

Hvordan endre et liv?

Denne artikel er tildelt
en CC-By 4.0 licens

Recovery, desistance, og behovet for aktiv samhandling.¹

Arnild Lauveng, psykologspesialist, phd, førsteamanuensis ved Kriminalomsorgens høgskole og utdanningscenter.

Abstract

In recent years, there has been extensive research on the significance of *desistance* within the prison and probation services, and on *recovery* within the field of mental health. These concepts have had a substantial impact on both theoretical developments and professional practice within their respective service systems. At the same time, they remain relatively unfamiliar outside the fields in which they originated. Many health professionals have never encountered the concept of *desistance*, just as many practitioners within the criminal justice system have limited knowledge of *recovery*.

People in custody and individuals under criminal sanctions often face not only complex but also deeply intertwined challenges, requiring holistic and coherent responses. In this article, I therefore explore similarities and differences between various forms of *recovery* and *desistance* and examine how these perspectives may complement one another in practical work with individuals.

Keywords

Desistance, Recovery, Integrated services, Criminal justice, Mental health
Desistance, recovery, helhetlige tjenestetilbud, Kriminalomsorg, Psykisk helse

1. Innledning

Mange innsatte og domfelte har sammensatte problemer, og et betydelig antall har utfordringer med rus og/eller psykiske lidelser (Tverborgvik et al., 2024). Selvsagt gjelder ikke dette alle. De fleste mennesker med psykiske helseutfordringer begår ikke kriminelle handlinger (Appelbaum, 2020) og ikke alle innsatte og domfelte har psykiske helseutfordringer og/eller uhenksommessig bruk av rusmidler (Tverborgvik et al., 2024). Men for den gruppen som strever med langvarige og sammensatte vansker, er det viktig og relevant at hjelpetiltakene adresserer kompleksiteten i utfordringene deres, og ikke

1. How Do Lives Change? Recovery, Desistance, and the Need for Active Collaboration



bare en avgrenset del av det de strever med. Årsakene til både kriminalitet, uhensiktsmessig bruk av rusmidler og psykiske vansker er sammensatte, og det er mye vi fortsatt ikke vet.

Samtidig vet vi noe. Vi vet at genetisk disposisjon spiller en rolle for utvikling av psykiske lidelser, selv om virkemekanismene er langt mer komplekse enn tidligere antatt (Hyman, 2000). Det har lenge vært kjent at genetiske faktorer kan øke sårbarheten for å utvikle avhengighet av rusmidler, og nyere kunnskap om molekylær genetikk gir økt kunnskap om disse sammenhengene (Uhl, 2004). Genetisk sårbarhet er også foreslått som en av flere mulige komponenter til å forstå kriminalitet, igjen med svært komplekse og sammensatte virkemekanismer (Logan et al., 2026; Van De Weijer & Van Der Laan, 2026).

Vi vet også at belastende hendelser i løpet av barndommen kan være en betydelig risikofaktor for både fysiske og psykiske helseutfordringer (Felitti et al., 1998; Read et al., 2005; Varese et al., 2012) og uhensiktsmessig bruk av rusmidler (Wu et al., 2010; Zhang et al., 2020). I tillegg kan belastende hendelser i barndommen, uhensiktsmessig bruk av rusmidler og psykiske lidelser øke sårbarheten for kriminalitet. Også sosiale problemer, som arbeidsledighet, migrasjon, fattigdom, ensomhet og utenforskap, kan være knyttet til rus, psykiske helseutfordringer og kriminalitet (Driessen, 2006; Varese et al., 2012; Wu et al., 2010).

Desistance har de senere årene blitt et sentralt begrep innen kriminalomsorg, og det finnes etter hvert mange artikler som beskriver betydningen av utvikling av desistance hos innsatte, samt hva som kan lette og hemme denne prosessen (Gjeruldsen & Jensen, 2021; Suzuki et al., 2025; Weaver, 2019; Aagesen, 2024). Innen psykisk helsevern og kommunalt psykisk helsevern er desistancebegrepet imidlertid nokså ukjent. Det benytter man heller begrepet recovery for å beskrive pasienters personlige utvikling i retning større autonomi, livskvalitet og mening, i tillegg til de mer tradisjonelle målene på behandling og tilfriskning (Borg & Karlsson, 2013; Slade, 2009).

Desistance og recovery er ulike begrep, utviklet i ulike fagmiljøer, og det er flere viktige forskjeller mellom dem. Samtidig er det også mange likheter. Begge begrepene beskriver prosesser som utvikles over tid, og som vil kunne påvirkes positivt og negativt både før, under og etter soning. Når man skal arbeide langsiktig, tverrfaglig og helhetlig med mennesker som har sammensatte og langvarige utfordringer, er derfor både recovery og desistance sentralt, og bør inkluderes i det tverrfaglige samarbeidet. For at det skal skje, er det imidlertid nødvendig at helsearbeidere vet mer om desistance og at ansatte innen kriminalomsorgen vet mer om recovery. Og, enda viktigere, at de kan arbeide fleksibelt med prinsipper både fra recovery og desistance for å legge til rette for tiltak som favner helheten i personens situasjon – enten denne akkurat nå har status som innsatt, domfelt, pasient og/eller bruker.



Denne artikkel er tildelt
en CC-By 4.0 licens

Til tross for dette, er det overraskende lite forskningslitteratur som direkte utforsker sammenhengene mellom recovery og desistance. Søk i Web of Science 06.05.26 gav totalt 67 treff på søkelinjen «comparison of recovery/desistance concepts». Av disse 67 treffene var det bare ett treff, en introduksjon til et spesialnummer av *Addiction Research & Theory*, som direkte utforsket sammenhengen mellom de to begrepene (Best & Colman, 2019). I tillegg var det en artikkel som utforsket sammenhengen mellom recovery og desistanceprosesser hos personer som både hadde uhensiktsmessig bruk av rusmidler og kriminell atferd (Colman & Vander Laenen, 2012). De øvrige 65 treffene var artikler som brukte begrepene, men uten å diskutere innholdet i begrepene, eller diskutere begrepene i sammenheng.

Dette betyr imidlertid ikke at begrepene i seg selv er lite brukt. Søk i «Web of Science» samme dag (06.05.26) gav 2615 treff på «desistance», 1 178 872 treff på recovery, 20 634 treff på «recovery mental health» og 5170 treff på «recovery addiction», noe som viser til en bred og rik forskningstradisjon for begrepene – hver for seg. Men sammenligner mellom begrepene er det foreløpig lite av. Dette er bekymringsfullt, gitt at helhetlige og sammensatte tiltak ofte vil være nødvendig for å kunne gi god hjelp til mennesker med komplekse problemer.

1.1. Desistance

Desistance kommer fra verbet «to desist», å avstå, og handler i sin enkleste form om å avstå fra kriminelle handlinger. Det finnes imidlertid flere ulike definisjoner på desistance. Shover (1996, p. 121) definerer desistance som «the voluntary termination of serious criminal participation». Dette impliserer at personen *frivillig* avstår fra kriminalitet, i motsetning til mer tilfeldige pauser, f.eks. i forbindelse med fengsling, sykehusopphold, rehabilitering eller annet. I tillegg presiserer definisjonen at personen avstår fra *alvorlig* kriminalitet, noe som indikerer at det er sannsynlig at personen likevel begår mindre alvorlige lovbrudd.

Samtidig sier definisjonen ikke noe om *hvor lenge* personen avstår fra kriminalitet. Kriminelle handlinger er i sin natur sporadiske, de skjer av og til. Hvis en person begår et ran på mandag, og så ikke gjør noe mer kriminelt den uken, har han² per definisjon «frivillig avstått fra alvorlig kriminalitet» i den perioden, uten at det sier oss mye om hvordan den videre utviklingen vil bli.

