

”I all vår gjerning....”

***Jubileumsskrift vil A-klinikkens 50-årsmarkering
2004***

Forfatter/redaktør: Bjørn Enes

Utgitt av Sørlandet Sykehus HF, Avd for rus- og avhengighetsbehandling

I all vår gjerning

Forord	3
Arvid Bergstøl: 1. trinn.....	5
Bjørn Enes: Stedets ånd,.....	6
Karsten Nordal: Hvorfor blir noen avhengige?.....	10
Arvid Bergstøl: 2. trinn.....	15
Bjørn Enes: Pionerene	16
Karsten Nordal: Minnesotamodellen.....	20
Arvid Bergstøl: 3. trinn.....	26
Bjørn Enes: Kongsgård.....	27
Kjetil Hauge: Ethiske aspekter i behandling av rusavhengige	32
Arvid Bergstøl: 4. trinn.....	38
Bjørn Enes: Sekstiåttene.....	39
Kari Henriksen : Streiflys på ord og begreper i offentlige dokumenter	44
Arvid Bergstøl: 5. trinn.....	47
Bjørn Enes: Utforbakken	48
Terje Lølandsmo: Basisprogrammet	53
Arvid Bergstøl: 6. trinn.....	56
Bjørn Enes: Medavhengighet.....	57
Torhild Sørensen: Familieteamet.	61
Kari Henriksen: TVANG.....	64
Arvid Bergstøl: 7. trinn.....	71
Bjørn Enes: Barna	72
Eldbjørg Kjølsvædt og Øisten Kristensen: Regnbueprosjektet	75
Arvid Bergstøl: 8. trinn.....	81
Bjørn Enes: Vest-Agderklinikkene	82
Olav Espegren: Fra opiums-buler til speed-kjør	86
Arvid Bergstøl: 9. trinn.....	93
Bjørn Enes: Konfrontasjon	94
Helga Tveit: Løsningsfokuset behandling i Psykiatrisk ungdomsteam	98
Olav Espegren: Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)	101
Ivor Høy: Spillavhengighet.....	103
Olav Espegren: AD/HD - den oversette funksjonshemming?.....	107
Arvid Bergstøl: 10. trinn.....	109
Bjørn Enes: Selvhjelpsgruppene	110
Øistein Kristensen: Forskning på A-klinikken og Ruspoliklinikken	115
Arvid Bergstøl: 11. trinn.....	124
Bjørn Enes: Tilfriskning	125
John-Kåre Vederhus: Rehabiliteringsposten.....	129
Arvid Bergstøl: 12. trinn.....	131
Bjørn Enes: 50 år etter Brygga.....	132
Karsten Nordal: Stedets ånd 2.....	137
Olav Haavørstad: Inn i psykiatrien – kollisjon eller berikelse?.....	148

Forord

Det er en tid til å se tilbake, og en tid til å se fremover.

Når A-klinikken i år har 50-års dag og Ruspoliklinikken 10-års dag, er det mange gode grunner til å jubilere og å reflektere både over fortid og fremtid.

Med glede kan vi konstatere at jubilantene, som i dag har navnet Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, er livskraftige med mange og godt utbygde behandlingstilbud.

Vi lever i et land der avhengighetslidelsene synes å øke i takt med velstandsutviklingen. Arbeidsområdet er omfattende. utfordringene er mange, både når det gjelder forebygging og behandling.

Det er i en slik situasjon mer enn noen gang viktig å ha fokus på fremtiden. Likevel er det slik at på samme måte som en skute med høy seilføring trenger dybde og ballast, vil en institusjon ha nytte av å kjenne sine røtter og sin historie. Hva kan læres av de ulike utviklingsfaser. Hva har vært særpreget for behandlingsinstitusjonen. Hva var det som virket/ikke virket, eller hva var bra eller mindre bra. Hva lærte vi underveis og hvordan kan behandlingssopplegget gjøres bedre i dag i en ny sammenheng.

Institusjonens historie kan også være med på å gi grunnlag for tilhørighet og identitet, både for de ansatte i dag og for fremtidige medarbeidere.

Så er det vårt håp at leseren av denne jubileumsbok også sitter igjen med en god oversikt over virksomheten i dag og aktuell fremtidig utvikling. Vi har derfor både lagt vekt på å beskrive behandlingsfilosofiens faglige grunnlag, aktuelle tiltaksområder og å gi en kulturhistorisk forståelse av avhengighetsproblemet de siste 50 år og i dagens situasjon.

Jubileumsboken er blitt til etter at det høsten 2003 ble nedsatt en komité med Karsten Nordal (formann), Kari Henriksen (sekretær), Anne Lise Smith, Terje Lølandsmo og Olav Espegren som medlemmer.

12 av klinikkens ansatte har bidratt med fagartikler. Forteller Bjørn Enes har redigert boken og bundet fagstoffet sammen med historiske og litterære tekster. Ingen av de klienthistoriene han gjengir er autentiske, men de bygger på en serie intervjuer med anonyme kilder. Han har også latt *narrative* (”fortellertekniske”) hensyn bestemme hvem av de ansatte han har latt framtre med navn i tekstene. Avdelingens *ånd* og faglige profil er prioritert foran navnene på mange av de medarbeiderne som gjennom årene har gjort en stor innsats for å skape dem. Billedkunstner Arvid Bergstøl har tolket stoffet gjennom sine illustrasjoner både på omslaget og inni boken. Historiekomiteen vil herved takke Enes, Bergstøl og de øvrige

bidragsytere for engasjert og helhjertet innsats. Videre takker vi direktør Olav Haaverstad og øvrige bidragsytere for verdifull hjelp.

Kristiansand, 31. august 2004, Karsten Nordal

Arvid Bergstøl: 1. trinn

Bjørn Enes: **Stedets ånd,**

Det er ikke bygningene som betyr noe, det er det som er inni dem. Det er ikke fasadene. Det er *ånden*.

Nå har folk gått over den gamle Kongsgårdheia fra bukta til Fylkesmuseet i førti år og sett i bakken for at ingen skal tro de er nyssgjerrige, eller for å slippe å treffe noen kjente blant de som er innlagt på A-klinikken. For folk flest har det vanskelig, både med rusen og med dem som har bukket under for den. De vil helst ikke se og vite om hvor mektig den er. De vil nippe til et glass i lyse sommerkvelder, de vil løsne snippen i lystig lag og så vil de ikke vite om hva slags ild de leker med. De vil ikke treffe kjente. De vil hulle gamle Aklinikken inn i diskresjon og tåke. Så de ser i bakken og går forbi.

Men dette er en fortelling om å gå inn dit.

Det kan være på en fredag for eksempel. Når parkeringsplassen er full av biler, og de står i klynger på utsiden og noen røyker sigaretter og nesten alle ler og rister never og sier lenge siden sist og noen ser rett på folk og sier så bunnløst ærlige ting at en som bare komme inn der blir forlegen.

"Hei. Jeg heter Erna og er alkoholiker," sier de. Eller Lars eller Liv eller Erik: *"Jeg heter Erik og er rusavhengig"*. Og så går de inn og setter seg i benkerader, for å se og høre på dem som skal hjem, fra klinikken eller fra Halveishuset. De ser og hører mennesker som har knyttet seg til hverandre, veldig tett, gjennom uker med konfrontasjoner og ransaker, mennesker som har grått og ledd sammen, mennesker som har åpnet verkebyller sammen, og de hører dikt som de har skrevet til hverandre. Gjerne dårlige dikt:

"Kjære venninne Erna.

Munnen din gikk som kverna.

Du snakket det bort.

Men så kom du til kort."

Men det er stillere i denne salen enn på noen poesikveld med berømte forfattere. For det er ikke ordene det kommer an på. Det er meningen i dem, kjenslene, nerven. Noen mennesker har vært sammen med Erna i ukevis mens de selv har vært i krise. Og de har sett

tomheten i ordene hennes, utfluktene, bortforklaringene og til slutt har de sagt det til henne. I sinne kanskje, eller omsorgsfullt: Erna – du lurer bare deg selv. Du kaster bort tiden. Du går utenom. Du pynter på fasaden. Du drukner oss i ord. Og det har kostet å si det. For det er seg selv de har snakket om, kanskje, de som kastet harde ord mot Erna. Ingen lurer en alkoholiker. Unntatt hun selv eller han selv.

Og så griner de litt, og holder rundt hverandre. Og rundt i salen kommer lommeørklær opp. Og så skjer det ett eller annet tøysete, og så ler de alle sammen. De griner og ler. Slik er det der. Der er et felleskap som blant kamerater i krig. De har en fiende som binder dem til hverandre.

Hver fredag kommer tidligere pasienter tilbake for å være med på avskjedsseremonien for dem som er ferdige med klinikkoppholdet eller oppfølgingsprogrammet. For å se og høre gruppa ta farvel med dem og kjenne følelsene som kokte i dem selv da de sto der oppe og så ut over forsamlingen av kjente og ukjente mennesker og rensket halsen og sa de fryktelige ordene for første gang i en slags offentlig rom:

”Hei. Jeg heter navnet mitt og jeg er alkoholiker.”

Der er to ting ved meg som verden skal få vite: Jeg har et navn. Og jeg er alkoholiker. Eller rusavhengig. Eller avhengig av andre ting: Spill, dopingmidler.

Og så klapper menneskene som sitter der, og reiser seg og ler og gratulerer de som har stått der oppe og så går de og henter kaffe og hver eneste gang har noen bakt et eller annet og så står de utenfor igjen så sant der er vær til det og noen røyker og noen ler – nesten alle ler – og så sier de *”Hvordan går det?”* til hverandre og alle vet hva som menes og det nytter ikke å si *”Jotakk – jeg har fått ny båt”* eller annet utenomsnakk. Enten går det bra, eller så har det ikke gått så bra en periode og det betyr at du har vært på kjøret, på fylla, spydd, slått, såret, ødelagt, tapt for fienden. Og de er ikke noviser de som står der, de ser det på deg med en gang. De er ikke interessert i båt.

Slik er stedets ånd på det som engang var en kongsgård og senere en herregård. Det er Majors gamle sveitserhus med påbygg og tilbygg i 50- og 60- og 70-tallstil. Det er et billig kontrobygg i brakkestil. Og det er en nybygg med gråsteinsmur og store vindusflater og og dører som åpner og lukker seg selv. Det er en sti gjennom skogen til gamle insitusjonsbygg på jordene under Ringknuten. Alt ligger for seg selv, i et hjørne av byen der folk kan gå forbi hvis de tilfeldigvis kommer dit ved en feil eller fordi de må skynde seg til Fylkesmuseet og mangler bil eller mistet en buss. Ellers går de ikke der, for det er blindveier og skogsveier som fører til både Aklinikken og Avrusingsstasjonen og Ruspoliklinikken. Blindveier på

Kongsgård. Det kan også være blindveier i livet. For fienden som binder sammen de menneskene som kommer dit er slik at den som tar kampen opp den og ikke seirer, vil dø.

Der er vakkert. Det sitter tradisjoner i veggene på husene, i bakkene og kjerrene. Det har vært både herregård og fattighus. (Mer om det i nest siste kapitel i boka)

Og så er der vinter der en dag. Avrusningen – ”Rusa” - summer av stemmer i ulikt leie. Den ene er omstendelig og forklarende inn i en telefon. ”Basisprogram,” sier hun, og utålmodig tretthet sniker seg inn under de korrekte ordene. ”Gruppeterapi er samtaler. Vi sitter og snakker, ja. Men det er ikke bare.”

Den andre piper av selvrettferdighet: Det er en misforståelse, en sammensvergelse, en overdrivelse. Han har blitt tvangsinnlagt. En advokat sitter ved siden av ham i gangen, noterer, nikker, lytter, kommer med forsiktige motforestillinger: Du må kunne svare på dette, det blir spørsmål om dette, loven sier og selvfølgelig kunne det vært annerledes men loven sier og du må kunne svare. Vi må kunne svare. Om jeg skal få deg ut igjen herfra må vi kunne dokumentere. Og stemmen piper: Men forstår du ikke? Det er ikke meg som bestemmer, sier advokaten. Jeg kan bare føre saken på dine vegne. Du må kunne dokumentere

En tredje snøvler og raller. Ja så ble det kanskje litt for mye akkurat i dag. Han har en kjepphest. Han skal male verden rød. Det er det som er feil med verden: Den er ikke rød. Tenk hvor annerledes verden hadde vært hvis den var rød. Navn? Hvorfor skal han vite navn? Er han ikke klar over at verden venter der ute, at selv om det ble litt for mye akkurat i dag så er verden ennå ikke rød? Og en miljøarbeider ser på klokka og sier bestemt men ikke skarpt at han må ha navn og at verden har den farge den har. Så tuter det utenfor.

En fjerde stemme roper muntert, som om hun synger. ”Han er min!” sier hun og løper i gangen, i bue rundt pipestemmen og mumlestemmen til advokaten, midt mellom miljøarbeideren og han som skal farge verden rød. ”for et føre!” sier hun og slår opp begge dørene så alle ser issvullene i trappa opp til veien og en drosje som står der og alle hører hule lyder fra en mann som stikker hodet inn i baksetet og drar. ”Ooops! Her kommer jeg! Det er holke!” roper den muntre stemmen og hun i telefonen snur seg og smiler og sier at ”vi bygger på en modell...”

Pipestemmen stopper og advokaten slutter å mumle og rallingen tar slutt og den bestemte men ikke skarpe stemmen holder opp og alle ser ut de doble dørene og de to som bøyer seg inn og haler en mann ut av drosja, en som ikke kan stå, en som ikke vet hvor han er eller hva som skjer og tar mot en skulder under hver arm. Men likevel så glir han på holka. Noe så veldig glir han, han slår ut med det ene beinet så det faller av. Og danser for seg selv med sko og strømpe med strømpebånd på nedover issvullene i trappa og inn gjennom de

dobbeltåpne dørene og seiler inn på gulvet i gangen og stopper foran advokaten og pasienten som klager over å bli tvangsinnlagt.

Den omstendelige stemmen reiser seg og forklarer inn i telefonen før hun legger den fra seg - *"Å - der kommer det et bein, kan du vente litt, jeg må hjelpe?"* - og skynder seg ut til trappa og for å hjelpe de to under skuldrene å bære det friske benet og tre på protesen og støtte inn på mottaksrommet før hun småløper tilbake til telefonen og de hører den siste stemmen derfra. Metallisk og snøvlende:

"Dø, åssen æ de' - kommer pasientene inn til dere i beder, eller?"

Slik er også stedets ånd.

Karsten Nordal: **Hvorfor blir noen avhengige?**

Først tar mannen en drink

Så tar drinken en drink

Så tar drinken mannen

(Orientalsk ordtak)

Bruk av rusmidler er et av verdens største helseproblem, og bortsett fra krig vårt største problem i mellommenneskelig relasjoner.

Historien om bruk av rusmidler går like langt tilbake som hilstorien om menneskeheten. Det er funnet beviser for bruk av rødvin i midt-østen for 7.000 år siden og at narkotiske stoffer som hasj, opiat og kokain ble brukt i ulike kulturer for 4.000 år siden. For indianerne i Sør-Amerika var kokain sannsynligvis et livsviktig middel til å døyve sult og tretthet i situasjoner med store anstrengelser. Også i dag bruker indianerne i Andesfjellene å tygge kokablader for å bedre å kunne klare å arbeide i store høyder.

Siste 50 år, og særlig siste 10-20 år har det skjedd en økende forskningsbasert forståelse av rusmiddelavhengighet. Denne forskning er fundamental for å forstå rusmidlene skadige effekter. Det er etter hvert blitt tydeligere at bruk av rusmidler i seg selv medfører avhengighet med økt konsum og derav følgende problemer.

HVA ER ET RUSMIDDEL?

Alle rusmidler har det felles at de gir sinnsforandring ved å forandre hjernens funksjon. Rusmidlene er kjemiske stoffer som ved kontinuerlig bruk medfører avhengighet. Det er vanlig å skille mellom 4 hovedgrupper av rusmidler. Alkohol, sovepiller og beroligende medikamenter virker dempende. Amfetamin, kokain og nikotin virker stimulerende. Opiater slik som morfin og heroin tilhører gruppen smertestillende stoffer. Cannabisstoffene (marihuana og hasj) LSD m.fl. tilhører gruppen av sinnsforandrende stoffer.

Rusmidlene brukes som en snarvei til glede og behag. Alle rusmidler har ved langvarig og stort forbruk en skadelig virkning på psykisk og fysisk helsetilstand.

AVHENGIGHET – HVA ER DET?

Avhengighet er en tilstand der en person blir biologisk, psykologisk og sosialt henfallen til bruk av en stemningsforandrende substans. Det kan stilles en diagnose ut ifra symptomer og tegn, og avhengighet er blitt anerkjent som en lidelse i seg selv.

I den internasjonale klassifikasjon av sykdommer (ICD10) er det satt opp 6 kriterier for avhengighet. Tre eller flere av disse må ha inntruffet samtidig i løpet av det siste året.

Kriteriene gjengis her i forkortet form:

1. Sterk lyst eller tvang til å innta substansen.
2. Problemer med å kontrollere substansinntaket.
3. Abstinenssymptomer – det vil si en negativ følelsesmessig og fysiologisk tilstand som kan dempes ved fortsatt bruk.
4. Utvikling av toleranse med økning av inntaket for å få ønsket effekt.
5. Økende likegyldighet overfor andre gleder eller interesser. Livet sentreres om bruk av rusmidler.
6. Fortsatt bruk på tross av at bruken medfører alvorlige problemer.

BLIR ALLE RUSMIDDELAVHENGIGE?

Ikke alle mennesker som bruker rusmidler utvikler avhengighet. Enkelte personer tåler rusmidler dårlig. De blir påvirket av selv små mengder og bruken medfører sterkt ubehag. Andre kan innta store mengder og ha en positiv opplevelse av rusmidlets virkninger. Den siste gruppen har en større risiko for å utvikle rusmiddelavhengighet. Tydeligvis er noen mer utsatt enn andre. Dette har forskningen i mange år forsøkt å belyse uten å finne frem til noen enkel forklaring. Sannsynligvis dreier det seg om kompliserte biologiske mekanismer som spiller sammen med sosiale, psykiske og åndelige faktorer i gjensidig påvirkning og forsterkning.

DOPAMINHYPOTESEN.

Dopamin er et av signalstoffene i sentralnervesystemet som er med på å gi oss positive opplevelser. Når vi utfører handlinger som er nyttig for vår overlevelse som mennesker (lindre sult og tørst, seksualitet med mer) skjer det en økt produksjon av dopamin. Behagsopplevelsen som dopamin medfører motiverer oss til å fortsette å utføre nyttige handlinger, som for eksempel fysiske anstrengelser.

Forskning har vist at for eksempel alkohol, kokain og amfetamin øker produksjonen av dopamin og dermed lystopplevelsen. Gjentatt bruk av disse stoffer fører til at organismens egen evne til produksjon av dopamin blir svekket. For å oppnå samme behagsfølelse må

derfor dosen av rusmidlene etter hvert økes. (Nevroadaptasjon). Samtidig skjer det en læringsprosess som kan forårsake et tvangsmessig bruk av rusmidler.

Også andre signalstoffer spiller en rolle i utvikling av rusmiddelavhengighet. Det skal her bare kort nevnes at opiatavhengighet (heroin m.fl.) har sammenheng med forandringer i morfinlignende neurotransmittere, og at avhengighet av benzodiazepiner (Valium, Rohypnol m.fl.) er sammenkoblet med GABA-systemet.

Selv om forskerne vet noe om disse biologiske mekanismer, er mye fortsatt uavklart. Forskningsområdet er viktig fordi det er bl.a. kan gi økt innsikt i medikamentell behandling av avhengighet (for eksempel behandling med metadon og naltrexon).

EGENSKAPER HOS STOFFET.

Det er vanlig å vurdere stoffets avhengighetsskapende egenskaper ut ifra hvor lett henfallenhet til bruk inntreffer. De legale midlene så som alkohol og nikotin scorer forholdsvis lavt på avhengighetsskalaen når det gjelder korttidsbruk. Oftest må disse stoffene prøves flere ganger før en begynner å like både lukten, smaken og virkningen (rusbrusen et unntak?). Stoffet som heroin, amfetamin og kokain er av de mest vanedannende rusmidler som finnes. Kokainrusen for eksempel er så behagelig at den ikke glemmes, og de fleste vil få sterk lyst til å oppleve den på nytt. Allerede etter få gangers bruk kan avhengigheten være etablert. Dette kan riktignok også gjelde alkohol hos særlig disponerte mennesker.

DEN AVHENGIGE PERSONLIGHET.

Når det gjelder egenskaper hos brukeren som disponerer for avhengighet er disse sammensatte og vanskelige å utrede. Det har vært forsket mye og skrevet bøker om den avhengige personlighet. Resultatene er ikke entydige, bl.a. fordi langvarig misbruk kan ha vært med på å utvikle personlighetsegenskaper som også kan ha vært disponerende for avhengighet. Det har vært påpekt at mennesker med holdninger preget av passivitet og selvutslettelse skulle være mest utsatt for dyp avhengighetsproblematikk. På den annen side kan emosjonelt ustabile preget av impulsiv adferd også være disponert for misbruk av rusmidler. Personer som mangler evne til å utsette tilfredsstillelse av et behov har ofte lav terskel for å ty til rusmidler. For noen vil stress øke behovet for bruk av beroligende medikamenter/stoffer. Unge mennesker med problemer og dårlig selvbilde er også en spesielt utsatt gruppe.

ANGSTFORDRIVER.

Alkohol er ofte blitt betegnet som en angstfordriver. Også andre rusmidler så som hasj, opiat og benzodiazepiner brukes for å dempe depresjon og angstplager for en stund. Siden disse midlene oppleves å virke så godt er det stor sjanse for vedvarende bruk, og faren for å utvikle avhengighet er betydelig. Om lag hver 5. person som utvikler alkoholavhengighet hadde i utgangspunktet en angstlidelse. Spesielt gjelder det mennesker med sosial fobi. Undersøkelser har vist at også mennesker med andre psykiske lidelser er utsatt, og at når det gjelder psykiske lidelser som gruppe finnes der rusproblemer 2-3 ganger så hyppig som i gjennomsnittsbefolkningen.

ARVELIGHET.

Det er hittil ikke påvist noen sikker biologisk forklaring på hvorfor noen er mer utsatt for å utvikle avhengighet enn andre. Selv om det synes sikkert at arv spiller en stor rolle, har en hittil ikke kunnet påvise noen spesielle gen i et individs arvemasse som virker disponerende. Sannsynligvis dreier det seg om en komplisert kombinasjon av flere arvefaktorer. Det er i den forbindelse viktig å påpeke at det er disposisjon for avhengighet og ikke avhengigheten som lidelse som er arvelig. I praksis vil det si at alkoholisme i familien er et tegn på økt risiko for å utvikle en avhengighetslidelse ved bruk av rusmidler.

SOSIALE FORHOLD.

Rusavhengighet er i stor grad knyttet til sosiale forhold. Bruk av rusmidler i ung alder og i et miljø med en liberal holdning til bruk av rusmidler er klart disponerende. Spesielt for unge mennesker der personligheten er i en utviklingsfase vil det snikende skje forandringer i sentralnervesystemet (belønningssystemet) som medfører et økende behov for rusing.

Sosiale forhold som yrke og omgangskrets der et liberalt bruk av rusmidler er vanlig øker faren for å utvikle avhengighet. I den forbindelse kan nevnes at 63% av 93 innlagte i A-klinikken i 1981 hadde vært i arbeid innenfor sjøfart. Mange av disse reiste ut til sjøs i 15-års alder.

Forarming og fattigdom disponerer for mange lidelser, deriblant også avhengighetslidelsen. Dette kan lett forstås utifra at mennesker som mangler mulighet for glede og tilfredsstillelse i sitt sosiale miljø lett tyr til bruk av snarveier til lykke som for eksempel rusmidler.

HVORFOR PER OG IKKE OLE?

Som ovenfor nevnt er det flere forklaringsmodeller og mulige årsaker. Arvelig disposisjon og personlighetstrekk kan gi indikasjoner. Likevel er det i dag ingen gitt å kunne beregne faren for utviklingen av avhengighet hos seg selv eller andre. Det eneste sikre er at bruk av rusmidler kan føre både til misbruk og avhengighet med sørgelige konsekvenser for den enkelte, for familien og for samfunnet.

Jack London skrev i sin bok ”Kong Alkohol” at han håpet at de neste generasjoner skulle slippe den nærkampen mot rusmidler som han selv og hans egen generasjon hadde opplevd. Det har dessverre ikke skjedd. Rusmidlene er blitt en av verdens største handelsvirksomheter. Tilbudet på rusmidler er større enn noen gang. Behovet for virkelighetsflukt er kanskje også større enn noen gang. Utfordringene er store. Det er å håpe at økt kunnskap om problemet og en dypere forståelse av mennesket og det miljøet som vi mennesker lever i, kan være til hjelp når det gjelder å bekjempe rusmiddelproblemet. Det gjelder vår ungdom og det gjelder vår fremtid.

Arvid Bergstøl: **2. trinn**

Bjørn Enes: Pionerene

I mai 1950 gikk William Griffith Wilson opp de fem trinnene til scenen i Kristiansand Arbeiderforening og sa: *"My name is Bill. I am an alcoholic."*

Så sådde han tre frø: Han sa at avhengigheten av kjemisk rus var en sykdom. At de syke selv var best til å hjelpe hverandre. Og at åndelighet var avgjørende.

Det satt mange i salen. Det pleide det, når kjente amerikanere holdt foredrag i 50-tallets Kristiansand. Og Bill W. hadde rukket å bli en kjent amerikaner. Han var regnet som grunnleggeren av Anonyme Alkoholikere, en bevegelse som nærmest hadde eksplodert etter en artikkel i "Saturday Evening Post" et snaut tiår tidligere. AA var annerledes, litt mystisk, suksessrik.

De viktigste personene som satt der var 40 alkoholikere. Vi vet ikke hvem de var, hva de het, hvor de kom fra, for de holdt på anonymiteten som et hellig prinsipp. De hadde fornavn, og de var alkoholikere, men ingen noterte ned fornavnene en gang. De satt der og var klinkende edrue og så rundt seg på de andre i salen, på kjente og ukjente ansikter, og det kan ha vært en av dem som fikk det spørsmålet som huskes best fra den historiske kvelden:

"Vet du hvem som er alkoholikerne her?"

For i 1950 var "en alkoholiker" betegnelse på en som sloss på brygga. En som samlet aviser og nappet til seg ulltepper fra klesnorer for å pakke rundt seg i kalde netter under et shed på kulllageret eller ei presenning på Oterdalstomta. En som sneik seg rundt i byen og ba om ti øre til en kaffekopp og sto i portrom i Tollbogata for å praie noen som ikke var nekta på Polet til å handle ei 60 for seg. En som silte kvistlakk eller var det rødsprit gjennom loff. En som ble ledd av når han var så full at han ikke kunne gå, og som ble fryktet når han bare var så full at han kunne slå.

En alkoholiker var en umoralsk person, en fallen synder, en karakterløs berme, et menneskelig avfall, et avskum, et fugleskremsel som bare fortjente forakt og straff og som fikk det også når politiet tok et sveip nedom Smiths kai eller Hampa eller gjennom Børsparken for å taue inn løsgjengere og tørke dem opp i kjelleren eller dømme dem til tvangsarbeid på Opstad.

Bill W. var aksjemegler. *"Jeg så at Bob skalv på hendene. Se her, sa jeg, ta ei flaske øl. Du kan ikke operere uten å drikke først. Det var den 10 juni 1935."* Bob var lege.

Oscar Olsen sto ved siden av Bill og oversatte. Han var også lege. Dessuten var han politiker og idealist og et menneske med den vises øyne og ører. Han kunne oppdage både nød og storhet bak byens ulike fasader. Og det satt andre der som skulle bli pionerer i avhengighetsbehandlingen, arkitekt Gabriel Tallaksen og overlærer Erling Bergh og diponent Fridtjof Gundersen og sosialisnpektør Anders Salvesen. Og flere, antakelig: Noen som ville vite om enda en ny menighet var på vei fra Amerika, andre som ville vite om det berømte Bill W. kunne bekrefte budskap i menigheter som allerede var kommet. Og noen kom vel gjerne av skepsis. Eller – det gjorde de vel knapt. For mennesker som kan kunsten å forsvare seg mot nye og annerledes tanker stiller nødvendig opp for å høre om hva de går ut på.

Så Bills fortelling om hvordan han blottla sin egen maktesløshet og skam for Bob, og hvordan det først utløste ei desperat fyllekule og deretter en ”*åndelig oppvåkning*” hos legen gikk hus forbi hos skeptikerne.

”*På grunn av vårt slektskap i lidelsen var våre kontakkanaler fylte av hjertets språk,*” sa Bill.

Tankene om en klinikk var allerede født før Bill W. gjestet Kristiansand. Den lille AA-gruppa og de personene som er nevnt blant tilhørerne i salen ble dem som gjorde tankene om til virkelighet. Og de hadde en raus by å arbeide i. Lægeforeningen stilte opp, både med økonomisk og faglig støtte. Tre leger sa seg villige til å arbeide i den påtenkte poliklinikken. Og med den støtten i ryggen, klarte AA-medlemmene å få både banker og bedrifter til å gi bidrag til klinikkfondet.

Paralellt med innsamlingsarbeidet økte også interessen og oppslutningen om AA’s møter. De var alle bygget over den samme lest som Bill og Bob hadde beskrevet i de aller første årene. Det var møter mellom mennesker preget av ”*slektskap i lidelse*” og ”*hjertets språk*”. Der var ingen krav til deltakerne, ingen rigide regler hverken for hvordan møtene skulle være eller hvem som kunne få bli medlemmer. Det var et fellesskap for mennesker som ønsket å slutte å drikke. De kom sammen, satt i ring rundt et bord, presenterte seg for hverandre – stort sett bare med fornavn – og fortalte hverandre sine historier.

De leste for hverandre, fra Bills bok ”Storboka” eller fra andre skrifter som etter hvert kom. Og de samtalte om elementene i AA’s 12 trinn: Om å innrømme maktesløshet, om å ta et moralsk oppgjør, om å forsøke å gjøre godt igjen for skade, om å gjøre tjeneste – og om overgivelse til Gud.

Få steder har det store spørsmålet blitt diskutert mer enn rundt AA’s askebegre: Hvem – eller hva – er Gud?

”Bare en alkoholiker kan hjelpe en annen alkoholiker,” sa de. Likevel arrangerte de basarer og skrev søknader og gikk rundt med små informasjonsforedrag for å samle penger til en klinikk. Og når de ble spurt om hva som var det avgjørende så snakket de om *”en Makt større enn oss selv”* og kalte den for Gud.

Det var nok ikke enkelt å tilpasse et så ”tungt” begrep på det lavkirkelige Sørlandet, hverken dem imellom eller i forhold til omgivelsene. For folk var vant til at Gud var til stede og kunne se alt og var mot alkohol. Lenge før en alkoholiker hadde begynt å bortforklare egen svakhet for seg selv, hadde han lang erfaring med å bortforklare drikkingen for Gud. Og helt siden første stup fra rusens høystemte topp der det ikke fantes noen Gud i det hele tatt til bakrusens dype mørke der den samme Guds tilgivelse kunne være en ettertraktet trøst, så hadde de stridd med dette begrepet.

”Eg skal sitje som ein prest i ein misjonskone-ring og drikka kaffi medan drøset går om åndelege ting!” kunne de juble etter Jacob Sandes berømte dikt mens de var høyt der oppe, og før de stupte kunne de le seg fillete over resten : *”....trur eg!”* Og så ble det kanskje *”i morgon”*, og så tenkte de kanskje akkurat som i diktet mens de satt der i angst og bondeanger og skam og ensomhet. Helt til farsen ble fullendt: *”Men i dag så lyt det vera for eg er so spøkjte tyrst at eg mest må ha eit glas med øl å leska meg på fyrst...”*

Bill og Bobs Gudsbegrep - *”en Makt høyere enn oss selv”* – og AA’s åndelighetsbegrep var ikke enkle å koble til Lægeforeningens og Oscar Olsens strengt naturvitenskapelige tradisjon. Det skulle også ta nesten tretti år før det ble gjort fullt ut. Og det er fremdeles et tema for heftig diskusjon – ikke først og fremst mellom alkoholikere på det lavkirkelige Sørlandet, men mellom strengt naturvitenskapelige fagmennsker og slike fagmennsker som tillater seg å slappe mer av i forhold til anerkjente teorier for å legge hovedvekten på det prosaiske spørsmålet om hva som virker og hva som ikke virker.

(... som i og for seg er grunnspørsmålet i all naturvitenskap....)

Men klinikken fikk de til. Det tok dem fem år med basarer, forhandlinger og dugnadsarbeid. Den første oktober 1954 åpnet de, i andre etasje i et tidligere lagerkur ved Fiskebrygga, på Jepsens tomt, med Fylkesmannen som næreste nabo. Skulle det først være på brygga, kunne det ikke ha vært i finere strøk. Der var vaktrom, møterom, legekontor, to pasientrom med to senger i hvert. Og kjøkken. Der var doktor Olsen og der var søster Margit Berg (Pettersen)

Der var fullt fra første dag. Og ganske snart var der overfylt – det ble satt inn ekstra senger i begge rom. Kong Alkohol hadde stor makt i Kristiansand – og i nabokommunene som også var med på spleiselaget fra starten av. Det ble ikke AA’s klinikk, for det stred i mot

AA's tradisjoner å eie en institusjon. Men personer som også var medlemmer av Anonyme Alkoholikere var tungt representert i styret, og fortsatte med det helt til Fylkeskommunen overtok og gjorde A-klinikken til en del av det offentlige hjelpeapparatet i 1977. Og samarbeidet mellom klinikken og AA var vesentlig helt fra starten – takket være Oscar Olsens praktiske og prosaiske sans for hva som virket.

I prinsippet var klinikken et rent medisinsk tilbud. Pasienter ble tatt inn fordi de var nedkjørt, utkjørt, overkjørt. De var gjerne i rus når de kom. De fikk medisinsk hjelp mot abstinensproblemer og følgeskader, og de fikk hjelp til begynnende rehabilitering. Oscar Olsen selv eller andre holdt foredrag om alkoholens virkninger og skader. Dessuten ble det forelest om endret livsførsel. Men ved siden av disse medisinske tilbudene, ble AA trukket inn både formelt og uformelt.

De åpnet møterommet for AA-medlemmer og –grupper. Det ble en møteplass og et sted å stikke innom for den som var tørrlagt, et sted å møte AA for den som var innlagt. Det ble et sted for livshistorier, for avsløringer av utenomstakk, for ”åndelig oppvåkning”. I begynnelsen varte en normal innleggelse i 14 dager, senere ble den utvidet til tre uker. Ofte fortsatte rehabiliteringen i lang tid etterpå gjennom at tidligere pasienter stakk innom, for å møte andre i samme situasjon og for å samtale med pasientene. Oscar Olsen oppfordret også pasientene til å gå på AA's møter.

Og det virket. Oscar Olsen talte flere ganger opp resultatene av de fem hundre første pasientene 90 klarte seg bra. 111 bedret sitt forhold til alkohol. 238 forandret ingenting. De fleste hadde vært voksne menn, mellom 35 og 44 år. I 1979 var nesten halvparten av dem – 46 prosent – døde. De skulle ha vært mellom 55 og 64 år.

Så lenge klinikken var på brygga - fra oktober 1954 til juli 1961 – var 400 pasienter innlagt 692 ganger. De fleste var bare innlagt en gang, mens andre var gjengangere. ”Rekorden” var 24 innlegetelser. For selv om behandlingen hjalp for en tid, så var Kongen sterkere enn behandlingsopplegget på brygga. Det måtte sterkere krutt til.

Det skulle bli oppfunnet i Minnesota.

Karsten Nordal: **Minnesotamodellen**

Inntrykk fra en studie av behandlingssenteret Hazelden, Minnesota.

1

Hazeldens historie går tilbake til 1949. En gruppe mennesker som hadde fått tro på at alkoholikere kunne rehabiliteres og hjelpes til å leve et bedre liv, startet den gang opp en liten klinikkavdeling i en eldre villa. Helt fra begynnelsen var AAs filosofi vevd inn i behandlingsprogrammet. Alkoholisme ble sett på som en sykdom forårsaket av fysiske, psykiske, sosiale og åndelige faktorer. Det ble etter hvert utviklet et behandlingstilbud der alle disse faktorer ble tatt i betraktning, både når det gjelder behandlingsopplegget og ansettelse av personale.

Behandlingsprogrammet fra 1949 hadde følgende grunnprinsipper:

- Pasientene skulle hjelpes til å praktisere ansvarlig atferd
- Delta i forelesninger om AAs tolv trinn
- Holde sammen med og snakke med andre pasienter
- Stelle sine rom og reie sine senger

Hovedfasen i institusjonens vekst og utvikling

Fra begynnelsen av ble behandlingstilbudet, som ved de fleste andre behandlingstinstitusjoner for rusmiddelmissbrukere, utbygd bare for menn. Etter hvert framkom det et stort behov for å gi behandling også til kvinner. Dette førte frem til åpning av en avdeling for kvinner med 12 plasser i 1956.

I 1958 introduserte sykepleier Jan Cain tenkningen rundt begrepet kjemisk avhengighet. Dette begrepet omfattet alle sinnsforandrende kjemikalier, og en fant at det bedre enn betegnelsen alkoholisme beskrev målgruppen for det som ble kalt "The Minnesota Treatment Model". Tankegangen var at både de som var avhengige av alkohol og de som også/eller var avhengige av andre rusmidler hadde behov for å gå inn i den samme behandlingsprosess.

I løpet av 1960-årene ble det vanlig å ta kontakt med familiene som ledd i pasientbehandlingen. Hensikten var å samle informasjon om aktuelle situasjoner og planlegge ettervern. Inspirert av Al-Anon (støttegruppe for pårørende), skjedde det en økende forståelse for behovet for å gi hjelp til øvrige familiemedlemmer. For å imøtekomme dette behovet ble det fra 1972 avholdt familieseminarer av tre dagers varighet.

Hazelden var i slutten av 60-årene og begynnelsen av 70-årene preget av stadig nye aktiviteter. Fra 1966 har institusjonen hatt utdanningsprogram for alkoholterapeuter. Fra 1967 et undervisningsprogram for prester. I 1970 ble det bygget en egen avdeling for forskning og evaluering. Institusjonen har i flere år hatt en stor produksjon av opplysningstidsskrifter og utdanningslitteratur, og ble verdens største utgiver av litteratur vedrørende rusmiddelavhengighet.

