

**Evaluering av behandlingskollektiver i rusomsorgen:
Har de fortsatt en plass i dagens rusbehandling?**

Edle Ravndal

Evaluering av behandlingskollektiver i rusomsorgen:

Har de fortsatt en plass i dagens rusbehandling?

Behandling i kollektiv skjer over lang tid. Helseforetakene krever kvalitet og effektivitet. Fire brukerundersøkelser viser at kollektivene forsvarer sin plass i tiltakskjeden.

Innledning

På rusmiddelområdet i Norge har det de siste par årene funnet sted store reformer (Rusreform 1 og 2). Den største endringen er at hovedansvaret for tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige ble en del av spesialisthelsetjenesten, og at rusmiddelavhengige fikk pasientrettigheter på linje med andre pasientgrupper. Følgelig er det helseforetakene som i dag administrerer og forvalter de enkelte behandlingstiltak. Rusbehandlingen er med andre ord blitt sidestilt med behandlingen i somatisk og psykisk helsevern. Samtidig synes helseforetakene stadig å være under økonomisk press, og tiltakene de forvalter forventes å kunne vise både til kvalitet og effektivitet.

Reaksjonene fra behandlingsfeltet på lovendringene har vært delte. Mange tiltak har uttrykt positive forventninger om bedre styring og kvalitet, mens andre har uttrykt stor skepsis og engstelse for omfattende nedskjæringer og omstruktureringer. Rusreformene er for tiden under evaluering, og det er ennå uklart hva de endelige følgene av lovendringene vil innebære. Flere signaler er imidlertid gitt om kortere behandlingstid for døgntiltakene (Retningslinjer, 2006). Dette har igjen avfødd engstelse blant deler av tiltakene om inngrep som kan innebære en kvalitetsmessig forringelse av behandlingsmodeller som gjennom mange tiår har vist sin berettigelse for ulike grupper av rusmisbrukere. Særlig har kollektivene for ungdom med atferds- og rusproblemer vært usikre på hvordan reformene vil slå ut for deres vedkommende, da langtidsbehandling nettopp er ett av hovedprinsippene i denne modellen.

Det er derfor av interesse å undersøke hvem klientene i kollektivene er per i dag og hvordan de tilpasser seg behandlingen, som med mange justeringer, har vært i bruk i over 30 år. Artikkelen vil ta utgangspunkt i fire såkalte brukerevalueringer fra fire ulike kollektiver som er gjennomført i løpet av de siste årene (Fauske, 2004; Lone, 2003; Rokkan & Brandsberg-Dahl, 2003; Rønningen & Øygard, 2003). Først vil noen kommentarer knyttes til denne typen brukerevalueringer og

behandlingsevalueringer generelt. Deretter vil en samlet gjennomgang av hovedfunnene bli presentert og diskutert.

Kort historikk

De første kollektivene oppstod i 70-åra som en naturlig utvikling av nye politiske og radikale ideer om hvordan en kunne møte ungdom med stoffproblemer (Waal, Schanche Andresen & Kaada, 1981). Solidaritets- og fellesskapstenkningen preget mange samfunnsområder og også deler av rusmiddelfeltet. Til å begynne med var kollektivbehandlingen mye preget av ideologi og idealisme, noe som sannsynligvis var viktig den gang, både i forhold til opprettelsen av denne typen behandlingstilbud og den videre drift. Opprettelsen av de første kollektivene var det særlig politisk radikal ungdom som stod bak. Etter hvert fikk de aksept og ressurser til å bygge videre på sine ideer om aktive leve- og arbeidsfellesskap, basert på prinsipper om demokrati og ansvarliggjøring (Schanche Andresen, 1990).

