

RAPPORT

2026

SYSTEMATISK OVERSIKT

Effekten av tilsyn, helse- og
miljøtiltak på helsen til
innsatte i fengselsisolasjon

Utgitt av	Folkehelseinstituttet Område for helsetjenester
Tittel	Effekten av tilsyn, helse- og miljø-tiltak på helsen til innsatte i fengselsisolasjon: systematisk oversikt
English title	The effect of supervision, health and environmental interventions on the health of prisoners in isolation: systematic review
Ansvarlig	Guri Rørtveit, direktør
Forfattere	Lars Jørn Langøien, prosjektleder Trine Bjerke Johansen, Gabriella Emily Gjerstad Bugge-Amundsen, Hong Lien Nguyen
ISBN	978-82-8406-580-9
DOI (Permanent lenke i Nasjonalt vitenarkiv):	https://doi.org/10.21349/skn9-9y83
Publikasjonstype	Systematisk oversikt
Antall sider	47 (58 inklusiv vedlegg)
Oppdragsgiver	Helsedirektoratet
Emneord(MeSH)	Solitary Confinement; Social Isolation; Jails; Prisoners; Juvenile Delinquency; Incarceration
Sitering	Langøien LJ, Johansen TB, Bugge-Amundsen GEG, Nguyen LH. Effekten av tilsyn, helse- og miljø-tiltak på helsen til innsatte i fengselsisolasjon: systematisk oversikt. [The effect of supervision, health and environmental interventions on the health of prisoners in isolation: systematic review] –2026. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2026.

Innhold

INNHold	3
HOVEDBUDSKAP	5
SAMMENDRAG	6
KEY MESSAGES	9
EXECUTIVE SUMMARY (ENGLISH)	10
FORORD	13
INNLEDNING	14
Beskrivelse av problemet	14
Beskrivelse av tiltakene	15
Hvorfor er det viktig å utføre denne kunnskapsoppsummeringen?	16
Mål og problemstilling	16
METODE	17
Prosjektplan	17
Inklusjonskriterier	17
Eksklusjonskriterier	19
Litteratursøk	19
Utvelging av studier	20
Uthenting av data	21
Vurdering av risiko for systematiske skjevheter	21
Analyser	22
Vurdering av tillit til resultatene	22
RESULTATER	23
Resultater av litteratursøket og utvelgelse av studier	23
Beskrivelse av de inkluderte studiene	24
Risiko for systematiske skjevheter i de inkluderte studiene	32
Effekter av tiltak	34
DISKUSJON	38
Hovedfunn	38
Er kunnskapsgrunnlaget dekkende og anvendelige?	38
Kan vi stole på kunnskapsgrunnlaget?	40
Styrker og svakheter ved denne systematiske oversikten	41
Overensstemmelse med andre studier	41

Kunnskapshull	43
Resultatenes betydning for praksis	43
KONKLUSJON	45
REFERANSER	46
VEDLEGG 1: SØKESTRATEGI	48
VEDLEGG 2: BRUK AV MASKINLÆRING	53
VEDLEGG 3: EKSKLUDERTE STUDIER LEST I FULLTEKST	54
VEDLEGG 4: RESULTATER FRA FØR-OG-ETTER-STUDIER	57

Hovedbudskap

Isolasjon i fengsel er et inngripende tiltak som kan medføre helseskader for de innsatte. Det er derfor behov for å se på hvilke helse- og miljøtiltak som kan være med på å forebygge slike skader eller redusere risikoen for helseskader hos innsatte.

Vi utførte en systematisk kunnskapsoppsummering om effekten av tilsyn, helse- og miljøtiltak for å forebygge eller redusere risikoen for helseskader eller for å lette isolasjonen for innsatte i isolasjon.

Kun seks studier fra USA møtte inklusjonskriteriene våre, publisert mellom 2016-2025. Vi inkluderte én randomisert studie, to kvasieksperimentelle studier, samt tre før-og-etter-studier. Studiene var heterogene med tanke på studiedesign, tiltak og måling av utfall. Hovedfunnene er:

- Vi fant ingen studier om tilsyn og helsetiltak
- Vi fant kun studier som undersøkte effekten av miljøtiltak overfor innsatte i isolasjon
- Miljøtiltak rettet mot innsatte i isolasjon har små og varierende effekter på regelbrudd
- Miljøtiltak viser ingen klare effekter på psykologiske utfall, relasjon til ansatte eller kriminell tenkning

Samlet sett viser denne oversikten at kunnskapsgrunnlaget om effekter av tilsyn, helse- og miljøtiltak for innsatte i isolasjon er svært mangelfullt, begrenset til få, heterogene studier med metodiske svakheter. Det er behov for mer forskning på feltet, av studier med sterkere design, lengre oppfølgingstid og større vekt på fysiske og psykiske helseutfall og kontekstuelle faktorer. Inntil dette foreligger, bør praksis utvikles med utgangspunkt i tilgjengelig kunnskap, kombinert med lokal tilpasning og systematisk evaluering.

Tittel:

Effekten av tilsyn, helse- og miljøtiltak på helsen til innsatte i fengselsisolasjon: en systematisk oversikt

Hvem står bak denne publikasjonen?

Folkehelseinstituttet, på oppdrag fra Helsedirektoratet

Når ble litteratursøket avsluttet?

Januar 2026

Fagfellevurdering:

Hanne Foss Berget, psykologspesialist/seksjonssjef, Spesialpoliklinikken, Trondheim fengsel og forvaringsanstalt/Avd. Sikkerhets- fengsels- og rettspsykiatri, St. Olavs hospital

Marte Rua, forsker, Skandinavisk isolasjonsnettverk (SI)

Liv Giske, seniorforsker, FHI

Sammendrag

Innledning

Internasjonalt finnes det ulike definisjoner av isolasjon. Felles for alle er utgangspunktet i isolasjon som et alvorlig, inngripende og helseskadelig tiltak. FN har etablert særskilte tidsgrenser for å begrense de mest skadelige formene for isolasjon. De definerer isolasjon som innesperring av en innsatt i 22 timer eller mer per døgn uten meningsfull menneskelig kontakt, og forlenget isolasjon som isolasjon som varer i mer enn 15 døgn sammenhengende. Norsk lovgivning har en rekke bestemmelser som gir adgang til å isolere eller begrense fellesskapet til innsatte. Med bakgrunn i straffegjennomføringsloven § 37 beslutter Kriminalomsorgen at en innsatt helt eller delvis skal utelukkes fra fellesskapet med andre innsatte dersom det er nødvendig for å hindre innsatte fra å påvirke miljøet i fengslet på en særlig negativ måte. Dette kan være å hindre innsatte i å skade seg selv eller andre eller fremsette trusler mot andre, hindre betydelig materiell skade, hindre straffbare handlinger eller opprettholde ro, orden og sikkerhet.

Det er kommunen som har ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester til innsatte, og skal føre tilsyn med innsatte i isolasjon, mens spesialisthelsetjenesten skal sørge for å tilby nødvendige spesialisthelsetjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder domfelte og varetektinnsatte med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne. Våren 2026 vedtok Stortinget et lovforslag som gjorde tilsyn med isolerte innsatte til en lovpålagt oppgave for helse- og omsorgstjenesten i kommunen.

Det benyttes isolasjon i skandinaviske fengsler, og tidligere forskning på isolasjon i fengsel har vist til at isolasjon kan medføre helseskader for de innsatte. I Sivilombudets særskilte melding til Stortinget om isolasjon og manglende menneskelig kontakt i norske fengsler anbefales det å revidere Helsedirektoratets veileder «Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel», slik at den sikrer identifisering av isolasjonsskader og ivaretagelse av isolerte innsatte. Det er derfor viktig å se på hvilke helse- og miljøtiltak som kan være med på å forebygge slike skader eller redusere risikoen for helseskader hos innsatte.

Hensikt

Formålet med kunnskapsoppsummeringen var å undersøke effekter av tilsyn, miljø- og helsetiltak som har til hensikt å forebygge eller redusere risikoen for helseskader eller lette isolasjonen for innsatte. Dette ville kunne gi et mer solid kunnskapsgrunnlag for

opplæring av helsepersonell, og ansatte i fengsler. Oversikten skulle besvare spørsmålet: Hvilken effekt har tilsyn, helse- og miljøtiltak på den fysiske og psykiske helsen til innsatte i isolasjon?

Metode

Vi utarbeidet en systematisk oversikt. Vi inkluderte studier som undersøkte effekten av tiltak som på ulike måter skulle forebygge isolasjonsskader eller lette byrden av fengselsisolasjon for innsatte, og gjaldt både innsatte i pålagt og selvvalgt isolasjon. Studier som undersøkte hyppighet og type tilsyn, samt helse- og miljøtiltak gitt til innsatte i isolasjon var aktuelle. Helsetiltak var tiltak direkte knyttet til helse eller helsetilstand, som kartlegging eller observasjon av helsetilstand, måling av blodtrykk, ernæring- og væskeinntak og lignende. Miljøtiltak var tiltak som sikrer meningsfull menneskelig kontakt og/eller redusere sosial og sensorisk deprivasjon. Dette arbeidet var basert på en prosjektplass som var utarbeidet og publisert i forkant. Vi søkte i følgende sju databaser: Epubmed, MEDLINE, PsycINFO, EMBASE, Sociological Abstracts, Scopus og Web of Science. I tillegg utførte vi søk i andre kilder. Vi inkluderte studier fra 2015 til 2026, fra land i Europa, Australia, Canada og USA, skrevet på norsk, svensk, dansk eller engelsk. Vi vurderte risiko for systematiske skjevheter i studiene ved bruk av sjekklister tilpasset de ulike studiedesignene. På grunn av studienes heterogenitet utførte vi ikke meta-analyser, men presenterte resultatene narrativt.

Resultater

Databasesøkene ga 4529 treff før fjerning av dubletter. Etter fjerning av dubletter var det 2501 referanser. Vi vurderte i tillegg ca. 450 studier fra søk i andre kilder. Vi vurderte 24 publikasjoner i fulltekst. Vi inkluderte til slutt 6 studier fordelt på 6 publikasjoner, alle fra USA. Studiene var publisert mellom 2016 og 2025. Vi inkluderte én randomisert studie (RCT), to kvasieksperimentelle studier og tre før-og-etter-studier. Vi identifiserte kun studier på miljøtiltak. Studiene hadde til sammen 950 deltakere, hovedsakelig voksne menn. Det var stor variasjon i type tiltak og utfall som ble målt. En inkludert RCT ble vurdert til å ha noen bekymringer for risiko for systematiske skjevheter. De to kvasieksperimentelle studiene ble vurdert til henholdsvis noen bekymringer og høy risiko for systematiske skjevhet. Av de tre før-og-etter-studiene ble to studier vurdert til å ha noen bekymringer for risiko for systematiske skjevheter og en til høy risiko for systematiske skjevheter.

I analysene fokuserte vi på tre av studiene som hadde kontrollgruppe, og dermed kan si noe om effekt. Samlet sett fant vi at det ikke er tydelige eller konsistente effekter av miljøtiltak for innsatte i isolasjon. Tiltak rettet mot innsatte i isolasjon har begrensede og varierende effekter, med små utslag på kortsiktige og situasjonsnære forhold. For regelbrudd viste studiene relativt små effekter og sprikende resultater, og det fins ingen entydig effekt av tiltakene. For psykologisk fungering, arbeidsallianse og kriminell tenkning fant vi heller ikke klare effekter. Selv om enkelte studier peker på mulige forbedringer, på mer stabile forhold, som kriminelle tankemønstre og alvorlige psykiske vansker, var effektene gjennomgående små og heftet med store usikkerheter.

Diskusjon

Kunnskapsgrunnlaget svarer i begrenset grad på forskningsspørsmålene. Vi fant kun studier som undersøkte effekten av miljøtiltak overfor innsatte i isolasjon. Vi identifiserte ingen studier om effekter av tilsyn og helsetiltak for innsatte i isolasjon for å forebygge eller redusere risikoen for helseskader eller for å lette isolasjonen for innsatte. Videre identifiserte vi ingen studier fra Norge eller Norden for øvrig, eller studier som undersøkte effekter av tiltak rettet mot kvinner eller ungdom. Vi kan også i svært liten grad si noe om hvordan tiltak virker når det kommer til ulike typer isolasjon, med tanke på årsak, lengde og alvorlighet.

Anvendeligheten av kunnskapsgrunnlaget har klare begrensninger. Studiene er gjennomført i reelle fengselskontekster, noe som gir praktisk relevans. Studiene er imidlertid gjennomført i amerikanske fengsler, som skiller seg fra norsk kriminalomsorg blant annet med tanke på rammebetingelser, soningsforhold og bruk av isolasjon. Dette begrenser direkte overførbarhet. I tillegg gjør svakt metodisk grunnlag og usikre effektestimater at funnene ikke bør ligge til grunn for konkrete tiltak eller beslutninger.

Samlet sett gir kunnskapsgrunnlaget i denne oversikten indikasjoner snarere enn sikre svar. Enkelte miljøtiltak kan ha positiv effekt, men det gir ikke et tilstrekkelig solid grunnlag for å konkludere tydelig om effekt på verken psykisk eller fysisk helse i isolasjon.

Det er behov for forskning med sterkere design, særlig studier med kontrollgrupper, lengre oppfølgingstid og større vekt på fysiske og psykiske helseutfall og kontekstuelle faktorer. Inntil dette foreligger, bør praksis utvikles med utgangspunkt i tilgjengelig kunnskap, kombinert med lokal tilpasning og systematisk evaluering.

Konklusjon

Det finnes svært lite forskning på effekter av tilsyn, helse- og miljøtiltak under isolasjon som har til hensikt å forebygge eller redusere risikoen for helseskader eller lette isolasjonen for innsatte. Denne gjennomgangen viser at kunnskapsgrunnlaget er svært begrenset og mangelfullt, med få studier, metodiske svakheter, og små utvalg fra kontekster som kun delvis kan sammenlignes med den norske. Funn fra oversikten viser at miljøtiltak rettet mot innsatte i isolasjon har begrensede og varierende effekter, med noen små positive utslag på kortsiktige og situasjonsnære utfall. Det samlede kunnskapsgrunnlaget viser at det ikke er tydelige eller konsistente effekter av miljøtiltak for innsatte i isolasjon på de undersøkte utfallsmålene. Det er behov for mer forskning, særlig studier med sterkere design, lengre oppfølgingstid og større vekt på fysiske og psykiske helseutfall og kontekstuelle faktorer.

Key messages

Isolation in prison is an invasive measure that can cause health damage to inmates. There is a need examine which health and environmental interventions can help prevent such damage or reduce the risk of health damage in inmates.

We conducted a systematic review on the effect of supervision, health and environmental interventions to prevent or reduce the risk of health damage or to ease isolation for inmates in isolation.

Only six studies from the USA met our inclusion criteria, published between 2016-2025. We included one randomized controlled trial, two quasi-experimental studies, and three before-and-after studies. The studies were heterogeneous in terms of study design, interventions, and outcome measurement. The main findings were:

- We found no studies on supervision or health interventions
- We found only studies that investigated the effect of environmental measures in solitary confinement
- Environmental measures in solitary confinement have small and varying effects on rule violations
- Environmental interventions show no clear effects on psychological outcomes, relationships with staff or criminal thinking

There is limited evidence on the effects of supervision, health and environmental measures for prisoners in solitary confinement, limited to a few, heterogeneous studies with methodological weaknesses. More research is needed, with stronger designs, longer follow-ups and greater emphasis on physical and mental health outcomes and contextual factors. Until this is available, practice should be developed based on available knowledge, combined with local adaptation and systematic evaluation.

Title:

The effect of supervision, health and environmental interventions on the health of prisoners in isolation: systematic review

Publisher:

The Norwegian Institute of Public Health conducted the review based on a commission from the Norwegian Directorate of Health

Updated:

Last search for studies: January 2026

Peer review:

Hanne Foss Berget, psychology specialist/head of section, Specialist outpatient clinic, Trondheim prison, St. Olavs hospital

Marte Rua, The Scandinavian Solitary Confinement Network (SSCN)

Liv Giske, senior researcher, Norwegian Institute of Public Health

Executive summary (English)

Introduction

Internationally, there are different definitions of isolation. Common to all is the starting point of isolation as a serious, invasive and harmful measure. The UN has established specific time limits to limit the most harmful forms of solitary confinement. They define isolation as the confinement of an inmate for 22 hours or more per day without meaningful human contact, and extended isolation defined as isolation that lasts for more than 15 consecutive days. Norwegian legislation has a number of provisions that allow for isolation or limiting the social contact of inmates. Based on Section 37 of the Execution of Sentences Act, the Norwegian Prison and Probation Service decides that an inmate can be completely or partially excluded from social contact with other inmates if it is necessary to prevent inmates from influencing the prison environment in a particularly negative way. This may be to prevent inmates from harming themselves or others or making threats against others, to prevent significant material damage, to prevent criminal acts or to maintain peace, order and security.

The municipality is responsible for providing necessary health and care services to prisoners, and are to supervise prisoners in isolation, while the specialist health service shall ensure that necessary specialist health services are provided. The municipality's responsibility includes all patient and user groups, including convicted persons and prisoners in custody with somatic or mental illness, injury or disorder, substance abuse problems, social problems or reduced functional capacity. In spring 2026, the Storting adopted legislative amendments establishing supervision of isolated prisoners as a statutory task for the municipal health and care services.

Solitary confinement is used in Scandinavian prisons, and previous research on solitary confinement in prison has shown that solitary confinement can cause health damage to the prisoners. In the Parliamentary Ombud's special report to the Storting on isolation and lack of human contact in Norwegian prisons, it is recommended to revise the Directorate of Health's guide "Health and care services for prisoners in prison", to ensure the identification of isolation injuries and the care of isolated prisoners. It is therefore important to look at which health and environmental measures can help prevent such injuries or reduce the risk of health injuries in prisoners.

