



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Hva er virksomme ingredienser i rusbehandling og terapeutisk samfunn?

Marianne Haug

Totalt antall sider inkludert forsiden: 38

Molde, 27.05.2010



Publiseringsavtale

Tittel på norsk: "Hva er det som gjør at terapeutisk samfunn er en effektiv behandlingsmetode for rusavhengige?", "Refleksjon rundt to viktige begreper innenfor terapeutisk samfunn: fellesskap og selvhjelp".

Tittel på engelsk: "What makes therapeutic community treatment effective for drug addicts? Reflections on two key concepts in therapeutic community: community and self-help".

Forfatter(e): Marianne Haug

Fagkode: VPL05

Studiepoeng: 12

Årstall: 2010

Veileder: Ole David Brask

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 27.05.2010

Antall ord: 9511

Sammendrag

1. Problemstilling

Tema for bacheloroppgaven er rusbehandling, med hovedfokus på behandlingsmetoden terapeutisk samfunn. Grunnen til at jeg har valgt å skrive om dette temaet, er fordi jeg synes det er en kjempespennende rusbehandlingsmetode, som er forholdsvis ny i Norge. Jeg kommer til å forsøke å finne frem til de viktigste ingrediensene for at terapeutisk samfunn er en effektiv behandlingsmetode for rusavhengige, samt at jeg vil reflektere rundt det jeg mener er de to viktigste begrepene innenfor denne behandlingsmetoden, nemlig fellesskap og selvhjelp. Grunnen til at jeg mener disse begrepene er så viktige, er fordi de i utgangspunktet er to vidt forskjellige begreper, men i et terapeutisk samfunn er begge grunnleggende faktorer for at modellen skal kunne bli vellykket.

Behandling av rusmiddelavhengighet har vært et svært dagsaktuelt tema de siste årene. Målet for behandling kan være både ideelle mål om rusfrihet samt sosiale mål om rehabilitering og livskvalitet. Det finnes mangfoldige modeller og rusbehandlingsmetoder i helse Norge, så utvalget er stort, men jeg har valgt å ha hovedfokus på terapeutisk samfunn. Jeg vil forsøke å belyse hva som gjør at akkurat denne metoden er effektiv for rusbehandling, samt reflektere rundt viktige begreper innenfor modellen.

2. Metode

Denne oppgaven har mest en teoretisk tilnærming, samt nyere forskning. Jeg har brukt teori for å opplyse om rusbehandling, terapeutisk samfunn, og vernepleierens kompetanse. For å kunne se hva som ”virker” i et terapeutisk samfunn, har jeg lest en del forskningsresultater. Dessverre finnes det ikke så mye forskning på oppnådde resultater innenfor denne behandlingsmetoden, da det kan være vanskelig å sammenligne med andre modeller. Av den grunn har jeg tatt utgangspunkt i kunnskap om rusbehandling generelt og andre behandlingsmodeller for å kunne se hvilke elementer som fungerer der, for så å kunne sammenligne dette med de viktigste elementene i terapeutiske samfunn.

3. Data/kilder

I oppgaven anvender jeg ulike kildehenvisninger med utgangspunkt i beskrivelser fra behandling og teori om behandling. Beskrivelsene tar sikte på å vise hva et terapeutisk samfunn er, og hvilke elementer som er effektiv under behandling av rusmiddelavhengige.

4. Resultater/hovedkonklusjon

Hovedkonklusjonen i denne bacheloroppgaven om rusbehandling, vil jeg si er at det er mange forskjellige rusbehandlingsmetoder, og det finnes ikke en metode som passer for alle. Hovedingrediensene som vil fungere i behandlingen for hvert enkelt individ, avhenger av den faktiske årsaken til at personen ble avhengig av rusmidler, og hvor omfattende misbruket er. Terapeutisk samfunn er en psykososial langtidsbehandling for personer med omfattende rusmisbruk. Det er en stor andel som ikke fullfører programmet, men av de som faktisk fullfører behandlingen kommer denne metoden godt ut med faktisk oppnådde resultater.

Innholdsliste

1.0 – Innledning.....	s.6
1.1 – Problemstilling.....	s.7
1.2 – Metode.....	s.7
1.3 - Hva er rusbehandling?.....	s.7
1.4 – Hvilken kompetanse har vernepleiere?.....	s.8
1.5 – Historikk om rusbehandling.....	s.9
1.6 – Aktualitet.....	s.10
1.7 – Avgrensninger.....	s.10
1.8 – Oppgavens struktur.....	s.11
2.0 – Kapittel 2: Terapeutisk samfunn	
2.1 - Historien til terapeutisk samfunn i Norge.....	s.12
2.2 - Hva er egentlig ett terapeutisk samfunn?.....	s.12
3.0 – Kapittel 3: Virksomme ingredienser i rusbehandling	
3.1 – Hva er virksomme ingredienser i generell rusbehandling?.....	s.16
3.2 – Hva er virksomme ingredienser i ett terapeutisk samfunn?.....	s.19
3.3 – Fungerer terapeutiske samfunn for rusavhengige?.....	s.20
4.0 – Kapittel 4: Refleksjon rundt to viktige begreper i terapeutisk samfunn	
4.1 – Hvilken betydning har ”fellesskapet” i ett terapeutisk samfunn?...s.22	
4.2 – Hvilken betydning har ”selvhjelp” i ett terapeutisk samfunn?.....s.23	
5.0 – Kapittel 5: Drøfting	
5.1 – Hva er det som gjør terapeutisk samfunn til en effektiv behandlingsmetode for rusavhengige?.....s.25	
5.2 – Terapeutisk samfunn – ikke en metode for alle?.....s.28	
5.3 – Hvorfor er ”fellesskapet” viktig i ett terapeutisk samfunn?.....s.30	
5.4 – Hvorfor er ”selvhjelp” viktig i ett terapeutisk samfunn?.....s.30	
5.5 – Sammenhengen mellom ”fellesskapet” og ”selvhjelp” i det terapeutiske samfunn.....s.31	
5.6 – Vernepleierens kompetanse i arbeids med ett terapeutisk samfunn..s.32	
6.0 – Kapittel 6: Oppsummering.....	s.34
7.0 – Kapittel 7: Situasjonen i dag.....	s.35
Litteraturliste.....	s.36

1.0 - Innledning

I fordypningspraksisen min var jeg utplassert ved en institusjon som anvendte denne behandlingsmetoden, noe som gjorde at jeg utviklet en stor interesse for akkurat denne metoden. Det var veldig fascinerende å få se metoden ”innenfra”, og hvilken effekt den hadde på beboerne. Det var derfor et veldig naturlig valg for meg å skrive om akkurat terapeutiske samfunn som behandlingsmetode for rusmiddelavhengighet. Jeg ønsker også å ta med husfilosofien for denne institusjonen i innledningen. Grunnen til at jeg ønsker å ta med den er fordi det er en veldig gripende husfilosofi, som treffer meg, og fungerte som en inspirasjon til å lære mer om det terapeutiske samfunn.

*”Vi er her fordi det til syvende og sist
ikke finnes noen flukt fra oss selv.
Inntil et menneske tør møte seg selv i
andres øyne og hjerte, flykter det.
Inntil det tillater andre å ta del i
sine hemmeligheter, kan det ikke kjenne
seg trygg på dem.
Redd for å kjenne seg selv,
kan man ikke lære andre å kjenne.
Hvor ellers enn i vårt fellesskap
kan vi finne et slikt speil?
Her kan et menneske endelig stå
tydelig frem for seg selv,
- Ikke som kjempen i sine drømmer
eller som dvergen i sin angst
- Men som et menneske.
En del av helheten og meningen med den!
Her kan vi sammen slå rot og gro,
ikke ensom som i døden,
men levende i et fellesskap”*

(Furuholmen, 1993).

1.1 - Problemstilling

Det jeg ønsker å finne ut er om i denne oppgaven er om terapeutisk samfunn er en effektiv behandlingsmetode for rusmiddelavhengige, og eventuelt hvilke ingredienser som er de mest virksomme i behandlingen. Jeg vil også reflektere rundt det jeg mener er de to viktigste begrepene i et terapeutisk samfunn, selvhjelp og fellesskap. Det er to begreper som har to vidt forskjellige betydninger i utgangspunktet, men i forhold til behandlingsmetoden blir det to begreper som jeg ønsker å finne ut om det er noen sammenheng mellom. I tillegg til dette ønsker jeg å finne ut om hvilken brikke vernepleierkompetansen kan ha i utviklingen av et terapeutisk samfunn, og eventuelt hva vernepleiere kan bidra med i sitt kompetansefelt. Jeg har derfor kommet frem til denne problemstillingen for oppgaven: *”hva som gjør terapeutisk samfunn til en effektiv behandlingsmetode for rusavhengighet? Refleksjon rundt to viktige begreper i et terapeutisk samfunn, selvhjelp og fellesskap”*.

1.2 - Metode

Oppgaven er basert på en mest teoretisk tilnærming, samt noe forskningsbasert teori. Jeg har også anvendt noen publikasjoner som støttelitteratur. Jeg har brukt litteratur for å opplyse om vernepleierens kompetanse, rusbehandling, terapeutisk samfunn og begrepene selvhjelp og fellesskap. Da det ikke var så mye forskning å finne om dette temaet, da det kan være vanskelig å sammenligne denne behandlingsmodellen med andre, valgte jeg å ta utgangspunkt i kunnskap om rusbehandling generelt. Da jeg gjør det, vil jeg forsøke å dra sammenligninger til faktorer som er effektive i rusbehandling generelt, til faktorer som er viktige i et terapeutisk samfunn. Jeg har brukt mye forskjellig pensumlitteratur, samt noe annen litteratur. Jeg har kun brukt internett som kilde under vernepleierens kompetansefelt, da jeg vet at denne siden var en troverdig kilde.