En måte å skille mellom slike forventede og kortvarige fravær av kriminalitet og en mer varig og grunnleggende endring, er å betrakte desistance som en prosess som går fra kriminalitet, via en periode med opphold og tilbakefall, og til et «endepunkt» med varig kriminalitetsfrihet (Uggen & Kruttschnitt, 1998). Dette er imidlertid problematisk, fordi varige opphold av kriminalitet per definisjon bare kan fastslås post mortem (Maruna, 2001).

2. I artikkelen bruker jeg «han» som generelt pronomen i denne type eksempler. Han er i disse sammenhengene ment å dekke personer av alle kjønn og kjønnsidentiteter.



En annen metode for å skille mellom tilfeldige fravær og av kriminelle handlinger og mer varige endringer er å skille mellom ulike faser i desistanseprosessen, ofte beskrevet som primær, sekundær og tertiær desistance. Primær desistance, eller handlingsdesistance kan defineres som den konkrete handlingen det er å avstå fra kriminalitet (Gjeruldsen & Jensen, 2021; Maruna, 2003; Nugent & Schinkel, 2016; Weaver, 2019). Sekundær desistance eller identitets desistance defineres som mer substansielle endringer i personens opplevelse av egen rolle og identitet (Gjeruldsen & Jensen, 2021; Maruna, 2003; Nugent & Schinkel, 2016; Weaver, 2019).

Kriminalitet foregår imidlertid alltid i en kontekst, og en viktig del av endring er både å oppleve en tilhørighet til ordinære, ikke-kriminelle miljø og samfunnet som helhet, og også å bli anerkjent og inkludert av andre, ikke-kriminelle borgere, som en medborger. Forskingen til Samson og Laub (1995) viser hvordan svake sosiale bånd kan føre til økt kriminalitet, mens sterke sosiale bånd kan føre til mindre kriminalitet. De viser også hvordan viktige livshendelser, «turning points», som for eksempel det å gifte seg, få barn eller ha et stabilt arbeid kan bidra til store endringer i livsførsel, og et kriminalitetsfritt liv, også sent i livsløpet. Denne typer sosiale prosesser kan også beskrives som tertiær desistance (McNeill, 2015), eller relasjonell desistance (Nugent & Schinkel, 2016).

Sekundær og tertiær desistance er også interessant sett i sammenheng med Shover sin definisjon på desistance som å avstå fra *alvorlig* kriminalitet (Shover, 1996, p. 121). Mange personer som aldri har blitt dømt for noe lovbrudd, og ikke er en del av et kriminelt miljø, begår likevel mindre lovbrudd (kjører for fort, bruker svart arbeidskraft, bruker cannabis, eller lignende), uten at de på noen måte definerer seg selv som kriminelle, eller blir sett på som kriminelle av sine omgivelser. At man har strengere krav til moralsk og lovlydig oppførsel for personer som tidligere har begått alvorlig kriminalitet enn for alle andre, er nok ikke uvanlig i praksis, men blir samtidig et urimelig, og til dels også urettferdig, krav.

Begrepene primær, sekundær og tertiær kan, på samme måte som andre definisjoner på desistance, indikere en lineær prosess fra et startpunkt til et endepunkt. I praksis vil imidlertid desistance være en pågående og langvarig utviklingsprosess, hvor man beveger seg frem og tilbake. En person kan se på seg selv som ikke-kriminell, og også blitt anerkjent av andre som dette, for så å få et tilbakefall til kriminalitet. Avhengig av hvor alvorlig lovbruddet var, og ikke mist hva som skjer videre, kan dette bli en enkeltstående hendelse, eller det kan påvirke personens relasjonelle og/eller identitets- desistance, for kortere eller lengre tid. Denne prosesstilnærmingen, som ser på desistance som en pågående og dynamisk prosess, som påvirkes av både ytre og indre faktorer, er den som vil bli benyttet i resten av denne artikkelen, fordi livet i seg selv er dynamisk, og endringer kan oppstå når som helst i prosessen, så lenge personen er i live.



Denne artikkel er tildelt
en CC-By 4.0 licens

1.2. *Hvilke faktorer kan fremme desistance?*

Når det gjelder primær desistance, kan det utløses av en rekke ulike forhold. Noen av disse vil være mer eller mindre tilfeldige, for eksempel at personen sitter i fengsel, er syk eller har andre kortvarige pauser fra kriminalitet. Andre kan skyldes et aktivt valg og et ønske om å begynne en mer personlig desistanceprosess (Gjeruldsen & Jensen, 2021; Maruna, 2001; Aagesen, 2024).

Personlig desistance derimot, er alltid nettopp en personlig utviklingsprosess, som handler om individets selvoppfatning, mål og ønsker. Du kan bli innvilget tiltak og kan motta behandling, men personlig desistance er alltid en prosess med store krav til personlig engasjement og egeninnsats (Gjeruldsen & Jensen, 2021; Weaver, 2019).

Samtidig er det ulike faktorer som kan støtte denne prosessen. Alder og modning nevnes ofte som relevante faktorer. Mange typer kriminalitet er mest vanlig for ungdom, særlig unge gutter, og alder, modning og nye sosiale roller kan gjøre det lettere og mer naturlig å leve et liv uten kriminalitet (Van De Weijer & Van Der Laan, 2026; Weaver, 2019; Aagesen, 2024). Samtidig som dette kan være korrekt for noen typer kriminalitet, vil det ikke gjelde alle typer kriminalitet, og heller ikke alle kriminelle (Van De Weijer & Van Der Laan, 2026; Weaver, 2019).

Andre teorier ser på betydningen av rasjonelle, aktive valg bort fra kriminalitet, og på sosiale teorier som sosiale og strukturelle faktorer (Gjeruldsen & Jensen, 2021, 2021; Maruna, 2003; Weaver, 2019; Aagesen, 2024). Dette kan være relatert til vendepunktshistorier, hvor personen enten opplever å nå et bunnpunkt hvor det oppleves helt nødvendig med endring, eller opplever andre større endringer livet, for eksempel relatert til partner, jobb, barn, gamle foreldre, egen sykdom eller annet (Samsung og Laub, 1995, Gjeruldsen & Jensen, 2021).

1.3. *Recovery*

På samme måte som for desistance, kan også recovery defineres på ulike måter. Psykisk helsevern er en del av en medisinsk tradisjon, hvor målet gjerne er å gi behandling, slik at pasienten blir «frisk», noe som gjerne måles ved at personen blir kvitt symptomer på sykdom, får økt/ «normalt» funksjonsnivå, eller begge deler (John Read & Jacqui Dillon, 2004/2013; Aarre, Trond, 2018). Innen recovery tradisjonen kalles dette gjerne for medisinsk eller klinisk recovery. Den kjennetegnes ved objektive mål, ofte bruk av tester, at vurderingen gjøres av fagperson (psykolog, psykiater) og at det er fastsatte grenser for hva som er «sykt» og «friskt» (Slade, 2009).

Man møter imidlertid de samme utfordringene her som innen desistance – hvor lenge må man ha vært symptomfri for at man skal kunne se på dette som en varig endring, og ikke bare en god periode mellom mer alvorlige sykdomsperioder? For alvorlige psykiske lidelser, spesielt schizofreni, er det vanlig å vurdere at personen har oppnådd klinisk recovery når han har hatt minst to sammenhengende år uten psykotiske symptomer hvor han har bodd



selvstendig, vært i arbeid eller studert, ikke vært avhengig av trygdeytelser og hatt regelmessig sosial kontakt (Lieberman et al., 2002). Dette løser imidlertid ikke alle utfordringer, etter som det er fullt mulig at personen får nye tilbakefall etter to år, og på samme måte som for desistance, kan full og varig klinisk recovery bare fastslås post mortem.