Objective

The purpose of the research review was to examine the effects of supervision, environmental and health interventions and measures that are intended to prevent or reduce

the risk of health injuries or ease isolation for prisoners. This could provide a more solid evidence base for training health personnel and employees in prisons. The review was to answer the question: What effect do supervision, health and environmental interventions have on the physical and mental health of prisoners in isolation?

Method

We conducted a systematic review. We included studies that investigated the effect of interventions that in various ways were intended to prevent isolation injuries or ease the burden of prison isolation, applied to both inmates in imposed and self-selected isolation. Relevant measures or interventions were measures that examined the frequency and type of supervision, health measures and environmental measures given to prisoners in isolation. Health measures were measures directly related to health or health status, such as mapping or observation of health status, measuring blood pressure, nutritional and fluid intake monitoring, and similar activities. Environmental measures were measures that were intended to ensure meaningful human contact and/or reduce social and sensory deprivation. The work was based on a project plan that was prepared and published before the work on the report began. We searched the following seven databases: Epistemonikos, MEDLINE, PsycINFO, EMBASE, Sociological Abstracts, Scopus and Web of Science. In addition, we performed searches in other sources. We included studies from 2015 to 2026, from countries in Europe, Australia, Canada and the USA, written in Norwegian, Swedish, Danish or English. We assessed the risk of systematic bias in the studies using checklists adapted to the different study designs. Due to the heterogeneity of the studies, we did not perform meta-analyses, rather we presented the results narratively.

Results

The database searches yielded 4529 hits before removal of duplicates. After removal of duplicates, there were 2501 references. We also considered approximately 450 studies from searches in other sources. We considered 24 full-text publications. We ultimately included 6 studies distributed across 6 publications, all from the USA. The studies were published between 2016 and 2025. We included one randomized controlled trial, two quasi-experimental studies and three before-and-after studies. We only identified studies on environmental interventions. The studies had a total of 950 participants, mainly adult men. There was great variation in the type of intervention and outcomes measured. One included RCT was assessed as having some concerns about the risk of bias. The two quasi-experimental studies were assessed as having some concerns and a high risk of bias, respectively. Of the three before-and-after studies, two studies were assessed as having some concerns about the risk of bias and one as having a high risk of bias. We focused on three of the studies that had a control group in the analysis. Overall, the review found that there are no clear or consistent effects of environmental measures for prisoners in solitary confinement. Measures aimed at prisoners in solitary confinement have limited and varying effects, with small effects on short-term and situational factors. For rule violations, the studies showed relatively small effects and divergent results, and there is no clear effect of the interventions. For psychological functioning, work alliance and criminal thinking, no clear effects have been found. Although

some studies point to possible improvements on more stable conditions, such as criminal thought patterns and serious mental disorders, were consistently small and fraught with great uncertainties.

Discussion

The evidence answers the research questions to a limited extent. We included studies investigating effects of environmental interventions on the health of prisoners in isolation. We identified no studies that answered the research questions about the effects of supervision and health measures for prisoners in solitary confinement with a focus on preventing or reducing the risk of health damage or to ease the isolation of prisoners. Furthermore, we identified no studies from Norway or the Nordic countries, no studies that examined the effects of measures aimed at women or youth. We can say little about how interventions work when it comes to different types of isolation, in terms of cause, length and severity.

The applicability of the knowledge base has clear limitations. The studies have been conducted in real prison contexts, which provides practical relevance. However, the studies have been conducted in American prisons, which differ from the Norwegian correctional service in terms of, among other things, framework conditions, sentencing conditions and use of solitary confinement. This limits direct transferability. In addition, methodological limitations and uncertain effect estimates mean that the findings should not be used as a basis for specific measures or decisions.

Overall, the evidence in this review provides indications rather than definitive answers. Some measures may have a positive effect, but it does not provide a sufficiently solid basis to conclude clearly about the effect on either mental or physical health in isolation.

There is a need for research with a stronger design, especially studies with control groups, longer follow-up periods and greater emphasis on physical and mental health outcomes and contextual factors. Until this is available, practice should be developed based on available knowledge, combined with local adaptation and systematic evaluation.

Conclusion

There is very little research on the effects of supervision, health and environmental measures during isolation that are intended to prevent or reduce the risk of health damage or ease isolation for prisoners. This review shows that the evidence is very limited and inadequate, with few studies, methodological limitations, and small samples from contexts that can only be partially compared to the Norwegian one. We found that measures aimed at prisoners in isolation have limited and varying effects, with some small positive effects on short-term and situational outcomes. The overall evidence base shows that there are no clear or consistent effects of environmental interventions for prisoners in solitary confinement on the investigated outcomes. More research is needed, especially studies with stronger designs, longer follow-up periods, and greater emphasis on physical and mental health outcomes and contextual factors.

Forord

Område for helsetjenester, Folkehelseinstituttet (FHI), fikk i desember 2025 i oppdrag av Helsedirektoratet å utføre en systematisk kunnskapsoppsummering om effekten av tilsyn, helse- og miljøtiltak på helsen til innsatte i fengselsisolasjon. Kunnskapsoppsummeringen skal inngå i arbeidet med å revidere Helsedirektoratets veileder «Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel» slik at den bedre sikrer identifisering av isolasjonsskader og ivaretagelse av isolerte innsatte. Oppsummeringen kan også være relevant for helsepersonell eller andre som jobber i eller i tilknytning til kriminalomsorgen, og vil kunne gi et mer solid kunnskapsgrunnlag for opplæring av helsepersonell, og ansatte i fengsler.

Område for helsetjenester, FHI, følger en felles framgangsmåte i arbeidet med kunnskapsoppsummeringer, dokumentert i håndboka «Slik oppsummerer vi forskning». Det innebærer blant annet at vi kan bruke standardformuleringer når vi beskriver metode, resultater og i diskusjon av funnene.

Helsedirektoratet tydeliggjorde problemstillingen og inklusjonskriteriene, men hadde ingen rolle i utarbeidelsen av oppsummeringen.

Bidragsytere

Prosjektleder: Lars Jørund Langøien

Interne prosjektmedarbeidere ved FHI: Trine Bjerke Johansen, Gabriella Emily Gjerstad Bugge-Amundsen, Hong Lien Nguyen.

Takk til eksterne fagfeller Hanne Foss Berget, St. Olavs hospital og Marte Rua, Skandinavisk isolasjonsnettverk og intern fagfelle Liv Giske som har gjennomgått og gitt innspill til kunnskapsoppsummeringen.

Oppgitte interessekonflikter

Alle forfattere og fagfeller har fylt ut et skjema som kartlegger mulige interessekonflikter. Ingen oppgir interessekonflikter.

Folkehelseinstituttet tar det fulle ansvaret for innholdet i rapporten.

Hilde Risstad
Fagdirektør

Hege Berg Henriksen
Avdelingsdirektør

Lars Jørund Langøien
Prosjektleder

Innledning

Beskrivelse av problemet

Internasjonalt fins det ulike definisjoner av isolasjon. Felles for alle er utgangspunktet i isolasjon som et alvorlig, inngripende og helseskadelig tiltak. FN har gjennom etableringen av standard minimumsregler for behandlingen av innsatte - Mandelareglene - etablert særskilte tidsgrenser for å begrense de mest skadelige formene for isolasjon (1). Isolasjon defineres ifølge disse reglene som innesperring av en innsatt i 22 timer eller mer per døgn uten meningsfull menneskelig kontakt, og forlenget isolasjon som isolasjon som varer i mer enn 15 sammenhengende dager (1). Etter rundt 15 dager med ekstrem sensorisk og sosial deprivasjon øker risikoen dramatisk for irreversible psykiske skader som følge av isolasjonen, og isolasjon utover dette nivået utgjør umenneskelig eller nedverdiggende behandling, og i noen tilfeller tortur. Mandelareglene slår derfor fast at forlenget isolasjon er forbudt. Regjeringens proposisjon 165 til Stortinget (2), viser til en retningslinje for hvordan Mandelareglene bør tolkes og implementeres (3), og beskriver meningsfull menneskelig kontakt som «... sosial interaksjon og psykologisk stimulering som mennesker trenger for deres mentale helse og trivsel. Den menneskelige kontakten bør skje ansikt til ansikt, uten fysiske barrierer, og uten at den er flyktig eller tilfeldig, og tilrettelegge for empatisk mellommenneskelig kommunikasjon. Meningsfull menneskelig kontakt må ikke begrenses til interaksjon som er nødvendig som ledd i utførelse av andre oppgaver, slik som gjennomføring av fengselsrutiner eller medisinsk tilsyn...» (2).

I skandinaviske fengsler benyttes isolasjon hyppig, men nøyaktig omfang er uklart. Rua og Smith (4) påpeker at vi ikke har oversikt over hvor mange som isoleres i skandinaviske fengsler, men sannsynligvis skjer det minimum 20 000 ganger årlig at innsatte plasseres i isolasjon i Norge, Sverige og Danmark ((4), side 24).

Norsk lovgivning har en rekke bestemmelser som gir adgang til å isolere eller begrense fellesskapet til innsatte. Dette kan være isolasjon som kontrolltiltak, isolasjon på grunn av bygnings- og bemanningsmessige forhold, isolasjon på sikkerhetscelle eller i sikkerhetsseng. Utelukkelse kan også besluttes dersom den innsatte selv ønsker det (5). I Norge regulerer blant annet straffegjennomføringsloven § 37 utelukkelse av innsatte fra fellesskapet (5), men loven innehar ingen eksplisitt definisjon som tilsvarer Mande-

lareglens 22-timersregel, eller en absolutt dagsgrense for isolasjon. Regjeringen foreslo i 2025 en nasjonal minstestandard på 8 timer utenfor cellen per dag for å redusere isolasjon og styrke kravet om menneskelig kontakt (6).

Slik situasjonen er i dag kan kriminalomsorgen med bakgrunn i straffegjennomføringsloven § 37 beslutte at en innsatt helt eller delvis skal utelukkes fra fellesskapet med andre innsatte. Det følger av lovningen at inngrepet kan besluttes dersom det er nødvendig å hindre den innsatte fra å påvirke miljøet i fengslet på en særlig negativ måte. Dette kan være for å hindre innsatte i å skade seg selv eller andre eller fremsette trusler mot andre, hindre betydelig materiell skade, hindre straffbare handlinger eller opprettholde ro, orden og sikkerhet. For innsatte under 18 år gjelder bestemmelsene om skade, trusler, materiell skade, hindre straffbare handlinger og opprettholde ro og orden. For sistnevnte gruppe kan utelukkelse fra fellesskapet bare besluttes dersom det er strengt nødvendig og mindre inngripende tiltak forgjeves har vært forsøkt eller åpenbart vil være utilstrekkelige. Utelukkelse skal overfor alle grupper innsatte brukes med varsomhet slik at ingen blir påført unødig skade eller lidelse. Innsatte under isolasjon skal flere ganger daglig tilses av ansatte, og lege skal varsles om utelukkelsen uten ugrunnet opphold. Innsatte under 18 år skal ha kontinuerlig tilsyn (7).

Etter bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven fremgår det at det er kommunen som har ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester til innsatte, og skal føre tilsyn med innsatte i isolasjon (5), mens spesialisthelsetjenesten har ansvar for å tilby spesialisthelsetjenester til innsatte. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder domfelte og varetektinnsatte med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne (8). Våren 2026 vedtok Stortinget et lovforslag som gjorde tilsyn med isolerte innsatte til en lovpålagt oppgave for helse- og omsorgstjenesten i kommunen (9). Når det gjelder miljøtiltak til innsatte i isolasjon har kriminalomsorgen selv ansvaret (5).

Beskrivelse av tiltakene

I denne oversikten omfattes tiltakene tilsyn, helsetiltak og miljøtiltak under isolasjon som har til hensikt å forebygge eller redusere risikoen for helseskader, eller å lette isolasjonssituasjonen for innsatte.

Helsetiltak forstås i denne oversikten som tiltak som er direkte knyttet til helse eller helsetilstand, som for eksempel ulike typer kartlegging eller observasjon av helsetilstand, måling av blodtrykk, ernæring- og væskeinntak og lignende. Miljøtiltak forstås som tiltak som skal sikre meningsfull menneskelig kontakt og/eller redusere sosial og sensorisk deprivasjon. Miljøtiltak favner i denne oversikten tilbud som gjør noe med rammebetingelsene for isolasjonen, som samtale på eller utenfor cella, aktiviteter eller lignende, som har til hensikt å lindre eller å forebygge isolasjonsrelatert psykisk sykdom eller plager, eller bedre sosial fungering.

Grensene mellom disse tiltakskategoriene er imidlertid ikke alltid tydelige, og hvordan tiltak klassifiseres kan variere.

Hvorfor er det viktig å utføre denne kunnskapsoppsummeringen?

Bakgrunnen for oversiktens problemstilling var blant annet Sivilombudets (10) særskilte melding til Stortinget om isolasjon og manglende menneskelig kontakt i norske fengsler. I punkt 8 i denne meldingen anbefales det å revidere Helsedirektoratets veileder «Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel,» (11) slik at den sikrer identifisering av isolasjonsskader og ivaretagelse av isolerte innsatte. Tiltak som kan forebygge isolasjonsskader eller lette isolasjonen for innsatte er en del av en slik ivaretagelse. Dette er tiltak som særlig kan knyttes til hyppighet og type tilsyn og/eller helse- og miljøtiltak ved isolasjon og eventuell bruk av tvangsmidler.

Tidligere forskning på isolasjon i fengsel har vist til at isolasjon kan medføre helseskader for de innsatte (12-14), og at det dermed er viktig å se på hvilke helse- og miljøtiltak som kan være med på å forebygge slike skader eller redusere risikoen for helseskader hos innsatte. Helsedirektoratets veileder [*Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel*](#) (11) gir eksempler på hva helsepersonell bør være oppmerksomme på av mulige helsekomplikasjoner ved isolasjon, men disse eksemplene er ikke uttømmende og bygger ikke på systematisk forskningsbasert kunnskap. I tillegg finnes ulike tolkninger og fremstillinger av helseskader ved isolasjon, og forskningen på området er preget av flere metodiske utfordringer. Mye av forskningen stammer fra USA og Canada, hvor både lovverk og forholdene i fengsel skiller seg fra forholdene i norske fengsler. Forskningen varierer også i definisjon av isolasjon, mangler ofte kontrollgrupper, og benytter ulike målemetoder, noe som gjør det vanskelig å sammenligne resultater og trekke klare konklusjoner. Det er derfor behov for å undersøke studier om slike helse- og miljøtiltak fra europeiske eller andre land som har et fengselsvesen som er sammenlignbart med Norge.

Mål og problemstilling

En systematisk kunnskapsoppsummering om effekten av tilsyn, miljø- og helsetiltak under isolasjon, som har til hensikt å forebygge eller redusere risikoen for helseskader eller bedre/lette isolasjonen for innsatte, vil kunne gi et mer solid kunnskapsgrunnlag for opplæring av helsepersonell, og ansatte i fengsler.

Problemstilling/forskningsspørsmål

Hvilken effekt har tilsyn, helse- og miljøtiltak på den fysiske og psykiske helsen til innsatte i isolasjon?

Metode

Vi utarbeidet en systematisk oversikt over effekten av tilsyn, helse- og miljøtiltak på helsen til innsatte i isolasjon i fengsel. Vi søkte i følgende databaser: MEDLINE, PsycINFO, EMBASE, Sociological Abstracts, Scopus og Web of Science.

I tillegg gikk vi gjennom andre aktuelle kilder gjennom et grålitteratursøk, som ulike tidsskrifter, nettsider til skandinaviske myndigheter og utdanningsinstitusjoner og fritekstsøkt i Google. Vi fulgte anbefalinger fra Folkehelseinstituttets metodehåndbok «Slik oppsummerer vi forskning» (15) og Cochrane Handbook (16).

Prosjektplan

Vi avklarte prosjektplanen med oppdragsgiver før vi utførte oppsummeringen. Kunnskapsoppsummeringen ble gjennomført i tråd med prosjektplanen (17), med enkelte avvik.