1.3 - Hva er rusbehandling?

Jeg har valgt å ta med regjeringens definisjon på rusbehandling, for å kunne få en generell overordnet forståelse i hva dette innebærer. I Stortingsmelding nr 16 1996/97 velger

regjeringen å definere behandling for rusmiddelavhengighet som en lang rekke tiltak som inkluderer identifikasjon, kartlegging, vurdering, rådgivning, behandling, omsorg og oppfølging av individer med rusmiddelproblemer. Målsettingene til disse tiltakene er å kontrollere eller stoppe rusmiddelbruken, samt forhindre videre utvikling av medisinske, psykologiske eller sosiale problemer (Johnsen, 1997).

1.4 - Hvilken kompetanse har vernepleiere?

Jeg har valgt å skrive om vernepleierens kompetanse for å få frem hvilke områder vi kan jobbe på og for å opplyse leseren om dette. Senere i drøftingen vil jeg også forsøke å finne ut hvilken brikke en vernepleier kan ha i utviklingen av et terapeutisk samfunn, og hvor viktig vernepleierkompetansen er under arbeidet der.

Vernepleiere har en 3- årlig helse- og sosialfaglig utdanning på høyskolenivå, hvor vi utdanner oss til å kunne utføre mange forskjellige typer arbeid. Vi kan for eksempel jobbe med personer med utviklingshemming, fysisk funksjonshemming, psykiske lidelser, rusproblemer og aldersdemens. Fellesnevneren for disse personene er at de har behov for bistand til mestring i dagliglivet, og her er det vernepleieren kommer inn. Vi skal legge til rette for økt livskvalitet for brukeren, hvor sosial støtte og veiledning står sentralt. Vi kan ha ulike arbeidsoppgaver, noen av disse kan være: råd og veiledning til kollegaer, administrasjon og ledelse, undervisning, fagutvikling og forskning, eller utarbeidelse og oppfølging av IP (individuell plan) sammen med brukerne. Vernepleieren utfører altså miljøarbeid, habiliterings- og rehabiliteringsarbeid sammen med mennesker som har fysiske, psykiske og/ eller sosiale funksjonsvansker, som ønsker og har bruk for slike tjenester som vi tilbyr (Mathisen, 2010).

Vernepleiere er kompetente på å vedlikeholde ferdigheter, samt etablere nye ferdigheter hos mennesker med ulike funksjonsnedsettelse. Vi kan iverksette og koordinere endringsprosesser ved hjelp av vitenskapsteoretiske verktøy. Dette er særlig egnet ved koordinering av tverrfaglig samarbeid, dokumentasjon og ledelse. Når det kommer til

medikamentadministrering er vi likestilte med sykepleierne. Vi har noe det bredeste nedslagsfeltet som er å finne blant de ulike profesjonene i helse- og sosialsektoren, og noen av vernepleierne kan likegodt tre inn i rollen som rådgivere, saksbehandlere og private foretak. Vernepleiere kan av den grunn jobbe svært mange plasser, og en av dem kan være under rusbehandling (Mathisen, 2010).

Vi har derfor mange ulike kompetanseområder som kommer til nytte i et terapeutisk samfunn. De grunnleggende kompetansene utvikler vi under utdanningen, og da vi senere starter med arbeidslivet, utvikler vi en helt egen vernepleieidentitet. Den vil da bli mer rettet til hvilke mål og arbeidsforhold vi arbeider under. I følge Hutchinson (2009) er hverdagslivets oppgaver og utfordringer tydelige temaer i vernepleiefaglig arbeid. Vernepleiere skal ta både miljøets tilrettelegging og personens individuelle forutsetninger, ønsker og interesser i betraktning.

Vernepleiere har også en arbeidsmodell som er utviklet spesielt for dette kompetansefeltet. Denne modellen heter den helhetlige arbeidsmodellen, og inneholder kartlegging, analyse, målvalg og evaluering. Dette er et godt eksempel på hvordan vernepleiere er opplært gjennom utdanningen til å tenke helhetlig. Vi skal ikke bare fokusere på sykdommen eller diagnosen, men også på personen bak diagnosen, dens tanker, behov og følelser (Kokkinn, 2005). Da vernepleiere er opplærte til å tenke helhetlig på personen, der tanker, behov og følelser står i sentrum, vil det i vitenskapelig betydning være en hermeneutisk tankegang (Aadland, 2004). Men siden vi også er opptatt av faktiske målbare ting, som for eksempel kartlegging og analysering, har vi også en positivistisk tankegang (Aadland, 2004).

1.5 - Historikk om rus- rusbehandling i Norge

Narkotikaen kom for fullt til Norge som en del av en internasjonal trend i 1965. Frem til 1960-tallet fantes det ikke noen særskilt behandling for narkomane. De var underlagt helsevesenets ansvar, og ble innlagt i psykiatrien. Da narkotikaen kom for fullt i slutten av 1960-tallet, representerte dette et nytt og skremmende fenomen for helse- Norge. Mot

slutten av 1960- tallet startet det derfor opp noen klinikker i Norge som tok i mot ”ungdomsnarkomane”. Statens klinikk for narkomane oppretter i 1970 ett kollektiv for narkomane, og i årene som følger opprettes det en rekke kollektiver rundt om i landet. I Oslo og Bergen blir det i 1978 opprettet psykiatriske team som tilbyr poliklinisk behandling for unge stoffmisbrukere. Erfaringene derifra var så gode at regjeringen bestemte seg for å opprette poliklinikker over hele landet (Fekjær, 2009).

Det første terapeutiske samfunn kommer til Norge først i 1980. Et team starter opp en institusjon i Oslo, som var inspirert fra Phoenix House i USA. Senere blir det også etablert flere institusjoner som drives etter prinsippene om terapeutiske samfunn i Norge, som for eksempel flere Veksthus (Fekjær, 2009). Det første veksthuset i Norge ble etablert i juni 1982 (Furuholmen, 1993).

1.6 - Aktualitet

I rusmiddelfeltet innenfor helse- Norge foregår det til stadighet en intern diskusjon om kvalitetssikring. Hvert enkelt tiltak skal kvalitetssikre sine rutiner, for å kunne oppnå best mulige resultater. Internasjonale studier peker også i den samme retningen om økt innsyn og dokumentasjon overfor behandling av rusmiddelmissbrukere. Det kommer stadig nye behandlingsmetoder, og et økende behov for større effektivitet i behandlingen. Dette kan skyldes vekst i antall misbrukere, nye former for misbruk eller økt synlighet og oppmerksomhet i forhold til rusavhengighet i befolkningen generelt (Rokkan, 1999). Behandlingsformer for rusavhengighet er derfor et svært dagsaktuelt tema, som flere parter har sine meninger om.

1.7 - Avgrensninger

I denne oppgaven ønsker jeg å skrive om rusbehandling generelt, og jeg har valgt å ha fokus på behandlingsmetoden terapeutisk samfunn. Jeg kommer derfor ikke til å skrive noe om andre behandlingsmodeller. Jeg har valgt å ha fokus på narkotikaavhengighet, og har derfor valgt og ikke å ta med alkoholavhengighet under dette.

1.8 - Oppgavens struktur

Jeg ønsker å belyse tilnæringsmåten i behandlingsmetoden terapeutisk samfunn, gjennom å forklare hva behandlingsmetoden egentlig går ut på. Jeg vil også reflektere rundt to svært sentrale begreper i metoden, fellesskap og selvhjelp. Det er to vidt forskjellige betydninger på begrepene, samtidig så vil jeg belyse sammenhengen mellom disse i et terapeutisk samfunn. Senere vil jeg forsøke å reflektere rundt hva som gjør at terapeutisk samfunn er en effektiv behandlingsmetode for rusavhengige. Jeg har også opplyst om vernepleierens kompetanse, da også i forhold å arbeide med denne metoden. Grunnen til at jeg ønsker å ta med vernepleierens kompetanse i arbeid med dette temaet, er fordi at vernepleiere ofte blir trodd at de kun jobber innenfor botjenesten med funksjonshemninger. Rusomsorgen er et veldig spennende arbeidsfelt, som er kommet veldig i søkelyset de siste årene, og vernepleiere har en særegen kompetanse for arbeid innenfor dette feltet.

Kapittel 2

2.1 - Historien til terapeutiske samfunn i Norge

Det første terapeutiske samfunn kommer til Norge i 1980. Det ble da startet en institusjon i Oslo, som var inspirert fra konseptet Phoenix House i USA. Senere blir det også etablert flere institusjoner rundt om i Norge, som drives etter prinsippene om terapeutiske samfunn, som for eksempel flere Veksthus (Fekjær, 2009). I 1980 begynte opparbeidelsen av det første norske veksthuset, men det var ikke før i juni 1982 at de første beboerne ankom, og veksthuset for første gang ble etablert i Norge (Furuholmen, 1993).

2.2 - Hva er egentlig ett terapeutisk samfunn?