I tillegg er det ikke definert lignende spesifikke kriterier for milde til moderate psykiske helseutfordringer. I praksis vil personen som regel bli definert som «frisk» når han ikke lenger skårer for aktuelle symptomer på for eksempel depresjon eller angst på et standardisert utredningsskjema. Samtidig betyr ikke symptomreduksjon nødvendigvis at personen selv opplever seg som «frisk», og heller ikke at han kommer tilbake i arbeid eller aktivitet (Lau & Øie, 2021).

I tillegg til de praktiske utfordringene, har den kliniske definisjonen av recovery møtt motstand, både fra brukerorganisasjoner og forskere, fordi den blir for styrt av vurderingen til eksterne eksperter, og i for liten grad tar hensyn til personens egen opplevelse og til andre dimensjoner enn den rent medisinske og observerbare (Slade, 2009; Topor et al., 2018).

Personlig recovery har dermed blitt utviklet som begrep, som en motreaksjon til klinisk recovery. Personlig recovery defineres gjerne som personens egne, selvopplevde bedringsprosess (Anthony, 1993; Slade, 2009; Topor et al., 2018). Personlig recovery defineres ikke som et slutt punkt eller et mål som skal oppnås, men som en kontinuerlig, gjerne livslang, utviklingsprosess. Viktige elementer innen personlig recovery er en opplevelse av håp, mening, tilhørighet og betydning, og dette er helt uavhengig av diagnose eller symptomnivå (Slade, 2009; Topor et al., 2018). Det er dermed fullt mulig at en pasient har oppnådd klinisk recovery med symptomfrihet og funksjon, uten å oppleve personlig recovery med håp, mening og tilhørighet. Samtidig er det motsatte også mulig – en pasient kan godt oppleve personlig recovery med tilhørighet, håp, mening og mestring, - og samtidig også ha symptomer på alvorlig psykisk sykdom og/eller betydelig nedsatt funksjonsnivå (Anthony, 1993; Slade, 2009; Topor et al., 2018).

I tillegg til klinisk og personlig recovery, finnes det også beskrivelser av sosial recovery. Noen forskere inkluderer det sosiale aspektet, med tilhørighet og sosial aksept som en del av personlig recovery (Slade, 2009), mens andre vurderer sosial recovery separat (Topor et al., 2011), og inkluderer da ikke bare personens egen opplevelse av tilhørighet, men også sosiale strukturer som for eksempel muligheten til å finne egnet arbeid, bolig, bli integrert i fritids og nærmiljøaktiviteter og å etablere og opprettholde nettverk uten å bli utsatt for stigmatisering og utestengning (Topor et al., 2011).

Et helt annet aspekt ved recovery er institusjonell recovery, som handler om at personer defineres som for syke til å arbeide, eller oppnå personlig recovery gjennom mening og tilhørighet, mens de samtidig beskrives som for friske til få behandling (Kiely, 2024). Tilfriskning blir dermed basert på institusjonenes vurdering av når det ikke lenger er behov for mer behandling,



eller når det vurderes at pasienten ikke kan nyttiggjøre seg mer behandling (Greener & Moth, 2022). Hensikten med denne vurderingen er dermed ikke å oppnå best mulig livskvalitet for den enkelte, men best mulig utnytting av begrensede ressurser innen helse. Det er dermed mulig å bli vurdert til å ha oppnådd institusjonell recovery uten å ha verken klinisk recovery, personlig recovery bestående av håp, mening og tilhørighet, eller sosial recovery med sosial inkludering, like muligheter og frihet fra stigma.

1.4. *Hvilke faktorer kan fremme recovery?*

For å kunne svare på hva som fremmer recovery, må vi først definere hvilken type recovery vi snakker om. De ulike typene recovery har ulike definisjoner, og det som kan føre til en type recovery, fører ikke automatisk til at kriteriene for en annen type recovery er oppnådd.

Klinisk recovery for alvorlig psykisk sykdom krever som nevnt symptomfrihet, kombinert med økt funksjon, mens klinisk recovery for milde til moderate tilstander ofte baserer seg på symptomfrihet. Symptomfrihet prøver man gjerne å oppnå gjennom tradisjonell behandling, for eksempel medikamentell behandling, psykologisk behandling (ofte mer kortvarige, symptomfokuserede metoder), psykoedukasjon eller en kombinasjon av dette (Lauveng et al., 2016; Aarre, 2018). Selv om dette kan føre til reduksjon eller bortfall av symptomer for kortere eller lengre tid, må behandling gjerne suppleres med andre konkrete tiltak for å også oppnå økt funksjon (Lau & Øie, 2021; Lauveng et al., 2016).

Som nevnt er ikke klinisk og personlig recovery overlappende begrep. Det er mulig å oppnå klinisk recovery uten å ha personlig recovery, og omvendt (Slade, 2009; Slade et al., 2012), og personlig recovery behøver ikke å bety at personen er symptomfri, eller tilfredsstillende spesifikke kriterier for funksjonsnivå. Personlig recovery er en prosess mer enn et mål, og det er en prosess som er unik for hvert individ. Hva som fører til personlig recovery vil dermed variere fra person til person, men arbeid, aktiviteter, bolig og nære relasjoner beskrives ofte som sentralt (Landheim et al., 2016; Topor, 2006).

Nøyaktig hva som oppleves som avgjørende for å oppnå personlig recovery, vil variere, men ofte er det store overlapp mellom personlig og sosialt recovery, nettopp fordi sosiale forhold som bolig, fravær av stigma, gode relasjoner, mulighet til å delta i arbeid og meningsfulle fritidsaktiviteter og integrering i samfunnet er sentralt for både sosial og personlig recovery (Landheim et al., 2016; Slade et al., 2012; Topor et al., 2011). Både sosial og personlig recovery vil dermed påvirkes av i hvilken grad samfunnet gjør det mulig for mennesker som har erfaringer med uhensiktsmessig bruk av rusmidler, psykiske helseutfordringer og/eller kriminalitet å delta aktivt, få nye erfaringer og mulighet til å ha nye roller i samfunnet.

Institusjonell recovery skiller seg fra de andre formene fra recovery ved at det handler mindre om personens egne behov og egen utvikling, og mer om systemenes behov og utfordringer (Greener & Moth, 2022; Kiely, 2024). Det



er nødvendig for et samfunn å sørge for god bruk av felleskapet ressurser, men det er ikke dermed gitt at institusjonell recovery er et gode. For å sikre at fordelene på sikt er større enn ulempene bør det alltid ses i sammenheng med andre former for recovery, og med konsekvensene for person og system over tid. Raskere utskrivning har lite effekt, heller ikke for systemet, hvis det fører til svingdørsproblematikk og raske re-henvisninger (Berg, 2012; Hagen, 2024).

På samme måte som for desistance, vil recovery som regel være en dynamisk, pågående prosess, hvor personen beveger seg mellom ulike former for recovery, og hvor en type recovery kan være viktigere i en fase i livet enn en annen. Det er likevel utfordringer knyttet til definisjonene, ikke minst, knyttet til definisjonsmakt og hvem som skal bestemme om en person er syk eller frisk. Dette blir særlig tydelig knyttet til bruk av tvungen behandling for personer som ikke opplever seg som syke, og tvungen avslutning av behandling for personer som opplever å ha behov for mer behandling enn det helsevesenet mener er nødvendig. Dette er komplekse utfordringer, som blant annet handler om hvilken tvangslovgivning som er nødvendig, og det faller utenfor denne artikkelens rammer med en fullstendig diskusjon knyttet til alle disse utfordringene.