- Selv om det ikke var avklart i prosjektplanen, valgte vi å søke i utvalgte andre kilder, nærmere beskrevet i avsnittet 'Søk i andre kilder'.
- Vi brukte Revised Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials (RoB2) til å vurdere risiko for systematiske skjevheter i RCTer (18)
- For før-etter- studier brukte vi sjekklisten Quality Assessment Tool for Before-After (Pre-Post) Studies With No Control Group fra The National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) (19)

Inklusjonskriterier

Vi hadde følgende inklusjonskriterier:

POPULASJON	Innsatte i fengsel (ungdom 15-17 år og voksne over 18 år) isolert på en av følgende måter: • Innsatte som isoleres ved vedtak • Innsatte som selvisolerer seg • Innsatte i varetekt som er isolert av rettsvesenet • Innsatte isolert av andre årsaker (for eksempel ressursmangel)
-------------------	---

INTERVEN- SJON/TILTAK	Merk at årsak til isolasjon, for eksempel hjemmel for vedtak og andre årsaker kan variere i ulike kontekster, som for eksempel jurisdiksjon. Tilsyn, helse- og miljøtiltak i isolasjon ble forstått som: • Hyppighet av tilsyn • Helsetiltak kan inkludere ulike typer tilsyn, observasjon eller kartlegging av den innsattes fysiske og psykiske helsesituasjon, som måling av blodtrykk, ernæring- og væskeinntak, tilbud om samtaler og andre tiltak for å motvirke isolasjonsrelatert fysisk og psykisk sykdom • Miljøtiltak kan inkludere samtaler innenfor eller utenfor cellen, aktiviteter innenfor eller utenfor cellen med og uten personell, men uten kontakt med andre innsatte, som besøk på bibliotek, lage mat, luftegård, etter-/evalueringssamtale og andre miljøtiltak for å motvirke isolasjonsrelatert fysisk og psykisk sykdom eller bedre sosial fungering Merk: Dette er ikke en fullstendig liste, men eksempler på aktuelle tiltak. Hvordan disse benevnes, og hva som er ønsket oppnådd med tiltakene kunne variere med kontekst og studie. Hvem som sto for de ulike tiltakene, kunne variere mellom studiekontekster.
SAMMENLIGNING UTFALL	Standard praksis, annet tiltak, ingen tiltak. Eksempler på viktige utfall, men ikke begrenset til (kvantitative data): • Selvmord • Vold/utagering • Disiplinærbrudd • Selvskading • Psykisk lidelser (for eksempel depresjon, angst, PTSD, kognitiv svikt, psykose og selvmordstanker) • Overføring til annet fengsel • Selvmordstrusler • Innleggelse i psykiatrien/somatikken • Somatiske utfall: hjerteflimmer, endringer i søvnmonster, vektendring, hjerte-kar-problemer, forekomst av hodepine, smerter eller somatiske stressreaksjoner osv. • Tilfredshet • Livskvalitet • Sosiale og funksjonelle utfall: for eksempel redusert sosial fungering, tilbakefall til isolasjon, reintegrering etter isolasjon
STUDIEDESIGN	• Studier med kontrollgruppe (prospektive og retrospektive) • Studier uten kontrollgruppe med før og etter måling
PUBLIKASJONSÅR	2015* – søkedato
LAND/KONTEKST SPRÅK	Studier fra land i Europa, Australia, Canada og USA Norsk, svensk, dansk, engelsk

ANNET	Ved stort tilfang av studier kunne det av tidshensyn bli aktuelt å gjøre prioriteringer av studier for inklusjon, f.eks. studier fra land med tilsvarende fengselspolitikk/velferdspolitik som Norge. Prioriteringer av studier ville bli gjort i samråd med oppdragsgiver for best imøtekomme oppdragsgivers behov. Dersom studiene hadde blandet populasjon, måtte minst 80 % av deltagerne møte inklusjonskriteriene for denne oversikten, dvs. være innsatte i isolasjon. Vi gjorde ingen slike prioriteringer.
--------------	---

**Publikasjonsår er satt i dialog med oppdragsgiver til 2015 og senere. Grunnen er at tiltak for å lette isolasjon eller forebygge isolasjonsskader er forholdsvis nytt.*

Eksklusjonskriterier

Vi ekskluderte følgende type studier og publikasjoner:

- Protokoller
- Systematiske oversikter
- Studier som benyttet sikkerhetsseng/belting som tiltak under isolasjon
- Studier fra kontekster som ikke er sammenlignbare med norsk/europeisk praksis (f.eks. militærfengsler, ekstremt høy sikkerhet i land med helt andre systemer)
- Kommentartikler, debattinnlegg og meningsstoff (gir ikke empiriske data)
- Kasusrapporter eller enkeltstående beskrivelser (for lite generaliserbare)
- Doktorgradsavhandlinger, bachelor- og mastergradsoppgaver
- Bøker/bokkapitler

Litteratursøk

Søk i databaser

Det ble gjennomført systematiske litteratursøk i relevante bibliografiske databaser innen medisin, psykologi, samfunnsvitenskap og kriminalomsorg. Søkestrategien ble utviklet av en søkespesialist (LN) i samarbeid med prosjektgruppen og fageksperter.

Søkene var strukturert rundt to hovedkomponenter:

1. Populasjon/kontekst (fengsel og frihetsberøvelse)
2. Intervensjon/tiltak (isolasjon og isolasjonsrelaterte tiltak)

Det ble søkt i følgende databaser: Epistemonikos, MEDLINE, Embase, PsycINFO, Web of Science, Scopus og Sociological Abstracts/Social Services Abstracts.

Søkestrategien bestod av både kontrollerte emneord (for eksempel Medical Subject Headings [MeSH]) og friteksttermer (ord i tittel, sammendrag og forfatteres nøkkelord). Søkene ble tilpasset syntaks og indeksering i hver enkelt database. Det ble ikke lagt begrensninger på studiedesign. Publikasjonsår ble avgrenset til 2015 og senere. Søkene ble gjennomført og avsluttet i januar 2026.

Søk i andre kilder

Vi gjennomførte målrettede søk i andre kilder for å identifisere forskning og evalueringer som ikke er publisert i bibliografiske databaser. I løpet av prosjektperioden identifiserte vi sentrale kilder og fagmiljøer hvor vi søkte etter relevant litteratur om effekten av tiltak på helsen til innsatte i isolasjon.

Vi kontaktet Kriminalomsorgens høgskole og utdanningssenter (KRUS) for forslag til relevante kilder. Videre gjennomførte vi søk på nettsteder som Kriminalomsorgen.no, Nasjonalt vitenarkiv, Council of Europe og Council for Penological Co-operation (PC-CP), samt Nordic Research Council for Criminology og Google.

For å identifisere skandinavisk litteratur ble det i tillegg søkt i nasjonale kilder i hvert land. For svenske studier inkluderte dette blant annet søk i DiVA, Kriminalvården, universitetsbiblioteker og Stockholm universitet. For danske studier ble det søkt i relevante kilder som Politiskolen og nettsteder tilknyttet dansk kriminalomsorg (f.eks. danmarksfængsler.dk).

På grunn av språkbegrensninger ble ikke Island og Finland inkludert i søk etter andre kilder.

Dokumentasjon

Søkestrategien ble utviklet med støtte fra kunstig intelligens (ChatGPT-5) som et hjelpemiddel i utformingen, og fagfellevurdert av en annen søkespesialist (Ingrid Harboe). Fullstendig søkestrategi er dokumentert i vedlegg 1.

Utvelging av studier

Vi gjennomgikk de 150 første referansene i fellesskap for å pilotere inklusjonskriteriene og samkjøre hvordan de ble operasjonalisert i møte med referansene, samt for å mate algoritmene i priority screeningen i EPPI (20).

To forskere (TBJ, HLN, GEGBA, LJJ) vurderte deretter uavhengig av hverandre tittel og sammendrag fra litteratursøket for inklusjon på grunnlag av inklusjon- og eksklusjonskriteriene. Uenigheter ble avgjort ved diskusjon eller ved å konsultere en tredje forsker. Referanser som ble inkludert på tittel og sammendragsnivå ble vurdert for inklusjon i fulltekst.

Vi brukte maskinlæringsfunksjoner, priority screening, i det elektroniske verktøyet EPPI-Reviewer (20) for å hjelpe oss med å vurdere titler og sammendrag mer effektivt. Enkelt sagt betyr maskinlæring at vi brukte algoritmer som gjør at programvaren er i stand til å lære fra og utvikle sin beslutningsstøtte basert på empiriske data som vi fører den med. Se strategi for bruk av maskinlæring i vedlegg 2.

Vi avsluttet screeningen av titler og abstrakt når vi hadde screenet 250 referanser uten å ha inkludert noen studier, og uten at priority screeningen hadde løftet fram flere aktuelle studier. Totalt screenet vi 1075 referanser.

Fulltekster ble vurdert av to forskere uavhengig av hverandre. Uenigheter ble avgjort ved diskusjon eller ved å konsultere en tredje forsker. Referanser som ble ekskludert etter vurdering i fulltekst er satt på lister hvor eksklusjonsgrunn oppgis, se vedlegg 3.

Uthenting av data

Vi hentet ut følgende data, i den grad det var oppgitt i studiene: Tittel, årstall for publisering, førsteforfatter, studiedesign, fengselspopulasjon/isolasjonsgrunn, lengde på isolasjon, alvorlighetsgrad av isolasjon, tiltak (type, formål, lengde, oppfølging/måletidspunkt, innhold, hvem som gir tiltakene), samt data om sammenlikning, data om utfallsmålene og data om kontekst.

Én prosjektmedarbeider hentet ut data fra de inkluderte studiene og en annen kontrollerte dataene opp mot de aktuelle publikasjonene. Ved uenighet konfererte forskerne den aktuelle forskningsartikkelen med hverandre og en tredje prosjektmedarbeider for å bidra til enighet. Vi brukte et pilotert datauthentingsskjema i dataprogrammet Excel.

Vurdering av risiko for systematiske skjevheter

Vi brukte ulike verktøy og sjekklister for å vurdere risiko for systematiske skjevheter i studier på ulike studiedesign.

For den ene randomiserte kontrollerte studien vi inkluderte, vurderte vi risiko for systematiske skjevheter med Revised Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials (RoB 2) (18). I RoB2 vurderes risiko for systematiske skjevheter i fem domener, med underspørsmål, til en samlet vurdering etter tre nivåer bestående av lav risiko for systematiske skjevheter, noen bekymringer og høy risiko for systematisk skjevheter.

Vi vurderte risiko for systematiske skjevheter i de kvasieksperimentelle studiene med JBIs sjekkliste for kvasieksperimentelle studier: [JBI checklist for quasi-experimental studies.docx](#) (21). Sjekklista består av ni spørsmål. Siden verktøyet ikke gir en forhåndsdefinert samlet risikovurdering, utviklet vi kriterier for å klassifisere studier som lav risiko for systematiske skjevheter, noen bekymringer og høy risiko for systematisk skjevheter, basert på en samlet vurdering av sjekklstens spørsmål, med særlig vekt på kritiske kilder til bias (f.eks. confounding, seleksjon, måling av utfall og analyse).

For før-og-etter-studier brukte vi sjekklsten Quality Assessment Tool for Before-After (Pre-Post) Studies With No Control Group, se [Study Quality Assessment Tools | NHLBI, NIH](#) (19). Sjekklisten består av 12 spørsmål og ender i en samlet kvalitetsvurdering som god (good), tilstrekkelig (fair) eller svak (poor). Vi valgte også for denne sjekklsten å benytte kategoriene 1) lav risiko for systematiske skjevheter, 2) noen bekymringer og 3) høy risiko for systematisk skjevheter.

Vurderingene ble gjort på studienivå, og ble utført uavhengig av to prosjektmedarbeidere. Uenigheter ble løst ved diskusjon.

Analyser

Fordi de identifiserte studiene var av ulik karakter, både i design, populasjon, utfall og hvordan utfall ble målt, kunne vi ikke gjøre metaanalyser. Vi valgte derfor å gjøre narrative analyser og sammenstille resultatene fra de ulike studiene så godt det lot seg gjøre i form av tekst, basert på likhet i tiltak og utfall. Den narrative syntesen beskriver de samlede resultatene, retningen og størrelsen på effektestimaterne for de viktigste utfallene der det ble oppgitt i studiene, basert på SWiM-retningslinjen (22).

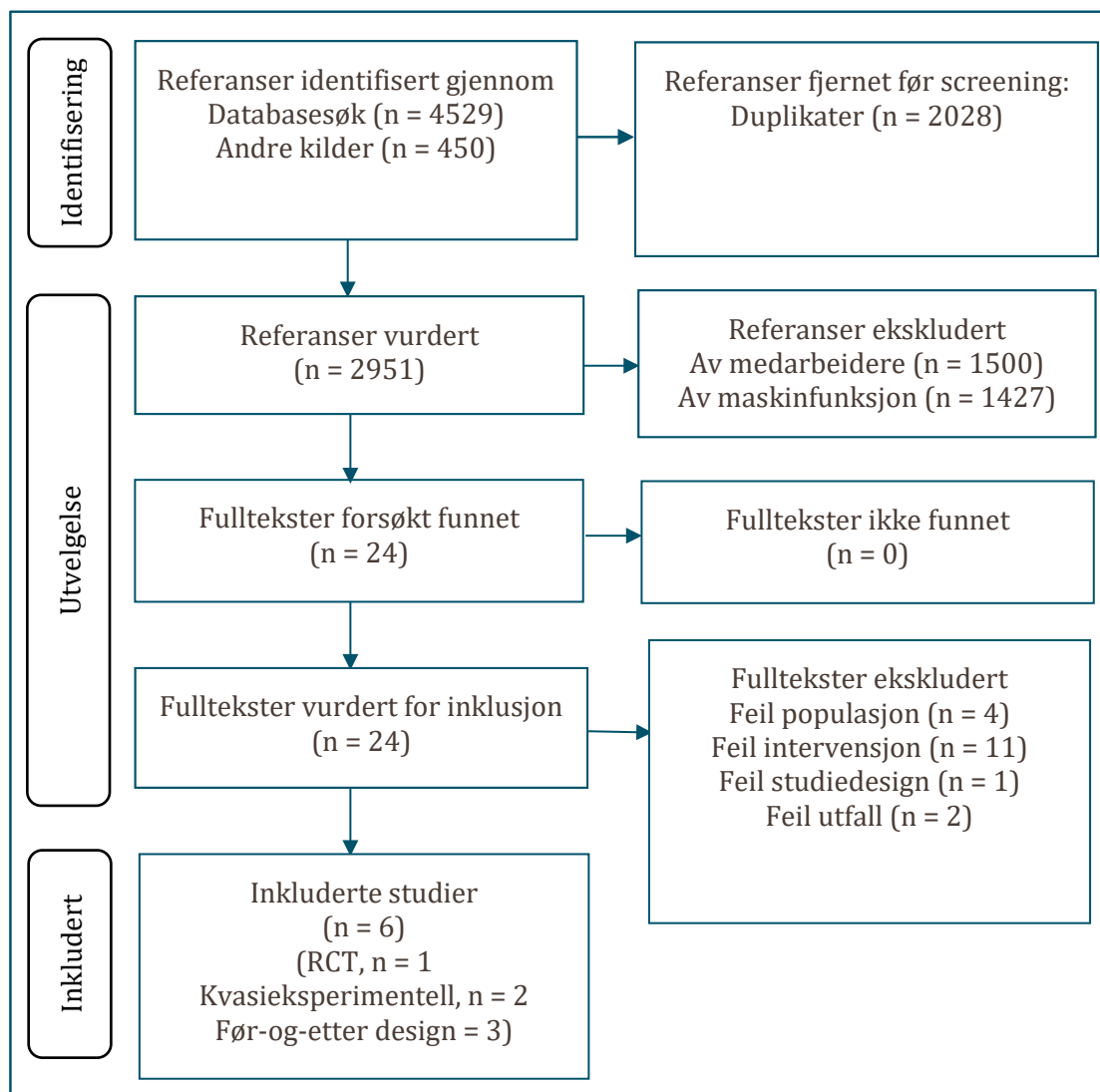
Vurdering av tillit til resultatene

Høy heterogenitet blant de inkluderte studienes design, populasjon, tiltak og utfall gjorde at vi ikke gjennomførte en fullstendig GRADE-vurdering, og tildelte heller ikke grader av tillit til resultatene (rangering fra høy til svært lav tillit) (23). For å strukturere vurderingen av usikkerhet benyttet vi likevel GRADEs domener risiko for bias, inkonsistens, indirekthet og upresisjon som et rammeverk for en narrativ beskrivelse av studienes begrensninger og usikkerhet knyttet til effektestimaterne.

Resultater

Resultater av litteratursøket og utvelgelse av studier

Databasesøkene ga 4529 treff før fjerning av dubletter (figur 1). Etter fjerning av dubletter satt vi igjen med 2501 referanser. Av disse ekskluderte vi 2477 referanser som åpenbart ikke oppfylte inklusjonskriteriene våre. Vi identifiserte og gjennomgikk videre rundt 450 referanser i andre kilder. Tallet er ikke eksakt da deler av søket involverte gjennomgang av publiseringslister fra ulike institusjoner og nettsteder, nærmest som et håndsøk. Fra søket i andre kilder inkluderte vi én studie. Av alle de gjennomgåtte referansene, fikk vi tak i og vurderte 24 publikasjoner i fulltekst, hvorav vi ekskluderte 18 av referansene fra databasesøket. Blant de mest sentrale ekskluderte publikasjonene var eksklusjonsårsaken feil tiltak ($n = 11$), feil populasjon ($n = 4$) og feil utfall ($n = 2$) (vedlegg 3). Vi inkluderte til slutt seks studier fordelt på seks publikasjoner (24-29).



Figur 1: Flyttdiagram over utvelgelse av studier

Beskrivelse av de inkluderte studiene

Kontekst

De seks inkluderte studiene ble alle gjennomført i USA, i perioden 2016-2025, hovedsakelig i høysikkerhetsfengsler eller restriktive enheter for innsatte i isolasjon. Isolasjonen foregikk typisk i enkeltcelle i opptil 23 timer per døgn, med sterkt begrenset sosial kontakt, bevegelsesfrihet og tilgang til aktiviteter. Studieutvalgene varierte fra 39 til 252 deltakere, og bestod totalt av 950 deltakere. Utvalgene bestod i hovedsak av voksne menn, med unntak av én studie hvor utvalget også bestod av 4,8 % kvinner og 1,4 % transpersoner. Flere studier omfattet innsatte i langvarig administrativ eller disiplinær isolasjon. Informasjon om årsak til isolasjon var imidlertid ufullstendig rapportert i flere av studiene. Der dette var beskrevet, var isolasjonen knyttet til alvorlige disiplinærbrudd, voldelig eller problematisk atferd, sikkerhetsvurderinger, gjengtilknytning eller plassering i restriktive enheter i påvente av disiplinærbehandling.

Studiedesign

Vi inkluderte én randomisert kontrollert studie (RCT), to kvasiekperimentelle studier og tre pre-post-studier, dvs. studier med før-og-etter-målinger uten kontrollgruppe. Selv om før-og-etter-studier uten kontrollgruppe ikke kan si noe sikkert om effekten av et tiltak, men kun om endring over tid uten tydelig årsakssammenheng, gjorde det svært begrensede studietilfanget at også disse studiene ble inkludert. Slike studier kan gi en indikasjon på om et tiltak kan ha effekt, om det lar seg implementere og om brukeropplevelser, og kan gi grunnlag for å teste ut effekten av tiltaket ved bruk av studier med et mer robust kontrollert design.