Sollia-kollektivet var det første bo- og arbeidskollektivet i landet. Fra å være et pionerprosjekt, startet av fem ungdommer i 1970, består Sollia-kollektivet i dag av tre avdelinger med 24 heldøgns plasser og 11 etterverns plasser (rustiltak.no). Viktige behandlingsprinsipper er fortsatt et rusfritt levested som omfatter bolig, meningsfylt og inntektsbringende arbeid og hjelp til et rusfritt liv. Sentrale begreper i rehabiliteringen er demokrati, ansvarliggjøring, sosialt fellesskap, meningsfull fritid, trygghet, utfordringer, synliggjøring av ressurser og relasjonsarbeid. I 1991 ble Samarbeidsforum for norske kollektiv opprettet, og 15 kollektiver sluttet seg til forumet (Samarbeidsforum for norske kollektiv, 2005)

Dagens kollektiver

I 2006 var 12 kollektiver tilsluttet Samarbeidsforum for norske kollektiv. Til sammen disponerer disse kollektivene i dag rundt 390 døgnplasser (rustiltak.no). I tillegg kommer en del etterverns plasser og dagplasser. Flere har faste driftsavtaler med ulike helseforetak.

Felles for kollektivene er at de tilstreber å bygge sterke og trygge levesteder der ungdom og voksne i fellesskap kan etablere prososiale miljøer (Samarbeidsforum for norske kollektiv, 2005). Gjennom samhandling og relasjonsbygging skal deltagerne bli påvirket til positiv vekst og utvikling. Det at de ansatte også har sine hjem og lever med sine familier på kollektivet, skal gi en storfamilievirkning som inkluderer og gir tilhørighet. Kontinuitet i tilstedeværelsen anses som vesentlig i behandlingsformen. Gruppefellesskapet og samholdet skal være en viktig ressurs i den enkeltes utvikling for å styrke sitt selvbilde og fungere i et sosialt samspill. Ved at elever og

arbeidsledere samhandler både i arbeidet og på fritida skapes det tette relasjoner. Disse relasjonene skal gjøre at elevene føler tilhørighet til kollektivet.

Med noen ulikheter i forhold til innhold, ideologisk forankring og bo- og arbeidstidsordninger deler Samarbeidforum (2005) dagens kollektiver inn i tre grupper:

1) De som i hovedsak tar inn ungdom under 18 år etter barnevernsvedtak og er tilpasset denne brukergruppa. Her vektlegges voksenrollen til de ansatte, skolegang, felles aktiviteter i form av turer og felles opplevelser (f.eks. Skjerfheim, Klokkergården).

2) De som i hovedsak tar inn ungdom over 18 år og har en hverdag mer preget av reell arbeidsdag gjennom drift av jordbruk, husdyrhold, verksteder og lignende. Her praktiseres en større grad av selvbestemmelse eller praktisk demokrati der gruppediskusjonene er viktige (f.eks. Sollia, Langørjan).

3) De som tar inn en blanding av både barnevern og voksne på § 6.2, og voksne på frivillig grunnlag, eller har flere avdelinger med ulike brukergrupper (f.eks. Tyrili).

Mange år er gått siden etableringen av de første kollektivene, og gjennomgripende samfunnsmessige endringer har funnet sted. Ikke minst har rusproblemene økt til et nivå som en knapt kunne ane i 70-åra. Like fullt har kollektivmodellen bestått, hvilket i stor grad kan synes å henge sammen med evnen til omstilling og åpenhet, men uten at de grunnleggende verdiene har gått tapt.

Evaluering

Kollektivene har siden starten vært opptatt av å evaluere sin virksomhet. Allerede i 1981 kom den første evalueringen fra kollektivene Sollia og Frognøya (Waal et al., 1981). Siden har behandlingsevaluering blitt mer og mer vanlig, noe også kollektivene har fulgt opp. Det som imidlertid i særlig grad har preget behandlingskollektivene i de siste årene er de såkalte *brukerundersøkelsene* hvor tidligere beboere blir oppsøkt en tid etter behandlingsoppholdet for en kartlegging av deres nåværende situasjon. Bare i 2003–2004 ble det foretatt fire slike undersøkelser på henholdsvis Skjerfheimkollektivet (Rønningen & Øygard, 2003); Hiimsmoen (Lone, 2003); Tyrili (Frankmotunet) (Rokkan & Brandsberg-Dahl, 2003) og Sollia (Fauske, 2004). To av undersøkelsene er interne (Tyrili og Hiimsmoen), mens de to andre er eksterne, men utført i samarbeid med kollektivene.