En alkoholiker snakker med en annen alkoholiker

Sentralt i terapitilbudet fra begynnelsen av og frem til i dag har vært den påvirkningskraft som ligger i at ”en alkoholiker snakker med en annen alkoholiker”. Det å ha en personlig samtale ”over en kaffekopp” var tenkt å være helbredende i seg selv. Dette bygger på tradisjonen som har røtter tilbake til møtet mellom AAs grunnleggere, Bill og Bob, der de hjalp hverandre til edruskap ved personlige samtaler over en kopp kaffe.

”La ingen sitte alene og måpe”

Tilbaketrekning fra fellesskapet skulle motarbeides ved det som ble kalt institusjonens kardinalregel: ”La ingen sitte alene og måpe”. Det ble lagt vekt på å gi hverandre oppmuntringer underveis ved i samtaler både individuelt og i grupper stadig å minne hverandre om det fine ved det nye livet uten rusmidler, og fordelene ved edruskapet. Som ledd i dette ble det fra 1952 innført den skikk at pasientene etter fullført behandling fikk utdelt en medalje (AA Pocket Piece) som en slags premiering. Medaljen hadde inngravert Hazeldens tider for fast møtevirksomhet på den ene side, og ”Serenity Prayer” på den andre siden (”Serenity Prayer” ble betegnet som en bønn fylt av visdom, og den ble gjerne lest ved slutten av møtene: God grant me the Serenity to accept the things I cannt ochange; Courage to change the things I can; and Wisdom to know the difference.)

Individuelle hensyn

Den ytre behandlingsramme ved Hazelden var relativt lik for de fleste, men det betydde ikke at behandlingstilbudet nødvendigvis måtte være det samme for alle. I behandlingsopplegget ble det tatt individuelle hensyn ut ifra følgende faktorer:

1. Graden og type av problemer
2. Aldersgruppe (egen avdeling for ungdom)
3. Assosierte problemer
4. Graden av ekstern støtte (familie og venner)

5. Personens evne til å delta i behandlingen
6. Jobbsituasjon m.m.

Fra begynnelsen av 1960-årene ble behandlingen etter hvert intensivert. Det daglige programmet hadde følgende hovedpunkter:

1. Didaktiske forelesninger morgen, middag og ettermiddag. Umiddelbart etter forelesningene møttes pasientene til samtaler i de respektive avdelinger.
2. Oppgave- eller problemorienterte grupper ledet av alkoholterapeut som vanligvis selv var tørrlagt alkoholiker.
3. Smågrupper strukturert for bearbeiding av personlig problematikk.
4. Møter der pasientene fortalte sin rushistorie til medpasientene i gruppa som etterpå gav tilbakemeldinger på hindringer og ressurser for edru livsstil.

Minnesotamodellen blir internasjonalt kjent

Når det gjelder land utenfor USA er det først og fremst utviklingen innenfor alkoholstomsorgen på Island som har vakt oppsikt. En gruppe på omkring 500 personer behandlet i amerikanske behandlingstilstander stiftet en lekmannsorganisasjon som etter hvert fikk meget stor tilslutning. Denne organisasjonen har stått for utbygging av alkoholismebehandling på Island etter prinsipper fra denne amerikanske alkoholismebevegelsen (Minnesotamodellen). Behandlingssystemet for alkoholikere på Island ble meget omfattende, og det ble gitt behandling til en prosentvis større del av misbrukere enn i noe annet land i verden. Minnesotamodellen fikk etter hvert innpass i en rekke andre vest-europeiske land. Således var det i Sverige i slutten av 1980-årene 24 behandlingshjem som arbeidet etter Minnesotamodellens behandlingsprinsipper.

Håp for en kronisk lidelse

Alt i alt synes det tydelig at Hazelden har vært en pionérintitusjon innenfor behandling av rusmiddelavhengighet, både når det gjelder forebygging, rehabilitering og utvikling av helsefremmende livsstil. Karakteristisk for behandlingsmodellen er at den integrerer AAs basale filosofi og lære med de til enhver tid rådende biomedisinske og psykososiale synspunkter på kjemisk avhengighet. Kjemisk avhengighet betraktes ved Hazelden som en kronisk lidelse. Institusjonen formidler en positiv tro på at alkoholisme som andre kroniske lidelser kan forebygges og forbedres ved å endre livsstil. Forbedring av livsstil, eller såkalt "Health promotion", blir anført å være institusjonens overordnede målsetting (Dan Anderson, 1988, *Alcoholism Treatment in the USA*).

Minnesotamodellen – en av mange

Fagfeltet har i en årrekke vært preget av utvikling av mange ulike behandlingstilbud. Dette har sin grunn i at rusmiddelproblemet både er komplisert og mangesidig, samt at det har vært varierende syn på avhengighetsbegrepet og på årsaksforholdet.

Forsker Lars Lindstrøm angir i sin doktoravhandling av 1986 forskjellige hovedsynspunkter på alkoholisme:

1. Den individualistiske modell
2. Sykdomsmodellen
3. Verdens Helseorganisasjons avhengighetsbegrep
4. Symptomteorien
5. Den innlæringspsykologiske modell
6. Det bio-psyko-sosiale perspektivet

Lindstrøm har anført at teoribyggingen rundt alkoholmisbruk beveger seg bort fra den tradisjonelle sykdoms- og symptomtenkning i retning av en multifaktoriell medisinsk – atferdsvitenskapelig modell. Selv presenterer han en kunnskapsyntese under hva han kaller det bio-psyko-sosiale perspektivet.

Når det gjelder den amerikanske alkoholismemodell som oftest enten blir kalt Hazelden- eller Minnesotamodellen, har det vært vanlig å rubrissere den under sykdomsmodellen.

Sykdomsbegrepet

Sykdomsbegrepet har som kjent i flere år vært mye omdiskutert og kritisert. Kritikken har blant annet gått ut på at ansvaret tas bort fra den enkelte misbruker når avhengighet betegnes som sykdom, og at psykologiske, kulturelle og sosiale bakgrunnsfaktorer lett overses. Til dette er det å si at det i årenes løp har utviklet seg adskillige varianter av sykdomsmodellen. Det er etter hvert blitt mer og mer vanlig å plassere sykdomsmodellen inn i en sosial og personlig sammenheng (Holistisk modell, Frak 1987). Denne modifiserte sykdomsmodell legger vekt på forebygging av alkoholisme, samtidig som individets eget ansvar for helsen betones. Etiketten sykdom utnyttes for å knytte mindre ansvar til utviklingen av alkoholisme, samtidig som en vektlegger personens ansvar for nåværende og fremtidig helsetilstand.

Også innenfor Minnesotamodellens behandlingsinstitusjoner blir sykdomsbegrepet tillagt ulik betydning. Lekmannsbevegelsen på Island holder sterkt på sykdomsbegrepet, og

mener at det er grunnleggende for hele behandlingsmodellen. Andre, som for eksempel leder av familieavdelingen ved Hazelden, angav at sykdomsbegrepet var blitt brukt fordi det hadde vært hensiktsmessig når det gjaldt å få forståelse og respekt i befolkningen for alkoholikeren som menneske, samt aspekt på at behandling er mulig. Synet på alkoholisme har imidlertid etter hvert forandret seg, og det er nå større forståelse i befolkningen for behandlingsmuligheter m.m. Det er derfor ikke på samme måte som tidligere nødvendig å betegne rusmiddelavhengighet som sykdom. Det viktigste er å være klar over at det dreier seg om en avhengighetstilstand (samtale med T. Williams v/ Hazelden 16.08.88).

Professor Wallace, under forelesning ved Alfa Behandlingssenter, Dalsroa, 21.09.88, betegnet alkoholisme som en bio-psyko-sosial sykdom. Han fremhevet at årsaksfaktorene er mange og gjerne flere og sammenfattende. Dette minner sterkt om Lars Lindstrøms bio-psyko-sosiale modell for å beskrive alkoholisme. En må ut ifra dette kunne konkludere med at et bio-psyko-sosialt syn på alkoholisme også finner sin plass innenfor sykdomsmodellen.

Det mest sentrale i Minnesotamodelltenkningen, en oppsummering

1. Alkoholisme blir sett på som en primær, kronisk og mangesidig sykdom. Sykdommen kan stoppes, men ikke helbredes. Behandlingen er primært rettet mot avhengighetstilstanden, men samtidig tas det sikte på å hjelpe pasienten til å ta vare på sine fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov.
2. Modellen karakteriseres av at AAs basale filosofi og lære integreres med biomedisinske og psykososiale synspunkter på alkoholisme. Sentralt i primærbehandlingen er gjennomgåelse av de første trinn i AAs program.
3. Målsettingen er totalavhold fra alkohol og andre skadelige sinnssforandrende kjemikalier, samt endret livsstil med verdibilisering og utvikling av åndelige verdier.
4. Behandlingsprogrammene er godt strukturerte, intensivt opplagt og kortvarige (4-6 uker). En pasient vil etter at utredning og behandlingsplan er fastlagt følge to samtidige behandlingslinjer, hvorav den ene er generelt fastlagt ut ifra avdelingens faste terapitilbud, og den andre er individuelt foreskrevet ut ifra en nøyaktig utført behovsanalyse.
5. Tørrlagte alkoholikere med spesiell trening og utdanning blir benyttet som terapeuter ved siden av de tradisjonelt profesjonelle. Det blir sett på som ønskelig at tørrlagte alkoholikere med spesialutdanning arbeider sammen med helsepersonell for øvrig. Behandlingsteamet bør være tverrfaglig sammensatt (det multidisiplinære team).

6. Familien gis behandling for sin del, ikke bare for å dekke alkoholikerens spesielle behandlingsprogram. Begrepet ”Co-alcoholic” (medavhengighet) er skapt av den amerikanske alkoholismebevegelse. Det refereres til at alkoholikerens ektefelle og andre i familien har tilpasset seg samlivet med alkoholikeren i den grad at det blir ufunksjonelt eller kan betraktes som sykt.
7. Alkoholisme ses på som en kronisk sykdom. Det er derfor behov for behandling og støtte over lengre tid. Deltakelse i etterbehandling og i AA/Al-Anon grupper blir sett på som nødvendig.

Minnesotabehandlingen er effektiv

Når det gjelder vurdering av ulike behandlingsmodeller, foreligger det vel neppe nok forskning til å bevise at en behandlingsmodell er mer effektiv enn en annen . Likevel synes det riktig å påpeke at forskningen har påvist at Minnesotamodellen er effektiv, og at resultatene har vært så gode at de har vakt internasjonal oppsikt. En kan her blant annet vise til den kjente Cator-rapporten, en oppfølging av 1001 pasienter av 1957 innlagte ved fem forskjellige behandlingssentre i Minnesota i tiden 1983 til 1984. Av de undersøkte pasientene var 58% totalavholdende i observasjonsperioden.

Arvid Bergstøl: **3. trinn**

Bjørn Enes: Kongsgård

Så satt de altså der og var forut for sin tid og diskuterte dette umulige spørsmålet om Gud. Klinikken var flyttet til Kongsgård. Den åpnet der i juli 1961, etter nye runder med søknader. Denne gangen var det ikke nødvendig med basarer – sentrale myndigheter støttet investeringene med 150.000 kroner og kommunene gav lånegaranti for 100.000. Mer skulle det ikke til i 1960. Det gav 6 rom for 14 pasienter, salong, legekontor, vaktrom, bestyrerbolig og et internat med åtte utleieplasser for pasienter som trengte mer tid før de fullførte reisen tilbake til samfunnet.

Behandlingstiden ble økt – fra tre til seks ukers opphold ble vanlig. For dem som hadde behov kunne internatet benyttes i tre til seks måneder i tillegg. Behandlingen var delt i tre: Akuttbehandling, kartlegging og behandling av pasientens kroniske tilstand og plan for etterbehandling. Den hadde fortsatt en medisinsk innretning. Den bygget på at pasientene hadde en sykdom og at de trengte hjelp. Kroppens skader og behov sto i fokus. Likevel diskuterte de Gud.

For selv om AA ikke flyttet med til Kongsgård, så fortsatte kontakten og samarbeidet å være tett. Oscar Olsens respekt for 12trinnsprogram og den ene alkoholikers hjelp til den andre besto og økte, og resten av personalet delte dette syn: Menneskene der fortsatte brobyggingen mellom naturvitenskapen og åndelighet.

Så de satt der i salongen om kveldene, med AA-representanter på besøk og diskuterte overgivelse, kapitulasjon. Menn. Bare menn. Der kunne være en sjømann der som hadde vært på alle hav og gått rakrygget opp gjennom alle havnegater og snakket alle språk og ikke fryktet noen, hverken ranere med kniv eller halliker med pistol. Og om han krøp tilbake eller ble akterutseilt en og annen gang eller måtte kjøpe seg ut av en stinkende arrest mens han hørte styrmannen hale arg og lattermild i dampfløyta, så hadde han aldri reflektert over noe så ydmykende som å overlate vilje eller liv til noen Gud. Og en taus landarbeider kunne det vel være der, en ensom sjel fra et fjøs med Guds frykt i veggene og og århundregammelt vindusstøv mellom ham og leende onnefolk på utsida. Med en dunk i høyet og håp om leende fristerinner på lørdagskvelden. Gud bevare. Eller en ustabil handelsbetjent med store ord og enda større planer og såre punkter som brått kunne utløse sinne og sårende beskyldinger: Så?

Du tror at du har så mye mer å fare med? Og en høyere embetsmann. Det var det der i alle fall, for det fortelles ennå mellom dem som husker tilbake. Det var kona som skal ha sagt det. Han er en høyere embetsmann, men han trenger et lite avbrekk, skal hun ha sagt da hun kom med ham. Og selv skal han visst ha bekreftet det da han kom så langt at han kunne sitte der i salongen og vifte med hvite hender og klage på all røyken. Joda. Han var adjunkt. Adjunkt med opprykk..

Og så altså denne tidligere malermesteren som hadde kjørt et firma eller to i grøfta. Tre kanskje, for å være helt nøyaktig, for det hadde gått den veien i Statene også. Men det var altså der han hadde innsett sin maktesløshet og overlatt vilje og liv til en kraft som han ikke kunne forklare. Han var ingen religiøs mann, sa han. For ham var det ikke nøye hvordan Gud så ut – det var overgivelsen som var viktig.

Om noen sto der i bakgrunnen og polerte et bord med teakolje og bomullsklut og ikke delte disse mennenes slektskap i lidelse kunne hun vel ha ledd og ikke forstått at dette var hjertets språk. Men hun gjorde ikke det – hun lo ikke. For Aklinikken var i alle år velsignet med kvinner og menn fra medisinenes loge som forsto at en malermester fra Brooklyn hadde visdom fra livet selv å fortelle om og at slik visdom er en grunnsubstans i det som heter ånd og som medisinen ikke kan klare seg uten. I alle fall ikke på Kongsgård.

”Pottitland!” kan vel sjømannen ha sagt, og malermesteren kan vel ha fortalt at han også mente det var *landet* det var noe galt med. Det var derfor han hadde reist til Amerika.

Om malermesteren hadde vært der ofte nok til at røkteren syntes han kjente ham, kunne vel denne ha sagt at han trodde Gud var streng. Og så kunne det kanskje ha blitt en underlig diskusjon utav det. Først om skyld, siden om skam.

”Skyld er for noe du har gjort. Skam er for noe du ikke har fått til. Skyld kan gjøres opp. Men ikke skam.”

Og hun med kluten kan ha snudd seg etter stillheten og undret seg over hva som hadde skjedd, for det kan ha blitt dørgende stille der. Og hun har nok ikke forstått hvorfor. For hun kan ha manglet en hjørnestein i sin visdomskonstruksjon: Hun hadde kanskje aldri kjent skam. Men stillheten fortalte at det hadde de som satt rundt bordet

”Jeg har gjort mye dumt. Jeg skulle gjerne gåtti fengsel for å sone.”

”Du lurer deg selv!”

”Så du synes at du er så mye bedre? Jeg vil gjøre opp, sier jeg!”

”Og etterpå da?”

Om ikke handelsbetjenten selv ville skjønne det, så ville de andre. I alle fall noen av dem: At etterpå ville alt være som før. Han ville havne på fylla igjen. Han ville stjele fra kassa og svikte kona og bli avslørt oftere og oftere. Ordene hans ville bli tommere og tommere og færre og færre ville tro på ham og utbruddene hans ville få mindre og mindre brodd. For så langt er menneskene kommet når de sitter i de røde stolene og sofaene i salongen på Kongsgård i 1961 eller –5 eller –8 at de har forstått at det finnes bare en vei dersom de ikke klarer å slutte og det er nedover. Stadig lenger ned i gjørma. I alle fall for de andre der, i alle fall for handelsbetjenten. Ikke for dem selv kanskje, for dit har de kanskje ikke kommet. Ikke ennå. Ikke andre enn adjunkten kanskje, for han kan ha gjemt ansiktet i de hvite hendene og sukket tunkt og mumlet: *”Høyere embetsmann.....”* og tygget på hjørnene av sitt eget

latterlige skalkeskjul og tenkt, om ikke sagt, at det vesentlige med ham ikke var hva han hadde gjort eller ikke gjort – det vesentlige var hva han var. Og at han ikke hadde klart å gjøre noe med det. Og at det var derfor han hadde havnet der, i det røde rommet på Kongsgård, sammen med mennesker som han måtte møte med et skalkeskjul rundt seg fordi han så ned på dem, fordi de var under hans stand, under hans verdighet, fordi de var alkoholikere, mens han var en høyere embetsmann.

”Jeg er en alkoholiker...” kan han ha sagt, og så kan han ha sluppet taket i ansiktet sitt og latt de hvite hendene falle og sett forundret på latteren som kan ha eksplodere i alle ansiktene rundt ham og så kjent latteren ta tak i ham også så rått og så grunnleggende og hemningsløst som han kanskje ikke hadde kjent siden rus fremdeles utløste latter. Men etterpå, når latteren hadde ebbet ut og han kanskje satt og kjente på en forunderlig lett følelse inni seg som han kanskje ikke kunne kjenne igjen så kan han kanskje ha satt øynene i malermesteren og spurt:

”Er det slik det er å overlate sin vilje og sitt liv til Guds omsorg?”

Og hun med oljefilla kan ha tenkt at hun aldri ville kunne fortelle noen om hva som hadde hendt på jobben i dag, for der ville ikke være noen rundt henne som ville kunnet forstå dette Hjerets Språk. Hun kjente kanskje noe av den takknemligheten til pasientene og til AA som har satt seg i veggene i de gamle bygningene på Kongsgård og gjort klinikken til et godt sted å komme til. Selv for den som kommer i krise..

Veggene der kan være Gud. Latteren rundt bordet kan være Gud. Hjerets Språk kan være Gud. Malermesteren fra Brooklyn kan være apostel fra en Gud som svever i skyene over AAs askebegre. Han som Bibelen taler om, eller han som Koranen bærer bud fra kan være Gud.

”Slik vi selv oppfatter Ham” sa Bill og Bob, og advarte mot alle påfunn om å snevre inn fellesskapets toleranse: Hvert menneske må ha sin Høyere Makt eller Gud som det vil eller synes. Det vesentlige er at et menneske som er avhengig av rus må kapitulere for å vinne sin frihet. Et grunntrekk i alkoholikerens sykdom er at han eller hun vil være ”all or nothing” – verdensmester eller vrak, overlykkelig eller desperat. Det er en tverrbjelke i gitteret som låser ham eller henne inne i tvang. En tvang som det ikke er mulig å fri seg fra uten å gi opp, kapitulere, legge sin skjebne i andre hender enn sine egne, i hender som er mektigere. Det er der det behøves en Gud.

Slik satt de, i røde stoler og sofaer i salongen på Kongsgård i 1961 eller –5 eller –8 og var forut for sin tid. Det var en fallert malermester som kom fra Brooklyn med noe som ennå bare kunne være en slags kveldsunderholdning. Det måtte komme fra Boston før det ble vitenskap, fra Harvard eller andre akademier med prestisje og rett til å anerkjenne og autorisere teorier. Da skulle det hete gruppeterapi eller –dynamikk og bli en del av medisinen. Men ennå het det bare ”kaffi”.

Kjetil Hauge: **Etiske aspekter i behandling av rusavhengige**

Etikkens rolle (plass) i behandlingen av rusmiddelavhengige må sees i sammenheng med den sterke etiske eller moralske komponenten i selve rusproblemet. Det finnes knapt noe annet problem- eller sykdomskompleks som berører eller berøres så direkte av moralske aspekter som et rusproblem. Det gjelder både individuetiske og sosialetiske problemer.

Symptom og konsekvens.

For det første gjelder det de umiddelbare og synlige symptomene på rusmiddelavhengighet. De framtrer som grunnleggende moralske i sitt vesen. Det betyr at moralen er tydeligere enn lidelsen ved første øyekast. Derfor er det den moralske indignasjon som melder seg først og dernest medlidelsen. Vi er av naturen moralister, og derfor er denne reaksjonen spontan, mens en dypere forståelse av lidelsen krever innsikt og holdningsmessig arbeid.

La oss synliggjøre dette:

Behovet for tilgang til rusmidlet både uttrykker og genererer hos misbrukeren en *egoisme* som setter alle andre forhold og forpliktelser til side: Bolig, økonomi, helse, arbeid og familie, samt private og sosiale forpliktelser generelt (synliggjort gjennom verdisirkelen). Selve kriteriet på at det foreligger rusmiddelavhengighet, er de moralske konsekvensene. Dersom ikke disse konsekvensene foreligger, snakker vi ikke om en sykkelig avhengighet - selv om en person bruker rusmidler både jevnlig og i mengder over det "normale". At rusmiddelbruk også i slike sammenhenger kan ha direkte og indirekte helsemessige konsekvenser, er en sak for seg.

Det er altså ikke inntaket av rusmidler som er problemet eller sykdommen, men den *relasjonen* til rusmidlet som oppstår hos noen - når denne relasjonen kommer i konflikt med andre viktige relasjoner personen står i, og når rusmiddelrelasjonen i denne sammenhengen prioriteres.

Denne relasjonen kan enten forstås primært som *tvang* eller primært som *valg*. Men uansett så består behandlingen i å lære å gjøre nye valg eller å omgjøre tvangen til bevisst valg - noe som igjen er en etisk bevisstgjøring.

På det individuelle planet fører undertrykkelsen (benektelsen) av de moralske konsekvensene til en indre moralsk korrumperting av personligheten. Det er blitt nødvendig å

lyve og bedra for å sikre tilgangen til rusmidlet. Vi ser i dette en utvikling av moralsk og følgelig også et menneskelig og sosialt forfall. Kfr. Jellinekkurven.

Dette fører igjen til en svekket moralsk dømmekraft hos den rusavhengige når det gjelder å se seg selv, sine medmennesker og livets forpliktelser generelt. Endringsbehovet melder seg derfor heller ikke på alvor før konsekvensene for *den rusavhengige selv* blir så ubehagelige at de kommer i konflikt med behaget eller behovet for å ruse seg.

Dette er en problematikk eller problembeskrivelse som er *klassisk åndelig* i sitt vesen - fordi den omfatter selve det verdimeslige orienteringspunkt i tilværelsen. Derfor handler også endring eller tilfriskning *for det første* om å få lys over alvoret i sin egen livssituasjon - altså en reintroduksjon av et aktivt verdisystem. *Dernest* handler det om erkjennelse av problemet og forandring av livsstil - om en indre og ytre omvendelse - om dere vil.

12-trinns-programmet bygger sin behandlingsfilosofi på denne tankemodellen. Ordene i parentes viser det strukturelle slektskap med klassisk åndelighet, slik vi også møter den i kirkens tradisjon. Den handler om å erkjenne maktesløshet (syndserkjennelse). *Dernest* handler den om en oppvåkning til at det er krefter utenfor en selv som kan gi hjelp (gudserkjennelse). *Dernest* handler den om å vende seg til denne makten for å få hjelp (sinnsforandring). *Dernest* handler den om å gå dypere inn i seg selv og foreta en moralsk selvransakelse (selverkjennelse). *Dernest* handler den om å dele dette med en annen person (syndsbekjennelse). *Dernest* handler den om å praktisere denne innsikten og erfaringen gjennom de 12 trinn og 12 tradisjoner (omvendelse og veiledning til nytt liv), og det forutsetter igjen et fellesskap i oppfølgingsgrupper og AA / NA (menighetsfellesskapet) som sikter mot å bevare den rusmiddelavhengige i programmet (troen). I denne behandlingen inngår det også en daglig bønn - sinnsrobønnen (som er et slags Fadervår). Og det hele baserer seg på en bok, Storboka som beskriver denne vandringens innhold og livserfaring (bibel). Og det snakkes om problemet som en besettelse.

Selv om alt dette får et praktisk og jordnært språk i behandlingen, så er grunnstrukturen bygd på en åndelig og etisk forståelse av avhengighetsproblematikken.

Et korrekt navn på en slik behandlingsform ville være en ruspnevmatologisk behandling. Fordi det er en behandling som ikke bare *tar hensyn til* og inkluderer det åndelige aspektet, men som ser dette som *primært* i et rusproblem.

Responsen hos behandleren.

Som behandlere berøres vi også av dette. Uansett innsikten vi måtte ha i et rusproblem, så er det ikke til å unngå at omfattende rusadferd umiddelbart vekker en *moralsk*

reaksjon hos oss. Det oppstår en moralsk kommunikasjon mellom behandlere og pasienter når rusrelatert adferd og problemer skal beskrives. Vi snakker om at pasientene lurer, lyver og manipulerer - og at dette er noe av det som gjør behandling vanskelig. Vi snakker om motbildene - åpenhet, ærlighet og villighet som fundamentet i en tilfriskningsprosess. Vi snakker ofte om en viljesmotsetning mellom oss (programmet) og pasienten: *De følger sitt eget hode, - de gjør som de vil, - har de ikke snart lært - osv.*

Men alt dette er kategorier som er moralske i sitt vesen. De hører med i et oppdragerspråk hvor hoveddilemmaet er umodenhet og vilje eller uvilje til forandring. Slik er også moralsk selvransakelse en viktig del av behandlingen - gjerne sammen med en "syndsbekjennelse" - slik vi finner den i 5.trinnsbehandlingen - hvor den absolutte taushetsplikt er en viktig ingrediens.

I dette perspektivet er det logisk at behandling av rusmiddelavhengige har tiltrukket seg religiøst motiverte tenkere og hjelpere opp gjennom tidene, nettopp fordi den er åndelig i sitt vesen. I praksis betyr det at den berører selve kjernen i personligheten - eller det er kanskje rettere å si at en rusmotivert delpersonlighet har inntatt plassen til den sentrale personligheten og styrer helheten ut i fra et ensidig behovsperspektiv. Vi kaller dette til daglig for ruspersonligheten i motsetning til den sunne personligheten.

Jeg tror det er viktig å være bevisst denne sammenhengen når vi arbeider med 12-trinnsmodellen i en russammenheng og når vi prøver å komme til rette med selve sykdomsforståelsen.

For tradisjonelt sett så behandler vi ikke moralske problemer som sykdom. Vår vestlige tradisjon har satt et klart skille mellom det moralsk-åndelige og helse. Når vi da snakker om sykdom i forbindelse med rusmiddelavhengighet, så står vi overfor både et internt og eksternt kommunikasjonsproblem. Oppgaven blir å gi de moralske konsekvensene en begrunnelse som kan relatere seg til medisinsk eller psykiatrisk sykdomsforståelse og som det behandlingsmessig kan redegjøres for på en forståelig måte, slik at rusmiddelavhengighet kan forstås som en sykdom i seg selv, og som samtidig er kommuniserbar inn i det generelle helsefaglige miljøet. I bunn og grunn handler det om en forståelse av hva som er primært og hva som er konsekvens.

Til en viss grad er den tenkningen gjort gjeldene i forhold til psykiatrien, hvor vi ser at mange av de psykiatriske symptomene forsvinner når folk slutter å ruse seg. Altså at en overveldende del av psykiatriske symptomer knyttet til rusbruk er en konsekvens av rusmiddelbruk og ikke omvendt. - Og dette gjelder selv om psykiatrien ikke nødvendigvis har gitt sin faglige konsesjon til at dette er korrekt.

Med det medisinske aspektet er det noe annerledes. Tradisjonelt har medisinsk behandling blitt trukket inn for å hjelpe med en del av de helsemessige konsekvensene av rusen, og ikke blitt sett på som en primærbehandling av rusmiddelmissbrukere. Derfor har heller ikke rusproblemer blitt forstått primært som medisinske. Medisinen har hatt en reparerende rolle innenfor det som er blitt kalt for *rusomsorgen*.

Når vi nå er i ferd med å gi barnet et nytt navn: **Rus(middel)medisin**, så kan det være viktig å gå opp noen stier som fører inn til en avklart tankegang. Er rusmiddel- eller avhengighetsproblematikk primært et medisinsk - biologisk problem som får store individual- og sosiale konsekvenser. Eller er det primært et etisk (verdivalgbasert) problem som får store medisinske og psykiske konsekvenser?

Eller er det et uoversiktlig samspill av mange komponenter hvor det er umulig å gi en eksakt beskrivelse av hvor problemet har sin rot? Er den rusavhengige et offer for et indre kjemisk komplott hvor helbredelsen ligger i å påvirke de kjemiske reaksjonene fra rusmidlet med andre og mindre skadelige kjemiske reaksjoner gjennom medisinbruk? Eller ligger helbredelsen i å tilføre problemet moralsk og erkjennelsesmessig bevissthet? - Eller er det begge deler?

Bevisstheten rundt dette vil virke inn på hvordan vi tenker behandling. Og kompleksiteten viser seg i at bare i vår lille sammenheng neppe er noen entydig holdning til dette.

Vi snakker om genetiske og biologiske komponenter. Vi snakker om arvelighet og familiestrukturer. Vi snakker om at det er ingens feil at noen blir rusmiddelavhengige.

Samtidig er behandlingen i Basis primært innsiktsorientert, og det gjelder primært en moralsk og åndelig selverkjennelse hvor egen maktesløshet og overgivelse til en høyere makt er selve grunnstrukturen. Og målet er livsforandring og sinnsforandring.

I dag har en fått mye ny innsikt og oversikt når det gjelder hjerneforskning. En vet hvordan rusmidler virker på hjernen, og en har oversikt over belønningsmekanismer. Slik har en fått en ny innsikt som også hjelper til å forstå den biologiske og mekaniske siden av et rusproblem.

Men hvordan behandler en etter en slik innsikt?

Vi vet i dag mye om den biologisk - mekaniske funksjonen i hjernen. Men vi vet lite om hva bevissthet er: Erkjennelsen av å være et ansvarlig moralsk og meningssøkende vesen - og hvor et *jeg* opplever dette som eksistensielt og dramatisk.

Den litt eksentriske russer - Georg Ivanovitsj Gurdjieff - kanskje vi kan kalle han en polysof - opererer i sin tenkning med et skille mellom det han kaller det *mekaniske* univers og det *dramatiske* univers. Disse universene styres etter hver sin lovmessighet. Og felles for dem begge er at jo bedre vi kjenner lovene, desto mer effektivt kan vi arbeide med forandring og utvikling.

I all hovedsak er medisinsk tenkning knyttet til det mekaniske universet. Ved å forstå de forskjellige mekanismer i kroppen, kan en utnytte disse til å helbrede der hvor noe går feil. Dette handler om å kjenne det Gurdjieff kaller *the human machine*. Denne grunnleggende *kunnskapen om* mennesket, er en forutsetning for å kunne forstå og påvirke forholdet årsak - virkning i kroppens biokjemiske mekanismer. Men i et filosofisk perspektiv fører den ikke mennesket ut over det mekaniske, eller automatiske.

Skal en ut over dette, må en tilføre livet bevissthet. Altså bevege seg over i det dramatiske universet. Og her handler det ikke primært om kunnskap om mennesket, men om *kjennskap til* mennesket. Og han hevder at - bortsett fra et restituerende perspektiv, så skapes de viktigste og største endringene av denne bevissthetsendringen. Denne bevissthetsendringen er alltid selverkjennende og etisk i sitt perspektiv.

Jeg tror et slikt perspektiv kan gi hjelp til å føre disse tankemodellene sammen i et fruktbart perspektiv når det gjelder å forstå og behandle rus- og avhengighetsproblematikk. Det er uten tvil en tydelig mekanisk komponent i rus- og avhengighetsproblemer. Det handler om hjernens belønningsstrukturer. Disse kan beskrives mekanisk og den genetiske koden vil sikkert komme til å bli løst når det gjelder arvelighet og påvirkelighet. Det er viktig å skaffe seg best mulig kunnskap om hvordan *the human machine* virker i denne sammenheng.

Men det er også like klart at selve rusproblemet oppleves dramatisk både av den som har det og de som står omkring. Og dette handler subjektivt om at den virkeligheten som rus og avhengighet fører inn i for den avhengige, ikke oppleves som et problem, men som en problemløsning. Og for den som har funnet løsningen, vil omgivelsene, som ikke aksepterer dette, oppleves som selve problemet.

Dette krever da nødvendigvis en *dramatisk* behandlingsmodell. En modell som ikke bare har kunnskap om mennesket, men en *kjennskap til* mennesket.

Det er denne *kjennskapen til* mennesket som er hovedtanken i 12-trinnsmodellen.

(Og er det ikke slik at all sykdom både har en mekanisk og dramatisk komponent i seg?)

Uten det mekaniske perspektivet og den kunnskap som dette bidrar med, henfaller mennesket lett til overtro når det gjelder å forstå sin egen helhet. Og uten det dramatiske perspektivet blir menneskelivet sterilt og uten en dypere selvforståelse.

Hva har dette med etiske aspekter ved behandling av rusmiddelavhengige å gjøre?

Egentlig er et behandlingsperspektiv som tar hensyn til begge disse komponentene genialt. Men verdien av det forutsetter at perspektivene er i dialog med hverandre, at de respekterer hverandre og henter lys fra hverandre.

Fordi rus- og avhengighetsproblematikk er så kompleks og griper så dypt i mennesket, så gir det også en unik arena til å forstå og behandle samspillet i den menneskelige helhet.

Men det forutsetter en gjensidig forståelse og respekt for de forskjellige innfallsvinklene til å behandle et rusproblem. Ingen sitter med *selve forståelsen* av hva et rusproblem er, nettopp fordi det er en kompleks kombinasjon av mange faktorer.

Kjetil Hauge
prest / terapeut

Arvid Bergstøl: 4. trinn

Bjørn Enes: **Sekstiatterne**

Fra 1970 ble den som sov rusen ut i parkene liggende. Løsgjengerloven var opphevet. Flatfylla ble synlig. Det var skyggesiden av en stor forandring som hadde skjedd i Norge. Det var blitt en ny klang i ordet ”frihet”. Det handlet ikke bare om politikk lenger, om nasjonens frihet, ytringenes frihet og næringenes frihet – det ble et begrep for livsformer og livsstil. Nytelsen ble en del av frihetsbegrepet: ”Tilsynet for høg moral” ble først lansert i en sang. Senere ble det et symbolbegrep om alt det gamle, sure, undertrykkende, fordømmende, pietistiske og dobbeltmoraliske som sto i veien for den nye friheten og livsgleden som fulgte av 60- og 70-årenes økte velstand og utdanning.

Noe som ble kalt et ”ungdomsopprør” spredte seg. Det kom også fra Amerika, men det spredte seg så fort til Europa at utviklingene var nesten paralelle. Nye kulturer oppsto, ny musikk, nye ideologier: Make love not war. Det kom P-piller og korte skjørter, flower-power og nye rusmidler. Det kom happenings og teach-ins og politiske demonstrasjonstog fulle av farger og fordømmelse av det gamle. Men det var langt fra bare ungdommene som sto for det nye – det slo raskt gjennom i partiene og blant elitene. De likte også nytelse uten sting av dårlig samvittighet. De kunne også la seg opprøre av de gamle systemene som gjemte bort sosiale problemer i stedet for å løse dem, og maktovergrpene som fulgte, mot innsatte på Opstad og innestengte på Reitgjerdet.

”Slipp fangene fri – det er vår!” sa de. Og så opphevet de Løsgjengerloven. Og så ble di liggende, de som sov rusen ut i parkene og på kaiene.

Alkoholbruken økte. Bruken av hasj og heroin økte enda mer. Og selvbedragene økte. Det var ikke så farlig. Det måtte bli slutt med barnepikementaliteten. Har ikke en mann lov til å ta seg en liten pinne til maten? Til kaffen? I godt lag? For å bli litt inspirert? For å styrke teamånden? For å reparere littegranne dagen derpå?

Mens hver tredje voksne nordmann var totalavholdende fra alkohol midt på femtitallet, sank antallet radikalt i løpet av 60- og 70-årene. Rundt 1980 var bare 15 prosent av samme holdning – og trenden fortsatte.”Totalist” ble betegnelse på en sær minoritet. I floraen av frodige historier fra klinikkens hverdagslive dukker et skjellsord opp som betegner rådende holdninger:

”Hallelujaskreppe!”

Forbruket økte ikke jevnt. Noen gikk fra ingenting til en skål for kongehus og flagg på 17. mai. Andre gikk fra helgefyll til et par daglige angstfordrivere. Det økte mest i de høyere samfunnslagene, der inntektene var best og fasadene viktigst. Der satt noen ved det 17.maibordet som gjerne tok en til kaffen også, og en siste før de gikk hjem – og en i skapet der hjemme før de la seg. De skilte seg ikke ut så lenge de satt i de åpne rom. Men utpå natta skilte de seg ut, i følge kona i alle fall, eller var det mannen. Men den som satt der og bare hadde en liten en til å sove på – det var bare ei halvflaske kanhende – hadde alle tidens argumenter på sin side. Hvorfor står du der som ei sur gammel hallelujaskreppe? Har *du* så mye mer å fare med? Tok ikike du også en for flagget? Kom nå heller her og sett deg – det er lenge til morgenen. Nyt livet, så kort som det er!

Og så sto hun der om morgenen – eller var det han – og vasket opp og skysset ungene til skole og snakket om ei dør som hadde stått i veien og en katt som hadde gått på bordet og revet ned en vase og så var løgnene i gang. Sirkelen av usannheter og halvsannheter som ble større og større og knyttet seg sammen til en blytung stein i alle husets sjeler.

”Han er en høyere embetsmann Han trenger bare et lite avbrekk.” Han har hatt det så hardt, han er så glad i Kongehuset. Der er så mange dører som står i veien der hjemme, når man skal løpe etter katten.

Flatfylla ble synlig. Politiet klagde: Hvor skal vi gjøre av dem? Det går mot vinter? De dør? For der er mange vise mennesker med øyne og ører både nød og storhet bak byens ulike fasader i Politiet. Og de kunne nok både se og oppleve at det ikke var flatfylla som økte mest, men fylla bak fasadene. Hvor skulle de gjøre av dem?

Politiet hjalp til å trykke på. Og storbedrifter i byen trykket på. Det var mangel på folk i 70-årene, de måtte holdes på bena de som var. De hadde en der som bare *måtte* ha plass på klinikken for å stoppe utforbakken. De trengte ham tilbake, snarest. Og politikere så det. Noen så flatfylla, andre så bak gardinene i egen slekt eller eget hus. Jo. Klinikken måtte utvides.