Tiltak og utfallsmål

Alle de inkluderte studiene undersøkte bruk av miljøtiltak overfor personer i fengselsisolasjon. Vi identifiserte ingen studier som undersøkte helsetiltak eller hyppighet av tilsyn av innsatte under isolasjon. Vi kan derfor ikke besvare de delene av forskningsspørsmålet som omhandler effekter av helsetiltak og tilsyn under isolasjon på den fysiske og psykiske helsen til innsatte.

Det var stor variasjon i miljøtiltakene som ble undersøkt i de inkluderte studiene. Tiltakene undersøkte bruk av naturvideoer, gruppeterapi (digitalt og fysisk), individuelt kognitivt behandlingsprogram eller isolasjonsprogrammer med fokus på flere timer per dag utenfor cellen med fokus på reduksjon av sosial og sensorisk deprivasjon gjennom økt stimuli, sosial kontakt og aktiviteter.

De fleste studiene undersøkte miljøtiltak på utfall knyttet til regelbrudd (både voldelig og ikke-voldelig), mens flere studier også undersøkte virkning av miljøtiltak på psykologisk fungering og emosjonell tilstand, relasjon til ansatte, kriminell tenking eller fysiologisk fungering.

Tabell 1: *Beskrivelse av de inkluderte studiene (N=6)*

Første- forfatter, år, land	Studie- design	Formål	Utvalg	Utfall
Kontrollerte studier				
Tostlebe, 2025, USA (29)	RCT	Undersøkte effekten av et step-down-program (overgang fra mer til mindre restriksjoner (SUP)) for innsatte i langvarig isolasjon	211 innsatte i isolasjon, tiltak = 109, kontroll = 102	Regelbrudd (voldelig og ikke-voldelig), normbrytende atferd
Batastini, 2016, USA (26)	Kvasiekperimentell	Undersøke effekten av digital og fysisk gruppeterapi for innsatte isolert i fengsel.	49 mannlige innsatte i administrative enheter. Digital gruppeterapi (n =	Psykisk helse, kriminell tenkning, disiplinærovertredelser, arbeidsallianse

			24), fysisk gruppete- rapi (n = 12) og en kontrollgruppe uten behandling (n = 13).	
Nadkarni 2017, USA (27)	Kva- siekspe- rimen- tell	Undersøke effekten av vikarierende na- turopplevelser (na- turvideoer) hos inn- satte i isolasjon	252 inngikk i analy- sen for regelbrudd. 27 innsatte inngikk i survey; 14 fra til- taksgruppe, 13 fra kontroll.	Displinærhenvis- ning (ved regel- brudd), stress/irritabilitet, opplevd ro og vel- være, empati, rela- sjoner til ansatte, fysiologisk regule- ring
Ikke-kontrollerte studier; før-og-etter-design				
Batastini, 2021, (25)	Før-og- etter	Undersøke situasjo- nen før og etter gjen- nomføringen av et selvadministrert kog- nitivt program for innsatte i administra- tiv isolasjon.	92 innsatte i restri- ktiv administrativ isolasjon, 39 inngikk i analysen.	Emosjonell belast- ning, kriminelle holdninger, krimi- nell tenkning og ar- beidsallianse
Batastini, 2024, (24)	Før-og- etter	Undersøke situasjo- nen før og etter gjen- nomføringen av et selvadministrert kog- nitivt program for innsatte i administra- tiv isolasjon, 6 måne- ders oppfølging.	133 mannlige inn- satte isolert i et høy- sikkerhetsfengsel. 46 inngikk i analy- sen ved oppfølging.	Emosjonell belast- ning, kriminelle holdninger, krimi- nell tenkning og ar- beidsallianse
Tambu- rello, 2025, USA (28)	Før-og- etter (retro- spektiv)	Undersøke situasjo- nen før og etter en lovendring på varig- het og forekomst av sultestreiker blant innsatte i isolasjon.	213 registrerte sul- testreiker.	Antall sultestrei- ker, varighet av streiker, andel streiker over 3 da- ger, vekttap, psy- kiske diagnoser og boligstatus

Under presenterer vi utfyllende beskrivelser av kontekst og tiltak for hver av de seks inkluderte studiene. Vi presenterer resultater fra de tre kontrollerte studiene under «Effekter av tiltak». Resultatene fra før-og-etter-studiene presenteres i vedlegg 4.

Randomisert kontrollert studie

Studien til **Tostlebe og kolleger** (29) var den eneste av de inkluderte studiene som hadde et randomisert kontrollert design. Deltakerne ble tilfeldig fordelt til enten intervensjonsgruppen stegvis overgang fra mer til mindre restriksjoner – SUP («restrictive housing step-down program») (n=109) eller kontrollgruppen ordinær «intensive management unit» (IMU) (n=102). Studien ble gjennomført i Oregon Department of Corrections (USA) og inkluderte 211 innsatte som sonet i restriktive boligavdelinger. Deltakerne var mellom 19 og 67 år (gjennomsnitt 32 år) med høy andel gjengtilknytning (78,7 %) og en mindre andel med registrerte psykiske lidelser (13,3 %). Utvalget hadde moderat risiko for tilbakefall for tilbakefall til kriminalitet. Deltakerne hadde i gjennomsnitt sonet tre tidligere fengselsopphold og hadde en historikk med regelbrudd før inklusjon (i snitt 1,1 regelbrudd per kvartal, hvorav de fleste var voldelige). Rundt 40 % hadde tidligere vært plassert i intensive management unit (IMU).

Tiltaket innebar en stegvis overgang fra mer til mindre restriksjoner, sammenlignet med ordinær plassering i IMU. IMU innebar isolasjon i enkeltcelle omtrent 23 timer per døgn, med svært begrenset kontakt med andre og strenge restriksjoner på aktiviteter og tjenester. SUP representerer en nedtrappingsmodell med mindre restriksjon: deltakerne fikk 5–6 timer utenfor cellen daglig, tilgang til flere aktiviteter (som spill, filmer og kunstprosjekter), og mulighet for sosial interaksjon med både ansatte og andre innsatte. I tillegg ble deltakerne tildelt rådgiver med ansvar for individuelt tilpassede behandlingsplaner basert på vurdering av risiko og behov. Fengselsbetjentene ble oppmuntret til en mer humanistisk tilnærming, inkludert deltakelse i aktiviteter med innsatte. Gjennomsnittlig varighet i tiltaket var rundt 5 måneder fra randomisering til avslutning av isolasjonsperioden.

Etter randomisering var deltakelsesraten 83,6 %, mens 53,1 % deltok i intervjudelen. Data ble samlet inn gjennom administrative data fra fengselet. Utfallsvariablene var regelbrudd, inkludert både totale regelbrudd og separate mål for voldelige og ikke-voldelige regelbrudd. Regelbrudd ble målt i to perioder: 1. fra randomisering til avslutning av oppholdet i henholdsvis SUP eller IMU, og 2. i løpet av seks måneder etter tilbakeføring til ordinær fengselspopulasjon.

Vi har vurdert studien til å ha noen bekymringer for risiko for systematiske skjevheter. For detaljer, se neste delkapittel «Risiko for systematiske skjevheter i de inkluderte studiene,» figur 2.

Kvasieksperimentelle studier

To av de inkluderte studiene hadde et kvasieksperimentelt design med kontrollgrupper.

Studien til **Batastini og kolleger (2016)** (26) hadde et kvasieksperimentelt design uten randomisering, men gruppene var sammenlignbare ved baseline på sentrale variabler. Deltakerne ble fordelt i tre grupper: digital gruppeterapi (n = 24), fysisk gruppeterapi (n = 12) og en kontrollgruppe uten behandling (n = 13). Studien ble gjennomført i USA ved Kansas Department of Corrections (KDOC) og inkluderte totalt 49 mannlige

innsatte som sonet i isolasjon i individuelle celler uten kontakt med andre innsatte. Gjennomsnittsalderen var 29,8 år (SD = 8,2), og deltakerne hadde i gjennomsnitt 11,4 års utdanning (SD = 1,4) og 5,2 år i fengsel (SD = 1,8). Opphold i spesialenhet varierte fra under ett år til 11,4 år (gjennomsnitt 1,3 år, SD = 1,8). En betydelig andel hadde psykiske helseutfordringer, inkludert ruslidelser (38,8 %) og affektive lidelser (26,5 %).

Tiltaket bestod av gruppeterapi basert på Coping Skills Group (CSG), en strukturert terapiform som benytter kognitive og atferdsmessige mestringsstrategier for å håndtere livsutfordringer. Terapien ble levert enten som fysisk gruppeterapi eller digital gruppe-terapi via videokonferanse. Ved fysisk gruppeterapi ble innsatte eskortert til et rom sammen med en terapeut, med maksimalt to deltakere per gruppe. I digitalt format deltok innsatte fra separate rom uten fysisk kontakt med andre deltakere eller terapeut, med opptil fire deltakere per gruppe. Begge formatene bestod av ukentlige sesjoner på én time over en periode på seks uker. Implementeringen av tiltaket ble påvirket av bemanningsutfordringer, som medførte at det ikke alltid var samme terapeut som leverte begge formatene, og at ikke alle innsatte fikk tilgang til den planlagte CSG-intervensjonen.

Studien benyttet selvrapporterte utfallsmål og skilte mellom kliniske utfall og gruppeprosessutfall. Kliniske utfall ble målt før og etter intervensjon ved hjelp av Symptom Checklist 90-Revised (SCL-90-R) for psykisk symptomnivå, Psychological Screening Inventory of Criminal Thinking Styles (PICTS) og Measure of Criminogenic Thinking Styles (MOCTS) for kriminogene tankemønstre. Gruppeprosessutfall ble målt etter intervensjon ved hjelp av Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8) for behandlingstilfredshet, Working Alliance Inventory (WAI) for arbeidsallianse (inkludert delskalaene «bond», «goal» og «task»), samt Intervention Group Environment Scale (I-GES) for gruppedynamikk. Fordi kontrollgruppen ikke mottok behandling, ble analyser av gruppeprosessutfall begrenset til sammenligninger mellom digital og fysisk gruppeterapi.

Vi har vurdert studien til å ha noen bekymringer for risiko for systematiske skjevheter. For detaljer, se neste delkapittel «Risiko for systematiske skjevheter i de inkluderte studiene,» tabell 2.

Studien av **Nadkarni og kolleger** (27) hadde et kvasieksperimentelt pre-post-design der to sammenlignbare enheter (E-A som kontroll og E-B som intervensjon) ble fulgt over tid før og etter implementering av tiltaket. Studien tok utgangspunkt i én isolasjonsblokk (IMU-E) med plass til totalt 48 mannlige innsatte, fordelt på to sider (E-A og E-B) med like forhold. Surveydata om emosjonell tilstand ble samlet inn fra 27 innsatte (14 i intervensjonsgruppen og 13 i kontrollgruppen). I analysen av voldelige hendelser inngikk 252 unike innsatte, justert for oppholdstid gjennom person-dager. Studien ble gjennomført ved Snake River Correctional Institution (SRCI) i Oregon, USA, et høysikkerhetsfengsel, og fokuserte på innsatte i såkalte intensive management units (IMU). Innsatte i IMU bodde vanligvis alene i celler i opptil 23 timer per dag, med kun korte individuelle treningsøkter i en lukket betonggård, og nærmest ingen kontakt med naturlige omgivelser eller stimuli.

Tiltaket bestod av en naturbasert intervensjon («Nature imagery intervention») der innsatte fikk tilgang til naturvideoer i treningsrommet. Videoene kunne sees én gang daglig i 45 minutter, opptil fem ganger per uke, og deltakerne kunne selv velge om de ville se videoene, og de kunne velge hvilken av de 38 tilgjengelige naturvideoene de ønsket å se. Filmene bestod av audiovisuelle naturinntrykk, inkludert hav, skog, elver, korallrev, akvarier og jordkloden sett fra verdensrommet, med mulighet for å inkludere eller utelate lyd og musikk. I enkelte tilfeller fikk innsatte utvidet tilgang etter individuell vurdering fra ansatte. Sammenligningsgruppen (den andre blokken) hadde ikke tilgang til disse videoene.

Studien undersøkte flere utfall knyttet til innsattes atferd og psykososiale fungering. Dette inkluderte disiplinærhenvisninger (disciplinary referrals, DR), voldelig atferd (violent infractions), samt selvrapporterte emosjonelle tilstander som ro, irritabilitet, aggresjon, sinne og evne til å håndtere opphold i IMU. I tillegg ble det innhentet vurderinger fra ansatte om endringer i atferd og samspill. Målingene besto dermed både av kvantitative registreringer av regelbrudd og voldelige hendelser, samt selvrapporterte og observerte endringer i emosjonelle og sosiale forhold. For relasjon til ansatte rapporterte 6 av 10 innsatte om mer positiv relasjon til ansatte og noen rapporterte om bedrede emosjonelle tilstander. Dette var selvrapporterte data uten kontrollgruppe, og studien kan dermed ikke si noe om effekt.

Vi har vurdert studien til å ha høy risiko for systematiske skjevheter. For detaljer, se neste delkapittel «Risiko for systematiske skjevheter i de inkluderte studiene,» tabell 2.

Ikke-kontrollerte studier - før-og-etter-design

Vi valgte å inkludere tre ikke-kontrollerte studier, med før-og-etter-design som kartla situasjonen før og etter innføring av en lovendring eller gjennomføring av et tiltak. Fordi disse studiene ikke inkluderte kontrollgrupper, kan vi ikke si med sikkerhet hvorvidt endringene som eventuelt observeres skjer på grunn av de gjennomførte tiltakene eller om det skjer som en naturlig endring parallelt med deltakelsen i tiltakene. Resultatene må derfor tolkes med svært stor forsiktighet, og vi har valgt å presentere resultatene fra disse studiene i vedlegg 4.

Studien til **Batastini og kolleger (2021)** (25) ble gjennomført i USA (Missouri Department of Corrections) i et hysikkerhetsfengsel. Deltakerne var innsatte plassert i langvarig administrativ isolasjon (restrictive housing/administrative segregation (AS)), en svært restriktiv enhet med begrenset bevegelse, sosial kontakt og aktiviteter. Totalt deltok 92 innsatte, hvorav 45 fullførte programmet, og 39 inngikk i pre-post-analysen på grunn av manglende data. Deltakerne hadde en gjennomsnittsalder på 32,9 år, majoriteten var afroamerikanske (ca. 73 %), og gjennomsnittlig utdanningsnivå var 10,6 år. Omtrent 65 % hadde en psykiatrisk diagnose, inkludert stemningslidelser, psykose, bipolar lidelse, angst eller impulsforstyrrelser, og for de fleste var dette første gang i administrativ isolasjon. Deltakerne var plassert i AS på grunn av alvorlige disiplinærbrudd eller atferd vurdert som uforenlig med sikker drift, ofte knyttet til psykiske vansker og atferdsproblemer. Studien inkluderte kun innsatte som behersket engelsk, ettersom behandlingsprogrammet kun var tilgjengelig på engelsk.

Tiltaket, Stepping Up, Stepping Out (SUSO), var et kognitivt-atferdsbasert behandlingsprogram som hovedsakelig ble gjennomført som selvstudium. Programmet bestod av en arbeidsbok med ni moduler, 45 tilhørende utdelingsark og en individuell tilbakefallsplan. Innholdet kombinerte elementer fra psykoedukasjon, kognitiv atferdsterapi (CBT), dialektisk atferdsterapi (DBT), aksept- og forpliktelsesterapi (ACT), samt modeller for kriminell tenkning, risikoreduksjon og ferdighetstrening (bl.a. sykdomsmestring og tilfriskning etter sykdom). Innsatte arbeidet primært selvstendig i cellen, men fikk kort individuell veiledning (5–10 minutter) ved celledøren tre ganger per uke. Etter hver modul (med unntak av modul 1 og 9) måtte deltakerne bestå en quiz med minst 75 % riktige svar før de fikk gå videre til neste modul. Programmet ble gjennomført over omtrent 10 uker, med 5–8 deltakere per kohort, og hadde som mål å redusere emosjonell belastning og kriminalitetsrelaterte holdninger, samt forbedre fungering og forberede overgang tilbake til ordinær fengselsavdeling.

Studien benyttet et pre–post design uten kontrollgruppe, med målinger før oppstart og etter fullført program. Primære utfallsmål var emosjonell belastning målt med Depression Hopelessness Scale (DHS), kriminelle holdninger målt med Criminal Sentiments Scale – Modified (CSS-M), og kriminell tenkning målt med Psychological Inventory of Criminal Thinking Styles – Short Form (PICTS-SF). I tillegg ble arbeidsallianse målt etter avsluttet behandling ved hjelp av Working Alliance Inventory (WAI). Det ble ikke gjennomført videre oppfølging etter fullført program.

Vi har vurdert studien til å ha høy risiko for systematiske skjevheter. For detaljer, se neste delkapittel «Risiko for systematiske skjevheter i de inkluderte studiene», tabell 2.

Studien til **Batastini og kolleger (2024)** (24) var en oppfølgingsstudie av Batastini og kolleger (2021) (25) og den ble gjennomført i samme høysikkerhetsfengsel i Missouri Department of Corrections i USA. Studien bestod av mannlige innsatte i langvarig administrativ isolasjon (restrictive housing/administrative segregation). Deltakerne var plassert i isolasjon på grunn av langvarig problematisk eller voldelig atferd, gjengaktivitet eller vurdert til å utgjøre en sikkerhetsrisiko. Lengde på opphold i isolasjon kunne vare fra måneder til år. Totalt var 329 menn registrert i programmet, hvorav 173 fullførte, men analyser ble gjennomført på et mindre utvalg (N=133 for pre–post og N=46 ved 6-måneders oppfølging). Gjennomsnittsalderen var rundt 33 år, og majoriteten var afroamerikanere uten latinamerikansk bakgrunn. Datagrunnlaget bestod av aidentifiserte administrative data fra fengselet, med noe variasjon i rapporterte deltakertall og manglende data på enkelte variabler.