Et spørsmål som ofte har vært oppe til debatt er i hvilken grad slike evalueringer kan utføres av tiltakets egne ansatte, eller om arbeidet krever eksterne krefter. Det ideelle er som oftest en ekstern og helt uavhengig evaluering. Dette gjelder innen de fleste virksomheter, enten de befinner seg på rusfeltet eller ikke. De færreste tiltak innen offentlig og privat sektor har imidlertid tilstrekkelige ressurser til eksterne evalueringer. Derfor satses det i dag mest på interne evalueringer hvor relativt faste tiltak og rutiner er bygget inn i organisasjonen, slik at en ved jevne mellomrom har muligheter til å kaste kritisk lys over virksomheten. Denne typen evaluering kjennetegnes også av at den kan utføres på en relativt enkel måte.

Hva kan måles når?

Nå kan en innvende at det å finne igjen klienter etter avsluttet behandling og å intervju dem, eller å få de til å svare på spørreskjema, aldri vil være helt enkelt. Særlig kan problemene være store hvis mange år er gått. Tiltakene bør imidlertid være oppmerksom på at oppfølgingsundersøkelser etter *mange* års endt behandlingstid aldri vil være gode mål på resultater av selve behandlingen. Skal en ha større muligheter for å utsi noe om behandlingen i en spesiell periode bør klientene intervjues bare et halvt, eller i lengste fall, ett år etter at klienten har forlatt behandlingen. Utover denne tilnærmingen kan en selvsagt intervju klienter både fem, ti og 15 år etter at de har vært i tiltaket, men da blir det mer en undersøkelse i forhold til hvordan disse klientene har greidd seg på sikt, og vel og merke under påvirkning av *mange ulike forhold*, inkludert mulige nye behandlingsepisoder i andre typer tiltak. Å kunne skille mellom disse to formene for evaluering er viktig, særlig i forhold til hva helsemyndighetene etterspør, men også i forhold til hva tiltakene selv mener er viktigst, og ikke minst hva de selv har av ressurser og muligheter til å gjennomføre.

Kjennetegn ved elever i ungdomskollektivene

To av ungdomskollektivene i Samarbeidsforum (Fossum og Klokkergården) er med i den såkalte «Kost-nytte»-undersøkelsen, i regi av SIRUS, hvor beboere etter første inntaksintervju blir fulgt opp med tre etterundersøkelser (Melberg, Lauritzen & Ravndal, 2003). Prosjektet startet opp i 1998, og siste intervjurunde pågår nå. Dette er en ekstern undersøkelse, utført av en forskningsinstitusjon, og skiller seg slik fra brukerundersøkelsene som både er initiert og delvis utført lokalt. Uten å gå inn på resultatene av denne undersøkelsen her, kan bakgrunnsdata om ungdommene i «Kost-nytte»-prosjektet være med å illustrere hvem disse ungdommene er og hva de bærer med seg av problemer.

Tallene bekreftes gjennom tilsvarende data i to av rapportene som presenteres nedenfor (Lone, 2003; Rønningen & Øygard, 2003).

De fleste kollektivene rekrutterer sine beboere fra hele landet, og de yngste elevene er i første omgang tatt inn gjennom bruk av tvang i forhold til Barnevernsloven. Gjennomsnittsalderen er 16 år og omtrent halvparten er unge kvinner. Gruppen har en tung psykososial problematikk. Rundt 60 % har en eller begge foreldre som misbruker alkohol, og 40 % er barn av stoffmisbrukere. Gruppen preges av store atferdsproblemer i kombinasjon med begynnende rusmisbruk. Foreløpig er deres hovedrusmiddel cannabis, mens nesten ingen ennå har brukt heroin. 61 % er skoleelever og hele 87 % har lære- og/eller atferdsvansker (65 % rapporterer om voldelig atferd). 71 % har en antisosial personlighetsforstyrrelse og 36 % en borderline-diagnose. 55 % har alvorlige depresjons- og angstsymptomer, og 36 % har ett eller flere selvmordsforsøk. Gruppen rapporterer både om følelsesmessig, fysisk og seksuell mishandling (Melberg et al., 2003). Det handler altså om en meget relasjonsskadd gruppe ungdommer hvor trygghet og tillit i forhold til primære voksne har vært hardt prøvd gjennom mange år.