2. Desistance og recovery – hva er likt, og hva er forskjellig?

2.1. Jus og medisin

Desistance og recovery er begrep som begge handler om menneskers mulighet for endring og utvikling. Samtidig kommer begrepene fra ulike tradisjoner – desistance har sin bakgrunn i jus, kriminologi og sosiologi, mens recovery er knyttet til medisin, psykologi, helse og til en viss grad også sosiologi. Dette gir naturlig noen grunnleggende forskjeller.

Kriminalomsorgen i Norge har som motto «Straff som endrer». I denne enkle setningen ligger motsetningene til Kriminalomsorgen i seg selv – det er en straff, påført som en konsekvens for handlinger samfunnet ikke kan akseptere. Men i tillegg er det også et uttalt ønske om at soningen, og tiltakene under soning, skal ha en rehabiliterende og endrende effekt, og gjøre mennesker i bedre stand til å leve gode og kriminalitetsfrie liv etter soning. Noen ganger fungerer dette bra, ofte gjør det det ikke (Riksrevisjonens undersøkelse av helse-, opplærings- og velferdstjenester til innsatte i fengsel, 2022).

Når det gjelder behandling, er det nettopp behandling, som skal gjøre mennesker friskere. I utgangspunktet er all behandling i Norge frivilling, men det finnes enkelte unntak, blant annet innen psykisk helsevern. Personer som har begått kriminalitet mens de hadde en alvorlig endret bevissthetstilstand grunnet sykdom, kan dømmes til tvungen psykiatrisk behandling. Personer som ikke har begått noe kriminelt, men som ikke vurderes samtykkekompetente,



kan også underlegges tvunget psykisk helsevern, av hensyn til egen eller andres sikkerhet, for å forebygge forverring av sykdommen, eller for å øke sannsynligheten for bedring. Denne tvungen kan gjennomføres i døgninstitusjon eller uten døgnopphold (TUD). Det enkle utgangspunktet – straff vs. frivillig behandling med mulighet for utvikling, kan dermed i praksis bli langt mer komplisert.

Det er for eksempel fullt mulig å tenke seg to menn, Morten og Petter, begge 32 år, med en vanskelig oppvekst. Begge har langvarige og sammensatte vansker, begge har omfattende sosioøkonomiske problemer, begge ruser seg, begge har symptomer på psykisk sykdom, ingen av dem er i arbeid eller har noen utdanning utover grunnskole, og begge har et barn med en kvinne de var sammen med en kort stund.

Via noen bekjente blir Morten med på noen innbrudd og en smuglertur, han kjøper medisiner illegalt, og han stjeler i butikker. Han får en dom som han må sone i fengsel, og får etter hvert tilbud om soning ved en rusmestringsenhet. Han får også helsehjelp i fengselet, både samtaler med psykolog og sykepleier, og han får mulighet til arbeidserfaring på et bilverksted. Han er med i pappagruppe, og i samarbeid med barnevernet får han tilbud om kontrollerte samvær med sønnen sin.

Petter ruser seg hovedsakelig på alkohol, og bruker ellers medisiner han får av legen. Han isolerer seg, og utvikler flere symptomer på psykose. Etter gjentatte kortvarige innleggelse på psykiatrisk avdeling får han en schizofreni-diagnose, og blir underlagt tvungen psykiatrisk behandling uten døgnopphold (TUD). Han bor hjemme, i en kommunal leilighet, og får en depotsprøyte hver uke. Depotsprøyten er obligatorisk, og han vet at han vil bli hentet av politiet hvis han nekter å møte frivillig. Medisinene gjør ham trett, og han sover mye. Han har ikke tilbud om utdanning eller arbeidstrening, og er for det meste hjemme. Har oppfølging av hjemmesykepleien som gir ham medisiner, men sjelden har mulighet for samtaler.

Disse eksemplene er selvsagt satt på spissen. Tilbudet til Morten er det ideelle, som noen, men langt fra de fleste, får, og tilbudet til Petter er et absolutt minimum, men ikke usannsynlig. Samtidig viser eksempelet at skillet mellom «pålagt straff» og «frivillig behandling» kan være uklare. Morten, som har begått et lovbrudd, og er idømt en straff, får i praksis langt mer aktiv behandling enn det Petter får. Samtidig er Petter, som ikke har begått noen lovbrudd, pålagt en tvungen, medikamentell behandling, som kan ha alvorlige bivirkninger, og absolutt kan oppleves som en «straff», selv om dette ikke var intensjonen med behandlingen.

2.2. *Ulike typer recovery og desistance*

Som vist over, er det grunnleggende forskjeller mellom desistance og recovery, basert på de ulike systemene de er tilknyttet, men det er også tydelig at det er mange likheter mellom begrepene. Når man ser på de ulike typene av recovery og desistance er det også åpenbart at det er mange fellestrekk

mellom disse (se tabell 1), både når det gjelder hvem som vurderer, hva som vurderes, og hva hensikten med vurderingen er.

Denne artikkel er tildelt
en CC-By 4.0 licens

Tabell 1. Oversikt over ulike typer recovery og desistance, med presisering av hvordan vurderingen utføres, av hvem, og med hvilket fokus. Kvartær, eller juridisk, desistance er ikke et tidligere etablert begrep, men et forslag til beskrivelse av situasjonen når soningen opphører, uavhengig av om det er etablert hensiktsmessig oppfølging av den domfelte eller ikke.

	Måles gjennom	Desistance	Recovery
Type 1	Ekstern vurdering med individfokus.	Primær desistance, handlingsdesistance . Fravær av kriminelle handlinger.	Klinisk recovery. Fravær av symptomer, evt. kombinert med økt funksjon.
Type 2	Personlig utviklingsprosess – livskvalitet og identitet. Vurderes av personen selv.	Sekundær desistance, identitets desistance. Personlig opplevelse av håp, ny rolle, annen identitet.	Personlig recovery. Personlig opplevelse av håp, mestring, mening og tilhørighet.
Type 3	Sosial tilhørighet og sosial vurdering Vurderes delvis av personen selv, og delvis av andre aktører i samfunnet.	Tertiær desistance, relasjonell desistance. Tilhørighet til samfunnet, nye roller, blir vurdert av seg selv og andre som noe annet enn kriminell.	Sosial recovery. Tilhørighet til samfunnet, relasjon, mestring, mening og deltagelse.
Type 4	Ekstern beslutning med systemfokus.	Kvartær desistance, juridisk desistance. Løslatelse, soningen opphører.	Institusjonell recovery. Avslutning av behandling basert på praktiske forhold, rammebetingelser, ressursmangel eller lignende.

2.2.1. Type 1 – Ekstern, «objektiv» vurdering med individfokus

Primær desistance (handlingsdesistance) er definert som opphold av kriminell aktivitet for kortere eller lengre tid (Maruna, 2001; Weaver, 2019; Aagesen, 2024), mens klinisk recovery defineres som en kombinasjon av ingen symptomer og, for de alvorlige psykiske lidelsene, økt funksjon i en periode på minst to år (Lieberman et al., 2002). Begge disse definisjonene er eksterne og bygger på tilsynelatende «objektive» kriterier.

Samtidig vil vurdering av hva som er en kriminell handling alltid være avhengig både av de aktuelle lovene som er aktive på det stedet og det tidspunktet forbrytelsen pågår, og også av de konkrete vurderingene som skjer av dommer/jury, f.eks. av tilregnelighet og intensjon, i tillegg til selve skyldspørsmålet. Selv med objektive kriterier vil disse vurderingene alltid



være preget av subjektivitet, og vil kunne vurderes annerledes i for eksempel en annen rettsinstans.