Terapeutisk samfunn har mange elementer, og er en omfattende rusbehandlingsmetode som kan være vanskelig å sette seg inn i. Jeg skal her forklare hva et terapeutisk samfunn er, hvordan tilnæringsmåten til klientene er, og hvordan metoden er lagt opp.

De Leon (2003) sier at et terapeutisk samfunn er en behandlingsmetode for rusavhengighet og andre sterkt relaterte problemer. Tilbudet er frivillig for pasientene, og ingen er der på tvang. Det finnes en grunnleggende selvhjelpsfilosofi i metoden, som er utviklet utenfor tradisjonell medisin, psykologi og psykiatri. Til tross for dette er behandlingsmetoden en ettertraktet metode innenfor den norske helsesektoren. Terapeutiske samfunn har en grunnleggende tilnæringsmåte gjennom å behandle hele personen gjennom å bruke beboerfellesskapet. Dette har blitt forsterket og videreutviklet gjennom et bredt spekter av tilleggsfunksjoner relatert til familie, utdanning, yrkesopplæring, fysisk og psykisk helse. Behandlingstiden er normalt 12-18 måneder, men det finnes også terapeutiske samfunn for korttidsopphold (De Leon, 2003).

Furuholmen (2007) sier at et terapeutisk samfunn er et minisamfunn, som fungerer som et treningssamfunn hvor deltakerne kan få veiledning til å takle livet i storsamfunnet utenfor. For at samfunnet skal være reelt, må fellesskapet speile samfunnet utenfor i en slik grad at læringen får en overføringsverdi. Dersom premissene og kulturen er alt for forskjellig fra det virkelige samfunnet, lærer deltakerne sannsynligvis ikke det de trenger for å kunne

mestre livet på egen hånd. Samtidig må fellesskapet fungere på en måte slik at de overlevelsesstrategiene som deltakerne har brukt tidligere i et mer eller mindre asosialt liv tidligere, ikke lengre blir nødvendige. Det vil si at fellesskapet må ha kvalitet av trygg storfamilie dersom deltakerne skal lære seg samfunnet (Furuholmen, 2007).

Miljøterapi blir som en intensiv livserfarings- og læringsprosess i et terapeutisk samfunn. Dette må skje i en atmosfære som gir trygghet og omsorg nok til at deltakerne kan prøve, feile- og lære seg underveis om både seg selv og andre, og som gir motstand eller utfordringer til at det er noe å vokse etter, avhengig av den enkeltes muligheter og utgangspunkt (Furuholmen, 2007). Fekjær (2009) sier at terapeutiske samfunn tar sikte for at klientene skal erverve den funksjonsevnen, ferdigheter, og selvtilliten som skal til for å leve ett rusfritt liv i det etablerte samfunnet. For å oppnå dette må klientene få realistiske oppgaver og ansvar, og tilbakemeldinger på egen innsats og samarbeidsevne. Det endelige målet er endring av klientens identitet til en identitet der man kan se seg selv som et normalt fungerende individ i samfunnet (Fekjær, 2009).

Som miljøarbeidere vil jobben våres i et terapeutisk samfunn være å skape et hjemmebaneklima som de fleste av klientene har manglet i sin oppvekst. Det vil innebære mer trygghet, nærhet, direkthet, ærlighet, åpenhet, støtte, omsorg og kjærlighet. Dette er avhengig at vi bryr oss med og om hverandre, ha aksept for hvem deltakerne er, uten at de må forestille seg, samtidig som vi gir ros, korreksjon og motstand på deres handlinger. Som miljøarbeidere må vi ha positive forventninger, klare regler og være gode medspillere slik at individuelle ressurser får komme frem og videreutvikles (Furuholmen, 2007).

Primærmålet i et terapeutisk samfunn er å skape personlig vekst. Det kan oppnås gjennom å forandre individets livsstil gjennom et fellesskap gjennom engasjerte mennesker som jobber sammen for å hjelpe seg selv og hverandre. Terapeutiske samfunn har et veldig strukturert miljø med definerte grenser, både moralske og etiske. Det anvendes sanksjoner og konsekvenser i fellesskapet, fortjente oppgraderinger i status og privilegier som deler av rehabiliterings- og vekstprosessen. En viktig faktor er at deltakerne er en del av noe som er større enn seg selv, noe som vil frembringe positiv vekst (Furuholmen, 2007).

En tidligere beboer i et terapeutisk samfunn, uttalte et karakteristisk sitat for tenkemåten bak metoden: ”Problemet er ikke å slutte med heroin, men å leve et normalt liv”

(Furuholmen, 1993). Tankegangen bak et terapeutisk samfunn er derfor ikke kun å fokusere på at det er rusen som er problemet, men at det er hele personen som må endre seg. Terapeutiske samfunn ser da heller på selve misbruket av rus på som ett uttrykk for underliggende psykososiale vansker hos klienten.

Et terapeutisk fellesskap er sammensatt av mange forskjellige elementer. Det er fritidsaktiviteter, grupper (blant annet manns- og kvinneterapi), arbeidstrening, skole, sosial trening, fysisk trening, individuellsamtaler, legearbeid, inntak og ettervern. I midten av disse elementene står klienten. Dersom ikke klienten forholder seg til den felles ideologien og målsettingen, blir det rot som påvirker både klienten og veilederne som vil få en negativ effekt på behandlingen (Furuholmen, 2007).

Terapeutiske samfunn fungerer med arbeidsstruktur som er fordelt inn i forskjellige roller: arbeidsledere, assistenter og mannskap. Arbeidsledere står på toppen av gruppen og fordeler oppgaver og gir ordre, assistenten er arbeidsleders assistent, og mannskapet er resten av gruppen som gjør arbeidsoppgavene og mottar ordre fra arbeidsleder. Det finnes også flere konfrontasjonsgrupper som er her og nå orientert, og fasegrupper som avhenger av hvor lenge klientene har vært i behandling. I tillegg til dette er det individuelle samtaler, rådgivningssamtaler klientene imellom, sosial trening, manns- og kvinnegrupper, etc. Måten de arbeider på i konfrontasjonsgruppene er i hovedsak materiale som kommer frem i hverdagen. Måten en beboer deltar i dagligliv, arbeid, skole og fritid på, gir stoff til bearbeiding av holdninger og samspill med andre. Det er i de små tingene i dagliglivet at beboerne viser hvordan de møter eller viker unna forskjellige utfordringer. De utfordringene kan være kontakt med andre mennesker, de forskjellige rollene i behandlingen, arbeidsoppgaver, etc. De viser altså hvordan de takler kontakt og nærhet med andre, og hvordan de forholder seg til egne og andres følelser og behov (Furuholmen, 2007).

For at et terapeutisk samfunn skal kunne virke, bør det ha en klar organisasjonskultur, klare roller og regler, slik at beboerne har noe tydelig å forholde seg til. Misbruket er for de fleste strukturløst og utflytende, og et flertall av beboerne har også hatt mangel av struktur under oppveksten. Dette kan avspeile en generell trend i samfunnet med faktorer som manglende tilhørighet, kontaktløshet, mangel på gode forbilder, og identitetsløshet. Et terapeutisk samfunn må derfor få slike kvaliteter som beboerne manglet under sin

oppvekst: Struktur gir forutsigbarhet og dermed trygghet. Klare roller tydeliggjør hvem som er voksne, hvem som er barn, de tydeliggjør hvem som har ansvar, autoritet og omsorgsfunksjoner. Vi må alle tilstrebe en følelse av tilhørighet over tid. Det å ha røtter i en historie og en familie, opplevelsen av samhold og solidaritet, er svært viktig for identitetsfølelsen. En god behandling er derfor avhengig av klare grenser og nesten grenseløs omsorg, noe som finnes i de fleste terapeutiske samfunn (Furuholmen, 2007).

De fleste terapeutiske samfunn opererer som oftest med uskrevene regler, men de må allikevel ha noen få ”forbud” som gjelder. Disse forbudne er: Det er forbudt og ruse seg. Det er forbudt å øve vold eller komme med trusler om vold. Det er forbudt å ha sex med andre beboere. Det er forbudt å opptre destruktivt i kollektivets nærmiljø (De Leon, 2003). Dersom det hadde vært for mange skrevne regler, kunne det blitt for mye å forholde seg til for beboerne. De terapeutiske samfunnene må uansett ha noen forbud for å kunne drive en behandlingsinstitusjon som da mest trolig blir tryggere og mer forutsigbar for beboerne.

Kapittel 3

3.1 - Hva er virksomme ingredienser i generell rusbehandling?

Det blir ofte sagt at problemet, da særlig ved narkomani, ikke er å avvennes fra selve stoffet (Fekjær, 2009). Mange av de narkomane har tidligere frivillig er ufrivillig blitt avvent flere ganger, muligens gjennom institusjon, fengsel eller av seg selv. Problemet er at de senere starter på igjen med misbruket, da etter avvenning og uten abstinensplager. Skadelig rusmiddelbruk kan ha flere underliggende årsaker. Fekjær (2009) sier videre at personer som blir avhengig av rus blir det av forskjellige årsaker, det bestemmes av individuelle faktorer. Av den grunn er det også forskjellige behandlingsmetoder og faktorer som fungerer på de forskjellige personene. Jeg har her tatt med en tabell fra Fekjær (2009:246) for å vise de forskjellige årsakene til at personer kan bli rusavhengig, og eventuell hvilken tilnærming til behandlingsmetode som fungerer.