I 1971 åpnet tilbygget med plass til ytterligere ni pasienter. Tre av dem kunne endatil få enkeltrom. I tillegg ble antallet kontorer utvidet betraktelig. A-klinikken var rustet til å ta større akutt-utfordringer. Men det holdt ikke unna for trykket – det måtte mere til. Det tok syv år før Kristiansand Kommune åpnet Akuttstasjonen - ”Rusa” – i september 1977. Og da hadde A-klinikken allerede i fire måneder vært en del av Sentralsykehuset.

Det var klinikken selv som tok initiativ til at Fylkeskommunen skulle overta. De så både økonomiske, faglige og administrative argumenter for offentlig eierskap. Og på politisk

side så man nok behov for en samordning av alle rus-insitusjonene i fylket. Våren 1977 vedtok Fylkestinget overtakelsen uten noen stor debatt.

Det ble et vendepunkt. Og det holdt på å bli et endepunkt. For Oscar Olsen hadde nådd fram til pensjonsalder. Og ingen leger sto klare til å videreføre arbeidet.

Det hadde kanskje også noe med tidsskiftet å gjøre. Kallets tid var forbi. Det var ikke den ytterste nød som appellerte til helsepersonellet. De hadde også forkastet første halvpart av den gamle verdiformuleringen fra krysningen mellom pietisme og sosialdemokrati i Norge: ”Gjør din plikt – krev din rett”. Legene hadde også rett til givende og interessant arbeid, fritt for spy og stinkende kropper og vulgære gjengangere. Og de ville vel også gjerne tro på nytelsens frihet. Og fornekte rusens skyggesider.

Det var Miriam Holman som reddet A-klinikken gjennom selvbedragenes tid. Ikke alene, ingen mennesker er en øy for seg selv, men det var hun som dro lasset. Hun var en strålende leder. Hun har grunnutdanning fra Aker Sykepleierhøgskole og videreutdanning i psykiatri og administrasjon fra Århus Universitet. Hun har vært fagfreningsmenneske og styremedlem både i sykehuset og sykepleierskolen, og hun har vært fagrepresentant i fylkeskommunale planprosesser. Hun kom som en reddende engel fra Klinik for Nervøse til jobben som oversykepleier etter Margit Storaker i 1978. Hun ble skredderen som tråklet sammen en nødsøm – som har holdt til den dag i dag.

Hun fikk mobilisert noen legetimer her og noen legetimer der og i oktober 1978 fikk hun overtalt Karsten Nordal, som da var overlege på Klinik for nervøse, til å ta et tre måneders vikariat på A-klinikken. Året etter fikk hun Øistein Kristensen til å forsøke seg i en halv reservelestilling. Og de holdt, begge to. Nordal ble værende til pensjonsalder – og holder fortsatt på som deltidslege. Kristensen hadde et lite avbrekk men har vært en drivende kraft i Klinikken siden 1986.

Og Oscar Olsen fortsatte. Han arbeidet poliklinisk, han fortsatte å gi forelesninger for pasientene. Og han sikret fortsatt kontakt med AA. Og 12-trinnsprogrammet hang i veggene.

Men det var utsatte tider. For i hele prosessen fram til og etter innlemmelsen i sykehuset, ble forbindelsene til AA og de uvitenskapelige teoriene fra Minnesota betraktet med skepsis fra fagmiljøene. Det ble ingen åpen strid. Men de ble en slags overbærende neglisjering av klinikken som lå for seg selv langt der oppe på Kongsgård. Så sent som i 1985 skrev Miriam Holman i sykehusets internblad ”Ventilen” at det fortsatt hersket stor uvitenhet i fagmiljøene om A-klinikken og dens behandlingsmetoder.

Og det på tross av at impulser fra Minnesota begynte å sive inn i vitenskapene via anerkjente akademier. Gruppeterapi ble et anerkjent ord. Gruppedynamikk ble rene

moteordet.. Bevisstgjøringsgrupper og selvhjelpsgrupper ble tema for faglige seminarer i psykiatrien.

Men fra andre kilder kom andre teorier. Den mest kontroversielle het ”*Kontrollert drikking*”. I ettertid fortøner det seg nærmest komisk: Helsevesenet skulle lære alkoholikere å drikke.

Teorien hadde forskjellige kilder. Her skal det ikke forsøkes å analysere fenomenet til bunns – men en kilde var i alle fall selveste Verdens Helseorganisasjon som allerede i 1951 bestemte seg for følgende definisjon av alkoholisme:

”Alkoholisme er alle former for alkoholkonsum som overstiger tradisjonelle og sedvanlige konsumvaner, eller som ikke stemmer overens med sosiale drikkevaner i det kulturelle samfunnet”.

Det er ikke vanskelig å se at den naturlige følgen av en slik definisjon er ”kontrollert drikking”. Og at det mest interessante diskusjonstema i gruppeterapien under et slikt regime må ha vært hvor mye de egentlig drakk de som fulgte sedvane i det kulturelle samfunnet. Og siden 70-årene var en tid med merkbart økende alkohol- og annet rusmiddelbruk, hadde nok handelsbetjenten gode argumenter når han spurte om ”de kulturelle” selv hadde så mye mer å fare med.

Helsevesenets oppdrag var også skissert som naturlige følger av Helseorganisasjonens definisjon av en alkoholiker: *”...den som drikker så mye at hans alkoholavhengighet har ført til merkbare mentale forstyrrelse, redusert kroppslig helse, forstyrrende menneskelige relasjoner og manglende evne til å fungere sosialt og økonomisk.”*

Men mens fagmiljøene utenfra trykket på for at oppmerksomheten skulle rettes mot mentale forstyrrelser og kroppslig helse og gjenoppretting av sosiale og økonomiske funksjoner gjennom kontrollert drikking, fortsatte besøkende fra AA å kreve fryktløse og grundige moralske selvransakelser.

Det kunne være ei kvinne der. Nina. Utdannet. Førskolelærer kanskje. Som skulle forandre verden og begynne med barna. Lære dem å tenke selv og likestille kjønnene og kreve frihet og ikke være redde for kroppene sine. For de første kvinnene kom på 70-tallet. De kom som skremte fugler inn mellom alle mennene og satt der og lyttet til historiene og til diskusjonene og en dag fikk de i oppdrag å fortelle om seg selv. Og da hadde de allerede sett at det ikke nyttet å snakke det bort der De – de andre der – godtok ikke forklaringene om samfunnet eller fordommene eller den autoritære oppdragelsen.

Hun satt på det ene enkeltrommet og så på den røde stripa som gikk rundt alle fire veggene og tygget på blyanten og grudde seg verre enn noen gang og så gamle episoder

dukke opp i minnet og gamle forklaringer komme etter som skygger. Det var ingen som hadde sagt i fra, ingen som hadde vekket henne. Ingen som hadde hjulpet da hun våknet på bussen og så at datteren var vekk. Fordi ingen hadde stoppet den lille da hun gikk av på et busstopp. De hadde latt en treåring gå av bussen alene på et busstopp og ingen hadde gjort noe med det. Ingen fortalte det til henne engang da hun våknet. De bare lo av henne fordi hun snublet fram og tilbake i bussen og lette etter en treåring som ikke var der. Gå hjem og sov, sa de. Og nå satt hun og fulgte den røde stripa i tapeten hele veien rundt og visste at de – de andre – ikke kom til å godta at det var busspassasjerene som var problemet. Og det kom flere historier og flere skygger. Bestemor kom. Hun sto midt i en ring av lange, barbeinte anarkister som bannet til henne og kalte henne jævla kjerring og ropte at hun skulle dra til helvete og hun hadde hørt at bestemor var redd og ropte *"Nina!"* med tynn stemme og hun hadde tenkt at bestemor bare var dum og blandet seg i ting hun ikke hadde noe med og nå skulle hun bestemme om hun ville våge å fortelle hva hun hadde gjort.

Nina het hun. Hun var alkoholiker og blandingsmisbruker og satt på et enkeltrom med rød-blomstret tapet og ei stripe som gikk hele veggen rundt og foretok en grundig moralsk selvransakelse. Men den var ikke fryktløs. Hun var livende redd. Hun var en fange. Hun var overkjørt av det frigjorte 70-tallet. Nei forresten. Det var ikke det hun var. Hun var en som ikke hadde klart friheten. Hun var en som hadde brukt den som floskel. Hun hadde brukt den til å trampe på redde bestemødre og hjelpeløse små barn som ikke hadde annet valg enn å tro på henne. Hun gråt sine ensomme tårer og kunne ikke vite om hun ville klare å sitte i ringen av menn og fortelle hva hun hadde funnet under ransakelsen og høre dem spørre om hun ikke hadde funnet mer.

"Freedom isn't free" kan hun ha husket. *"You have to fight for your liberty"*

Antakelig hatet hun den sangen.

Kari Henriksen : **Streiflys på ord og begreper i offentlige dokumenter**

1900

Løsgjengerloven:

Løsgjengeri, betleri og drukkenskap.

Når en person forstyrer den alminnelige fred, orden og lovlige ferdsel, eller er til skade for seg selv eller andre.

Fengsel, sykeavdeling, bøter.

Melde seg inn i avholdsbevegelse, avgi skriftlig avholdsløfte

1932:

Lov om edruskapsvern og –nemder.

Bedre edruehetsforhold i kommunene ved å ta seg av personer som misbruker alkohol eller andre bedøvende eller berusende midler.

Dersom vedkommende er til skade for seg selv eller sine omgivelser.

Yte råd og hjelp til pårørende.

Anbringe på sykehus eller kursted, frivillig eller tvang inntil 2 år.

Undersøke forholdene i hjemmet oppta forklaring av ham selv, hjemmet eller andre.

1964

Lov om sosial omsorg.

Den som trenger hjelp til å bli selvhjulpen, overvinne eller tilpasse seg vanskelig livssituasjon.

Yte hjelp og sikre økonomisk hjelp til ektefelle eller barn.

Plikt til å la seg undersøke av lege.

(Virket samtidig med Lov om edruskapsvern.)

1970

Løsgjengerloven av 1900 opphevet.

1972

Stortingsmelding 88. Om alkoholproblemar og tiltak for å fremje edruskapen.

Alkoholfri ungdomskultur.

Totalkonsum. Salg.

Opplysning og undervisning.

Alkoholskadde treng omsorg i klinikkar, kurstader eller på sjukehus.

NOU nr 17 Alkoholistsorgen.

Alkoholisme. Varig, vanemessig misbruk.

Alkoholistsorg er en sosialmedisinsk og sosialpolitisk oppgave.

Ikke særomsorg, men inkluderende tiltak i det ordinære apparat.

Oppsøkende virksomhet. Psykisk helsevern.

Kvinnelige alkoholikere.

Forebygge.

Hindre at det oppstår problemer

1973

NOU nr 18 Alkoholistsorgen

Oppfølging av fjorårets NOU. Spesiell avdeling ved Bjørnebekk kursted.

Lukket avdeling er nødvendig for asosiale, drikkferdige løsgjengere.

. Ikke bare ved livstruende tilstander men også når de er en plage for sine omgivelser.

1983

Organisering av omsorg. Ivar Bleiklie, UiB
Alkoholistsorg. (Omsorg i intusjon og den åpne omsorgen)
Sosiale problemers betydning for å bli stemplet som alkoholist.
Sosial skjevhet ved rekruttering til institusjoner.

1985-86,

St.melding 13 Om narkotikaproblemene og narkotikapolitikken.

Behandling, behandlingsalternativer
Problembelastet unge som trenger hjelp
Narkotikafritt Norge
Legal medikamentbruk
Skadevirkninger sosial nød og kriminalitet
Velferdspolitiske tiltak

1991-1992

St.meld.69 Rusmiddelmissbrukere

Helhetlig omsorg. Utydelige grenser mellom bruk og misbruk.

Faglig opprusting.

Grupper: misbrukere, kvinner, barn, familier, gråsoner, de tyngste, metadon, fengsel.

Tredje sektor.

HIV/aids.

Forskning og utdanning.

1993:

Lov om sosiale tjenester

Økonomisk og sosial trygghet. Likeverd, likestilling, forebygge sosiale problemer.

Den enkelte i fellesskap med andre.

Komme bort fra misbruk av alkohol og andre rusmidler.

Behandlingsopplegg, når klienten ønsker det.

Behandling / Omsorgsinstitusjon.

Tvang ved fare for psykiske eller fysiske helse ved omfattende og vedvarende misbruk,

Tvang ved gravide rusmiddelmissbrukere.

Kommunalt / fylkeskommunalt ansvar.

Planutvalget for rus-sektoren i Vest-Agder

Rusomsorg

Legemiddelmissbrukere

Misbruker

Rusproblematikk

Tyngste, sosialt utslåtte

Familiebehandling

1996-97

St.melding 16 Narkotikapolitikken

Avhengighetskapende – Forebygging - Tyngst problembelastet

Innvandrere

Skadereduksjon

Globalisering, ulovlig produksjon og handel

Dopingmisbruk

Ungdommens spesielle utviklingstrekk når det gjelder bruk av stoffer

2000

Lov om pasientrettigheter, Lov om helsepersonell, Lov om psykisk helsevern, Lov om spesialisthelsetjenester.

Pasienten i sentrum.

Tjenestetiltakene har ansvar for å koordinere og planlegge behandling for mennesker med kronisk og/eller langvarige lidelser som omfatter flere tjenestetiltak og/eller nivåer.

Avhengighet – også spesialisthelsetjenestens oppgave

Individuell plan

Forskning, evaluering og undervisning

2003

Odeltingsproposisjoner (Rusreform I og II)

Misbrukere har store helsemessige problemer som ikke fanges opp av helsetjenesten

Behov for spesialistbehandling av avhengighet og misbruk

Skille mellom behandling og omsorg, statens, kommunens og de frivillige organisasjoners ansvar.

Egen NOU i 2003 om forskning innen rusfeltet.

Vi vet lite, må forske mer.

Evaluering av behandling – finne ut mer om hva virker og for hvem??

Arvid Bergstøl: 5. trinn

Bjørn Enes: **Utforbakken**

Vi innrømmet, ærlig og utilslørt, våre feil for Gud, for oss selv og et annet menneske.

Det satt en mann i et skjul.

Han hadde innrømmet at han selv var maktesløs overfor rusen. Han hadde kommet til å tro at det fantes Noe et sted utenfor ham selv som kunne hjelpe ham mot avmakten. Han hadde kapitulert, gitt opp kontrollen, lagt sitt liv og sin vilje i hendene til Noe. Han hadde ransaket sin egen tåkete hukommelse og kjempet seg gjennom glemsel og fortrenging og hadde satt opp ei liste over hvordan dette hadde gått til: Hvordan han hadde forspilt og mistet sin frihet.

Det satt en mann i et skjul som hadde bestemt seg for å innrømme sine feil. For seg selv, og for Noe utenfor ham selv. Og for et annet levende og edru menneske.

”Jeg var så glad i Puben.” sa han. Og han innrømmet for seg selv at det gjorde vondt å si *var*. For på puben hadde han latt sin begeistring stråle, og der hadde hundre hender strøket ham over håret når han trengte trøst. Der hadde kåtskap og elsk latt seg tenne. Og der hadde han funnet Henne.

Hver fredag hadde de gått. Og så hadde han gått alene hver onsdag. Hun ble gravid. Han ble glad: Han drakk hele tippelaget under bordet i glede. Hun ble sur. Hun ville ikke røyke mer, ville bare ha eplesaft på Puben. Han ordnet seg en Gammeldansk i skjulet. Han elsket henne og sa ja med en gang da hun ville at fredagen heller skulle være hjemmekveld. Han gikk i skjulet og hentet ved. Han skulle bare lese litt da hun la seg. Da han kom hjem neste formiddag kunne han ikke huske hvor han hadde vært. De fikk en sønn.

”På jobb gikk alt som en lek.” sa han. Der var enkle, avklarte forhold. Han var sjef for noen, andre var sjef for ham. Alt handlet om en ting – verden og livet forøvrig var bare noe man snakket om i pausene. For moro skyld. Alle de gode historiene, fra Puben og fra tippelaget. På vei ut i utryggheten utenfor bedriftsporten kom trangen. Han stakk innom skjulet så snarest, ropte muntert hallo i gangen, lovet guttepjokken at de skulle fiske, ble sint og kalte henne *”hallelujaskreppe”* da hun åpenlyst kom og luktet på pusten hans. Gikk ut, og rett på jobben neste morgen. Klarte ikke å finne ut hvor han hadde vært. Fikk telefon fra folk han ikke kjente: Blir du med i dag også?

”Jeg visste ikke om jeg hadde vært utro...” Han forsøkte å spionere på seg selv. Han kunne ikke spørre om han selv hadde vært på puben i går. Han spurte andre. Var du her i går? Fikk du tak i hva hun het hun der.... så du ikke henne? Ja nettopp. Hun jeg snakket med ja.

Han gikk i skjulet og satt i mørke og ensomhet og tenkte at nå skulle det være slutt. Der gikk grensa. Han tok en støyt av Gammeldansken for å understreke alvorret. Han snakket høyt til seg selv. Han gråt i armene hennes: Jeg har vært en idiot. Jeg skal ta meg sammen. Du fortjener bedre. Jeg skal aldri bli borte sånn uten å si fra. Jeg skal ta pjokken med på fisketur. Vi skal på ferie. Vi skal flytte til Amerika. Jeg skal bygge seilbåt i skjulet og ta deg med til Hawaii.

Og hun ble så glad. Hun satte seg opp i senga og fortalte at hun hadde seilt som liten. VG-jolle. Og drømt om åpninger i korallrev og fisk så tam at den strøk langs legger. Og lange strender uten andre mennesker. Og de filtret seg sammen i den varme sanden og hun ble gravid igjen og neste dag så ringte han og sa at det ble overtid. De hadde fått en storordre. Og så skulle de feire den litt sånn forsiktig etterpå. Han skulle komme så fort som råd.

Han skjelte henne ut da Gammeldansken plutselig var vekk. Han hadde faen ikke tid til noen fisketur. Kunne hun ikke unne ham den minste glede?

”Jeg elsket henne jo. Hun gikk med mitt barn i magen. Det var ikke til å holde ut. Jeg var så shaky at jeg måtte opp og ha en dram før jobben.”

Det kom inkassokrav og telefonen ble stengt og han gikk over på smuglersprit for å bedre økonomien. De fikk ei datter og han begynte på seilbåten. Han satte opp den ene bukken. Så måtte han tenke litt på tresorten i kjølsvinet. Han satt i skjulet og tenkte. Og da hun sa noe kvasst om at han aldri ville klare å bygge noen seilbåt ble han rasende. Og da hadde han visst til og med slått henne. Og hun hadde reist. Med barnevogn og en gråtende pjokk og bare en liten bag. Og han hadde flyttet plastkanna med spansk sprit inn på kjøkkenet og hun der som han ikke husket navnet på hadde kommet, og noen kompiser av henne. Og han hadde ringt til jobben for første gang og sagt at han hadde influensa og

Og det hadde ikke vært noen vei videre.

Det hadde bare vært døden igjen.

Han hadde stått på en krakk og fikla med et tau og ikke engang klart å knytte en knute som ville holde.

Han hadde grått og snakket om Jehova og lagt seg på kne for å be og så hadde han endt opp med å be om ei ny plastkanna med spansk sprit for den gamle var snart tom. Eller polsk. Eller hjemmebrent om ikke annet. Amen.

Han var maktesløs.

Men så fantes der altså Noe der utenfor.

Det fantes noen.

Hun kom. Hun, og en fra jobben. Og en fra tippelaget, kanskje. De tok ham til Rusa..

Miriam Holman hadde stjålet en gang i sitt liv. Hun hadde tatt et hefte om Trasopklinikken behandling etter 12-trinnsprogrammet under et besøk der i 1978. Hun hadde tatt det med seg hjem til diskusjonene om A-klinikkens veivalg. Noen impulser hadde blitt hentet ut av heftet med en gang. Og midt på 80-tallet hadde valget blitt endelig: A-klinikken skulle også arbeide etter ”Minnesotamodellen.”

”A-klinikken har beveget seg fra en sosialpsykiatrisk behandlingsmodell over til å se på alkoholavhengighet (kjemisk avhengighet) som en primærlidelse” skrev Øistein Kristensen i åpningen av sin ”kokebok” for den nye metodikken. Kanskje kunne han også ha skrevet at klinikken hadde funnet tilbake til utgangspunktet, at en ny legegenerasjon hadde kommet til samme resultat som Oscar Olsen: AA’s filosofi virket.

De hadde gått mange runder på veien. Den nye legegenerasjonen hadde andre teoretiske bakgrunner enn Oscar Olsen. Karsten Nordal var spesialist i psykiatri. Han hadde inngående kjennskap til nye teorier om gestaltterapi og transaksjonsanalyse. Han hadde trengt inn i det nye fagfeltet som het familierapi. Ragnhild Harstad hadde utviklet et behandlingsopplegg der familierapi var grunnleggende. Øistein Kristensen, som også var spesialisti psykiatri hadde vært med å lete, prøve og feile. Og alle de andre: A-klinikken var velsignet med ansatte som brant for sine pasienter og sin institusjon. Og Oscar Olsen var fremdeles aktivt med.

De reiste i øst og vest Astrid Aanensen reiste til Bergen Pines County Hospital i New Jersey. Miriam Holman reiste i England, Sverige og Finland. De besøkte Trasop og Borgestad og Alfa-klinikkene. De holdt seminarer og inviterte gjesteforelesere om teamwork, kontrakter i behandling, realitetsterapi og Nevrolingvistisk programmering. Og så reiste Karsten Nordal til Hazeldon i Minnestota og skrev rapporten som er gjengitt tidligere i dette skriftet.

Der fant A-klinikken sin helhetlige filosofi. Sitt ”Noe”.

Trekløveret Nordal, Kristensen og Oscar Olsen stilte seg bak veivalget, og resten av fagmiljøet sluttet seg til. Fra 1. februar 1986 har A-klinikken arbeidet etter Hazeldons behandlingsmodell og filosofien i Anonyme Alkoholikeres 12 trinn og 12 tradisjoner.

Og det må vel tjene både Sykehuset og og Fylkeskommunen til ære, at selv om veivalget var kontroversielt, så fikk de som sto nærmest pasientene bestemme. Og apparatet bak støttet opp.

Mannen i skjulet kom til ”Rusa” – Akuttstasjonen eller Avrusningsstasjonen i St.Hansgate i Kristiansand. Den hadde ikke gjort det samme veivalget. Den var bygget opp gjennom feiling og læring av personalet som plutselig sto der den 1. september 1977 og åpnet dørene for ei flodbølge oppsamlet nød. I syv år hadde de mest nedkjørte rus-skadde bare blitt liggende der de sank sammen, hverken politi eller hjelpeapparat hadde hatt noe sted å gjøre av dem. De ti sengene på ”Rusa” ble fylt opp umiddelbart – og har knapt vært kalde siden.

”Rusa er full” ble en stående vittighet både blant fagfolk og brukere.

De hadde ingen spesiell utdanning de som arbeidet der fra begynnelsen. De var sykepleiere og miljøarbeidere som lærte gjennom erfaring. De lærte fort – og de lærte mye. Det ble en sterk stab. Oppdraget deres var tredelt: De skulle berge liv, avruse personer som skulle til videre behandling – og hjelpe tørrlagte alkoholikere som hadde sprukket på beina igjen. Etter hvert måtte mandatet utvides – klientellet endret seg på flere måter. Gjennomsnittsalderen sank, antall blandingsmisbrukere og narkomane økte, kvinneandelen økte. Og stadig flere kom fra ”høyere” samfunnslag.

Det var ingen enkel jobb. Det kunne forekomme både trusler og vold i form av knusing av vinduer og slag mot dører. Noen ville ut så fort de kom inn – og noen ville inn igjen så fort de kom ut. Noen ville bare ”tørkes opp” noen dager for å få krefter til nye fyllekuler, andre kom i dype livskriser. Gjengangere som brukte stasjonen som gratis pensjonat ble nektet – det ble satt karantene på tre uker for den som kom for ofte. Det var i alle fall regelen – det hendte det måtte gjøres unntak: En gang skal Politiet ha bedt om unntak for en skrøpelig kropp som de nesten daglig plukket opp av rennesteinen. De var redde for livet hans. Han skal ha vært såre fornøyd med ordningen – og skal selv ha forklart den slik for misfornøyde medklienter som fikk karantene:

”Jeg er fredet!”

Personalet ble, år etter år. ”Rusa” ble ikke noe sted der ansatte brant ut. De fant sin stil og sin form, de taklet utfordringene og fant balansen mellom bestemt holdning og humoristisk respekt for pasientene. De hadde tabu mot moralske pekefinger – men lærte seg å støtte opp om pasienter som ønsket hjelp til å komme videre. De var nesten bare kvinner der – de taklet nattevaktene alene. En av dem skal ha vært en vakker skikkelse med stort hår som hun holdt i beslutsomme knuter om dagen men løste opp og greidde ut før hun begynte sin hvilende vakt om natta. Hun pusset tenner og tok på seg nattkjole som hun pleide hjemme. Men så en kveld kom hun på et ærend hun hadde glemt nede hos pasientene og tasset ned på bare bein der hun trodde alle sov. Men det gjorde de ikke. En av dem som sist hadde kommet satt klemt opp

mot veggen, skjelvende av bakrus og full av angst. Han ble stiv av skrekk da han så nattevakten sveve lydløst ned trappene, og skal ha visket til seg selv:

”Å herregud! Enten har jeg delir og ser engler – eller så har jeg dødd og kommet til himmelen.....”

Det kan ha vært mannen i skjulet. Det kan også ha vært ham som våknet neste dag, så elendig og så langt nede og så redd for hva som nå skulle skje at han mumlet ut i ensomheten:

”Tenk om en bare kunne sove ei uke i strekk... Slippe alt det vonde og våkne frisk....”

Han skal ha fått dette svaret fra nabokøya:

”Ja. Tenk om en bare kunne sove helt til trygda kom!”

Terje Lølandsmo: Basisprogrammet

Som den eneste helt offentlige institusjon i Norge behandler A-klinikken etter 12-trinnsmodellen.

Behandlingen har vært omdiskutert i Norge fordi den opprinnelig baserte seg i større grad på ideologi enn på viten fremkommet gjennom forskning. I motsetning til alle andre behandlingsmetoder er denne behandlingsmetoden blitt utviklet av misbrukere selv og man har sett at behandlingsmetoden gir resultater. Senere har forskningen kommet etter slik at man i dag kan bevise at den har noen av de beste resultatene i rusbehandling. Spesielt USA, - Sverige og til dels Danmark benytter denne metoden mye, men i Norge har det hovedsakelig vært private institusjoner som har benyttet metoden.

Mye av det som AA primært hevdet utfra antakelser - ”synsing” - kan man i dag bevise gjennom forskning. De siste årene har det vært en sterk økning i forskningsinnsatsen rundt rusmiddelavhengighet på den samfunns-vitenskapelige side, innen psykologi og innen basal nevrobiologisk forskning, altså det som foregår av forandringer i hjernen.

Essensen av de senere års forskning viser nettopp at gjentatt bruk av rusmidler endrer hjernen vår på en måte som etter alt å dømme medfører at vi lettere fortsetter med rusmiddelbruken. Endringene medfører en rekke målbare fenomener i hjernen og dette gjør at nyere forskning støtter det som vi tidligere har hevdet, nemlig at det er en *sykdom*.

At det også er en *familielelidelse* har man hele tiden hevdet, da man ser at alle familiemedlemmer på en eller annen måte blir rammet.

Seks ukers program

Selve behandlingstiden er 6 uker. Av disse 6 ukene er 1 uke definert som familieuke. Til fam. uka blir familien invitert – foreldre – søsken – partner – annen nær familie eller evt. nære venner. Evt. barn ned til 16 år.

Familiemedlemmene er innskrevet som dagpasienter fra tirsdag til fredag.

Under den 6 ukers lange behandlingen har pasienter nær kontakt med selvhjelpsgruppene. Det er helt essensielt for tilfriskningen at pasientene finner sitt ståsted i selvhjelpsgruppene og derfor må de hver uke delta i møtene til Anonyme Alkoholikere (AA), Anonyme Narkomane (NA) eller Anonyme Gamblere (GA). AA, NA og Al-Anon (Anonyme med-avhengige) kommer også og informerer om sitt arbeid både for pasienter innlagt ved avgiftingsposten, basisposten og pasienter innlagt i familieuka.

Selve basisbehandlingen er gruppebasert med en blanding av psykoedukative metoder og gruppe-psykoterapi. Det er en betydelig mer konfronterende modell enn behandling i psykiatrien. Man benytter seg av en del faste oppgaver – bl.a. skal det skrives rushistorie og livshistorie. Vi er opptatt av å få frem konsekvensene av rusingen og å få frem hvor hjelpeløs en er i forhold til rusingen og at man må utnytte den kraften det ligger i gruppedynamikken (”gruppespesifike faktor”!)

Etter basisbehandlingen går pas. enten direkte over i 11 mnd. poliklinisk ettervern eller kommer først på rehabiliteringsposten 3 mnd, før de så går over til 11 mnd. poliklinisk ettervern

Historikk

Ildsjelene som satte i gang behandling etter denne metodikken ved A-klinikken fra 1986 var flere. Av behandlere skiller særlig Kjell Karlsen, Per Erik Zahl, Øistein Kristensen og Karsten Nordal seg ut. De reiste alle til utlandet og lærte den nye metoden og klarte å motivere personalet til å bli svært sammensveiset. Det er derfor sammen med de nevnte behandler en stor personalgruppe med forskjellige faggrupper - sykepleiere, omsorgarbeidere og miljøarbeidere med og uten egenerfaring som har bidratt til det gode renome A-klinikken har fått.

Basisprogrammet, som 12-trinnsbehandlingen ved A-klinikkken ble kalt, nådde sitt høydepunkt i nittiårene og ble den eneste behandlingsmetoden ved A-klinikken. Også avgiftingsposten er blitt sterkt preget av den

Basisprogrammet har endret seg noe underveis. Ved opprettelsen av Ruspoliklinikken gikk mange av ildsjelene over til poliklinikkbehandling og ble langsomt trukket ut av 12-trinnsbehandlingen. Ut fra LEON-prinsippet (”Laveste Effektive Kostnads-Nivå”) skulle man tenke mest mulig poliklinisk behandling. Ved opprettelsen av Vest-Agder Klinikken pr. 1.1.2000 så var behandlerteamet ved basisbehandlingen svært amputert og man fant fort ut at dette var en feilprioritering..

Familieteamet skulle inngå i basisprogrammet i familieuka, men fikk problemer med dette når det også var forventning om poliklinisk inntjening. Man måtte derfor tilbakeføre basisteamet økte ressurser slik at basisteamet bl.a. selv kunne ta ansvar for familieuka.

Poliklinisk ettervern

Opprinnelig hadde man et oppfølgingsprogram med 6-7 grupper hvor oppfølgingskonsulenten hver 4-5 uke kom til gruppene. Ellers var de mye selvstyrte.

Gjennom de senere år har det vært en betydelig økning av narkomani/pilleavhengighet blant pasientene. Andel rene alkoholikere har avtatt. Dette har også medført en annen type pasienter som personlighetsmessig ofte er dårligere ved oppstart av behandlingen. De trenger lenger tid før tilfriskningen kommer og i mellomtiden er de sterkt preget av avhengighetspersonligheten .

Samtidig er det også generelt en økning av personlighetsavvik i befolkningen. Disse forhold gjorde at man fra juli 2002 gikk over til å definere oppfølgingsgruppene som polikliniske etterverngrupper med teapeut tilstede på alle gruppemøter. Samtidig har man fått 2 terapeuter som tar hovedansvar for oppfølgingsprogrammet .Man har dog foreløpig beholdt den samme behandlingstid med 11 mnd. poliklinisk ettervern/oppfølging.

Inntak

Inntaket av pasienter var også en periode definert over til poliklinikken. Der var relativt stor avstand derfra til sengepostene. Samtidig skulle inntaksansvarlig også ha ansvar for alle inntaksoppgaver i fylket, noe som gikk på bekostning av basisteamet. Vi var derfor svært fornøyd når denne stillingen kunne tilbakeføres fullt og helt til A-klinikken. Etter hvert har oppgavene bare økt på slik at i jubileumsåret er det ca. 1 ¾ personer som har ansvar for inntak.

Jeg tror det er riktig å si at vi til jubileumsåret har klart å snu den negative tendensen som basisprogrammet var inne i ved opprettelsen av Vest-Agder Klinikkene hvor teamet var svært amputert. Vi har klart å få en rekke nye medarbeidere og utvidet teamet. Også idag er man opptatt av det multidisiplinære team og betydningen av å ha rusterapeuter med egenerfaring i teamet. Vi har nå flere med egenerfaring og flere har utdannet seg/er under utdanning som rusterapeut ved Korpberget i Sverige.

Ny brukerundersøkelse

I jubileumsåret er vi opptatt av å bevise hva vi gjør og hvor effektiv 12-trinnsbehandlingen er i forhold til andre metoder. Det er tidligere gjort brukerundersøkelser som viser at resultatene er meget gode. Pasientgruppen er imidlertid i endring. Det tas inn flere narkomane mens andelen alkoholikere synker. Narkomane pasienter er en tyngre gruppe å behandle. Ny undersøkelser i 2004 viser fortsatt gode behandlingsresultater selv med disse endringene i gruppesammensetning. Undersøkelsen vil bli publisert senere i 2004.

Arvid Bergstøl: **6. trinn**

Bjørn Enes: Medavhengighet

”Og vi skal snakke om hva dere må kvitte dere med.” sa terapeuten.

Der satt en mann, en kjæreste eller en ektemann. Og ei kvinne, ei mor. Og ei ung kvinne, en kjæreste eller hustru. Og en stol sto tom. Der skulle ha sittet en kjæreste eller en bror eller ei søster eller en forelder eller i det minste en arbeidskamerat eller venn. Men ingen hadde kommet. Ingen hadde hatt tro på at det ville nytte.

”Det finnes noe som vi kaller medavhengighet”, sa terapeuten. *”Avhengighetslidelser rammer ikke bare den avhengige. Dere er alle angrepet.”*

De hadde kommet ut av hver sin virkelighet, og de visste ikke hva de hadde gått til. Mannen sa: *”Jeg synes så synd på henne. Hun har hatt det så vanskelig. Jeg ville gjøre alt for å hjelpe henne. Men jeg har ikke klart det.”*

Og så fortalte han om kvalitetene hennes, og tegningene som var så uttrykksfulle. Om de dype betraktningene hun hadde gjort seg: Hvis bare menneskene åpnet seg for hverandre ville det bli fred. Og bilder som viste det innerste, det dypeste, det våreste ville spre åpenhet som en lav nynning i folkemengden, og en etter en ville stanse opp og nynne med og så ville de stå sammen, på et stort torv: *”We shall overcome....”*

Hun hadde gått ut og kommet hjem med blomster. Hun hadde gått ut og kommet hjem med fjerne smil, hun hadde nynet og gått i atelieret. Hun hadde nynet og malt med lyse, lyse pastellfarger. Hun hadde gått ut og ikke kommet hjem før neste dag og hun hadde sett på ham og sagt at hun måtte finne åpenheten blant menneskene for å kunne male den. Og hun hadde gått rett i atelieret og malt og stått og sett ut av vinduet og sagt at det var noe som stengte og så hadde hun gått ut igjen.

Han hadde laget middag til henne og sagt at hun ikke måtte arbeide så hardt og hun hadde holdt om ham og sagt at han var hennes største skatt og dypeste inspirasjon. Men hun hadde ikke spist. Hun hadde satt seg ned og snakket uforståelige tankerekker og han hadde bedt henne fortelle om hva hun hadde opplevd og hun hadde sett undrende på ham og sagt at hun hadde ikke opplevd noe som helst. Hun hadde stått og malt. Men fargene ville ikke føye seg. Kanskje hun måtte endre dem.

”Men du var jo borte et helt døgn?” Hadde han sagt. Og hun hadde sett forundret på ham og sagt at han hadde sølt saus på slippet. Hvorfor hadde han slips på en hverdag? Så snill du er, hadde hun sagt da han sa det var for henne. Og så sov hun Og snart var hun borte igjen. Så falt ei sprøyte ut av håndveska hennes.

.Og alle som satt der i ringen sørget over hver sin kjærlighet. Moren hadde blitt redd og reist til hybelen hans fordi han ikke svarte på telefonen og hun hadde funnet døra åpen og tre bevissløse menn der inne og plastposer på gulvet og ei rødglødende plate på komfyren. Og hun som var hustru hadde plutselig blitt slått fordi hun hadde sagt at han ikke kom til å bygge noen seilbåt. Det var ikke viktig med noen seilbåt. Bare han kunne komme inn og gå på fisketur med pjokken og ikke sitte i skjulet.

”Hva skulle jeg gjøre?” Sa moren. Hun hadde ryddet og vasket og båret askebegrene og tomflaskene ut og luftet og da de andre to våknet hadde hun sagt at hun var moren og at de måtte gå og de hadde gått og så hadde hun låst døra og grått og han hadde sagt at det bare hadde tatt litt av. Det var noen gamle kompiser. Skikkelige folk. Det hadde bare tatt litt av. Og siden hadde hun ringt hver dag, og hvis han ikke svarte hadde hun reist og tatt med grønnsåpe og støveklut og Ajax til komfyren. Hun var så redd for brann.

”Hvem fortalte dere det til?” Sa terapeuten. Men ingen av dem hadde fortalt det til noen. Mannen hadde sagt til barna at mor var syk i dag og at hun ikke hadde skreket, hun hadde ledd og hun som var hustru hadde sagt til sin mor at de ikke kunne komme til middag likevel fordi pjokken hadde så lyst på fisketur og endelig hadde han tid. Og moren hadde ikke hatt noen å si det til.

Og alle hadde fått løfter. Og alle hadde forsøkt å holde dem hjemme for det var tryggere. Mannen hadde gått på apoteket og kjøpt engangssprøyter og forklart at det var hans far som hadde fått sukkersyke og som var gått tom. Og hjertet hadde slått som en hammer fordi han var så redd da hun gikk på badet og han satt og så på henne da hun kom ut igjen og tenkte overdose og avhengighet og klamret seg til det som var av håp i smilet hennes da hun kom ut og sa at nå visste hun hvilke farger det skulle være. Og han så til henne og sa at hun måtte spise og sa til barna at de kunne få lov til å gå på gatekjøkkenet. Og hun som var hustru sa at selv en pjokk som såvidt var fire hadde gått alene på gatekjøkkenet.

”Hva krevde dere?” Spurte terapeuten.

