



**A-KLINIKKENS PIONERER
1954 – 2008**

**INTERVJU MED 12 TIDLIGERE
ANSATTE**

Atle Fosse

**Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling
Sykehus HF
30.11.2020**



Kontaktinformasjon:

*Sørlandet Sykehus HF
Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling
Postboks 416
4604 Kristiansand*

*Kontaktperson:
John-Kåre Vederhus
john-kare.vederhus@sshf.no
Tlf. 38132600*

Hjemmeside: www.avhengighetsbehandling.no

*ARAs forskningsserie nr 33 - 2020
Avd. for rus- og avhengighetsbehandling (ARA), 2020*

ISBN 978-82-91191-33-1

Forord

Heftet inneholder en serie intervjuer med *noen* av A-klinikkens pionerer som bidro til innføring, utvikling og praktisering av 12-trinnsmodellen. Intervjuene dekker en periode på over 50 år fra 1954-2008. Denne perioden 1954 – 2008 handler om tiden før og etter innføring av 12-trinnsbehandling, helt frem til, og litt inn i perioden da A-klinikken/Vestagderklinikkene ble en del av helseforetaket Sørlandet Sykehus (SSHF) i 2004.

Underveis har A-klinikken flere ganger skiftet navn i forbindelse med fusjoner. Fra 2004 har navnet vært Avdeling for rus og avhengighetsbehandling (ARA), SSHF. Fortsatt utgjør den 12-trinn orienterte behandlingen en sentral del i dag- og døgnbehandlingen i Kristiansand, først og fremst fordi behandlingsresultatene er gode.

Til sammen er det tolv intervjuer. Alle unntatt et, er gjort av Atle J. Fosse, og et er gjort sammen med tidligere enhetsleder Hilde Stokkeland., Enhet for gruppebehandling.

Historien starter med A-klinikkens grunnlegger i 1954, dr. Oscar Olsen (1908-2004). Dette intervjuet er sakset fra Tidsskrift for den norske legeforening i 1996, da dr. Olsen var 87 år. Tre av de intervjuede har hatt en viktig administrativ funksjon. De andre har arbeidet med pasienter og familie. Tolvtrinnsmodellen har sterkt fokus på barn og familie til rusavhengige, og Regnbueprogrammet, et lavterskeltilbud for barn, blir mye omtalt og savnet. Dessverre ble det nedlagt ca. 2012.

Intensiv gruppebehandling, psykoedukativ undervisning, familieterapi, etisk rådgivning, erfaringskompetanse og samarbeid med selvhjelpsgrupper som AA og NA har stor betydning i modellen. To av de intervjuede har egenerfaring med rus. «Det er lettere å nå inn til andres galskap, når en har egenerfaring», sier Per Erik Zahl. Ellers er tre leger, en psykolog, en etisk rådgiver, en spesialsykepleier og en sosionom intervjuet. Intervjuene ble gjennomført i perioden 2018-2020 og er tidligere publisert på ARAs webside: www.avhengighetsbehandling.no. Miriam Holman døde i 2019.

Det er sikkert andre som kunne vært intervjuet. Overlege Olav Espegren (1942-2020) startet sammen med dr. Anne Margrethe Vik og spesialsykepleier Reidun Åsland en 12-trinns behandlingsavdeling (Amani Ward) på Haydom Lutheran Hospital i Tanzania. Avdelingsleder Arne T. Bie på ARA var med på å starte en tilsvarende avdeling i Arkhangelsk i Russland, etter at personale hadde vært til opplæring hos oss. De to sistnevnte har hver for seg et eget kapittel om prosjektene i den interne håndbok i Enhet for gruppebehandling, anno 2020.

Kristiansand, 26.11.2020

Atle J Fosse

Innholdsfortegnelse

Forord	4
Innledning	6
Intervju 1: Oscar Olsen – overlege A-klinikken 1954-1978.....	10
Intervju 2: Miriam Holman - styrer og ansatt for perioden 1978-1992	14
Intervju 3: Karsten Nordal - overlege A-klinikken 1979-1999	17
Intervju 4: Øistein Kristensen - overlege og forsker 1986-2018	22
Klinisk praksis og veiledning	22
Forskningsarbeidet.....	27
Intervju 5: Tor Åge Fjukstad - avdelingsleder Akuttstasjonen og ruskonsulent 1980.....	33
Intervju 6: Per Erik Zahl - erfaringsterapeut og programkonsulent 1988-1999	37
Intervju 7: Eldbjørg Kjøstvedt - prosjektleder og sosionom 1985-2008.....	42
Intervju 8: Kjell Agnar Karlsen - psykolog 1988-1995	47
Intervju 9: Eva Norbakk - spesialsykepleier og addiktolog, 1984 – 1994 og 1999 – 2019.....	50
Intervju 10: Astrid Salte - addiktolog og gestaltterapeut 1995-2018.....	56
Intervju 11: Sivert Follesø - teolog og etisk rådgiver 1992-2020.....	61
Intervju 12: Olav Haavorstad – sosionom og leder: Klinikkdirktør og avdelingssjef 1999-2007	68
Litteratur:	73

Innledning

Rundt 1900 var det hovedsakelig ved kurstedene alkoholavhengige fikk behandling for sine problemer. Men også psykiatriske institusjoner tok seg av alkoholavhengige som ble innlagt med psykiske tilstander. Fra 1950 kom det til en ny type institusjoner i form av mindre sykehusenheter eller korttidsklinikker. Disse klinikkene hadde et behandlingsopplegg som var sterkere medisinsk orientert enn kurstedene. Disse første korttidsklinikkene i Norge ble opprettet på initiativ av rehabiliterte alkoholavhengige innen selvhjelpsbevegelsen Anonyme Alkoholikere (AA).

Dette var også tilfelle for **A-klinikken i Kristiansand** som ble etablert på Fiskebrygga i **1954**. Overlege Oscar Olsen var en sentral støttespiller og han gikk inn som leder og overlege fra 1954-1978. Samarbeidet med AA-bevegelsen var meget god. Denne bevegelsen ble startet i 1935 i Akron i USA av to alkoholavhengige, Bill Wilson og Bob Smith. I 1947 nådde bevegelsen Norge og våren 1949 startet den første AA-gruppe i Kristiansand.

AA har et livsstilsprogram for folk som ønsker å slutte å drikke. Programmet består av 12 trinn og har hjulpet millioner verden over med å få bukt med sin drikketrang – og få orden på livet sitt. Dr. Olsen satte seg inn i tenkningen. Alkoholavhengighet ble sett på som en primær og kronisk sykdom – en «endret reaksjon på alkohol». Den er progredierende og vil gradvis gi fysiske, psykiske, sosiale og etiske problemer. Avhengigheten vil også ramme familien. Ubehandlet vil den kunne gi en altfor tidlig død. Avhengigheten kan behandles med godt resultat, men den kan ikke helbredes.

AA kan ifølge sine tradisjoner ikke drive klinikker og dr. Olsen skilte tydelig mellom klinikkbehandlingen og selvhjelpsgruppene. Arbeidet ved A-klinikken bestod av medisinsk behandling, avrusning og rehabilitering. På den tiden tok man inn berusede personer for avrusning før behandlingen begynte. Behandlingen bestod av forelesninger av medisinsk karakter om alkoholen og dens skadevirkninger, samt et opplegg for endret livsførsel.

Dr. Olsen trakk inn AA-programmet og integrerte AA-medlemmer i behandlingen. Han sendte pasientene på AA-møter og sørget for å knytte edru alkoholavhengige i kontakt med pasientene. Dermed kom erfaringene fra de tørre alkoholavhengige, pasientene til del. A-klinikken flyttet til Kongsgård Alle 71 i **1961**.

Krisetid

Da dr. Olsen sluttet og gikk av med pensjon i **1978** oppstod en kritisk og krevende tid for klinikken. Det var umulig å få tak i ny lege og klinikken, som da var en del av medisinsk avdeling på Vest-Agder Sentralsykehus, var i ferd med å bli nedlagt. Hjelpen kom fra Kristiansand Sanitetsforenings klinikk for nervøse. Spesialist i psykiatri Karsten Nordal ble ansatt som ny overlege i full stilling og Øistein Kristensen som reservelege i 50% stilling i 1979. Miriam Holman var en engasjert oversykepleier/styrer i denne perioden.

Det var bare menn til behandling frem til **1982**, men fra dette året kunne kvinner også søke seg inn ved A-klinikken. Før hadde de vært behandlet i psykiatrien eller sendt ut av fylket, f.eks. til Riisby kursted for kvinner.

Behandlingen i denne perioden fikk et mer sosialpsykiatrisk fokus. Transaksjonsanalyse og gestaltterapi ble brukt.

En ny tid – Minnesotamodellen

I 1985 vedtok Vest-Agder Helse og sosialstyre å innføre 12-trinns orientert behandling (den gang kalt Minnesota behandling) ved A-klinikken. Samtidig ble den kommunale Avrusningsstasjonen i St. Hans gate planlagt overført til A-klinikken på Kongsgård. Og A-klinikken ble av fylket tillagt forskningsansvar for rusbehandling i fylket. Ruskonsulent Tor Åge Fjukstad stod sentralt i alle disse endringer.

Modellen hadde sitt utspring i tre behandlingstinstitusjoner i Minnesota (Hazel den, Wilmar State Hospital og Pioneer House), derav navnet. Den kom til Norge via Sverige og Island og ble populær fordi behandlingsresultatene var så gode. Men den var omstridt, fordi den var basert på erfaringskunnskap og ikke forskning og fordi det var private betalingsinstitusjoner som var de første til å ta den i bruk i Norden. Modellen innførte begrepene «kjemisk avhengighet» (fellesbetegnelse for avhengighet av alkohol, narkotika og/eller piller) som primær sykdom hos den rusavhengige og medavhengighet hos familien. Basisgruppebehandling for den kjemisk avhengige, parallelt med familiebehandling for familien. Bruk av erfaringsterapeuter som behandlere, kombinert med helsefaglig personell. Bruk av etisk rådgiver. Samarbeid med selvhjelpsgrupper (AA, NA, Al-anon). Bruk av de første fem trinn i 12 trinns programmet, kombinert med gode medisinskfaglige behandlingsmetoder. Målsetting: total rusfrihet og bedre livskvalitet for pasient og familie.

Arven fra Oscar Olsens tid måtte gjenoppvekkes og pionerer og entusiaster måtte til for å snekre sammen gruppeprogram, familieprogram, forberedelse og oppfølgingsprogram. Det ble bruk for et tverrfaglig team, bestående av gruppeterapeuter, psykiatere, psykolog, sykepleiere, etisk rådgiver, familierapeuter, sosionomer, erfaringsterapeuter og miljøarbeidere.

Det ble et intensivt program over 4-6 uker med betydelig større fokus på familie og barn. Sentrale folk i denne omstillingen var psykiaterne Karsten Nordal og Øistein Kristensen, sosionom Eldbjørg Kjostvedt, psykolog Kjell Agnar Karlsen og erfaringsterapeut/programkonsulent Per Erik Zahl. Sykepleierne Else Jakobsen, Lisbeth Augland og Gro Kvalheim spilte også en viktig rolle. Administrativ ledelse var Miriam Holman og Torstein Westgård.

Den nye behandlingen startet i 1986 og programmene ble bygd opp trinn for trinn. Prosess og produkt ble kontinuerlig evaluert ved oppfølgingsstudier 3,6,9,12,18 og 24 måneder etter utskrivning. Dette gjaldt pasienter, men også familiene ble fulgt opp med spørreskjemaer. Etter å ha gjort dette i 10 år var vi sikre på at modellen ga gode resultater. Mer enn 50% var rusfri et år etter utskrivning.

I 1987 startet man dagbehandling på klinikken, men det var ikke midler nok til å drive gruppen over tid, så den ble lagt ned etter et halvt år. Senere, i 2010 ble dagbehandling startet opp på nytt.

I 1988 stod et nytt tilbygg med 10 avrusingsplasser ferdig på Kongsgård. Inn flyttet Akuttstasjonen, som før hadde holdt til St. Hans gt. 1 i sentrum av Kristiansand.

I 1990 gjorde fylkeskommunen avtale med Blå Kors behandlingssenter om å inngå i et tettere samarbeid med A-klinikken, og stedet ble et fast oppfølgingstilbud i etterkant av Basis døgnbehandling. Behandlingssenteret skiftet da navn til: «Blå Kors Halvveishus».

Regnbueprosjektet som forebyggende tiltak for barn av rusavhengige ble etablert i **1991**. Tiltaket fikk støtte fra fylkeskommunen og Vinmonopolets forebyggende fond. Det startet først i Kristiansand sentrum, deretter fysisk plassert og integrert i A-klinikkens virksomhet. Prosjektet gikk etter hvert over til å bli et fast program og ble dessverre lagt ned ca. 2012. Eldbjørg Kjøstvedt var en drivkraft i dette programmet sammen med Svein Helge Gundersen.

I 1993 kom ny lov om sosiale tjenester. Denne la føringer for at pasienter med avhengighet av illegale rusmidler (narkotika) også kunne tas inn i rusbehandling ved institusjoner for alkoholavhengige. Oppfølgingsstudier viste at også denne gruppen kunne behandles med 12-trinn orientert behandling, men det krevde oftest lengre behandlingstid. Oppfølging på Enhet for rehabilitering i etterkant var nyttig.

Ruspoliklinikken startet med lokaler på A-klinikken i **1994**. Lokalene ble fort for små, så i **1995** flyttet den til Bispegra 50c, på Lund. Olav Espegren (1942-2020) var en driftig overlege ved enheten og bygde den opp fra fire til 50 ansatte i løpet av en 10 års periode. En liten «restpoliklinikk» ble igjen, som tok ansvar for inntak av pasienter til A-klinikken/Vest-Agderklinikken. På denne tiden var A-klinikken også sekretariat for Fylkets Inntaksteam for rusbehandling.

I 2001 ble forskning og undervisningsenheten (FoU) opprettet. Øistein Kristensen ble ansatt som forskningsleder i 50% stilling. Siden er enheten blitt utvidet med flere ansatte og doktorgradsstipendiater. Fra 2013 overtok dr. Bjørg Hjerkinns ansvaret. Nåværende leder er Frode Nordhelle. John Kåre Vederhus har vært forsker ved enheten i lang tid, og gjennomført mange viktige forskningsprosjekt, og skrevet høyt rangerte artikler. Det er nært samarbeid med Universitetet i Agder og Universitetet i Oslo. Fire doktorgrader er avlagt.

I 2002 ble Ruspoliklinikken en del av Sørlandet Sykehus HF.

I 2003 ble det gjennomført en bedriftsovertakelse av Blå Kors Halvveishus, slik at det ble en del av Basis døgnbehandling. Posten skiftet da navn til Rehabiliteringsposten. Behandlingsaktiviteten foregår fortsatt i leide lokaler hos Blå Kors, Gyldenløves gt. 56, Kristiansand.

I 2004 ble døgnenhetene på Kongsgård også en del av sykehuset, i nytt bygg, der pasienter i Basis døgnbehandling fikk rom i 1. etasje, Avrusningsenhet i 2. etasje og Rus- og psykiatrienhet, samt en avdeling for pasienter på tvang i 3. etasje. Med ny reform og helseforetak ble behandlingsinstitusjoner på sykehusnivå i Aust- og Vest-Agder slått sammen og fikk navnet Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA), Sørlandet Sykehus. Klinikkdirktør og avdelingsjef Olav Haavorstad var en viktig person i denne prosessen. Basis døgnbehandling skiftet navn til «Enhet for gruppebehandling», ARA.

Fra 2004, med ny rusreform ble det etablert et Vurderingsteam for inntak av pasienter til rusinstitusjoner i Agderregionen. Vurderingsteamet bestod av ansatte ved Klinikk for psykiatri og avhengighetsbehandling.

Det kan helt til slutt tas med at man **i 2008** opprettet forberedelsesgruppe for døgnbehandling.