Tiltaket var det kognitivt-atferdsrettede behandlingsprogrammet Stepping Up, Stepping Out (SUSO). For mer detaljerte beskrivelser, se Batistini 2021 (25). Deltakerne fikk veiledning gjennom ukentlige runder eller skriftlig kommunikasjon med veileder, og ved behov tilbuddt individuell veiledning eller støtte fra medinnsatte (peer-support), særlig ved lesevansker eller andre deltakelsesbarrierer. Programmet hadde som mål å redusere psykisk ubehag, prokriminelle holdninger og kriminelle tankestiler, samt styrke emosjonsregulering, samarbeidsevne og mestring. Fullføring av programmet tok

omtrent 10 uker, og deltakerne kunne avbryte og senere gjenoppta deltakelsen. Studien hadde et før-etter-design uten kontrollgruppe, hvor deltakerne ble sammenlignet med seg selv over tid.

Utfallene ble målt ved selvrapporterte instrumenter før og etter gjennomført program, samt ved 6-måneders oppfølging. Emosjonell belastning ble målt med DHS Distress Hopelessness Scale (DHS), kriminelle holdninger med Criminal Sentiments Scale – Modified (CSS-M), og kriminell tenkning ble målt med Psychological Inventory of Criminal Thinking Styles – Short Form (PICTS-SF), som inkluderer generell (GCT), proaktiv (PCT) og reaktiv (RCT) kriminalitetstenkning. I tillegg ble arbeidsallianse målt ved hjelp av Working Alliance Inventory (WAI) etter gjennomført behandling, og det ble gjennomført kunnskapstester knyttet til de enkelte modulene. Designet omfatter gjentatte målinger (pre, post og oppfølging), men uten ekstern sammenligningsgruppe.

Vi har vurdert studien til å ha noen bekymringer for risiko for systematiske skjevheter. For detaljer, se neste delkapittel «Risiko for systematiske skjevheter i de inkluderte studiene,» tabell 3.

Studien til **Tamburello og kolleger** (28) omfatter 213 registrerte sultestreiker i New Jersey Department of Corrections (NJDOC) i perioden 2015–2022, hvor 151 fant sted før innføringen av lovendringen Isolated Confinement Restriction Act (ICRA) og 62 etter. Sultestreik vurderes i studien som en protest mot soningsforhold under isolasjon, og noe som medfører både en helserisiko for den innsatte, og samtidig legger press ansatte og tilknyttet helsepersonell. Utgangspunktet for studien er en hypotese om at mindre restriktiv isolasjon (færre timer i isolasjon per dag, og færre sammenhengende dager i isolasjon) vil gi færre sultestreiker. Gjennomsnittsalderen var stabil før og etter reformen (36,9 vs. 37,1 år). Fordelingen etter rase/etnisitet var også relativt stabil over tid, med en overvekt av innsatte registrert som afroamerikanere. Totalt var 61,5 % av populasjonen oppført på en Mental Health Special Needs-liste, noe som indikerer at de mottok behandling for psykiske lidelser som påvirket funksjonsevnen. Sultestreikene forekom oftest i disiplinære boligformer der isolasjon brukes som sanksjon eller kontrolltiltak (Administrative Segregation/Restorative Housing Units), eller i påvente av disiplinærhøringer (Prehearing detention).

Tiltaket Isolated Confinement Restriction Act (ICRA) var en lovendring som trådte i kraft 1. august 2020, og som reduserte omfanget og varigheten av isolasjon. Loven definerte isolasjon som innlåsing i 20 timer eller mer per døgn med sterkt begrenset sosial kontakt, og innførte klare tidsbegrensninger: maksimalt 20 sammenhengende dager i isolasjon og maksimalt 30 dager i løpet av en 60-dagers periode. ICRA forbød også bruk av isolasjon for en rekke sårbare grupper, inkludert unge (≤ 21 år), eldre (≥ 65 år), personer med psykiske lidelser, utviklingshemming eller alvorlige medisinske tilstander, samt gravide og personer med betydelige sansetap eller tilknytning til seksuelle minoriteter. Administrative Segregation (Ad Seg) ble avskaffet og erstattet med Restorative Housing Units (RHU), som er mindre restriktive og har et rehabiliterende formål. Innsatte i RHU fikk blant annet minst fire timer utenfor cellen daglig, tilgang til telefon og økt aktivitetstilbud. Dermed oppfylte RHU ikke lenger kriteriene for isolasjon etter loven.

Studien var en retrospektiv journalgjennomgang basert på elektroniske pasientjournaler fra NJDOC. Pre-ICRA-perioden (2015–2020) fungerte som kontrollgruppe, og sammenlignes med post-ICRA-perioden (2020–2022). Alle sultestreiker ble fulgt fra start til slutt basert på journaldata. Utfallsmål inkluderte antall sultestreiker, varighet av streikene (gjennomsnitt, median og maksimum), andel streiker som varte mer enn tre dager, vekttap, dokumenterte årsaker til oppstart og avslutning av streikene, samt opplysninger om psykiske diagnoser og boligstatus. Dataene ble brukt til å sammenligne frekvens og karakteristika ved sultestreiker før og etter lovendringen.

Vi har vurdert studien til å ha noen bekymringer for risiko for systematiske skjevheter. For detaljer, se neste delkapittel «Risiko for systematiske skjevheter i de inkluderte studiene,» tabell 3.

Risiko for systematiske skjevheter i de inkluderte studiene

Vi vurderte risiko for systematiske skjevheter i de inkluderte studiene ved bruk av egne sjekklister tilpasset studiedesign (se metodekapittelet for mer detaljerte beskrivelser).

For den randomiserte kontrollerte studien (29) hadde vi noen bekymringer knyttet til risiko for systematiske skjevheter (figur 2). Vi anså at risiko for systematiske skjevheter økte på grunn av følgende: manglende eller uklar allokeringsskjerming. Ikke aktuelt å blinde for administrasjon av tiltak/eksponering. De som vurderte utfallene, ble ikke blindet for eksponeringen. Uklart om utfallene er målt på reliable måter. Implementasjonsforstyrrelser (COVID-19) og delvis etterlevelse kan ha introdusert støy, men ble metodisk håndtert.

Figur 2: Beskrivelse av risiko for systematiske skjevheter i randomisert kontrollert studie (N=1)

		Risk of bias domains					
		D1	D2	D3	D4	D5	Overall
Study	Tostlebe 2025						
		Domains: D1: Bias arising from the randomization process. D2: Bias due to deviations from intended intervention. D3: Bias due to missing outcome data. D4: Bias in measurement of the outcome. D5: Bias in selection of the reported result.					Judgement Some concerns Low

De kvasiekperimentelle studiene (n = 2) vurderte vi til å ha henholdsvis noen bekymringer for systematiske skjevheter (26) og høy (27) risiko for systemiske skjevheter (tabell 2).

Tabell 2: Beskrivelse av risiko for systematiske skjevheter i kvasiekperimentelle studier (N=2)

Studie	Metodiske begrensninger det er trukket for	Samlet vurdering
Batastini, 2016, (26)	Trolig noe ulikhet i tiltakene/tilbudene som gis innad i gruppene. Utfallene er målt kun én gang før og én gang etter. Detaljert frafall for pre-post-utfall (hvem som mangler postdata per instrument) og håndtering av manglende data beskrives ikke tydelig.	Noen bekymringer for systematisk skjevheter
Nadkarni, 2017 (27)	Noe trekk for at sammenligningsgruppen er lite beskrevet. Noen ulikheter i hvordan tiltaket er gitt til deltagerne/uklart om lik eksponering. Utfall er målt kun én gang før og én gang etter. Uklart om utfallene er målt på reliable måter. Uklare beskrivelser og begrunnelse av analysetilnærmingene. Grunne/uklare analyser, manglende rapportering av effektestimater og lite utvalg.	Høy risiko for systematisk skjevheter

Før-og-etter-studiene (n = 3) vurderte vi til å ha henholdsvis noen bekymringer for systematiske skjevheter (24, 28) og høy risiko for systematiske skjevheter (25).

Tabell 3: Beskrivelse av risiko for systematiske skjevheter i før-og-etter-studier (N=3)

Studie	Metodiske begrensninger det er trukket for	Samlet vurdering
Batastini, 2021, (25)	Trukket for vesentlige risikofaktorer for systematiske skjevheter, særlig: ekstremt høyt frafall (51 %), og mangelfull rapportering av årsaker. Ingen kontrollgruppe, noe som gjør det umulig å skille effekt fra tid/testeffekter. Liten og lite representativt utvalg. Ingen blinding, selvrappotering av primære utfall. Upresise inklusjonskriterier som vanskeliggjør replikasjon.	Høy risiko for systematiske skjevheter
Batastini, 2024, (24)	Trukket for følgende risikofaktorer for systematiske skjevheter: stort og systematisk frafall (≈47 %), ingen kontrollgruppe, ingen blinding, mulig seleksjonsbias (selvhenvendelser, usikkert populasjonsgrunnlag), kun én behandler (mulig implementasjonsbias), mangelfull beskrivelse av håndtering av manglende data for ikke-deltakere.	Noen bekymringer for risiko for systematiske skjevheter
Tamburello, 2025, (28)	Manglende blinding, fravær av ITS-design og ukjent implementeringsgrad/tilslutning til gruppenivå-intervensjonen (ICRA) øker risikoen for	Noen bekymringer for risiko for systematiske skjevheter

bias i et før-etter-design uten kontrollgruppe. Utfall er målt kun én gang før og én gang etter.

Effekter av tiltak

Siden de tre kontrollerte studiene om effekt var vesensforskjellige med tanke på type miljøtiltak og utfall, presenterer vi først resultater fra hver enkelt studie, før vi deretter presenterer resultater for lignende utfall på tvers av studiene.

I studien til **Tostlebe og kolleger** (29) viste resultatene hovedsakelig ingen statistisk signifikante forskjeller mellom deltakerne i step-down-programmet (SUP) og kontrollgruppen (IMU) når det gjaldt regelbrudd, verken under oppholdet i restriktiv bolig eller etter tilbakeføring til ordinær fengselspopulasjon. Det viktigste unntaket var en økning i voldelige regelbrudd i restriktiv bolig blant de som deltok i programmet (omtrent 10 prosentpoeng, (LATE $b = 0,097$; 95 % KI 0.3-19.0 %). Dette tolkes av forfatterne som at tiltaket (SUP) økte utagering, trolig fordi deltakerne fikk flere muligheter til å engasjere seg med andre gjennom økt kontakt med både ansatte og andre innsatte. Samtidig var det ingen statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene i regelbrudd seks måneder etter tilbakeføring til ordinær fengselspopulasjon.

Studien til **Batastini (2016)** (26) fant ingen statistisk signifikante forbedringer i psykologisk fungering eller reduksjon i kriminell tenking som følge av den kognitivt-atferdsrettede CSG-intervensjonen, verken sammenlignet med kontrollgruppen eller mellom intervensjonsgruppene digital og fysisk gruppeterapi. For gruppeprosessutfall var det gjennomgående ingen statistisk signifikante forskjeller mellom digital og fysisk terapi på overordnet nivå. For behandlingstilfredshet (målt med CSQ-8) viste analysene ingen signifikant forskjell, men resultatene indikerte en tendens til lavere behandlingstilfredshet blant deltakere i digital gruppeterapi ($M = 21.43$, $SD = 5.23$) sammenlignet med fysisk gruppeterapi ($M = 25.09$, $SD = 6.46$). Når det gjelder arbeidsallianse (målt med WAI), ble det heller ikke funnet signifikante forskjeller samlet sett. For gruppedynamikk (målt med I-GES) ble det ikke funnet signifikante forskjeller mellom gruppene. Samlet sett rapporterte deltakere i digital gruppeterapi lavere behandlingstilfredshet, svakere relasjon til behandler og mindre opplevelse av struktur og samhold i gruppen enn deltakere i fysisk gruppeterapi, men disse forskjellene førte ikke til bedre kliniske utfall.

I studien til **Nadkarni (2017)** (27) rapporterte forfatterne at innsatte som fikk tilgang til naturvideoer hadde forbedringer i emosjonell tilstand, inkludert økt følelse av ro, mindre irritabilitet og økt empati. Videre hevdet forfatterne at resultatene viste en reduksjon i problematisk atferd, med 26 % færre voldelige overtredder sammenlignet med gruppen uten tilgang til videoene. Studieforfatterne beskriver også reduksjoner i negative emosjoner som irritasjon og uro, samt forbedringer i selvregulering som vedvarte utover selve eksponeringsperioden. I tillegg ble det rapportert færre disiplinærhenvisninger og forbedringer i sosial atferd og kommunikasjon, basert på både innsattes egne vurderinger og observasjoner fra ansatte. Dette kan være en indikasjon på at

eksponering for naturinntrykk i et ellers sterkt naturdeprivert miljø kan ha effekter på psykisk velvære og atferd.

Effekter av tiltak på enkeltutfall

Under presenterer vi utfallene av miljøtiltak på innsatte i isolasjon (ref).

Regelbrudd/disiplinærbrudd

Samtlige av de tre inkluderte kontrollerte studiene så på regelbrudd/disiplinærbrudd som utfall, hvorav to av studiene spesifiserte hvorvidt regelbruddene var voldelige eller ikke. Tostlebe og kolleger (29) målte tre utfall (alle regelbrudd, voldelige regelbrudd og ikke-voldelige regelbrudd). Data ble innhentet fra offisielle rapporterte data fra administrative registre til fengselet. I hovedsak fant de ingen statistisk signifikante funn, unntaket var deltakerne som mottok intervensjonen SUP hadde signifikant flere voldelige regelbrudd etter tilbakeføring til IMU, den restriktive boligavdelingen, med omtrent 10 prosentpoeng (LATE $b = 0,097$; 95 % KI 0.3-19.0 %).

Studien fra Batastini og kolleger (26) målte antall disiplinærovertredelser ved å innhente data fra fengselets database. Studien skilte ikke på om disiplinærovertredelsene var voldelige eller ikke-voldelige, viste ingen statistisk signifikante forskjeller mellom de tre gruppene digital gruppeterapi, fysisk gruppeterapi og kontrollgruppen ($p = .69$).

Videre målte også Nadkarni og kolleger (27) disiplinærbrudd, herunder fysiske voldelige overtredelser, spesifisert som for eksempel å angripe ansatte eller en annen innsatt, kaste avføring, ukontrollert roping eller å slå en betjent. Data ble hentet fra Oregon Department of Corrections sitt informasjonssystem. De beregnet en persondagsrate for disiplinærbrudd ved å dele antall dokumenterte disiplinærovertredelser i en celleblokk i pre- eller postperiode på det totale antallet dager hvert enkelt innsatt oppholdt seg i den aktuelle celleblokken i samme periode. Forskerne fant at de innsatte begikk 26 % færre voldelige overtredelser sammenlignet med kontrollgruppen som ikke ble eksponert for naturvideoer. I absolutte tall tilsvarer dette en endring fra 57 overtredelser før tiltaket til 51 i året etter tiltaket for tiltaksgruppa, og fra 45 overtredelser før tiltaket og 52 året etter for kontrollgruppa.

Resultatene for regelbrudd/disiplinærbrudd er gjennomgående inkonsistente og gir ikke grunnlag for en entydig konklusjon om effekt. Av de tre kontrollerte studiene rapporterte én ingen signifikante forskjeller mellom intervensjons- og kontrollgruppen i forekomst av regelbrudd. Én studie fant et lite, men statistisk signifikant skadelig utslag, der deltakere som mottok intervensjonen hadde om lag 10 prosentpoeng flere voldelige regelbrudd enn kontrollgruppen. I kontrast rapporterte den tredje studien en moderat positiv effekt, med omtrent 26 % færre voldelige hendelser i intervensjonsgruppen sammenlignet med kontroll. Størrelsen på de observerte effektene er relativt små og sprikende, og de to sistnevnte funnene peker i motsatt retning av hverandre. Samlet sett fremkommer ingen konsistent tendens til at tiltakene reduserer regelbrudd.

Usikkerheten omkring resultatene er betydelig og knyttet til blant annet flere begrensninger i studiene. De inkluderte studiene har betydelig risiko for systematiske skjevheter (grunnet blant annet uklarhet i målemetoder for utfall, måletidstidspunkter, mulige ulikheter i hvordan tiltak er gitt og uklare analysemetoder) og det observeres høy grad av inkonsistens, ettersom resultatene spriker i ulike retninger. Utfallet var noe forskjellig operasjonalisert på tvers av studiene (f.eks. totale vs. voldelige/ikke voldelige regelbrudd) og målt over ulike perioder, hvilket gir begrenset overførbarhet. Endelig var presisjonen lav, ettersom effektestimaterne var usikre og konfidensintervallene brede. Samlet innebærer dette at den sanne effekten av tiltakene på regelbrudd er høyst usikker, og at funnene må tolkes med stor varsomhet.

Psykologisk fungering og emosjonell tilstand

To studier hadde psykologisk fungering som utfallsmål (26, 27).

Batastini og kolleger (26) målte psykisk symptomnivå før og etter intervensjonen ved hjelp av Symptom Checklist 90-Revised (SCL-90). Resultatene viste at kognitivt-atferdsrettet gruppeterapi (digital eller fysisk) ikke var forbundet med statistisk signifikante forbedringer i psykologisk fungering (beregnet ved MANOVA), (SCL90-R: Pillai's Trace = .02, $F(2, 44) = .38$, $p = .69$, $\eta_p^2 = .02$).