”Vær så snill, ikke drikk mer”, hadde moren sagt. Nei, jeg skal ikke drikke mer, hadde han sagt. Senere hadde hun sagt: *”Vær så snill – kjøp en tidsbryter til komfyren.”* Det trengs ikke. Nå er det slutt. Jeg traff bare noen gamle kompiser. Det tok litt av, hadde han sagt. Og hun som var hustru hadde tømt ut en Gammeldansk. Og senere hadde hun gått på biblioteket for å forsøke å finne ut hvordan hun kunne kontrollere om spriten på plastkannene var metanol eller ordentlig sprit.

Mannen hadde krevd at hun skulle legge seg inn, eller i alle fall be om Metadon. Og hun hadde lovet å gjøre det men så hadde hun ikke funnet et sted. Og så hadde han gjemt noe

som han trodde var metadon mens hun ble stoppet av Politiet og så var han fanget av alle løgnene.

”Dere lure bare dere selv.” Sa terapeuten. Og ingen av dem forsto hva hun mente.

”Dere hjelper den avhengige til å fortsette rusingen!” sa terapeuten. Og ingen forsto hva hun mente, men de ante det, de hadde tenkt det, mange ganger, alle tre, men de hadde også sett hva konsekvensene ville bli hvis ikke de gjorde det. For på tross av alt det vonde så elsket de sine, alle tre.

”Dere har ansvar for deres liv!” Sa terapeuten. *”Den avhengige har ansvar for sitt!”*

Og hun viste plansjer og kurver og vitenskapelige undersøkelser og endatil en Tvfilm som sa at kjemisk avhengighet er dødelig og den som ikke klarer å slutte vil dø fra dem. Det er bare et spørsmål om tid. Og dess lenger de fortsetter nedover i dypet, dess kortere tid vil de ha igjen.

”Pjokken kan miste sin far, eller både sin far og sin mor!” sa terapeuten. Og hun som var hustru gråt åpenlyst. Og han som var mann og hun som var mor bet seg i leppene og hadde ingen argumenter.

”Dere må sette grenser for hva dere vil akseptere!” sa terapeuten. *”Vil du bli arrestert for besittelse av narkotika?”* Spurte hun. Jeg vil gjøre alt for henne, sa han først, men så ble han presset og så sa han etter hvert at hvis ikke det var for henne så ville han aldri, aldri, aldri ha gått gjennom byen – i ring utenom politiet – med heroin i lommene.

”Vil du la noen sette skudd på ditt bad?” sa terapeuten. Og det samme skjedde.

”Vil du virkelig at en narkoman skal få huset ditt for å ruse deg mens bvarna dine står ute og fryser på et gatekjøkken?” Og en stor og kraftig mann med slips bøyde seg framover og gjemte ansiktet i hendene og ristet.

”Da kommer hun til å dø...” Hvasket han.

”Eller så kommer hun til å innse at hun – og bare hun selv – har ansvaret for sitt liv.”

Og så gikk kanskje døra plutselig opp, og hun som pleide å stå med teakolje og bommulsfille og høre på Hjertets Språk kom kanskje feiende inn med grytekluter rundt og ei dampende langpanne med sånn hverdagslig gjort-på-ti-minutterkake og en bemerkning om at når denne terapeuten herjer som verst er det to ting som må til: Det er lommelørklær og langpannekake. Og så skjedde det utrolige at midt oppe i alt dette dramatiske så lo de. Hilstelo, alle sammen. For et kaos. For et mess. For et rør. Men livet er sannelig ikke enkelt du! Så hvorfor gjøre det verre enn det er?

Og så begynte de antakelig forfra igjen. I mye lettere tone. Etter litt kake og noen muntre historier og og noen tårer. Om poenget til terapeuten: Rusavhengighet er en sykdom

som rammer hele familien. Alle må kjempe for å bli friske. Både den rusavhengige og de som er smittet. Og den enes tilfriskning kan ikke vente på den andres.

”Den som er frisk er til bedre hjelp for den syke enn den som selv er syk!”

Og så snakket de om maktesløsheten. At det viktigste med den en å innrømme den. Det er ikke alt man kan make. Slik er det. Og det man ikke kan make, må man legge fra seg. Man må overgi det til noe eller noen andre. AA sier at man må overgi det til Gud, men så sier de også at Gud er et åndelig begrep som hvert enkelt menneske må oppfatte som det vil. Og når man har ryddet opp i hva man kan og hva man ikke kan gjøre noe med, så får man konsentrere kreftene om der de gjør nytte for seg.

Og det hørtes så enkelt ut. Men problemet var fortsatt de tre i basisbygget som var elsket av disse tre i familiebygget. Eller rettere: De fire i basisbygget. For ute i verden et sted var der kanskje livevel noen som også elsket hun eller ham som ikke visste at den ene stolen i familiebygget sto tom.

Den avhengige selv, sa terapeuten. Ingen andre enn den avhengige selv kan gjøre valget og ta ansvaret for den rusavhengiges tilfriskning. Og så leste hun et dikt for dem:

”Gud: Gi meg slik Sinnsro

at jeg formår å godta de ting jeg ikke kan forandre,

Mot til å forandre de ting jeg kan

og Forstand til å se forskjellen.”

Torhild Sørensen: **Familieteamet.**

I januar 2000 ble familieteamet en realitet. Det var etterlengtet og etterspurt helt siden de første spede frø ble sådd i 1988, da A-klinikken innførte et firedagers program for familien og pårørende av basisgruppas pasienter. Karsten Nordal og Øistein Kristensen var pådrivere den gang. De hadde begge erfaring i at rusmisbruk rammer hele familien.

I 1990 ble Regnbueprosjektet formet, ved hjelp av statlige prosjektmidler. Frøene spirte videre, selv om det var trange tider i Fylkeskommunen og Adminstrasjonen helst ville unngå å videreføre Regnbuetiltaket og trekke inn midlene. Iherdig arbeid av daværende styrer Kari Henriksen og lobbyvirksomhet av personalet medførte at politkerne gikk mot innstillingen og videreførte tiltaket med en stilling, og i 1996 ble familieprogrammet og Regnbueprogrammet ett team.

Eldbjørg Kjøstvedt var leder av ”Regnbuen” og barnas talsmann. Grethe Christensen var leder av familieteamet. Hun ble pensjonert samtidig som familieteamet ble opprettet og Tor Jan Idsøe ble ansatt. Torhild Sørensen og Svein Helge Gundersen vekslet etter hvert mellom å jobbe i familieprogrammet, regnbueprogrammet og basisgruppa.

I 1998 hadde Ruspoliklinikken slått rot med sine team og ønske om et poliklinisk tilbud for familien vokste. Leder og faglig ansvarlig på Ruspoliklinikken Olav Espegren innkalte til møte og dermed var vi i gang. Laila Danielsen ble spurt om å være teamleder og nå talte teamet fem personer med faglig bakgrunn og masse nyttig erfaring.

Ideologi

Vi slo fast noen ideologiske støttestolper i vår tenking og holdning om og rundt familien og rusmisbrukeren. Vi sendte brosjyrer til samarbeidsinstanser og leger for å fortelle om oss selv. Vi gjennomførte en brukerundersøkelse som gav oss en pekepinn på at behovet for våre tjenester så absolutt var tilstede.

Kompetanseheving var et viktig moment. Teamlederen tok spesialiteten sin på familien. Noen dro til Oslo for å utdanne seg til familierapeuter og noen utdannet seg i kognitiv terapi. Vi spesialiserte oss på temaet *voksne barn av misbrukere* og *kjønnsperspektiv*. Vi ble veiledet og veiledet selv. Vi brukte video for å ”trene”, observere og gi tilbakemeldinger. Vi satte i gang med speil og reflekterende team. Vi rullerte i rollene som hovedterapeut og medterapeut og fant sterke og svake sider hos hverandre som kunne brukes positivt i vårt samarbeid til beste for pasientene.

Vår måte å jobbe på med flere terapeuter og reflekterende team betyr at flere prosesser kan komme i gang i familien og dermed kvalitetssikre det vi gjør.

Gjenkjennelig

Den første tiden holdt vi hus på A-klinikken, men løsrev oss fysisk da vi flyttet inn i brakkene i Bispegra, vegg i vegg med de andre teamene på Ruspoliklinikken. Siste tilvekst i teamet var Monica Kvarv som begynte da Laila Danielsen sluttet. Hun jobber i hovedsak med barna.

Vi har fått med oss noen årstider og erfaringer med å jobbe slik at man ivaretar og får hele familien med, også rusmisbrukeren. Vi har bearbeidet erfaringer og tilnæringsmåter, terapiteknikker og behandlingsformer, individuelt, som par og som familie.

Rusproblem rammer hele familien, ikke bare den som ruser seg. Det blir et sentralt organiserende element for familien i en systemforandrende prosess. Og det har et gjenkjennelig mønster med overlevelsesstrategier og mekanismer, roller og regler. Dette betyr ikke at vi ikke kan se annen problematikk, men fordi vi hører til i russektoren er det bakgrunnen i rus vi vanligvis fokuserer på først i møte med våre pasienter.

Utfordringer

Etter hvert begynner vi å bli kjent med brukere og henvisere. Vi ser at vi for hver rusmisbruker kan telle flere personer som lider og/eller blir påvirket negativt av situasjonen, pluss venner og kolleger som undrer seg og bekymrer seg. Samlevende er ofte selv blitt syke av å leve gjennom år i fortvilelse og stress. Mange barn og unge lever i lojalitetskonflikt med tabuiserte traumer. Vi ser voksne barn som får sin livskvalitet forringet fordi langtidseffekt av vonde opplevelser dukker opp, søsken som føler seg tilsidesatt fordi fokus alltid er blitt rettet mot rusmisbrukeren og foreldre til rusmisbrukeren som lever i en konstant angst, med konfliktfølelse og foreldrekjærlighet. Også besteforeldre, tanter og onkler, kusiner og fettere med inngiftede kan bli involvert i en form for dominoeffekt der ”brikkene” etter hvert velter av utmattelse.

Ja, familieteamet er kommet for å bli. Vi er en bærekraftig gren av Ruspoliklinikken som kan tilby bedre livskvalitet for familie og pårørende av misbrukere. Råd og veiledning til øvrige instanser og samarbeidspartnere. Politiske føringer i tiden tyder på at det fremover vil bli lagt større vekt utadrettede tjenester. I så henseende kan vi henvise til at vi tilbyr kurs, undervisning, råd og veiledningsvirksomhet.

Slik vi ser det her anser vi familien til den rusmisbrukende å være i en selvstendig hjelpetrengende posisjon. Ved å få hjelp for egen del kan familien bli en ressurs også for den rusmisbrukende pasienten.

Velkommen til oss!

Kari Henriksen: TVANG.

Tvang – ikke noe nytt.

Opp gjennom historien har man benyttet tvang i mange former overfor mennesker som ikke kan ta ansvar for seg selv, sitt og familiens liv eller som har vært til fare for seg selv eller andre. Bøter, fordrivelse og isolasjon (fengsel, asyler) har vært de mest brukte tvangsmidler.

Fattiglova av 20. september 1845 slår fast at politiet uten rettslig behandling, kunne sette inn personer som var ”hengivne til ørkesløshed eller drukkenskap og ikke lovlig kunne ernære seg”¹. (artikkel:). Drukkenskap, fravær av økonomisk forsørgelse av barn/ektefelle, manglende ivaretagelse av gjeldsforpliktelser og betleri var kriterier for innleggelse i tvangsarbeidsanstalter eller opphold på Fattigkassa.

31. mai 1900 kom Lov om Løsgjengeri, Betleri og Drukkenskap. Denne medførte ingen særlige endringer, selv om fattighusene var borte. Ørkesløshed, betleri eller drukkenskap kunne straffes med fengsel i inntil 3 måneder.

Lov om sosial omsorg kom i 1964 og erstattet flere tidligere lover, blant annet Lov om Forsorgsvæsenet fra 1900, som igjen erstattet Fattigloven av 1845. Her slås det fast at det skal ytes sosialhjelp i form av forpleining, lån, økonomisk bidrag til livsopphold m.m.. Sosialstyret har ansvar for saker som hører hjemme under Lov om Edruskapsvern.

En av Edruskapsnemndas oppgaver er å ”*ta seg av de personer som misbruker alkohol eller andre berusende eller bedøvende midler, i tilfelle treffe bestemmelse om deres anbringelse på sykehus eller kursted og yte råd og hjelp til deres pårørende.*”² Loven hjemler at nemnda kan forvalte vedkommendes økonomi, pålegge innleggelse i sykehus til undersøkelse, behandling, eller kur med til sammen max 90 dager/år.

Motsetter vedkommende seg dette og oppfyller denne i tillegg andre vilkår, som å ikke ivareta sin forsørgelsesplikt, utsette seg for legemlig eller sjelelig skade, forulempe sine omgivelser m.m. kan han/hun tvangsinnlegges på ”et av Kongen godkjent kursted i inntil to år.”

Mulighetene til å dømme mennesker til fengselsstraff etter Løsgjengerloven (31.5.1900) ble opphevet i 1970. Dermed kunne ikke lenger bostedsløse ”drukkenbolter” sone sine bøter ilagt for drikk eller drukkenskap, i fengsel.

¹ Frode Ulvund, UiB, 2002: Fattiglova – frå tukhus til tvangsarbeideransatt. www.Fattigkassa.no

² § 4 Lov om Edruskapsvern 26. feb. 1932

Lov om Sosiale Tjenester 1.1.1993.

1.1.1993 trådte ny lov om sosiale tjenester i kraft. Den erstattet Lov om sosial omsorg og edruskapsloven og hadde hjemler for tvangstilbakeholdelse av misbrukere som oppfylte visse kriterier.

§ 6-2 hjemlet innleggelse i inntil tre måneder for utredning og motivering til behandling. § 6-3 hjemlet at institusjonen kunne sette som vilkår at den kunne holde pasienten tilbake i inntil tre uker. Samtykke til slik tilbakeholdelse måtte signeres før innleggelse av begge parter.

En viktig presisering i LOST av 1993 var at graviditet ikke var et kriterium i vurderingen av tvangsinnleggelse. Men dette var et omstridt tema. I 1995 kom en tilleggsparagraf, § 6-2a, som skulle ”fange” opp disse kvinnene. Denne hjemlet tvangsinnleggelse av gravide kvinner for å unngå alvorlig helseskade hos det ufødte barnet.

Kriteriene som måtte oppfylles for å kunne benytte både § 6.2 og § 6.3, trengte ikke oppfylles dersom en kvinne var gravid. I 1999 kom det inn en ny bestemmelse, 6-1a der sosialtjenesten plikter å vurdere bruk av tvang etter melding fra pårørende.

For eller mot tvang?

A-klinikken hadde liten eller ingen erfaring med tvangsinnleggelser etter opphevelsen av løsgjengerloven i 1970. Det var lite vilje i fagmiljøene til å benytte tvang, det ble oppfattet å være grov krenkelse av individets integritet og den rådende ideologi var at dialog og samhandling med rusmisbrukere var bedre virkemidler i tillegg til å endre samfunnsforhold som skapte rusproblemer og avvikere

. Foreningen Landsforbundet mot stoffmisbruk ble startet i 1981 (lokallag fra 1969) og organisasjonen var en aktiv kritiker av den manglende bruk av tvang og av at pårørende ikke ble hørt.

I 1993 ved innføring av Lov om sosiale tjenester, var tvang et meget diskutert tema blant fagmiljøene på behandlingsinstitusjoner i Norge. Argumentene mot mer bruk av tvang var:

- det brøt med individets integritet
- reduserte menneskeverdet og ansvaret for egne liv
- det ødela tillitsforholdet mellom fagpersoner og klienter
- det spolerte mulighetene til å komme i behandlingsposisjon

argumentene for var:

- manglende kunnskap hos personalet
- manglende fysiske forhold i institusjonene (rømningsmuligheter, åpne vinduer, avgrensede enheter o.l.)
- manglende personellressurser
- manglende gjennomføringsevne (samarbeid med politiet, fare for personell og lignende).

De som argumenterte med at tvang var et viktig virkemiddel mente misbrukeren fikk en mulighet til å komme i en rusfri tilstand og dermed tenke annerledes om sin egen situasjon, at personer i aktiv rustilstand ikke selv evnet å ta de valg de egentlig ønsker fordi rustrangen sperrer for innsikt i egen situasjon og evne til å ta valg som ekskluderer fortsatt rusing, at man kunne redde liv og forebygge stor grad av uhelse. Det ble også lagt stor vekt på å presisere at det var tilbakeholdelse og ikke tvangsbehandling.

Rusmiddeldirektoratet gjennomførte store prosjekter for å spre kunnskap om den nye loven og fortolkninger av lovteksten til sosialkontor og institusjoner. Her i Vest-Agder hadde vi flere seminarer om temaet, noe arrangerte vi selv, noe ble arrangert av Fylkesmannen. Lokalt var det stor skepsis til innføring av denne hjemmel både i 1- linjetjenesten og enkelte behandlingstiltak. Fagmiljøet på A-klinikken var imidlertid ikke så skeptiske til selve bestemmelsen, men vi hadde mange spørsmål knyttet til håndhevingen av den i praksis.

	§ 6.2 i LOST	§ 6.2a i LOST	§ 6.3 i LOST
Til 03 1997	3 + 1*	1*	5
1999	0	0	0
2000	0	0	0
2001	2	0	6
2002	7	3	2
2003	2	1	3

*) Forespørsler

Hva skjedde på A-klinikken?

A-klinikkens avrusingsavdeling ble av Fylkeskommunen utpekt til å ta imot innlagte etter tvangsbestemmelsen til avrusing, før de skulle overføres til Loland Behandlingscenter.

Det var mye usikkerhet omkring de formelle kriteriene. Hva var institusjonens ansvar når det gjaldt å sjekke formalia og hvilken myndighet og ansvar hadde institusjonen for at det formelle var i orden? Hva gjorde vi dersom den innlagte ble voldelig? Hvis vedkommende rømte? Hva med taushetsplikten overfor de andre innlagte? Hvordan kunne vi best komme i

posisjon til å motivere overfor en som var innlagt på tvang? Hvordan ville dette utfordre oss faglig?

Mye nytt å forholde seg til var det. Mange hadde tanker og meninger både om selve bestemmelsen og om hvordan det skulle fungere i institusjonen. Vi valgte en strategi for å skolere personalet og ikke fokusere mye på de fysiske forholdene i institusjonen. Vi la oss på en linje der man skulle kalle inn ekstravakter dersom man fikk en tvangsinnleggelse.

Mange ansatte var på seminar om temaet. Vi ble noe overrasket over det vi oppfattet som ensidige fokus på låser, uknuselige vinduer, tykkelse på vegger, nok personale (altså økonomi) og sikkerhetstiltak for personalet.

Den ideologiske debatten gikk på andre ting: hva blir innholdet i behandlingen dersom institusjonene fylles opp med tvangsinnleggelser? ”Minifengsler”? Hva med etikken i dette? Yrkesetikk – hva er rett måte å forholde seg til innlagte på tvang på? Kan dette kombineres med terapeutiske relasjoner? Hva gjør det med menneskene å bli tvangsinnlagt? Er det riktig at hjelpeapparatet skal ha den muligheten?

I våre fremlegg på den tiden la vi vekt på at vi ikke var i mot bestemmelsen. Vi fremholdt at motivasjon var målet, at det å søke allianse med den innlagte og behandle denne med respekt var viktig. Vi regnet med at vi ville få inn personer vi kjente mer eller mindre godt fra før og at relasjonene ikke vill bli ødelagt dersom det praktiske rundt innleggelsen ble håndtert på en god måte. Videre tenkte vi at det var bra at det var en annen instans som fattet vedtak, dette minimaliserte vår rolle i saken og dermed var vi ikke en part i selve vedtaket.

Til tross for ganske omfattende skolering og det store fokus på tvang, gikk det 2 år før den første pasienten ble innlagt. I oktober – 95 ble fikk posten sin første tvangsinnlagte pasient. Det ble fra vedkommendes sosialkontor fattet et såkalt hastevedtak som gjorde at pasienten ble innlagt dagen etter vedtaket var fattet. Fram til 1996 hadde vi hatt 3 innleggelser og en forespørsel om innleggelse etter § 6-2. % (ordinær tvang), 5 etter § 6-3 (frivillig tilbakeholdelse i inntil tre uker) og 1 forespørsel om innleggelse etter § 6-2a (gravide)

Samhandling mellom sosialkontor og avrusingsposten

Ganske raskt forstod vi at avdelingen måtte være delaktig i prosessen fra det ble tenkt på tvangsinnleggelse og krevde raskt deltagelse i saker hvor sosialkontor vurderte å benytte tvang. Vi opplevde at enkelte saker måtte avvises av oss på grunn av manglende formalia. Sakene kom sporadisk og fra ulike sosialkontor i fylket. Det tok derfor tid å få erfaring, både for oss og kommunene.

Personalets opplevelser

Avrusingsposten strevde med å legge innhold i motivasjon når de juridiske rammene for å kreve deltakelse i daglige gjøremål var begrenset. Man vurderte hver innleggelse for seg og valgte å sette inne inn ekstravakt dersom man mente det var stor rømningsfare, eller at vedkommende hadde behov for tett oppfølging.

I tillegg til at det var nye bestemmelser om tvang, var det i den nye loven mange krav til formalisering av tiltak. Man skulle føre protokoller for det meste som man tidligere hadde muntlige avtaler om, eller som var en del av postens daglige rutiner. Det gjaldt for eksempel å beslaglegge penger, kniver, alkohol og stoff.

All ransaking måtte protokollføres enten det gjaldt rom eller personer og kunne bare utføres dersom det var skjellig grunn til mistanke. En pasient innlagt på tvang fikk en utbetalingsanvisning på en ganske stor sum penger. Personalet fryktet at dette ville stimulere rusuget og rømming og ønsket å legge pengene i en safe. Det var det ikke hjemmel til, pasienten fikk pengene og forsvant. Vedkommende brukte alle pengene på stoff, reite deretter hjem til sin familie. Familien kontaktet fortvilet oss igjen. Rutinene for kontakt med pårørende i slike saker var også vanskelig.

For både personalet og pasient forløp det første tvangsopphold greitt. En viss motvilje var det i start – fasen, men pasienten godtok etter kort tid tvangstilbakeholdelse. Pasienten var en snill mann som fort slo seg til ro i avdelingen. Samarbeidet mellom ansatte og pasient gikk meget bra. Han valgte senere å ta imot behandling ved Loland Behandlingssenter. Oppholdet ved avrusingsposten varte i over tre uker, og ga oss litt erfaring på noe av problematikken omkring tvang.

Personalet opplevde ellers sterk motstand fra de som var innlagt på tvang. Man kom fort i en slags ”kamp-situasjon” der pasienten gjorde alt for å trekke seg tilbake, isolere seg og stikke av, men personalet strevde med det motsatte; inkludere, komme i dialog og integrere pasienten i de ordinære rutinene på posten.

Personalet synes dette var vanskelig. Pasientene kunne velge å trekke seg tilbake. Personalet opplevde seg som voktere der de fotfulgte dem. Ikke kunne de sitte alene på rommet, ikke gå på do alene. Det grenser mot overgrep og er ubehagelig, mente personalet.

Det viste seg at selv med denne tette kontakten ble det både smuglet inn stoff og noen klarte å rømme. Det ble lagt vekt på å forsøke å aktivisere pasientene ved å ta dem med ut. Noen hadde dårlige erfaringer med dette. En gang takket en pasient pent for seg når denne var med på biltur. Bilen måtte stoppe på rødt og pasienten åpnet rolig døren og gikk sin veg.

Pasienter klarte også å smugle inn stoff og brukerstyr. En gang ble en gravid kvinne fulgt til fødeavdelingen og da hun kledde av seg der, hadde hun gjemt brukerstyr mellom brystene. En annen hadde klistret et Donald-merke på senga og under dette var det stoff. En fikk en annen person til å levere urinprøve for seg, og fikk den smuglet inn (fersk) gjennom et lite toalettvindu, mens ansatte stod i dørsprekken og beskjemet forsøkte å ikke glo hele tiden.

Rømninger ble etter hvert en vane. Første henvendelse til politiet lærte oss også noe nytt: hva er signalementet? Det var et bestemt skjema som måtte fylles ut..... En gang kjørte legen og en ansatt etter en rømling i bil. Legen som var med sa rolig: ”Vi får kjøre slik at vi ikke setter våre liv i fare!” Antakelig ønsket den ansatte sjåføren hurtig å innhente rømlingen. Noen ansatte tok av og til pasienter med på Sørlandssenteret og en gang oppdaget en av dem at pasienten stjal ting. Hva skulle hun gjøre?

En av pasientene fortalte senere om sine opplevelser med fotfølge:

”Jeg husker du satt på stolen ved døra og strikka. Herregud, jeg hører klirringa fra strikkepinene ennå! Jeg hold på å bli gal!”

En spesiell utfordring var gravide og når det nærmet seg fødsel. Tvangsvedtaket opphørte med en gang fødselen var over, og det var et intrikat juridisk spørsmål om tvangsvedtaket var gyldig på fødeavdelingen og hvem som i så fall hadde ansvar for innleggelsen; avrusingsposten eller sykehuset. Møter ble avholdt og brev ble skrevet. Barnet ble født og da oppstod et nytt problem; kunne kvinnen ta barnet med seg, eller måtte barnevernet fatte omsorgsoverdragelsesvedtak først?

Generelt opplevde personalet at de ikke strakk til. Det ble opplevd som nederlag når pasienter rømte og det var tungt å skulle forsøke å skape relasjoner med mennesker som absolutt ikke ville delta i relasjonsbygging.

Tvang – hva så?

Jeg fant i mine notater fra et seminar om tvang: ” *Hva gjør du med dem? Rører du ved dem og går igjen?*”.

Det var nok en stor bekymring hos personalet: hva skjer med dem etter dette? Hvordan følges dette opp, og hva er nytten med denne tett oppfølging i noen uker/måneder dersom det ikke er tett oppfølging i etterkant? Blir vedtakene fattet for sent?

Erfaringen er at for noen mennesker har det gått bra i forholdsvis lang tid etter tvangsoppholdet. Noen gikk videre i behandling på Loland og ved A-klinikken. For andre har

det ikke gitt noe bedring i deres tilstand i det hele tatt og det er rapportert om i alle fall ett dødsfall av overdose knyttet til rømning under tvangsinnleggelse.

Etter hvert har man fått bedre rutiner og lært mer. Personalet takler bedre å holde distanse samtidig som de motiverer og de har fått ”taket” på de formelle kravene. Samarbeidet med Loland Behandlingssenter har fungert bra. Det er bedre rutiner for hva som skal utredes og gode metoder for å få dette til.

Det gjenstår å se hvordan det vil fungere med tvangsinnleggelser i det nye bygget. Fra 1.1.04 har Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, Kristiansand ansvar for tvangsinnleggelser også etter avrusingsfasen. Etter at nybygget stod ferdig har det ikke vært noen tvangssaker. Det er fremdeles langt mellom hver tvangsinnleggelse.

Arvid Bergstøl: 7. trinn

Bjørn Enes: Barna

SO klarte ikke å finne de viktigste.

I begravelsen holdt Erna en tale som gjorde stort inntrykk. Hun beskrev sin far som en stor og snill mann. Hun fortalte om hendene hans, som hadde strøket henne over håret i tunge stunder. Hun fortalte om hvordan han stilte opp for andre, satt i telefonen i lange nattetimer, tålmodig og selvoppofrende. Han var alltid til stede for dem som trengte ham, sa hun. Likevel følte han seg aldri stor. Han snakket om hvor maktesløse vi mennesker var, om hvordan hver dag hadde sin prøve. Og da hun sa at det ville bli så tomt etter ham, brast stemmen. Hun klarte ikke mer.

Flere lommetørklær kom fram nedover benkeradene. De sang: Blott en dag, et øyeblikk om gangen.

Hun sørget virkelig. Hun hadde brukt hele livet sitt på sin far. Hun hadde beskyttet ham mot morens bebreidelser. Hun hadde gjemt flaskene for ham, sett hvor moren gjemte dem, visst om hver eneste som han hadde stukket vekk selv. Det var hun som hadde ringt til skolen og sagt at han hadde isjas igjen, at han ikke klarte å komme komme opp for å ringe selv. Hun hadde stått opp om nettene og lukket ham inn, stått opp om morgenene og tørket opp. Hun hadde gått som en skygge rundt moren for å trøste henne, gjøre henne glad, få henne til å glemme. Hun hadde hentet glass til mor også når han satt på kjøkkenet og drakk: Vil ikke du også kose deg litt mamma?

Når det var stille i huset sprengleste hun. Hun kom hjem med den ene karakterboka bedre enn den andre.

”Jeg slekter på deg, pappa!” hadde hun sagt. Og han hadde strøket henne over håret og sagt at om hele verden gikk ham imot, så hadde han henne.

Hun kan ikke ha vært mer enn seks-syv år gammel da hun sluttet å leke. Hun gikk rett hjem fra skolen. Hun skrelte poteter, hun spurte moren om hun skulle handle, hun vasket opp. Hun hentet lommetørklær når moren gråt og sa at hun kunne passe de små når mor skulle ut å lete.

Den dagen moren ringte og sa at han var en høyere embetsmann men at han trengte et avbrekk, var Erna virkelig redd for første gang. Hun så dem gå til bilen. Hun åpnet døra for dem og klemte ham og sa at han måtte passe på seg selv og møte ikke øynene til sin mor og skalv av frykt. Hva ville nå hende?

Hun var blitt tenåring og hadde småsøsken å ta seg av og ei mor å trøste.

”Du må ikke si det til noen” sa mor, og Erna sa nei. Hun snakket aldri med noen.

Og Johan var aldri hjemme. Han likte bare gatekjøkkenmat og ville aldri ha middag og var alltid hos andre og noen ganger ringte sin te naboer og sa at han hadde stjålet epler eller kastet stein på hønsene. Det var Erna som tok telefonen. Og læreren ringte og spurte Erna hvorfor han var så slurvete når hun var så flink, og sa at hun måtte hjelpe ham.

Han var i begravelsen han også. Han røykte mens de gikk bak kista. Han visste ikke hvordan de gjorde det hadde han sagt da presten spurte om han ville være med å bære. Han trodde ikke han kunne. Og han hadde litt dårlig tid. Og presten hadde nok sett at han var redd for alle som ville ha sett på ham.

Eli hadde sett på presten med store øyne og smilt og sagt at Erna ville nok finne noen. Erna kjente alle. Hun skulle bli prest kanskje, for hun var så flink på skolen. Og presten hadde smilt og mor hadde smilt og sagt *”Du Eli, du Eli!”* og så hadde både hun og presten ledd og Erna hadde begynt å tenke lynraskt på hvem som kunne bære og Johan hadde sett ut vinduet og trommet litt på bordet og Arndt? Han hadde bare sett ned.

SO hadde fire barn. De var skamferte alle sammen. Erna var et radmagert og hektisk nervevrak, bare tyve år gammel. Johan var en rastløs flyktning som trodde han hadde skylda for alt og ikke fikk til noenting annet enn å drive med vær og vind. Eli var en holdningsløs veggpryd som føyet seg etter hvem som helst og smilte og sa ja og forsøkte å rømme fra alle situasjoner med å være dum og deilig. Og Arnt sa aldri et ord. Han gjorde det han ble bedt om og så satte han seg lydløst innerst i en krok og ventet på ny beskjed.

I mange år hadde SO vært tørr. Javisst hadde han innrømmet maktesløshet og overlatt vilje og liv og ransaket grundig og fryktløst og innrømmet ærlig og utilslørt og endatil bedt om hjelp. Men han hadde ikke sett sine viktigste feil og de verste skadene han hadde forvoldt.

Seks anonyme alkoholikere bar ham til graven. En olding gikk like bak kista, ved Ernas side. Hun pekte og organiserte, fikk blomstene lagt slik at det ble praktisk for graveren og gikk fram etter jordpåkastelsen og takket for oppmøtet på vegne av mor og resten av familien. Og Johan forsvant og Eli sto ved mor og tok mot kondolanser og Arnt ventet på beskjed ved ei fremmed støtte tretti meter bortenfor og Erna sto aleine ved sin fars grav og oldingen kom bort til henne og hilste og sa at han var en gammel bekjent.

”Jeg visste ikke om deg.” sa han. Hun sa ingenting. Hun bare nikket.

”Du talte så vakkert om ham.” sa han. Hun sa ingenting. Hun bare nikket.

”Han fortalte aldri om deg.” Sa han. Og ansiktet hennes skar seg. Hun visste ikke hvem hun snakket med men hun visste at han snakket sant og at ikke en gang nå når han lå der nede og presten hadde kastet på jord og graveren sto og ventet og blomstene var plassert

så praktisk og alle som hadde møtt opp var blitt takket – ikke engang nå kunne hennes egen far la være å trampe henne ned i søla. Å spy på henne. Pisse på henne. Drite henne ut i alles påsyn.

”Vi er fire.” Sa hun.

Eldbjørg Kjøstvedt og Øisten Kristensen: **Regnbueprosjektet**

Mot en teori for forståelse av barn fra misbrakerhjem

En enhetlig teori for behandling av barn oppvokst i misbrakerhjem har manglet. Regnbueprosjektet i Kristiansand (1991- 1995) hadde til oppgave å utvikle modeller for å komme disse barna til hjelp. På empirisk basis har vi funnet det nyttig å bruke elementer fra generell utviklingspsykologi, avhengighet/coavhengighetsteori og teorien om posttraumatisk stressforstyrrelse, og forsøkt å integrere disse bitene i en felles modell, Regnbuemodellen. Vi mener vi er kommet et stykke på vei.

Hitorikk

Familieterapi i misbrakerfamilien byr på problemer og utfordringer. Et hovedproblem er at systemtilnærminger som f.eks. Milanomodellen, betrakter rusmisbruk som et symptom på dysfunksjonelt familiespill, og ikke har utviklet behandlingsstrategier sterke nok til å gjøre noe med rusavhengigheten. Det er derfor lett å gå i den fella som individualterapeuter også har gjort, nemlig å se på rusavhengighet som et symptom på en underliggende konflikt, nervøs lidelse eller tillært atferd, i stedet for å se på den som en primærlidelse.

Etter selv å ha prøvet og feilet i 2-3 år med enkeltfamilier etter Milanomodellen, fant vi det mer fruktbart å starte opp med en psykoedukativ tilnærming, kombinert med gruppesamtaler og flerfamiliemøter.

Siden 1987 har A-klinikken anvendt en familietenkning der rusavhengigheten har blitt sett på som en primærlidelse, som i neste omgang har skapt et dårlig fungerende familiesystem. I behandlingssammenheng deler vi derfor familien. Vi tar ansvaret for at den rusavhengige får sin gruppebehandling i forhold til primærlidelsen, rusavhengigheten, dernest at den resterende familie får sitt eget psykoedukative program som omhandler informasjon om rusavhengighet og coavhengighet. De møter og lærer av andre familier i samme situasjon i gruppesamtaler. Til slutt fører vi familien sammen igjen. Primærbehandlingen tar seks uker for rusmisbrukeren, en uke for familien. Deretter får familien tilbud om ukentlig gruppeoppfølging i 11 måneder, noe de fleste takker ja til.

Resultatene ved etterundersøkelse 6 måneder og to år etter fullført behandling er meget oppløftende både for rusmisbrukeren og familien for øvrig. Ved siste undersøkelse av 94 familier to år etter fullført behandling, anga 87 % at de hadde fått en bedre hverdag og 98 % ville anbefale programmet til andre i samme situasjon (Aasen et al. 1996).

Til tross for dette, observerte vi gjentatte ganger i familieprogrammet, at selv om barna var med, fikk vi altfor liten tid til dem. I vår naivitet trodde vi, at dersom foreldrene fikk hjelp, ville dette i neste omgang komme barna til gode. Vår erfaring er sammenfallende med Lena Dahlgren et al. (1994) om at så ikke alltid er tilfelle.

Videreutvikling

For å utvikle modeller til hjelp for barn fra misbrukerfamilier, ble det ved A-klinikken i Kristiansand opprettet et 4-årig prosjekt i 1991 - Regnbueprosjektet.

Hvordan hjelpe barna?

Vi erkjente altså at barna trengte hjelp, men skulle vi starte utprøving av modeller, trengte vi en teori - en ramme vi kunne arbeide innenfor.

Vi undersøkte i Norge, flere var interesserte, bl.a. Bente Storm-Haugland i Bergen og Frid Hansen på Borgestadklinikken. Fra Sverige forelå Rydelius langtidstudier av barn (1981) og fra USA forelå noen spredte undersøkelser (Deren 1986), som særlig påpekte de skader som kunne oppstå ved å vokse opp i hjem med rusproblematikk.

Noen enhetlig teori forelå ikke. Litteratursøking ga også magert resultat. På en reise til Island traff vi på Alkoholpoliklinikken i Reykjavik, Kristin Waage, som nettopp var kommet fra New York med opplysninger om Project Rainbow. Dessuten fikk vi informasjon om Children are People Movement og Children at Risk/Parent Support Program. Dette var i 1987, fire år senere var prosjektet en realitet.

Gjennom empiri er vi kommet fram til en integrert modell, som henter elementer fra generell utviklingspsykologi samt rusavhengighetsteori og teorien om post- traumatisk stressforstyrrelse. Når det gjelder faren for utvikling av egen rusavhengighet, må en også ta i betraktning det generiske aspekt, verifisert ved tvillingundersøkelser og adoptivstudier (Coodwin et al. 1973, Cioninger et al. 1985). Føtalt alkoholsyndrom skulle også være kjent.

Fra utviklingspsykologien henter vi til modellen vår, hva man kan forvente av barn, atferdsmessig, kognitivt og emosjonelt på de forskjellige alderstrinn. I rusmisbrukerfamilien må barn ofte innta voksenroller som de på ingen måte er følelsesmessig modne til. Eksempel: 8-åringen har til oppgave å gi sin far antabus. 7-åringen ringer etter plass på A- senteret når det stormer i familien.

Rusteori

Rusavhengighetsteorien bidrar med begrepene avhengighet, coavhengighet og underlæring. Hovedtrekkene er at rusavhengighet kan diagnostiseres f.eks. ved MAST, ADDIS, DSM-111-R, AUDIT. Rusavhengighet er en primærlidelse som i neste omgang kan gi psykiske og fysiske helseskader, samt sosiale og etiske problemer.

Rusavhengighet er en kronisk lidelse som for de fleste gradvis og forutsigbart utvikler seg til det verre og gir en for tidlig død. (Jellinek 1960, VaWant 1983). Gjennomsnittlig levealder er forkortet med 20 år (Nordal 1992). Rusavhengighet er en familielidelse (McCabe 1978). Rus- avhengighet kan behandles med godt resultat, men ikke helbredes. (Andersen et al. 1991, Faye 1993, Sexton 1995).