Stikkord	Betydning	Intervensjon/behandling
<i>Mestringsdimensjonen:</i> Problemer med å mestre situasjoner edru.	Usikkerheten dempes fordi rus forklarer atferd og nederlag. Viktigst hos usikre og ressursfattige. Rusen blir ett alibi for nederlag.	Øke mestringsevne og ferdigheter, individets trygghet og selvtillit.
<i>Holdningsdimensjonen:</i> Positive holdninger til rusmidlet.	Rusmisbrukere har positive holdninger og forventninger til rusmidler.	Faktisk informasjon om rusmidler og korrigere gale oppfatninger.
<i>Lyst-/impulsdimensjonen:</i> Rus legitimerer handlinger og unnlater.	Viktig hos de fleste, særlig ved ungdomsfull. Rus som alibi for handlinger.	Bevisstgjøring av ubevisste motiver. Eventuelt påvirke omgivelsene så rus ikke lengre virker skyldfritakende.
<i>Gruppedimensjonen:</i> Tilhørighet i sosial gruppe som forutsetter rusmisbruk.	Viktigst i sosiale avvikergrupper. Men alle påvirkes av andre	Gi kontakt med alternative miljøer (AA, religiøse).

	menneskers rusbruk.	
<i>Identitetsdimensjonen:</i> Å være "narkoman" eller "alkoholiker" legitimerer sosiale nederlag.	Viktig for sosialt utslåtte, som ikke har levd opp til andres og egne forventninger om jobb, bolig, familie, etc.	Hjelpe til bedre posisjon eller akseptering av situasjonen.
<i>Bedøvelsesdimensjonen:</i> Dempe vonde følelser, bruker rusmidler som gift/medisin.	Viktig hos en del passive utslåtte brukere.	Hjelpe til økt toleranse for uønskede følelser.

Fekjær (2009) har delt rusmisbrukere i denne modellen inn i seks forskjellige kategorier, avhengig av hva som var grunnlaget for at de startet med rus. Av den grunn finnes det også forskjellige grunnelementer som hver enkelt gruppe har behov for under behandling. Noen har behov for økt mestringsevne, ferdigheter og selvtillit. Andre har muligens behov for bevisstgjørelse, informasjon eller økt toleranse for uønskede følelser.

Psykososiale behandlingsmetoder er i følge Fekjær (2009) innenfor rammen av det vi kaller for kognitiv behandling. Kognitiv behandling er basert på at individets tankemønster, oppfatninger, og forklaringer er avgjørende for individets følelser og handlinger, og bør derfor endres i behandling. Det å kartlegge hvor den enkelte er i prosessen i endringsprosessen, og ha stort fokus på motivasjon, er viktige elementer i de forskjellige psykososiale behandlingsmetoder. Dersom du i møtet med den rusavhengige får mulighet til å kartlegge hvor i endringsprosessen den enkelte er, kan det ha store konsekvenser for hva akkurat den enkelte klienten har behov for å komme seg videre (Fekjær, 2009).

Vilje og evne er to svært sentrale egenskaper som behøves under endring av grunnleggende levevaner (Fekjær, 2009). For at den enkelte klienten skal kunne kontinuerlig ha vilje og evne til å kunne leve ett rusfritt liv, vil han ha behov for motivasjon. Motiverende samtale er derfor et sentralt element under all rusbehandling, dette på grunn av at motivasjonen til den enkelte ofte kan være vakkende, samtidig som ambivalensen er sterk. Teknikken i en motiverende samtale dreier seg om å drøfte både fordeler og ulemper ved atferdsendring på en nøytral og ikke- konfronterende måte.

Behandleren må alltid ha fokus på at forandring er mulig. Når endringen skal gjennomføres, er det viktig å ha sterkest mulig beslutning som ett grunnlag for handlingsplaner og for evnen til å motstå fristelser når risikosituasjoner dukker opp (Fekjær, 2009).

Evnen til å tenke positivt er viktig under all rusbehandling. Sjansen til og faktisk lykkes er langt større dersom man har tro på at man kan nå målet. Derfor er det viktig å være realistisk og ikke sette seg skyhøye mål, men heller gjennomførbare, realistiske mål. Psykologen Albert Bandura videreutviklet slagordet ”positiv tenkning” til mestringstillit. Han hevdet at personlige problemer ofte kunne forklares med årsaker som var umulige å endre, men at mennesker kunne komme over tilsynelatende håpløse problemer dersom de hadde tillit til at de faktisk kunne klare det. Mestringstillit er i dag en sentral dimensjon å ta hensyn til under all rusbehandling. Mestringstillit har også betydning for hvilke mål en setter seg under behandling, hvor mye en anstrenger seg for å nå målet, og hvordan personen reagerer på eventuelle tilbakeslag. Mestringstillit bygges først og fremst opp gjennom å lykkes i forskjellige situasjoner. Forskning tyder også på at det er en klar positiv sammenheng mellom mestringstillit og resultater etter endt behandling (Fekjær, 2009).

Brumoen (2000) sier at mestringstillit innebærer at det er mulig å bygge opp tilliten til at det er mulig å mestre vanskelige situasjoner hvor lysten til å anvende rusmidler er til stede. Høy mestringstillit vil være det samme som høy tillit til egen mestring av problemområde. Mestringstillit er da altså et resultat av konkrete mestringserfaringer, ikke av tro, håp eller følelser. Men for å kunne bygge opp en høy mestringstillit, vil tro, håp og følelser spille en stor rolle for motivasjonen (Brumoen, 2000).

Mange av de personene som er rusmiddelavhengig, startet i svært ung alder. De har derfor gått glipp av flere grunnleggende elementer i livet, en vanlig ungdomstid, utdanning og arbeidserfaring. De har dermed vært en del av et annet miljø, og blitt opplært til vidt forskjellige normer og regler å leve etter, i forhold til resten av samfunnet. Av den grunn kan veien til rehabilitering være svært lang. Fekjær (2009:254) har i sin bok hentet en modell fra forskere ved Rogalandsforskning, som viser forskjellene på rusmiddelavhengige før og etter behandling.

Gjelder hva?	Før behandling	Etter behandling
Arbeid	Pusher/arbeidsgiver	Arbeidsledig
Inntekt	20 000 – 30 000 kr per måned	3000 kr per måned (sosialstøtte)
Utfordringer	Mange	Få (kjedelig)
Venner	Mange	Få (ensom)
Markedsposisjon og karrieremuligheter	Lang ansiennitet, høy kompetanse, etterspurt	Ikke fullført grunnskole, uønsket
Rykte	”En som er til å stole på”	”En kriminell ramp”
Status i sitt miljø	Høy	Lav
Sosialt nettverk	”En av gutta”	Outsider, eksnarkoman
Språk og uttrykksform	Velartikulert, forståelig	Støtende, uforståelig
Kredittmuligheter	Gode	Ingen (svartelistet)

3.2 - Hva er virksomme ingredienser i et terapeutisk samfunn?

Fekjær (2009) sier at de fleste klientene som ankommer et terapeutisk samfunn sliter med lav selvtillit når det gjelder å fungere i ett samfunn. For å kunne utvikle denne selvtilliten og andre ulike ferdigheter anses følelsen av mestring som en svært viktig ingrediens. Da en oppnår følelsen av mestring, vil mest trolig selvtilliten til den enkelte vokse. Terapeutiske samfunn legger derfor til rette for personlig vekst og utvikling gjennom å gi klientene oppgaver og utfordringer. De tilpasser type oppgave og utfordring de forskjellige klientene, og gir ikke en oppgave til noen som man ikke tror vil mestre akkurat dette (Fekjær, 2009).

Sett i perspektiv av et terapeutisk samfunn, fungerer behandlingen fordi den enkelte beboer tillater det å fungere, gjennom å bruke hverandre, og at alle er engasjert i den samme kampen om å komme ut av misbruket (De Leon, 2003). Evnen til selvhjelp er en grunnleggende faktor for at det terapeutiske samfunn skal kunne ha en effekt på rusmisbrukeren. De har også en grunnleggende tilnæringsmåte gjennom å behandle hele

personen gjennom å bruke beboerfellesskapet, noe som har fått gode tilbakemeldinger (De Leon, 2003).

3.3 - Fungerer terapeutiske samfunn for rusavhengige?

De Leon (2003) har ut ifra oppfølgingsstudier evaluert sosiale og psykologiske resultater hos tidligere beboere i terapeutiske samfunn 1-12 år etter de har fullført behandlingen. Disse studiene dokumenterer at langtidsopphold i terapeutiske samfunn effektivt reduserer rusmisbruk og asosial atferd, da spesielt hos opiatmisbrukere. Videre står det at graden av forbedring hos beboerne, er direkte knyttet opp til tid i behandling. Desto lengre klientene er i behandling, desto større sjanse er det for forbedring på oppfølgingstidspunktet.

Forskning som har sammenlignet korttids poliklinisk behandlingsmetoder med langtidsbehandlinger for rusavhengige, er kommet frem til at det ikke er store forskjellene på resultatene til hva som er den beste behandlingsmetoden. Imidlertid viste funnene at den største forbedringen fant sted hos de klientene som var lengst i behandling. En del med relativt kort behandlingstid hadde også en betydelig fremgang, selv om disse opplysningene hadde større usikkerhet. Studiene viste imidlertid at langtidsbehandling i et terapeutisk samfunn ikke ga signifikant bedre resultater enn annen type behandling for rusavhengige i døgninstitusjoner (Nylenna, 2009). Langtidsbehandling kan da ha større effekt enn korttidsbehandlinger for rusavhengige. Men i forhold til et terapeutisk samfunn og andre langtidsbehandlinger, gir ikke denne metoden mye bedre resultater enn de andre metodene (Nylenna, 2009).