Nadkarni og kolleger (27) målte emosjonell tilstand og humør ved hjelp av selvrapporterte spørreskjemaer, uten å benytte en validert skala. Studien ble gjennomført på en liten populasjon (14 innsatte i intervensjonsgruppen og 13 innsatte i enheten som ikke ble eksponert for naturvideoer). Forfatterne rapporterer at innsatte som så på naturvideoer følte seg betydelig roligere, mindre irritable og mer empatiske. En grafisk fremstilling viser at 8 av 10 innsatte var enige i at positive følelser fremkalt under videovisning vedvarte i flere timer etter eksponeringen. Funnene var basert på selvrapporterte data uten kontrollgruppe.

De kontrollerte studiene som målte psykologisk fungering og emosjonell tilstand viser ikke noen klar og ensartet effekt, og eventuelle forbedringer hos deltakerne var små og kortvarige. Kun to studier undersøkte dette utfallet, og med ulike intervensjoner og måleinstrumenter. Én studie (26) fant ingen meningsfulle forbedringer i psykologisk fungering (ingen reduksjon i psykiske symptomplager) verken sammenlignet med kontrollgruppen eller mellom de to behandlingsvariantene. Den andre studien (27) fant at innsatte som fikk se naturvideoer rapporterte subjektivt at de følte seg roligere, mindre irritable og mer empatiske enn ellers. Det ble imidlertid ikke rapportert resultater som ble sammenlignet med kontrollgruppen, så det er usikkert om forbedringen faktisk skyldes tiltaket.

Det er betydelige usikkerheter i dette funnet, blant annet på grunn av heterogenitet i intervensjoner, utfallsmåling og studiedesign. De inkluderte studiene operasjonaliserte og målte psykisk/emosjonell tilstand på ulike måter, og intervensjonene var svært ulike i de to studiene (gruppe-terapi vs. naturvideo). Begge studiene hadde i tillegg små eller svært små utvalg, og metodiske svakheter (blant annet manglende randomisering og ufullstendig rapportering) som gir betydelig risiko for systematiske skjevheter. Oppfølgingstiden var kort, og effektmålene fanget i hovedsak kun kortsiktige endringer.

Samlet er evidensen for effekt på psykologisk fungering og emosjonell tilstand svært usikker, og ytterligere forskning vil være nødvendig for å trekke sikre konklusjoner.

Arbeidsallianse/relasjon ansatte

Batastini og kolleger (26) målte arbeidsallianse mellom innsatt og terapeut etter en kognitiv-atferdsbasert gruppeterapi (CSG) i isolasjon. Resultatene viste ingen signifikant forskjell i total arbeidsallianse mellom deltakere i fysisk gruppeterapi og digital gruppeterapi. Enkelte aspekter ved alliansen (spesielt tillit/bånd) var sterkere blant deltakerne i fysisk gruppeterapi (justert $g \sim 0,8$; $p \approx 0,05$), noe som tyder på en trend i retning av bedre arbeidsallianse ved fysisk gruppetiltak, men uten et tydelig signifikant funn gitt det begrensede utvalget.

Nadkarni og kolleger (27) rapporterte at 6 av 10 innsatte svarte at de hadde en mer positiv relasjon til ansatte. Dette utfallet var imidlertid baserte på selvrapporterte data uten kontrollgruppe for. Studien kan dermed ikke si noe om effekt.

Samlet sett fremkommer det ingen konsistent tendens til at tiltakene øker arbeidsalliansen, og funnet må tolkes med stor varsomhet. Usikkerheten er betydelig på grunn av få studier, heterogenitet i tiltak, målemetoder og studiedesign. Begge studier hadde svært små utvalg (henholdsvis rundt 30 og 27 deltakere), og betydelige metodiske svakheter som medfører høy risiko for systematiske skjevheter (grunnet blant annet måletidstidspunkter før og etter tiltak, uklarhet i målemetoder, mulige ulikheter i hvordan tiltak er gitt, manglende beskrivelser av håndtering av manglende data og uklare analysemetoder).

Kriminell tenkning

Én studie målte kriminell tenkning (26). Dette ble målt med Psychological Screening Inventory of Criminal Thinking Styles (PICTS) og Measure of Criminogenic Thinking Styles (MOCTS) for kriminogene tankemønstre. Det ble ikke funnet signifikante forskjeller hverken mellom tiltaksgruppene fysisk og digital gruppeterapi eller mellom tiltaksgruppene og kontrollgruppen. Studien finner at kognitiv-atferdsrettet gruppeterapi ikke hadde innvirkning på kriminell tenkning hos deltakerne.

Diskusjon

Hovedfunn

Vi inkluderte seks studier fra USA, publisert i perioden 2016-2025, som undersøkte effekter av miljøtiltak på regelbrudd og på den fysiske og psykiske helsen til innsatte i isolasjon. Studiene hadde til sammen 950 deltakere.

Vi fant ingen studier som besvarte forskningsspørsmålene om effekter av tilsyn og helsetiltak for innsatte i isolasjon med fokus på å forebygge eller redusere risikoen for helseskader eller for å lette isolasjonen for innsatte.

I analysene fokuserte vi på tre av studiene som hadde kontrollgruppe og dermed kan si noe om effekt. Samlet sett tyder funnene på at det ikke er tydelige eller konsistente effekter av miljøtiltak for innsatte i isolasjon på de undersøkte utfallsmålene. Tiltak rettet mot innsatte i isolasjon har begrensede og varierende effekter, med små utslag på kort-siktige og situasjonsnære forhold. For regelbrudd viste studiene relativt små og sprinkelende resultater, og det fins ingen entydig effekt av tiltakene. For psykologisk fungering, arbeidsallianse og kriminell tenkning er det heller ikke funnet klare effekter. Selv om enkelte funn peker på mulige forbedringer var effektene på mer stabile forhold, som kriminelle tankemønstre og alvorlige psykiske vansker gjennomgående små.

Det er betydelig usikkerhet knyttet til funnene i oversikten. Dette skyldes for det første at studiene bygger på ulike design og undersøker heterogene tiltak, noe som gjør sammenligning på tvers krevende. I tillegg er utfallene operasjonalisert og målt på forskjellige måter, og oppfølgingstiden er gjennomgående kort, slik at resultatene i hovedsak sier noe om kortsiktige endringer. Studiene var få og har også relativt små utvalg, og flere av dem har metodiske svakheter som øker risikoen for systematiske skjevheter. For flere av utfallsmålene bygger kunnskapen dessuten på enkeltstudier. Samlet innebærer dette at kunnskapsgrunnlaget er begrenset, og at det trengs mer solid forskning før det kan trekkes sikre konklusjoner om effekt.

Er kunnskapsgrunnlaget dekkende og anvendelige?

Kunnskapsgrunnlaget svarer i begrenset grad på forskningsspørsmålet. Vi identifiserte ingen studier som besvarte forskningsspørsmålene om effekter av tilsyn og helsetiltak for innsatte i isolasjon med fokus på å forebygge eller redusere risikoen for helseskader eller for å lette isolasjonen for innsatte.

Overordnet gir studiene relevant, men fragmentert kunnskap om hvordan ulike miljørettede tiltak virker på innsatte i isolasjon, med utgangspunkt i ulike former for isolasjon, i fengselssystemer som varierer betydelig. Denne heterogeniteten begrenser generaliserbarheten av resultatene i denne oversikten. Videre er fysiske helseutfall i liten grad undersøkt, og måles i hovedsak indirekte gjennom sultestreik som proxy-mål, slik at denne delen av problemstillingen i stor grad forblir ubesvart. Kunnskapen om effekter på psykisk helse er generelt begrenset, særlig ved mer alvorlige eller langvarige tilstander. Enkelte studier beskriver tiltak som kun medfører at innsatte får noe mer tid utenfor cellen, uten at dette nødvendigvis innebar meningsfull sosial kontakt. Mange av tiltakene i denne oversikten hadde fokus på å redusere regelbrudd, annen uønsket atferd eller minske sosial og sensorisk deprivasjon, men uten at tiltaket hadde som mål å oppfylle kravene til meningsfull sosial kontakt i henhold til f.eks. Mandelareglene, eller uten at hensikten med tiltaket nødvendigvis var å redusere innvirkningen isolasjon har på den fysiske og psykiske helsen til den innsatte. Samlet betyr dette at forskningsspørsmålet om effekter av miljøtiltak overfor innsatte i isolasjon kun delvis besvares. Mens kunnskapen om effekt når det gjelder langsiktige effekter ikke kan besvares, er kunnskapen om kortsiktige effekter begrenset og svært usikker.

Anvendeligheten av kunnskapsgrunnlaget har noen klare begrensninger, men også styrker. Studiene er gjennomført i reelle fengselskontekster, noe som gir praktisk relevans, og flere av funnene – særlig knyttet til betydningen av stimuli, kontakt og reduksjon av isolasjonsbelastning er sannsynligvis overførbare på et overordnet nivå. Samtidig er alle studiene gjennomført i amerikanske fengsler, som skiller seg vesentlig fra norsk kriminalomsorg når det gjelder rammebetingelser, soningsforhold og bruk av isolasjon. Dette inkluderer trolig også svakere juridiske rettigheter og holdninger til helsehjelp som kan påvirke både gjennomføring og effekt av tiltaket. Dette begrenser direkte overførbarhet. I tillegg gjør svakt metodisk grunnlag og usikre effektestimater basert på små studier at funnene i hovedsak bør brukes som støtte for retning og utvikling av praksis, heller enn som grunnlag for konkrete tiltak eller beslutninger.

De inkluderte studiene undersøkte svært ulike typer miljøtiltak. Tiltakene varierte både i innhold, intensitet og gjennomføringsform, samt i hvilken grad de involverte sosial interaksjon og terapeutisk oppfølging. Disse forskjellene gjør det krevende å sammenligne resultatene direkte og å vurdere tiltakene som én samlet intervensjonstype. Variasjonen i tiltak kan bidra til å forklare hvorfor funnene spriker, og begrenser muligheten til å trekke overordnede konklusjoner om effekt på tvers av studiene.

Etiske refleksjoner

Vi har begrenset grunnlag for å diskutere etiske implikasjoner basert på de inkluderte studiene. Temaet gjelder imidlertid sårbare grupper og tiltak som kan være skadelige for dem de rettes mot, slik forskning på isolasjon i fengsel viser (12-14). Samtidig brukes isolasjon også for å ivareta sikkerheten til andre innsatte og ansatte, og kan dermed framstå som et «nødvendig onde». Å redusere bruken av isolasjon kan derfor også få konsekvenser for andres psykiske og fysiske helse.

Bruk av isolasjon er knyttet til mulige menneskerettighetsbrudd. Tiltak som skal forebygge eller redusere skadevirkninger av isolasjon, kan samtidig bidra til å opprettholde eller forlenge isolasjonen. Når isolasjon besluttet av kriminalomsorgen, vil miljøtiltak ha som mål å redusere belastningen for den innsatte. For helsepersonell kan dette skape et etisk dilemma, fordi tiltakene også kan bidra til at den innsatte bedre tåler isolasjon. Tiltak for å lette isolasjon må derfor vurderes opp mot tiltak som begrenser eller forkorter bruken av isolasjon.

Fagpersoner vi har vært i kontakt med peker på at det finnes tiltak, både i Norge og internasjonalt, for å redusere isolasjon og isolasjonsskader. Disse gjennomføres og evalueres imidlertid sjelden systematisk, og det finnes lite forskning. En mulig forklaring er at økt oppmerksomhet om å redusere belastningen ved isolasjon er relativt ny. Samtidig er det metodisk og etisk krevende å gjennomføre studier med kontrollgrupper i denne konteksten. Innsatte flyttes ofte mellom fengsler eller soningsformer, og kan gå inn og ut av isolasjon. Det kan også være problematisk å gi noen innsatte tiltak som skal forebygge isolasjonsskader, uten å gi det samme tilbudet til andre. Videre kan enkelte sårbare innsatte kanskje ikke føle en reell mulighet til å samtykke, eller ikke ønsker å samtykke til å delta i slike studier.

Kan vi stole på kunnskapsgrunnet?

Selv om flere av undersøkelsene er gjennomført i høysikkerhetsfengsler- og i en isolasjonskontekst, og slik øker relevansen for praksisfeltet, er kunnskapsgrunnet basert på basert på få studier med små utvalg. Små utvalg og høyt frafall reduserer den statistiske styrken og øker risikoen for systematiske skjevheter. Manglende randomisering i to av studier innebærer også fare for seleksjonsbias. Videre kan variasjonen i implementeringen, som ulik gjennomføring av tiltak eller bruk av forskjellige terapeuter, svekke den interne validiteten i én av studiene. Utstrakt bruk av selvrapporterte mål kan introdusere skjevheter knyttet til sosial ønskeverdighet og motivasjon. At studiene er gjennomført i spesifikke amerikanske fengselskontekster, begrenser overføringsverdien til andre systemer, herunder norsk kriminalomsorg. Endelig gjør variasjonen i tiltak og målemetoder det krevende å sammenligne studiene direkte og trekke entydige konklusjoner på tvers. Heterogeniteten i hvordan utfall er operasjonalisert, målt og presentert, samt at resultatene peker i ulike retninger gir manglende konsistens. Ulikheter i tiltak, sammenligninger og utfallsmål gjør at funnene mangler direktehet. Det er også stor usikkerhet rundt hvor presise resultatene er. I tillegg er oppfølgingstiden ofte kort eller fraværende, noe som gjør det vanskelig å vurdere om effektene er varige. Dette gjør at vi i liten grad kan si noe sikkert om effektene av de studerte tiltakene, og samlet sett innebærer dette at evidensen må i hovedsak tolkes som indikasjoner snarere enn sikre konklusjoner.

Styrker og svakheter ved denne systematiske oversikten

Styrker ved denne systematiske oversikten er at vi har utført omfattende og grundige søk etter studier i aktuelle databaser, og vi har i tillegg søkt i andre aktuelle kilder. Dialog med sentrale fagpersoner på feltet understøtter våre funn av at det finnes svært få studier som undersøker effekten av tiltak som skal forebygge isolasjonsskader eller lette isolasjon for innsatte i fengsel. Vi har i tillegg vurdert metodiske begrensninger ved de inkluderte studiene.

En mulig begrensning med denne oversikten er at vi, fordi vi avsluttet gjennomgangen av referanser før alle var gjennomgått, ikke kan utelukke at det kan finnes aktuelle studier blant de resterende referansene. Vi anser det imidlertid som lite sannsynlig at det skulle være mange eller særlig sentrale studier, og at disse ville endret konklusjonen om at det er gjennomført få studier på tiltak som har som mål å forebygge isolasjonsskader eller lette isolasjon for innsatte i fengsel. Maskinlæringsfunksjonene i EPPI (20) har også løftet eventuelle relevante studier framover i køen, og minimerer ytterligere risikoen for å ha utelukket relevante studier.

Når vi identifiserte så få studier på effekten av tiltak rettet mot innsatte i fengselsisolasjon, kunne en utvidelse av inklusjonskriteriene til å også inkludere kvalitative studier bidratt til å i større grad belyse tematikken. Selv om vi på den måte ikke kunne sagt noe om effekt, kunne vi trolig bedre belyst innsatte, og eventuelt ansattes, erfaringer med denne typen tiltak, og på den måten bidratt til en bedret forståelse av hvorfor og hvordan de eventuelt virker eller ikke, samt si noe om de er akseptable og gjennomførbare.

På grunn av heterogeniteten i de inkluderte studiene var det ikke aktuelt å gjøre metaanalyser på ett eller flere av utfallsmålene, og resultatene ble derfor syntetisert narrativt i tråd med SWiM-retningslinjen. Vi utførte heller ikke en systematisk vurdering av tillit til resultatene ved bruk av GRADE (23), men benyttet likevel GRADEs domener risiko for bias, inkonsistens, indirekthet og upresisjon som et rammeverk for en narrativ beskrivelse av studienes begrensninger og usikkerhet knyttet til effektestimaterne.

Overensstemmelse med andre studier

I vår gjennomgang av litteratur identifiserte vi også kvalitative studier som undersøkte innsattes og ansattes erfaringer. Selv om disse studiene ikke kan si noe om effekten av tiltakene, kan de si noe om hvordan både isolasjon og tiltak for å lette isolasjon oppleves av de innsatte.

En studie fra 2023 (30) beskriver Oregon Resource Team (ORT), et pilotprosjekt gjennomført ved Oregon Department og Corrections. ORT er basert på en norsk, betjent-ledet, tverrfaglig team-basert tilnærming. Hensikten med tilnærmingen er å redusere isolasjon (mindre tid i celle) og forbedre utfall for innsatte med mentale lidelser og historikk med traumer, selvskading og vold mot andre. Studien beskriver tilnærmingen og erfaringene innsatte hadde med den. Fengselsbetjentene ble trent i å fremme positiv

sosial samhandling med de innsatte, utføre løpende og individuelle risikovurderinger, bistå med konfliktdeмпing for å hindre vold, planlegge trygge og meningsfulle sosiale aktiviteter, samt å oppmuntre til deltagelse blant de innsatte. De innsatte ble også forsøkt motivert til å engasjere seg konstruktivt med helsepersonell og sosialtjeneste. ORT hadde også en likemannskomponent der personer som hadde erfaring fra isolasjon i fengsel samarbeidet med betjentene i planlegging og deltagelse i aktiviteter. De bidro til å bygge tillit mellom deltagere og stab, samt i å støtte de innsatte deltagerne sosialt og emosjonelt. Studien bygger i hovedsak på intervjudata med innsatte og ansatte. Delta-gende innsatte opplevde at tiltaket hadde en positiv innvirkning på helse og trivsel, samt at det ga lindring med tanke på noen av utfordringene med mental helse. De opplevde også bedre relasjoner til ansatte, som de følte ga dem emosjonell støtte. Flere deltagere trakk også fram at de opplevde at ORT hadde ført til positiv endring og mer motstandsdyktighet mot de negative følgene av isolasjon, at det ga håp og at de følte seg tryggere og mindre sårbare. Også ansatte rapporterte om positive erfaringer.