Jellinek beskriver hvordan tilstanden stadig forverrer seg og beveger seg i en nedadgående spiral gjennom stadier av økt toleranse for rusmidler, fysisk og psykisk avhengighet og kontrolltap. Benektningen øker gradvis og blir mer rigid. Det blir til sist en slags livsstil med sin indre drivkraft. En rusavhengig kan benekte alt fra helt klare og udiskutable forhold, til egne følelser og eget rusbruk, selv når det har vært bevitnet av motparten.

Rusavhengighetens kompliserte vesen og følger legger grunnlag for normer og regler i hjemmet som er ualminnelig vanskelig å bryte, ikke bare for barna, men også for andre voksne. Rusbruken er hemmeligheten som det er ulovlig å snakke om både utenfor familien og ofte også i hjemmet. Dermed blir også barna delaktige i benektningen, som er en integrert del av et rusbetinget familiesystem.

Familiesystemet

Ethvert familiesystem vil bestrebe seg på å være i balanse. I en familie med rusavhengighet vil systemet forandres i takt med den avhengiges raske og drastiske endringer av meninger og oppførsel. I håp om å oppnå stabilitet, vendes hele familiens energi seg mot den som oppleves som hovedpersonen, nemlig rusbrukeren. Det gjelder å ikke irritere, men legge forholdene tilrette slik at det ikke skal være grunn til kritikk.

Samtidig har den rusavhengige behov for å skaffe seg legitim grunn til å ruse seg, bl.a. for å undertrykke egen følelse av skyld og skam. Alle situasjoner, også positive, kan brukes til å skaffe alibi for ny rus. Dette bidrar igjen til at familien dobler anstrengelsene sine for å gjøre livet enklere for den avhengige. Dette systemet deltar også barna i, både av nødvendighet, men også fordi de oppfordres til det av andre voksne i familien.

Samtidig erfarer de at uansett hva de gjør, om det er bra eller dårlig, og samme hvordan de oppfører seg, om de er snille eller slemme, så mislykkes de. De blir totalt hjelpeløse i et system priggitt den avhengiges luner.

Barna utvikler på bakgrunn av dette et ekstremt behov for kontroll. Samtidig er systemet ukontrollerbart og uforutsigbart. Den rusavhengiges skiftende tilstand og trang til å være et positivt bidrag til familiesystemet, gjør at vedkommende kan legge positive planer sammen med familien, eller love urealistiske ting. Hovedinntrykket barna sitter igjen med, er at planene ikke ble gjennomført, fordi rusen ble viktigere enn løfte om gaver og planer med familien.

Konsekvenser

Konsekvensen blir at barn ofte da vil utvikle en følelsesnøytral holdning til voksnes løfter. Det lønner seg ikke å stole på noen, for da blir man ikke skuffet. Så lenge dette ikke er bevisste tanker, blir det vanskelig å skille mellom hvem en kan stole på og hvem en ikke kan stole på.

For å skåne seg mot vonde inntrykk og opplevelser utvikler noen barn en evne til ikke å kjenne etter hvordan de har det. De anstenger seg derfor også ute fra å oppleve gode følelser. Når barn har traumatiske opplevelser i forbindelse med rusmisbruk, beskytter de seg med forskjellige teknikker. Noen utvikler evnen til å glemme det som har skjedd, andre trekker seg inn i seg selv og blir triste og depressive, mens andre lever et liv på overflaten og hindrer seg selv i å vokse og utvikle seg som menneske.

Å leve over tid sammen med en rusavhengig, fører i følge Cermak (1986) til en tilstand av coavhengighet. Denne karakteriseres bl.a. av lav selvfølelse, ekstrem involvering i andre, overdreven empati og av en stadig jakt etter andres godkjenning for å få bekreftet egen identitet.

Den ikke rusavhengige voksnes evne og overskudd til å imøtekomme barnas behov på de ulike utviklingstrinn, svekkes i et så energitappende system. Barna på sin side vil ofte oppleve at det er deres plikt å dekke de voksnes behov. Hvis eldre barn ser det urettferdige i en slik situasjon og gjør opprør mot den, kommer de lett opp i lojalitetskriser som er forbundet med sterk skyldfølelse. Utvisking av generasjons- grenser er også vanlig i familier med rus- misbruk.

Underlæring som følge av et avhengig familiesystem, kan gi seg utslag på fire ulike plan: det kognitive plan, handlingsplaner, følelsesplanet og identitetsplanet. Underlæring på det kognitive planet kan føre til at barn mangler kunnskap om hva som er «normal» oppførsel

i forskjellige livssituasjoner. På handlingsplaner mangler de ferdigheter i å samarbeide. De gjetter seg til hva som er rett. Selv når de gjetter riktig, våger de ikke å stole på det.

Dagligdagse rutiner og familieritualer er ofte ukjente. Det finnes lite tradisjoner ved store dager og høytider som er med på å gjøre livet trygt og forutsigbart. Tvert imot kan slike dager nettopp være tider da stresset tårner seg opp.

Noen barn med oppvekst i familier med rusavhengighet, vil ha liten mulighet til modell-læring når det gjelder å gjenkjenne hele følelsesregisteret. Ofte vil forbildene for håndtering av følelser være uadekvate. Noen vil ha erfart at det å vise følelser bare er tillatt når en person er beruset. Det vil alltid være snakk om vonde og farlige følelser. Personer som viser seg i godt humør, vil for barn virke skremmende og oppfattes som uekte.

Identitet

Den mest alvorlige form for underlæring er på identitetsnivå. Neglisjering av barna og manglende positive tilbakemeldinger på det personlige plan, fører lett til en følelse og etter hvert også identitet som verdiløs.

Barna lager sine egne overlevelsesstrategier som kan være brukbare i øyeblikket, men er lite heldige for barnet og kan føre til skadelige konsekvenser på sikt. Ved å bli «superkid» - ansvarlig og voksen, kan en oppfylle noe av foreldrenes behov for en venn eller venninne å betro seg til. Det føles godt for barnet og det kan virke som selvfølelsen øker. Det som skjer er at det får en positiv tilbakemelding på hva det gjør, ikke på den person barnet er. Det må gjøre seg fortjent til å bli elsket. Utryggheten og sårbarheten er stor, og de lever i en stadig stressituasjon i redsel for ikke å strekke til.

Mer alminnelig er det nok å trekke seg unna. Ved å gjøre seg selv usynlig, får en ingen negativ kritikk. Samtidig kan undertrykking av følelser føre til diffuse somatiske plager som magesmerter og hodepine. Selvfølelsen minker og man blir ensom og betydningsløs.

Teorien om posttraumatisk stressforstyrrelse kan være nyttig for å forstå i det minste en av sidene ved problematikken. De sår som barn og unge med oppvekst i hjem med rusmisbruk får, synes å kunne skrive seg fra det urimelige stresset som for mange er en daglig opplevelse. Noen ganger kan det være direkte følge av den rusavhengiges oppførsel (Steinglass 1987). Andre ganger kan det være bivirkninger av benektingen eller en følge av den co-avhengiges oppførsel.

En enkelthendelse kan være forbundet med frykt og følelse av hjelpeløshet. Repetisjoner bidrar til en nummenhetsfølelse som hindrer barnet i å beskytte seg mot tanker

og handlinger, og kan føre til glemsel, isolasjon fra andre, et snevert følelsesregister, synkende interesse for aktiviteter og mangel på forventninger til framtida.

Stressnivået er klart forskjellig fra familie til familie, men det er alltid til stede. I tillegg har forskjellige barn ulike stressterskler. Men når denne terskelen er overskredet, uavhengig av hvor den befinner seg, ser det ut til at alle går gjennom de samme fasene i et forsøk på å bearbeide og løse opp stresset.

Mardi Hørowitz (1979) beskriver bearbeiding av stress som en veksling mellom benektning og det å ta inn i bevisstheten biter av sannheten og våge å forholde seg til dem. For barn med oppvekst i hjem med rusavhengighet, belønner omgivelsene benektningen og hindrer på den måten en naturlig bearbeiding.

Mestringsteknikke

Å lære barna adekvate mestringsteknikker vil derfor være en viktig del i arbeidet med å hjelpe barn fra rusmisbrukerfamilien. For dersom mangel på mestring blir kronisk, vil den bidra til redusert energinivå, ineffektivitet i kognitive prosesser, avflatet følelsesliv, forstyrrelse i kontakt med andre, et svekket immunforsvar og eget rusmisbruk (Matheny et al. 1986).

I tillegg kommer opplysning om rusavhengighet og coavhengighet, plassering av ansvaret for rusavhengigheten og dens konsekvenser på riktig sted samt arbeid med følelser ut fra barnas alder og ståsted.

Arvid Bergstøl: **8. trinn**

Bjørn Enes: Vest-Agderklinikkene

I 1992 analyserte forsker Therese Reitan alle eksisterende *ideologiene* i rusbehandlingen i Vest-Agder: ”Røyk, kaffe og arbeidsterapi”, ”Blå Kors-ideologien”, ”konsekvenspedagogikken” og ”Minnesotamodellen”. Hun gikk gjennom de fylkeskommunale institusjonene som eksisterte: A-klinikken, Blå Kors Halveishuset, Lolandsheimen, Psykiatrisk Ungdomsteam ved Sentralsykehuset, Regnbueprosjektet, Stiftelsen Sumatra, Sørlandskollektivet, Villa Vi i Mandal. Og hun skrev at at A-klinikken var ”helt klart den helt førende på sektoren i Vest-Agder, og preger på den måten også de andre tiltakene.”

Året etter var det laget en ”Plan for russektoren i Vest-Agder”

Nei – det var laget to. Der var en flertalls- og en mindretallsinnstilling. Begge gikk inn for at det måtte opprettes ett primært henvendelsessted for rusmisbrukere, og at det måtte være en poliklinikk. Flertallet ville plassere Ruspoliklinikken ved Sentralsykehuset. Mindretallet, som bare besto av en enkelt stemme, ville plassere den på A-klinikken. Den ene stemmen i mindretallet var Torstein Westgaard, styrer ved A-klinikken.

Det var opplegg for krig! For uenigheten var ikke en tradisjonell lokalisingskrangel. Den var en oppmarsj til hovedslag i det som Reitan beskrev som ”*et minefelt*”.

A-klinikken lå der oppe på Kongsgård og hadde funnet seg selv i en lekmannsbevegelse, endatil en *amerikansk* lekmannsbevegelse, som kortsluttet vitenskapelige diskusjoner og proklamerte at alkoholisme var en hovedsykdom og at andre sykdommer som en pasient måtte ha i de aller fleste tilfeller var følgeskader av hovedsykdommen: Kjemisk avhengighet. Den sugde til seg makt og innflytelse. Akuttstasjonen var flyttet til Kongsgård. Blåkors i Kristiansand hadde gjort seg selv til ”Halveishus” i A-klinikkens ettervernprogram. Lolandsheimen hadde begynt å tilpasse seg A-klinikkens filosofi og metodikk. Og nå ville de ha resten også.

Det er nesten ubegripelig at ikke kanonene dundret. Reitan advarte forsiktig mot aggresjonsnivået i debatten slik det hadde pleid å være i andre deler av landet. Men det ble ikke noe særlig spektakkel. Det ideologiske krigen var antakelig vunnet for lenge siden av Oscar Olsen og alle de som fulgte etter ham og føyde seg inn i den samme tankerekken som han selv fortalte om til ”Hjertesaker”, medlemsbladet til A-klinikkens venner, i sommernummeret 2001:

”Mine legekunnskaper strakk ikke på langt nær til. Jeg måtte lære fra dem som hadde vært gjennom det og som hadde funnet løsningen. Jeg så hvordan det nye, gode liv vokste fram gjennom det arbeidet de gjorde. Det tente meg. Jeg så at det nyttet.”

Den samme ”tenningen” hadde tatt fatt i mange. Sentralt i byråkratiet satt Tor Åge Fjukstad som hadde vært leder på Akuttstasjonen og vært med på prosessen med å flytte den til Kongsgård og innlemme den i en helhetlig klinikk. Og sentralt blant politikerne satt leder av Helse- og sosialutvalget, Olav Haavorstad – som ble så ”tent” at han søkte og fikk sjefsjobben da VestAgderklinikken var blitt en realitet.

Det hjalp nok også at A-klinikkens eget fagmiljø hadde voksende prestisje. Øistein Kristensen vant stor respekt overalt han kom med sine foredrag og undervisningsopplegg. Han var et levende bevis ikke bare på at legevitenskapen hadde noe å lære av en lekmannsbevegelse, men at den faktisk også gjorde det. Siden 1985 hadde det vært drevet forskning ved A-klinikken. Forskning på rus-området var det nesten ingen andre som hadde gjort før. Og i den grad det kunne sammenlignes resultater av avhengighetsbehandling, hadde A-klinikken ualminnelige gode tall å vise til.

Så Planutvalgets flertall led et nederlag i tilnærmet stillhet. Det ble bestemt at den nye Ruspoliklinikken skulle gå samme vei som Rusa hadde gått: Til Kongsgård.

Ikke som en del av A-klinikken. Det var en slags konsesjon til skeptikerne. Både poliklinikken og akuttten skulle være *ved siden av* klinikken, organisatorisk og praktisk – og ideologisk. De fikk en felles paraply, og det var den som siden fikk navnet Vest-Agderklinikken.

I januar 1995 begynte det. Tre og en halv nye fagpersoner, en overlege, en sykepleier/terapeut, en sekretær og en halv psykolog.

Så første slag i krigen som nesten ikke kunne høres utenfor var i hovedsak vunnet av A-klinikken. Noen formuleringer om ”ideologisk fristilling” hang igjen. Så der var spenning fortsatt om hvordan dette skulle gå.

Kjell Karlsen søkte og fikk psykolog-jobben. Han var godt fundert både i A-klinikk og 12-trinnsprogram.

Overlegen som skulle komme, kom hverken fra Minnesota eller fra psykiatrien. Han kom fra Kina. *”Om katten er grå eller katten er svart,”* sa han etter gamle Deng Xiaoping: *”Det viktige er om den fanger mus!”* Han hadde drevet narkotikaklinikk i Hong Kong. Blant annet. Det meste av sitt voksne liv hadde han arbeidet internasjonalt, med migrasjonsmedisin, rusmedisin og almenmedisin. Olav Espegren het han, og var til og med født i Kina. Så han hadde en viss peiling på rus. Men ikke på den særnorske striden mellom lekmann og lærd.

”Jeg trodde den ideologiske fristillingen gjaldt i forhold til Blå Kors!” sier han.

Han ble vist rundt i A-klinikken. Et rom i andre-etasje, to rom nede i gangen og et rom i basisbygget. Det kadde de tenkt til den nye Ruspoliklinikken. Det var neppe et forsøk på å pulverisere den allerede i starten. Det var vel heller realitetene bak regnestykkene som var laget for å overbevise fylkespolitikere om at det også ville være billigere å legge Ruspoliklinikken til Kongsgård enn til Sentralsykehuset. Men Espegren oppfattet det nærmest som en provokasjon.

Han ville ha alt på ett sted – eller så flyttet han klinikken til byen.

”Vi var veldig skeptiske,” innrømmer Kjell Karlsen. *”Jeg var redd for at fokuset på rus som primærproblem skulle bli psykiatrisert bort!”*

Og det var en helt annen tankegang som kom inn med misjonslege Olav Espegren. Han kan neppe mistenkes for å være fremmed for tanken om Høyere Makter. Men det var fremmed for han å blande dem inn i pasientbehandlingen. Han lyttet interessert til Øistein Kristensens forelesninger. Han nikket anerkjennende til resultatene av basisgrupper og ettervern. Han sa ja på strak arm til å anbefale pasienter å gå i AA og NA. Men han reflekterte ikke engang over å begrense sin behandlingsfilosofi til 12-trinnsprogrammet.

”Jeg synes man skal bruke det som virker,” sier han. *”Og ting virker ikke likt på alle.”*

Det er fristende å lese litt videre i det nevnte 2001-intervjuet med Oscar Olsen. Det handlet om begynnelsen – to år før han traff Bill W. Han satt på Stortinget, og i ledige stunder hjalp han venn og kollega Gordon Johnsen med å holde unna pasientkøen på venteværelset hans. Det var der Oscar Olsen først kom i kontakt med AA og 12-trinnsprogrammet. Og blant refleksjonene han gjorde seg mer enn 50 år senere var denne:

”Ingen vei førte ut fra teoretiske kunnskaper. Her var det erfaring som telte, opplevelsen av alkoholisme er en høyst personlig sykdom som krever nye løsninger i hvert enkelt tilfelle.”

Og det tok ikke lang tid før hverdagen i Ruspoliklinikken aktualiserte problemstillingen i AAs åttende trinn på en ny måte: *”... alle dem vi hadde gjort vondt mot...”*

Det var en rusmisbruker på innbruddsraid. Han virret rundt, brakk opp dører som kom i hans vei, trampet inn og slukte det som var å drikke og de som så spennende ut i medisinskapet. Så sto der ei hagle der. Han hadde vel hørt om ett eller annet, og da han fant ei baufil også så sagde han den av. Og virret videre, med våpen i hånd. Der lå der en butikk. Han virret inn, viftet med det grusomme våpenet og sa at det var et ran. Folk der inne kastet seg på

golvene og lot ham tømme kassa for det som var, Han virret videre og glemte fort hvor han hadde vært, men fant plutselig at han hadde penger i lomma. Og der lå der et gatekjøkken, bare noen hundre meter bortenfor. Fint! Tenkte han vel. Og gikk bort og bestilte Kebab. En diger en, med masse dressing. Og der sto han og hoppet da lensmannen kom.

Og ikke lenger etter sto han og hoppet foran Olav Espegren. Da var rusen gått ut, men virringen og hoppingen var like gal. Ikke klarte han å sitte på stolen og snakke og ikke hadde han forstått et kvadder om noen hadde snakket om å innrømme maktesløshet. Og allerede ved avtalte time nummer to forsvant han.

”AD/HD preger mellom 17 og 25 prosent av alle rusavhengige” sier Espegren. Og så forklarer han inngående om AD/HD og kjemiske reaksjoner i hjernen. Det kunne behandles kjemisk, med et sentralnervestimulerende middel som het Ritalin. Men bare på barn. Den som hadde fylt 18 kunne ikke få medisin mot AD/HD. Og raneren fra Kebab-kosken var fylt 18.

Dette var Espegren imot. Både denne ene klienten spesielt – men også ganske mange andre – trengte Ritalin dersom det skulle være håp om å komme i gang med noen form for behandling av rusavhengigheten hans. Så Ruspoliklinikken begynte å søke om tillatelse til å bruke medikamenter sammen med vanlig behandling.

Men det var A-klinikken imot! I alle fall store deler av fagmiljøet der. For ikke å snakke om de som ”hang i veggene” der – AA!.

For en grunnfilosofi i AA er at den avhengige skal kvitte seg med kjemiske stoffer. Frihet er å være fri for alt som tuller med sentralnervesystemet! Forsøk på å ”løse” avhengighetsproblemet med å bytte rusmiddel er gammelt som avhengighetsproblemet selv, det lå helt i bunnen av 12-trinnsprogrammet at det var feil tankegang. Og i alle år hadde A-klinikken målt og etterprøvd dette. Mange ganger hadde det blitt dokumentert at klienter som brukte medisiner ved siden av 12-trinnsprogrammet hadde dårligere – mye dårligere – resultater enn dem som gikk veien uten kjemisk ”hjelp”.

Espegren brøt kort og godt et prinsipp.

Og enda verre ble det da han begynte å snakke om Metadon. Metadon og Subutex var ingen snarveier til rusfrihet. Det var bare en annen kjemisk avhengighet.

”Ting virker ikke likt på alle.” Sa Olav Espegren.

Olav Espegren: **Fra opiums-buler til speed-kjør**

Rusmidler endrer bevisstheten. Det er denne virkningen som gjør at de står i en særstilling i forhold til andre kjemiske stoffer og matvarer som vi fører inn i kroppen.

Bruken av disse psykoaktive stoffene har i mange samfunn blitt regulert av tradisjoner og regler og dette har sannsynligvis redusert misbruket på mange måter. Rusmidler har vært brukt i religiøs, seremoniell eller rituell sammenheng til å oppnå ekstase/ transe, til offer, til minne eller markeringer. Kulturen har i slike sammenhenger begrenset tilgjengeligheten.

Midlene har og vært brukt og brukes sosialt til fester, feiringer av ulik slag, for å løse opp stemningen og gi følelse av fellesskap og enhet. Avvik mislikes ofte i slike sammenhenger, og kan skape skille mellom grupper. Rusmidler har også en enorm økonomisk betydning i mange samfunn, det være seg arbeidsplasser, ”cash crops”, som betalingsmiddel (opiumskrigen), byttehandel, til salg eller til avlønning. Rusmidler som opioider og alkohol har vært benyttet som legemidler.

Likevel, misbruk er så gammel som menneskeheten selv og ser i vår tid ut til å være mer utbredt enn tidligere. Årsakene til dette kan være mange. Det er funn som tyder på at det her er en sammenheng mellom kultur, atferd og biologi. Årsakene til endringene er svært sammensatte, men viktige faktorer er oppløsning av etablerte strukturer i samfunnet/kulturen, med endrede familiestrukturer, økt tilgjengelighet av rusmidler og bedre økonomi både for menn og kvinner.

Opiums-buler :Begrepet peker for det første i retning av rus som noe negativt, rusmidler som skadelige kjemiske stoffer, historien.

Speed-kjør: Dette begrepet peker på noe nytt, på utvikling, kunnskap, forskning og modernitet.

Titelen som er ”bestilt” til denne artikkelen peker på historien, utviklingen innen misbruk fra gamle produkter som alkohol, opium, cannabis, kokain og nikotin, brukt og kjent i årtusener, til nye industrielt fremstilte stoffer som amfetamin, GHB, ecstasy, ketamin, løsemidler, englestøv osv. inn i det ukjente, framtiden. Tittelen har en tone av fordømmelse, der er en negativ etisk klang i uttrykkene: Personer som misbruker rusmidler står moralsk lavere enn vanlige folk. Hva er så rett?

Rusmidler og helse.

Synet på og forståelsen av rusmiddelmissbruk har endret seg radikalt det siste hundreåret. Misbruk og avhengighet ble for 150 år siden sett på som uttrykk for latskap og svak moral. Tiltak mot misbruk var fengsel og straffarbeid. Misbruk ble sett på som kriminelt og anstalter til forbedring og læring av ”arbeidets velsignelser”, ble etablert.

Det er bare vel 30 år siden løsgjengerloven, som var spesielt rettet mot alkoholikere, ble opphevet. I Norge har den offisielle forståelsen av rusmiddelmissbruk endret seg fra kriminalitet og moralsk svekkelse, til ”dårlig” familie med sosial og personlig misère, til at misbruk nå blir sett på som sykdom.

Først fra 1. januar 2004 har behandlingstilstander for rusmiddelmissbruk vært betraktet som helseinstitusjoner og misbrukerne som pasienter.

Det er derfor først i de senere årene at samfunnet har erkjent at rusmiddelmissbrukere ofte har betydelige helseproblemer, både somatiske og psykiske, og at avhengigheten også er en sykdom. Man erkjenner at ikke bare misbrukeren og de pårørende lider under dette, men at rusmiddelmissbruket også har store negative økonomiske og sosiale konsekvenser for samfunnet som helhet.

For nikotinavhengighet har erkjennelsen blant annet ført til en ny røykelov som trådte i kraft den 1. juni i år.

Helseproblemer

Komorbide tilstander eller samsykelighet sees både når det gjelder somatiske og psykiske sykdommer. Av somatisk sykdom ser vi hyppige infeksjoner som for eks. i hud, lever, hjerte samt HIV, vi ser også ofte leversykdom og nervebetennelser samt skader etter ulykker.

Av psykiske lidelser hos rusmiddelmissbrukere ser vi spesielt mye depresjon og angst, men også en betydelig grad av svikt i kognitive funksjoner.

Andre alvorlige følger av misbruket kan være psykoser, som for eks. delir hos alkoholikere, paranoia, vrangforestillinger og psykoser ved bruk av sentralstimulerende midler som amfetamin, ecstasy, kokain.

Abstinenssymptomene står i en særstilling. Disse er i det alt vesentlige somatiske symptomer som kommer ved opphør av rusmiddelbruk hos personer som er tilvendt rusmidlet. Spesielt kjent og sterk er abstinensen ved avgiftning fra heroin, samt ”dilla” og ”skallebanken” ved alkoholavgiftning. Bruk av vanedannende medikamenter, amfetamin og cannabis gir også abstinensreaksjoner.

Cannabis sies å være ufarlig, ”man kan slutte når man vil”. Vansken er imidlertid at mange ikke vil. Personen ”parkerer” seg selv kan man si, med nedsatt tiltakslyst og ”startvansker”. Cannabis har en blandet hallusinogen og stimulerende effekt. Hos sårbare pasienter vil man kunne se triggering eller utløsning av psykose. Cannabis misbruk gir også en overhyppighet av annet misbruk. Stoffet er spesielt i den forstand at det lagres i kroppens fettvev, også hjernen. Den regelmessige cannabisbrukeren ”marinerer” derfor på mange måter hjernen sin i rusmidlet med de konsekvenser dette måtte ha.

Hva kommer så først, den psykiske lidelsen eller rusmiddelavhengigheten? Dette kan være et ”høna og egget” forhold. Noen ganger er avhengigheten der først, andre ganger den psykiske forstyrrelsen. Dette ser vi spesielt klart hos unge pasienter med AD/HD. Disse er mer sårbare for utvikling av rusmiddelmisbruk enn vanlig ungdom og forskning viser at behandling med sentralstimulerende medikasjon beskytter disse ungdommene mot utvikling av misbruk. Ofte kan også misbruk sees hos pasienter med diverse andre psykiatriske symptomer. Rusmidler blir hos noen en form for selvmedisinering.

Avhengighet.

Dersom rusmiddelavhengighet ikke er dårlig moral, latskap, psykisk lidelse eller noe lignende, hva er det da?

Nyere forskning viser at rusmiddelmisbruk er en sammensatt biopsykososial lidelse, og sentralt i denne er avhengigheten.

Hva påvirker så utviklingen av avhengighet?

Miljøet med ulike stressfaktorer relatert til sosiale interaksjoner som for eks. vold, overgrep, traumer av ulikt slag og fattigdom er viktig. Men stressor for en person oppleves ikke nødvendigvis som stressor hos en annen, tålekraften er forskjellig fra individ til individ. Biologiske forhold som genetik, sykdom, kjønn, døgnrytme spiller en vesentlig rolle. Karakteristisk for all rusmiddelmisbruk er dårlig kontroll og tvangsmessig inntak av rusmiddel hos individet.

Dopamin

Hvorfor? Hva skjer i hjernen?

Rusmidler endrer som nevnt bevisstheten. De gir en rus eller lykkefølelse som kan vare kortere og lengre tid. En slik velvære- eller fornøydhetsfølelse kan også andre erfaringer gi, det være seg tilfredsstillelse av normale menneskelige behov som: Sult, tørst, fellesskap, seksualitet, resultatoppnåelse. Vi kan kalle dem for ”lyst-” eller ”glede-hendelser”.

De lyst- eller gledesfølelser som vi kjenner, formidles av signalstoffet dopamin i hjernen. Hjernen har mange signalsubstanser, men dopamin er sentralt i opplevelsen av lyst. Hovedsenteret ligger i det limbiske system, i nukleus accumbens, (n.ac) som ofte kalles for lyst- eller belønningssenteret. Dette er forstyrret ved rusmiddelmissbruk.

Normalt frigjøres dopamin til nervecellespalten eller synapsen. Her bindes det til ulike dopaminfestepunkter eller D-reseptorer og gir individet en god følelse. Dopamin oppholder seg og virker i synapsen ca. 50 msek., deretter reopptas eller transporteres dopaminet inn i nervecellen igjen av transport molekyler. Viktig for en normal funksjon er derfor både dopamin mengde, reseptorer, tid i synapsen, transportmolekyler, og balansen mellom disse både i n.ac. og flere andre områder i hjernen som er viktige for lystopplevelsen.

Dopamin-systemet gjør også hjernen oppmerksom på ”lyst”-hendelsene, signalene som kommer når vi gjør viktige ting. Dette er en del av hjernens belønningskrets.

Ved stadig bruk av rusmidler ødelegges denne fine balansen, det som ellers gir glede og lyst, utløser ikke disse reaksjonene lenger, belønningskretsen forstyrres og livet kjennes kjedelig. Rusmidlene frigjør blant annet mer dopamin enn normalt. For å kompensere dette nedreguleres reseptor-systemet, der blir færre festepunkter.

Reseptorer

Særlig viktig synes D2-reseptorene å være. Antall D2-reseptorer varierer normalt sterkt fra individ til individ og går ned når vi blir eldre. Vedvarende misbruk reduserer også antallet. Høyt antall D2-reseptorer synes å beskytte mot misbruk, lavt antall gir større følsomhet for rusmidler. Individuer med få D2-reseptorer opplever derfor en liten dose sentralstimulerende medikament som behagelig, mens individer med mange D2-reseptorer kan oppleve samme dosen som ubehagelig. Færre D2-reseptorer og mangel på respons på normale ”lyst-hendelser” gir kjedsomhet, og ”kjedsomhet er hjernens tørst” (1).

I forsøk vil dyr som i generasjoner er utviklet til å drikke mye alkohol, slutte å drikke dersom D2-reseptor nivået stiger. I andre forsøk ble apekatter med høyt eller lavt D2-reseptorer nivå først isolert over tid i to grupper, senere blandet. De utviklet da raskt et hierarki. De med høyt D2-reseptor nivå ble dominerende og antall D2-reseptorer hos disse økte pga den sosiale settingen. Ble de gitt kokain tok de dominerende apene lite eller ikke noe rusmiddel, mens de underdanige, med lavt D2-reseptor nivå, villig tok stoffet (1).

Hvilke risikofaktorer bidrar til underdanighet hos mennesket? Vil for eks. kronisk stress kunne redusere reseptor-nivået? Sosiale forhold påvirker kjemien.

Frontallapper

Men der skal mer til enn lave D2-receptorer til for å utvikle avhengighet. Hva med tankene, fornuften, de kognitive funksjoner?

Hjernens frontal- eller forlapper er viktige for kognisjonen, og særlig orbitofrontal cortex rundt øynene og fremre cingulus i forhold til rus. Disse hjernedelene aktiveres når vi er sultne eller tørste. Hjernens glukose forbruk i disse områdene er redusert hos alle rusmiddelavhengige og man finner en betydelig forstyrrelse i den hemmende eller inhibitoriske kontroll av frontalcortex.

Der er også en klar forstyrrelse i plasseringen eller forståelsen av "lyst"-hendelser. Man trenger en frontallapp for å kunne utvikle et rusmiddelmisbruk og frontallappen er en del av kontrollkretsen.

Misbrukerens dilemma er: Kognitivt: Jeg må ikke. Limbisk: Jeg må. (1). Disse to forhold som betyr noe for utviklingen av avhengighet er nevnt som eksempler, der er svært mange andre faktorer som spiller inn, men det meste er fortsatt ukjent.

Moderne prinsipper i behandling av rusmiddelmisbruk. (2)

Den beste behandling er forebygging. Gode, trygge og forutsigbare oppvekstforhold er viktige. Minimering av traumer og stress, eller god hjelp i vanskelige situasjoner er viktig, ikke bare for barn og unge.

Forebygging av tidlig debut av rusmiddelbruk er vesentlig, spesielt for den unge hjernen som fortsatt er i vekst. Redusert tilgjengelighet gir mindre misbruk/skade og bedre helse.

Ingen enkelt metode eller tilnærming passer for alle. Det er viktig at behandlingen tilpasses den enkelte. Behandlingen må være tilgjengelig raskt når individet trenger den og er motivert. En effektiv behandling omfatter ikke bare pasientens rusmiddelmisbruk, men også hans/hennes helsemessige, sosiale, yrkesrelaterte og juridiske problemer.

Man må være fleksible i forhold til individets behov også gjennom behandlingsprosessen og de ulike etater som arbeider med pasienten må koordinere tiltakene effektivt.

Tilstrekkelig lengde er vesentlig for å øke effekten av behandling gitt. Den bør ikke være under tre måneder og må tilpasses individuelt. Lengre behandling kan gi ytterligere bedring. Man bør utvikle tiltak slik at pasienten står i behandling lenge nok.

Både individuell og/eller gruppebehandling er vesentlige elementer i behandlingen. Man må arbeide med motivasjon, strategier for å unngå tilbakefall, utvikle alternative

aktiviteter og interesser og bedre problemløsningsevnen. Utvikling av interpersonlige relasjoner er viktig.

Medikamenter er viktig i behandlingen av mange pasienter, da særlig i kombinasjon med rådgivning og psykoterapi. Det kan være substitusjonsbehandling med for eks. metadon eller buprenorfin, blokkering med naltrexone ved opioidavhengighet, medikamenter mot alkoholisme eller samtidige psykiske lidelser.

Det er viktig at psykiatriske lidelser behandles samtidig med rusmiddelproblemet og at dette skjer integrert og helhetlig.

Avgiftning fra rusmidler er viktig, men er bare første skritt i en lengre behandling. Både frivillig og tvungen behandling er effektive. Så vel familiemessig og økonomisk press som juridisk tvang kan på en signifikant måte bedre inngang, retensjon og suksess i behandlingen. Monitorering av behandlingen ved å ta urinprøver er essensielt. Dette vil minske risiko for tilbakefall og vil kunne hjelpe oss til å justere behandlingen.

Man bør også undersøke smittestatus hos pasienten, både i forhold til HIV/Aids, HCV, hepatitt B og tuberkulose.

Rusmiddelavhengighet er en kronisk tilstand og flere behandlingsomganger er som oftest nødvendig. Det bør legges til rette med et godt ettervern og introduksjon til selvhjelpsgrupper.

Referanser: 1. N. Volkow, foredrag 4. mai 2004

2. NIDA Info

Arvid Bergstøl: 9. trinn

Bjørn Enes: Konfrontasjon

Avhengighetsbehandling er ikke for pyser.

Det står 20 stoler i en ring.

Det står to stoler mot hverandre i midten.

To terapeuter går rundt og snakker om vær og vind og spøker og ler og setter bokser med papirlommetørklær med passende mellomrom. Slik at alle kan nå dem.

Det er midt i en de mest rasende stridsperiodene som har vært noen gang i A-klinikkens snart 50-årige historie. Klinikken har vokst, den har lagt avleggere rundt seg og dratt nye stammer til seg. Vest-Agderklinikken omfatter både Kongsgård og store deler av Bispegra.

Det knaker i de ideologiske sammenføyningene.

Men der står to terapeuter og slipper fjorten nervøse mennesker inn, akkurat som de har gjort siden januar 1986, og akkurat som Bill W. sa de skulle gjøre det da han sto i Kristiansand Arbeiderforening og talte og Oscar Olsen sto ved siden av og oversatte til norsk i mai 1950.

Du skal gjøre opp med dem du har gjort vondt. Du skal gjøre det når det er mulig å gjøre det uten å skade andre.

14 mennesker setter seg som lys i den ene halvsirkelen. De har foreberedt dette møtet gjennom to og en halv sammenhengende dager. Hver enkelt har skrevet ned det de skal si. Det er stille som i en begravelse. Noen har allerede funnet lommetørklærne. Ingen sier noe, og de hvisker.

Ei ny dør går opp. Seks mennesker kommer inn. De går forskjellig alle sammen. En ser ned, finner nesten ikke fram. Ei går med raske, effektive skritt, ser på dem som allerede sitter der, nikker til et ansikt, setter seg. Retter ryggen. En slentrer, keitet. Smiler og nikker og slukker smilet når ingen returnerer det. En går lut. Ei tripper

”Dere ser hvem som sitter her.” sier den ene terapeuten. ”Alle skal fortelle om hva som har gjort vondt. Dere skal ikke svare nå. Dere skal svare i morgen. Vi begynner med deg, Nina.”

Nina reiser seg langsomt. Tripper fram til stolen. Setter seg nesten sidelengs.

Ei jente i gul genser reiser seg, går fram til den andre stolen som står i midten. Nina smiler til henne. Hun kan være 13 år, kanskje litt mindre, kanskje litt mer. Hun smiler ikke tilbake. Hun er konsentrert. Hun ser ned på en lapp hun har i handa.

"Jeg vil ha igjen bamsen min!" Sier hun. *"Du lovet at du skulle finne den igjen. Men du glemte det alltid. Nå har det gått flere år. Jeg kommer aldri til å få den igjen."*

Nina ser på henne, forundret, hun rødmer.

Den unge ser på lappen sin, biter seg i underleppa. Så reiser hun seg,

"Det var ikke mer." Sier hun. Og så krøller hun sammen lappen. Hun putter den i lomma. Nina sitter. Ei gammel dame reiser seg og går fram.

"Jeg.... sier hun." Det blir en lang pause. Nina ser ned. Den gamle bretter også opp en lapp. *"Jeg skal bare si tre ting. Du skuffet meg så veldig da du skulle kjøpe Barbiehus til Marie for meg og sa at du hadde mistet pengene. Og så sa du at du gikk på arbeidstrening på Valhalla og da løy du. Og så fortalte du meg ikke at Johan var død. Jeg fikk høre det på bussen."* Og så ble hun stille. Men hun satt bare.

Etter ei stund sa terapeuten: *"Det var det?"*

"Ja." Sa den gamle. Men så lente hun seg fram og la handa på kneet til Nina,

"Vær så snill! Prøv å klare det nå!" Hvisket hun.

Og slik vekslet det på stolene. To menn satt der. Han som snakket sa: "Det er helt kritisk å la dørene stå ulåst. Det er ikke farligst med verdiene. Men tenk på alle persondata" En mann og ei kvinne satt der, Hun sa: "Egentlig vet jeg ikke hvorfor jeg kommer. Det er vel fordi du er far til barna mine. Det verste du har gjort mot meg er å la meg tro at du ville forandre deg helt til jeg var tretti år." Og to kvinner satt der. "De spør aldri etter deg," sa hun som snakket. "Meg har du ikke gjort noe som er noe å snakke om. Men de? De henger fast i meg når jeg lager middag. De står og venter når jeg kommer fra jobben og henger fast i meg og vil smake. Har du aldri laget middag til dem?"

De i den store halvsirkelen snakket om hva de hadde bestemt. Det var nye tanker for dem, De brukte de samme ordene. De var bare to dager gamle: Du må ta ansvar for ditt, sa de. Jeg må ta ansvar for mitt.

"Hvis du er rusa, vil jeg ikke ha deg inn i huset mer."

"Jeg vil ha min egen økonomi. Hvis ikke du betaler, får du spise hos noen andre."

"Ingen av de folka får komme hos oss mer, pappa! Da ringer jeg til Politiet!"

En mann satt veldig brydd og hvisket: *"Jeg vil sove på arbeidsrommet. Helt til jeg kan stole på deg. Du husker ikke engang hvor du har vært. Jeg vil ikke bli syk."*

Til sist sa terapeuten: *"Johan."*

Og en stor og kraftig mann, han som hadde slentret, reiser seg. ”Skal jeg...?” Sier han. ”Ja.” sier terapeuten. Og han går fram og setter seg.