Rusavhengige er en differensiert gruppe og for noen kan korte opphold være tilstrekkelige, mens for andre er lange opphold nødvendige. Dette avhenger både av hvor i rusmiddelkarrieren rusmisbrukeren er når han søker behandling, og den enkeltes psykososiale problemer og totale livssituasjon. Denne kunnskapen vektlegger altså at det er viktig med målinger av alvorlighetsgraden hos den enkelte personen, når en skal vurdere hva som vil være optimal behandlingstidslengde (Nylenna, 2009).

Flesteparten av klientene som skriver seg inn til behandling ved terapeutisk samfunn, fullfører ikke programmet, men hopper av i løpet av den første tiden. For eksempel så vil

60 % av alle som skriver seg inn til behandling, bli i behandlingen i minst 90 dager. Av de som er igjen, vil ca 60-70 % fullføre 12 måneder i beboerfellesskap (De Leon, 2003). Nylenna (2009) bekrefter dette ved at omtrent halvparten av de som skriver seg inn til langtidsbehandling, hopper av før de første tre månedene er gått.

Fekjær (2009) sier at nye klienter i et terapeutisk samfunn møter en grad av åpenhet og direkte tale som de ikke er vant til. Mange av rusmisbrukerne har tidligere vært eskapister, men da de kommer til et terapeutisk samfunn har de ikke mulighet til å gjemme seg bort og blir konstant eksponert. Fekjær (2009) sier videre at han mener at dette er en av årsakene til at det er mye frafall, da særlig den første tiden av behandlingen.

Kapittel 4

Refleksjon rundt to viktige begreper i det terapeutiske samfunn: fellesskapet og selvhjelp.

Grunnen til at jeg har valgt å reflektere rundt disse to begrepene er fordi at etter at jeg har lest en del teori om de terapeutiske samfunnene, har jeg forstått at fellesskapet og selvhjelp er to viktige elementer innenfor behandlingen. Begrepene har i utgangspunktet to vidt forskjellige betydninger, men i denne behandlingsmetoden har de stor betydning for hverandre, noe jeg også vil forsøke å få frem under drøftingen.

4.1 - Hvilken betydning har ”fellesskapet” i et terapeutisk samfunn?

Fellesskapet er det grunnleggende elementet ved det terapeutiske samfunns tilnæringsmåte. Det er både konteksten og metoden for endringsmåten. Det har et generelt formål, en organisatorisk struktur, formelle regler og uformelle felles normer, kulturspesifikke verdier, oppfatninger og skikker. Hovedmålet er å behandle individuell lidelse, men det overordnede prosjektet er og forandre livsstil og personlig identitet hos beboerne. For å kunne nå dette målet, bruker det terapeutiske samfunn fellesskapet som en metode for å hjelpe individet til å endre seg selv. Strukturen, menneskene og den daglige strukturen med aktiviteter er formet med hensikt i at det skal hjelpe frem personlig vekst, læring og endring hos individet. Fellesskap som er terapeutisk samfunn, eksisterer derfor for å tjene de enkelte individene (De Leon, 2003).

I et fellesskap kan personen bli mer observant på egne handlingsmønstre. Da en lever i fellesskap med andre, blir en observert i alle sine dimensjoner, og det dukker stadig nye utfordringer opp. De utfordringene kan være relasjoner med andre mennesker, kommunikasjon, arbeidsbaserte oppgaver, roller i et terapeutisk samfunn, etc. Da en til stadighet blir observert av andre i fellesskapet vil en få jevne input av data som blir tatt fatt i og modifisert. Individet vil da forandre atferd, holdinger, og verdier gjennom uavbrutt samspill i fellesskapet. Det vil da være opplæringen fra fellesskapet og de daglige eksemplene på hvordan denne lærdommen virker i forandring av individet, som vil oppmuntre til og forsterke troen hos beboerne til å delta i den sosiale læringsprosessen (De Leon, 2003).

Gjennom fellesskapet vil beboerne i de terapeutiske samfunnene knytte seg til hverandre gjennom å dele erfaringer, bekreftelser og handlinger og handlinger som viser at de bryr seg om hverandre. Dette kan for eksempel være gjennom ved å stå og holde rundt hverandre i ring, to og to sammen, legge armen rundt skulderen, sitte sammen med og holde en, eller bare ved å smile. På den måten kan gammel smerte, som ofte skriver seg fra forstyrrende relasjoner mellom en selv og andre, gi helende erfaringer som egentlig er sosiale, igangsatt av gjensidige reaksjoner mellom mennesker som føler fellesskap med hverandre (De Leon, 2003). Både det å lære om seg selv så vel som sosial læring skjer i det daglige samspillet mellom individene og fellesskapet. Gjennom konstant observasjon av atferd, holdninger og følelser, repetisjoner av budskapet om personlig vekst og riktig leveste, tilbakemeldinger fra fellesskapet, kollektiv læring og indirekte læring. Gode følelser støtter den enkelte i prøve- og feile- prosessen og forsterker beboernes tilknytning til fellesskapet (De Leon, 2003).

Furuholmen (2007) sier at fellesskapet er den viktigste arenaen for læring og trening. Sammen med andre å ta i bruk grunnverdiene og menneskesynet behandlingsprogrammet er basert på, vil være en måte å gjøre dette på. Dette vil også omfatte psykodynamiske prinsipper, bearbeiding av egne følelser og selvbilde, utvikling av nære relasjoner til andre beboere og ta ansvar for egen utvikling blant annet gjennom å fungere som et forbilde for nyere klienter.

Bunkholdt (2002) sier at vi kan være medlemmer av en gruppe hvor vi bruker normer og verdier som målestokk for våres holdninger og handlinger, og at vi dermed kan påvirke hverandre. Etter hvert blir de normene, reglene og verdiene som ligger i gruppen internalisert, og de blir tatt over av de enkelte medlemmene i gruppen som sine egne.

4.2 - Hvilken betydning har ”selvhjelp” i et terapeutisk samfunn?

Mennesker tenker og reagerer forskjellig. Dette gjelder også for en gruppe som er samlet for å jobbe med en felles problematikk. Når en deltaker forteller om sine problemer, vil det sannsynlig treffe de andre deltakerne på ulike måter og skape ulike reaksjoner. Det er akkurat evnen til å ta inn over seg de reaksjonene som oppstår – og evnen til å gi uttrykk

for dem, som skal øves opp i en selvhjelpsgruppe. Følelsene som kommer er viktige for personen som reagerer, fordi de forteller noe om ens såre punkter, og fordi de gir nyttig kunnskap om hvordan man berører andre. Det å kunne jobbe med disse følelsene, og ta inn over seg dem, er måten å kunne yte selvhjelp (Hauff, 2001). Personer vil sammen med en gruppe med mennesker, oppleve andre inntrykk og følelser enn de ville gjort alene. De vil få flere innfallsvinkler og reaksjoner på situasjoner de ellers ikke ville fått. Etter disse eventuelle situasjonene, er det evnen til å ta inn over seg de reaksjonene og følelsene som er oppstått som er den viktigste bidragsyteren til selvhjelp.

Selvhjelp er ett av de grunnleggende elementene i de terapeutiske samfunnene. Det er både en filosofi og et krav for at bedring skal kunne finne sted. I samsvar med synet på lidelsen og personen må den enkelte selv påta seg hovedansvaret for sin egen rehabilitering og tilheling. Selvhjelperehabilitering innebærer at den enkelte selv må gi det største bidraget til endringsprosessen. I de terapeutiske samfunnene gir man ikke behandling, men behandlingen blir gjort tilgjengelig for beboerne (De Leon, 2003).

”Selvhjelp er å ta tak i muligheter, finne frem til egne ressurser, ta ansvar for livet sitt og selv styre det i den retningen en ønsker. Selvhjelp er å sette i gang en prosess, fra passiv mottaker til aktiv deltaker i eget liv” (Hauff, 2001).

Miljøet i de terapeutiske samfunnene, staben, medbeboerne, de daglige gjøremålene, gruppene, møtene og strukturen er behandlingselementer i bedringsprosessen til den enkelte beboer. Effektiviteten av disse avhenger i at beboeren selv tar de i bruk, og må delta fullt ut i den daglige strukturen for å dra nytte av dem. De må bruke programmet, menneskene, opplæringen og aktivitetene for å kunne lære å holde fast ved prosessen i behandlingen (De Leon, 2003).

Gjensidig selvhjelp vil si at den enkelte beboer tar ansvar for prosessen til medbeboerne, for å bedre kunne holde fast ved egen behandlingsprosess. Det viktigste budskap om tilheling, personlig vekst og god levemåte gis da av likesinnede medbeboere gjennom konfrontasjon og deling i grupper, å være gode rollemodeller og som støttende og oppmuntrende venner i det daglige fellesskapet. Sett i perspektivet av det terapeutiske samfunnet fungerer derfor behandlingen fordi den enkelte tillater den å fungere, og ved at de bruker hverandre gjennom gjensidig selvhjelp (De Leon, 2003).

Kapittel 5 - Drøfting

5.1 - Hva er det som gjør terapeutisk samfunn til en effektiv behandlingsmetode for rusavhengige?