Øistein Kristensen

Atle J Fosse

Intervju 1: Oscar Olsen – overlege A-klinikken 1954-1978

I 1996 ble A-klinikkens grunnlegger, overlege Oscar Olsen, intervjuet av Kristin Green Nicolaysen i Tidsskrift for den norske legeförening. Dr Olsen var da 87 år. Han levde til han var 96 år og døde i 2004. Intervjuet gjengis her i sin helhet:

Oscar Olsen: Radikal, liberal og konservativ pioner i alkoholomsorgen

I over 40 arbeidet Oscar Olsen for å hjelpe alkoholikere til et bedre liv. I 1954 var han med på å starte A-klinikken, den andre korttidsklinikken for alkoholskadde her i landet, der han var overlege de første 25 år. Han var stortingsrepresentant for Venstre fra 1945-49. I 1978 fikk han St. Olavs Orden for sin innsats, men hans beskjedenhet gjør at han nødig snakker om egne bragder.

87 åringen er også nylig blitt navnefar til et fond som skal stimulere og premiere forskning om alkohol. Ved å knytte prisen til Oscar Olsens navn, ønsker A-klinikken i Kristiansand å hedre en av pioneren på dette feltet i Norge.

Oscar Olsen ble født i Kristiansand i 1908. Av en eller annen grunn, som han selv ikke kjenner, bestemte han seg tidlig for å utdanne seg til lege. Hans første tanke var å søke seg inn på medisinstudiet i USA, men slik ble det ikke. I stedet fikk han sin medisinske embetseksamen fra Universitetet i Oslo i 1935.

Under krigen var han aktiv i motstandsarbeidet. En natt i 1942 måtte han ta med seg kone og barn og flykte til Sverige. Der arbeidet han som lege for norske flyktninger og smuglet utstyr til Norge, til bruk for sykehusene og til lagring for " gutta på skauen". Da freden kom, vendte han tilbake til Norge, og ifølge han selv var det " fredsrusen" som førte til at han ble valgt til stortingsrepresentant for Venstre i perioden 1945-49.

Opp gjennom årene har han også deltatt aktivt i det lokale politiske liv som varaordfører, medlem av formannskap og bystyre, formann i sosialstyre, medlem av sykehusstyre og med i utallige komiteer og utvalg. Han har vært formann i Vest-Agder legeförening og satt dessuten som formann i Legeföreningens råd for legeetikk fra 1970-73. Også Kringskastingsrådet har nytt godt av Olsens kapasitet, i årene 1966-77.

- Tidligere kringkastingssjef Ustvedt spurte meg en gang om hvor i det politiske landskap jeg befant meg. Han hadde visst ikke så lett for å bli klok på meg. Jeg svarte: Sosialt er jeg radikal, økonomisk liberal og kulturmessig konservativ, svarer Oscar Olsen med en lun latter.



Dr. Oscar Olsen ble tildelt St. Olavs Orden for sin samfunnsnyttige innsats
(Foto: Privat familiefoto)

Bevegelsen Anonyme Alkoholikere (AA)

Ved århundreskiftet var det hovedsakelig ved kurstedene alkoholikere fikk behandling for sine problemer. Også de psykiatriske institusjonene tok seg av alkoholikere som ble innlagt med psykiske tilstander. Fra 1950-årene kom det til en ny type institusjoner i form av mindre sykehusenheter eller korttidsklinikker. Disse klinikkene hadde et behandlingsopplegg som var sterkere medisinsk orientert enn kurstedene. Disse første korttidsklinikkene i Norge ble opprettet på initiativ av rehabiliterte alkoholikere innen AA-bevegelsen. Bevegelsen Anonyme Alkoholikere har sitt opphav fra USA, og ble startet av to alkoholikere i 1935. Bevegelsen har et «program» for folk som ønsker hjelp til å bli kvitt sine alkoholproblemer. Programmet består av 12 trinn som er basert på forhenværende alkoholikeres egne erfaringer om sitt drikkemønster.

Hva var det som gjorde at du ble engasjert i arbeidet i AA-bevegelsen, Oscar Olsen?

Jeg kjente Gordon Johnsen fra min studietid, og Johnsen var sterkt engasjert i oppbyggingen av landets første A-klinikk på Trasop i Oslo i 1951. Det hendte jeg vikarierte for han i hans praksis, og på denne måten kom jeg i kontakt med pasienter med alkoholproblemer. Jeg kunne ingenting om alkoholisme den gang. Hva jeg hadde lært i løpet av studiet var høyst fragmentarisk. Jeg visste om skrumplever fra patologien og delirium fra psykiatrien, men det var også alt.

Da A-klinikken åpnet i 1954, holdt den til i et gammelt lager på bryggen i Kristiansand. Oscar Olsen arbeidet først som lege på deltid ved siden av egen praksis. Fra 1956-72 var han tilsynslege på deltid ved det første sykehjemmet i Kristiansand. I 1961 ble han overlege ved A-klinikken. På dette tidspunktet var klinikken flyttet til Nedre Kongsgård – et gammelt herresete som hadde vært i besittelse av Robert Major jr., bror til Herman Wedel Major som var sinnsykelovens «far», og en drivkraft under oppbyggingen av Gaustad Sykehus, landets første asyl. Fra 1977 overtok Vest-Agder Sentralsykehus A-klinikken. Fra 1982 ble den drevet direkte av Vest-Agder Fylkeskommune. I Norge er det i 1996 i underkant av 100 selvhjelpsgrupper i regi av AA. På verdensbasis teller organisasjonen to millioner mennesker.

Mange alkoholikere har gitt uttrykk for at de innen AA-bevegelsen opplevde noe som var «sterkere» enn dem selv, og som på den måten hjalp dem til å hjelpe seg selv.

Fellesskapet – en vei til rehabilitering

Hva mener du om behandlingsopplegget som AA er talsmann for?

La meg først si at AA aldri har ment å ha noe «monopol» på området, som de eneste som kan hjelpe. Mange alkoholikere har imidlertid gitt uttrykk for at de innen AA-bevegelsen opplevde noe som var «sterkere» enn dem selv, og som på den måten hjalp dem til å hjelpe seg selv. Hva dette «sterkere» er vet jeg ikke. Noen vil kanskje si det er en gudstro, andre vil si det er gruppefellesskapet som gjør noe med dem. AA påtvinger ingen sin ideologi. Det gir den enkelte muligheten til å høre om hva andre fortvilte mennesker i samme situasjon har opplevd. AA snakker alltid på *egne* vegne. Noen har formulert det slik: «Man melder seg ikke inn i AA, man drikker seg inn i bevegelsen».

Hva innebærer alkoholisme?

Alkoholisme som sykdomsbegrep er kanskje fortsatt kontroversielt. Det er ikke alle misbrukere som blir alkoholikere. Selv oppfatter jeg alkoholisme som en *endret reaksjon* på overforbruk av alkohol, over tid. Man kan se det som en sykdom dersom man legger en utvidet sykdomsforståelse til grunn. Noen er disponert, og i et samspill med psykososiale forhold, ender enkelte opp som alkoholikere. Uansett er alkoholisme verdens mest «demokratiske» sykdom, i den forstand at den rammer like hardt i alle sosiale lag i befolkningen, tilføyer Olsen.

Hvordan stiller du deg til spørsmålet om bruk av tvang overfor rusmisbrukere?

Situasjonen på dette området har endret seg betydelig siden 1940- og 1950-årene. Mange nye stoffer er kommet til og rusmiddelpanoramaet er drastisk endret. Dette, sammen med et økende legemiddelbruk, har ledet til det utbredte blandingsmisbruket vi ser i dag. Det er et vanskeligere problem å bli stilt overfor enn den gang vi behandlet gammeldagse «fylliker». Jeg vil nok ikke avvise bruk av tvang. Særlig ikke når gjelder unge narkomane, der mange er helt uten styring og motivasjon, sier Olsen bestemt.

Han gir like fullt uttrykk for at det primære må være å møte disse menneskene med åpenhet, dog realistisk og nøkternt. Han er betenkt over dagens alkoholpolitikk, og mener at samfunnet fortsatt har et stykke igjen til en mer balansert håndtering både av omsetning og salg av alkohol. Selv om han er smertelig klar over alkoholens mange skadevirkninger, er han ingen fanatiker. Han mener vi må forholde oss til at alkohol og røyk er en del av vår kultur og samfunnsliv som er kommet for å bli.

- Forbudslinjen er ikke gjennomførbar, men man må heller ikke gi opp arbeidet for å innskrenke forbruket. Dette må bygges inn i all undervisning, både av unge og voksne. Jeg må likevel medgi at mye av den idealisme jeg hadde, nok har tapt seg litt i forhold til den massive motstanden mot begrensinger som man møter, slår Oscar Olsen fast.

Dr. Oscar Olsens pris

Under A-klinikkens 40-års jubileum i 1994 delte Oscar Olsen for første gang ut prisen som bærer hans navn. Prisen gikk den gang til Jørg Mørland, professor i farmakologi og sjef ved Statens rettsstoksikologiske institutt. I 1995 ble dosent Lena Dahlgren ved Karolinska Sjukhuset i Stockholm tildelt prisen. Tanken er å stimulere og premiere alkoholforskning og fremtidsrettet klinisk arbeid. I tilknytning til prisutdelingen holdes det et faglig seminar med en forelesning fra prisvinneren, som Olsen gir uttrykk for at han setter stor pris på. Han gleder seg også over at A-bevegelsen har skapt mange etterfølgere, både i behandlingen av narkomane, gamblere og seksualavvikere. Disse gruppene har helt eller delvis tatt opp A-bevegelsens ideologi.

Hvilke utfordringer står dagens (i 1996) leger overfor?

Den medisinske og tekniske utviklingen går fort, og krever en raskere omstilling og evne til nytenking. Legene er utsatt for et stadig sterkere press fra pasientene, som øyner nye behandlingsmuligheter ettersom utviklingen skrider frem. Du vet, det store nye leger i

min tid opplevde, var sulfapreparater i midten av 1940-årene og penicillin, på 1940-tallet.

Aktiv pensjonisttilværelse

Til tross for at Oscar Olsen etter hvert passerte pensjonsalderen og sluttet ved A-klinikken, fortsatte han som lege ved Kristiansand kommunes A-senter. Ingen så ut til å ville overta, og det lå en stund an til nedleggelse. Olsen tilbød en hjelpende hånd, og det som var tenkt å bare være noen måneder, ble til hele 13 år. Først i 1992 takket han for seg, på den tiden var han nok den desidert eldste på kommunens lønningsliste.

Oscar Olsen rister energisk på hodet når jeg antyder at han kanskje har roligere dager nå. – Jeg har beholdt legelisensen, i hvert fall ut dette året, sier han fornøyd. Han mottar ikke lenger så mange pasienter, men tilstrekkelig til at han fortsatt er levende opptatt av å følge med i hva som skjer innen medisinen. 87-åringen både leser og skriver mye. Når han leser fag, er det Tidsskriftet og Nordisk Medicin han oppdaterer seg ved. For øvrig er han medlem av AAs litteraturkomite for AA-bevegelsen i Norge.

- I høy alder *kan* man lære hvis man leser langsomt, gjentar det man leser og har ro omkring seg. Da kan man få hjernecellene på glid, bedyrer pensjonisten.

Ellers har han foretatt mange reiser rundt i verden, både i form av studieopphold og med «reisesyke» venner som han omtaler det. Oscar Olsen er omgitt av stor familie. Han og hans kone har fem barn, og etter hvert er de blitt besteforeldre til 13 barnebarn. Det er lett å bli imponert over aktivitetsnivået. Hans gode helse gjør han i stand til å ta sin del av husarbeidet. I huset i Tretjønneveien i Kristiansand er det han som har ansvar for både støvsuging og oppvask. Bil kjører han også. Det er i det hele tatt lite som hindrer han i å leve som før.

- Jeg har fortsatt stor glede av arbeidet, pasientene viser mye vennlighet, og har gjennom årenes løp lært meg mye om menneskelig kvaliteter, svarer den uhøytidelige og generøse Oscar Olsen, og legger til at det nesten er «skremmende» å tenke på hva man har «rotet seg bort i» gjennom et langt liv.

Intervju 2: Miriam Holman - styrer og ansatt for perioden 1978-1992

Når begynte du, og sluttet ved A-klinikken?

Jeg begynte i 1978 og sluttet i 1992.

Hvilken bakgrunn hadde du for å gå inn i stillingen som leder ved A-klinikken?

Jeg tok utdanning som sykepleier, gikk på Aker Sykepleierhøyskole og var ferdig utdannet i 1954. Jobbet på medisinsk avdeling ved Aker Sykehus ett år etter sykepleieutdanningen (1954) og dro, slik mange sørlendinger gjør, tilbake til barndommens kyster. Var først ansatt på medisinsk avdeling ved Kristiansand Sykehus/Vest-Agder sentralsykehus til 1960. Ble spurt om å søke stilling ved Klinik for nervøse som avdelingssykepleier, noe jeg takket ja til. Senere, tok jeg psykiatri og administrasjon i 1962 ved Institutt for sykepleie ved Aarhus Universitet i Danmark. Der var jeg til jeg begynte ved A-klinikken i 1978.



Miriam Holman vokste opp i Kristiansand og bodde på Kongsgård i 43 år. (Foto: Tone Holman, privat)

Hva så du på som din viktigste oppgave, når du begynte som leder?

Det var å bidra til at arbeidet Oscar Olsen hadde påbegynt, ble videreført. Han startet A-klinikken på 1950-tallet (1954) i andre etasje av Havnevesenets lokaler på Gravene, som tredje medisinske korttidsklinikk/A-klinikk i landet. Klinikken ble senere flyttet til Kongsgård (1961).

Var du engasjert i tillitsverv, utover det å ha ansvar som leder ved A-klinikken?

Jeg var med i Vest-Agder krets av Norsk sykepleierforbund i mange år, også som leder der noen år. Vi jobbet med å få Sykepleierhøyskole til Kristiansand. Senere ble jeg medlem av styret ved høgskolen en tid.

1970-tallet var preget av en sterk og synlig kvinnekamp. Hvordan opplevde du å arbeide som kvinnelig leder den gang?

Som kvinne var det nødvendig å jobbe litt ekstra for å få innflytelse, og for å posisjonere seg. Jeg var innstilt på det, og opplevde ikke noe problem med å si fra. Jeg var nokså bestemt.

Du begynte som leder like ved den tiden Oscar Olsen sluttet i 1978. Han hadde vært overlege lenge, helt fra 1954. Hvilke utfordringer bød det på?

Det viste seg å bli vanskelig å få søkere til stillingen. Det ble holdt flere møter om situasjonen med sykehussjef Birger Mjåland, overlege Rolf Jorde og Overlege Torbjørn Lie ved Klinikk for nervøse. I disse møter ble det bestemt at Klinikk for nervøse skulle hjelpe til med legedekning, litt pr. dag. Alt så håpløst ut, og nedleggelse truet. Jeg husker både dr. Oscar Olsen og jeg var sterkt bekymret. Jeg kjente Karsten Nordal fra tiden ved Klinikk for nervøse, og kan vel si han ble «head-huntet», for å bruke et moderne uttrykk, til stillingen. Karsten Nordal begynte i stilling som overlege i 1979. Vi var helt avhengige av medisinsk faglig ekspertise, for å drive klinikken.

A-klinikken ble også en del av Kristiansand sykehus (senere Vest-Agder sentralsykehus) i 1977, året før du begynte ved klinikken og vi kan «skryte» på Vest-Agder at det fikk den første sykehusavdeling på fagområdet rus i landet. Hva gav dette av utfordringer?

Det var flere. Jeg kan først nevne det praktiske.

Jeg fikk, fra starten av overlevert et *miniformat av en notisbok* fra oversykepleier Margit Storaker, som var ansatt før meg, der alt som skulle gjøres av praktiske ting, stod. Det var ikke noe digitalt utstyr for slikt den gang.

Det var også en utfordring at det var stor fysisk avstand mellom Lund og ned til Tordenskjolds gate, der sykehuset lå. Avstanden ble enda større på 1980-tallet da sykehuset flyttet til Egs-jordet. Transport og kommunikasjon ble tungvint. For tørrmat hadde vi eget kjøkken, men vi bestilte middag fra sykehuset og fikk det levert.

I pasientbehandling hadde vi *egget «laboratorium» på loftet* i det hvite hovedbygget, der kjøkkenet til Forsknings- og Undervisningsenheten er i dag. Der tok vi blodprøver og urinprøver på alle som kom inn. Vi hadde eget måleapparat. Forøvrig hjalp medisinsk avdeling ved Sentralsykehuset til når det var behov for akutt medisinsk hjelp. Vi hadde ikke eget budsjett, men gjorde alle innkjøp i samarbeid med innkjøpssjef Svanholm.