”Som du ser har det ikke kommet noen.” Sier terapeuten. ”Det er et budskap det også. Du får kjenne litt på det,”

Og så blir det helt stille. 19 mennesker sitter i ring. Inne i ringen sitter en stor og kraftig mann som heter Johan foran en tom stol, Og ingen sier noe. Noen av menneskene ser på ham. Noen ser på den de har kjær på den andre siden av sirkelen, Noen ser på terapeuten. Noen ser i gulvet. Jenta i den gule genseren svinger med bana og kjeder seg. Bestemoren gråter. Johan sitter helt stiv. Først forsøker han å få øyekontakt med noen for å smile og riste på hodet. Så gir han opp og sitter helt stiv. Lenge.

”Takk.” Sier terapeuten. ”Dere har hørt budskapet. Nå skal dere bruke ett døgn på å planlegge hva dere skal svare. Da sees vi i morgen. Dere kan gå først.”

Seks mennesker reiser seg og går. En ser ned, finner nesten ikke fram. Ei går med raske, effektive skritt, snur seg kjapt og nikker til et ansikt. En slentrer, keitet, smiler og nikker ut i lufta. En går lut. Ei tripper. Døra går igjen.

Det skrur av en bryter, nærmest. De reiser seg, strekker på bena. Begynner langsomt å snakke. Vips – så snakker alle i munnen på hverandre. Det er over. Det har skjedd noe med dem. De har sagt noe som de aldri har våget å si før. Som aldri har vært riktig å si før, som har gitt dem dårlig samvittighet å si før. Eller som de har sagt i sinne eller fortvilelse før. Nå sa de det bare. Og kanskje gruer de seg for svaret. Kanskje lurer de på hva de andre syntes om det de sa. Men underlig nok lurer de ikke så veldig på det. Det var bare sånn det skulle være. Men det har gått med adskillige lommeørklær.

Kan kjemikalier erstatte en forberedt konfrontasjon mellom edrue mennesker?

Øisten Kristensen har sviktet. Overlegen på A-klinikken, selve ideologen. Den lærde psykiateren som tok sjansen på å velge lekmannsbevegelsens behandlingsmetode fordi den virket. Selv om det var å banne i kjerka i eget fagmiljø. Han har gått med på å ta metadonpasienter inn i basisgruppa på A-klinikken.

NA – Anonyme Narkomane . er i opprør. AA – Anonyme Alkoholikere er skuffet. Alarm, den ruspolitiske støtteorganisasjonen til A-klinikken er revet av indre strid og opplever utmeldelser. Er det begynnelsen på slutten for Oscar Olsens store tanke?

Eller er Øistein Kristensen en modig mann som våger å gå mot strømmen enten den går den ene eller den andre veien?

I 1998 flyttet Ruspoliklinikken til Bispegra. Den var ikke fire stillinger lenger – den var blitt 14. Psykiatrisk Ungdomsteam var flyttet ned dit fra Sentralsykehuset. Olav Espegren

hadde fått gjennomslag for sine forsøksprosjekter: Der var bygget stillinger og prosjekter både rundt Ritalin og Metadon. Der oppe snakket de om ”Kognitiv terapi” og sentralstimulerende medikamenter. Om det fantes ”fundamentalister” på A-klinikken, så måtte utviklingen se dystert ut.

Men samtidig har det skjedd noe annet, noe som har med tida å gjøre. De ”gode, gamle alkoholikeren” er på vei ut. Det kommer færre og færre av dem. Selv på Rusa er flatfyllas representanter nesten borte. Alkoholavhengige fra høyere samfunnslag har økt, kvinnelige alkoholskadde har økt – men først og fremst er det helt andre som har økt: Narkomane, blandingsmisbrukere - og spillavhengige.

Det snakket aldri Bill W. om. Men det snakket de om i psykiatrien ved århundreskiftet. For plutselig ble spillegalskap et sykdomsproblem. Liv ble ødelagt, familier ble lagt i økonomisk ruin. Psykiatrien fikk en helt ny mani å arbeide med. Og det underlige er at resonnementet de lærde falt ned på var dette:

Spillegalskap er utvilsomt en sykdom. Det er en slags avhengighetssykdom. Akkurat som alkoholisme og narkomani. Det riktige må være at Vest-Agderklinikkene utvikler kompetanse på spill-avhengighet.

Ingen så dette på nærere hold enn terapeuter og andre fagpersoner i basisgruppe og familieprogram på gamle A-klinikken. Og ingen kom tettere på det livets mangfold som klientene gjenspeilte. Ingen var nærmere til å reflektere enda en gang over Oscar Olsens ord: *”Ingen vei førte ut fra teoretiske kunnskaper. Her var det erfaring som telte, opplevelsen av (avhengighet) er en høyst personlig sykdom som krever nye løsninger i hvert enkelt tilfelle.”*

Det var jo bygget teorier rundt 12-trinnsprogrammet også.

Og Olav Espegren publiserte en artikkel om undersøkelser som han og Kristensen hadde gjort. Den viste enda en gang at 12-trinnsprogrammet gav bedre resultater enn alle kjente ”konkurrenter” også for narkomane. Også for narkomane som ikke hadde klart å bli rusfrie uten Metadon hadde 12-trinnsprogrammet gitt gode resultater. .

”Hvis det virker så får vi bruke det!” Sa Espegren. Og det sa han om de andre retningene og skolene som samlet seg på Bispegra også: Om kognitiv terapi og sosialpedagogiske tilnærminger og hva det måtte være.

Og slik gikk det til at ingenting av det som var skapt gjennom de første 40 årene gikk til grunne. De ble bare videreutviklet gjennom nye impulser og for enda et nytt tiår.

Helga Tveit: **Løsningsfokusert behandling i Psykiatrisk ungdomsteam**

Til PUT kommer unge mellom 16 og 30 år med rusproblemer. De har varierende grad av motivasjon for endring av sine rusvaner. Vi har funnet at LØFT - Løsnings Fokusert Terapi egner seg godt for slike problemstillinger. Vi har brukt boka til Scott Miller og Insoo Kim Berg som retningslinje for denne metoden.

Når en arbeider med LØFT er det noen viktige fokus en har.

Overordnet er det viktig **å være der den andre er.**

Når en ny pasient kommer, er det viktig for terapeuten å analysere hva slags terapeut – pasient **relasjon** som foreligger i utgangspunktet.

Scott Miller opererer med tre typer av relasjoner. En bør finne ut relasjonstypen og legge opp tilnærming til den enkelte ut fra dette.

Den første typen relasjon er **besøkeren**. Sammenligner vi med en butikk, er denne en som kommer innom for å se på varene, men ikke vet om han skal handle noe.

Besøkeren ser ikke nødvendigvis noen grunn til å forandre seg eller til å komme til timene.

Når besøkeren kommer, er det viktig å vise oppriktig interesse for hans/ hennes synsvinkel og respekt for selvbestemmelsesrett når det gjelder valg av målsetning.

Det kan være lett å se på noen pasienter som umotiverte og useriøse, mens han /hun i virkeligheten er en besøkende og ikke en kunde. En må ikke sette i gang med tiltak med en gang når en har en besøkende- relasjon, men arbeide med å komme fram til en målsetning en kan arbeide med sammen.

En annen type relasjon er **klagerrelasjonen**.

Klageren er en som ser problemstillingen, men som ikke ser seg selv som del av løsningen. Her må en forhandle med pasienten om hva som skal være behandlingsmål og løsning.

I en **kunderelasjon** har terapeut og pasient i fellesskap kommet fram til identifisering av problem og behandlingsmålsetning. Pasienten forstår at han/hun selv deltar i løsningen av problemet. Her kan en fortære begynne med tiltak.

Felles for denne tenkningen er som en ser at en må se hvor den andre står før en kan legge en strategi for tilnærmingen.

Pasienter som tradisjonelt har vært ansett for å være umotiverte, vil i dette systemet kunne identifiseres som klagere eller besøkere. Terapeutens oppgave vil da i første rekke være å forsøke å endre relasjonen til en kunderelasjon før endringsarbeid kan gjøres.

I LØFT er det også andre hovedprinsipper.

Miller og Berg setter opp 8 hovedprinsipper som jeg omskriver slik:

1. Psykisk sunnhet: Gå ut fra at det eksisterer noe sunt hos pasienten og fokuser på dette. Let etter sunne mønstre hos pasienten.
2. Gjør nytte av eksisterende ressurser. Ta utgangspunkt i pasientens refreanserammer. Se etter evner, nettverk, tro særegenheter som kan føre til ønsket resultat.
3. Bruk ikke- teoretisk, ikke normativt, klientbestemt utgangspunkt. Det er ikke noen trosretning. Finn det som virker for den enkelte. Gå rett på løsninger.
4. Gjør ting så enkle som mulig. Ikke trekk inn flere fakta enn de som trengs for å løse problemet. Tenk gjerne på å velte en dominobrikke for at dette kan føre med seg flere endringer.
5. Gå ut fra at forandring er uunngåelig. Ingenting forblir statisk. Når inntreffer noe der problemet ikke eksisterer? Hvordan kan en få dette til å skje hyppigere?
6. Orientering mot nåtid og framtid. Nåtidens tilpasning betyr alltid mer enn fortiden. Hjelp pasienten til å tilpasse seg nåtiden og framtiden.
7. Samarbeid som realitet. Målet er å ha et reelt samarbeide mellom pasient og terapeut – ikke å få pasienten til å samarbeide på behandlerens premisser.
8. Praktisk og formålstjenlig:

Kjernefilosofiens tre elementer:

1. Hvis noe ikke er i stykker; *ikke reparer det!*
2. Når du vet hva som virker, *gjør mer av det!*
3. Hvis det ikke virker, *ikke gjør det om igjen! Gjør det annerledes!*

Dette er i grunnen en kort oppsummering av tenkning og tilnærming i LØFT. Det finnes en rekke utdypninger og teknikker som er gjort rede for i Miller og Bergs bok.

Tilpasset i PUTs hverdag prøver vi å tenke i tråd med dette. Dette kan være :
Hva kan vi bli enige om som behandlingsmål hos en umotivert ungdom?

Hva har pasienten fått til?

Hva slags positivt syn på seg selv har han/hun?

Hva trengs for å nå målet?

Hva er en god målsetning for denne spesielle personen?

Hva har virket?

Hva har ikke virket?

Samarbeid

PUT samarbeider ofte med ytre instanser og familie for å nå de ulike målsetninger. Det vil framgå av metoden at den er lite dogmatisk og kan handle mye om holdninger. Slik kan den kombineres med andre terapeutiske tilnærminger som den enkelte terapeut måtte ha i sin utdanning. Den medfører en mer skreddersydd behandling for den enkelte. Målsetning vil derfor kunne variere fra den ene til den andre pasient, etter hva en ha kommet fram til i fellesskap. Slik sett kan den virke fremmed for terapeutiske systemer som arbeider mer enhetlig, men det er å håpe at kunnskap om hverandre kan avle forståelse og sameksistens.

Kristiansand, den 28.06.04

Helga Tveit, psykolog/teamleder PUT

Referanse:

Berg, Insoo Kim og Miller, Scott D.: Rusbehandling – en løsningsfokuset tilnærming. Gyldendal 1998.

Olav Espegren: Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

Opium har vært brukt som legemiddel i flere tusen år. Det stiller hoste, stanser diarè, stiller smerter og roer nerver, altså et svært anvendelig medikament. Virkemåten er hele tiden gjennom sentralnervesystemet, og moderne forskning har de siste årene påvist bindingssteder for opioider i hjernen (μ -reseptorer), særlig i et område som kalles nuc. accumbens eller lystsenteret. Dette gir rus. Det virker imidlertid også på åndedrettssenteret og mange andre sentrale funksjoner.

Opium har også vært misbrukt i århundreder. Det var helst rikfolk som hadde råd til det. Medikamentet morfin var sannsynligvis i Norge det opiumsprodukt som var mest misbrukt, og morfinister fantes særlig blant helsepersonell. De hadde lettest tilgang til preparatet. Heroin ble utviklet i Belgia for over 100 år siden og ble lansert som medikament for behandling av morfinisme. Det viste seg imidlertid å være et verre avhengighetskapende medikament enn både morfin og opium. Det er lite egnet til substitusjonsbehandling da det brytes raskt ned i kroppen, noe som gir større grad av toleranseutvikling. Preparater med lang halveringstid som for eks. metadon er derfor bedre egnet, og kan doseres en gang i døgnet.

Sistnevnte preparat ble utviklet i Tyskland som smertestillende medikament under siste krig, da tyskerne ikke hadde adgang til opium. Drs. Vincent Dole og Marie Nyswander i New York begynte å prøve ut ulike opioider som substitusjonsbehandling av heroinister midt på 1960-tallet. Forsøkene deres viste at metadon var det opioid som best egnet til substitusjon ved heroinmisbruk, og metoden har nå vært brukt i USA og Sverige i 40 år. Det er den beste og mest effektive behandling som finnes ved tungt opioidmisbruk. Medikamentet ble brukt en del i Norge tidligere, men kom i miskreditt på grunn av måten det ble brukt på og ble forbudt.

Da HIV/AIDS epidemien kom, og senere økning i antall overdosedødsfall, ble imidlertid myndighetene i Norge nødt til å revidere sine holdninger til medikamentet og se på fakta. Stortinget besluttet derfor høsten 1997 at medikamentassistert rehabilitering (MAR) skulle etableres i Norge og gjort tilgjengelig for alle eldre opioidavhengige. Fylkeslegene ble bedt om at fagmiljøene i fylkene skulle utarbeide planer for etablering av medikamentassistert rehabilitering (MAR.)

Ruspoliklinikken utarbeidet en plan for Vest-Agder, og Fylkeskommunen fremmet denne for Sosialdepartementet i november 1997. Departementet avslo først søknaden, og foreslo at Agderfylkene skulle få slike MAR-tjenester fra Bergen. Etter sterke protester under en større samling i Stavanger i januar 1998, fremmet Agder-fylkene en felles "minimums" løsning for MAR i Agder, (MARIA). Dette ble akseptert og tilsagnsbrev kom i september samme år. Da var første ordinære MAR-pasient allerede startet opp en måned tidligere.

"Minimums" løsningen i Agder er nå et av landets største MAR-tiltak, hvor vi i tillegg til behandling og oppfølging også arbeider sammen med kommunene i rehabilitering av pasientene. Vi har et godt tverrfaglig team til å utføre tjenesten. Høsten 1999 startet vi en studie hvor vi sammenlignet effekten av opioidet buprenorfin (Subutex) med metadon. Subutex er et mindre giftig medikament, dvs. mindre farlig med tanke på overdose og gir mindre bivirkninger som for eks. tretthet. En del av denne studien var også en kost/nytte analyse, en av de første slike som er foretatt i Norge innen rusfeltet. Rapport utarbeidet av Agderforskning i 2001 basert på våre funn. Det kan være vanskelig å tallfeste kostnader og nytte, men vår forskning viser at samfunnet sparer kr. 300-400 daglig på hver pasient som er i behandling.

Hovedkriteriet for å kunne henvise til MAR behandling er selvfølgelig at pasienten har et opioid-dominert misbruk, dvs. vesentlig misbruker heroin, kodein og lignende rusmidler. Det har derfor ingen hensikt å søke inn personer som vesentlig misbruker cannabis,

amfetamin eller ”designer”-stoffer. Mange er ikke klar over dette. Norske misbrukere er oftest blandingsmisbrukere, de bruker alt mulig avhengig av økonomi og tilgjengelighet. Det kan derfor være vanskelig å vurdere søknadene. Noen skryter nok ”på” seg en del opiatet for å få behandlingen og derfor stilles krav til dokumentasjon av misbruket. Opiatmisbruket skal ha pågått over lengre tid, ikke bare en kort periode. Det forlanges også at pasienten skal ha forsøkt medikamentfri behandling i tilstrekkelig grad. Denne behandlingen er i prinsippet livslang, akkurat som diabetes- eller blodtrykksbehandling. Det er derfor viktig at unge mennesker ikke starter en slik lang og krevende behandling uten på skikkelig vis å ha prøvd ut annen behandling. De er derfor også satt en aldersgrense på 25 år.

Søknad sendes til MARIA gjennom sosialkontoret, og alle parter forplikter seg til regelverk og samarbeid. Søknaden vurderes i et regionalt råd, men endelig vedtak om inntak fattes lokalt. Pasienten avgiftes og trappes gradvis opp på metadon til stabilt nivå. Pasienter og samarbeidspartnere får undervisning og veiledning og man monitorerer rusmestring og behandlingseffekt regelmessig ved urinprøver, klinisk arbeid og i ansvarsgrupper. Alle pasienter skal ha egen bolig og en bred tiltaksplan. Kommunen forplikter seg til langvarig og tett oppfølging. MARIA ved RUPO har startet opp 230 pasienter på disse 6 årene. Vi har for tiden 160 aktive pasienter. Noe har sluttet, flyttet eller er døde. Det gjøres regelmessig forskning knyttet til virksomheten.

Ivor Høy: **Spillavhengighet**

Ruspoliklinikken har siden vårt tidlige engasjement i behandling av spillavhengige vært i forbindelse med godt over 100 spillere og deres nærmeste pårørende. Den første henvendelsen kom i juni 1998. Disse mange menneskene som har kommet etterpå, har kunnet berette om hvorledes spillet er blitt det sentrale element i deres tilværelse, med voldsomme sosiale og menneskelige omkostninger til følge.

For mange kan det uten tvil være uforståelig hvordan noen mennesker fortsetter med handlinger og adferd som er så entydig ødeleggende. Jeg tror imidlertid at det er viktig å forstå at det er gode grunner for at mennesker handler som de en gang gjør.

På Ruspoliklinikken oppfatter vi spillavhengighet som et uttrykk for å kompensere for forskjellige livsproblemer, men også for tap av kontroll overfor spillets kompleksitet og overtro, og hva dette fører til kognitivt og emosjonelt.

Anonyme Gamblere

Stadig nye søknader til poliklinikken førte til behovet for avklaring av ansvarsområdet med hensyn til behandling av spillere. Overlege Olav Espegren tok saken opp med Vest-Agder Fylkeskommune, hvilket førte til vedtak i Helse- og sosialutvalget om at spillavhengighet som fagområde skulle legges til russektoren.

I mars 1999 startet vi opp med den første spillergruppen, som raskt synliggjorde behovet for ettervern og en støttegruppe.

Poliklinikken oppfordret denne behandlingsgruppen til å starte en Anonym Gamblersgruppe. Vi inviterte Anonyme Gamblere fra Oslo som veiledet Kristiansandsgruppen, og vi ordnet lokaler på Blå Kors-kafeen. Høsten 2000 startet Anonyme Gamblere opp i Kristiansand, og de har siden vært en god samarbeidspartner for Ruspoliklinikken

Spilleren

Den typiske spilleren er en mann i 30-årene, ikke en kvinne. Kvinnens største befatning med spill er å være gift eller samboende med en spiller og bære konsekvensene av spillet. Den avhengige spilleren starter der vi alle starter, med nyssgjerrighet på spillet. Han prøver seg ut på automaten.

Dessverre vinner han flere tusen kroner. Mange spillavhengige har i starten opplevd dette hellet, uheldigvis. Glødende av optimisme spiller han senere opp sin gevinst, og deretter

sine øvrige penger. Ubetalte regninger fører til lån, mens han må satse på at spillelykken skal snu. Han begynner å ignorere tapene, da forventningene om gevinst er det rådende. Dette er den karakteristiske onde sirkelen.

Partneren eller mor undrer seg over hans humørsvinginger, fjernhet og stadige pengemangel. Etter hvert får hun vite om problemet. Han lover å slutte, og han mener det i det øyeblikket han sier det. Men automatene påkaller igjen hans oppmerksomhet med lys, symbolske tegn og tallmagi, og det gir ham uimotståelig trang til å ”prøve litt”. Ergrelse over nye tap fører til trang til ”å prøve litt til”, og så stadig ”litt til”.

Denne følelsen av å måtte spille videre for å vinne tilbake det tapte, oppleves av mange som kjernesymtomet på spillavhengighet.

Ond sirkel

Han tør ikke fortelle sin partner at han har sprukket, så hver gang ender det med en opprivende avsløring. Mor eller partner begriper ikke at han ikke bare kan slutte, og han forstår det heller ikke selv.

Fortsatte pengetap og ulike trusler mot ham fører til et ødeleggende selvbilde og får ham til å overveie suicid. Han søker lege for hodesmerter og depresejon, men ofte hindrer skammen ham i å fortelle om spillproblemet.

Hva er det som hindrer endring hos spilleren?

Når spilleren kommer til Ruspoliklinikken, ønsker han vanligvis endring, men han har liten tro på at det er mulig. Jeg vil forsøke å beskrive hvilke hindringer de ofte opplever.

A:

Forsøk på å få til en forandring, på å løse problemet *blir* problemet.

Spilleren søker ikke etter forandring hos seg selv, men i at spillet selv skal skape endringen *for* ham. Når han kommer til terapi, ønsker han aller helst en hypnosebehandling slik at problemet bare løser seg av seg selv.

Han har lenge søkt etter løsning utenfor seg selv, fremfor å møte og ta ansvar for egne tanker og følelser som spiller. Han har behov for oppmerksomhet og refleksjon på hvordan han tenker i spill, men også en større emosjonell kontakt for å oppleve hva han gjør *med* seg selv. Spillerens løsning på problemet er *blitt* problemet.

B:

Det å strekke seg etter det uopnåelige, umuliggjør det oppnåelige.

Spilleren baserer forventninger, håpet og skjebnen på at det er deres tur til å vinne. Det å spille etter hva følelsene signaliserer gir dårlige odds og skaper store problemer for

spilleren. Spilleren har gått seg vill i egne følelser og mister retning for hva han forventer av livet.

Han spør seg: ”Hvordan får jeg det som jeg gjerne vil ha det?” Mye forteller ham at det er spillet som er løsningen, fordi han tenker feil rundt sine vannersjanser og emosjonelt drives av håpet. Han seg ikke om hva han *egentlig* vil ha, ei heller hvem han er når han gjør dette mot seg selv og familien. Så lenge han har håpet, så er alt mulig.

C:

Alminnelig løsning basert på ”sunn fornuft”.

Når spilleren er lei seg, forvirret eller kanskje sint, så er ofte spillet løsningen på vanskelige følelser. Spilleren skaffer seg fritid, et pusterom fra livets store og små vanskeligheter. Han *later som* at det går over på denne måten, det er sikkert den beste løsningen. Når han taper store penger i spill, så må de vonde følelsene endres så fort som mulig. Han undertrykker følelsene og forteller seg at neste gang må det være hans tur til gevinst.

En annen strategi er å fortelle seg selv at skal han være en god gambler, så må han tåle tapene. Den sunne ”fornuft” blir en del av selvbedraget

D:

Han tenker mer på årsaken enn på resultatet.

Den dagen spilleren forholder seg til resultatet/konsekvensene av sitt spill, så er *endringen* begynt. Han blokkerer for dette ved å spørre seg selv om *hvorfor* han ikke lykkes eller *hvorfor* han ikke oppnår de samme gode følelsene som han hadde i starten av sin spillkarriere. Han spør seg ikke om hva han gjør med seg selv og andre, ei heller hvordan han vurderer sine tap og gevinstmuligheter. Han vil ikke forholde seg til det *faktiske*, til det *virkelige* som fører ham stadig lengere ut i desperasjonen. Det er ikke spillet i seg selv som gir ham problemene, men det er *meningen* som han har om det.

Endringspunktet i forandringen er når spilleren revurderer sin tenkning og sine følelser i spillet, og således sin vurdering av seg selv.

For å få dette til i terapi er oppmerksomhet i nuet veien og målet. Da kan spilleren oppdage hvem han er og hva han gjør, og det er vekstpunktet.

Spilleren har et dilemma med å forholde seg til seg selv som et selvstendig individ, og motsetningen i ham, hans avhengighet som det fremmedgjørende.

”Jeg er” oppgis til fordel det ”man” vil ha og det ”man” skal være.

Ved at spilleren velger det som ga velbehag i starten av hans spillkarriere, spenning, avkobling, økt selvfølelse og gevinst, så påtar han seg ikke ansvaret for det fremmedgjorte i

seg, hvordan ”man” lever livet på et senere tidspunkt, ei heller angsten og skammen som følger med. Prisen er å ikke være til til stede i eget liv.

Han fastlåser demed sin opplevelse av seg selv og livet i *fortid*, med de katastrofale følger det får for ham i nåtid og fremtid. Fastfrysing av tiden blir en del av løgner, selvbedraget, som gjør at spilleren ikke anerkjenner tapene som tap i en ”her og nå”-opplevelse.

Det overordnede for et møte med spilleren er å finne mening i fenomenet spill sammen med ham. Ikke i logisk forstand (!!), men slik spilleren opplever det. Dette øker bevisstheten hos begge og skaper mening.

Spillbransjen

I de årene vi har holdt på med spillere har vi også forsøkt å påvirke spillbransjen og politikere. Gjennom avisoppslag, radio og fjernsyn har vi markert oss, men vi har så langt hele tiden støtt på det samme problemet: Spillbransjen er like avhengige av økonomien som spilleren er det, og benekting og rasjonalisering har vært bransjens reaksjoner på våre tilbakemeldinger.

Fra politisk hold har det likevel skjedd noe, slik at endringer kommer i spillmarkedet i løpet av 2004.

Avslutningsvis vil jeg nevne at den første spilleren har gått gjennom basisprogrammet ved A-klinikken. Dette er spennende og vil være et nødvendig tiltak for noen få spillere. Det kan nok også skape større dybde og forståelse for hva psykisk avhengighet er.

Takk til ledelsen som friskt har satset på å bygge opp et behandlingstilbud og som har gitt muligheten til å bygge opp kompetanse !

Olav Espegren: **AD/HD - den oversette funksjonshemming?**

AD/HD eller hyperkinetisk forstyrrelse har vært kjent som en klinisk tilstand i over 100 år. Den gode effekten som metylfenidat (Ritalin) har på symptomene til funksjonshemmingen, har vært kjent i snart 70 år. Barn med forstyrrelsen har vært til plage for lærere og elever i de fleste skoleklasser, de har vært storforbrukere av spesialskoler og lærere og har vært til bekymring og slitasje i utallige familier. Likevel har tilstanden stort sett vært oversett eller neglisjert.

Barn har hatt tilgang på medikamentell behandling, men underdiagnostikk og underbehandling er vanlig. Først i 1997 åpnet Stortinget, etter et benkeforslag, adgang til behandle voksne med stimulantia. Hvorfor? Var dette en underpriviligert gruppe? Tapere? Mennesker uten lobbyister? Eller var det bare frykten for det ukjente, redselen for å bruke et narkotisk medikament?

Når man skal definere en sykdom eller forstyrrelse fastsetter man ofte en rekke kriterier som må være oppfylt for å kunne stille diagnosen. Dette er enkelt nok ved benbrudd, sår hals eller lignende, verre er det ved psykiske lidelser eller forstyrrelser. Når det gjelder AD/HD, hvor symptomene varierer i intensitet og type fra individ til individ og også med alder, kan diagnosen være vanskelig å stille. Det er også et krav om at symptomene og funksjonsnedsettelsen skal være tilstede ulike livsarenaer.

Graden av problemer som en person får avhenger ikke bare av symptombyrden, men og av rammene rundt og psykisk samsykelighet. Symptomene klinger av med årene. Kort sagt, diagnosen kan være vanskelig å stille. Mange fagpersoner er imot eller tvilende til diagnosen. I 2002 vedtok derfor Verdens Helseorganisasjon en konsensuserklæring om at AD/HD var en reell forstyrrelse hvor den vitenskapelige dokumentasjonen var ugjendrivelig.

Forekomsten

Forekomsten av tilstanden er ca. 8 % blant barn og 4,5 % hos voksne. Hos misbrukere er forekomsten hyppigere, mellom 17-24 %, og blant innsatte i fengslene våre over 50 %. Ulike tall kan angis i litteraturen, men det avhenger hvordan kriteriene er anvendt.

Tilstanden er arvelig og slektshistorien er viktig, hos noen ser man også personlighets-forstyrrelser.

AD/HD-pasienten har nedsatt tilgjengelig dopamin i hjernens frontallapper. Dette påvirker kognitive funksjoner som arbeidsminne, evnen til igangsetting og opprettholdelse av aktivitet, regulering av impulser, generell stabilisering og selvregulering.

Dopaminforstyrrelsen er knyttet til visse gener, spesielt de som har med transport og reseptorbinding av signalstoffet dopamin i hjernen. Medikamenter som Ritalin og Dexedrine virker ved å øke tilgjengeligheten av dopamin.

Begge medikamenter er klassifisert som narkotika. Man har derfor vært redd for at medisineren kunne føre til rusmiddelmissbruk. Det motsatte er tilfelle. Forskning viser at tidlig medisinerer beskytter mot utvikling av misbruk. Uten behandling er de mer sårbare for rusmidler og vanedannende medikamenter enn andre. Rett behandling bedrer funksjonen og kan for eks. gjøre dem til bedre sjåførere, rolige og konsentrerte, fremfor impulsive og utålmodige.

Intelligensmessig fordeler pasientgruppen seg som befolkningen forøvrig, selv om AD/HD-barna på skolen og i samfunnet ofte er blitt oppfattet som "dumme". Dette kan gi sekundære problemer med dårlig selvbilde, følelsen av å være utenfor, angst o.l. Disse følge-problemene eller "avvik" ser ut til å bli lettere akseptert i rus- og kriminelle miljøer.

I tillegg til at personen som barn eller ung ikke fikk adekvat hjelp, vil misbrukere med AD/HD i russektoren ofte oppfattes som lite behandlingsbare. Negativ atferden ødelegger lett behandlingsmiljøet. Tradisjonell behandling med grupper og møter egner seg ikke for urolige og ufokuserte pasienter. De trenger tiltak med struktur, aktivitet, bevegelse og variasjon. Mange ruser de seg under permisjoner, regelbrudd som kan medføre utskrivelse.

Ruspoliklinikken

Ruspoliklinikken utredet sin første AD/HD-pasienten i 1996. Ikke fordi man trodde at helsemyndighetene ville tillate stimulant-behandling, men fordi pårørende overbeviste med sin argumentasjon. Vår første søknaden ble da også avslått.

Da Stortinget, etter et benkeforslag, åpnet for bruk av stimulant behandling av voksne, ble søknaden innvilget av Sakkyndig Team ved Avdeling for voksenhabilitering, Ullevål Sykehus. Derfor fortsatte vi å utrede og behandle AD/HD-pasientene.

Tradisjonell psykososial behandling viste seg imidlertid raskt å være utilstrekkelig. Tilgjengelige resurser var ikke nok, og vi søkte derfor i 1998 staten om midler til et forsøksprosjekt. Dette ble avslått, det samme gjorde søknad nr.2 i 1999, men endelig, etter 3.dje forsøk i 2000 fikk vi på våren innvilget et treårig prosjekt.

AD/HD prosjektet var operativt fra 1. august 2001. Det har 3 1/2 årsverk og er tverrfaglig. Vi drev første året en ressursbasetjeneste, utredning av pasienter, veiledning og undervisning. Feltet er komplisert og sammensatt og vi planla derfor flere delstudier for å se hvordan behandlingen best kunne tilrettelegges.

En delstudie prøver ut Ritalin behandling av metadonpasienter med AD/HD. En oppfølgingsstudie går gjennom våre 53 pasienter med AD/HD fra årene 1998-2000, for å se på hvilke flaskehals og problemer som gjorde at behandlingen aldri kom igang eller ble avbrutt.

Vi sammenlikner også resultatene fra misbrukergruppen med de som ikke-misbrukere, (henvist fra psykiatrien). "Screening-pakken", SMI, dvs." å smi mens jernet er varmt", er prøvd ut for hurtig å fange opp AD/HD-pasienten som ofte er ustabil, uteblir/glemmer avtaler, faller ut av tiltak osv. De er kanskje innom bare 2-3 ganger og vi må jobbe raskt og å finne ut hva det handler om, til neste kontakt.

En pilotstudie av koordinerte pasienttiltak er gjort sammen med Loland Behandlingssenter (LBS). I kjølvannet av dette har vi en pågående metodeutprøving: Behandlingskjede med sløyfeinnleggelse (BESSI).

Vi har tatt inn 12 pasienter og prosjektet prøver, etter nitidig kartlegging av funksjonsnivå og psykisk helse, å utvikle sammensatte, koordinerte tiltak rundt pasienten. Tiltakene koordineres av prosjektet, men arbeidet skjer sammen med aktører fra aktuelle kommunale etater og fastlege. LBS eller psykiatrisk avdeling deltar dersom innleggelse er nødvendig.

Pårørende er også involvert der dette er naturlig. Sentralt i behandlingsopplegget er planer for håndtering av kriser. Slike oppstår ofte i livet til en misbruker med AD/HD..

Dette 3-årige prosjektet ble nettopp forlenget med 1/2 år, frem til 31.12.05

Arvid Bergstøl: 10. trinn

Bjørn Enes: **Selvhjelpsgruppene**

Det var AA som tok initiativ til å starte A-klinikken. De fikk med seg Oscar Olsen og noen andre ”lærde” – og så begynte historien. I alle disse årene, mens klinikken og etter hvert klinikkene har utviklet seg i sikksakk og sprang har AA fortsatt på samme måten som Bill og Bob. Og de gjør det fortsatt.

Der er mange AA-grupper rundt på Sørlandet. Så å si hver eneste dag er der møter i AA. Men de fleste medlemmene hører til ei fast gruppe som har møte ei gang i uka kanskje, eller to. Det er bare en ting som kreves for å bli med: Et ønske om å slutte å drikke.

Det blir ikke annonsert hvor møtene er. Men det blir stadig annonsert et telefonnummer. Et riksdekkende nummer står først av alle i telefonkatalogens liste over Viktige telefonnummer. Lokale kontakttelefoner står blant de aller første i den alfabetiske telefonlista for alle større kommuner, Det er et genialt navn. Det er ikke lett å komme lenger fram i alfabetet: AA.

Med jevne mellomrom arrangerer de åpne møter. De skiller seg ikke vesentlig fra andre møter, bortsett fra at alle som kommer dit vet at det kan være utenforstående der. Nyssgjerrige, folk som vil vite litt om hva det er for et hemmelig selskap som skjuler seg bak bokstavene. Eller folk som skriver bøker om avhengighetsbehandlingens historie.

Hei! Sier de alle sammen. Og mange kjenner hverandre og ler når de treffes og spør hvordan det gikk med fisken eller med punkteringen eller med diskusjonen eller hva det nå var den ene holdt på med da den andre måtte videre sist de møttes. Og slik er det de behandler nye som kommer der også, hvis det er noen som kjenner dem. Og hvis ikke så sier de sett deg her! Og åpner ringen. Her kan du sitte. Her også – kom her, her er det plass til bena. Og det summer og surrer, men to av dem er litt nervøse. Det er de som går opp og sier Ja. Da begynner vi.

”Jeg heter Nina og er alkoholiker” sier den ene.

”Hei, Nina!” sier alle de andre, i et kraftig talekor. De mumler ikke, de legger trøkk i stemmene.

”Det er meg som skal lese...” Sier hun. Og så leser hun opp en tekst om anonymitet og om hva AA er og skal være. Og antakelig har alle hørt den før, men likevel sitter de stille som i kjerka og alle som har to øyer i hodet kan se at dette er ikke informasjon, dette er et rituale. Så kommer den andre fram: Han heter Tore og er alkoholiker.

”Hei Tore!”

Han skal bare gi ordet til Geir, som skal fortelle sin historie.

”Hei, Geir!”

”Jeg har vært edru tre ganger i mitt liv” Slik begynner han. Den siste gangen har nå vart i tretten år, og ved å ta en dag om gangen så håper han at det skal vare en stund til. Og så forteller han rushistorien sin. Og siden en rushistorie handler om det meste av et menneskes innerste hemmeligheter, så forteller han dem også. Han forteller om sjenanse og avstandsforelskelse og om å drikke seg til mot. Og om å drite seg ut og å drikke seg til trøst. Han tegner ei lang og langsom linje som går nesten rett – som kontrollert drikking, eller som drikking i det kulturelle samfunn – men som likevel går littegranne nedover. Og han vokser til i fortellingen sin, han avslører nye hemmeligheter. Han forteller om en skuff. Om minibarer på hotellrom etter at seminarer var slutt, mens det ennå var lenge til neste morgen. Og linja blir brattere. Han forteller at han holdt et foredrag en gang. Et helt foredrag på en stor konferanse med mange kunnskapsrike og kritiske tilhørere. Og han visste ikke at han hadde gjort det. Han kunne ikke huske et kvadder av det. Han hadde fullstendig blackout og ble sjokkert da han fikk høre hva han selv hadde gjort.

”Det var første gang jeg ble virkelig redd.” Sa han. Og så stupte linja. Til sist så lå han bokstavelig talt i rennesteinen. Og ble avlevert på Rusa. Fikk tørke opp. Skulle klare seg fint, det var en glipp, gikk ut – og kom inn igjen.

Og tretti mennesker sitter i salen og lytter. Noen ser rett foran seg og det går an å se at andre historier spiller seg ut inni dem mens Geir forteller. Andre sitter og nikker og av og til så smiler de gjenkjennende og sier *”Mm”* som om de kjenner historien fra før. Andre sitter som låst fast i historien, de glemmer å puste gjennom nesa og sitter med åpen munn.

Han nevner en dato. *”Da innrømmet jeg min maktesløshet”* sier han. Og så forteller han om lange netter i strid med seg selv på A-klinikken, og et slags vendepunkt. Om familiekonfrontasjonen. Om følelser og om nederlag – og om en langsom og møysommelig vei oppover igjen. Det gikk så bra. Han var så ovenpå. Han gikk litt i AA, men ikke i noen fast gruppe. Litt her og litt der. For da kunne han si at han hadde vært et annet sted hvis noen spurte. Det var en hyggelig sponsor. Men han behøvde egentlig ikke. Det gikk så bra. Det gikk år.

”Jeg syntes jeg kunne unne meg en bitte liten dram.... ” Og så gikk det rett til bunn igjen. Og de som hadde forsøkt å få tilbake troen på ham hadde fått sin endelige bekræftelse.

Og han fortalte. Og alle visste hvordan det skulle gå. Og slik gikk det. Og etterpå sa talekoret: *”Takk Geir!”* Nina leste opp noe mer og noen informasjonen og viste noen bøker

som skulle selges, og så resite alle seg og tok hverandre i hendene og ble et talekor igjen som leste et dikt, det som kalles Sinnsrobønnen:

”Gud: Gi meg slik Sinnsro
at jeg formår å godta de ting jeg ikke kan forandre,
Mot til å forandre de ting jeg kan
og Forstand til å se forskjellen.”