Det er denne gruppen ungdomskollektivene har som målgruppe, og som de gjennom sin behandling med levetilpasset struktur, trygghet og ansvar over flere år, mener kan bidra til å få på rett kjøl igjen.

Nye brukerundersøkelser

Hva sier så de nyere brukerundersøkelsene, hvordan er de egentlig lagt opp og hva er hovedfunnene? Det vil føre for langt å ta opp alle feil og mangler. Jeg velger derfor heller å presentere noen av de sentrale funnene, som jeg mener holder rent metodisk.

Skjerfheim-kollektivet

En av de mest interessante undersøkelsene er foretatt på Skjerfheimkollektivet (Rønningen & Øygard, 2003). Evalueringen er ekstern, men utført i samarbeid med kollektivet. Utover å kartlegge hvordan det hadde gått med ungdommene skulle evalueringen også vurdere kollektivets plass i tiltakskjeder rettet mot målgruppa, samt kartlegge behov for endringer eller kvalitetssikringstiltak ved kollektivet.

22 ungdommer av alle (n = 24) som hadde hatt et tilbud på kollektivet i perioden 1997–2001 ble etterundersøkt med personlige intervjuer høsten 2002 og våren 2003. Alle var innlagt ved tvang. En person var død, og en ville ikke delta. 50 % var kvinner. Gjennomsnittsalderen ved inntak

var 16 år og 21 år ved oppfølgingen. Den gjennomsnittlige behandlingstiden for ungdommene var 15 måneder (spredning: 2–36 mnd). Syv ungdommer var stabile i behandlingen, mens 15 stakk av, men kom tilbake. Omtrent halvparten av ungdommene avsluttet oppholdet før behandlingen var fullført, enten fordi de ønsket det selv eller fordi kommunen ønsket at behandlingen skulle avbrytes. Det var en sammenheng mellom behandlingstid, tilfredshet med oppholdet og rusbruk ved oppfølgingen. Da elevene ble utskrevet hadde ni elever et omfattende rusmisbruk og fire regelmessig bruk. Ved etterundersøkelsen var hele 67 % av ungdommene rusfrie, de hadde en bedret boligsituasjon (18 personer egen bolig), mer og bedre utdanning (50 % fullført eller holdt på å fullføre videregående skole). De fleste hadde også et forbedret nettverk i forhold til foreldre, familie og venner.

Evalueringen viste at medlevertturnus, faseprogram, arbeidslag og kveldssamlinger var de metodene som flest ungdommer anså som nyttige. Forbedringspotensialer syntes å være en større vektlegging av individuelle behov i behandlingsplanen og i faseprogrammet, og en klarere bevisstgjøring omkring utviklingsmål i forhold til skole, arbeidsliv, egen økonomi og nettverk utenfor tiltaket. Det var et tydelig behov for en bedre samordning mellom ulike faggrupper som kommer i kontakt med barn og unges oppvekstmiljø, og det ble pekt på mulighetene for tidligere intervensjon gjennom hjelpetiltak generelt og bruk av metoden PMT (Parental Management Training) spesielt (Reid, Patterson & Snyder, 2002). En av konklusjonene var at det største utviklingspotensialet ligger i tilbakeføringen til storsamfunnet og ettervern, og et nytt ettervernsopplegg blir foreslått delvis etter MST-modellen (Multisystemic therapy) (Ogden & Halliday-Boykins, 2004).

Hiimsmoen-kollektivet

Målsettingen i denne interne undersøkelsen var å presentere kollektivets nye system for resultatkartlegging (ReDok), samt presentere en del oppfølgingsresultater om beboerne (Lone, 2003). I tillegg var det også et mål å argumentere for at klientkartlegging bør være en naturlig del av et behandlingsarbeid, samt betydningen av å ha rutiner for å evaluere resultatene av behandlingen, og at evalueringen bør utføres av tiltaket selv.