Du skrev et innlegg i avisen Ventilen (intern avis på sykehuset) i 1985 at du opplevde en stor avstand mellom A-klinikkens og sykehuset. Hva skrev du?

Det var mye uvitenhet, slik jeg opplevde det. For det første var det viktig å understreke at målsettingen var å legge grunnlaget for en ny livsstil uten rusmidler, og hjelpe pasienter og deres familie til å skaffe seg forutsetninger for utvikling med et liv uten rusmidler. Jeg informerte om at vi drev med både individual – og gruppeterapi. Familie, arbeidsgiver og venner ble trukket inn, og det ble gitt familie- og ekteparterapi. Miljøterapi og arbeidsterapi ble også benyttet, og det var mulighet for selvstendig kreativ aktivitet.

Hva med uteområdet? Gjorde dere noe der?

A-klinikken flyttet fra Fiskebrygga (Havnevesenets lokaler) allerede i 1961, til et vakkert sted her på Lund, og vi ville stille godt med området rundt. Det var ingen selvfølge, men det gikk en viss tid. Jeg husker vi ønsket en flaggstang, etter at jeg var begynt, samt litt lys rundt klinikken. Det fikk vi til ved penger fra en brusautomat. Jeg tok også kontakt med kommunen som eide bygget for å spørre om vi kunne beplante området rundt klinikken. Da fikk jeg til svar at det kunne vi gjøre, mot å betale en krone i leie pr. år.

Hva særpreget de terapeutiske holdninger hos personale i møte med pasientene?

Det var nok en litt mer «passe på»- holdning, den gang. Vi gikk på byen for å kjøpe inn tobakk til pasientene, dessuten klær, om det var nødvendig. Det kunne kanskje bli litt mye av det gode på den måten. Det var også noen utfordringer knyttet til kunnskap om nye sykdommer.

Det er spesielt en episode jeg husker godt. Det var da en av sykepleierne kom inn til meg og spurte om jeg trodde hun kunne være smittet av en HIV-pasient, da hun hadde tatt i koppen til vedkommende. Det var i den første perioden HIV ble kjent, og frykten var stor, også blant helsepersonell.

I 1980 startet dere den første polikliniske ettervernsgruppe. Hvorfor startet dere den?

Det var pasientene som ønsket slik gruppe. Det var en slags «back up», om noe skulle gå galt. Det var 8-10 pasienter i gruppen.

I Jubileumsboken fra 1954-1994 står det at kvinnene hadde vært stemoderlig behandlet, og at kvinner ikke kom inn på klinikken før i 1982. Hvordan gikk det å ta inn kvinner ved klinikkens døgnet i 1982?

Jeg husker det var mange som mente det aldri ville gå godt. Men det gikk veldig greit, helt motsatt det mange trodde.

Hadde dere familiemøte i 12-trinnsmodellen, etter at den ble innført i 1986?

Ja, jeg husker godt det første Familiemøtet, like etter at 12-trinnsmodellen ble innført. Kommunikasjonen var mye mer «direkte og personlig» enn det vi hadde før.

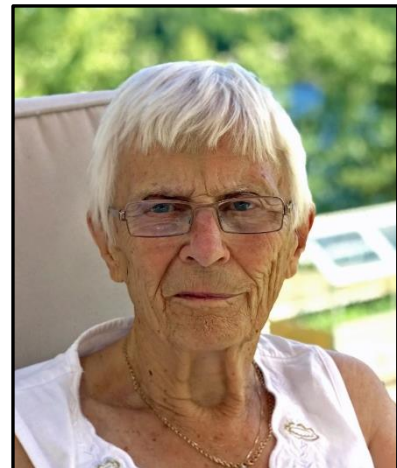
Hva var den viktigste endring, som følge av at A-klinikken fikk ny behandlingsmodell?

Det ble en helt ny klinikk, med mer struktur og tydeligere oppfølging av AA-tanken. Det hadde jeg veldig tro på. Det ble stilt krav til pasientene på en annen måte, ikke bare vist omsorg.

Hvordan vil du kort oppsummere hvordan det var å arbeide ved A-klinikken?

Da vil jeg si at tiden ved A-klinikken har vært veldig spennende, fordi jeg forsto og erfarte at arbeidet var meningsfullt og viktig.

Det ble en helt ny klinikk, med mer struktur og tydeligere oppfølging av AA-tanken. Det hadde jeg veldig tro på. Det ble stilt krav til pasientene på en annen måte, ikke bare vist omsorg.



For Holman var det viktigste som leder, å videreføre arbeidet som Oscar Olsen hadde startet. (Foto: Tone Holman, privat)

Intervju 3: Karsten Nordal - overlege A-klinikken 1979-1999

Når begynte du praksis ved A-klinikken og når sluttet du?

Jeg begynte i 1979 som overlege, og sluttet i oktober 1999. Etter denne tid fortsatte jeg i deltidstilling på ARA, ved ruspoliklinikken frem til 2011.

I tiden rundt 1979 var det frykt for at A-klinikken kunne bli lagt ned, fordi den manglet overlege. For å avhjelpe behovet og situasjonen, kom du og Øistein Kristensen inn og hjalp til over denne kneiken. Hvordan ble du rekruttert inn i stillingen? Noen sier du var klinikkredder. Stemmer det?

På en måte var jeg kanskje klinikkredder den gang, selv om vi var mange som deltok i denne «redningsaksjonen». Jeg fikk permisjon fra mitt arbeid på Klinik for nervøse for å tilby legetjeneste ved A-klinikken. Etter et vikariat på 3 måneder, syntes jeg A-klinikken var et godt arbeidssted. Jeg søkte og fikk stilling som overlege.

Hvilken utdanning har du?

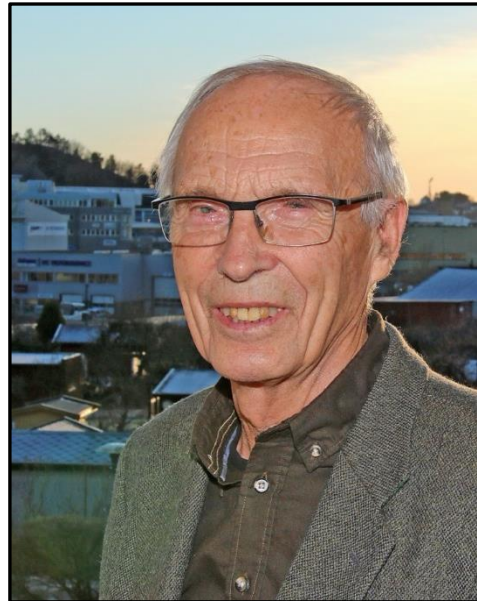
Jeg tok medisinsk embetseksamen ved Universitetet i Bergen, og var ferdig der i 1960. Etter praksis ved Dikemark sykehus i Oslo, og Klinik for Nervøse i Kristiansand, ble jeg spesialist i psykiatri i 1968. Det var fra begynnelsen av 1970-årene jeg arbeidet ved Klinik for nervøse. Jeg tok utdanning i gestaltterapi og transaksjonsanalyse, og hadde studieopphold i USA i 1974. I 1976 hadde jeg et 3 måneder langt studieopphold ved familieavdelingen ved Modum Bads Nervesanatorium, og i 1986 fullførte jeg Lægeforeningens toårige utdanning i familierapi. Etter det ble jeg godkjent som veileder i familierapi.

Hvilken praksis fra tidligere jobber styrket dine kompetanse for arbeid ved A-klinikken?

Jeg hadde erfaring fra arbeid med nevrologi, indremedisin og distriktslegetjeneste. Praksis ved Dikemark psykiatriske sykehus og lege ved Klinik for nervøse, frem til 1979, var også svært nyttig.

På denne tiden, ved starten av 1980-tallet var A-klinikken på leiting etter en god arbeidsmodell/behandlingsmodell og prøvde ut mange typer opplegg. Hvilke terapiformer tok du med deg fra tidligere arbeid, og hva landet dere på?

Fra psykiatrien hadde jeg med meg mye erfaring fra det terapeutiske miljøet, med fellesmøter, arbeidsterapi, smågruppemøter og individuell terapi. Når jeg begynte ved A-klinikken savnet jeg, og ble utfordret på at klinikken skulle ha en enhetlig



Overlege Karsten Nordal vokste opp på Sunnmøre og begynte ved A-klinikken i 1979. (Foto: Frode Nordhelle)

behandlingsfilosofi, skreddersydd for rusmiddelavhengige. Svaret på det, ble utvikling av AA orientert terapi (Minnesota-modellen) på midten av 1980-årene.

De fleste rusinstitusjoner på 70-80 tallet var sosialfaglige. A-klinikkene skilte seg ut med å ha lege og sykepleiere (dvs. medisinsk fagpersonell). Var dette en fordel?

A-klinikken brukte et sykdomsbegrep. Fra midten av 80-tallet var en del av behandlingsoppleggene påvirket av psykolog Fanny Duckert med flere. Hun var en iherdig tilhenger av kontrollert drikking. I denne tiden kom sykdomsbegrepet i miskreditt. Vår holdning ved A-klinikken var preget av AA-bevegelsen og sykdomsbegrepet, som bygde på Morton Jellinek sine undersøkelser. Han påpekte i sine undersøkelser at mennesker med stor grad av kontrollsvikt på alkohol, hadde passert «the point of no return!», og at totalavhold var det eneste forsvarlige behandlingsalternativ. Også M. Jellinek var av den oppfatning at de som var kommet så langt, ikke kunne make å redusere konsumet. Som et ledd i å orientere meg innen fagfeltet, deltok jeg på et større seminar ved Hjeltestadklinikken, og et par dager var jeg hospitant ved et opplegg ved en statsdrevet klinikk i Edinburg, der de praktiserte kontrollert drikking. Ved A-klinikken ble metoden for kontrollert drikking ikke praktisert.

Opp gjennom tidene har det vært mange diskusjoner om organiseringen av klinikken. Tradisjonelt har det vært en deling av ansvaret mellom det administrative og faglige. Hvilken rolle hadde du som overlege i arbeidet med pasientene?

Overlegerollen var mangeartet, blant annet hadde jeg det overordnede terapeutiske ansvar. I tillegg hadde overlegen ansvar for undervisning av personale, og et administrativt ansvar, sammen med oversykepleier. Personalet var stort sett helsefaglig, og vi hadde både sosionom og psykolog.

Et hovedspørsmål i forbindelse med behandlingsfilosofien ved A-klinikken og i rusfeltet har vært om rusproblemet er et symptom på en underliggende psykisk lidelse. Hvordan opplevde forskjellen på behandlingen ved A-klinikken og i psykiatrisk behandling?

En av de største forskjellene var at vi ved A-klinikken i større grad «kalte en spade for en spade» sammenlignet med psykiatrien. Videre at selve rusproblemet ble definert som et problem i seg selv. I tillegg kom at A-klinikken ble drevet med et mer utstrakt tverrfaglig team-samarbeid. Det var sykepleier, arbeidsterapeut, psykolog, sosionom og etter hvert erfaringsterapeut.

Du var også ved Hazelden i 1988. Kan du si noen ord om ditt studieopphold der?

Som flere ved A-klinikken, har jeg deltatt i kurs og besøkt institusjoner i inn og utland. Oppholdet ved Hazelden inngikk i disse, og var en opptur. Det ga større faglig tyngde. Jfr. Forskningsrapport, en studie av Minnesota-modellen. Interessant var det at de ved Hazelden ikke hadde et vanlig familie/konfrontasjonsmøte på den tiden. (se side 12 i rapporten, som er en del av A-klinikkens forskningsserie) Men de hadde et godt og strukturert opplegg for familiemedlemmer der 1-2 pasienter deltok samtidig.

I din tid som overlege ble det et sterkere fokus på pårørendeproblematikk og familiebehandling. Hvordan utviklet dette seg?

Som behandlere fikk vi etter hvert økt forståelse for alkoholisme som en familielidelse. Systemtenkning i familierapiarbeidet ble oss til stor nytte. Dette hadde vi påbegynt før Minnesotamodellen kom, og perspektivet var inkludert i denne modellen, også takket være den kom vi før psykiatrien i å tilby strukturert terapi/rådgivning til familiemedlemmer og andre nærstående.

Ettervern og oppfølging stod også sentralt. Hvorfor ble dette bygd ut?

Ettervernet ble bygd ut fordi vi så behov for å stabilisere avhold og bearbeide personlige psykologiske traumer. Det ble funnet grunn til oppfølging over lang tid, etter hvert ett til to år som fast behandlingstilbud. Etter en tid i edruskap, ble det for mange av pasientene behov for å få bearbeidet personlige psykiske traumer. Derfor var det i tillegg til ettervernsgrupper/oppfølgingsgrupper behov for et individualterapeutisk tilbud. Hele personalet var involvert i etterbehandling.

I 1986 ble det så innført ny behandlingsfilosofi- 12-trinnstenkning ved A-klinikken. Hvordan var denne overgangen?


Fra dr. Olsens tid var A-klinikkens behandlingsfilosofi preget av AA-tenkningen med AA-møter i klinikken ukentlig. Overgangen var ikke så dramatisk, og opplegget var mer strukturert. Det vi likevel så, var at vi klarte i større grad å aktivere ressursene i pasientgruppa. Entusiasmen økte. Personlig opplevde jeg at vårt behandlingstilbud ble mer effektivt.

Gruppebehandling var ikke så utbredt på 1980-tallet. Hvorfor satset dere så sterkt på gruppebehandling?

Gruppebehandling ga mulighet for økt innsikt og læring for pasientene. Å fortelle sin rushistorie og livshistorie, gir anledning for tilbakemelding fra de andre grupped medlemmene. Det viste seg å være en effektiv terapi. De kunne speile seg i hverandres historier og være til støtte og oppmuntring for hverandre.

Hele gruppefilosofien i AA bygger på å dele erfaring, styrke og håp. Det heter i et AA-utsagn: «Du må gjøre det selv, men du kan ikke gjøre det aleine». Samtidig var det en klar forskjell på selvhjelpsgrupper og behandlingsgrupper. Selvhjelpsgruppene gir et tilbud om fellesskap gjennom lang tid, og for noen resten av livet.

Den tøffe tilnærmingen i behandlingen, med direkte kommunikasjon og høye krav til ærlighet, åpenhet og villighet, hadde ikke vært mulig uten erfaringsterapeuter. Erfaring tilsier at tilbakemeldinger fra erfaringsterapeuter til pasienter ofte nådde frem til den rusavhengige på en måte ikke andre terapeuter, uten erfaring klarte.



Den tøffe tilnærmingen i behandlingen, med direkte kommunikasjon og høye krav til ærlighet, åpenhet og villighet, hadde ikke vært mulig uten erfaringsterapeuter.

I 12-trinnsterapi gjøres det et skille mellom fag og selvhjelp. Hva tenker du om dette?

12-trinnsbehandling kan gi anledning til motivasjon, og bearbeide personlig problematikk. Selvhjelp er ikke behandling, men har en uovertruffen betydning for utvikling og vedlikehold av en edru livsstil.

Hva har vært best ved å arbeide i en 12-trinnsmodell? Hva har vært vanskeligst?

Tenkningen rundt sykdomsbegrepet var veletablert. Behandlingsmodellen var strukturert og det var en berikelse å jobbe i et multidisiplinært behandlingsteam. Likevel var det slik at vårt behandlingstilbud ikke alltid nådde frem. Det var en psykisk påkjenning, også for behandlingspersonalet. Når det gjelder pårørende, husker jeg godt den skuffelse familien satt igjen med, når pasienten ikke oppnådde rusfrihet. Det gjorde spesielt inntrykk.

Hva er det viktigste du har gjort i den faglige utvikling av A-klinikken?

De psykoterapeutiske tilnærminger inkluderer til enhver tid de rådende psykologiske tilnærminger. Dette var tydelig ved Hazelden, der blant annet realitetsterapi og systemisk familieterapi var en sentral del av grunnlaget for behandlingen.

Ved A-klinikken har vi alltid lagt vekt på å gi behandlingspersonalet faglig oppdatering. Overlege Øistein Kristensen har gjort en uvurderlig innsats i forhold til dette.