Det samme gjelder for psykiatriske diagnostiske vurderinger. Hva som regnes som en diagnose vil variere over tid, og selv om man bruker anerkjente tester og metoder, så vil både diagnostisk praksis og vurderinger av funksjon variere mellom ulike fagpersoner, og også mellom ulike faglige miljøer.

Vurderingene er også eksterne, og personen har ofte lite kontroll over dem. Selv om personen selv, i alle fall til en viss grad, kan styre hvilke valg han tar, og om han deltar i kriminell aktivitet eller ikke, har han begrenset mulighet til å påvirke hvordan dette vil bli vurdert, og hvilke rettslige konsekvenser handlingene vil få. Når det gjelder symptomer på sykdom, har som regel personen enda mindre kontroll over dette, og også over hvordan symptomene vurderes av helsepersonell.

Samtidig vil vurderingene ha stor grad av individfokus – det er personens egne handlinger, skyld og eventuelt formildende omstendigheter som vurderes i retten, og det er personens individuelle symptomer som vurderes av helsepersonell. Selvsagt vil hensyn til samfunnsmessige forhold, både sikkerhet, rettsikkerhet og allmenn rettsoppfattelse og rettferdighet være sentralt, men vurderingene handler likevel først og fremst om individet. Innen strafferett vil dette dreie seg om vurderinger av hva som er en rimelig reaksjon på de lovbrudd som er begått og innen helse om hva som er hensiktsmessig behandling. Strafferetten er alltid bygget på tvang, mens helsevesenet i utgangspunktet er frivillig, men med anledning til å benytte tvang der det anses for nødvendig.

2.2.2. *Type 2 – Identitet og livskvalitet*

Mye av litteraturen om recovery og desistance de siste årene konsentrerer seg om personlig recovery og sekundær desistance/identitets desistance (Gjeruldsen & Jensen, 2021; Rennick-Egglestone et al., 2019; Slade, 2009; Weaver, 2019) og delvis også om sosial recovery og sosial desistance (se under). Dette er de områdene hvor likheten er størst mellom begrepene, med vektlegging av selvopplevelse, personlig identitet, håp, utvikling, mestring og livskvalitet (Gjeruldsen & Jensen, 2021; Landheim et al., 2016; Topor, 2006). Også årsakene til personlig recovery og sekundær desistance er delvis overlappende. Hva som er viktig for den enkelte vil variere, men mulighet til nye roller, arbeid, bolig, nære relasjoner, personlige valg, aktivitet og mestring, sammen med naturlig modning, er gjerne sentralt.

Dette er også det området hvor personen egne vurderinger og opplevelser tillegges mest vekt. Det er personen selv som definerer om han er i en prosess av personlig recovery og/eller sekundær desistance. Andre kan være støttespillere og samtalepartnere, men det er personen selv som må eie sin egen prosess.

En av forskjellene mellom begrepene er at personlig recovery legger lite vekt på om personen har symptomer eller ikke, og heller ikke på funksjonsnivå.



Det er den personlige opplevelsen i seg selv som er viktig, ikke ytre faktorer, og det er ingen krav om at personen ikke skal ha symptomer eller ta avstand fra en sykdomsidentitet (Landheim et al., 2016; Slade, 2009). Dette skiller seg fra sekundær desistance. Selv om det er fullt mulig å være i en prosess mot sekundær desistance og samtidig ha tilbakefall til kriminalitet, og selv om desistance absolutt ikke er en linær prosess, vil de fleste definisjonene på sekundær desistance presisere at personen tar avstand fra kriminalitet, og ser på seg selv som en person som ikke er kriminell, og ikke utøver kriminalitet (Gjeruldsen & Jensen, 2021; Maruna, 2003; Nugent & Schinkel, 2016; Weaver, 2019).

2.2.3. Type 3 – Sosial inkludering og sosial aksept

Dette er også et område hvor det er betydelig overlapp mellom recovery- og desistance- begrepet, og hvor det er uklare grenser opp mot personlig recovery og sekundær desistance. På den ene siden handler det om individets egen vurdering av sin rolle i samfunnet, og på den andre siden om de rollene han faktisk har mulighet til å innta. For å gå fra en identitet som for eksempel schizofren til en identitet som for eksempel musiker kreves det flere ting. For det første må personen få mulighet til å prøve seg i en annen rolle (spille musikk), for det andre må han oppleve å bli anerkjent av andre i denne rollen (spille sammen med andre, ha tilhørere, få oppdrag, eller lignende), og gjennom denne prosessen identifisere seg mer med rollen som musiker enn som schizofren (Lauveng et al., 2015). For noen vil det være en fullstendig endring fra en rolle til en annen, andre vil veksle mellom roller, eller identifisere seg med flere roller samtidig, men uansett vil det være en prosess som både er avhengige av eksterne faktorer (tilgang til roller, relasjoner til andre), og interne prosesser (utvikling av identitet og selvbilde). Og noen vil selvsagt ha tilgang til nye roller og aktiviteter (spille musikk, være i arbeid), uten at det påvirker identiteten (musiker, arbeidstaker).

Det vil altså i de fleste tilfeller være et samspill mellom ytre sosiale forhold, ofte mer eller mindre utenfor personens kontroll (hjelp til å finne egnet bolig, utdanning, arbeid, relasjoner, aktiviteter), personens egen evne til å delta i aktiviteter, engasjere seg i nye roller, og tåle å stå i krevende endringsprosesser (Gjeruldsen & Jensen, 2021; Slade et al., 2014; Topor et al., 2011; Aagesen, 2024) og også personens evne til å akseptere nye roller og identifisere seg med disse, for eksempel gjennom å presentere seg på en annen måte enn tidligere (Lauveng et al., 2016). Både de ytre og de indre faktorene er nødvendige, og ingen av de er tilstrekkelige alene.

2.2.4. Type 4 – Ekstern beslutning med systemfokus

Innen desistance snakker vi vanligvis om primær, sekundær og tertiær desistance, eventuelt om handlings-, identitet-, og sosial- desistance, og det er ikke vanlig å definere en fjerde type desistance. Samtidig vil alle dommer, med unntak for forvaring, ha et sluttpunkt. Når dommen er sonet, slippes personen ut i samfunnet igjen, teoretisk sett med «blanke ark», og mulighet



Denne artikkel er tildelt
en CC-By 4.0 licens

for å begynne på nytt, og skape seg et liv uten kriminalitet. Og for mange fungerer dette faktisk også sånn – selv om tallene er uklare og varierer svært mye avhengig av hvordan vi måler, vet vi at en betydelig del av førstegangssonere ikke får en ny dom i løpet av fem eller ti år etter løslatelse (Andersen & Skardhamar, 2017; Skardhamar & Telle, 2012). Samtidig vet vi at for mange domfelte er tiden etter løslatelse særlig krevende (Larsen & Ødegård, 2024; Riksrevisjonens undersøkelse av helse-, opplærings- og velferdstjenester til innsatte i fengsel, 2022). Dette gjelder særlig for de med gjentatte dommer, og/eller sammensatte utfordringer, inkludert sosiale problemer, rus og/eller psykiske helseutfordringer. For denne gruppen kan tiden etter løslatelse være svært krevende, og veien tilbake til kriminalitet kort. Hovedutfordringene beskrives som for lite samarbeid mellom velferdstjenester og kriminalomsorg, og at grunnleggende behov, som bolig og oppfølging, ikke er på plass ved løslatelse.