I en studie fra 2021 (31) ser forskerne tre endringer som er gjort i fengsler i staten Washington, USA, for å minimere fysiske og psykiske skader som er assosiert med isolasjon i fengsel. De tre tiltakene er å bygge rom hvor det avspilles videoer av natur og uterom (nature imagery rooms), avskaffelse av straff for selvskade og å gjennomføre daglige helsesjekker på cella (cell-front wellness checks). Materialet studien baserer seg på er 183 dybdeintervjuer med stab og innsatte i isolasjon. Studien finner at de tre reformene hadde begrenset suksess, og også skapte nye konflikter. Institusjonell logikk og tankegang rundt deprivasjon, risikostyring og ansvar sto i veien for forsøkene på lette soningen i isolasjon. Forfatterne mener at den begrensede suksessen til dels skyldes individuelle valg både blant de innsatte og staben som jobber i enheten, samt kulturelle normer som former tilværelsen i enhetene. Forfatterne hevder videre at tiltak som søker å lette isolasjon for innsatte, også kan øke stresset som både innsatte og ansatte opplever.

Vi identifiserte videre noen studier som, selv om de ikke omhandler erfaringer med tiltak rettet mot innsatte i isolasjon i fengsel direkte, berøres av tematikken for denne oversikten. En studie omhandlet ergoterapeuters erfaring med pasienter i rettsmedisinsk isolasjon (forensic solitary confinement)(32), og hvordan disse jobber for fremme arbeid eller aktivitet og rehabilitering blant de innsatte. En annen studie så på erfaringer med isolasjon i fengsel der tiltak for å lette isolasjonen ikke ble direkte tematisert (33). Støtte, tjenester og aktiviteter, og hvordan dette påvirket erfaringene med isolasjon, ble imidlertid nevnt av noen av deltagerne i denne studien. En tredje studie der både innsatte og ansatte er intervjuet ser på opplevde barrierer for omsorg, og hvordan innsatte i isolasjon opplever at kulturelle og strukturelle barrierer kommer i veien for helsetjenester i fengsel (34). Selv om disse faller utenfor fokuset for denne oversikten, så kan de være med å gi et innblikk i hvilke tiltak som kan være med å forebygge isolasjonsskader eller lette isolasjon for innsatte i fengsel.

Det er viktig å påpeke her at vi ikke har søkt og lett systematisk etter kvalitative studier på dette feltet da dette ikke var en del av oppdraget, og at det dermed trolig finnes flere studier enn de som er nevnt her.

Kunnskapshull

I utarbeidelsen av denne systematiske oversikten identifiserte vi flere kunnskapshull og områder med behov for mer forskning:

- Vi identifiserte ingen studier som hadde til hensikt å undersøke tilsyn (hyppighet, kvalitet, relasjonelt innhold) og helsetiltak for å forebygge eller redusere risikoen for isolasjonsskader eller lette isoleringen for innsatte i isolasjon. De fleste studiene omhandlet miljørettede tiltak for å minske regelbrudd/normbrytende atferd hos innsatte og dermed redusere behovet for isolasjon fremfor å lette innvirkningen isolasjonen har.
- Studiene som er inkludert i oversikten framstår noe forenklet i sin metodiske tilnærming, og går i liten grad inn i kompleksteteten rundt isolasjon i fengsel. Tiltak med hensikt å gi isolerte «meningsfull menneskelig kontakt» blir i svært liten grad definert eller problematisert i tiltakene, og det er dermed uklart om tiltaket oppfyller føringene som er lagt for hva meningsfull menneskelig kontakt skal være.
- Vi identifiserte ingen studier fra Norge og Norden for øvrig som undersøker effekten av tiltak som skal forebygge isolasjonsskader eller lette isolasjon for innsatte i fengsel.
- Effekten av tiltak på fysiske helseutfall er i stor grad uutforsket. Fysisk helse undersøkes indirekte (f.eks. gjennom sultestreik), og det mangler systematisk kunnskap om flere relevante kliniske utfallsmål som f.eks. søvn, ernæring og fysisk aktivitet. Få studier undersøkte effekten av tiltak på psykiske helseutfall. Særlig gjelder dette for alvorlige eller langvarige tilstander.
- Kunnskapen om kort- og langtidsvirkninger av tiltakene er uklare. Vi identifiserte ingen studier som undersøkte langtidsvirkninger – de fleste studiene målte effekter umiddelbart eller kort tid etter tiltaket. Det er i liten grad undersøkt om mulige observerte forbedringer i psykisk helse eller atferd vedvarer over tid, særlig etter løslatelse eller overgang til mindre restriktive forhold.
- Vi identifiserte ingen studier som undersøkte effekten av tiltak rettet hovedsakelig mot kvinnelige innsatte i isolasjon.
- Vi identifiserte ingen studier som spesifikt undersøker effekt av tiltak på ungdom 15-17 år.

Resultatenes betydning for praksis

Denne systematiske oversikten viser at kunnskapsgrunnlaget er mangelfullt om effekten av tilsyn og helsetiltak for innsatte i isolasjon. Med kun tre inkluderte kontrollerte

studier viser gjennomgangen at kunnskapsgrunnlaget om effekten av miljøtiltak er begrenset, og preget av studier med betydelig risiko for systematiske skjevheter. Samlet innebærer dette at kunnskapsgrunnlaget gir svake indikasjoner snarere enn sikre svar. Det peker på at enkelte tiltak kan ha svak positiv effekt, men det gir ikke et tilstrekkelig solid grunnlag for å konkludere tydelig om effekten av miljørettede tiltak på den innsattes psykiske eller fysiske helse i isolasjon, og følgelig hvilken betydning resultatene kan ha for praksis.

Det er behov for forskning med høyere kvalitet, særlig studier med kontrollgrupper i den grad det praktisk og etisk lar seg gjøre, studier med lengre oppfølgingstid og større vekt på fysisk og psykisk helse og kontekstuelle faktorer. Slike faktorer kan være hvilke grupper av den isolerte fengelsespopulasjonen tiltaket forsøker å nå, differensiering av isolasjonsårsak, hvilke organisatoriske rammer isolasjonen skjer innenfor og etiske refleksjoner rundt tiltak som indirekte kan forlenge isolasjonen framfor å forkorte og begrense bruken.

Til slutt peker resultatene på et klart behov for at praksis og kunnskapsutvikling ses i sammenheng. Når evidensen er begrenset, blir det særlig viktig at tiltak som tas i bruk følges av systematisk oppfølging og vurdering av effekt. I praksis betyr dette å etablere rutiner for observasjon, dokumentasjon og evaluering av hvordan ulike tiltak påvirker innsattes helse og fungering over tid. En slik tilnærming kan både bidra til bedre kvalitet i tjenestene her og nå, og samtidig styrke kunnskapsgrunnlaget på feltet fremover. Inntil dette foreligger, bør praksis utvikles med utgangspunkt i tilgjengelig kunnskap, kombinert med lokal tilpasning og systematisk evaluering.

Konklusjon

Det finnes svært lite forskning på effekter av miljøtiltak under isolasjon som har til hensikt å forebygge eller redusere risikoen for helseskader eller lette isolasjonen for innsatte. Når det gjelder tilsyn og helsetiltak fant vi ingen studier. Denne gjennomgangen viser at kunnskapsgrunnlaget er svært begrenset og mangelfullt, med få studier, metodiske svakheter, og små utvalg fra kontekster som kun delvis kan sammenlignes med den norske. Oversikten finner at tiltak rettet mot innsatte i isolasjon har begrensede og varierende effekter, med noen små positive utslag på kortsiktige og situasjonsnære utfall. Det samlede kunnskapsgrunnlaget viser at det ikke er tydelige eller konsistente effekter av miljøtiltak for innsatte i isolasjon på regelbrudd, psykologisk fungering, relasjon til ansatte eller kriminell tenkning. Det er behov for mer forskning, særlig studier med sterkere design, lengre oppfølgingstid og større vekt på fysiske og psykiske helseutfall og kontekstuelle faktorer. Inntil dette foreligger, bør praksis utvikles med utgangspunkt i tilgjengelig kunnskap, kombinert med lokal tilpasning og systematisk evaluering.

Referanser

1. UN Nelson Mandela Rules | Solitary Confinement [Available from: <https://www.solitaryconfinement.org/un-nelson-mandela-rules>.
2. –2025) PL. Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak) Prop. 165 L (2024–2025) Endringer i straffegjennomføringsloven mv. (isolasjon i fengsel).
3. Centre PRIatEHR. Essex paper 3: Initial guidance on the interpretation and implementation of the UN Nelson Mandela Rules. Penal Reform International Head Office; 2017.
4. Rua M SP. Isolasjon - et fengsel i fengselet: Cappelen Damm Akademisk; 2019.
5. Lov om gjennomføring av straff mv. (straffegjennomføringsloven) - Lovdata [Available from: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-05-18-21>.
6. Foreslår lovendringer for å redusere isolasjon i fengslene [Available from: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/foreslar-lovendringer-for-a-redusere-isolasjon-i-fengslene/id3117250/>.
7. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-9 (lovdata.no) [Available from: <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30/%C2%A73-1>.
8. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd (lovdata.no) [Available from: Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd (lovdata.no)
9. Lovvedtak 37 (2025-2026) - stortinget.no [Available from: <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Vedtak/Beslutninger/Lovvedtak/2025-2026/vedtak-202526-037/>.
10. Sivilombudsmannen. SÆRSKILT MELDING TIL STORTINGET OM ISOLASJON OG MANGEL PÅ MENNESKELIG KONTAKT I NORSKE FENGSLER, Dokument 4.3, 2018/19. 2018/19.
11. Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel, Veileder til lov og forskrift [Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/helse-og-omsorgstjenester-til-innsatte-i-fengsel/den-kommunale-helse-og-omsorgstjenestens-oppfolging-av-innsatte-under-oppholdet-i-fengsel>.
12. Dellazizzo L LM, Giguère CE, Goulet MH and Alexandre Dumais A. s mental illness associated with placement into solitary confinement in correctional settings? A systematic review and meta-analysis. International Journal of Mental Health Nursing. 2020;2020(29):576–89.
13. Favril L SJ, Fazel S. . Prevalence and risk factors for suicide attempts in prison. Clinical Psychology Review. 2022;97.
14. Luigi M DL, Giguère CÉ, Goulet MH, Dumais A. Shedding Light on "the Hole": A Systematic Review and Meta-Analysis on Adverse Psychological Effects and Mortality Following Solitary Confinement in Correctional Settings. Front Psychiatry. 2020;2020 Auf 19(11).
15. Slik oppsummerer vi forskning [nettdokument]: Folkehelseinstituttet; [updated 22.04 2022. Available from: <https://www.fhi.no/nettpub/metodeboka/>.
16. Higgins JPT TJ, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA (editors). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.2 (updated February 2021).
17. Langøien LJ JT, Bugge-Amundsen GEG, Nguyen LH. Effekten av tilsyn, helse- og miljøtiltak på helsen til innsatte i fengselsisolasjon 2026 [Available from:

<https://nva.sikt.no/registration/019cb7ed40ff-f72e5058-7372-4658-a069-2476fa28e3c5>.

18. Sterne JAC SJ, Page MJ, Elbers RG, Blencowe NS, Boutron I, Cates CJ, Cheng H-Y, Corbett MS, Eldridge SM, Hernán MA, Hopewell S, Hróbjartsson A, Junqueira DR, Jüni P, Kirkham JJ, Lasserson T, Li T, McAleenan A, Reeves BC, Shepperd S, Shrier I, Stewart LA, Tilling K, White IR, Whiting PF, Higgins JPT. RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*. 2019;366(4898).
19. Quality Assessment Tool for Before-After (Pre-Post) Studies With No Control Group.
20. Thomas J GS, Brunton J, Ghouze Z, O'Driscoll P, Bond M, et al. EPPIReviewer: advanced software for systematic reviews, maps and evidence synthesis. 2022.
21. Barker TH HN, Aromataris E, Stone JC, Leonardi-Bee J, Sears K, et al. . The revised JBI critical appraisal tool for the assessment of risk of bias quasi-experimental studies. *JBI Evid Synth* 2024;22(3):378–88.
22. Synthesis without meta-analysis (SWiM) in systematic reviews: reporting guideline. *BMJ*. 2020;368(l6890).
23. Guyatt G OA, Akl EA, Kunz R, Vist G, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction—GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol*. 2011;64(4):383–94.
24. Batastini Ashley B, Cook K, Hoyt A. A longitudinal examination of stepping up, stepping out with incarcerated men in restrictive housing: An expansion of the 2021 pilot. Special Issue: Emerging Issues in Correctional Policy, Research, & Practice. 2024;30(1):48–58.
25. Batastini Ashley B, Lester Michael E, Morgan Robert D, Atterberry E. Stepping Up, Stepping Out: A program description and preliminary findings. *Psychological services*. 2021;18(4):679–88.
26. Batastini Ashley B, Morgan Robert D. Connecting the disconnected: Preliminary results and lessons learned from a telepsychology initiative with special management inmates. *Psychological services*. 2016;13(3):283–91.
27. Nadkarni NM, Hasbach PH, Thys T, EG EC, Schnacker L. Impacts of nature imagery on people in severely nature-deprived environments. *Frontiers in Ecology and the Environment*. 2017;15(7):395–403.
28. Tamburello A, Edelman K, Reeves R. Hunger strikes after restricted housing reform. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. 2025;53(1):45–54.
29. Tostlebe JJ, Pyrooz DC, Labrecque RM, Useem B. Experimental effects of a restrictive housing step-down program on violent and non-violent misconduct. *JOURNAL OF CRIMINAL JUSTICE*. 2025;99.
30. Cloud David H, Haney C, Augustine D, Ahalt C, Williams B. The resource team: A case study of a solitary confinement reform in Oregon. *PloS one*. 2023;18(7):e0288187.
31. Augustine D, Barragan M, Chesnut K, Pifer Natalie A, Reiter K, Strong Justin D. Window dressing: possibilities and limitations of incremental changes in solitary confinement. *Health & justice*. 2021;9(1):21.
32. Mynard L, Joosten A, D'Souza A, Ashley D, Darzins S. Occupational therapy with patients in forensic solitary confinement: A qualitative study. *Australian occupational therapy journal*. 2024;71(4):447–60.
33. Brisbane R, Connell R, Bremner K, Walker H. 'I was in a Jail within a Jail': Prisoner's Experiences of Segregation within the Scottish Prison Service. *INTERNATIONAL JOURNAL OF FORENSIC MENTAL HEALTH*. 2025;24(1):69–78.
34. Barragan M, Gonzalez G, Strong Justin D, Augustine D, Chesnut K, Reiter K, et al. Triaged Out of Care: How Carceral Logics Complicate a 'Course of Care' in Solitary Confinement. *Healthcare (Basel, Switzerland)*. 2022;10(2).

Vedlegg 1: Søkestrategi

Ovid MEDLINE(R) ALL <1946 to January 28, 2026>

- 1 Prisons/ 12159
- 2 Jails/ 429
- 3 Correctional Facilities/ 284
- 4 Prisoners/ 19832
- 5 Juvenile Delinquency/ 9299
- 6 Incarceration/ 224
- 7 (prison* or imprison* or jail* or detainee* or inmate* or incarcerat* or carceral or carceralit* or in-custody or close-custod* or custodial-setting* or remand or ((correction* or confinement*) adj (setting* or cent* or facilit* or institution* or unit?)) or ((penitentiary or penal) adj (institution? or facilit*)) or ((maximum or supermaximum or supermax or super-max or high) adj security) or (detention* adj1 (pretrial or pre-trial or cent*))) .ti,ab,kf,bt. 45439
- 8 (((youth or young people or young offender* or juvenile or adolescent*) adj3 (detention* or detained or justice or correction*)) or (secure adj2 youth adj2 (facilit* or unit?)) or (juvenile adj (deliquen* or hall* or juvie*)) or young offender institution*) .ti,ab,kf,bt. 3555
- 9 or/1-8 62600
- 10 Social Isolation/ 18007
- 11 (isolation* or seclusion* or ((restrictive or restricted or segregated or special) adj housing*) or ((disciplinary or administrative) adj segregation*) or ((nonsolitary or close or total or disciplinary or cell or room or secure) adj2 confinement*) or protective-custod* or close-supervision or ((single or security) adj cell?) or restrictive regime?) .ti,ab,kf,bt. 454051
- 12 or/10-11 463645
- 13 9 and 12 943
- 14 Solitary Confinement/ 224
- 15 solitary confinement* .ti,ab,kf,bt. 204
- 16 or/13-15 1281
- 17 limit 16 to yr="2015-current" 731

Embase <1974 to 2026 January 27>

- 1 correctional facility/ 20484
- 2 prisoner/20972
- 3 incarceration/ 3320
- 4 imprisonment/ 609