Det siste jeg fikk være med på å bidra til, var å arrangere et 2-årig kurs/utdanning i kognitiv terapi for flere av våre ansatte. Min bakgrunn i gestaltterapi og transaksjonsanalyse opplevde jeg også som nyttig.

Vi, som arbeidet ved A-klinikken maktet å utvikle et tilbud basert på AA-tenkning. En utfordring var å vedlikeholde et multidisiplinært behandlingsteam, bestående av terapeuter uten erfaringsbakgrunn på rus. Dette var ingen selvfølge, etter som det i Minnesota-opplegget var mest vanlig med erfaringsterapeuter. Jfr. at terapeuter uten erfaringsbakgrunn noen ganger kunne føle seg satt på sidelinjen. Det ble en utfordring å få til en kultur med god kommunikasjon mellom de med og uten erfaring, noe vi gjorde en god innsats for å oppnå.

Det er forskjellige elementer som inngår i 12-trinnsmodellen. Hva vil du si er de viktigste elementer i en 12-trinnsterapi/ 12-trinnsmodell?

Her vil jeg trekke frem to forhold. Det ene er arbeid med 4. og 5. trinn; hos etisk rådgiver, som er spesielt i denne modellen.

Det andre at pasientene hjelper hverandre i selvhjelpsgrupper. Videre et strukturert opplegg for familierådgivning. Familietilbudet er viktig både for pårørende og pasienten.

Litteratur: A-klinikken i Kristiansand, 40 år 1954-1994.

En studie av Minnesota modellen, avd. overlege Karsten Nordal, Forskningsserie fra A-klinikken nr. 5. 1988.



– En av de største forskjellene var at vi «kalte en spade for en spade» i større grad ved A-klinikken enn i psykiatrien. Selve rusproblemet ble definert som et problem i seg selv. (Foto: Frode Nordhelle)

Intervju 4: Øistein Kristensen - overlege og forsker 1986-2018

Dette intervjuet er delt inn i to, da Øistein sin karriere må sies å være både klinisk rettet, veiledningsrettet og han har vært forsker. Den ene delen består derfor av Øistein sin kliniske praksis og veiledning, og den andre delen er om hans forskningsinteresse og personlige interesser.

Klinisk praksis og veiledning

Du kom til A-klinikken i perioden, noen år etter at Oscar Olsen sluttet. Hva fikk deg til å begynne ved A-klinikken? Når sluttet du? Hvor stor var stillingen?

Jeg begynte ved A-klinikken i 1979, som et ledd i min spesialisering i voksenpsykiatri. Det var bare 1 ½ legestilling ved klinikken da, og Karsten Nordal var like før ansatt som overlege i 100 % stilling. Vi hadde et flott samarbeid som ga mersmak. Jeg ble spesialist i psykiatri 1981 og arbeidet som overlege ved forskjellige psykiatriske institusjoner i Kristiansand og Arendal fram til 1986, da Vest-Agder fylkeskommune klarte å opprette en full overlegestilling nr. 2, som jeg ble anmodet om å søke.

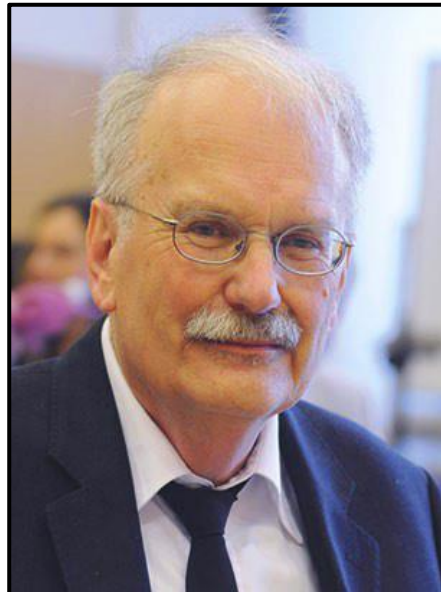
Jeg ble ansatt i 100 % stilling i 1986. Etter oppstart alderspensjon i 2012, fortsatte jeg å arbeide to dager i uka fram til 1.1.2018. Til sammen har jeg arbeidet ved ARA i 34 år.

Mange vil si det er rett å si at du har hatt en «finger med» i mye av det som har skjedd ved klinikken. Hvilke oppgaver hadde du fra starten? Hvordan endret oppgavene seg etter hvert?

I ansettelsespapirene stod det at, foruten å gjøre klinisk pasientarbeid, skulle jeg også drive forskning, samt skaffe meg oversikt over all metodefaglig viten på rusfeltet, og bruke denne til å utarbeide en plan for rusbehandlingen i Vest-Agder. Ingen enkel oppgave, spesielt når det ikke var avsatt midler til forskning. All forskning og metodeutvikling måtte gjøres utenom arbeidstid, på netter og i helger. Det ble mer og mer forskning, men det kliniske har samtidig gått hånd i hånd med forskningen.

Du har arbeidet lenge ved klinikken- 10 år lengre enn Oscar Olsen. Hva har drivkraften vært i alle disse årene? Hvordan ble du rekruttert inn i stillingen?

Jeg ble tidlig interessert i rusmiddelmedisin.



Overlege Øistein Kristensen
(foto: John-Kåre Vederhus)

I motsetning til flere andre ansatte, hadde jeg ikke egenerfaring eller pårørende-erfaring med rusproblematikk, men vokste opp som nærmeste nabo til Blå Kors hjemmet (nå Enhet for rehabilitering) i Gyldenløves gate 56, og lærte å se forskjellen på «våt» og «tørr» alkoholisme. Som psykiater var jeg opplært til å se på rusmiddelavhengighet som et symptom på en underliggende psykisk lidelse eller barndomstraume. I symptom-modellen var det sentralt å behandle den såkalte grunnlidelsen eller traumet og så håpe på at symptomene, det vil si at rusatferden skulle forsvinne. Denne modellen førte ikke fram for meg, og etter mange skuffelser, jaktet jeg etter andres erfaringer.

Det var ingen tilfeldighet at samtlige av mine legekolleger frarådet meg da de hørte at jeg ønsket å arbeide på rusfeltet. Blant medisinerer flest var det å være psykiater eller enda verre rusmiddelmedisiner forbundet med liten prestisje.

Etter et besøk hos dr. Oscar Olsen, grunnleggeren av A-klinikken, så jeg at hans tilnærming, ga langt bedre resultat. Det skjerpet min nysgjerrighet og jeg ville lære mer. Det var ingen tilfeldighet at samtlige av mine legekolleger frarådet meg da de hørte at jeg ønsket å arbeide på rusfeltet. Blant medisinerer flest var det å være psykiater eller enda verre rusmiddelmedisiner forbundet med liten prestisje. Følgende bemerkninger var gjengs: «Det er da så trøstesløst og tungt og trist, vil du ikke heller velge en spesialitet hvor du kan gjøre noe for pasientene?».

Når jeg likevel gjorde alvor av mitt forsett, skyldtes dette følgende: interesse for mennesker, oppdagelse av hvor utbredt rusmiddelidelser er i samfunnet, og dr. Oscar Olsens optimistiske holdning og en viss stahet.

Hvilken fagutdanning og erfaring har du?

Jeg studerte medisin ved Universitetet i Oslo og tok medisinsk embetseksamen i 1973. Fra 1973 til 1975 var jeg turnuslege i indremedisin og kirurgi ved Rjukan Sykehus, og hadde distriktspraksis hos kommunelegen i Sykkylven. Jeg valgte så å spesialisere meg i psykiatri (5 år) og arbeidet som lege på Kristiansand Sanitetsforenings Klinik for nervøse, Eg Sykehus og psykiatrisk avdeling på Fylkessykehuset i Fredrikstad. Ble godkjent spesialist i psykiatri i 1981.

Jeg arbeidet som overlege i psykiatri på Klinik for nervøse, Kristiansand og Aust-Agder Sentralsykehus i 6 år, delvis parallelt med arbeid på Akuttstasjonen. Tok 2-årig videreutdanning i psykoterapi ved Institutt for psykoterapi i Oslo og senere Legeforeningens 2-årige familieterapiutdanning med lærekrefter fra Institute for Family Therapy i London. Er godkjent som veileder i familieterapi.

Jeg ble senere godkjent som spesialist i rus- og avhengighetsmedisin i 2015, som en av de første i Norge. Har tatt eksamen i Medisinsk statistikk og i Forskningsmetodikk ved Høgskolen i Agder (nå UiA) og hadde forskningserfaring fra Farmakologisk institutt i Oslo og fra psykiatrien. Jeg har vært klinisk veileder for 20 LIS-leger i psykiatri og rusmedisin.

Hva har vært grunnen til din iver for omlegging etter 12-trinnsmodellen i 1986?

Symptom-modellen som jeg brukte i psykiatrien fungerte ikke for meg. Jeg ønsket noe bedre. Erfaringene med 12-trinnsmodellen fra USA, Sverige og Island var oppmuntrende når det gjaldt behandlingsresultater. Dr. Oscar Olsen på A-klinikken hadde denne erfaringen også, men alle elementene i behandlingen var ikke tatt i bruk. Det var mye nytt å sette meg inn i, mye å lese. Et intensivkurs på Borgestadklinikken med lærere fra Johnson Institute i Minnesota samt et hospiteringsopphold på Island (Islandske behandlingstiftelsen) var øyeåpnere for meg. Erfaringene med 12-trinnsmodellen fra USA, Sverige og Island var oppmuntrende når det gjaldt behandlingsresultater.

Hva vil du fremheve som mest effektivt ved 12-trinnsmodellen?

Familie og brukerperspektivet, gruppebehandling, familieprogrammet, etisk rådgivning, oppfølgingsprogrammet og det nære samarbeidet med selvhjelpsbevegelsen AA, NA og Al-Anon. Det geniale er at man betrakter ruslidelsen som primærlidelse og klarer å kombinere brukererfaringen (de 12-trinn) og den til enhver tid beste bio-psyko-sosiale behandlingstilnærming. Modellen bruker terapeuter med egenerfaring og profesjonelle helse og sosialarbeidere. Dette gir en enhetlig forståelse og et optimistisk syn på endring av atferd.

Du arbeidet som behandler i starten av din yrkeskarriere. Hvor lenge var du behandler?

Jeg har arbeidet med psykiatri og rusmiddelmedisin i 43 år, de siste 15 år mest som forsker, underviser og klinisk veileder for unge leger i psykiatrisk og rusmiddelmedisinsk spesialistutdanning.

Hvilken erfaring hadde du med deg inn i stillingen, som behandler og overlege?

Holdningsmessig var det viktig at jeg hadde en solid psykiatrisk spesialistutdanning med videreutdanning i psykoterapi og familieterapi. Behandling av rusmiddellidelser måtte jeg lære på nytt.

Hva vil du si har utviklet seg bra og dårlig i rusfeltet, lokalt og nasjonalt i perioden?

Det har vært en krevende utvikling på rusfeltet i alle disse årene. Det er langt flere rusmidler å forholde seg til nå enn før, og psykiatrisk tilleggsproblematikk er økende med nye pasientgrupper. På behandlingsfeltet har man klart å tilpasse 12-trinnsmodellen til behandling av andre rusmidler enn alkohol, samt til pasienter i LAR-behandling. Takket være et stabilt og kunnskapsrikt personale har tilpasningene gått bra. Nå er ARA inne i et generasjonsskifte.

Nasjonalt legges rusmiddelpolitikken om med bl.a. avkriminalisering av rusmidler som Cannabis og større fokus på skadereduksjon. Dette vil kreve supplering med nye bio-psyko-sosiale behandlingsmetoder. ARAs mulighet til å utdanne egne spesialister lover godt for fremtiden. Det blir viktig å beholde tradisjonsbærere og en rimelig balanse mellom erfaringsterapeuter og spesialister. Jeg ser lyst på fremtiden for ARA.

Hva er de viktigste elementene i 12-trinnsbehandling, slik du ser det?

Familie og brukerperspektivet, gruppebehandlingen, familieprogrammet, etisk rådgivning, oppfølgingsprogrammet og det nære samarbeidet med selvhjelpsbevegelsen AA, NA og Al-Anon har vært viktig.

12-trinnsbehandling er en metode som er spesifikt innrettet mot endring av rusatferden, samtidig ivaretar den familieperspektivet gjennom et psykoedukativt familieprogram.

Døgnbehandling er vanligst og varer fra 4 – 8 uker, med påfølgende deltakelse i polikliniske ettervernsgrupper, vanligvis i ett år. Målsettingen er rusfrihet og forbedret livskvalitet for pasient/bruker og familie.

12-trinns behandling skiller seg fra annen behandling i det den drar brukererfaring inn ved å benytte seg av filosofien fra 12-trinnsgruppene, som et tillegg til evidensbaserte nevrobiologiske og psykososiale perspektiver på rusmiddelavhengighet.

Terapeuter med egenerfaring er med i det tverrfaglige teamet. Hovedvekt i behandlingen legges på gruppeterapien, med åpne grupper. Samtaler med etisk rådgiver er også vektlagt, likeså familieperspektivet.

Dagbehandling og poliklinisk behandling etter samme modell er også mulig.

Pasientene anbefales og motiveres til å benytte selvhjelpsgrupper som AA og NA etter fullført behandling der en slik tilnærming passer pasienten. Al-Anon anbefales for familie/pårørende.

Du har flere ganger gitt uttrykk for gode erfaringer med åpne grupper. Hvorfor?

Vi startet med lukkede grupper, men frafallet var stort og fullføringsprosenten liten. Åpne grupper, der f.eks. to nye kom inn hver uke og to går ut, fungerte betydelig bedre. Prinsippet med at den som var kommet lengre i behandlingsprosessen kunne bidra med sin erfaring til den nyankomne, bidro sterkt til at langt flere fullførte behandlingen.

Hvordan ser du på, at LAR-pasienter i dag kan gå i 12-trinns dagbehandling?

Det er positivt at pasienter i Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) også kan få nytte av 12-trinnsbehandling, slik at de står bedre rustet til å takle sin avhengighetslidelse. Den svenske rusmiddelforskeren, Marcus Heilig, har skrevet en bok om det 13. trinnet, der medikamenter kombineres med psykososial behandling. Tolvtrinnsinstitusjoner i USA, som Betty Ford klinikken og Hazelden har åpnet opp for dette.

Hva tror du er viktig å legge vekt på, for at den enkelte LAR-pasient skal få best mulig nytte av behandlingen?

LAR-pasienter bør nok ha vist seg stabile over en minimumsperiode (f.eks. 6 måneder), før de vil være mottakelig for å arbeide med sin avhengighetsproblematikk og følelser og tenkning knyttet til denne. LAR-medisinene, rett dosert, stabiliserer pasientene, slik

at de kan ta imot behandling. Kanskje det er lurt å se analogien med rett dosering av insulin til en diabetiker. Overdrevent medikamentprat bør nedtones. LAR-pasientene bør være ferdig med dette, dersom de skal inn i gruppe med ikke-LAR pasienter.

Du har vært brukt som veileder for mange i løpet av de årene du har arbeidet ved ARA. Av det du har gjort som kliniker, hva er du mest stolt av?

Som kliniker er det å ha vært med å bygge opp modulene i det 12-trinn orienterte behandlingsprogrammet, med vekt på pårørende og barneperspektivet, samt bruk av behandlere med egenerfaring. Oppfølgingsstudier i etterkant over lang tid har dokumentert at behandlingen er effektiv og at pasient- og pårørendetilfredsheten er stor.

Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer fra 2016 anbefaler nå 12-trinns behandling på linje med andre behandlingsmodeller. Dette hadde ikke vært mulig uten støtte av gode medarbeidere og ledelse.

Hvorfor er veiledning viktig?

Behandling av rusmiddellidelser byr på mange utfordringer som ikke alltid er like lett å takle (utagering, manipulering, alvorlige abstinenssymptomer, alvorlige somatiske og psykiske plager, selvmordsforsøk, trusler etc.). I tillegg kreves kjennskap til en rekke lover og forordninger.

Veiledning er nødvendig og veilederne må ha veilederutdannelse. Leger i spesialisering har ifølge spesialistreglene krav på en times klinisk veiledning pr. uke. I tillegg kommer psykoterapi eller gruppeveiledning. Den kliniske veiledning kvalitetssikrer at kandidaten utvikler sine ferdigheter, holdninger og anvender sine kunnskaper på en faglig forsvarlig måte.