Fekjær (2009) mener det er individuelle faktorer som bestemmer hvorfor personer blir avhengig av rus. Han har laget en modell som viser dette. Her har han delt rusmisbrukere inn i modellen om faktorer som kan bidra til at mennesker blir rusavhengige (s.16-17) inn i seks forskjellige dimensjoner. Disse dimensjonene er: mestring, holdning, lyst-/ impuls, gruppe, identitet og bedøvelsesdimensjonen. Av den grunn finnes det også forskjellige grunnelementer som hver enkelt gruppe har behov for under behandling av deres avhengighet. Noen har behov for økt mestringsevne, ferdigheter og selvtillit. Andre har muligens behov for bevisstgjørelse, informasjon eller økt toleranse for uønskede følelser. Av den grunn kan det være svært vanskelig å finne grunnessensen til hva som fungerer mest effektivt under behandling av rusmiddelavhengige. Jeg vil derfor forsøke å trekke inn flere grunnleggende elementer i generell rusbehandling, for så å sammenligne disse med noen av faktorene som finnes i et terapeutisk samfunn.

Beboere som kommer inn til behandling i et terapeutisk samfunn, har ofte sammensatte psykososiale problemer og har et utpreget bruk av rusmidler (De Leon, 2003). I følge tabellen til Fekjær (2009) tilhører personene da mest sannsynlig ulike dimensjoner, men med tanke på at flesteparten i et terapeutisk samfunn har flere underliggende problemer, kan en ta utgangspunkt i at mange av beboerne tilhører mestring, identitet eller bedøvelsesdimensjonen. Grunnen til at de sannsynlig kan tilhøre i disse dimensjonene, kan være fordi at det er disse dimensjonene som er hardest belastet i forhold til årsakene til at de startet med rus. Dersom noen tilhører disse dimensjonene, har de behov for å øke mestringsevne, ferdigheter, individets trygghet, selvtillit, hjelp til en bedre posisjon eller aksept, eller hjelp til økt toleranse for uønskede følelser (Fekjær, 2009).

Fekjær (2009) sier videre at de fleste klientene som ankommer et terapeutisk samfunn sliter med lav selvtillit. For å kunne utvikle denne selvtilliten og andre ferdigheter anses følelsen av mestring svært viktig. Terapeutiske samfunn legger til rette for personlig vekst og utvikling gjennom å gi klientene oppgaver og utfordringer (De Leon, 2003). Gjennom å mestre disse utfordringene og oppgavene, vil beboerne oppleve følelsen av mestring, og

mest trolig vil selvfølelsen øke i takt med dette. Terapeutiske samfunn ønsker derfor å øke beboernes mestringsfølelse.

Fekjær (2009) sier at vilje og evne er to svært sentrale egenskaper som behøves av en person under endring av grunnleggende levevaner. Og for at den rusavhengige skal kunne kontinuerlig ha vilje og evne gjennom behandlingen, vil han ha behov for motivasjon. Motiverende samtale er derfor et sentralt element under all rusbehandling. Motiverende samtale er en teknikk som dreier seg om å drøfte både fordeler og ulemper ved atferdsendring på en nøytral og ikke- konfronterende måte. Da jeg var i praksis opplevde jeg at beboerne ble møtt på en nøytral måte i samtaler, det var stort fokus på total ærlighet, og at beboerne ikke skulle bli forhåndsdømt i noen situasjoner. De Leon (2003) bekrefter dette med at beboerne alltid skal bli møtt på en helhetlig måte, og at åpenhet står svært sentralt under samtaler. Her vil også kompetansen til vernepleiere komme godt med under arbeidet i et terapeutisk samfunn, da vernepleiere er opplært til en helhetlig tankegang, og god kommunikasjon (Kokkinn, 2005).

Evnen til og alltid å tenke positivt er viktig under rusbehandling (Fekjær, 2009). Han sier videre at sjansene til å lykkes i behandling øker betrakterlig dersom man har tro på at man kan nå målet. Psykologen Albert Bandura videreutviklet denne betydningen til begrepet mestringstillit. Han mente at det å ha tillit til seg selv var det essensielle i å kunne løse problemer, uansett hvor håpløse de enn måtte virke. Mestringstillit er blitt et sentralt begrep under rusbehandling i dag. Brumoen (2000) forklarer at høy mestringstillit er det samme som høy tillit til egen mestring og problemområder. De Leon (2003) sier at i et terapeutisk samfunn er det stort fokus på følelsen av mestring for å kunne øke selvfølelsen. Dersom en setter seg realistiske mål, er det også fullt oppnåelig og nå dem. Av den grunn er det viktig å kunne sette seg gjennomførbare, realistiske mål, og ikke skyhøye mål, som du muligens ikke kommer til å oppnå. Da jeg var i praksis opplevde jeg også at beboerne ble oppmuntret til å sette seg realistiske mål som var gjennomførbare, og ikke skyhøye mål som aldri hadde blitt gjennomført. Jeg vil derfor si at terapeutiske samfunn har fokus på å øke mestringsfølelsen til den enkelte beboer, og har dermed også et fokus på mestringstillit. Om den enkelte beboer erverver denne følelsen blir opp til hver enkelt, men forholdene ligger til rette for dette i behandlingsmodellen.

Sett i perspektiv av et terapeutisk samfunn, fungerer behandlingen fordi den enkelte beboer tillater det å fungere, gjennom å bruke hverandre, og at alle er engasjert i den samme kampen om å komme ut av misbruket (De Leon, 2003). Det terapeutiske samfunn mener altså at det er selvhjelp og gjensidig selvhjelp som er den viktigste faktoren til at metoden er en effektiv rusbehandlingsmetode. Evnen til selvhjelp, og til å innse at en behøver hjelp til noe, mener jeg er grunnleggende for å kunne være medlem av et terapeutisk samfunn. Dersom medlemmene i et terapeutisk samfunn ikke hadde innsett at de behøvde endringer i livet, og ikke tatt tak i de tilgjengelige hjelpemidlene som metoden gir dem, hadde de heller ikke oppnådd den effekten som et terapeutisk samfunn har mulighet til å gi dem.

Fellesskapstilnærmingen er en annen grunnleggende faktor i et terapeutisk samfunn (De Leon, 2003). De bruker fellesskapet som metode gjennom å behandle hele personen gjennom å bruke beboerfellesskapet. Det at de gjør det på denne måte, gjør at hver enkelt person blir møtt med sine problemer av likesinnede, og de har muligheten til å speile seg i hverandre (Furuholmen, 2007). Det er naturlig å anta at da en anvender fellesskapet som metode for og ”behandle” hverandre, blir det enklere for hver enkelt å komme med sine problemer, da alle er likesinnede og vært gjennom mye av det samme.

De Leon (2003) har ut ifra oppfølgingsstudier evaluert sosiale og psykologiske resultater hos tidligere beboere i terapeutiske samfunn 1-12 år etter de har fullført behandlingen. Disse studiene dokumenterer at langtidsopphold i terapeutiske samfunn effektivt reduserer rusmisbruk og asosial atferd, da spesielt hos opiatmisbrukere. Videre står det at graden av forbedring hos beboerne, er direkte knyttet opp til tid i behandling. Desto lengre klientene er i behandling, desto større sjanse er det for forbedring på oppfølgingstidspunktet.

Spørsmålet blir da om det er det at de fleste terapeutiske samfunn er langtidsbehandlinger som gjør at behandlingen førte til forbedring hos beboerne? Eller hadde det fungert på en like tilfredsstillende måte dersom det ikke var døgnbasert behandling, og kanskje over kortere tid.

Forskning som har sammenlignet korttids poliklinisk behandlingsmetoder med langtidsbehandlinger for rusavhengige, er kommet frem til at det ikke er store forskjellene på resultatene til hva som er den beste behandlingsmetoden. Imidlertid viste funnene at den største forbedringen fant sted hos de klientene som var lengst i behandling. En del med

relativt kort behandlingstid hadde også en betydelig fremgang, selv om disse opplysningene hadde større usikkerhet. Studiene viste imidlertid at langtidsbehandling i et terapeutisk samfunn ikke ga signifikant bedre resultater enn annen type behandling for rusavhengige i døgninstitusjoner (Nylenna, 2009). Langtidsbehandling kan da ha større effekt enn korttidsbehandlinger for rusavhengige. Men i forhold til et terapeutisk samfunn og andre langtidsbehandlinger, gir ikke denne metoden mye bedre resultater enn de andre metodene.

Rusavhengige er en differensiert gruppe og for noen kan korte opphold være tilstrekkelige, mens for andre er lange opphold nødvendige. Dette avhenger både av hvor i rusmiddelkarrieren rusmisbrukeren er når han søker behandling, og den enkeltes psykososiale problemer og totale livssituasjon. Denne kunnskapen vektlegger altså at det er viktig med målinger av alvorlighetsgraden hos den enkelte personen, når en skal vurdere hva som vil være optimal behandlingstid (Nylenna, 2009). Hvor lenge den enkelte personen må være i behandling, er individuelt og varierer fra person til person. Det kan komme an på hvor lenge personen har vært avhengig av rusmidler, eventuelt andre problemer og den totale livssituasjonen. For eksempel dersom personen har svært sammensatte psykososiale problemer, og er avhengig av å få livet på plass igjen, kan det være at denne personen hadde passet best inn i et terapeutisk samfunn. Men dersom personen ikke har så sammensatte psykososiale problemer, men har hatt problemer med rusavhengighet i en mindre periode, kan det være at personen kun hadde trengt behandling i en korttids poliklinisk behandlingstid.