Og så var det som om en bryter ble skrudd om. Plutselig var det en kakofoni i rommet. Alle snakket i munnen på hverandre og lo og gikk fra bord til bord, og det kom kaffekanner og kakefat og en sa at møtet var jo slutt nå og dro opp en tobakkspung og en annen sa at det er jo slutta selskap og plutselig så lå tåka der, over AAs askebegre. Og ei dame kom bort og sa Hei jeg heter Nina liker du kaffe? Og en annen sa Hei jeg heter Gunnar – husker du meg fra før? Og enda en sa kom her og sitt hos oss. Og ingen spurte noe som gjorde det vanskelig å være der for første gang men innimellom surret så spurte de hverandre: Går det bra? Har du sett Ivar? Går det bra?

Og historiene ruller. Det blir kanskje tale om ei bok som skal skrives, og dermed ruller de enda heftigere: Du må få med den om engelen på Rusa! Ja og så den om han som kom inn i beder! Og etter hvert blir det så ustyrtelig morro at det må kommenteres. Og da sier Gunnar:

”Ja – du vet vel hvorfor det er så kjedelig på Puben nå for tida? Det er fordi alle de kule folkane går i AA!”

Det er den største gruppa, og den eldste.

Men ikke den eneste.

Den nest største i NA, Anonyme Narkomane. De har det enda triveligere.

”AA er så gamle og trøge!” sier ei som heter Anna og er rusavhengig. Hun og en som heter Tor bruker en hel formiddag til å fortelle. Først gikk de i AA. Men det var ikke alltid så trivelig der. Noen så ned på narkomane. Og det var en annen generasjon. Så ble de flere, de ble ei egen AA-gruppe – og så meldte de seg inn i NA..

”Møtene er helt like: Vi leser litt og forteller litt og snakker mye!”

”Og så fester vi,” sier Tor, og forteller om en NA-fest i leide lokaler i Søgne og politiet som kom. Det var nok folk som hadde sett dem og kjent dem igjen og ringt. For de hadde jo ikke forandra noe særlig på stilen fordi om de hadde blitt edru. Hverken i klesvei eller hårsveis eller musikksmak.

”Du skulle sett oppsynet på de politifolka! De kjente jo hver eneste en av oss – og alle var klin streite! De trodde ikke sine egne øyne!”

”Kom og dans! Sa vi – og de kom, og de dansa og de ble lenge. Det vakke noe å gjøre andre steder sa de – alle var jo der.”

”Nesten synd de ikke fikk forsterkninger!”

Men det er støtten som er viktigst. Hjelpen fra hverandre når det røyner på. Og det røyner på. Hver dag. Det er hardt og en livslang kamp å kjempe for friheten fra avhengigheten.

”Vi ringer. Og vi rykker ut. Vi kjemper sammen med hverandre.”

Og det er den nest-største.

Men de er ikke den eneste.

Så er det Al-Anon.

Det er selvhjelpsgruppa for ”medavhengige” – for ektefeller og foreldre og kjærester og kanskje voksne barn av rusavhengige. De kommer sammen ei gang i uka og sitter rundt et bord og sier Hei – jeg heter navnet mitt og er medavhengig. Og alle de andre sier som et talekor Hei, navnet ditt! Og de leser noe og forteller noe og snakker masse. Og hver eneste en har en sponsor de kan ringe til og flere og flere innforståtte venner de også kan ringe til dess lenger de går. Og de er ikke lenger alene i sin kamp for å ta ansvar for sitt eget liv og la den avhengige ta ansvaret for sitt.

Og der er flere.

Der er Al-Ten, for tenåringsbarn av avhengige.

Der er GA – Anonyme Spillavhengige (Gamblers Anonymous)

Og der er den siste, den som ikke er stueren, den som alle er skeptiske til – men som likevel finnes og er et viktig redskap for å holde fast ved livet og skapet innhold i det for dem som går der – MA, Anonyme Metadon-brukere.

Der er mange, mange hundre mennesker – kanskje tusener – organisert i selvhjelpsgrupper med et aktivitetsnivå på linje med et toppidrettslag. Få organisasjoner har slik møtetetthet og slike sterke bånd mellom menneskene som alle selvhjelpsgruppene som benytter 12-trinnsprogrammet til AA.

Den 1. januar 2004 ble Vest-Agderklinikken en del av Sykehuset igjen. Sammen med Aust-Agderklinikken er de nå omdøpt til Avdeling for avhengighetsbehandling innenfor en av fire klinikker i det nye Sørlandet sykehus HF. Klinikken for psykiatri og avhengighetsbehandling heter klinikken. Og bare navnet er en seier i jubileumsåret. Ikke bare er avhengighet anerkjent som en sykdom – men behandlingen av den er også anerkjent som et eget fagfelt ved siden av psykiatrien.

Når denne bemerkelsesverdige avdelingen nå gjen-inntre i sykehuset, tar den altså med seg et mangfold av nye impulser:

Den tar med seg et fagmiljø som har vist evne til å harmonisere og ”kryse” to behandlingsfilosofier og -tradisoner som andre steder i Norge har værtærmest fiendtlige mot hverandre. Psykiaterne i Ruspoliklinikken tilpasser seg 12-trinnsprogrammet og oppfordrer pasientene å delta i selvhjelpsgruppene. Minnesota-miljøet i A-klinikken tilpasser seg psykiatrien og utvider mangfoldet i sitt behandlingstilbud. Og ”Rusa” lever med ett bein i hvert leir og tilsynelatende lykkelig samliv med begge to.

Og endelig ta Avdeling for avhengighetsbehandling med seg selvhjelpsgrupper og organer for brukermedvirkning som ingen annen del av sykehuset kan oppvise noe i nærheten av. Både innen psykiatrien og i somatikken er brukermedvirkning og selvhjelpsgrupper for kronisk syke et nyoppdaget trendord. Innen avhengighetsbehandlingen finnes det femti års tradisjoner. Nei – femtifem år. Det tok ”brukerorganisasjonen” fem år å starte den første klinikken.

Vi fortsatte med selvransakelse, og når vi hadde feilet, innrømmet vi det uten å nøle.

Øistein Kristensen: **Forskning på A-klinikken og Ruspoliklinikken**

(Øistein Kristensen er Overlege/forskningsleder)

Faget

Rusmiddelmedisin og addiktologi er et ungt fag som enda ikke har fått sin utforming i Norge. Paradoksalt er det en spesialisthelsetjeneste, men foreløpig ikke godkjent som medisinsk spesialitet. Internasjonalt kalles faget Addiction Medicin og er vel anerkjent.

Rusmiddelmedisin er ikke psykiatri, men ligger i grenseområdet mellom indremedisin, neurologi, infeksjonsmedisin, psykiatri, sosialmedisin og klinisk farmakologi. Det var først da man klarte å bryte seg løs fra sosialpsykiatrien og vanetenkningen om rus- og rusavhengighet, at man kom fram til behandlingsmetoder som hadde effekt på lidelsen og som kunne hjelpe pasientene.

Addiktologien er læren om avhengighet og ruslidelser. Den gir oss en grunnforståelse av rusavhengigheten som primærlidelse. De senere 10 års internasjonale forskning innenfor genetik (Human Genom Project), neurobiologi og billeddiagnostikk (PET, SPECT og fMRI) har gitt oss forståelsen av det biologiske grunnlaget for avhengighet. Dette sammen med longitudinelle studier har brakt oss et langt skritt videre.

Begrepet kjemisk avhengighet ble først brukt av Ian Cain i 1968. Med dette beskrev han avhengighet av rusmidlet (det kjemiske stoffet) som en kronisk, progredierende primærlidelse som gir fysiske, psykiske og sosiale komplikasjoner som også affiserer familien.. Genetiske studier (bl.a. Goodwin, Cadoret, Cloninger) påviser at det finnes genetisk disposisjon for utvikling av rusavhengighet. Genetikken er kompleks, som for diabetes og Edenberg har påvist endringer på kromosom 4. Langtidsstudiene til Jellinek og Frykholm viser karriere kurver for utvikling av henholdvis alkohol- og stoffavhengighet. Bekreftelsen av forløpet for alkoholavhengighet har vi gjennom Vaillants ”Natural history of alcoholism”. Til slutt kommer McLellans sammenlignende studie med andre kroniske lidelser som diabetes og astma, som viser at rusavhengigheten er en kronisk sykdom med samme utvikling og tilbakefallsfrekvens som for astma og diabetes.

Rusmiddelavhengighet er en sammensatt lidelse. Også psykologiske, sosiale og åndelige faktorer kan virke inn, både tidlig og senere i forløpet.

Diagnosekriteriene for ruslidelsene finnes i International Classification of Diagnosis (ICD-10) fra F 10 til F 19. Prevalensstudier er ikke gjort i Norge, men bruker vi svenske tall, vil vi anslå 15%. Av rusmidler er alkohol dominerende. Ulikt andre lidelser søker den rusavhengige sjelden behandling. Han gjør det først når jobben eller ekteskapet står i fare eller når familien har oppbrukt alle ressurser. Men selv om vi regner at kun 15% søker behandling, står vi overfor formidable tall.

Rusmiddelforskning i Norge

Folk flest har ulike oppfatninger av hva forskning er. Noen forestiller seg en person med hvit laboratoriefrakk og komplisert teknisk utstyr. Andre tenker på en genial halvgal enstøing som sitter i sitt elfenbenstårn og spekulerer seg fram til nye og overraskende ideer, som kan hende fører til Nobel-prisen eller i alle fall en overskrift med bilde i avisen. Virkeligheten er langt fra slik.

Forskning er virksomhet av original karakter som utføres med vitenskaplig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap. Forskning er hjemlet i Lov om spesialisthelsetjenester som en av sykehusets oppgaver, paragraf 3-8.

Regjerings forskningskommisjon (NOU 2003:4) sier mellom linjene at Norge på rusfeltet er forskningsmessig et U-land. Rusmiddelforskningen har vært uhyre lavt prioritert og det som har vært gjort har hatt mer fokus på gjennomføring av tiltaket enn på resultatene, dvs mer fokus på prosess enn på produkt.

Det finnes ingen sentral instans som i varetar overordnet forskningsansvar. Vi har Statens institutt for rusmiddelforskning, Rettstoksikologisk institutt, NOVA og Seksjon for klinisk rusproblematikk ved Universitet i Oslo, men ingen av dem har noe overordnet ansvar. De regionale ruskompetansesentrene har heller ikke noe forskningsansvar.

Forskningskommisjonen peker på store kunnskapshull og kommer med anbefaling om at man i fremtiden bør konsentrere seg om effektforskning og longitudinelle studier. Uten fordypning i teori og finsliping av diagnostisk og terapeutisk praksis, uten omhyggelig innsamling og vurdering av relevante data og utprøving av behandlingsresultatene over et langt tidsperspektiv, vil rusmiddelmedisinen glir ut i konturløshet og en amatørmessig holdning til de enorme problemer som rusen representerer.

Rusmiddelforskning på A-klinikken/ Ruspoliklinikken

A-klinikken ble pålagt forskningsansvar alt i 1985 av fylkeskommunen. Det var tidlig og mye takket være en energisk rusmiddelkonsulent, Tor Åge Fjukstad. I mandatet står det ”*Det er viktig å skaffe seg oversikt over den metodefaglige viten en kjenner innen behandling og i forhold til rehabilitering av rusmiddelbrukeren. Forskningen må også omfatte en ajourføring av det statiske materiale som finnes og bruke dette til et planinstrument for russektoren i Vest-Agder*”.

Før denne tid hadde overlege Oscar Olsen arbeidet med en stor langtidssoppfølgingstudie av utskrevne pasienter, som dessverre aldri er blitt publisert.

Fjukstad sikret også økonomien. Til det første prosjektet ”Gir fysisk trening noen tilleggseffekt ved behandling av alkoholisme”, fikk vi kr. 20.000. Disse ble brukt til å lønne en idrettslærer en time pr. dag i tre måneder. Dette var så vellykket at Sissel Vikeså fortsatt er her 17 år senere og bidrar med sin del av behandlingsprogrammet. A-klinikken fikk deretter årlig en egen budsjettpost til forskning, som utgjorde 0,5% av budsjettet. Dessverre tørket midlene etter hvert inn og først i 2001 ble det ansatt en forskningsleder i halv stilling. Senere fulgte undervisningsleder og sekretær, begge i halv stilling og fra 2003 ble det opprettet en 40% doktorgradstipendiatstilling. Da var ansvaret gått over til Ruspoliklinikken og sjeflege Olav Espegren var inspirator og pådriver. RusForsk Sør som var et samarbeid mellom klinikkene, Høgskolen i Agder og Agderforskning kom i 1999 og fra fra 2004 er vi blitt en del av forskningsmiljøet ved Sørlandet Sykehus.

Hva er så gjort?

For oss var det viktig å finne ut om behandlingen hjelper pasienten.

Forskningen har hele tiden vært *klinisk rettet (pasientrettet)* og ivaretar forskningsskommisjonens føringer på å tette kunnskapshull. Stadig ny kunnskap fra biologi, psykolog og epidemiologi fører til nye behandlingsmetoder som må evalueres. Kost/nytte studier kreves for å finne de beste løsninger.. Kulturelle, organisatoriske og ideologiske forskjeller gjør at det er vanskelig å overføre behandlingmetoder utviklet i andre land.

Fordelen med et lite forskningsmiljø som vårt er at vi har tilgang på mange pasienter, i motsetning til universitetsmiljøene. Disse miljøene har akademisk kompetanse. Vi har derfor også utviklet samarbeidsprosjekter med Universitetet i Oslo. Doktorgradsstipendiaten får veiledning derfra, mastergradsstipendiaten fra Helsevårdhøgskolen i Gøteborg.

Forskningslederen gir veiledning på både interne og eksterne prosjekter, i tillegg skaffes veiledning fra kompetente veiledere ved Høgskolen i Agder eller Sørlandets sykehus, der mer enn 20 har doktorgrad.

Fem forskningsområder er prioritert.

- Effektstudier av 12 trinns behandling
- Neurobiologisk og neurofarmakologisk rusmiddelbehandling, herunder medikament assistert rehabilitering (MAR) og AD/HD der vi har spesiell kompetanse
- Barns oppvekst i rushjem (Regnbueprogrammet)
- Spilleavhengighet og behandling av spilleavhengighet
- Ethiske aspekter i behandling

Effektstudier av 12 trinnsbehandling

Siden 1987 har vi hatt løpende etterundersøkelser av samtlige pasienter, hver tredje måned etter utskrivning fra A-klinikken inntil det er gått to år. Avdelingsoverlege Nordal har foretatt en etterundersøkelse med intervju åtte år etter fullført behandling. Det har gledet oss at resultatene er på høyde med de amerikanske CATOR-studier (resultater fra de amerikanske privatklinikker). Seks av ti er totalavholdene fra alkohol ett år etter fullført behandling, fire til fem av ti etter to år.

Fra 1993 har også stoffmisbrukere gjennomgått samme behandlingen. I denne gruppen er svarprosenten lavere, men også her er resultatene oppløftende. Det er flere som får tilbakefall, men overraskende mange klarer å hanke seg inn igjen, slik at etter 2 år har 49% vært rusfrie de siste 6 måneder. Forskningen vår viser at stoffmisbrukere trenger lengre behandling enn alkoholavhengige. Best går det for dem som har fått kjede-behandling, dvs. et stabiliseringsopphold på Loland Behandlingscenter før behandling i basisgruppe på A-klinikken og deretter rehabiliteringsavdelingen. Deltakelse i oppfølgingsprogrammet og selvhjelpsgrupper som AA og NA synes å være av vesentlig betydning for resultatet.

Vi har skaffet oss ny viten om psykiske plager og rusmiddelavhengighet ved systematisk å bruke psykologiske tester. Depresjonene forsvinner stort sett, dersom den alkoholavhengige slutter med alkohol, men vedvarer dersom rusingen fortsetter. Det er påvist forskjell i symptomprofil på første og andre generasjons alkoholavhengige. Vi har påvist at pasienter behandlet etter 1989 ikke skifter over fra alkohol til piller, når de velger en tørr vei. Men at alkoholavhengige som bruker beroligende midler og sovemidler langt hyppigere får tilbakefall til alkohol enn dem som ikke bruker slike midler.

Tilbakefall til alkohol, kommer gjennomsnittlig etter 7,5 måneder, mens en stoffmisbruker tar tilbakefall etter ca 5 måneder. Noe overraskende for forskerne var det at alkoholbruk initierer tilbakefall til stoff.

Neuro-biologisk og farmakologisk behandling

Det vil alltid være noen som mislykkes i den medikamentfrie behandling. Til tross for motstand både faglig og i opinionen ble legemiddelassistert rehabilitering (LAR) gjort landsdekkende for opiatavhengige i Norge fra 1998. Det var tre grunner til dette. For det første nederlag i ordinær behandling, For det annet nyere hjerneforskning som viste at kronisk bruk av heroin førte til nedregulering av opiatreseptorer og dopaminreseptordød i belønningsbanen. Noe som fører til dysfori, irritabilitet og anhedoni og stadige tilbakefall til stoff. For det tredje var overdosedødsfallene blitt dramatisk høye.

Med støtte fra Sosial- og Helsedepartementet gjennomførte Ruspoliklinikken (1999-2001) en sammenlignende kryss-over studie av Metadon og Subutex (buprenorfin) av 50 opiatavhengige pasienter over en 1 års periode. I tillegg fikk alle et rehabiliteringsprogram. Hensikten var å finne ut hvilket legemiddel som var mest velegnet i behandling av eldre, slitne heroinavhengige pasienter.

Resultatene viste at rusmestringen ble bedre. 75% av urinprøvene var fri for opiater. Fysisk og psykisk helse bedret seg. Risikoatferd i form av sprøytedeling og sprøytesetting bedret seg og kriminaliteten gikk kraftig ned. Livskvaliteten ble bedre, men det var få som kom i vanlig lønnet arbeid første året. Det viser seg at ting tar tid. En nytte/kostnad analyse utført av sosialøkonomene Kenneth Andresen og Nina Jentoft viste at samfunnet sparte kr. 316.000 pr. pasient ved å gi denne behandlingen. Eller sagt på en annen måte: Ved å investere en krone i behandling, fikk samfunnet igjen fire kroner og førtisju øre. Hvordan? Fordi de ruste seg mindre, var mindre syke, stjal mindre og satt mindre i fengsel.

I dag har Norge 2500 i LAR-behandling. Prøv å multiplisere dette tallet med kr. 316.000 og se hva du får? Metadon viste seg å være mest nytte/kostnad effektiv og ble foretrukket av 80% av pasientene.

Den neurofarmakologiske forskningen har også ført til innføring av bedre og mer moderne avrusingsregimer både for alkohol- og blandingsabstinens.

AD/HD og rus prosjektet hos voksne

Forskningen i AD/HD teamet har som målsetting å generere kunnskap om sammenhenger, metoder og muligheter innen målfeltet. AD/HD må betraktes som en skjult funksjonshemming og behandles deretter. Det pågår et tre-årig nybrotts prosjekt, finansiert av Sosial- og helsedepartementet, på et felt det internasjonalt finnes lite viten.. Veiledningen

gjøres av spesialkonsulent Michael Lensing, som er leder av Sakkyndig Team for Helseregionene Sør og Øst, Voksenrehabiliteringen, Ullevål Universitetsykehus, Oslo

Prosjektet har tre deler:

Polyfarmakologisk behandling med metadon og metylfenidat for pasienter med dobbeltdiagnosen AD/HD og opiatavhengighet

Utprøvingen krever at pasientene er godkjent for legemiddelassistert rehabilitering og utredet for AD/HD og ledes av avd. overlege Espegren. Pasientene kommer fra hele Norge. Målet er å se om kombinasjonsbehandling virker og reduserer AD/HD symptomer som oppmerksomhet- og konsentrasjonsproblemer, tilpasningsevne og motorisk aktivitet. Preliminære resultater er lagt fram på Den 4. nasjonale metadonkonferanse, Oslo 2004. samt ISAM 2004 i Helsinki i juni 2004..

SMI – metodeutprøving og dokumentasjon av effekt av kartleggingsmateriell.

Tidligere prosjektleder, psykologspesialist Mogens Christensen, SSR har utviklet en verktøykasse, som omfatter CPTII-neuropsykologisk frontallappsbehandling med hensyn på oppmerksomhet og impulsstyring, WASI – som måler intellektuell mestringsevne, ADD-S som er et strukturert intervju av pasientens pårørende og deres oppfatning av hjelpebehovet. Verktøykassen kan hjelpe oss til å si noe om kognitive utfall og hjelpebehov. Den brukes til utarbeiding av rapporter og anbefalinger til 1. linjetjenesten. Nyttverdien av pakken evalueres etter 3 måneder. Studiet utføres av sosionom Anne Marie Willeesen. Veileder er psykologspesialist Mogens Christensen, SSR.

Hvorfor fullfører de ikke behandlingen?

Dette er en retrospektiv undersøkelse av journalene til 53 pasienter ved poliklinikken som i perioden 1998-2000 ble godkjent av sakkyndig team for utprøving med sentralstimulerende midler. Fokuseringen er på komponenter som bidrar til eller legger hindringer i veien for gode behandlingsforløp. Man ser også på psykiatriske tilleggdiagnoser, rusmiddelbruk og adaptivt funksjonsnivå for voksne AD/HD pasienter med og uten rusmiddelavhengighet. Cand. psychol Else Staw Bachmann er leder her. Veileder er psykologspesialist Mogens Christensen, SSR.. Det planlegges publisering i vitenskaplig tidsskrift.

Andre prosjekter i klinikken

Elbjørg Kjøstvedts banebrytende Regnbueprogram fra 1990 for å forebygge rusmiddelavhengighet hos barn i risikozonen følges opp av familieavdelingen gjennom doktorgradsprosjektet ”Forsterket helsestasjon. En 8 års oppfølgingstudie av både

rusmisbrukende foreldre og psykososial utvikling hos barn oppvokst i rushjem”

Doktorgradsstipendiat er cand med Bjørg Hjerkin. Veiledere er 1.amauensis dr.med. Morten Lindbæk og dr.med Elin Olaug Rosvold, begge ved Institutt for samfunnsmedisin, UiO, samt rådgiver: barnepsykolog Anne Margrete Rostad, HABU, Levanger Sykehus. Stipendiatstillingen er finansiert av arbeidsgiver, i tillegg er det innhentet støtte bl.a fra Forskningsenheten ved Sørlandet Sykehus.

Kari Henriksen arbeider med mastergradsprosjektet *-Kvinnens opplevelse av hjelpeapparatet når de for første gang søker behandling,*

Øystein Lie undersøker *Livstilsintervensjon og medisinsk drahjelp som et forsøk på å hjelpe MAR-pasienter til vektreduksjon*

Reidun Åsland utreder *Hvorfor mislykkes legemiddelassistert behandling for noen?* En studie av et utvalg MAR-pasienter med negativ behandlingsrespons.

Vårt psykiatriske ungdomsteam deltar dessuten i multisenterprosjektet *Medikamentstøttet abstinensorientert behandling av unge opiat avhengige* som ledes av Universitetet i Oslo og *Avgifting og avgiftingsbehandling i Helseregion Sør* som er et fellesprosjekt for fem fylker og som ledes fra Borgestadklinikken.

Forskerpris

”Doktor Oscar Olsens pris til fremme av norsk rusmiddelforskning” ble instituert i 1994. Følgende har motatt prisen

1994: Professor Jørg Mørland, Universitetet i Oslo

1996: Dosent Lena Dahlgren, Karolinska Sjukhuset, Stockholm

1998: dr. Sverre Fauske, WHO, Geneve

2000: Psykolog Frid Hansen, Borgestadklinikken

2001: Professor Helge Waal, Universitet i Oslo

2002: Professor Willy Pedersen, Universitet i Oslo

2004: Psykiater / overlege Øistein Kristensen, Sørlandet sykehus

Publikasjoner

Det har fra avdelingen utgått et doktorgradsarbeid (Therese C. Reitan 1997). Det er publisert flere artikler i referee-baserte tidsskrifter og bøker og det foreligger abstracts fra innlegg på internasjonale og nasjonale kongresser. A-klinikken har siden 1987 hatt sin egen forskningsserie med 21 arbeider og eget ISBN- nr for de fleste. Arbeidene er referert i Regjeringens forskningskomisjons rapport (NOU 2003:4) På avdelingens hjemmeside:

www.fotominer.no finnes oversikt over publikasjoner, ferdige og pågående prosjekt under vignetten forskning.

Målet vårt er å kvalifisere for doktor- og mastergradsutdanning.

Videre strategi for forskningen

Rusmiddelmedisin og addiktologi er et lite fagområde, som har stor samfunnsmessig betydning. Det trengs virkelig satsing på feltet.

Gode rammebetingelser for forskning på avdelingen vil være et hovedpunkt.

Interessen for forskning må stimuleres blant ansatte, særlig yngre medarbeidere.

Arbeidsforholdene må i størst mulig grad legges til rette for forskere. Dersom noen vil fordype seg i mindre prosjekter, må det være mulig med frikjøp av deltid til dette, f. eks med en stipend ordning

Vi ønsker å etablere god infrastruktur med en liten forskningsenhet. Denne er på plass med sekretariatsleder og forskningsleder i 50% og med 40% doktorgradsstipendiatstilling, samt 50% undervisningsleder. Stipendiatstillingen bør oppjusteres til minst 50% og gjøres fast. 1-2 stipendiatstillinger for korttidsprosjekter bør etableres. Enheten skal kunne tilby sin assistanse til utforming av søknader for finansiering, gi råd og veiledning ved oppstart, under prosessen og ved forslag til valg av statistiske analyse. Til nå har vi levd spredt. Fra høsten 2004 er det meningen at avdelingen skal samles i andre etasje i gamlebygget på A-klinikken.

Det eksisterer et langvarig samarbeid med institutt for samfunnsfag ved Høgskolen i Agder når det gjelder prosjektarbeid for studenter.. Man kan tenke seg framtidig tettere tilknytning ved etablering av eget addiktologi studium ved Institutt for helse og idrett. ved HiA. Mange ansatte med høgskoleutdanning ønsker å ta mastergrad innen helserelevante fag. Man bør arbeide for å opprette en mastergradsutdanning ved HiA i addiktologi. I dag må personalet til Sverige eller USA for å få denne utdanning.

Ansatte med universitet og høgskole utdanning ved nåværende **Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling** (ARA) bør ved hjelp av interne kompetansetiltak, som f eks ”Den lille forskerskole” og annen forskerutdanning gradvis øke sin kompetanse mot mastergrads- og doktorgradsnivå.

Samarbeid med forskningsenheten på Sørlandet Sykehus har vært etablert siden 2002. Forskningsleder på ARA har sittet i forskningsråd og arbeidsutvalg 2002-2003 og er medlem av det nyopprettede forskningsutvalget fra 2004. Forskerne på ARA er med i forskernetverkene på Sørlandet Sykehus.

Nettverksbygging: Forskere ved ARA er med i Nasjonalt forskerforum for rusproblematikk ved Universitet i Oslo og kan få veiledning derfra. Vi holder også på å bygge opp et rusforskernettverk innen Helse Sør, der ARA har redaktøransvar. En ser for seg at forskningsenheten ved avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, Sørlandet sykehus blir et sentralt senter når det gjelder rusforskning i Helseregion Sør.

Arvid Bergstøl: **11. trinn**

Bjørn Enes: Tilfriskning

Han het også Frans. Mannen på stolen. Han hadde gått kjekt og selvsikkert og han hadde sett det komiske i situasjonen. Men under overflatefølelsene et sted hadde der vært en fjern torden.

”Den ultimate ensomhet.” hadde han tenkt.

Han hadde aldri vært redd for å være alene. Han hadde alltid varrt en ener. Fra han var barn hadde han forstått ting som andre ikke forsto. Han hadde forstått hvorfor Gagarins romkapsel ikke forsvant ut i verdensrommet, han hadde regnet ut hvor mange soloppganger han ville oppleve og fått det bekreftet i avisen. Men ingen rundt ham hadde forstått hvor glupt det var.

Så hadde alle disse årene gått. Til slutt hadde han fått valget om oppsigelse eller behandling. Og så hadde han endt på stolen med den tomme stolen foran seg. Og han hadde forstått meldingen: *”Vi trenger ikke deg heller.”*

Den dagen sto han på bar bakke. Nei - han lå nede på den. I en haug av skår fra en knust, falskt speil. Og hver gang han bevegde seg, så skar han seg på en av bitene. Han var ingen ener. Han var en alkoholiker.

Og derfra skulle han lære seg å leve med sin sykdom.

Per Erik Zahl kalte ham ”Franz den første”. For Per Erik så rett gjennom ham. Per Erik hadde gått veien sjøl. Han hadde vært verdensmester og politiker og herre på byn. Og ”gått gradene” som han sa. Og så hadde han vist fram ei tegning, ”Jellineks 42 trinn”, det var det som var gradene. Veien til bunns, trinn for trinn. Og veien opp igjen, trinn for trinn. Per Erik hadde pekt på det absolutt laveste punktet der det sto *”ukontrollert drikking fortsetter i onde sirkler”*, og sagt at der, der befant Franz den første seg.

”Men en keiser, vet du – han skjønner ikke hva slags klær han har på!”

Og det var det han hadde tenkt på mens han satt på stolen. Og 19 mennesker hadde sittet i ring rundt ham og sett på.

”Jeg har jo ingen klær på meg”,

En dag fortalte pilleavhengige Erna om å bli oversett. Om å være et ingenting. Så fortalte hun at hun aldri før hadde opplevd at noen ville lytte til hennes historie. Hun fortalte at hun hadde kjempet med seg selv hele natta for å våge å si noe som var sant om henne selv. Og at hun var livredd for hva som kunne komme til å skje med det som hun fortalte til gruppa.

De snakket og de snakket. Hele historien kom vel ikke fram, for ingen kjente jo alle sider av den. Men Franz fikk en opplevelse der om at det ikke var ham som var satt naken på en stol. Det var datteren hans.

Kanskje var det godt og riktig at hun ikke kom og satt splitter naken på en stol foran sin far mens 19 fremmede mennesker satt og glante.

Per Erik sa at det går i sprang. Du trenger noen utenfor deg selv, Franz. Du trenger en liten gutt i folkemengden som roper. Du trenger en Høyere Makt.

En fredag sto han foran femti mennesker og tok farvel. Det var veldig annerledes. Før i livet hadde han bare sagt farvel etter forfremmelser: Ny bedre jobber, større prosjekter, høyere stillinger. Etterpå i livet hadde det aldri blitt sagt farvel. Det hadde bare blitt diskrete omorganiseringer og beslutninger bak fasader og endatil bare at brev fra Henne, da hun dro.

Nå tok han avskjed for å dra ut i krigen. Og ikke var han godt nok trent og ikke hadde han gode nok våpen og ikke forsto han fullt ut om der var noen strategi for felttoget. Han var redd. Franz den første var redd. Og han sa det. Og Per Erik reiste seg og omfavnet ham foran femti ukjente mennesker og sa: *"Gi opp kontrollen. Så får du den."*

Franz den første fikk en sponsor som ikke kunne begripe hvordan en romstasjon kunne være vektløs og likevel ikke forsvinne ut i verdensrommet, men som visste alt om ensomhet. Han vasket ned leiligheten og malte kjøkkenet og fikk seg hund. En halvgammel, klok førerhund som hadde mistet sin blinde kamerat. De gikk tur hver bidige dag mellom klokka fem og seks. Hver torsdag gikk han i AA. En dag fortalte han så flott der at de andre ble helt stille. Han fortalte om Erna som var pilleavhengig og hva han hadde forstått da han var den første som fikk gløtte inn i luka hun hadde åpnet. Da sa sponsoren:

"Ta bomullen ut av ørene og putt den i kjeften."

Han begynte på jobb igjen. Han sa rett ut at han hadde innsett at han var en alkoholiker, og at han ikke kunne forstå at de hadde latt ham bli. Han satt i prosjektmøter og tviholdt på bomulldotten i kjeften og så at andre hadde idéer som var bedre enn hans. Han sa at han ikke forsto og de kom inn til ham og han så hvordan unge mennesker fikk liv i øynene og sprettende iver og virketrang av noe de selv hadde skapt og ville tro på og som han på sin side aldri kunne ha klart.

"Hvis amerikanerne kan komme til månen, så må vel vi kunne klare dette!" Sa de. *"Vi"* sa de. De sa *"Vi"*.

Han gikk i banken og fortalte ærlig og utilslørt hva som hadde skjedd, og sa at han gjerne ville forsøke å ordne opp. Han ble helt skjelven etterpå. Han ringte sponsoren sin, de hentet bikkja og gikk en lang tur. Det meste av tida snakket de om sponsorens selvbilde.

Franz den første brukte munnen til å spørre med. Og han kjente en underlig glede over ringen i sponsorens resonnementer: Han kom med fortvilelse og gikk med glede: Det er den gamle sannheten sa sponsoren. Jeg må forsone meg med det jeg ikke kan klare. De sto lenge i et veikryss og gjentok dette for hverandre. Bikkja gjespet og peip og det var begynt å regne, likevel så sto der og gledet seg over at den dagen også hadde de opplevd en slags erkjennelse.

”Tusen takk for hjelpen.” Sa Franz den første da de endelig skiltes.

En dag sto Hun utenfor.

”Har du fått deg bikkje?” Sa hun.

De snakket om praktiske ting. Om datteren som skulle komme hjem fra Nederland og et piano som skulle gjennom en dør. Da hun gikk sa han at det hadde vært hyggelig og at de godt kunne snakke sammen en dag hvis hun ville. Hun sto litt og så sa hun. *”Vi får se.”*

Den kvelden satt han lenge og snakket med hunden. Det var en klok hund. Den var vant med å lytte. Den hadde hørt mange historier. Franz den første fortalte den om Per Erik. Per Erik var en alkoholiker som arbeidet på A-klinikken med å hjelpe andre alkoholikere til å oppdage noen av sine selvbedrag. Men ikke alle. Der er en lang, lang vei, sa han. Og bikkja var enig.

”Et menneske trenger noen som er enige noen ganger.” Sa Franz den første. Ja, sa bikkja. Det er sant.

Og slik gikk de to gjennom livet.

En dag lenge etterpå sa Franz at han ennå ikke hadde klart for seg hva den Høyere Makt var for noe, men at han hadde forsont seg med det. For hans del var det vesentlige at den var utenfor ham selv. Det hadde vært nok, sa han. Det hadde tatt lang tid. Bikkja hadde blitt ødelagt av det til slutt, den klarte ikke å henge med i tankerekken bakker opp og bakker ned. Den døde fra ham, og han sørget, men han skaffet seg ikke noen ny. Der var bare ei bikkje for ham i verden, og han var glad for den tid han hadde fått sammen med den. Den hadde også vært noe utenfor ham selv. Den hadde aldri vært Gud. Det fikk da være grenser. Men den hadde vært viktig sa han. Den hadde vært en del av det Noe der utenfor som han langsomt langsomt hadde innrettet sitt liv i forhold til.

Først hadde han gjort som Per Erik sa, fordi Per Erik sa det: Han hadde overlatt sin vilje og sitt liv til en Høyere Makts omsorg. Han hadde gjort det i praksis på den måten at han sa: *”Jeg er en alkoholiker”*, Så enkelt – og likevel så opprørende. Det var som å stå på Torvet og kle av seg og rope: *”Se på meg!”* Det var verre. Men han hadde gjort det.

Så hadde han – med mye om og men – fortsatt med programmet. Ikke fordi Per Erik hadde sagt det, først og fremst, men litt fordi alle de andre som han hadde åpnet seg for sa det,

litt fordi sponsoren sa det. Og litt etter hvert fordi det skjedde noe med ham. Han begynte å kjenne glede.

Han hadde kjent glede over å male kjøkkenet og over å betale ratene i nedbetalingsplanen i banken. Og en dag hadde han sittet på en stol ved siden av et piano og foran ham på en annen stol hadde et menneske av hans eget kjøtt og blod sittet og han hadde sagt: Jeg er en alkoholiker. I mange år har jeg bare vært opptatt av alkoholen og meg selv. Jeg har ikke sett deg. Fortell meg om hva jeg har gjort mot deg. Jeg skal ikke svare deg nå. Jeg skal svare deg en annen dag hvis du vil. Nå ber jeg deg bare fortelle.

”Hun var på en måte Gud,” sier han. hva

Og slik Franz oppfatter det, er det det som er åndelighet : At hans egen datter kan være en del av en Høyere Makt som knytter alt utenfor ham selv sammen i et stort hele som han ikke kan forstå. Og Livet, eller Livets Mening, har blitt å forsone seg med det: At det ikke kan forstås, at det ikke er nødvendig å forstå det. Det er bare sånn. Det forsvinner ikke ut i verdensrommet.

Og det store ved det, som Per Erik aldri hadde sagt eller i alle fall aldri hadde fått ham til å forstå, var at n^o år han etter lang lang tid endelig hadde klart å erkjenne dette uforståelige, denne Høyere Makt – da gav den tilbake tifold mer enn han hadde overgitt til den. Det ble en slags enhet mellom ham og det som var utenfor ham selv. Han ble selv en del av Livet. Eller – han fikk Livet tilbake. Eller – han ble fri.

Og så ler han litt og sier at han godt kan forstå at dette høres ut som tåkeprat. Men slik er det nå. Det var tilfriskning han skulle fortelle om og det er slik det har vært for ham. Alkoholisme er en høyst personlig sykdom som krever nye løsninger i hvert enkelt tilfelle. Og slik har min tilfriskning vært, sier han. Og så snur han på det, og sier at på en måte er det enklere å beskrive *problemet* kort og konsist enn *løsningen*. Og så sier han:

”Rus er den ultimate ensomhet.”

John-Kåre Vederhus: Rehabiliteringsposten

Avdelingen som i dag heter rehabiliteringsposten, har en lang historie som egen behandlingstinstitusjon i Blå Kors regi. Så tidlig som i 1914 fikk Kristiansand Blåkorsforening tak i eiendommen. Huset fikk navnet "Blå Kors hjemmet" og ble brukt som et "herberge"/botilbud til "forkomne".

En kan bl.a. lese i Foreningens jubileumsskrift fra 1959 at:

"Oppgavene på livets slagmark kalte. Om byen vår ikke akkurat ruver i størrelse, så rommer den mange triste og tragiske livsskjebner, mennesker i nød og mørke. Mange er uten hjem og uten arbeid, vinddrivere på livets seilas, noen uteliggere, slaver av kong alkohol, ulykkelige og rotløse, uten venner, et ynkelig skue i selvfornedrelse. Kan det nytte å hjelpe slik? Er de ikke dømt til å gå undergangen i møte. Her var det Blå Kors kom inn i bildet med Blå Kors hjemmet" (fra "Kristiansand Blå Kors gjennom 50 år", 1959).