Terapiveiledningen tar sikte på å utdype forståelsen av lege/pasientforholdet gjennom systematisk terapeutisk arbeid med særlig vekt på forhold som er spesifikke for rus- og avhengighetslidelser. Det vesentlige innholdet er de generelle evidensbaserte psykoterapifaktorene som klinisk kommunikasjon, empati og relasjon mellom pasient og behandler.

Vi vet at forskere sier relasjonen har svært stor betydning i det terapeutiske arbeid, og alle som arbeider i rusfeltet bør vel være opptatt av hvem den gode behandler er. Om du skal uttale deg generelt: Hvem er den gode behandler i Tverrfaglig rusbehandling (TSB)?

Her uttaler jeg meg som lege. Han/hun må være en god og aktiv lytter, gi trygghet, innstille seg på hvor pasienten befinner seg, skape tillit og allianse, sortere og kontinuerlig drive motiveringsarbeid mot et omforent mål. Han/hun må ha kunnskap og kompetanse om rusmiddellidelsenes opphav, forløp og konsekvens, kjenne de vanligste forsvarsmekanismer som benkning, projisering og bagatellisering, være ærlig og om nødvendig også direkte, altså å vise «tøff kjærlighet».

For å drive god samtalebehandling kreves teori, en god holdning og tilegnede teknikker og ferdigheter. I tillegg kommer ansvar for pasientens familie og godt kjennskap til farmakologisk behandling, samt grunnleggende legefaglige kunnskaper og praksis.

Forskningsarbeidet

Klinisk forskning har vært en viktig del av din virksomhet. Når begynte du som forsker? Og hvorfor begynte du å forske?

Jeg startet som studentforsker på Farmakologisk institutt, UiO i 1970, drev med forsøk og prøvde ut forskjellige medikamenter på dyr ved siden av legestudiet. Skrev min første avhandling i 1971 og min første kliniske pasientrelaterte artikkel i 1974. Siden har det blitt en del internasjonale vitenskapelige artikler enten som hovedforfatter eller medforfatter i psykiatriske eller rusmiddelmedisinske emner. Noen kronikker og bokkapitler, videoproduksjon og undervisningsfilmer, samt etablering av A-klinikkens forskningsserie.

Jeg har publisert ca. 50 vitenskapelige artikler om rusbehandling og psykiatri, men aldri tatt noen doktorgrad. Ble i forbindelse med opprettelse av studium i rusproblematikk på Universitetet i Agder, vurdert som professorkompetent etter gjennomgang av vitenskapelig produksjon og klinisk erfaring, samt tilbudt jobb som professor. Av aldersmessige grunner ble vi enige om at det var bedre å satse på unge krefter.

Har deltatt på faglige seminarer i inn og utland og sittet som medlem i internasjonale vitenskapelige arrangementskomiteer (ISAM og EUROPAD). Ble oppnevnt som medlem av Regjeringens nasjonale ekspertkomite for rusproblematikk 2003-2005 og som medlem av Helsedirektoratets ekspertkomite for utarbeidelse av Nasjonal faglige retningslinjer for rusbehandling og rehabilitering 2011-2014.

Grunnen til at jeg startet å forske skyldes min store nysgjerrighet. Som barn stilte jeg meg ofte spørsmål om hvorfor og hvordan ting henger sammen. Jeg likte å undersøke fisker og døde fugler for å se hva som befant seg inni dem.

Når ble det etablert egen forskningsenhet ved A-klinikken/ARA?

Etter å ha drevet forskning på fritiden, ved siden av full klinisk stilling, utviklet det seg gradvis en forståelse i ledelsen om at uten forskning, ville man ikke kunne få noen fagutvikling, og uten fagutvikling ingen bedring av pasientbehandlingen.

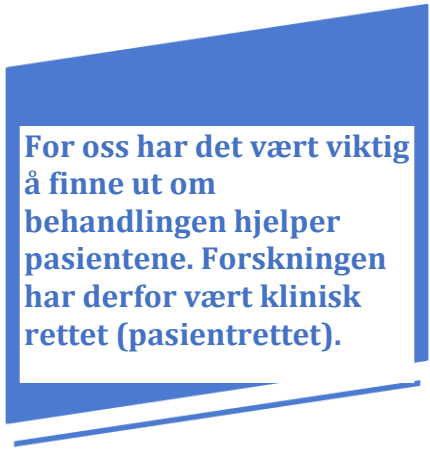
Agderforskning utarbeidet, på oppdrag en strategiplan i 1999, der man anbefalte opprettelse av en liten forskningsavdeling med en forskningssekretær i 100% stilling og en forskningsleder i 50% stilling, samt at man ellers kjøpte tjenester eksternt når det gjaldt statistikk og prosjektledelse. Samarbeid med HiA/UiA, der studenter bidro i forskningsarbeidet skulle fortsette og vi fikk etter hvert en sekretær i 20% stilling. Avdelingsleder Olav Haavorstad viste stor interesse for forskning og la forholdene til rette slik at en egen enhet for forskning, fagutvikling og undervisning (FoU-enheten) fikk lokaler i 2.etasje på A-klinikken i 2004. To år tidligere ble jeg fast medlem av forskningsrådet/forskningsutvalget på Sørlandet Sykehus og satt der i 12 år.

Hvordan har forskningsenheten utviklet seg?

Fra 2001 ble jeg ansatt som forskningsleder i halv stilling. Senere fulgte undervisningsleder og sekretær, begge i halv stilling og fra 2003 ble det opprettet en 40% doktorgradstipendiatstilling.

Hva er gjort?

For oss har det vært viktig å finne ut om behandlingen hjelper pasientene. Forskningen har derfor vært *klinisk rettet* (pasientrettet). Stadig ny kunnskap fra biologi, psykologi og epidemiologi fører til nye behandlingsmetoder, som må evalueres for å se om de har livets rett. Kost/nytte studier kreves for å finne de beste løsninger. Fem forskningsområder ble valgt ut og prioritert: Effektstudier av 12-trinnsbehandling, neurobiologisk og nevrofarmakologisk behandling (herunder LAR og AD/HD) der ARA har spesiell kompetanse, barns oppvekst i rushjem, kombinasjonen av ruslidelser og psykiatriske lidelser med spesielt fokus på tvangsinnleggelse, samt etiske aspekter i behandling. I 12 år gjorde vi systematiske etterundersøkelser for å se på resultatet av 12-trinnsbehandling. Resultatene var gode og på linje med de amerikanske privatklinikker.



For oss har det vært viktig å finne ut om behandlingen hjelper pasientene. Forskningen har derfor vært klinisk rettet (pasientrettet).

Dr. Bjørg Hjerkinntok sin doktorgrad i 2012 «*A cohort study of pregnant substance-abusing women and their children, attending a Special Child Welfare Clinic in Kristiansand, Norway, 1994 – 2002*».

Samme året fulgte John-Kåre Vederhus med sin doktorgrad «*Addiction professionals' and substance abuse patients' attitudes towards and usage of 12-step-based self-help groups*».

I 2013 disputerte Anne Opsal for sin doktorgrad «*Involuntarily admitted patients with substance use disorders*».

Overlege Adrian Razvan Pasareanu disputerte i januar 2019. Avhandlingen hans het «*Inpatient treatment for patients with substance use disorders: outcomes at 6 months follow-up for both voluntarily and compulsorily admitted patients*». Dette er en videreføring av Anne Opsals arbeid. Dr. Pasareanu har gjort en oppfølgingsstudie av både tvangsinnlagte og frivillig innlagte, sammenlignet resultater og viste at også tvangsinnleggelse gir bedre rusmestring og livskvalitet for pasientene.

Det har vært et mål at forskningsenheten alltid skal ha stipendiater i et doktorgradsløp, en disputas hvert 3. år og hvert år publisere minst 3 vitenskapelige artikler i internasjonale fagtidsskrift. Pr. 1.2. 2019 er det avlagt 9 mastergrader og 5 doktorgrader, publisert 135 vitenskapelige artikler (hvorav 32 i Forskningsserien), laget filmer og videoer.

Det ble en opptur for enheten i 2006, da professor dr. med Thomas Clausen fra Senter for rus og avhengighetsforskning ved Universitetet i Oslo ble knyttet til vår forskningsenhet i 20% stilling. Takket være han får stipendiatene kompetent veiledning og vi er blitt tilknyttet nasjonale og internasjonale forskernettverk.

Vi har vært heldige og fått økonomisk forskningsstøtte fra Norges Forskningsråd, Helse Sør-Øst, Norske kvinners sanitetsforening og Sørlandet Sykehus. Uten denne støtten og positiv innstilling fra ledere på ARA som Olav Haavorstad og Arne Bie, avdelingsoverlegene Karsten Nordal, Olav Espegren og Terje Lølandsmo, samt klinikkssjef Anders Wahlstedt og forskningssjef Svein Gunnar Gundersen på Sørlandet Sykehus, hadde ikke FOU-enheten hatt den status nasjonalt som den etter hvert har fått.

Overlege Bjørg Hjerkinnt overtok som enhetsleder av FoU da jeg ble pensjonist i 2012. John-Kåre Vederhus er fast ansatt som forskningsansvarlig og Grethe Høyåsen som sekretær. Undervisningslederstillingen har skiftet flere ganger. Dagens undervisningsleder er Frode Nordhelle som også fungerer som enhetsleder for FoU-enheten etter at Bjørg Hjerkinnt ble pensjonist. Jeg var også svært takknemlig for ha fått lov til å fortsette som seniorforsker og veileder i en liten stillingsbrøk fram til 1.1.2018. Fra 2015 har ARA-FoU prioritert følgende forskningsområder:

1. 12-trinnsbasert behandling og selvhjelpsgrupper
2. Barn, familier og pårørende av rusavhengige
3. Enkeltprosjekter etter ønske fra egen organisasjon og med mulighet for ekstern finansiering

Hva kreves for å være en god forsker?

Du må ikke være for avhengig av andre menneskers meninger.

Du må trives i enerom

Du må være utholdende.

Du må være interessert i å gjøre ting mer eller bedre enn andre.

Du må ha en hang til systematikk og evne til logikk.

Du må være pågående og nysgjerrig, og ha driv og engasjement.

Du må ha en journalistisk evne til å se de store linjer og ikke bare detaljer.

Du bør også ha et minimum av intelligens

Professor Stephen Seiler på UiA har summert dette opp i tre G-er og tre I-er, nemlig: Godt hode, gode spørsmål og godt verktøy. I tillegg kreves interesse, initiativ og intensitet og ikke minst en tålmodig familie.

Hvilken forskning savner du mest ved ARA i dag?

Produktkontrollen – kontinuerlig oppfølging av pasienter som har gjennomgått behandling for å se hvordan det går og justering av kursen når man ser resultatene etter innføring av nye elementer i behandlingen. Det ble gjort fortløpende i løpet av de første 10 år og er lovbestemt, men har ikke vært brukt i senere år. Dette burde gjøres på alle sengeposter, dageshelter og poliklinikker.

Oppbygging av kvalitetsregistre og systematisk utprøvning av nye behandlingsmetoder, som f.eks. vaksinasjon mot rusmiddelavhengighet, farmakologisk behandling, bruk av neurofeedback, FACT-team, mindfulness, musikkterapi etc.

- Langtidsstudier
- Bruker- og pårørende-undersøkelser
- Kombinasjonen av ruslidelser og psykisk helse, som f. eks. ruslidelser og suicidalitet, LAR og seksualitet
- Nevropsykologiske aspekter
- Drop-out problematikk
- Studier av rusmidler i forskjellig biologisk materiale.

Du har vært med å etablere rusmedisin som egen spesialitet i Norge. Hvordan?

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er et selvstendig fagfelt på lik linje med psykiatri og somatikk med grenseflater til disse, men også med en viss overlapping. Rusmiddelmedisinen har sin egen tilnærming og egne behandlingsmetoder, som ikke ble ivaretatt da TSB ble en del av spesialisthelsetjenesten ved Rusreformen i 2004. Det er to ganger tidligere reist forslag om etablering av en egen spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin. Første gang var i 1999 og forslaget ble den gang avslått av legeföreningen. Neste gang det ble søkt om ny spesialitet i rusmedisin var i 2001 og forslaget ble avvist av Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling (NR). Det ble begge ganger hevdet at spesialister i allmennmedisin, psykiatri og indremedisin kunne dekke rusfeltet med legetjenester. Det ble i årene deretter i økende grad satsset på å styrke legers kompetanse i rusmedisin. Til tross for denne innsatsen fortsatte rusfeltet å ha store problemer med å rekruttere leger og det var stor gjennomtrekk i eksisterende legestillinger.

Etter at Rusreformen trådte i kraft 1.1.2004 fikk spesialisthelsetjenesten ansvar for behandlingen av pasienter med rusmiddelidelser og et tredje spesialisthelsetjenesteområde, TSB, ble innført, likestilt med somatikk og psykiatri. Nå hadde man etablert et spesialistområde, men uten legespesialister. Etter en langdryg prosess ble egen spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin, som krever fem års utdanning og praksis etter full legeautorisasjon, endelig godkjent i 2014.

Jeg fikk rik anledning til å følge prosessen gjennom artikkelskriving, nettverksarbeid og som medlem av diverse utvalg og ble selv godkjent som spesialist i 2015. Overlege Bjørge Hjerkin, ARA gjorde en sterk innsats i arbeidsgruppen som ledet an og gikk også inn som fast medlem av spesialistkomiteen.

Burde ARA kanskje nå kalle seg avdeling for tverrfaglig rusmedisin, Agder?

I min tid har vi skiftet navn tre ganger allerede. Skulle vi ha et nytt navn, ville jeg gjort ære på dr. Oscar Olsen og kalt ARA for dr. Oscar Olsens klinikk for addiktologi.

Hva er du mest stolt av å ha bidratt til som forsker?

I forskningssammenheng, oppbygging av FoU-enheten til en liten robust enhet. Det høye aktivitetsnivået når det gjelder artikkelproduksjon og doktor- og mastergrader på et

forsømt forsknings felt med veldig mange kunnskapshull og lav prestisje. Opprettelsen av Stiftelsen Dr. Oscar Olsen Fond og dr. Oscar Olsen prisen til fremme av norsk/nordisk rusmiddelforskning i 1994. Prisen deles ut hvert annet år, og har satt A-klinikken på det nasjonale rusfaglige kartet.

At vi har kunnet bidra til opprettelse av egen legespesialitet i rus og avhengighetsmedisin og at ARA er godkjent som utdannelseinstitusjon i både psykiatri og rus og avhengighetsmedisin. At vi har kunnet bidra til opprettelse av mastergradmoduler i rusproblematikk i masterstudiet for psykisk helse på UiA.

Du er en av de få innen rusfeltet, som er slått til ridder av 1. klasse av St. Olavs orden. Hva er St. Olavs orden? Hvordan ser du på denne æren?

La meg først ta definisjonen:

«den Kongelige Norske St. Olavs Orden er en fortjenesteorden innstiftet av kong Oscar I i 1847. Den er oppkalt etter Norges helgenkonge, Olav den hellige. Ordenen tildeles «som belønning for utmerkede fortjenester av fedrelandet og menneskeheten».

Det var en stor overraskelse da kong Harald utnevnte meg til denne høythengende orden. Det virket ufortjent og jeg stod nesten litt utenfor meg selv. Etter Krigskorset og Borgerdådsmedaljen, er St. Olavs orden den edleste utmerkelse en kan få. Jeg har stor sans for kong Harald og det er klart jeg er takknemlig og glad, men det var først og fremst tanken om hva utmerkelsen ville bety for rusfeltet, som fikk meg til å motta ordenen i 2013.

Av andre utmerkelser jeg har fått er Dr. Oscar Olsen prisen i 2004, Fagrådets pris for godt rusfaglig arbeid i 2011, og «Ut av tåka prisen for cannabisforskning» i 2015. For øvrig har dr. Oscar Olsen også fått St. Olavs orden og overlegene Olav Espegren og Kristin Bergstad Lazaridis har fått Kongens fortjenstmedalje, så ARA er godt representert. John-Kåre Vederhus fikk Dr. Oscar Olsen prisen i 2018 og har gjentatte ganger fått Sørlandet Sykehus pris (Grøttum-prisen) for beste vitenskapelige fagartikkel.

Fra St. Olavs orden, til arbeidsliv og fritid. Hvilken fagbok/bøker har vært viktigst for deg som forsker og behandler?