5.2 - Terapeutisk samfunn – ikke en behandlingstid for alle?

Flesteparten av klientene som skriver seg inn til behandling ved terapeutisk samfunn, fullfører ikke programmet, men hopper av i løpet av den første tiden. For eksempel så vil 60 % av alle som skriver seg inn til behandling, bli i behandlingen i minst 90 dager. Av de som er igjen, vil ca 60-70 % fullføre 12 måneder i beboerfellesskap (De Leon, 2003). Nylenna (2009) bekrefter dette ved at omtrent halvparten av de som skriver seg inn til langtidsbehandling, hopper av før de første tre månedene er gått. Da kan en spørre om hvorfor en så stor andel av de som skriver seg inn til behandling, hopper av i løpet av den første tiden.

Som tabellen til Fekjær (2009) som viser situasjonen til rusavhengige før - og etter behandling (s.19), er det ikke alltid rehabilitering noe som foretrekkes av rusavhengige, da det i ettertid er veldig mange "ulemper" med dette. Tabellen viser forskjellige situasjoner, da for eksempel i forhold til arbeid, inntekt, status, utfordringer, etc. Noen av forskjellene er å gå fra å være "en av gutta", til å være en outsider eller eksnarkoman. Eller å gå ned fra kr 20 000 per måned, til kr 3000 i sosialstøtte per måned. Narkoman eller ikke narkoman, disse elementene er det ikke noe som mange av oss ønsker å være. I følge Fekjær (2009) har mange av personene som er rusmiddelavhengig, startet med dette i svært ung alder. De har av den grunn gått glipp av flere grunnleggende elementer i livet, for eksempel en normal ungdomstid, utdanning, og arbeidserfaring. De har dermed vært en del av et helt annet miljø i samfunnet, og blitt opplært til vidt forskjellige normer og regler å leve etter. En kan derfor påstå at behandleren har en skikkelig utfordring når det kommer til å skape mestringstillit og til å holde motivasjonen oppe hos klienten som skal eller er under behandling. Det kan da tenkes at noen av disse faktorene kan være med på å bidra til at den rusavhengige hopper av behandlingsprogrammet underveis, da det kan bli for intenst og forandringene kan bli for sterke.

Da mener jeg det er viktig å huske på at alle personer er forskjellige og har behov for individuell tilpasset behandlingsmetoder. Noen har større rusmiddelproblematikk enn andre. Det er ikke noen av behandlingsmetodene som fungerer på alle, og det er da viktig å fokusere på hvilken metode som kan fungere for hvem. Terapeutiske samfunn er en behandlingsmetode med høy intensitet, da den er døgnbasert og du er i kontinuerlig kontakt med andre beboere i programmet. Du blir konfrontert og utprøvd konstant, og en må tilpasse seg strukturen og de andre medbeboernes behov. Fekjær (2009) sier at nye klienter i et terapeutisk samfunn møter en grad av åpenhet og direkte tale som de ikke er vant til. Mange av rusmisbrukerne har tidligere vært eskapister, men da de kommer til et terapeutisk samfunn har de ikke mulighet til å gjemme seg bort og blir konstant eksponert. Fekjær (2009) sier videre at han mener at dette er en av årsakene til at det er mye frafall, da særlig den første tiden av behandlingen. Av den grunn er det ikke sikkert at terapeutisk samfunn er den rette behandlingsmetoden for alle, da alle personer har forskjellige behov.

5.3 - Hvorfor er ”fellesskapet” viktig i et terapeutisk samfunn?

Fellesskapstilnærmingen er grunnleggende for at et terapeutisk samfunn skal kunne fungere på en effektiv måte. Uten fellesskapet hadde ikke beboerne fått tilbakemeldinger av likestilte, ikke hadde det blitt likt samfunnet på utsiden, eller kunne bygd opp igjen den sosiale treningen og bygd relasjoner. Et terapeutisk samfunn hadde faktisk ikke kunne fungert uten et fellesskap, da dette er et av de mest grunnleggende faktorene med hele modellen. De Leon (2003) sier at fellesskapet er både konteksten og metoden i endringsmåten til det terapeutiske samfunnet. Det har et generelt formål, en organisatorisk struktur, formelle regler og uformelle felles normer, kulturspesifikke verdier, oppfatninger og skikker. Hovedmålet med fellesskapet er å behandle individuell lidelse, men det overordnede prosjektet er å forandre livsstil og personlig identitet hos beboerne. For å kunne nå dette målet, anvender det terapeutiske samfunn fellesskapet som en metode for å hjelpe individet å endre seg selv (De Leon, 2003). Fellesskapet er derfor ett grunnleggende og svært viktig element innenfor selve tilnæringsmetoden til det terapeutiske samfunnet. Uten denne tilnæringsmåten ved å anvende fellesskapet til å få individet til å hjelpe individet å endre seg, ville ikke det terapeutiske samfunn fungert som det gjør i dag.

Bunkholdt (2002) sier at vi kan være medlemmer av en gruppe hvor vi bruker normer og verdier som målestokk for våres holdninger og handlinger, og at vi dermed kan påvirke hverandre. Etter hvert blir de normene, reglene og verdiene som ligger i gruppen internalisert, og de blir tatt over av de enkelte medlemmene i gruppen som sine egne. Dette understreker også hvordan medlemmene i et terapeutisk fellesskap vil kunne påvirke hverandre, gjennom overføringer av verdier og holdninger til hverandre.

5.4 - Hvorfor er ”selvhjelp” viktig i et terapeutisk samfunn?

Alle mennesker tenker og reagerer på forskjellig måte. Dersom en deltaker forteller om sine problemer, vil det sannsynlig treffe de andre medlemmene på ulik måte og skape reaksjoner. Det er akkurat den evnen til og inn over seg de reaksjonene som oppstår – og evnen til å gi uttrykk for dem, som er så viktige (Hauff, 2001). Dette er også helt grunnleggende egenskaper å ha dersom en skal fungere i et terapeutisk samfunn. For at beboerne skal kunne ta initiativ til endring i sitt eget liv, er derfor evnen til selvhjelp et svært viktig hjelpemiddel. Uten å kunne ta inn over seg de reaksjonene og følelsene som

vil oppstå i et terapeutisk samfunn, vil høyst sannsynlig endring ikke forekomme hos den enkelte beboer.

5.5 - Sammenhengen mellom fellesskap og selvhjelp i det terapeutiske samfunn:

Furuholmen (2007) sier at hjelp til selvhjelp og gjensidig selvhjelp understreker poenget med at bedringen i behandlingen utvikles gradvis i samspillet med fellesskapet og individet selv. Individuelle faktorer er spesielt viktig i behandlingsprosessen, men de daglige oppgavene til beboerfellesskapet er å opprettholde og motivere disse faktorene hos den enkelte beboer. For at selvhjelp skal finne sted hos det enkelte individet, er det altså avhengig av at fellesskapet motiverer og engasjerer seg i seg selv og hverandre.

I den daglige strukturen i et terapeutisk samfunn, er fellesskapet til stadighet samlet. Hvilke oppgaver eller relasjoner som er dem imellom vil ikke bli påvirket av at de står sammen som et fellesskap, og at de er avhengige av hverandre for å oppnå ønsket endring av seg selv. Jeg kan derfor gå så langt som å si at fellesskapet og selvhjelp er to faktorer i et terapeutisk samfunn som er avhengig av hverandre for at behandlingen skal kunne fungere på en effektiv måte. En kan tenke seg dersom evnen til selvhjelp ikke var til stede, da ville ikke fellesskapets tilbakemeldinger og konfrontasjoner hjelpe den enkelte, og ikke hadde fellesskapet engasjert seg i hverandre. Dersom fellesskapet ikke sto sammen som samlet, ville beboerne heller ikke fått tilbakemeldinger, og hele tilnæringsmetoden til det terapeutiske samfunn ville vært ikke eksisterende. Det er derfor to begreper som i seg selv har forskjellig betydning, men i et terapeutisk samfunn vil de være avhengige av hverandre for at behandlingen skal bli mest mulig effektiv for den enkelte.

Beboernes overføring av fellesskapsideene om rehabilitering og personlig vekst er i seg selv en aktivitet til selvhjelp. Fellesskapet kan også bli brukt for gjensidig selvhjelp av beboere. For eksempel så kan det bli lagt til rette for at en ny mannlig beboer kommer på rom sammen med en eldre beboer, altså beboere som er på forskjellige stadier i programmet og i behandlingsprosessen. Denne konstellasjonen gir mulighet for at beboerne kan identifisere seg med hverandre, og de kan gi veiledning og hjelp til hverandre. På den måten kan de oppnå personlig vekst, og dermed hjelp til selvhjelp (De Leon, 2003).