For personer dømt til forvaring er det et krav at personen skal ha endret seg, og utgjøre en mindre fare for samfunnet før de kan løslates, og i praksis kan disse personene sitte på ubestemt tid. Alle andre innsatte løslates når dommen er ferdig sonet. Uavhengig av om de har et tilbud etter soning eller ikke. Uavhengig av om de selv ville ønsket litt mer tid innenfor til å fullføre et program eller få på plass bolig, arbeid eller andre tilbud. Og uavhengig av om de har endret seg eller ikke. Dette er selvsagt et viktig prinsipp for å sikre rettsikkerheten, og jeg mener absolutt ikke at dette bør endres, eller at det bør innføres et krav om endring eller desistance før løslatelse fra ordinære dommer. Samtidig mener jeg at det for diskusjonens skyld kan være relevant å benytte begrepet kvartær, eller juridisk, desistance for å beskrive en person som har sonet ferdig sin dom, og dermed løslates fra videre oppfølging, helt uavhengig om personen har oppnådd noen andre grader av desistance eller ikke, og også uavhengig av om dette er hensiktsmessig for personen selv, eller om han ønsker det eller ikke.

Innen psykisk helsevern har vi begrepet institusjonell desistance, som beskriver at behandlingen blir avsluttet når helsepersonell, evt. helsebyråkrater, mener pasienten er ferdigbehandlet, mer eller mindre uavhengig av symptomer og pasientens egne ønsker, som en administrativ beslutning. Vi vet ikke mye om hvordan det går med disse pasientene. På et overordnet nivå vet vi at ca 15% av innlagte pasienter blir re-innlagt innen 30 dager, mens ca 48% ble re-innlagt innen ett år, noe som betyr at totalt sett 52 % av utskrevne pasienter ikke ble re-innlagt innen ett år etter utskrivning (Lassemo et al., 2021). Pasienter som hadde ikke-planlagte innleggelser hadde høyere risiko for re-innleggelse enn pasienter med planlagte innleggelser (Lassemo et al., 2021). Disse tallene forteller oss imidlertid lite om hvilke typer pasienter som blir re-innlagt, hvilke diagnoser de har, eller hvor lenge de har vært innlagt. Vi vet heller ikke noe om hvordan det går med dem etter utskrivning, hvilken livskvalitet de har, og hvordan de selv opplever sin situasjon. I en uformell studie fra Nasjonalt senter for Erfaringskompetanse (Lauveng & Skjeldal, 2020)



beskriver flere pasienter og pårørende betydelige belastninger etter prematur avslutning av behandling, men det trengs mer forskning for å kunne si noe om hvor representative disse beskrivelsene er, og hvor mange personer det gjelder.

3. Behovet for helhetlig prosess

Risikofaktorene for at mennesker får psykiske helseutfordringer, begår kriminalitet og/eller bruker rusmidler på uhensiktsmessige måter, er for en stor del overlappende. Prosessene for utvikling og bedring har også mange felles trekk, og det er dermed hensiktsmessig å se på utviklingsprosesser som en enhetlig prosess, istedenfor separate prosesser (Best et al., 2018). Samtidig er systemene fragmenterte, vi bruker ulike begrep, har ulik grunnforståelse, ulike tiltak og ofte begrensede muligheter for å lage helhetlige behandlingsløp på tvers av organisering (Riksrevisjonens undersøkelse av helse-, opplærings- og velferdstjenester til innsatte i fengsel, 2022).

Ideelt sett bør et menneske med sammensatte utfordringer få helhetlig bistand til å arbeide med alle sine utfordringer, både rus, psykiske helseutfordringer og kriminalitet, samtidig, og i en helhetlig, sammenhengende prosess. Når det ikke er mulig, blant annet av praktiske årsaker, kan det medføre en risiko for at personen skifter mellom ulike, mindre hensiktsmessige identiteter, fremfor å skape seg en ny, mer hensiktsmessig rolleforståelse.

Dette er særlig sårbart i overgangsfaser, og i situasjoner hvor recovery/desistance er avhengig av ekstern vurdering eller eksterne tilbud. En person som har hatt en god utvikling i fengsel, og hatt nytte av tilbudene der, og som ikke tilbys videre, hensiktsmessig oppfølging etter soning, vil ved løslatelse få omtrent samme brutale avbrudd i sin utvikling som en person som blir utskrevet prematurt fra behandling ved en institusjonell recovery uten tilstrekkelig oppfølging. I denne situasjonen har personen få valgmuligheter. Noen vil prøve å klare seg på egenhånd en stund, og noen vil kanskje også klare dette, men de fleste vil raskt falle tilbake til en eller flere uhensiktsmessige roller, som kriminell, syk og/eller rusavhengig.

Disse utfordringene vil ofte også forsterke hverandre i et negativt samspill. Ubehandlet psykisk lidelse som for eksempel angst, depresjon, traume-tilstander eller psykose, kan øke risikoen for å bruke ulike rusmidler som selvmedisinering og smertelindring. Rusen kan gjøre det vanskeligere å ivareta god fungering og egenomsorg, få eller beholde bolig eller arbeid, og kan også forverre de psykiske helseutfordringene. Dessuten koster rus penger, som gjerne må skaffes gjennom kriminalitet. Som igjen kan utløse nye traumer. Dette er sammenfiltrede, sammensatte og gjenstridige problemer, som på et individnivå tilsvarer «wicked problems» i organisasjoner og systemer (Hansen & Ramsdal, 2014; Nesheim et al., 2019). Og som bli ekstra utfordrende fordi den som har eierskap til problemet ofte ikke har verken ressurser, makt eller



Denne artikkel er tildelt
en CC-By 4.0 licens

mulighet til å sette i gang de nødvendige endringene som kreves, både av ham selv, og av systemene rundt.

For å bedre disse situasjonene, kreves det forpliktende og omfattende samhandling mellom fagpersoner og systemer. Innen Kriminalomsorgen benyttes ofte Bonta et al sin «risk-need-responsivity» modell (Bonta og Andrews, 2007), hvor man vurderer innsats basert på risiko for ny kriminalitet og velger tiltak basert på hvilke tiltak som vil kunne ha størst effekt på å redusere kriminalitet, og som er tilpasset personens kognitive, sosiale, fysiske og kontekstuelle forutsetninger. Denne modellen har fått mye støtte i mange studier, og regnes som generelt effektiv (Andrews et al., 1990), selv om noen nyere studier viser noe svakere effekt enn tidligere studier (Fazel et al., 2024). Det er imidlertid en utfordring at modellen i liten grad vil være kjent for helsearbeidere, selv om mange av i praksis vil arbeide etter lignende prinsipper som modellen beskriver.

I Norge har alle personer med behov for langvarige og sammensatte helsetjenester krav på en individuell plan (IP) (Individuell plan og koordinator, Helsedirektoratet). Dette gjelder også innsatte i fengsel. Samtidig vet vi at de fleste med sammensatte og langvarige behov *ikke* har en fungerende, oppdatert IP, og mange har ingen plan i det hele tatt. Ifølge Helsedirektoratets nettsider (*Individuell plan*, Helsedirektoratet), basert på IPLOS-registeret og Kommunalt pasient- og brukerregister (KRP) fra 2023 hadde 6 % av mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester en registrert IP. Dette tilsvarer omtrent 12 800 personer av over 213 000 tjenestemottakere. Av brukerne med omfattende bistandsbehov var det 14% som hadde fått utarbeidet en plan, men 5.6 av de med middels- til stort behov hadde en plan. Det er viktig å være klar over at disse tallene bare sier hvor mange av brukerne som faktisk har fått en plan en eller annen gang. Tallene sier ingenting om hvorvidt planen er oppdatert, evaluert og i praktisk bruk i hverdagen.