Her vil jeg nevne: «Storboka» til Anonyme Alkoholikere, læreboka «Rus og avhengighet» til Mørland og Waal, Fekjærs bok «Rus – bruk, motiver, skader, behandling, historikk», John Bricks bok «Handbook of the Medical Consequences of Alcohol and Drug Abuse» og Kim Mueser og medarbeideres bok «Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser». I forskning kommer jeg ikke



Øistein Kristensen mottok St-Olavsordenen i 2013.
(foto: John-Kåre Vederhus)

utenom «*Fra ide til prosjekt – en innføring i klinisk forskning*», skrevet av Svein Friis og Per Vaglum.

De siste årene er det kommet en rekke nettsteder med lett tilgjengelig fagstoff, kunnskapsoppsummeringer, spørreskjemaer, instruktive videoer, som delvis erstatter bøker. Dessuten blir det mye mer artikkellesing både på nett og i tidsskrifter.

Du har hatt stor interesse for fagutvikling, og skrev den første Håndboka ved klinikken i 1987, i forbindelse med innføring av ny behandlingsmodell, og i forbindelse med revidering av Håndboka har du vært en god støttespiller. Håndboka er tenkt for intern bruk ved Enhet for gruppebehandling. Hvorfor er en håndbok viktig for en behandlingssenhet?

I forordet til håndboka i 1987 skrev jeg:

Omlegging av behandlingsfilosofi og praksis har gjort det nødvendig å lage en «kokebok» i teori og praksis for de ansatte ved A-klinikken og Akuttstasjonen i Kristiansand”.

Mye har skjedd siden 1987 og tiden var inne for en ny bok. En norsk bok om 12 trinns behandling har lenge vært etterlyst. Den nye boka går enda et skritt videre og dekker et stort område. Jeg vil berømme og takke Atle Fosse, som har påtatt seg oppgaven å skrive en oppdatert håndbok, som kan benyttes av nyansatte til å sette seg inn i faget og for erfarne som søker mer kunnskap om forskjellige emner. At den i tillegg er elektronisk gjør at den er lett tilgjengelig og har muligheten i seg for kontinuerlig oppdatering.

Avslutningsvis kan jeg kanskje stille deg noen spørsmål om dine personlige interesser utover selve faget, som sikkert har vært viktig for å holde ut i jobben så lenge. Du leser mye på fritiden. Ikke bare faglitteratur. Hva er den beste boken du har lest?

Vanskelig spørsmål. Det er så mange som har gjort inntrykk, og jeg har mange hyllemetre med bøker. Men skulle jeg velge; av skjønnlitterære bøker er det to oppvekstromaner som har satt sine spor, nemlig Beatles av Lars Saabye Christensen og Seierherrene av Roy Jacobsen.

Det er ikke så sjelden du har sittet ved pianoet og spilt en melodi på dagligstua i gamlebygget. Hvor kommer denne interessen for musikk, litteratur og kunst fra?

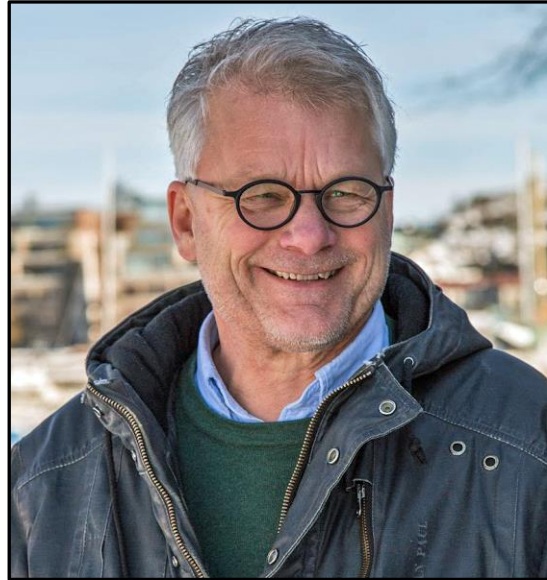
Jeg har alltid hatt stor interesse for musikk. Min far hadde absolutt gehør og behersket en rekke instrumenter. Han var stort sett selvlært. Undervisning hadde han bare hatt for Cello. Min mor sang i kor. Jeg hadde også en onkel som spilte i symfoniorkesteret. Da jeg var 7 år kjøpte min far piano, slik at jeg kunne begynne å ta timer i klassisk piano. Det var et stort løft økonomisk for mine foreldre og utgjorde på den tiden en årslønn. Det var mye sang og musikk i heimen og mange å spille sammen med. Mot slutten av tenårene gikk interessen mer og mer over fra klassisk til jazz og jeg har vært på mange jazzfestivaler både i Norge og utland. I dag er jeg glad i begge genrer, bare kvaliteten er god. Musikken har vært en fin hobby ved siden av det faglige som har tatt det meste av min fritid.

Intervju 5: Tor Åge Fjukstad - avdelingsleder Akuttstasjonen og ruskonsulent 1980

Du var først avdelingsleder ved Akuttstasjonen i Kristiansand. Når begynte du og hva var beveggrunnen til at du begynte? Når sluttet du?

Jeg begynte ved Akuttstasjonen i 1980 – etter å ha avsluttet sykepleierutdanningen og et påbegynt medisinstudie. Jeg sluttet da jeg ble tilbudt jobb som spesialrådgiver på området rus hos fylkeshelsesjefen i Vest Agder – da med ansvar for å utrede og skrive en rusplan, fremme den politisk, og sette den ut «i livet»

Den godkjente rusplanen fikk stor betydning for den rusomsorgen som senere utviklet seg til noe av det beste i landet. Den møtte mye motstand i starten fra de som ikke ville det slik, som det alltid har vært – det vil si å frykte det nye. Heldigvis var det flere entusiaster som fikk skeptikerne med seg.



Tor Åge Fjukstad – arkitekten bak fusjonen mellom Akuttstasjonen og A-klinikken. (Foto: Privat)

Var det noen spesiell grunn til at du ble interessert i rusmiddelproblematikk?

Det var helt tilfeldig.

Hadde du erfaring fra arbeid med rusmiddelavhengige før? Hvilken utdanning hadde du?

Utover å ha sykepleierutdanning i bunnen – tok jeg senere Helse – og sosialadministrasjon, Kommunal ledelse og noen økonomifag ved UIA.

Du var også drivkraften i fusjonen av Akuttstasjonen og A-klinikken. Hvordan foregikk den prosessen? Hvorfor var den viktig?

Fusjonen mellom Akuttstasjonen, St. Hans gt. 1 og A-klinikken, Kongsgård Alle 71, var jeg i stor grad arkitekten bak. Den ble foreslått og vedtatt i Rusplanen. Det var i utgangspunktet to ulike kulturer. Jeg så muligheten for en smidig verdikjede hvor kulturene ble mer like gjennom samarbeid, til beste for brukerne. Utfordringen ved avrusningen var at det var et «lavterskeltilbud» som var for «lavt» og tilgjengelig. Tilbudet ble en del av det naturlige livsløpet for mange brukere – noe som gjorde at de kunne fortsette som alltid. Vi skjerpet inntaket – noe som medvirket til en positiv atferdsendring hos noen brukere.

Hvilke oppgaver hadde du ved Akuttstasjonen?

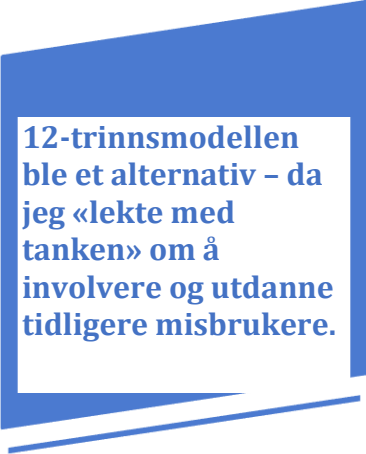
Jeg var leder – ung på den tiden. Hadde heldigvis evnen til å lytte til «erfarne fjellfolk» som også gav rom for mine endringsforslag – som det ble en god del av, etter hvert. Et fantastisk team.

Hvordan tenkte dere om hva som var best akutthjelp den gang? Var det noen holdninger dere arbeidet spesielt med å endre?

Kommunikasjonen med A- klinikken var litt «ovenfra og ned». Vi oppfattet at de der oppe var stakk konservativ/hierarkiske: fra overlege – oversøster og nedover, og ikke til det beste for pasientene. For eksempel ble det sagt at «arbeidsstua» skulle lære misbrukere å komme i gang med arbeid – og følge et regime lik arbeidslivet. Saken var den at mange av pasientene jobbet som gale – tidlig oppe og sent i seng – for å gjøre seg fortjent til en formidabel sprekk. Å sitte å lage lysestaker av hesteskosøm var etter min mening respektløst.

Etter ble du ruskonsulent i Vest-Agder fylkeskommune. I den stillingen hadde du mulighet for å påvirke utviklingen på rusfeltet lokalt. Hva var grunnen til at du gikk så sterkt inn for 12-trinnsbehandling (Minnesotamodellen), og hvordan var responsen?

Responsen var både/og. Jeg var i den situasjon at forandring måtte til for å bryte med det gamle mønsteret: «hjelper – offer». Det kunne virke som om de ansatte tenkte på pasienten som et offer de skulle hjelpe. Resultatene var ikke oppsiktsvekkende bra. 12-trinnsmodellen ble et alternativ – da jeg «lekte med tanken» om å involvere og utdanne tidligere misbrukere. Vi gjorde en studiereise til Sverige og så på en institusjon som jobbet etter modellen. Overlegen, Per Zahl, og noen til, dro over og høstet mye kunnskap og ble skikkelig inspirert.



12-trinnsmodellen ble et alternativ – da jeg «lekte med tanken» om å involvere og utdanne tidligere misbrukere.

Du fikk også politisk gjennomslag for opprettelse av slik behandling i helse og sosialstyret i 1985. Hvordan var diskusjonen rundt behandlingsideologien? Var det en heftig diskusjon?

Igjen var det ulikt syn på dette – men heldigvis var det mange som støttet forslaget – ikke minst fra A- klinikken selv.

Så vidt jeg kjenner til fikk du overlege Brynjulfur Hauksson fra Islandske behandlingstiftelsen på Island til A-klinikken rundt 1986.

Hvilken rolle hadde du oppe i alle denne ideologiske mobiliseringen?

Kan ikke huske helt, men Øistein Kristensen ble en viktig alliert i det videre arbeidet – han var en god støtte og bidro mye. Det var et heidundrande inspirasjonsforedrag, stappfullt og høy stemning.

Som ruskonsulent i fylket klarte du å få barneperspektivet i rusbehandling inn, og lyktes med å organisere og finansiere et fire års prosjekt, «Regnbueprosjektet». Hvordan ble dette prosjektet til?

Igjen var det Øistein, som her var drivkraften. Han fortalte meg om «rainbow-project» fra New York. Vi syntes begge det ville være spennende å jobbe med disse tankene, modifisere de til norske forhold og implementere de ved A- klinikken. Den dag i dag tenker jeg mye på Regnbueprosjektet – som et fantastisk prosjekt som burde hatt mye mere fokus og ressurser. Målgruppen «Barn av regnbuen» er en gruppe som pga sosial arv har blitt tilført en tilværelse de ikke fortjener. Derfor er det viktig så tidlig som mulig å bidra til å «forfriske følelseslivet»

Du var aktiv i planarbeidet for rusomsorgen. Hvordan opplevde du det?

Jeg gjorde planarbeidet – og hadde utrolig stor støtte både administrativt og politisk. Det var arbeidsgrupper på gang med ulik representasjon fra både brukere og behandlere. Sammen kom vi fram til gode løsninger.

Du var også opptatt av Patriarken i Frankrike, som behandlingssted for narkomane og en overgang med ettervernstilbud for dem. Hva var erfaringene med det?

Når jeg nå tenker/erindrer tilbake fra besøkene i mange land – hvor norske rusbelastede ungdommer var deponert – så kommer «gåsehuden». Jeg opplevde hardtarbeidende ungdommer som tok eierskap til oppgavene de hadde fått – og stod sterkt sammen som gruppe. Mye omtanke for hverandre og de framsto som store familier.

Flere av de kom fra kommuner i Agder – og ville komme hjem etter hvert. Det var ingen tilrettelagt ettervern – annet enn stønad fra sosialkontoret – evn på'n igjen på Lolandsheimen, som på den tiden var mest «begeistret» for alkoholikerne – og ikke rene rusmisbrukere med andre stoffer. Her kom tiltaket «Villa Vi» inn. Det ble kjøpt et nedlagt båtbyggeri i Mandal – som ble omgjort til snekkerverksted med lampeproduksjon. Vi hadde full støtte fra Lions i Kristiansand, Søgne og Songdalen – som la ned en formidabel jobb med dugnad, penger og forretningskontakter. Ungdommene flyttet inn (åtte i tallet) i samme bygg – da det var leiligheter i etasjene over produksjonslokalene.

Det eksepsjonelle var at huset var selvstyrt – noe mange fryktet ville gå galt. Med unntak av en svært alvorlig sak – hvor en av beboerne skrev seg ut – og noen dager senere begikk et drap – så klarte de fleste seg utrolig godt. Flere av de som var der, forble rusfrie. Jeg var regelmessig på besøk der borte – og ble hver gang tatt imot som en «pater familias» – hvor de ofte hadde laget spansk og fransk inspirert mat. Jeg fikk tilbud om ny jobb som direktør ved St. Franciskus Hospital i Arendal – og etter det smuldret det mer eller mindre opp.

I tillegg startet du opp Sørlandskollektivet på Honnemyr. Hva var idèen bak det?

Sørlandskollektivet var et samarbeid mellom fylkesbarnevernet og rusomsorgen – et helt nytt tilbud rettet mot vanskeligstilt ungdom med sammensatte problemer – rus og kriminalitet – psykiatri. Det var ingen tilbud til denne gruppen – og noe måtte gjøres!

Hvordan gikk det?

Jeg vet ærlig talt ikke hvordan det gikk – og hvorfor tilbudet ble nedlagt etter hvert – da hadde jeg begynt i ny jobb i Arendal – og ansvaret ble flyttet i sin helhet til barnevernet.

Har du noen minner du vil nevne fra den tiden du arbeidet i rusfeltet?

Mange.

Det som renner meg i hu her og nå som gir glede – er at det gikk mange år hvor jeg ble ropt på av klientene – både de som hadde klart seg – og de tunge brukerne i Wergelandsparken – når de så meg kom gående. Det var ekte gjensynsglede – og mye takknemmelighet – og det varmer og gir mening bak alt arbeidet.

Hvis du ser tilbake på denne tiden og skal summere opp hva som kan hjelpe en rusmiddelavhengig. Hva vil du da peke på som det viktigste?

Det viktigste er tidlig intervensjon – hjelp til å rydde i historikk som ikke har med rus å gjøre nødvendigvis? Få fram, og normalisere alle følelsene.

Jeg skjønner at noen kan være vanskelig å ta fram etter kanskje år med traumatiske opplevelser – og en gjør alt for å beskytte seg. Mitt ønske er at mye mer arbeid – uten at det institusjonaliseres rettes mot «barn av regnbuen».

Intervju 6: Per Erik Zahl - erfaringsterapeut og programkonsulent 1988-1999

Du er for mange mest kjent som terapeut. Hvor «gammel» er du, og hvor vokste du opp? Er det noe du vil fremheve fra oppveksten?

Jeg er 76 år gammel. Vokste opp i Kristiansand, og var aktiv i politikk, men alkohol gjorde at engasjementet etter hvert ble mindre og mindre.

Du begynte som behandler, nesten helt i starten av da den nye behandlingsmodellen ble innført. Du har videre egenerfaring som bruker av alkohol.

Når begynte du, og når sluttet du på A-klinikken?

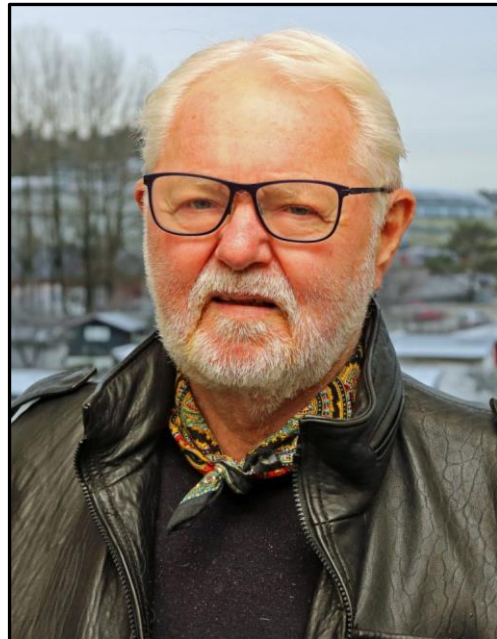
Jeg begynte høsten 1988 og sluttet i 1999.