Oppfølgingen av elevene på Hiimsmoen utgjør alle elever som hadde hatt et tilbud på kollektivet i perioden 1988–2002 (n = 115). Utvalget består dermed av både elever som ble skrevet ut for 13 år siden og elever som nettopp har ankommet til kollektivet. Gjennomsnittsalderen ved inntak til behandling var 17 år. 52 % var kvinner. Kun halvparten var plassert ved hjelp av tvang, og

gjennomsnittlig tid i behandlingen var to år. Fem personer var døde i løpet av observasjonsperioden. Kun en elev ble ikke intervjuet etter mange brutte avtaler.

To og fem år etter utskrivning hadde de data på henholdsvis 76 og 63 personer, og ti år etter utskrivning har de data på 23 personer. Henholdsvis 46 % og 37 % av elevene var rusfrie to og fem år etter behandlingen. Etter to år var 70 % ikke kriminelle, og etter fem år var den tilsvarende prosenten 80. Omtrent halvparten av ungdommene utøvde vold ved inntak til kollektivet, og etter fem år var denne redusert til seks personer. 39 % var i utdanning/arbeid etter to år og 36 % etter fem år.

Tyrili-kollektivet (Frankmotunet)

Hovedmålsettingen med denne interne evalueringen var å presentere data om alle beboerne som hadde vært i behandling på Frankmotunet i perioden 1991–2001 (Rokkan & Brandtsberg-Dahl, 2003). Undersøkelsen er en fortsettelse av et tidligere evalueringsarbeid på Tyrili, men nå ti år etter behandling. Uvalget bestod av 110 elever hvorav ti personer døde i løpet av observasjonstiden. I levetilfellesskapet på Frankmotunet inngår også en del eldre elever slik at gjennomsnittsalderen ved inntak i dette utvalget var 22,5 år. 46 % var kvinner. 85 % var innlagt ved tvang. Gjennomsnittlig tid i behandling for hele utvalget var halvannet år.

Data ble innsamlet på 70 av 81 elever (86 %) som hadde nådd tidspunkt for to år etter utskrivning og 43 av 52 elever (83 %) som hadde nådd tidspunkt for fem år etter utskrivning. Data bestod både av personlige intervju og intervjuer rekonstruert av nære kilder. Andelen av hele utvalget på 110 som det er opplysninger på to og fem år etter utskrivning fra behandling, er på henholdsvis 50 og 31 %. 46 % av toårselevne var rusfrie to år etter utskrivning, og 57 % av femårselevne fem år etter utskrivning. 68 % hadde egen inntekt og forsørget seg helt eller delvis etter to år. 60 % bodde i egen leilighet to og fem år etter, og en tilsvarende prosent hadde ukentlig kontakt med foreldre etter to år og 80 % etter fem år. 78 % hadde rusfrie venner fem år etter behandling.

Sollia-kollektivet

Dette er en ekstern evaluering utført i samarbeid med Sollia-kollektivet (Fauske, 2004). Målsettingen var å kartlegge livssituasjonen til tidligere elever på kollektivet i forhold til rusmidler, utdanning/arbeid, bolig, sosial situasjon, familie og venner. Utvalget bestod av alle beboere som var utskrevet fra kollektivet i perioden 1997–2000 (n = 52). Data ble samlet inn i 2003, noe som betyr at elevene hadde vært ute av kollektivet fra ett til seks år på intervjutidspunktet.

Fordi levetilfellesskapet på Sollia primært rekrutterer eldre elever var gjennomsnittsalderen ved inntak til behandlingen 29,8 år. 27 % var kvinner og ingen elever var tatt inn ved tvang. Når det

gjelder bakgrunnsdata synes barne- og ungdomsårene for disse elevene å være like belastet som for de yngre beboerne i de øvrige kollektivene. Rusbruken i utvalget var som forventet mye tyngre. Nesten 90 % hadde brukt heroin sammen med en rekke andre stoffer.

I undersøkelsen ble det benyttet spørreskjema sendt ut med post. Svarprosent var 62 (n = 32). Syv personer var døde, seks ble ikke gjenfunnet, og syv hadde ufullstendig utfylte skjema. 20 av 52 elever (38 %) hadde fullført behandlingen, og det var en klar, positiv sammenheng mellom tid i behandlingen og resultatene på sikt, uansett fullføring eller ikke. 23 av 52 elever (44 %) hadde inntekt fra arbeid/studielån eller kombinert med noe offentlig hjelp. 23 av 52 elever (44 %) var rusfrie. En tilsvarende prosent hadde daglig eller månedlig kontakt med foreldre. 28 elever hadde egen bolig, og 20 hadde hovedsakelig omgang med rusfrie venner.