Stedet ble utbygd med en boligblokk i bakgården på slutten av –50 tallet, og fikk status som "tilsynshjem" (et ettervernstilbud). Senere ble det også et "kurhjem" med status som behandlingstilbud. Antall ansatte og krav til faglighet økte i denne perioden. På det meste hadde stedet 12 – 13 stillinger og over 20 "sengeplasser". Navnet ble og endret navn til "Blå Kors Behandlingscenter". Da behandlingsstedene i Vest-Agder gikk over til fylkeskommunen i 1985 (før dette var rusomsorgen statlig finansiert), var det derfor 3 selvstendige behandlingstinstitusjoner som delvis "konkurrerte" om pasientene (Loland, A-klinikken og Blå Kors). Som det minste av disse, fikk sistnevnte merke fylkets stramme økonomi på slutten av –80 tallet, og stedet ble foreslått nedlagt. Alternativet var å finne en bedre samordning med det øvrige behandlingstilbudet i fylket og å effektivisere driften. Et av forslagene var å gjøre stedet om til et såkalt "half way house" ("halvveishus"), og bli et tilbud i forlengelsen av behandlingen på A-klinikken. Dette ble gjennomført i 1990 og stedet fikk noen år etter navnet "Blå Kors Halvveishus". Omleggingen førte til endring av behandlingssinnhold og i samsvar med dette en sterk reduksjon i bemanning. Vektleggingen ble flyttet mer over på beboernes ansvar for egen tilfriskning. Så selv om en nedbemannet, opplevde stedet en positiv behandlingsgevinst. På slutten av 90- tallet var en faktisk nede i 3 ansatte. Arbeidstreningseenheten ("Mjåvann

Arbeidstreningssenter") var da også skilt ut som en frittstående enhet. Selv med så få ansatte hadde en rom for å ha 13 pasienter. Etter at en fikk innarbeidet det nye tilbudet, var opplevelsen at stedet var anerkjent i pasientgruppen og fungerte godt etter sin målsetning. En etterundersøkelse i 1995 viste bl.a. at:

- 85 % av pasientene ville anbefalt stedet dersom en venn trengte tilsvarende hjelp
- 70 % mente at stedet betydde mye el. svært mye for den positive livsendringen som de hadde erfart.

På grunn av statlig overtagelse av russektoren (og dermed fare for at Halvveishuset som en liten institusjon ville falle utenfor), fant Blå Kors det i 2002 likevel riktig å la A-klinikken (Vest-Agder Klinikkene) overta driften. Stedet har derfor fra 01.01.03 vært drevet som en avdeling under A-klinikken. I nov. –04 ville stedet ha hatt 90 års jubileum.

John-Kåre Vederhus

(tidl. daglig leder, 1993-2002).

Arvid Bergstøl: 12. trinn

Bjørn Enes: 50 år etter Brygga

Avdeling for avhengighetsbehandling i Sørlandet sykehus HF er kjernen i en stor subkultur i landsdelen. Den er som et stort, symbolsk monument over 50 års frihetskamp. Og den er en plattform for nye årtiers møysommelig feiling og læring om Helse og Liv.

Sett utenfra i dag er nybygget mest iøynefallende. Det hviler på gammel gråstein. Over steinmuren ruver et moderne bygg med store vindusflater og vegger som stemmer til sinnsro: De er kledd med naturlig tre.

Arvid Bergstøls bilder glimter som skarpe påminnelser om alvoret i byggets innhold. Ellers er det holdt i rolige farger. Det finnes ingen deprimerende endeløse korridorer. Bygget har en sjel som oppfordrer til å ta ett skritt ao gangen. Og for hvert avsnitt gjennom lengderetningen er der et også et brekk i arkitekturen.

”Rusa” ligger i andre etasje. Den har sin egen inngang, på baksiden. Slik at den som kommer kan komme usett med sin skam. Der er ingen dystre mennesker der. De ler og tøyser og forteller historier.

”En gang hadde vi den ideen at pasientene skulle legge av seg rusidentiteten når de kom inn. Vi skulle ha en slags uniformer. Men så hadde vi ikke så god råd. Så fikk vi kjøpt restlageret av likestillingsbølgen på Hennes og Mauritzz...”

Det var på gamle Rusa i byen, i den pastellfargede delen av 80-tallet, før designerne forsto at trendsvingningene gjaldt mer enn farger fra det ene tiåret til det andre. Kjeden brant inne med et digert lager av joggedresser for ham og henne. De var rosa. Kanskje ikke ideelt for å legge av seg rusidentiteten, men bedre enn å bli gående i det de kom i. Eget tøy gikk rett i vaskemaskinen – og inn i rosa jobbedresser med alle som kom. De var visst litt av et syn der de satt og skalv.

”Men de forsvant etter hvert – egentlig endte de som det motsatte av hensikten: Etter hvert kom gjengangerne inn i rosa joggedresser istedet for å få dem på seg her.”

En vinter måtte de skrelle av tre lag rosa bomull før de fant pasienten.

Nå har de enkeltrom og dusjer på hver stue. Der er 10 i alt. Eller 12, egentlig, men de har ikke bemanning til mer enn ti klienter om gangen.

”Før kom de bare. Eller de ringte gjerne fra fest og hørte om vi hadde plass...”

Nå må de ha henvisning, fra lege eller sosialkontor. Det gjør terskelen litt høyere – men fører også til at mange er litt mer motivert enn de som kom på impuls.

Mye har endret seg. ”Løsgjengerne” er nesten borte, de er kanskje hver 20. pasient. Ellers kommer mennesker fra alle samfunnslag, med mange slags rusproblem. Piller og narkotiske stoffer er like vanlig som alkohol.

”Vi har det ganske gøyalt noenganger, for folk er jo så forskjellige”” Ler Åse Isachsen. ”Det kan komme fine fruere som ikke vet om de våger seg inn på oppholdsrommet der det sitter en gjenganger og buldrer...”

Men de finner ut av det med hverandre, sier hun. Dagene går og abstinensen avtar. Setningene blir lenger og tankene dypere. Akuttavdelingen er den første selverkjennelsen for noen, et testområde for bortforklaringer for noen. Og en livreddende tørkeplass for noen, før de er igang igjen. Men der er mange historier om gjengangere som likevel viste seg å være på vei ut av marerittet.

De får bli ei uke. Pluss/minus. Først isolert på rommet til giften er ute av blodet, så i vandring i korridorer og samtale på oppholdsrom. De har legetilsyn og sykepleiere på vakt hele døgnet. Så drar de videre. Noen til Lolandsheimen for å tørke ordentlig, noen til A-klinikken. Og noen ut. Til et nytt og bedre liv, sier de. Men som regel havner de i de samme onde sirkelene igjen.

”Noen må helt til bunns før de begriper at de trenger hjelp...”

I etasjen under summer det i stemmer, i alle fall ettermiddag og kveld. Der bor Basisgruppa. De som er i gang med kampen. Den er intens, den går fra grytidlig morgen til sen kveld – og gjerne fram og tilbake i ensomme senger natta gjennom. Hver uke kommer to til fire nye. Programmet ruller og går – alle er gjennom det samme programmet, men to av grupped medlemmene skiftes ut hver fredag. De går til forelesninger, gruppediskusjoner, individuelle oppgaver, de fortsetter diskusjonene gjennom måltider og utover ettermiddager og kvelder. *”Konflikthåndtering”*, står det i programmet. *”Familieroller – Utvikling av rusavhengighet, Sorg og tap, Sykdomsbegrepet, Elske og bli elsket, Å være foreldre, Sprekk, Anger,redsel,hat og skyld, Hvorvor Søren og ikke Birte, Forsvar og forneking, Åndelighet, Hva er narkomani, Sinne og aggresjon, Intimitet og nærhet, Å vokse opp med rus, Mitt liv – mitt ansvar, Å leve edru.”*

Der ligger et brev der, i et grønt album. Det er fint pakket inn i plastfolie. Det bærer preg av å være viktig – både for den som har skrevet det og den som har lagt det i albumet.

”Hva menes med ordet lykke?” Står det der. Og så nedover arket står det blant annet

”Det høres kanskje rart ut, men jeg er faktisk glad for at jeg er alkoholiker. For ellers hadde jeg vel ikke blitt så glad i livet og satt så pris på det som jeg gjør i dag....”

Og den som får sitte ei stund og høre på samtalene mellom pasienter og terapeuter i basisgruppa får en anelse om store og dyptgripende erkjenneslesprosesser.

”For det å være ærlig med seg selv er det det hele bygger på,” står det i brevet i albumet. *”- og ikke minst å bli glad i seg selv, før en kan bli glad i andre....”*

Og lenger nede står det:

”Nå står jeg bed begge bena godt planta på jorda og er lykkelig. Det vil ikke si at jeg ikke har problemer, for det har jeg. Men nå har jeg lært å takle dem, istedet for å skyve dem foran meg hele tiden så haugen blir så stor at det raste fullstendig rundt meg...”

Majors gamle herregårdshus kalles fremdeles for ”Hovedbygget”, selv om det er redusert til en liten satelitt ved siden av det ruvende nye. Der er trange ganger og 60-tallsfarger der, og respatex og linoleum. Der holder familieprogrammet til, der er kontorer for terapeuter og medisinere. Og der vanker pasienter i 11 måneders oppfølgingsprogram etter basisgruppe i klinikken.

I det røde bygget mellom Nybygg og Hovedbygg sitter Atle Fosse og tegner Livet og Rusen som to rundinger med piler mellom: Fra den ene til den andre – og tilbake til Livet.

”Åndelig oppvåkning”, sier han. Og akkurat som alle andre blir han svevende når han skal forklare hva det betyr. Våkne opp for manglende erkjennelse av sammenhengen, sier han. Forskjellige erkjennelser, sier han, og tegner hode, mage og hjertre;

”Fornektning” sier han, og rabler hår på hodet. *”Avmakt og selvmedlidenhet”* sier han og gjør magen litt større, *”Videre fram..”* sier han, og hjertet blir stort og varmt. Følelser og tanker må spille sammen, sier han.

Og i brevet i albumet står det helt i slutten:

”Det er så godt å kunne si hva en mener og hva en følger og ikke stenge alt inne i seg. Det er veldig viktig å ha noen å snakke fortrolig med, et menneske å støtte seg til i tykt og tynt. Det er ikke så vanskelig hvis en bare tør. Og det beste av alt – jeg er ikke redd meg selv lenger.”

”Kunnskap – eller livsvisdom – eller hå en ska’ sei...” sier Atle Fosse.

Fra den lille blindveien på Kongsgård kan man følge stien til Bispegra til Ruspoliklinikken. Den har også vokst. ”Bare” i 10 år riktignok, men den har blitt en helt liten fabrikk. *”Pluralistisk tilnærming”* er et honnørord inne bak de røde veggene. Mangfold. Nytenking – både i forhold til A-klinikken og til psykiatrien, som mange der har røttene sine fra. Men ikke alle. Mange har også røttene fra 12-trinnsprogrammet og bidrar til at nye tanker vokser fram i spenningsfeltet mellom de to tradisjonene.

Der holder Familieenheten til, som arbeider med par og familier der en – eller flere – strir med avhengighet og de andre med følgeskader eller medavhengighet. Og Regnbueprosjektet er der, der samles barn av rusavhengige til samtaler og møysommelig arbeid for å rette opp skadene de har fått fra oppvekst med rusavhengige voksenpersoner. Og PUT – psykiatrisk ungdomsteam- som arbeider med pasienter opp til 30 år og bruker både terapi og medikamentbehandling i kombinasjon. Og almenteamet, som tar pasientene over 30 år og deessuten AD/HD-behandlingen og pasienter med spillavhengighet,. Og MARIA – medikament-assistert rehabilitering i Agder – som bruker Metadon og andre erstatningsstoffer som hjelp til narkomane som ikke klarer full avgiftning. Der samles også MA – Anonyme Metadonbrukere – til sine samlinger og sin anvendelse av 12-trinnsprogrammet.

Og der holder også Forskningsenheten til. Avdeling for avhengighetsbehandling er i ferd med å bli en forskningssintsitusjon ”på si”. For hver utredning som konkluderes, så reises nye spørsmål. Der er så mye som er forsømt, så mye kunnskap som ikke er oppsummert. Avhengighet er et samfunnsproblem. Men de ulykkelige som rammes av problemet har i så mange generasjoner blitt fordømt i stedet for å bli tatt på alvor.

Halveishuset er den eneste delen av avdelingen i Kristiansand som ikke ligger på Kongsgård/Bispegra. Det er en erværdig gammel trebygning i sentrum. Der er det Blå Kors som henger i veggene. 90 år har det godt siden den kristne organisasjonen begynte sitt arbeid blant rusavhengige. I de siste årene har det gamle Blåkors-huset vært rehabiliteringshus for pasienter fra A-klinikken som trengte bedre skjerming enn poliklinisk oppfølging etter basis-gruppa. Nå er det fullt integrert i Avdeling for Avhengighetsbehandling.

Fra denne Kristiansandsenheten går det forbindelser og samarbeidslinjer ut til andre deler av Avdeling for avhengighetsbehandling, i Arendal, Mandal, Flekkefjord og Farsund.

Rundt det hele blomstrer selvhjelpsgruppene: Anonyme Alkoholikere (AA), Anonyme Narkomane (NA), pårørende-gruppa Al.Anon, barne- og tenåringsgrupper, Anonyme Spillavhengige (GA), Anonyme Metadonbrukere (MA).

Og ut av alle disse gruppene som kan være så vanskelige å få øye på fordi de holder anonymitetsprinsippet så høyt, trer enda en ”brukerorganisasjon” fram: ”Alarm – forum for åpenhet om rus og behandling”.

”Det nytter!” er slagordet til Alarm.

Og skulle det trekkes fram en annen sammenfatning av hva hele denne store ”subkulturen” står for 50 år etter starten på Brygga, så er kanskje Al-Anon som har formulert det tydeligst og kortest:

”Tøff kjærlighet,” sier de.

Karsten Nordal: **Stedets ånd 2**

KONGSGÅRDEN I ODDERNES

Kongsgården i Oddernes har en historie som interesserer mange. Ettersom A-klinikken siden 1960 har hatt lokaler på Nedre Kongsgård har vi valgt å ta med noen få historiske fakta fra det geografiske området som Kongsgården har omfattet og grenset opp imot.

FRA ISTID TIL BRONSEALDER

Otrunes (nå Oddernes) var fra gammelt navnet på halvøya mellom elva Otra og Topdalsfjorden. Mot slutten av siste istid, for ca. 12.000 år siden, lå de sentrale delene av Odderneset under sjøens overflate. Etter hvert som isen trakk seg nordover og forsvant, hevet landet seg og et slettelandskap med god sand- og leirjord kom til syne. Et stadig varmere klima medførte et rikt plante- og dyreliv. Sannsynligvis levde de første menneskene på Oddernes som nomader ca. 4.000 f. Kr. I yngre steinalder (4000 – 1800 f. Kr.) kom de første faste bosetninger. Et bevis for det er en boplass fra ca. 2500 år f. Kr. som ble funnet i 1947 under arbeid med Gimleveien.

ODDERNES – ET GAMMELT MAKTSENTRUM

Den kjente runesteinen ved Oddernes Kirke indikerer et maktsentrum og et høvdingsete på Oddernes i tiden rundt tusenårsskiftet. Store gravhauger fra den tiden syd og vest for Oddernes Kirke tyder på det samme. Gravhaugene var et av Agders største jernaldergravfelt. Området der har fram til i dag hatt navnet Kjempegravene. Haugene ble ødelagt i forbindelse med parselldyrking på 1800-tallet, og i dag er der høyblokker på stedet der gravhaugene lå. En rekke andre oldtidsfunn, så som båtgraver fra yngre jernalder og våpenfunn på kirkegården viser at Oddernes var et tett befolket område også i før kristen tid.

JERNALDERBYENE

Arkeologiske undersøkelser i forbindelse med anleggsvirksomhet i 1970 – og 80 årene har påvist oppsiktsvekkende bosetningsfunn i områdene rundt Oddernes kirke. Da Oddernes Menighet skulle bygges, ble det funnet rester av en landsby med 25 bygninger. Landsbyen er datert tilbake til tidsperioden romersk jernalder (0 – 400 e. Kr.) og folkevandringstida (400 – 550 e. Kr.).

Ikke nok med dette. I 1988 ble det i forbindelse med ombygning av E18 på Bjørndalssletta, ble det i 1988 funnet rester av en landsby med 23 bygninger fra før romersk jernalder (år 400 – år 0 f. Kr.).

At det eksisterte landsbybebyggelse allerede i tidlig jernalder er et nokså uvanlig funn i Norge, men var vanlig på Jylland. Dette antyder en nær forbindelse mellom Oddernesområdet og Danmark.

TRE STORE GÅRDER I ODDERNES

I skriftlige kilder fra 1400-tallet er det beskrevet tre store gårder sentralt på Oddernes. Gårdene lå nær kirka, og hadde navnet Elesi, Odde og Møglestu. Elesi lå lengst øst, sannsynligvis på det området som nå kalles Bjørndalssletta. Oddegården(e) lå lengst vest der navnet går igjen i Oddemarka og Oddemoen. Mellom disse to gårdene lå Møglestu. Navnet finnes i dag i Møglestumarka som støtter opp mot Prestegården og Prestebekken. Møglestu var en sentral og stor gård, og Tingstua sto der i begynnelsen av 1600-tallet. Det er sannsynlig at Prestebekken var grensa mellom Elesi og Møglestu, og at Møglestu hadde eiendommer helt ned til Topdalsfjorden.

Samlet besto disse gårdene av hele det ytre Odderneset. På 1500-tallet bodde det også mennesker på Oddernes som ikke primært levde av gårdsbruk. Noen drev med sjøfart og fiske og andre var håndverkere.

HERREGÅRDEN KONGSGÅRD BLIR TIL

I 1630 og 1640 årene var Oddernes inne i en aktiv periode. Sjøfarten blomstret og i disse årene var Christian IV på besøk flere ganger. Således besøkte han festningen ”Christiansø” på

Flekkerøy. Et kongebrev som ble utstedt i de dagene er datert ”Christiansark udi Flekkerøen”, juni 1635. Det ble i dette kongebrev gitt forordning om at lensherren skulle flytte fra kongsgården på Nedenes ved Arendal slik at han kunne få bosted i nærheten av festningsanlegget på Flekkerøya. Dette hadde sin bakgrunn i at lensherren skulle være øverstkommanderende ved Christiansø, en festning som ble bygd i 1630 årene. Flekkerøya var på den tiden et viktig havneområde både for handelsskip og krigsskip. Palle Rosenkrants, som på den tiden var lensherre, handlet fort. Gårdene ved Oddernes kirke, Møglestu, Odde og Elesi ble utpekt som område for den nye kongsgården, og allerede samme året som kongebrevet ble utstedt (1635) var kongsgården i Otrunes et faktum. Samlet besto kongsgården av hele det ytre Oddernes.

Mange av de fastboende i området (husmenn og strandsittere) ble nå husmenn ved kongsgården. De gamle gårdseierne fikk ved makeskifte nye landeiendommer av kongen.

Det nye gårdsanlegget (bygningene) på Kongsgård sto ferdig 1637 og var plassert i området ned mot Kongsgårdbukta like vest for Prestebekken. Hovedhuset lå på sydsiden og hadde en grunnflate i overkant av 30 x 10 meter. Huset hadde fire skorsteiner. Et annet stort hus lå på nordsiden av dette. Begge husene var bygd av rundtømmer og takene dekket av torv. Sammen med en del andre bygninger danner husene den ytre begrensning av et tun. Løe og stort fjøs lå litt lenger mot nordvest (i nærheten av Løebakken) rundt et eget tun. Nede ved Kongsgårdbukta ble det etter hvert bygget en tre-etasjers sjøbod.

KONGSGÅRDEN – ET NYTT MAKTSENTRUM

Lensherren var kongens faste representant i Agder len. Han hadde stor makt og myndighet. Utenom å være den øverste militære leder hadde han tilsyn med rettsvesen, kirke og presteskap Han hadde ansvar for innkreving av skatt og avgifter og han hadde politi- og påtalemyndighet.

I 1660 ble statsadministrasjonen i kongedømmet lagt om. Lenene ble til amt, og lensherrene ble erstattet av amtsmenn med et mindre myndighetsområde. Stavanger med Agdersiden var et av Norges største amt. I 1682 ble navnet på amtet endret til Kristiansands stiftsamt, samtidig som stiftsamtmann og biskop, som på den tiden bodde i Stavanger, fikk ordre om å flytte til Kristiansand og skulle få bosted på Kongsgården i Oddernes. Stiftsamtmannen fikk to tredjedeler og biskopen en tredjedel av gården. Begge hadde også sine embetsgårder i byen,

men i årene rundt 1700 bygde både stiftsamtmannen og biskopen hver sitt nytt hovedhus på Kongsgård.

Utover på 1700 tallet ble kongsgårdens funksjon som embetsgård svekket. Embetsmennene valgte å bo i byen og lot etter hvert andre overta en del av jord- og skogeiendommene. I 1805 ble både stiftsamtmannens og biskopens del av Kongsgården oppkjøpt av kjøpmannen Nils Wahl (området Valhalla har navn etter kjøpmann Nils Wahl).

FAMILILEN MAJOR OG ODDERNES KONGSGÅRD

Robert Major senior kom til Kristiansand som flyktning like før århundreskiftet, sannsynligvis høsten 1798. Han var en meget innflytelsesrik person, og ettertiden har oppfattet ham både som en sagn- og eventyrfigur.

Robert Major senior ble født i Belfast 1766. Som ung ble han opplært i garverifaget av sin far som eide et garveri. Historieskriver Christen Pram beskriver mannen slik: ”Skjøndt Menneske af Cultur og Formue skal han dog virkelig være opplært Garver”. Sannsynligvis hadde Robert Major senior god økonomisk ryggdekning fra sitt hjemland. Straks etter ankomsten i Kristiansand gikk han i gang med utførsel av eikebark og opprettelse av eget garveri.

Robert Major senior viste tidlig interesse for eiendommene på Kongsgård. Allerede i 1799 gikk han til innkjøp av parsellen Valhalla, men solgte den videre etter kort tid. I 1803 begynte han mer planmessig å kjøpe seg inn på Kongsgård. Deretter fulgte en periode med kjøp og salg av ulike parseller inntil han i 1810 gikk til innkjøp av det meste av eiendommen Kongsgård.

Det var på den tiden vanlig at byens velstående fikk bygget seg lystgårder. Robert Major senior var intet unntak. Mellom 1810 og 1813 ble det i den forbindelse bygget en stor hovedbygning (Sophienlyst) på Øvre Kongsgård.

I 1813 ble Kongsgården solgt til konsul Peder Isachsen, men gården ble kjøpt tilbake av Robert Major senior i 1821. Han beholdt deretter hele gården frem til 1836. Han solgte da den

ene halvdel til sin sønn Robert og den andre halvdel til konsul Daniel Otto Isachsen. Selv flyttet Robert Major senior til Lillesand hvor han bygde opp et garveri. På sine eldre dager var Robert Major senior plaget av depresjoner, og han tok sitt liv i 1839, angivelig under et anfall av sinnsforvirring.

Natt til 20.03.1847 brant alle bygningene på Nedre Kongsgård ned til grunnen. Brannen utviklet seg hurtig og fikk straks slik makt, at det bare var så vidt at eieren Robert Major junior med familie og tjenere ble reddet.

Ved gjenoppbyggingen ble alle hus flyttet til nordøstsiden av Prestebekken opp under heia der bygningene står i dag. Hovedbygningen sto ferdig i 1851. Det er en vakker bygning som bærer preg av datidens populære stilretning, sveitserstilen. Karakteristiske stiltrekk er stort takskjegg, fremspringende verandautbygg, slik som vi ser på bildet, og utsagde ornamenter. Bygningen var sannsynligvis en av de første sveitserhus i landsdelen.

Robert Major junior var en aktet og æret mann i Kristiansand. Han var bl.a. ordfører i Oddernes kommune. Hans bror, Herman Wedel Major, var utdannet lege med spesialkunnskap i psykiatri. Han var en sentral drivkraft da landets første asyl på Gaustad ble bygd. Videre er han kjent for utformingen og innføringen av sinnssykeloven av 1848 – en lov som sto uforandret i 100 år.

I 1854 (i år 150 år siden) reiste de to brødrene Robert og Herman Wedel sammen med fem andre familiemedlemmer med skipet Arctic for å emigrere til Amerika. Skipet kolliderte i tett tåke med et annet skip og forliste utenfor Newfoundland. Alle av Majorfamilien omkom.

KONGSGÅRD GARVERI

Robert Major senior var en meget driftig mann. Han slo seg opp på salg av eikebark, han kjøpte og solgte eiendommer både lokalt og på Østlandet. Han var skipsreder og han deltok i kapervirksomhet. Det han nok er mest kjent for er oppbyggingen og driften av Kongsgård garveri.

Dette garveriet ble ifølge Christen Pram påbegynt i 1804, muligens 1803. Garveriet fremstilte sålelær av råhuder fra Danmark og Jylland. Garveriet beskjeftiget åtte mann, og han ansatte sin engelske venn James Coward som daglig leder. James Coward ble boende i Norge, og hans sønn Gorgus Major Coward ble stamfar til den norske Coward-slekten, hvorav mange er bosatt i Kristiansand-distriktet.

Kongsgård garveri regnes å være den første industrielle garveribedrift i Norge, og det var på den tiden, som Christian Pram skriver, ingen andre tilsvarende fabrikker. Garveriet var en anselig bygning som var 70 alen lang, 18 alen bredt og inneholdt 50 garvekar eller firkantede kummer.

Robert Major senior sto for driften av garveriet fram til 1836. Etter perioder med skiftende eiere ble garveriet etter hvert overtatt av familien Moe.

Garveriet ble sterkt skadet av brann i 1925, men ble rekonstruert til det som er de nåværende bygninger i 1926. Driften av garveriet fortsatte fram til i slutten av 1960 årene.

ROBERT MAJOR SENIOR – UTSAGN OG LEGENDER

Som ovenfor nevnt var Robert Major senior både en sagn- og eventyrfigur. Dette kan ha sammenheng med at han i stor grad var taus om sin bakgrunn, noe som skapte fantasibilder rundt en person som var meget innflytelsesrik i sin samtid.

Det er sannsynlig at Robert Major var tilsluttet organisasjonen ”United Irishmen”. I tidsrommet 1763-1798 sto den organisasjonen for planlegging av opprør mot England og frigjørelse av Irland. Planene ble røpet og opprøret undertrykket med stor grusomhet. Det er sannsynlig at Robert Major senior høsten 1798 flyktet om bord i en hurtigseilende båt, og at Major, angivelig som syk, ble ilandsatt i Kristiansand havn fra en ”snaue” (en liten båt) som straks reiste videre uten inn- og utklarering.

Det oppsto snart fantastiske rykter om Major. Det ble fortalt at han etter det mislykkede opprør gikk i dekning for å slippe ut av Irland, og at han av sine venner ble skjult i en sukkerfustasje og brakt om bord i snauen. Han skulle ha fått med seg en tønne gull.

Det skulle være satt en pris på hans hode, og det sies at et britisk orlogsskip ble sendt til Kristiansand for å fange ham. Major sadlet straks sin hest og rei til Setesdal og kom først tilbake etter at skipet var reist.

Majors venn, Henrik Wergeland, skriver begeistret om Major som frihetshelt og republikaner. Sannheten i disse opplysninger er omstridt, men sannsynligheten er stor for at Major deltok i opprøret ledet av United Irishmen, og at han derfor flyktet til Norge.

DE STORE TRÆRNE OG HAGEANLEGGENE PÅ KONGSGÅRD

Av gamle bilder ser en at bygningen, både på Øvre og Nedre Kongsgård, er omringet av store trær og vakre hageanlegg.

I nedre Kongsgård Allé var det tidligere to meget store eiketrær. Det ene av disse ble satt i forbindelse med mestertyven Ole Høyland. Han hadde begått et tyveri i byen og var forfulgt. Politiet fulgte sporene hans til eiketreet i Kongsgård Allé, men her ble sporene helt borte. Etterforskningen ble da gitt opp, men sagnet sier at de burde ha undersøkt treet nærmere. I så fall ville de ha sett at treet var hult og at Ole hadde gjemt seg inne i stammen.

Et av disse store eiketrærne blåste ned en stormnatt i slutten av 1860 årene. Senere har flere større trær lidd den samme skjebne. Senest år 2000 la en stormbyge et større lindetre tvers over veien ved inngangen til hovedbygningen på Nedre Kongsgård. Etter det ble et par andre meget store og gamle trær nær hovedbygningen saget ned. Som det fremgår av bildene har etter hvert nye store trær kommet til, slik at bygningen på Nedre Kongsgård fortsatt finner beskyttelse under store trekroner.

Når det gjelder hageanleggene er det opplysninger om at fogden Ris, som overtok på Kongsgård i 1674, kostet en urte- og frukthage og bygde et ”hagekammers”. Hagen bestod av gamle store frukttrær og yngre trær, de fleste kirsebærtrær. I tre små lystkvarterer var det liljer, pioner og andre blomster. To av lystkvarterene var anlagt av buxbom, og de var omkranset av rips, stikkelsbær og rosentrær.

Det antas at hagene på Kongsgård må ha vært preget av tidens hagekunst med innslag både fra stilartene renessanse og barokk. I barokken var de særlig glad i buxbom, som så lett lot seg forme ved klipping, og hageanleggene hadde gjerne rette linjer og klipte hekker. (Se bildet av hagen fra Øvre Kongsgård).

Hageanleggene på Nedre Kongsgård har hatt sin naturlige fortsettelse i det store antall private småhager (parseller) som preger landskapet nordøst for nedre del av Prestebekken.

KONGSGÅRD ETTER 1854

Like før Robert Major junior dro til Amerika solgte han Nedre Kongsgård til Nicolai Moe. Dermed kom Moe-slekten inn i driften av gården. I 1916 solgte Nicolai Moe gården til Oddernes kommune. Kommunen fortsatte gårdsdriften, men bygningene ble benyttet som midlertidig bolig for familier som ikke hadde noe sted å bo. Etter hvert ble bygningene stående tomme og ble lite vedlikeholdt frem til A-klinikken fikk disposisjonsretten i 1960.

Øvre Kongsgård hadde skiftende eierforhold i flere år inntil Kristiansand Sanitetsforening kjøpte gården i 1921.

KONGSGÅRDEN, ET SENTER FOR SOSIALE OG MEDISINSKE INSTITUSJONER

Det har de senere tiår vært lite av gårdsdrift på Kongsgården. Boliger, industri, handel og andre virksomheter har etter hvert overtatt mye av området. Det som i tillegg til dette har preget de sentrale områdene av Kongsgård er oppbygging av en rekke medisinske og sosiale institusjoner og behandlingssteder.

På Øvre Kongsgård ble eiendommen Sophienlyst ombygget til tuberkulosesanatorium. Sanitetsforeningen hadde ansvar for driften av sanatoriet frem til bygningen brant ned i 1953. Sanatoriebehandling for tuberkulose ble etter hvert mindre aktuelt. Det ble derfor reist en bygning for behandling av psykiske lidelser på branntomten (Kristiansand Sanitetsforenings, Klinik for nervøse). Klinikken ble åpnet i 1959 og hadde 60 sengeplasser. Driften av Klinik for nervøse ble nedlagt i midten av 1980 årene. Etter det skjedde en større utvidelse av bygningsmassen med 44 serviceleiligheter i tillegg til at det eksisterende bygg ble omgjort til avdeling for rehabilitering og for aldersdemente.

I 1934 hadde Sørlandets og Telemarks fylkeslag av Norges Handikapforbund ”oppdaget den ideelle tomt” for en behandlingstinstitusjon på Nedre Kongsgård. Det tok lang tid før planene ble til virkelighet. Først i 1957 stod Kongsgårdheimen Vanføreheim og Polioinstitutt ferdig oppbygd. Resultatet var imidlertid meget bra. Kongsgårdheimen var en av de fineste og mest moderne i hele landet med plass til 68 pleiehjemspasienter og 30 poliopasienter. Terapitilbudet er etter hvert blitt utvidet og forandret i takt med skriftende behov.

Fra 1979 ble Ringåsen-området utbygd for fylkeskommunale tiltak for mennesker med psykisk utviklingshemning. Etter HVPU-reformen i 1990 ble en del av bygningene frigjort til andre formål. Ruspoliklinikken har disponert hovedbygningen siden 1998.

På Nedre Kongsgård er det videre funnet plass til andre tiltak innenfor helse og sosialt arbeid. Således er det bygget flere vernede boliger, nytt sykehjem, ortopedisk senter, dagsenter, nytt sykehjem og en avdeling for habilitering.

Når det gjelder A-klinikken på Nedre Kongsgård, har den gjennomgått flere bygningsfaser etter hvert som virksomheten er blitt utvidet. I 1971 ble det bygget en ny avdeling vegg i vegg med hovedbygningen som inneholdt rom som var egnet til behandling av akutte tilfeller, samt rom for poliklinisk virksomhet. Drengestua i bakgården ble ombygd og utvidet til avdeling for arbeidsterapi.

I februar 1988 flyttet avrusningsavdelingen i St.Hansgate inn i nye lokaler som var blitt oppbygd på baksiden av hovedbygningen på A-klinikken. I 1991 stod et nytt terapibygg ferdig på vestsiden av den gamle hovedbygningen (Basisbygget).

I løpet av 1990 årene ble det etter hvert større behov for å gi et behandlingstilbud til pasienter med stoffmisbruk og medikamentavhengighet. De gamle lokalene ble etter hvert lite funksjonelle, og det var behov for kontorplass i forbindelse med utvidelse av antall ansatte. For å imøtekomme dette behov, er det i jubileumsåret blitt åpnet et nytt terapibygg som har fått sin plassering opp mot fjellet nord-vest for den gamle hovedbygningen. Bygningen er i tre etasjer med plass til avrusningsavdeling, basisbehandling og langtidsbehandling beregnet for rusmisbrukere med psykiske lidelser.

KONGSGÅRDOMRÅDET I DAG

Det planlegges i dag en rekke tiltak som får store konsekvenser for landskapet i Kongsgårdområdet. Den vakre Ringåsen er etter hvert blitt delvis spist opp av steinbruddvirksomhet. Kongsgårdbukta er blitt ”ødelagt” av å være industriavfallsplass gjennom mange år. De nedre deler av Prestebekken er i dag i dårlig forfatning.

Bystyret vedtok i 1998 at fremtidig havneutvidelse i Kristiansand kommune skal lokaliseres til Kongsgård/Vige. Det legges til grunn at en stor del av havneaktiviteten i Vestre havn flyttes til Kongsgård. Etter planene skal havneområdet opparbeides i området mot Ringåsen og Ringknuten. Tiltaket vil få adkomst fra nytt to-plans kryss ved E18 i Narvika.

Etter dette vil det være lite igjen av den opprinnelige strandsonen i Kongsgårdbukta, men utbygningen vil også inneholde en del bevaring av det vakre i landskapet. Således vil deler av Prestebekken bli omlagt slik at en sikrer et ”varierte biologisk mangfold”. Det vil bli iverksatt tiltak mot betydelige forurensninger i området der husholdnings- og industrifyllplassen lå. Videre vil ny vei til to-plans kryss ved E18 i Narvika medføre en vesentlig lavere trafikkbelastning i Kongsgård Allé. Sterke industriinvestorer har de siste årene meldt interesse for området.

Sett på bakgrunn av at Kongsgård garveri i sin tid var en stor industrivirksomhet og hadde tilhørende havn, er det en interessant utvikling at Kongsgårdbukta i fremtiden planlegges å bli et betydningsfullt havne- og industriområde.

Olav Haavorstad: Inn i psykiatrien – kollisjon eller berikelse?

(Olav Haavorstad er avdelingsleder)

Rusbehandling på spesialistnivå var fram til 1.01.2004 fylkeskommunens ansvar. Etter den datoen er behandlingen blitt en del av spesialisthelsetjenesten. Landets regionale helseforetak har overtatt ansvaret.

I dag trengs ikke lenger kommunal garanti for døgnopphold. Henvisende instans er enten fastlege eller sosialkontor.

Sammenlignet med andre medisinske disipliner er rusfeltet et lite fagfelt, med en relativ kort historie bak seg. Fra nyttår av er vi blitt en del av Sørlandet sykehus. Sammen med psykiatrien er vi organisert i en felles klinikk, ”Klinikk for psykiatri og avhengighetsbehandling”. Vi er glad for navnet. Det bekrefter at vi er to fagfelt samlet under felles ledelse.

Ca. 1000 årsverk er knyttet til klinikken, fordelt på 5 DPS-er og 4 avdelinger. Vår avdeling har fått navnet, ”Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling”. Fra 1.juli d.å. ble det offentlige rusbehandlingstilbudet i Aust- og Vest-Agder slått sammen til en avdeling. For øyeblikket har avdelingen en personellmessig størrelse på 110 årsverk .

På landsbasis er omtrent 50% av rusbehandlingen privatisert. Det gjelder den virksomheten som nå er godkjent som spesialisthelstjeneste. I vår landsdel har Helse Sør inngått avtale med Loland Behandlingssenter (LBS) om kjøp av 39 døgnplasser. Virksomheten eies og drives av Blå Kors. Vi har i mange år hatt et nært samarbeid med dem og ser fram til at det skal fortsette. Inklusive LBS vil det på Sørlandet være ca. 150 årsverk engasjert i rusbehandling på 2. linjenivå.

Visjoner, mål og verdier løftes fram. Fokuset settes på pasientens rettigheter, helsepersonellens forpliktelser og mer helse for hver krone. Det prioriteres på kvalitet og på fag. Psykiatri- og rusbehandling skjermes for personellreduksjoner. Andre må forberede seg på reduksjon i bemanningen. Denne virkeligheten er vi blitt en del av. Sykehuset organiseres i nye klinikker og virksomheten slås sammen til større avdelinger. Det er en krevende, men

også spennende prosess. Nå er vi blitt medspillere i et større fellesskap med ansvar for å bidra til faglig vekst tross knappe ressurser. Blir det kollisjon eller berikelse?

Tidligere forbundskansler Konrad Adenauer har sagt ”Vi lever alle under den samme himmel – men ikke alle under den samme horisont”. Det går med andre ord ann å se muligheter der andre ser problemer. Det går ann å bidra til trivsel eller velge det motsatte.

Det heter i utsagnet ”at veien blir til mens du går”. Vi har så vidt startet på den nye veien sammen. Alt tyder på at det skal bli en spennende tur med en rekke møteplasser, hvor vi kan lære mye av og om hverandre. Antagelig møter vi flere felles kjente som vi kan slå av en prat med. Enten de er alene, sammen med pårørende eller andre i familien. Kanskje kan vi bidra med noen gode råd på veien.

Det er på tide å ønske hverandre GOD TUR!

Vi gratulerer med jubileet!

(Sparebank 1-logo)