Samhandling innen ulike deler av helsevesenet er vanskelig nok i seg selv, samarbeid mellom helse og Kriminalomsorgen er gjerne enda mer utfordrende. Hyppige flyttinger mellom ulike fengsler og avdelinger, innsatte som må sone langt fra egen hjemkommune, taushetsplikt, ulike yrkesgrupper og manglende kjennskap til hverandres systemer gjør samhandling særlig utfordrende, og ofte svært mangelfullt (Larsen & Ødegård, 2024; Riksrevisjonens undersøkelse av helse-, opplærings- og velferdstjenester til innsatte i fengsel, 2022). Det betyr ikke at bedre samarbeid er umulig, enkeltprosjekter viser at det er mulig, men det krever innsats og oppmerksomhet over tid, og skal man få til varige endringer kan man ikke stole på ildsjeler og enkeltprosess, da kreves det systematisk arbeid over tid.



4. Avslutning

Mye fokus har de siste årene vært på personens egen innsats, og på de personlige sidene ved henholdsvis recovery og desistance. Dette er selvsagt viktig – personlig utvikling og endring krever alltid personlig innsats, og ingen kan tvinge noen til å endre seg selv, sin identitet og sin livsførsel. Samtidig kan en så sterk oppmerksomhet på egeninnsats bidra til å tilsløre at det mangler sammenhengende systemer, på tvers av organisasjoner og tjenestenivå, som kan se utvikling og endring som en helhetlig prosess.

For ofte blir det også en diskusjon om hva som er hovedproblemet – kriminalitet, sykdom eller rus. Forskning og teori er tydelig på sammenhengene mellom disse utfordringene, men i det praktiske arbeidet, når man skal tilrettelegge for oppfølging av og tiltak til, enkeltpersoner, glipper ofte dette samspillet.

Et sted å begynne, er med å se på likheter og forskjeller mellom ulike typer desistance og recovery, som beskrevet i denne artikkelen, og med at fagpersoner med ulik bakgrunn gjør seg kjent med hverandres terminologi.

Videre trengs det mer forskning og fagutvikling knyttet til hvordan skape helhetlige og sammenhengende prosesser som tar hensyn til både individets egeninnsats og hvilke elementer som må være til stede for at egeninnsatsen skal ha ønsket effekt.

Kontaktoplysninger

Arnhild Lauveng: Arnhild.Lauveng@krus.no

Litteratur:

- Andersen, S. N., & Skardhamar, T. (2017). Pick a Number: Mapping Recidivism Measures and Their Consequences. *Crime & Delinquency*, 63(5), 613–635. <https://doi.org/10.1177/0011128715570629>
- Andrews, D., ZINGER, I., Hoge, R., Bonta, J., GENDREAU, P., & Cullen, F. (1990). Does Correctional Treatment Work? A Clinically Relevant and Psychologically Informed Meta-Analysis. *Criminology*, 28. <https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.1990.tb01330.x>
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Appelbaum, P. S. (2020). Violent Acts and Being the Target of Violence Among People With Mental Illness—The Data and Their Limits. *JAMA Psychiatry*, 77(4), 345–346. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.4266>
- Berg, E. (2012). *På helsa løs*. Emilia. <https://www.ark.no/produkt/boker/dokumentar-og-faktaboker/pa-helsa-los-9788274191389>
- Best, D., & Colman, C. (2019). Recovery and desistance: Introduction to the special issue. *Addiction Research & Theory*, 27(1), 1–2. <https://doi.org/10.1080/16066359.2018.1535059>
- Best, D., Musgrove, A., & Hall, L. (2018). The bridge between social identity and community capital on the path to recovery and desistance. *Probation Journal*, 65(4), 394–406. <https://doi.org/10.1177/0264550518790677>
- Borg, M., & Karlsson, B. (2013). *Recoveryorienterte praksiser* (Nr. 4/2013). NAPHA.



Denne artikkel er tildelt
en CC-By 4.0 licens

- Colman, C., & Vander Laenen, F. (2012). «Recovery Came First»: Desistance versus Recovery in the Criminal Careers of Drug-Using Offenders. *The Scientific World Journal*, 2012(1), 657671. <https://doi.org/10.1100/2012/657671>
- Driessen, et al. (2006). Childhood Trauma, Psychiatric Disorders, and Criminal Behavior in Prisoners in Germany: A Comparative Study in Incarcerated Women and Men. *J Clin Psychiatry*.
- Fazel, S., Hurton, C., Burghart, M., DeLisi, M., & Yu, R. (2024). An updated evidence synthesis on the Risk-Need-Responsivity (RNR) model: Umbrella review and commentary. *Journal of Criminal Justice*, 92, 102197. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2024.102197>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Gjeruldsen, K., & Jensen, E. (2021). «Alt er jo egeninnsats» – Kvinners vendepunkter bort fra kriminalitet. *Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskab*, 108(1), 215–235. <https://doi.org/10.7146/ntfk.v108i1.125572>
- Greener, J., & Moth, R. (2022). From shame to blame: Institutionalising oppression through the moralisation of mental distress in austerity England. *Social Theory & Health*, 20(2), 152–170. <https://doi.org/10.1057/s41285-020-00148-8>
- Hagen, U. (2024). Har helsefore taksreformen spilt fallitt? *Samfunn & Økonomi*, 2.
- Hansen, G. V., & Ramsdal, H. (2014). Bedre samhandling – er løsningen nye arenaer? *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 10(1), 30–42. <https://doi.org/10.7557/14.3008>
- Hyman, S. E. (2000). The genetics of mental illness: Implications for practice. *Bulletin of the World Health Organization*.
- Individuell plan. (u.å.). Helsedirektoratet. Hentet 20. april 2026, fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kommunale-helse-og-omsorgstjenester-i-2023/utvalgte-temaer/individuell-plan>
- Individuell plan og koordinator. (u.å.). Helsedirektoratet. Hentet 20. april 2026, fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/individuell-plan-og-koordinator>
- John Read, & Jacqui Dillon. (2013). *Models of Madness: Psychological, Social and Biological Approaches to* (2. utg.). Routledge. <https://www.routledge.com/Models-of-Madness-Psychological-Social-and-Biological-Approaches-to-Psychosis/Read-Bentall-Mosher-Read-Dillon/p/book/9780415579537> (Opprinnelig verk utgitt 2004, Routledge)
- Kiely, E. (2024). Between coercion, conditionality and abandonment: A descriptive analysis of English mental health spending and provision under austerity. *Journal of Critical Public Health*, 1(2), 51–73. <https://doi.org/10.55016/ojs/jcph.v1i2.78931>
- Landheim, A. S., Wiig, F. L., Brendbekken, M., Brodahl, M., & Biong, S. (2016). *Et bedre liv—Historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelmissbruk og psykiske helseproblemer*. Gyldendal Akademisk. 9788205480322
- Larsen, B. K., & Ødegård, A. (2024). Resettlement after prison for prisoners with substance abuse issues in Norway: A wicked problem? *Cogent Social Sciences*, 10(1), 2372066. <https://doi.org/10.1080/23311886.2024.2372066>
- Lassemo, E., Myklebust, L. H., Salazzari, D., & Kalseth, J. (2021). Psychiatric readmission rates in a multi-level mental health care system – a descriptive population cohort study. *BMC Health Services Research*, 21(1), 378. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06391-7>
- Lau, B., & Øie, M. G. (2021). *Klinisk arbeidspsykologi*. Universitetsforlaget. <https://www.adlibris.com/nb/bok/klinisk-arbeidspsykologi-9788215035956>
- Lauveng, A., & Skjeldal, E. (2020). *DU BURDE VÆRT FERDIGBEHANDLET NÅ 05.11.2020—Pasienters og pårørendes opplevelser av for tidlig avslutning av behandling og konsekvensene av dette. Nettundersøkelse høsten 2020*. Nasjonalt senter for Erfaringskompetanse.