Diskusjon

De fire evalueringene er av høyst ulik kvalitet, de er lagt opp forskjellig og har til dels litt ulike målsetninger. Formålet med artikkelen er heller ikke å sammenligne utfallet av behandlingen i de ulike kollektivene, men heller å kaste lys over hvilke klienter som rekrutteres til denne modellen, hvordan det går med dem på sikt og om modellen synes å ha en plass i dagens rusomsorg.

Ungdomskollektivene rekrutterer en meget belastet gruppe elever med store relasjonsskader og omfattende atferdsproblemer. Minst halvparten legges inn ved tvang, hvilket gjør at de kan hentes inn igjen ved rømminger. Imidlertid synes det som innholdet i behandlingen vektlegges mer enn tvangen. Levefellesskap, samhandling mellom voksne arbeidsledere og elever både i arbeid og fritid, synes å være vesentlige elementer i behandlingsformen. Også på Sollia, hvor beboerne er mye eldre og hvor tvang ikke brukes, er det de samme behandlingsprinsippene som gjelder. Tanken er at ny tilhørighet til et konstruktivt felleskap skal bidra til å erstatte det tidligere destruktive livet.

Evaluringene viser at de faglige utfordringene i forhold til klientene er store, og kollektivene lykkes ikke med alle. Men samlet sett viser undersøkelsene betydelige bedringer i elevenes rusbruk, arbeid/utdanning, bolig, familie og nettverk. Sammenhengen mellom tid i behandling og utfall på sikt tyder på at behandlingen er viktig, selv om evalueringene primært er resultatundersøkelser flere år etter og ikke undersøkelser som måler effekt av bare behandlingen. Det er med andre ord en relativ positiv oppsummering, som viser at det er mulig å intervensere ovenfor sterkt mistilpasset ungdom på et tidlig tidspunkt for å forhindre utviklingen av en enda mer destruktiv livsstil. Behandlingsmodellen

har også tilsvarende gode resultater i Sverige hvor den opprinnelig stammer fra. Også den siste evalueringen av det såkalte Buskerud-prosjektet, hvor ungdommene ble fulgt opp 12–15 år etter, viser at særlig tiltak som forsterkede fosterhjem og kollektiv syntes å ha stor betydning for ungdommenes videre utvikling (Helgeland, 2001).

Men en forutsetning for å lykkes med ungdommene på sikt er å videreføre det positive de har fått med seg fra oppholdet i kollektivene ut i samfunnet. Som evalueringen fra Skjerfheimkollektivet understreker, og som flere evalueringer viser, ligger det viktigste utviklingspotensialet ved kollektivbehandlingen i arbeidet med tilbakeføringen til storsamfunnet (Helgeland, 2001; Lie, 1999). Å ta denne fasen på alvor er like viktig som det som skjer inne på kollektivene. Resultatene fra oppfølgingsundersøkelsen fra Selbu-kollektivet viser at Selbu-ungdommene hadde en hjelpetilørighet til kollektivet på 5,5 år (Lie, 1999). Av denne tiden var botiden på kollektivet i snitt på 1,5 år. Det er med andre ord viktig at de positive relasjonene som allerede er etablert mellom kollektivet og eleven kan videreføres i et nytt samarbeid med aktuelle instanser både i første- og annenlinjetjenesten.

