegian Prison Release Study (nPRIS). *The Lancet Public Health*, 9(7), e421–e431. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00098-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00098-7)
- Bukten, A., Stavseth, M. R., Skurtveit, S., Kunøe, N., Lobmaier, P. P., Lund, I. O., & Clausen, T. (2016). *Rusmiddelbruk og helsesituasjon blant innsatte i norske fengsel. Resultater fra The Norwegian Offender Mental Health and Addiction study (NorMA)*. Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF).
- Bukten, A., Stavseth, M. R., Skurtveit, S., Tverdal, A., Strang, J., & Clausen, T. (2017). High risk of overdose death following release from prison: variations in mortality during a 15-year observation period. *Addiction*, 112(8), 1432–1439. <https://doi.org/10.1111/add.13803>
- Bukten, A., Virtanen, S., Hesse, M., Chang, Z., Kvamme, T. L., Thylstrup, B., Tverborgvik, T., Skjærvø, I., & Stavseth, M. R. (2024). The prevalence and comorbidity of mental health and substance use disorders in Scandinavian prisons 2010–2019: a multi-national register study. *BMC Psychiatry*, 24(1), 95. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05540-6>
- Bukten, A., Virtanen, S., Hesse, M., Thylstrup, B., Kvamme, T. L., Seid, A. K., Chang, Z., Skjærvø, I., Tverborgvik, T., & Stavseth, M. R. (2024). The prevalence of substance use disorders among people in Norwegian, Danish and Swedish prisons: A multi-national cohort study, 2010–19. *Addiction*, 119(9), 1631–1643. <https://doi.org/10.1111/add.16477>
- Kirkøen, B., Gjerde, L. C., Hjell, G., Straiton, M. L., Odsbu, I., Hauge, L. J., Reneflot, A., & Tesli, M. S. (2026). Psykiske plager og lidelser hos voksne. I Folkehelseinstituttet (Red.), *Folkehelse rapporten* –

Helsetilstanden i Norge. <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelse rapporten/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/>

Lindstad, M., Skurtveit, S., & Bukten, A. (2021). For mye eller for lite medisiner? En nasjonal studie av forskrevne psykofarmaka blant innsatte i norske fengsler. *Norsk Epidemiologi*, 29(1–2). <https://doi.org/10.5324/nje.v29i1-2.4049>

Lokdam, N. T., Stavseth, M. R., & Bukten, A. (2022). Drug use and re-imprisonment: A prospective study of the Norwegian Offender Mental Health and Addiction (NorMA) cohort. *Drug and Alcohol Dependence Reports*, 5, 100127. <https://doi.org/10.1016/j.dadr.2022.100127>

Lokdam, N. T., Stavseth, M. R., Skjærvø, I., & Bukten, A. (2024). Treatment utilization among people with drug use disorders in prison: a national longitudinal cohort study. *Health & Justice*, 12(1), 46. <https://doi.org/10.1186/s40352-024-00302-8>

Ørstavik, R., Moan, I., & Christiansen, S. (2026). Rusmiddellidelser i Norge. I Folkehelseinstituttet (Red.), *Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge*. <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelse rapporten/psykisk-helse/rusmiddellidelser>

Pape, H., Lobmaier, P., & Bukten, A. (2022). An evaluation of eight short versions of the Drug Use Disorder Identification Test (DUDIT). A prison population study. *Drug and Alcohol Dependence Reports*, 3, 100043. <https://doi.org/10.1016/j.dadr.2022.100043>

Pape, H., Rossow, I., & Bukten, A. (2021). Alcohol problems among prisoners: Subgroup variations, concurrent drug problems, and treatment needs. *European Addiction Research*, 27(3), 179–188. <https://doi.org/10.1159/000511253>

Pape, H., Rossow, I., & Bukten, A. (2021). Are short AUDIT screeners effective in identifying unhealthy drinking of varying severity? A prison population study. *Drug and Alcohol Dependence*, 229, 109153. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.109153>

Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K., & Øverland, S. N. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Folkehelseinstituttet.

Rognli, E. B., Bukten, A., Bramness, J. G., & Stavseth, M. R. (2024). Tidligere kriminalitet og psykisk helsehjelp hos personer med soningserfaring som blir dømt til tvungent psykisk helsevern. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 144(9). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.23.0850>

Savinen, S., Riksheim Stavseth, M., Bukten, A., Tesli, M., Fazel, S., & Chang, Z. (2025). Prediction of reoffending in people released from prison in Norway: external validation of the OxRec risk assessment tool. *Psychology, Crime & Law*, 1–12. <https://doi.org/10.1080/1068316X.2025.2581796>

Skjærvø, I., & Bukten, A. (2025). Hvem er barn og unge i norske fengsler? I E. Fransson, S. Gaarder & I. R. Lundeborg (Red.), *Barn, unge og straffegjennomføring* (s. 123–152). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/cdf.235.ch3>

Skjærvø, I., Stavseth, M. R., Friestad, C., Skardhamar, T., Tverborgvik, T., & Bukten, A. (2024). Characteristics and risk of reimprisonment among children and young adults in Norwegian prisons. A 20-year cohort study. *Journal of Criminal Justice*, 93, 102219. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2024.102219>

Svendsen, V., Stavseth, M. R., Skardhamar, T., Havnes, I. A., & Bukten, A. (2025). Substance use disorders, severe mental illness and risk of reoffending among women released from prison: a national cohort study. *Scientific Reports*, 15(1), 15473. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-00215-y>

Svendsen, V. G., Bukten, A., Skardhamar, T., & Stavseth, M. R. (2024). Mortality in women with a history of incarceration in Norway: a 20-year national cohort study. *International Journal of Epidemiology*, 53(2), dyae032. <https://doi.org/10.1093/ije/dyae032>

Svendsen, V. G., Stavseth, M. R., Skardhamar, T., & Bukten, A. (2023). Psychiatric morbidity among women in Norwegian prisons, 2010–2019: a register-based study. *BMC Psychiatry*, 23(1), 390. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04886-7>

- Todd-Kvam, J., Johnsen, B., Appleton, C., Stavseth, M. R., Dahl, H., & Bukten, A. (2025). Prevalence and patterns of mental health disorders in long-term preventive detention: a 13-year national cohort study. *BMC Psychiatry*, 25(1), 879. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-07357-3>
- Tverborgvik, T., Stavseth, M. R., Lokdam, N. T., Jordan, A., & Bukten, A. (2025). The burden of mental health and somatic disorders among people experiencing incarceration later in life: A 13-year cohort study. *Social Science & Medicine*, 373, 118007. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2025.118007>
- Tverborgvik, T., Stavseth, M. R., & Bukten, A. (2023). The association between drug use and mortality in a Norwegian prison cohort: a prospective cohort study. *Health & Justice*, 11(1), 22. <https://doi.org/10.1186/s40352-023-00223-y>
- Tverborgvik, T., Stavseth, M. R., Lothe, J., Havnes, I. A., Clausen, T., Lindstad, M., Rønning, A. R., & Bukten, A. (2024). *Levekår, rus og psykisk helse blant personer som har vært fengslet eller gjennomført straff i samfunnet* (SERAF-rapport 5/2024). Senter for rus- og avhengighetsforskning, Universitetet i Oslo.
- WHO. (2004). *ICD-10: International statistical classification of diseases and related health problems: Tenth revision* (2. utg.). World Health Organization.