Denne artikel er tildelt
en CC-By 4.0 licens

- Lauveng, A., Tveiten, S., Ekeland, T.-J., & Ruud, T. (2015). Same diagnosis, different lives. A qualitative study of adults with severe mental illness, in treatment and education. *Psychosis*, 7(4), 336–347. <https://doi.org/10.1080/17522439.2015.1024715>
- Lauveng, A., Tveiten, S., Ekeland, T.-J., & Torleif, R. (2016). Treating symptoms or assisting human development: Can different environmental conditions affect personal development for patients with severe mental illness? A qualitative study. *International Journal of Mental Health Systems*, 10(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s13033-016-0041-2>
- Liberman, R., Kopelowicz, A., Ventura, J., & Gutkind, D. (2002). Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry - INT REV PSYCHIATR*, 14, 256–272. <https://doi.org/10.1080/0954026021000016905>
- Logan, A., Mishra, D. P., Berryessa, C. M., Caruso, G. D., Hagenbeek, F. A., Denson, T., Robinson, J. M., & Prescott, S. L. (2026). Challenging the Prescientific Frameworks of Criminal Justice: Neurobiology and Criminolytic Interventions in the Legalome Era. *Frontiers in Psychology*, 17. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2026.1791262>
- Maruna, S. (2001). Making Good: How Ex-Convicts Reform and Rebuild Their Lives. *Making good: How ex-convicts reform and rebuild their lives.*, 6. <https://doi.org/10.1037/10430-000>
- Maruna, S. (2003). Desistance from Crime: A Theoretical Reformulation. *Kolner Zeitschrift fur Soziologie und Sozialpsychologie*, 43, 171–194.
- McNeill, F. (2015). Desistance and Criminal Justice in Scotland. I *Crime, Justice and Society in Scotland*. Routledge.
- Nesheim, T., Gressgård, L. J., Hansen, K., & Neby, S. (2019). Gjenstridige problemer og tverretattlig samordning: Et analytisk rammeverk. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 35(1), 28–50. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-2936-2019-01-02>
- Nugent, B., & Schinkel, M. (2016). The pains of desistance. *Criminology & Criminal Justice*, 16(5), 568–584. <https://doi.org/10.1177/1748895816634812>
- Read, J., van Os, J., Morrison, A. P., & Ross, C. A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: A literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(5), 330–350. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00634.x>
- Rennick-Egglestone, S., Ramsay, A., McGranahan, R., Llewellyn-Beardsley, J., Hui, A., Pollock, K., Repper, J., Yeo, C., Ng, F., Roe, J., Gillard, S., Thornicroft, G., Booth, S., & Slade, M. (2019). The impact of mental health recovery narratives on recipients experiencing mental health problems: Qualitative analysis and change model. *PLoS ONE*, 14(12), 1–23. (140333198). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226201>
- Riksrevisjonens undersøkelse av helse-, opplærings- og velferdstjenester til innsatte i fengsel (Dokument 3:4 (2022–2023)). (2022). <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2022-2023/undersokelse-av-helse-opplarings-og-velferdstjenester-til-innsatte-i-fengsel/>
- Sampson, R., & Laub, J. (1995). Crime in the Making: Pathways and Turning Points Through Life. *Bibliovault OAI Repository, the University of Chicago Press*, 74. <https://doi.org/10.2307/3340743>
- Skardhamar, T., & Telle, K. (2012). Post-release Employment and Recidivism in Norway. *Journal of Quantitative Criminology*, 28(4), 629–649. <https://doi.org/10.1007/s10940-012-9166-x>
- Slade, M. (2009). *Personal Recovery and Mental Illness: A Guide for Mental Health Professionals*. Cambridge University Press.
- Slade, M., Adams, N., & O'Hagan, M. (2012). Recovery: Past progress and future challenges. *International Review of Psychiatry*, 24(1), 1–4. <https://doi.org/10.3109/09540261.2011.644847>
- Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., Perkins, R., Shepherd, G., Tse, S., & Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: Implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, 13(1), 12–20. <https://doi.org/10.1002/wps.20084>



Denne artikel er tildelt
en CC-By 4.0 licens

- Suzuki, M., Sagara, S., Yamawaki, N., & Hashiba, N. (2025). A path to tertiary desistance: A qualitative metasynthesis. *Punishment & Society*, 27(2), 360–379. <https://doi.org/10.1177/14624745241264298>
- Topor, A. (2006). *Hva hjelper? - Veier til bedring fra alvorlige psykiske problemer*. Kommuneforlaget.
- Topor, A., Borg, M., Di Girolamo, S., & Davidson, L. (2011). Not Just an Individual Journey: Social Aspects of Recovery. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(1), 90–99. <https://doi.org/10.1177/0020764009345062>
- Topor, A., Denhov, A., Bülow, P., & Andersson, G. (2018). The Many Dimensions of Recovery: Definitions, Problems, and Possibilities. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 21(1), 141–166.
- Tverborgvik, T., Stavseth, M. R., Lothe, J., Havnes, I. A., Clausen, T., Lindstad, M., Rønning, A. R., & Bukten, A. (2024). *Levekår, rus og psykisk helse blant personer som har vært fengslet eller gjennomført straff i samfunnet* (Nr. 5/2024). SERAF.
- Uggen, C., & Kruttschnitt, C. (1998). Crime in the Breaking: Gender Differences in Desistance. *Law & Society Review*, 32(2), 339–366.
- Uhl, G. R. (2004). Molecular Genetics of Substance Abuse Vulnerability: Remarkable Recent Convergence of Genome Scan Results. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1025(1), 1–13. <https://doi.org/10.1196/annals.1316.001>
- Van De Weijer, S. G. A., & Van Der Laan, C. M. (2026). Revisiting the effects of adult roles on criminal offending: A genetically-informed study. *Journal of Criminal Justice*, 104, 102648. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2026.102648>
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieveise, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., Van Os, J., & Bentall, R. P. (2012). Childhood Adversities Increase the Risk of Psychosis: A Meta-analysis of Patient-Control, Prospective- and Cross-sectional Cohort Studies. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 661–671. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs050>
- Weaver, B. (2019). Understanding desistance: A critical review of theories of desistance. *Psychology, Crime & Law*, 25(6), 641–658. <https://doi.org/10.1080/1068316X.2018.1560444>
- Wu, N. S., Schairer, L. C., Dellor, E., & Grella, C. (2010). Childhood trauma and health outcomes in adults with comorbid substance abuse and mental health disorders. *Addictive Behaviors*, 35(1), 68–71. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.09.003>
- Zhang, S., Lin, X., Liu, J., Pan, Y., Zeng, X., Chen, F., & Wu, J. (2020). Prevalence of childhood trauma measured by the short form of the Childhood Trauma Questionnaire in people with substance use disorder: A meta-analysis. *Psychiatry Research*, 294, 113524. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113524>
- Aagesen, A. (2024). «Jeg vil bli en å regne med»: – Unge menns fortellinger om desistance som karriereskift og maskulin reorientering. *Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskab*, 111(2), 84–103. <https://doi.org/10.7146/ntfk.v111i2.146814>
- Aarre, Trond. (2018). *En mindre medisinsk psykiatri*. Universitetsforlaget. <https://www.universitetsforlaget.no/en-mindre-medisinsk-psykiatri-1>