- 5 juvenile delinquency/ 8497
- 6 (prison* or imprison* or jail* or detainee* or inmate* or incarcerat* or carceral or carceralit* or in-custody or close-custod* or custodial-setting* or remand or ((correction* or confinement*) adj (setting* or cent* or facilit* or institution* or unit?)) or ((penitentiary or penal) adj (institution? or facilit*)) or ((maximum or supermaximum or supermax or super-max or high) adj security) or (detention* adj1 (pretrial or pre-trial or cent*)))ti,ab,kf,bt. 55754
- 7 (((youth or young people or young offender* or juvenile or adolescent*) adj3 (detention* or detained or justice or correction*)) or (secure adj2 youth adj2 (facilit* or unit?)) or (juvenile adj (deliquen* or hall* or juvie*)) or young offender institution*).ti,ab,kf,bt. 4433
- 8 or/1-7 73734
- 9 isolation/5602
- 10 isolation facility/ 602
- 11 social isolation/ 40819
- 12 contact isolation/ 518
- 13 (isolation* or seclusion* or ((restrictive or restricted or segregated or special) adj housing*) or ((disciplinary or administrative) adj segregation*) or ((nonsolitary or close or total or disciplinary or cell or room or secure) adj2 confinement*) or protective-custod* or close-supervision or ((single or security) adj cell?) or restrictive regime?).ti,ab,kf,bt. 567371
- 14 or/9-13 591194
- 15 8 and 14 1282
- 16 solitary confinement/ 116
- 17 solitary confinement*.ti,ab,kf,bt. 208
- 18 or/15-17 1473
- 19 limit 18 to yr="2015-current" 803

APA PsycInfo <1806 to January 2026 Week 4>

- 1 correctional institutions/ 3581
- 2 prisons/ 9820
- 3 incarcerated/ 13243
- 4 incarceration/ 8183
- 5 maximum security facilities/ 295
- 6 juvenile delinquency/ 19585
- 7 (prison* or imprison* or jail* or detainee* or inmate* or incarcerat* or carceral or carceralit* or in-custody or close-custod* or custodial-setting* or remand or ((correction* or confinement*) adj (setting* or cent* or facilit* or institution* or unit?)) or ((penitentiary or penal) adj (institution? or facilit*)) or ((maximum or supermaximum or supermax or super-max or high) adj security) or (detention* adj1 (pretrial or pre-trial or cent*)))ti,ab,id,bt. 51750
- 8 (((youth or young people or young offender* or juvenile or adolescent*) adj3 (detention* or detained or justice or correction*)) or (secure adj2 youth adj2 (facilit* or unit?)) or (juvenile adj (deliquen* or hall* or juvie*)) or young offender institution*).ti,ab,id,bt. 8339
- 9 or/1-8 72605

10 social isolation/ 10686
 11 social deprivation/ 1145
 12 (isolation* or seclusion* or ((restrictive or restricted or segregated or special) adj housing*) or ((disciplinary or administrative) adj segregation*) or ((nonsolitary or close or total or disciplinary or cell or room or secure) adj2 confinement*) or protective-custod* or close-supervision or ((single or security) adj cell?) or restrictive regime?).ti,ab,id,bt. 48924
 13 or/10-12 53340
 14 9 and 13 1184
 15 solitary confinement*.ti,ab,id,bt. 347
 16 or/14-15 1382
 17 limit 14 to yr="2015-current" 522
 18 remove duplicates from 17 522

Web of Science

Searches:

1: (prison* or imprison* or jail* or detainee* or inmate* or incarcerat* or carceral or carceralit* or in-custody or close-custod* or custodial-setting* or remand or ((correction* or confinement*) NEAR/0 (setting* or cent* or facilit* or institution* or unit\$)) or ((penitentiary or penal) NEAR/0 (institution\$ or facilit*)) or ((maximum or supermaximum or supermax or super-max or high) NEAR/0 security) or (detention* NEAR/0 (pretrial or pre-trial or cent*))) (Topic) Results: 73357
 2: (((youth or young-people or young-offender* or juvenile or adolescent*) NEAR/2 (detention* or detained or justice or correction*)) or (secure NEAR/2 youth NEAR/2 (facilit* or unit\$)) or (juvenile NEAR/0 (deliquen* or hall* or juvie*)) or young-offender-institution*) (Topic) Results: 7137
 3: #2 OR #1 Results: 78396
 4: (isolation* or seclusion* or ((restrictive or restricted or segregated or special) NEAR/0 housing*) or ((disciplinary or administrative) NEAR/0 segregation*) or ((nonsolitary or close or total or disciplinary or cell or room or secure) NEAR/2 confinement*) or protective-custod* or close-supervision or ((single or security) NEAR/0 cell\$) or restrictive-regime\$) (Topic) Results: 551225
 5: #4 AND #3 Results: 934
 6: Solitary-confinement* (Topic) Results: 437
 7: #6 OR #5 Editions: WOS.SCI,WOS.SSCI Timespan: 2015-01-01 to 2026-01-29 [exact search] Results: 839

Scopus

((TITLE-ABS-KEY (prison* or imprison* or jail* or detainee* or inmate* or incarcerat* or carceral or carceralit* or in-custody or close-custod* or custodial-setting* or remand or ((correction* or confinement*) PRE /0 (setting* or cent* or facilit* or institution* or unit?)) or ((penitentiary or penal) PRE/0 (institution? or facilit*)) or ((maximum or supermaximum or supermax or super-max or high) PRE/0 security) or (detention* PRE/0 (pretrial or pre-trial or cent*))) OR TITLE-ABS-KEY (((youth or young-people or young-offender* or juvenile or adolescent*) W/2 (detention* or detained or justice

or correction*)) or (secure W/2 youth W/2 (facilit* or unit?)) or (juvenile PRE/0 (deliquen* or hall* or juvie*)) or young-offender-institution*)) AND TITLE-ABS-KEY (isolation* or seclusion* or ((restrictive or restricted or segregated or special) PRE/0 housing*) or ((disciplinary or administrative) PRE/0 segregation*) or ((nonsolitary or close or total or disciplinary or cell or room or secure) W/2 confinement*) or protective-custod* or close-supervision or ((single or security) PRE/0 cell?) or restrictive-regime?)) OR TITLE-ABS-KEY (Solitary-confinement*) AND PUBYEAR > 2014 AND PUBYEAR < 2027

1410

Limit to article

Sociological Abstracts

Set#: S1

Searched for: MAINSUBJECT.EXACT("Criminal sentences") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Imprisonment") OR MAINSUBJECT.EXACT("Prisons") OR MAINSUBJECT.EXACT("Juvenile offenders") OR MAINSUBJECT.EXACT("Prisoners") OR MAINSUBJECT.EXACT("Correctional institutions") OR MAINSUBJECT.EXACT("Detention") OR MAINSUBJECT.EXACT("Jails") OR Ti,ab,if(prison* or imprison* or jail* or detainee* or inmate* or incarcerat* or carceral or carceralit* or in-custody or close-custod* or custodial-setting* or remand or ((correction* or confinement*) PRE/0 (setting* or cent* or facilit* or institution* or unit?)) or ((penitentiary or penal) PRE/0 (institution? or facilit*)) or ((maximum or supermaximum or supermax or super-max or high) PRE/0 security) or (detention* PRE/0 (pretrial or pre-trial or cent*)) or ((youth or young-people or young-offender* or juvenile or adolescent*) NEAR/2 (detention* or detained or justice or correction*)) or (secure NEAR/2 youth NEAR/2 (facilit* or unit?)) or (juvenile PRE/0 (deliquen* or hall* or juvie*)) or young-offender-institution*)

Results: 57078

Set#: S2

Searched for: MAINSUBJECT.EXACT("Social isolation") OR ti,ab,if(isolation* or seclusion* or ((restrictive or restricted or segregated or special) PRE/0 housing*) or ((disciplinary or administrative) PRE/0 segregation*) or ((nonsolitary or close or total or disciplinary or cell or room or secure) NEAR/2 confinement*) or protective-custod* or close-supervision or ((single or security) PRE/0 cell?) or restrictive-regime?)

Results: 19097

Set#: S3

Searched for: [S1] AND [S2]

Results: 771

Set#: S4

Searched for: Ti,ab,if(Solitary-confinement*)

Results: 214

Set#: S5

Searched for: [S3] OR [S4]

Results: 924

Set#: S6

Searched for: ([S3] OR [S4]) AND stype.exact("Scholarly Journals")

Results: 827

Set#: S7

Searched for: ([S3] OR [S4]) AND (stype.exact("Scholarly Journals")
AND pd(20150101-20260129))

Results: 360

Vedlegg 2: Bruk av maskinlæring

Vi brukte maskinlæring for å hjelpe oss med å utføre kunnskapsoppsummeringen mer effektivt. Dette vedlegget beskriver hvordan vi brukte maskinlæring. Vi bruker enkelte engelske begreper grunnet mangel på norske begrepsoversettelser innenfor maskinlæringsfeltet, se begrepsforklaringer under.

	Beskrivelse av fremgangsmåte
Steg 1	Vi benyttet Priority screening (se beskrivelse under) for raskere å identifisere referanser som oppfyller inklusjonskriteriene i arbeidet med å vurdere titler og sammendrag
Steg 2	Etter at inklusjonskurven flatet ut, kunne vi anta at vi hadde identifisert majoriteten av inkluderte studier. Vi sluttet å screene da vi hadde vurdert 250 referanser uten å inkludere en studie til.

Begrepsforklaring

Algoritme kan forklares som en fullstendig presis og trinnvis beskrivelse av en prosedyre for operasjoner som er beregnet for å løse et problem.

Maskinlæring er en spesialisering innen kunstig intelligens hvor man bruker statistiske metoder for å la datamaskiner finne mønstre i store datamengder. Enkelt sagt betyr maskinlæring at vi tar i bruk algoritmer som gjør at datamaskinen er i stand til å lære fra og utvikle sin beslutningsstøtte basert på empiriske data som vi fører den med.

Priority screening er en rangeringsalgoritme i programvaren EPPI-Reviewer som læres opp av forskernes avgjørelser om inklusjon og eksklusjon av referanser på tittel- og sammendragnivå. Rangeringsalgoritmer er algoritmer som er trent til å gjenkjenne relevante data og til å presentere dataene etter relevans. Referanser som algoritmen anser som mer relevante basert på forskernes avgjørelser om inklusjon blir skjøvet frem i «køen». På denne måten får vi raskere overblikk over hvor mange referanser som muligens treffer inklusjonskriteriene enn om vi skulle lest referansene i tilfeldig rekkefølge.

Vedlegg 3: Ekskluderte studier lest i fulltekst

Ekskludert på grunn av feil populasjon (n=4)

Nadkarni N M and Thys T M; Ruff J S; Anholt A; Treviño J; Yeo S K;. (2021). Providing Virtual Nature Experiences to Incarcerated Men Reduces Stress and Increases Interest in the Environment. *Ecopsychology*, 13(2), pp.71–83.

Remch Molly and Swink Gregory; Mautz Charles; Austin Anna E; Naumann Rebecca B;. (2024). Association of a novel restrictive housing diversion program with rates of mental health and self-injury in prison. *American journal of epidemiology*, , pp..

Wilson Amy Blank and Phillips Jonathan; L Villodas; Melissa; Parisi Anna; Dohler Ehren; Ginley Caroline;. (2023). Assessing the Potential Efficacy of an Intervention for Incarcerated People With Mental Illness. *Psychiatric services (Washington and D.C.)*, 74(10), pp.1072–1076.

Zarzar T R and Rosen D L; Mayo J P; O'Connell M G; Catlett T L; Reed J G; Williams J B; Sheitman B B;. (2022). Clozapine Reduces Recurrent Suicidal and Self-Injurious Behavior in Treatment-Refractory Incarcerated Individuals. *JOURNAL OF CORRECTIONAL HEALTH CARE*, 28(5), pp.329–335.

Ekskludert på feil tiltak (n=11)

Batastini Ashley B and Davis Riley M; Jones Ashley C. T; Horton Jade;. (2022). Treating women incarcerated in or at-risk of restrictive placements: A statement of the problem and considerations for practice. *Psychological services*, 19(4), pp.648–657.

Butler H Daniel and Solomon Starr; Spohn Ryan;. (2018). Programming in restrictive housing: Considerations for improving outcome evaluations. *Criminal Justice and Behavior*, 45(8), pp.1174–1191.

Butler H Daniel. (2019). An examination of inmate adjustment stratified by time served in prison. *Journal of Criminal Justice*, 64, pp..

DiSciullo Victoria and Krackow Elisa; Smith Merideth;. (2023). An examination of a modified START NOW Dialectical Behavior Therapy-based intervention and a behavioral level system on male inmate misbehavior, aggressive behavior, and suicide precaution status. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 22(2), pp.116–127.

Glowa-Kollisch Sarah and Kaba Fatos; Waters Anthony; Leung Y Jude; Ford Elizabeth; Venters Homer;. (2016). From Punishment to Treatment: The "Clinical Alternative to Punitive Segregation" (CAPS) Program in New York City Jails. *International journal of environmental research and public health*, 13(2), pp.182.

McNeeley S and Palmieri M;. (2025). The Gap Between Intention and Impact: Evaluating an Intervention for Women in Disciplinary Segregation. *Corrections: Policy, Practice and Research*, , pp..

Meyers Travis J and Infante Arynn; Wright Kevin A;. (2018). Addressing Serious Violent Misconduct in Prison: Examining an Alternative Form of Restrictive Housing. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 62(14), pp.4585–4608.

Remch Molly and Mautz Charles; Burke Emily G; Junker Gary; Kaniuka Andrea; Proescholdbell Scott; Marshall Stephen W; Naumann Rebecca B;. (2021). Impact of a Prison Therapeutic Diversion Unit on Mental and Behavioral Health Outcomes. *American journal of preventive medicine*, 61(5), pp.619–627.

Remch Molly and Mautz Charles; Austin Anna E; Junker Gary; Marshall Stephen W; Proescholdbell Scott; Naumann Rebecca B;. (2022). Sustained impacts of North Carolina prison therapeutic diversion units on behavioral outcomes, mental health, self-injury, and restrictive housing readmission. *Preventive medicine*, 164, pp.107318.

Remch Molly and Swink Gregory; Mautz Charles; Austin Anna E; Naumann Rebecca B;. (2023). Evaluation of a prison violence prevention program: impacts on violent and non-violent prison infractions. *Injury epidemiology*, 10(1), pp.36.

Zarzar Theodore R and Mayo James P; 3rd; Rosen David L; Williams Joseph B; Catlett Terri L; O'Connell Maria G; Rashad Genell N; Reed John G; Brown Carrie L; Robbins Brian V; Naftel Herman A; Sheitman Brian B;. (2021). Effect of Clozapine on Time Assigned to Restrictive Housing in a State Prison Population. *The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 49(4), pp.581–589.

Ekskludert på grunn av feil studiedesign (n = 1)

Anonymous. (2025). The Effect of a Self-Compassionate Mindfulness Psychoeducation Program Implemented in Prison on Internalized Stigma, Emotion Regulation, and Forgiveness in Juvenile Delinquents. *clinicaltrials.gov*, , pp..

Ekskludert på grunn av feil utfall (n = 2)

Folk Johanna B and Disabato David J; Daylor Jordan M; Tangney June P; Barboza Sharen; Wilson John S; Bonieskie Lynda; Holwager James;. (2016). Effectiveness of a self-administered intervention for criminal thinking: Taking a Chance on Change. *Psychological services*, 13(3), pp.272–282.

Labrecque Ryan M and Tostlebe Jennifer J; Useem Bert; Pyrooz David C;. (2021). Reforming solitary confinement: the development, implementation, and processes of a restrictive housing step down reentry program in Oregon. *Health & justice*, 9(1), pp.23.

Vedlegg 4: Resultater fra før-og-etter-studier

Batastini 2021:

Analysene i studien viste ifølge forfatterne en reduksjon i emosjonell belastning og i prokriminelle holdninger fra situasjonen før til etter behandling. Det ble derimot ikke funnet noen endring i kriminell tenkning. Deltakerne rapporterte generelt en positiv arbeidsallianse med veileder, men med et noe begrenset terapeutisk bånd. Forfatterne hevder at SUSO kan bidra til å redusere psykisk belastning og kriminalitetsrelaterte holdninger hos innsatte i svært restriktive enheter, men det påvises ingen endring over tid i stabile mønstre av kriminell tenkning. Resultatene må tolkes med forsiktighet på grunn av manglende kontrollgruppe og høy frafallsrate. Årsaken til de registrerte endringene kan ikke automatisk tilskrives tiltaket.

Batastini 2024:

Forfatterne løfter fram reduksjoner fra pre- til postmåling i emosjonelt stress (DHS), prokriminelle holdninger (CSS-M), generell kriminalitetstenkning (GCT) og reaktiv kriminalitetstenkning (RCT), mens det ikke ble funnet endringer i proaktiv kriminalitetstenkning (PCT). Ved 6-måneders oppfølging ble de største og mest konsistente endringene observert mellom pre- og oppfølgingstidspunkt, særlig for DHS, CSS-M, GCT og RCT, mens PCT fortsatt ikke endret seg signifikant. Ifølge studieforfatterne indikerer resultatene vedvarende reduksjoner i flere sentrale utfall. Resultatene må imidlertid tolkes med forsiktighet på grunn av manglende kontrollgruppe. Årsaken til de registrerte endringene kan ikke automatisk tilskrives tiltaket.

Tamburello 2025

Ifølge forfatterne bel det ikke funnet noen betydelig endring i antall sultestreiker per år etter innføringen av ICRA. Varigheten av streikene var imidlertid kortere etter lovendringen. Det var også færre streiker som varte mer enn tre dager. Det var ingen signifikant forskjell i vekttapet mellom periodene. Det var ingen endringer i demografiske karakteristika blant de streikende. Andelen malingering-vurderinger (bevisst simulering eller overdrivelse av symptomer for å oppnå en ytre gevinst) var færre etter lovinnføringen. Årsakene til avslutning av streikene var ofte ukjent, og det ble ikke observert statistisk signifikante forskjeller før og etter ICRA, selv om det var tendenser til kortere

sultestreiker, færre intervensjoner fra fengselsmyndighetene og flere tilfeller der innsatte selv valgte å avslutte streiken. Resultatene må tolks med varsomhet. Studien hadde ingen kontrollgruppe. Årsaken til de registrerte endringene kan ikke automatisk tilskrives lovendringen.

Utgitt av Folkehelseinstituttet
September 2026
Postboks 222 Skøyen
NO-0213 Oslo
Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra www.fhi.no