5.6 - Vernepleierens kompetanse i arbeid med ett terapeutisk samfunn

I følge Hutchinson (2009) er hverdagslivets oppgaver og utfordringer tydelige temaer i vernepleiefaglig arbeid. Vernepleiere skal ta både miljøets tilrettelegging og personens individuelle forutsetninger, ønsker og interesser i betraktning. Av den grunn ville derfor vernepleiere kunne bidratt til å hjelpe beboerne i et terapeutisk samfunn, med utgangspunkt i beboernes egne forutsetninger, ønsker og interesser. Vatne (1998) sier at dersom en tar utgangspunkt i brukernes egne ønsker og behov vil behandlingen sannsynligvis være helt annerledes enn dersom behandlingen kun hadde vært utarbeidet at hjelperne i rundt. Vatne (1998) sier videre at brukervedvirkning handler om at pasienten skal ta del i egen behandling, både på mulige forslag og avgjørelser. Følgene av at brukeren inkluderes mer i behandlingen vil være at brukeren blir mer selvstendig og føler seg mer viktig i forhold til omgivelsene. Brukervedvirkning er noe som står sentralt i de terapeutiske samfunnene, da beboerne forventes å ta del i egen behandling, da spesielt i utforming av behandlingsplaner og målsettinger (Furuholmen, 2007). Vernepleieren har derfor her en helt særegen kompetanse i de terapeutiske samfunnene, til å kunne tilføye mer brukervedvirkning, og legge til rette omgivelsene for økt mestring hos beboerne.

Mathisen (2010) sier at målet for vernepleiefaglig jobbing er å tilrettelegge for brukeren så en kan oppnå høyst mulig livskvalitet. I følge Askheim (2005) er livskvalitet et begrep som det er opp til hver enkelt person å vurdere, hvilke normer og verdier en har. Det skyldes at begrepet har å gjøre med den enkeltes subjektive opplevelse av hva som er godt. Det er faktorer som ytre livsvilkår (bolig, arbeid, økonomi), mellommenneskelige relasjoner (partner, venner, familie, barn) og indre psykologisk tilstand (engasjement, energi, selvrealisering, selvtillit, glede). Det å oppnå en god livskvalitet, er viktig for å ivareta selvfølelsen med seg selv, og følelsen av å høre hjemme i samfunnet. Da livskvaliteten er subjektiv og opp til hver enkelt å vurdere, er det viktig for oss som vernepleiere å ivareta brukervedvirkningen til hver enkelt klient, for å kunne oppnå en høyst mulig effekt. I et terapeutisk samfunn vil det være viktig med vernepleierkompetansen, da spesielt i forhold til å legge til rette for å kunne få økt selvfølelse. Furuholmen (2007) sier at de fleste rusmisbrukerne sliter med lav selvfølelse da de skriver seg inn til behandling. Det å legge til rette for økt selvfølelse, er viktig for at klienten skal kunne ta både seg selv og behandlingen alvorlig.

Innenfor vitenskapelig teori har vernepleieren og det terapeutiske samfunn mye lik tankegang. Ved at vi tenker helhetlig på mennesker, dets behov, tanker og følelser stammer fra en hermeneutisk tankegang (Aadland, 2004). Samtidig er begge også opptatt av å kartlegge og å analysere, noe som stammer fra en positivistisk tankegang da vi må ha noe målbart å måle disse tingene etter (Aadland, 2004).

Jeg ser viktigheten i vernepleierens kompetanse i forhold til å kunne jobbe i terapeutiske samfunn. Vi har en evne til å tenke helhetlig på mennesket, ikke bare på den eventuelle sykdommen eller diagnosen, men også dets tanker, behov og følelser. Terapeutiske samfunn er også opptatt av å behandle hele mennesket, og ikke bare rusmisbruket. Vernepleiere er opplærte til å kunne legge omgivelsene til rette for økt mestring hos den enkelte bruker. Økt mestringsfølelse er også et element som står svært sentralt i det terapeutiske samfunn, da en mener at økt mestringsfølelse igjen vil gi økt selvtillit. Ansvarliggjøring, brukermedvirkning, god kommunikasjon, og relasjonsbygging er også nøkkelord innenfor det vernepleiefaglige feltet, noe som kommer godt inn under flere av prinsippene bak det terapeutiske samfunnet.

Kapittel 6

6.0 - Oppsummering

Jeg ser at behandlingsmetoden terapeutisk samfunn er en effektiv langtids behandlingsmetode, som forskning viser fungerer veldig bra dersom vedkommende fullfører programmet. Dessverre viser også forskningen (De Leon, 2003 og Nylenna, 2009) at omtrent halvparten av beboerne som blir innskrevet til behandling i et terapeutisk samfunn, hopper av i løpet av den første tiden.

Terapeutisk samfunn har flere faktorer som kan være med på å bidra til at den er en effektiv behandlingsmetode for rusmiddelavhengige. Da jeg sammenlignet faktorene som ble sagt å spille en rolle innenfor generell rusbehandling, var det også mange av faktorene som gikk igjen som viktige innenfor de terapeutiske samfunnene. De faktorene var blant annet økt mestringsfølelse, mestringsstillit, bevisstgjørelse, motivasjon, tillit, selvhjelp og fellesskapstilnærmingen. Terapeutiske samfunn ser ut til å ha et stort fokus på mestring, noe som gikk igjen i flere av faktorene for om metoden til rusbehandling skulle være effektiv. Jeg vil derfor si at et terapeutisk samfunn er en effektiv behandlingsmetode, men den er også en omfattende og kanskje overveldende i begynnelsen, så den passer ikke til alle. Grunnen til at den kan være overveldende er fordi da rusmisbrukere kommer inn til behandling, er fordi de er de vant til et helt annet miljø, de får tilbakemeldinger på alt de gjør, og får aldri være alene. Det kan for noen bli for mye, som kan gjøre at de velger og ikke ta tak i utfordringene sine, men å hoppe av programmet.

Jeg ser også at vernepleiere har en særegen kompetanse til å jobbe akkurat i terapeutiske samfunn. Vår evne til å tenke helhetlig, og legge til rette for mestring står også veldig sentralt under denne behandlingsmodellen. Samtidig er vi opplærte til å kartlegge, analysere, sette realistiske målvalg og senere å evaluere, noe som igjen går igjen i det terapeutiske samfunnet. Ansvarliggjøring, brukermedvirkning, god kommunikasjon, og relasjonsbygging er også nøkkelord innenfor det vernepleiefaglige feltet, noe som kommer godt inn under noen av prinsippene bak det terapeutiske samfunnet.

Kapittel 7

7.0 - Situasjonen i dag

Det er mange faktorer som spiller en rolle da en skal evaluere om en behandlingsmetode er effektiv eller ikke, og eventuelt hvorfor. En kan nesten si at det er umulig. Da en skal sammenligne metoder, må en ta hensyn til om det er langtidsbehandling eller poliklinisk, hvor tungt rusmisbruket er hos de enkelte, om det også er sammensatte psykososiale problemområder, etc. Det er mange faktorer å ta hensyn til, og nesten umulig å sammenligne. Det er nok derfor det ikke finnes så mye forskning på de forskjellige typene rusbehandlinger som helse Norge muligens hadde hatt behov for.

Jeg ser viktigheten i at terapeutiske samfunn eksisterer i Norge, for å kunne bidra til at flere rusavhengige blir rusfri. Terapeutiske samfunn er under stadig endring, de endres samtidig med samfunnets behov. De ansatte, beboerne og miljøet rundt vil være med på å forandre dens struktur. Men jeg ser også en utfordring, som ligger i at siden modellen er under stadig endring, er det viktig å kunne opprettholde strukturen og de viktigste elementene for at ett terapeutisk samfunn skal kunne fungere i dag, noe jeg mener vernepleieren har en særegen kompetanse til å bidra med.

Litteraturliste:

Aadland, Einar (2004). *Og eg ser på deg. Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Askheim, Ole Petter (2005). *Fra normalisering til empowerment: ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Brumoen, Hallgeir (2000). *Bygging av mestringstillit: En metodebok om mestring avrusproblemer*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Bunkholdt, Vigdis (2002). *Psykologi: En innføring for helse- og sosialarbeidere*. Oslo: Universitetsforlaget.

De Leon, George (2003). *Det terapeutiske samfunn: Teori, modell og metoder*. Oslo: Universitetsforlaget.

Fekjær, Hans Olav (2009). *Rus: Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal akademisk.

Furuholmen og Andresen (2007). *Fellesskapet som metode: om miljøterapi og rus*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.

Furuholmen, Dag (1993). *Boka om veksthuset*. Oslo: Cappelens forlag.

Hauff, Sidsel (2001). *Selvhjelp – en innføring*. Oslo: Norsk selvhjelpsforum: Sosial og helsedepartementet.

Hutchinson, Gunn Strand (2009). *Barnevernspedagog, sosionom, vernepleier: utvalgte temaer*. Oslo: Universitetsforlaget.

Johnsen, Jon (1997). *Stortingsmelding nr. 16 1996-97. Narkotikapolitikken*. Oslo: Sosial og helsedepartementet.

Kokkinn, Judy (1998). *Profesjonelt sosialt arbeid*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Nylenna, Magne (2009). *Hva er effekten av langtidsbehandling i institusjon for rusavhengige sammenlignet med poliklinisk kortidsbehandling?* Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Rokkan, Tore (1999). *Identitet i behandling: om rusmisbruk og identitet. Hovedoppgave til pedagogikk hovedfag.* Oslo: Universitet i Oslo.

Vatne, Solfrid (1998). *Pasienten først? Om medvirkning i et omsorgsperspektiv.* Bergen: Fagbokforlaget.

Internettkilder:

Mathisen, Mona (2010), Kunnskapsdepartementet, Oslo. [internett]. Tilgjengelig fra URL: <http://utdanning.no/yrker/beskrivelse/vernepleier> [lest: 11.05.10]