Skjerfheimkollektivet skisserer et ettervernsopplegg basert på mange av de samme prinsippene som i Multisystemic Therapy (MST) hvor både lokalsamfunn, familie, skole og individ involveres og samarbeider (Ogden & Halliday-Boykins, 2004). Andre kollektiver, som Tyrili og Sollia, følger ungdommene opp etter andre modeller, men felles for alle er at kollektivet danner grunnbasen for den fortsatte utvikling. Det er i denne sammenhengen interessant å konstatere at MST, som nå er etablert i alle landets fylker, ikke synes å være en erstatning for kollektivbehandlingen, men kanskje heller et tillegg eller videreføring etter et døgnopphold. Falck påviser at MST-tilbudet treffer en annen gruppe ungdom enn de som kommer til ungdomskollektivene på tvang (Falck, 2006). Gruppen som blir tvangsplassert er kjennetegnet ved at 83 % ikke bor hjemme, mens blant MTS-ungdommene bor tilsvarende mange hjemme. Dessuten er rusmiddelmissbruk et problem for nesten 70 % av de tvangsplasserte mot halvparten blant MTS-ungdommene. Slik sett synes det som om MTS egner seg best som behandlingsmetode for mindre belastet ungdom enn de som kommer til kollektivene.

Kollektivmodellen ser med andre ord ut til fortsatt å forsvare sin plass som en viktig komponent i en større tiltakskjede for de mest utsatte ungdommene. Gitt hva de lover, virker de nye rusreformene godt egnet til å ivareta nettopp samspillet og samordningen mellom ulike tiltak på ulike forvaltningsnivåer. utfordringen går dermed til helseforetakene om å se sin besøkelsestid

og sørge for at denne behandlingsmodellen fortsatt får gode vekstvilkår. Alt tyder på at antallet utagerende og emosjonelt skadde ungdommer bare vil øke. Det vil derfor være et nederlag for vår velferdspolitik om vi ikke skulle ha råd til å videreføre disse tiltakene. Både menneskelig og økonomisk vil lønnsomheten ved fortsatt drift av kollektivene på sikt være stor.

Edle Ravndal
 Statens institutt for rusmiddelforskning
 (SIRUS)
 Pb. 565 Sentrum, 0105 Oslo
 Tlf 22 34 04 42
 E-post er@sirus.no

Referanser

- Helgeland, I. M. (2001). *Ungdom med atferdsvansker – hvordan går det med dem som 30-åringer?* Oslo: Høgskolen i Oslo og Universitetet i Oslo.
- Falck, S. (2006). *Mellom straff og behandling*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Fauske, H. (2004). *Livet etter behandlingskollektivet*. (Forskningsrapport nr. 114). Lillehammer: Høgskolen i Lillehammer,
- Lie, G. (1999). *Selbuungdommene før, under og etter hjelpetilørighet til kollektivet*. En retrospektiv forløpsundersøkelse. (HEMIL-rapport nr. 1). Bergen: HEMIL-senteret, Universitetet i Bergen.
- Lone, A. (2003). *En resultatkartlegging fra Stiftelsen Hiimsmoenkollektivet*. Hiimsmoenkollektivets skriftserie nr. 1.
- Melberg, H. O., Lauritzen, G. & Ravndal, E. (2003). *Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad? En prospektiv studie av stoffmisbrukere i behandling*. (SIRUS-rapport nr. 4). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Ogden, T. & Halliday-Boykins, C. A. (2004). Multisystemic treatment of antisocial adolescents in Norway: Replication of clinical outcomes outside of the US. *Child and Adolescent Mental Health*, 9, 77–83.

- Reid, J. B., Patterson, G. R. & Snyder, J. J. (Eds.). (2002). *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and a model for intervention*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Retningslinjer for vurdering av henvisning til tverrfaglig spesialisert behandling av rusmisbrukere. Utredning, Helseforetakene, januar 2006.
- Rokkan, T. & Brandtsberg-Dahl, A. (2003). *Tyrili 10 år etter – en evaluering av Frankmotunet* (Tyrili skiftserie nr. 5). Oslo: Tyrili Forskning og Utvikling (FoU).
- Rønningen, G. E. & Øygard, L. (2003). *Ungdom på Skjerfheimkollektivet. En brukerundersøkelse* (HENÆR-rapport nr. 7). Senter for Helsefremmende arbeid i NÆRmiljøet.
- Samarbeidsforum for norske kollektiv. (2005).
- Schanche Andresen, A. (1990). *Du skal få en dag. Sollia-kollektivet 20 år*. Oslo: Cappelen.
- Waal, H., Schanche Andresen, A. & Kaada, A. K. (1981). *Kollektiver, hverdag og virkninger*. Oslo: Universitetsforlaget.