Hva gjorde at du søkte utdanning som terapeut?

Det er en lang historie. La meg begynne med problemet først. Jeg møtte A klinikken første gang høsten 1964, som bruker. Da var jeg 21 år og ble innlagt. Etter dette likte, eller yndet jeg å si: «jeg har sluttet» å drikke. Men det hadde jeg egentlig ikke. Jeg begynte i stedet å «sprekke». Jeg drakk uten forvarsel i perioder, og fortsatte med det i 19 år, inntil jeg tok min siste drink 10. november 1982. Jeg forstod allerede i 1964 at jeg var alkoholavhengig, men tok ikke konsekvensen av det før i 1982. Nå sier jeg det gjerne slik: det er forskjell på å «slutte» å drikke og å slutte å begynne igjen. Det siste krever endring i tankegang og handling. Det var det siste jeg begynte med fra 1982.

Etter ca. 3 års edruskap ble jeg spurt om å være brukerrepresentant i et fylkesoppnevnt utvalg som skulle se på behandlingsstrukturen og behandlingsmodellen i Vest Agder fylke. Jeg var representant, sammen med personer fra alle institusjonene, profesjoner og rådgivere på området. Det ble besluttet å sende flere av oss på studietur. Øistein Kristensen og Else Jakobsen reiste til Island. Jeg til Sverige, til det nystartede Minnesotaopplegget i Knivsta utenfor Uppsala.

På daværende tidspunkt måtte jeg også ta konsekvensen av å ha arbeidet i mange år i trekkfulle bygg, så lungene sa stopp for videre arbeid i murerfaget. Jeg ble anbefalt uføretrygd, men det var jeg ikke villig til å akseptere. Fastlegen, som kjente min historie, spurte om det var noe jeg kunne tenke meg som attføring, og jeg fortalte om forespørselen jeg hadde fått fra Sverige om utdanning innen rusbehandling. Han syntes det var en god ide og ordnet med det formelle. Så reiste jeg til Knivsta. Opplevelsen var



Per Erik Zahl: "Vi behandler mennesker, så tar vi rusen på kjøpet"
(Foto: Frode Nordhelle)

skjellsettende og jeg bestemte meg der og da for at dette ville jeg prøve. Samtidig ga opplegget en varm anbefaling til komiteen hjemme. Min kone gav meg også grønt lys.

Hvordan var utdanningen? Hva bestod den i?

Jeg ble akseptert som trainee (praktikant, læregutt), og måtte først gjennomgå en pasientbehandling for å se om jeg var skikket til utdannelsen. Jeg fikk tilbud, da jeg var i Sverige, om utdanning ved Alfa klinikken etter den amerikanske modellen, og begynte på denne juni 1986. Utdannelsen foregikk på Alfastiftelsen i Knivsta, med lærer/terapeuter fra Fountain Lake Treatmentcenter i Albert Lee Minnesota. Der måtte jeg ta min eksamen. Læretiden besto av flere deler og bolker.

I behandlingssammenheng måtte vi være tolker og medsittere i gruppen som ble ledet av en amerikaner. Dermed fikk vi praktisk innføring i gruppeprosessen. I tillegg var vi miljøarbeider på kveldstid og i helgene, samtidig som vi skulle studere og levere 4 «posisjonspaper» (oppgaver innen forskjellige deler av læretiden) i løpet av et år.

Utdanningen handlet om farmakologi, avhengighetsforståelse, følelsesforståelse, familieproblematikk og behandling. I tillegg til en oppgave om minoriteter. Vi fikk også lære intervensjons teknikk, diagnostisering etter DSM-III samt å gjennomføre Addis tester på pasientene, selv om disse ble behandlet av en psykolog.

Like før jeg begynte ved A-klinikken i 1988, arbeidet jeg på Alfa Behandlingscenter i Andebu. Bakgrunnen var at overlege Karsten Nordal kjente til familieprogrammet, og ønsket jeg, som ansatt ved A-klinikken skulle få det samme opplegg der. Det var underlig, og ikke lite beundringsverdig at jeg ble spurt som tidligere pasient, med 22 innleggelser, om å jobbe på A-klinikken. Det gjorde inntrykk.

I utgangspunktet hadde jeg ingen tanker om å ta utdanning som behandler. Jeg hadde riktignok fått en forespørsel gjennom AA sitt servicekontor, om jeg var interessert i å ta slik utdanning i Sverige hvor de hadde etablert behandling etter Minnesotamodellen tidlig i 1985. Men de praktiske og økonomiske forholdene satte en stopper for det. Jeg hadde bare vært edru i 3 år.

Hva bestod jobben ved A-klinikken i?

En viktig del av jobben, var å lage programmet for behandlingen, men hovedoppgaven å være terapeut i basisgruppen (den intensive døgnbehandlingen). Jeg var utover dette sterkt involvert i forelesninger både for pasienter og personalet. Etter hvert laget jeg, etter enighet med teamet, et nytt program for familieuken.

Før denne tid var det et poliklinisk kveldsprogram, som nå ble lagt om til et 4 dagers program hvor vi inviterte familiene til et informasjons- og intervensjons kurs. Det var i pasientens 3. uke. Den gang var det 4-ukers behandling. Programmet lagde jeg over samme lest jeg hadde lært i utdanningen. Det ble noe endret i retning av å bli mer pro

Etter hvert ble jeg leder av basisgruppen og fikk navnet alkoholterapeut. Den Amerikanske tittelen på min utdanning er; Certified Chemical Dependency

Counsellor/Practitioner. CCDC/P. Jeg var den første norske alkoholterapeut med denne utdannelse, som jobbet i det offentlige helsevesen/sykehusvesen i Norge

Du var på Hazelden i praksis, der behandlingsmodellen er utviklet. Hva tok du med deg derfra?

Da jeg var i praksis på Hazelden i 1987, i forbindelse med min utdannelse, var jeg først på en studietur til Fountain Lake Treatmentsenter i Albert Lee Min. Der drev de programmet nokså likt det vi hadde i Sverige. Våre terapeuter og lærere kom derfra. På Hazelden var det noe annerledes.

Hazelden var i utgangspunktet ment å være et behandlingssted for nonner! Kanskje var oppbyggingen preget av det. For det første var det skilte enheter mellom kvinner og menn. Det var seks enheter i alt. Tre for menn, en for kvinner, en for familie og en medical/detox avdeling. Det var ingen møter mellom pasient og familie utenom de ganger det var nødvendig med en intervensjon for å få en pasient inn i behandling.

Det som særpreget Hazelden var etter min oppfatning den vekt de la på selvhjelpsinvolvering både med møter på og utenfor senteret. Også det pedagogiske opplegget, både med undervisning gjennom forelesning og film/videoer. Terapeutene overlot gruppeprosessen til pasientenes evne til å konfrontere hverandre, og jeg lærte mye om betydningen av å gi pasientene egenoppgaver.

Du er en mann med lang erfaring i edruskap. Det kunne være interessant å høre: Hva er, slik du oppfatter det, viktigst man kan lære for å leve rusfritt?

Det er helt klart at sykdomsforståelse og følelsesmessig forståelse av skyld og skam er viktig for et stabilt edruskap, men de tre viktigste faktorene er

1. Ærlighet. Erkjennelse aksept av Trinn 1.
2. Håp. Få håp om at det nytter f.eks. fra pasienter i gruppen som har kommet lenger eller AA-medlemmer
3. Tro. Få tro på en kraft sterkere enn deg selv,

En må abdisere som «gud» i eget liv.

Jeg sier gjerne «litt spøkefullt»: det er det samme hva slags gud jeg har, bare han ikke heter Per Erik Zahl. For så lenge det bare var han som var styrende «gud» i mitt liv, gikk det skikkelig galt. Det vil si at man trenger hjelp utenfra for å mestre et alkoholproblem. Frykten, som har styrt det meste av mitt liv, slapp ikke taket før jeg fant en makt sterkere enn meg selv, som jeg kaller «Gud, slik jeg forstår ham».

Du har også oppholdt deg en del i USA, både i forbindelse med utdanning og ved å ha bodd der borte i perioder. Er det forskjell på den amerikanske og europeiske måten å tenke på om den høyere makt?

Slik jeg ser det, skulle det være enklere å snakke om Gud, ut fra norske forhold enn amerikanske. Vi har tross alt de siste 500 årene hatt en statskirke som de aller fleste har vært medlemmer av, uten å måtte melde oss inn. Det har kanskje vært hovedårsaken til at de fleste har et litt distansert forhold til kirken. Vi stiller oss ofte kritiske til spørsmål om Gud. En høyere makt og religion generelt.

I USA er dette noe annerledes. Der er de fleste medlemmer av ulike tros-samfunn, uten at dette influerer så mye på deres livsstil. Det henger sammen med at kirkene/menighetene har en mye større sosial rolle i samfunnet. Nå ser jeg bort fra bibelbeltet i USA og det sørvestlige Norge.

I AA-sammenheng ser jeg liten forskjell på Norge og USA. Noen har problem med å godta gudsbegrepet, spesielt i den første tiden. Men etter hvert som de får mer kjennskap til seg selv gjennom trinnene, finner noen tilbake til sin barndoms Gud, andre får et nyoppdaget gudsforhold og andre igjen finner seg vel til rette med en høyere makt i deres liv. Ateister finnes også, men de er få. Det viktigste er å abdisere som «gud» i eget liv.

Hva er forskjell på behandling og selvhjelp?

Jeg svarer her ut fra min egenerfaring. AA oppstod lenge før behandling etter at 12-trinnsmodellen startet, men det er interessant å lese hvordan de første årene forløp.

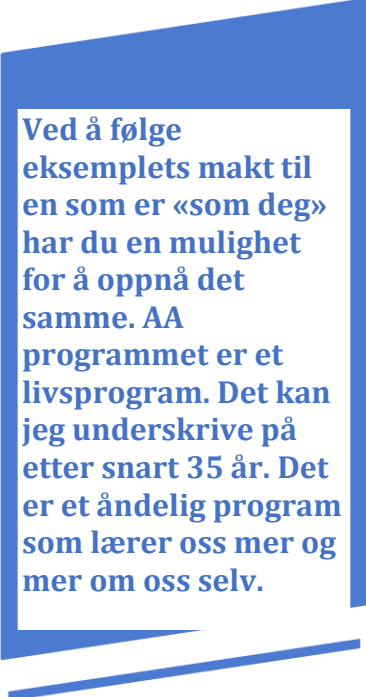
AA startet da aksjemegleren Bill Wilson møtte legen Robert Smith i Akron i 1934. Den tredje AA mann kom til, da de besøkte ham på et sykehus. Slik fortsatte de å rekruttere nye tilfeller med søster Agnethia som beste samarbeidspartner på det lokale sykehuset. De fortalte sine egne historier og erfaringer for at vedkommende skulle kjenne seg igjen og få håp for egen del.

Etter hvert startet det vi i dag kaller "behandling etter Minnesota- modellen." Behandlingen handler om å bryte med benektningen, og gi innsikt i konsekvenser av rusen. Våge å møte sitt eget liv på godt og vondt, møte og bli konfrontert med de belastninger omgivelsene har måtte betale, for å rydde vei for en ny start og en ny levemåte.

Man lærer ikke å «slutte å drikke/ruse seg». Det «kan» vi. Vi har sluttet mange ganger før. I AA kan vi lære hvordan vi kan *unngå å begynne igjen*. Der heter det ikke: slik må du gjøre, men slik gjorde jeg.

Ved å følge eksemplets makt til en som er «som deg» har du en mulighet for å oppnå det samme. AA programmet er et livsprogram. Det kan jeg underskrive på etter snart 35 år. Det er et åndelig program som lærer oss mer og mer om oss selv.

Mange av oss uten rusmiddel erfaring ser at dere med erfaring ofte når inn til pasienter på en spesiell måte.



Ved å følge eksemplets makt til en som er «som deg» har du en mulighet for å oppnå det samme. AA programmet er et livsprogram. Det kan jeg underskrive på etter snart 35 år. Det er et åndelig program som lærer oss mer og mer om oss selv.

Hvordan opplevde du å nå frem til pasientene som behandler i din tid som behandler?

Jeg har i min tid på A-klinikken arbeidet sammen med mange gode og innsiktsfulle mennesker, som har hatt en vel så god teoretisk forståelse av behandlingen, som jeg. Det er klart at jeg, som tidligere bruker, kanskje kommer lettere og mer fortrolig inn på noen pasienter, men det jeg tror en person med egenerfaring bedre kan, er å være med inn i galskapen i hva en rusavhengig opplever. Når andre utbryter: hvordan i all verdens land og rike kunne du finne på å gjøre det, kan jeg bare nikke og si: Der har også jeg vært. Den samme erfaringen tror jeg er veldig viktig.

Hvordan opplevde du å arbeide ved A-klinikken fra 1988-1999?

Til det kan jeg si at det er den rikeste periode i mitt liv. Å få være med på så mye viktig banebrytende arbeid, sammen med mange vidunderlige mennesker, er utenom edruskapen og min kone, det største jeg har opplevd. Å komme så nær inn på mange nydelige mennesker i deres vanskeligste livssituasjoner, gjør meg ydmyk og takknemlig. Ikke minst at jeg fikk lov til å være med å gi hjelp til personer som lider. Det er den største gaven jeg kunne få.

Hva er viktig i gruppebehandling for rusavhengige?

Å behandle pasientene som mennesker – likeverdige. Ifølge en tidligere pasient skal jeg visst nok en gang ha uttalt; - her behandler vi mennesker, og så tar vi rusen med på kjøpet; ganske treffende sagt, om jeg skal si det selv, sånn langt i ettertid.



- Sykdomsforståelse og følelsesmessig forståelse av skyld og skam er viktig for et stabilt edruskap, mener Zahl.
(Foto: Frode Nordhelle)

Intervju 7: Eldbjørg Kjøstvedt - prosjektleder og sosionom 1985-2008

Når begynte du, og sluttet ved A-klinikken?

Jeg begynte på høsten 1985 og sluttet 01.01.2008.

Om jeg tør. Hva er din alder og hvor vokste du opp?

81 år.
Jeg vokste opp i Høvåg.

Hvilken bakgrunn hadde du for å gå inn i jobben?

Jeg var nyutdannet sosionom og hadde jobbet i en årrekke frivillig i narkotikamiljøet i Oslo, helt fra den spede starten med hasjrøyking i Slottsparken mot slutten av 1960-åra, via Oslos første organiserte klubbarbeid for narkotikabrukere. Jeg startet tilsvarende klubbarbeid i Kristiansand da trenden flyttet seg utover landet og etter hvert kom jeg her til byen.

Du hadde tydeligvis ekte interesse for dette feltet. Men hva var beveggrunnen til at du begynte å jobbe ved A-klinikken?

Jeg ble spurt av dr. Karsten Nordal om å søke jobben som sosionom. Den hadde stått ledig en periode, etter at Ragnhild Harstad var sluttet. Jeg tenkte nok den gang at, OK, jeg kan vel jobbe der i en 2 års periode. Jeg ble der til pensjonsalder, noe som forteller om en spennende og utfordrende arbeidsplass.

Du ble engasjert i arbeid med barn og unge, kalt Regnbueprosjektet. Hvordan kom du inn i dette arbeidet?

De første årene jeg jobbet ved A-klinikken jobbet jeg med voksne. I denne sammenheng var jeg med i omleggingen av klinikkens behandlingsmetode til et tilnærmet Minnesotaprogram. Jeg var med i det spennende arbeidet med å utarbeide familieprogrammet og deltok aktivt der i flere år. Klinikken hadde kontakt og samarbeid med Den Islandske Behandlingsstiftelsen i Reykjavik.

Etter et besøk på klinikken, av en islandsk terapeut, Brynjulfur Hauksson, ble representanter fra vår klinikk invitert på gjensitt. Det var i den forbindelse Øistein Kristensen for første gang kom i kontakt med terapeuter som drev et eget arbeid med barn av rusavhengige etter en amerikansk modell.

Øistein Kristensen kom tilbake, full av entusiasme og klar for å arbeide med et tilsvarende opplegg ved A-klinikken. Det ble til gjennom samarbeid med Vest-Agder



Eldbjørg Kjøstvedt var prosjektleder i Regnbueprogrammet. (Foto: Frode Nordhelle)

Fylkeskommune og deres like entusiastiske ruskonsulent, Tor Åge Fjukstad. Han søkt om midler til et 4-årig prosjekt for å utvikle og prøve ut et opplegg i dette feltet. Av alle ting ble det søkt midler fra Vinmonopolfondets forebyggende fond. Dette ble innvilget, og det ble klart for oppstart 1991.

Jeg ble spurt om å søke prosjektlederstilling, og startet med blankt skrivebord og ingen norske kontakter. Litteratursøk viste at dette var nybrottsarbeid her i landet. A-senteret i Stavanger, Borgestad klinikken i Grenland, med henholdsvis Bente Storm Haugland og Frid Hansen, hadde vært inne på temaet, men det var ingen i landet vi kjente som hadde gjort noe systematisk arbeid med barn. Dermed ble kontakten med USA viktig. Det var i det meste av prosjektperioden 2 stillinger knyttet til arbeidet.

Vi laget seminarer med amerikanske foredragsholdere og inviterte skole- og helsearbeidere, fikk bekreftet at de skadene voksnes rusmisbruk gjør med barn i nære relasjoner er universelle. Vi inviterte oss selv til samtlige kommuner i Vest-Agder for informasjonsmøter, og fikk igjen og igjen bekreftet at dette var upløyd mark, Vi ble møtt med mange ulike reaksjoner fra gjenkjennelse til skepsis.

Hadde du en spesiell fremgangsmåte i å rekruttere barn og unge inn i prosjektet?

De første kontaktene med barn, var gjennom kontakt med voksne rusavhengige som var i behandling. Gjennom familieprogrammet fikk mange pårørende ofte, for første gang, en forståelse av at barn visste mer, og hadde større plager og traumer enn de hadde trodd. Mange gjorde alt de kunne for å skjule misbruket for barna, og ofte fortalte barna oss at de hadde strategier for å skjule for andre i familien det de visste, for ikke å gi dem flere bekymringer.

Var det noen aldersgrense for deltagelse i Regnbueprosjektet?

I teorien delte vi barna i to grupper, «De kjente barna» og «De ukjente barna». «De kjente barna» kalte vi de som enten selv, eller bekymra voksne hadde erkjent hadde et problem. «De ukjente barna» kalte vi de vi visste var der ute, men som ikke hadde snakket om problemet. At denne gruppen fantes visste vi gjennom arbeid med voksne rusmisbrukere, og vi antok at dette var den langt største gruppen. Begge grupper var viktige for oss, men vi startet med å lage gruppeopplegg for «De kjente barna».

Vi delte barna i tre aldersgrupper 7-9 år og 10-12 år, og ungdomsgrupper. Gruppearbeidet med «De kjente barna» foregikk på ettermiddagstid. Bortsett fra å ha grupper besto mye av arbeidet i direkte samtaler med barn. Mindre barn var da alltid sammen med voksne de stolte på. Det kunne være en bestemor eller tante eller nabo. Alt var i samarbeid med, og godtatt av foreldre eller foresatte.

I teorien delte vi barna i to grupper, «De kjente barna» og «De ukjente barna». «De kjente barna» kalte vi de som enten selv, eller bekymra voksne hadde erkjent hadde et problem. «De ukjente barna» kalte vi de vi visste var der ute, men som ikke hadde snakket om problemet.

Hvilket team var du en del av?

Det var den gang ikke noe multidisiplinært team, og Regnbueprosjektet var de første årene adskilt fra A-klinikken. Vi holdt til i starten på Fylkeshuset, men fikk etter hvert leid lokaler i Kvadraturen. Vi hadde likevel et nært samarbeid spesielt med Familieteamet. Etter hvert ble Regnbueprosjektet flyttet til A-klinikken. Det forenklet måten å jobbe på. Våre tanker om at det ville være vanskeligere for foreldre å tillate barna å komme til klinikken enn til en nøytral adresse i byen, viste seg ikke å være riktig.

Regnbueprosjektet var tidsbegrenset, men ble etter hvert et program med fast ansatte, kalt Regnbueprogrammet. Hvordan fungerte det?

Vi fikk i løpet av 4-års perioden opparbeidet et stort nettverk, ikke bare i vårt fylke, men over store deler av landet. Vi ble invitert til å holde kurs i mange kommuner fra Finnmark i nord til Rogaland i sør, og laget et 2-dagers kursopplegg som ble ganske populært. For det meste ville vi ikke ha mer enn 10-12 deltakere på hvert kurs.

Vi la vekt på å engasjere lærere og helsearbeidere til selv å starte grupper på sine hjemsteder etter et nøye utarbeidet opplegg. Dette var grupper for barn i risikosonen. Det ble hele tiden presisert at dette var ikke stedet å snakke om hjemmesituasjonen på, men et sted der de kunne lære at når det var trøbbel i en familie var det ikke barnas skyld.

Etter prosjektperioden fikk vi forlenget økonomisk støtte med ett år, og prosjektet gikk over til å kalles Regnbueprogrammet. Arbeidet fortsatte i samme spor som før, noe vi hadde god erfaring med. Foreldre til en del av barna var inne til behandling. Pårørende var i det vi kaller Familieuka i døgnposten.

Hvilken funksjon hadde regnbueprosjektet i familieuka?

Deltakerne i familieuka fikk alltid informasjon om Regnbueprogrammet og tilbud om at barn kunne få kontakt med oss. Vi hadde alltid en samtale med de voksne slik at de kunne gjøre seg opp en mening om de trodde det var et behov for deres barn.

Når vi fikk henvist et barn, startet vi med en serie på tre samtaler før vi i fellesskap bestemte om barnet skulle starte hos oss. Dette ble utarbeidet på bakgrunn av kunnskap og forståelse for at feltet var og er ualminnelig følsomt for de voksne og ikke minst for barna.

Gav du foreldreveiledning?

Først inviterte vi den eller de som henvendte seg for ren informasjon. Ofte var dette en av foreldrene eller et annet betrodd familiemedlem, men det kunne også være barnevernsansatte eller helsesøster. Før en slik samtale, forsikret vi oss alltid om at foreldre var orientert. Selvfølgelig mistet vi barn på denne måten, men samtidig visste vi at det var nesten umulig å gi hjelp uten at foreldrene godtok det.

Andre samtale var med den som kom første gang sammen med barn og eventuelt med andre de hadde bestemt skulle være med. Også dette var en informasjonssamtale.

Tredje samtale var med barnet alene hvis de var over en viss alder, litt avhengig av hva vi hadde observert i forrige møte. Først etter dette ble vi enige om hvorvidt det var grunnlag for å bli med i programmet. Dette nitide og lange forarbeidet så vi som svært viktig for resultatet. Vi hadde også møte med foreldre eller foresatte underveis og ved avslutning av grupper.

Gjennom regnbueprogrammet ble det gjort en stor innsats i forhold til skolene i Vest-Agder viktig. Prosjektet/programmet var viden kjent, og dere var tidlig uten med slikt arbeid. Hvor omfattende var dette arbeidet?

Etterhvert som vi flyttet fokus til «De ukjente barna» eller «Barn i risikozonen» opprettet vi referansegrupper i to typer kommuner. Kristiansand som bykommune, og Kvinesdal som landkommune. Deltakerne ble kurset dels hos oss selv og dels ved å inviteres på seminar. Det var et kreativt og spennende samarbeide.

Hovedoppgaven var å lage et gruppeopplegg som kunne brukes hovedsakelig i skolen, med lærere og/eller helsesøstre som gruppeledere. Kravet var at gruppeledere skulle ha deltatt på ett av våre to-dagers kurs. Etterhvert ble også barnehageansatte involvert, og vi laget et eget opplegg for barn under skolealder.

Etterhvert som vi ble invitert til andre deler av landet, ble kursene holdt på deres hjemsteder. Vi hadde kontakt med ledere av barnegrupper mange steder i landet. Flest grupper hadde vi naturlig nok i Vest-Agder.

Når det gjelder arbeid med barn i barnehager, var det relativt nystartet da jeg sluttet i jobben. Det var et stort hjelpepotensiale ved å starte i tidlig alder. Opplegget ble selv følgelig aldersrelatert.

Barn som pårørende har vært forsømt, ikke bare i rusfeltet, men også i andre sammenhenger. Hadde regnbueprogrammet ringvirkninger for andre virksomheter?

Mot slutten av mitt arbeid i Regnbueprogrammet ble interessen for arbeid med barn i psykiatrien merkbart økende. Vi ble invitert til å møte personale ved psykiatriske avdelinger og etterhvert ble det her i Kr. sand opprettet egne kontakter for barn av innlagte i psykiatrien. Det var et godt skritt i riktig retning den gang.

Det vi i hele arbeidstiden fikk positiv tilbakemelding på, var at vi snakket MED barna, ikke bare OM de. Jeg har forståelse for at det lett blir til at man snakker med voksne om barn, for samarbeid om så vanskelige spørsmål med barn, er utrolig skjørt og krever fantasi, følsomhet, oppfinnsomhet og tålmodighet som jeg gjerne skulle ha hatt mere av.

Politikere er som regel opptatt av om arbeidet gir resultater eller ikke. Var det noen undersøkelser på dette arbeidet fra Regnbueprogrammet?

Som i alt slikt arbeid er resultatmåling vanskelig. I prosjektperioden brukte vi spørreskjemaer ved inntak, ved halv tid og etter fullført gruppe. Disse ble vurdert i

prosjektrapporten. Men jeg møter fra tid til annen fremdeles 10 år etter at jeg sluttet, «voksne barn» eller foreldre som beklager at Regnbueprogrammet ikke eksisterer lenger.

Regnbueprogrammet var et lavterskeltilbud for barn og unge, uten krav om diagnose for deltagelse. Etter at det ble en del av Helseforetaket 2004, oppstod det et krav om diagnostisering. Hva tenker du om det?

Den store fordelen med Regnbueprogrammet var at det var et lavterskeltilbud. For mange var selv det, et veldig stort steg å ta. En klar erfaring var at jo tidligere vi kom inn i situasjonen, jo enklere var det å gi hjelp. Etter min erfaring vil jeg tro at langt færre barn vil henvises til utredning og diagnostisering.

«For mange var det å komme inn i et lavterskeltilbud et veldig stort steg å ta. En klar erfaring var at jo tidligere vi kom inn i situasjonen, jo enklere var det å gi hjelp».



Sosionom Eldbjørg Kjølsvædt arbeidet i 23 år ved ARA før hun gikk av med pensjon. (Foto: Frode Nordhelle)

Intervju 8: Kjell Agnar Karlsen - psykolog 1988-1995

Når begynte du, og når sluttet du ved A-klinikken?

Jeg begynte 15.02.1988 og sluttet formelt ca. august 1995, da jeg fikk fast stilling i poliklinikken. Hadde vært på «utlån» i noen måneder fra A-klinikken til poliklinikken før ansettelsen

Hvilken utdannelse/praksis hadde du for jobben?

Jeg har embetseksamen i psykologi fra Universitetet i Bergen 1980. Hadde først midlertidig stilling ved Skogliheimen på Askøy. Da denne opphørte søkte jeg jobb ved Loland behandlingssenter. Der var jeg til jeg i 1988 begynte på A-klinikken, så videre til poliklinikken fra 1995. Har ellers vært innom Famileklinikken ABUP i 1997 og PP-tjenesten i Kristiansand 1998.



Psykolog Kjell Karlsen
(Foto: Privat)

Hva bestod jobben som psykolog i?

Ved A-klinikken jobbet jeg blant annet som gruppeleder i døgnbehandling/basisgruppa og som terapeut i familieprogrammet. Etter hvert gikk jeg over i poliklinikk. Her ble det gjort en del utredningsarbeid/testing av pasienter, som enten var kommet inn, eller skulle inn i basis, mest det første. I tillegg hadde jeg en del polikliniske pasienter i behandling, både ruspasienter og enkelte pårørende.

I arbeid med pasienter er det i profesjonell praksis brukt forskjellige tester. Det er mange å velge i. Hvilke tester mener du er mest relevante å bruke ved A-klinikken, ut fra din erfaring?

Det kommer an på formålet. Dersom det er snakk om vurdering av personlighet og egnethet/mulighet for å nyttiggjøre seg behandling, kan MMPI være et alternativ. Det er en personlighetstest som har vært brukt mye i rusfeltet.

Ulempen er at det er en svært lang og krevende selvutfyllingstest. Fordelen er at den er godt validert, at testen utfylles av pasienten selv og ikke krever så mye ressurser av behandler. MCMI kan også være aktuell, men det er en test som brukes i langt mindre utstrekning enn MMPI.

MMPI kan gi en pekepinn på hva slags type problematikk pasienten strever med psykisk og kan gi grunnlag for beskrivelse av forsvar og egostyrke.

Dersom det er spørsmål om kognitive forutsetninger er jo WAIS IV mye brukt som psykologinstrument.

På 90-tallet var det vanlig å ta opphold som behandler ved et behandlingssted, for å lære hvordan det var å være pasient i en slik behandling på den tiden. Du fikk også slikt tilbud. Hvordan opplevde du nytten av det i psykologrollen?

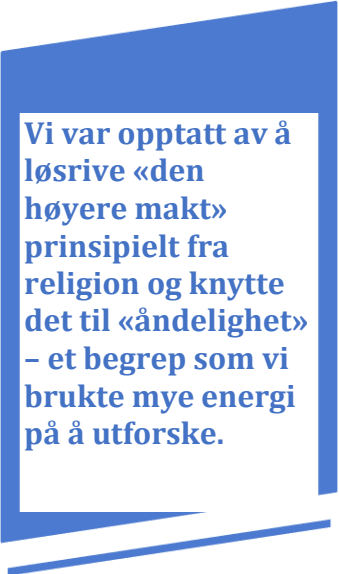
Jeg hadde selv et opphold ved en 12-trinns institusjon i Sverige i 1989. Jeg opplevde det som lærerikt. Det ga en ganske god forståelse av pasientrollen og forholdet mellom det som skjedde i gruppebehandlingen og det som skjedde i miljøet.

Begrepet «høyere makt» har vært gjenstand for mange diskusjoner i rusfeltet både lokalt og nasjonalt.

Hvordan tenkte du som psykolog rundt spørsmålet om den "høyere makt" - i behandlingssammenheng?

Vi var den gang opptatt av den psykologiske «overgivelsesprosessen» som en viktig forutsetning for å ta imot hjelp, og for å mestre rusproblemet. I den sammenheng så vi det som viktig å relatere seg til noe som var utenfor en selv og som var større enn en selv. (Eller som erfaringsterapeut Per Erik pleide å si: det står Gud i programmet for at du skal skjønne at det ikke er du som er Gud).

Men vi var jo opptatt av å løsrive «den høyere makt» prinsipielt fra religion og knytte det til «åndelighet» – et begrep som vi brukte mye energi på å utforske. Husker bla at vi hadde en prest ved navn Jostein Seth som foreleser på dette temaet.



Vi var opptatt av å løsrive «den høyere makt» prinsipielt fra religion og knytte det til «åndelighet» – et begrep som vi brukte mye energi på å utforske.

Hvordan trekker du skille mellom behandling og selvhjelp?

Behandling innebærer at en profesjonell gir hjelp i form av behandling, mens selvhjelp er støtte av, og blant likemenn.

I 12-trinnsbehandling brukes mye egenerfaring som kompetanse, supplert med profesjonell kompetanse. Å være behandler stille høye krav til personer. Det er ikke nok bare å ha erfaring.

Hvilke forutsetninger bør gjelde for behandlere med egenerfaring, om de skal arbeide ved Enhet for gruppebehandling?

Erfaring med å takle livet uten rus, etter å ha mestret rusproblemet sitt.

Dessuten er personlige faktorer viktige, bl.a. at en har vidsyn og er i stand til å se de individuelle forskjellene som finnes blant de som har problemet. Dessuten er det vesentlig med både forståelse og respekt for det som kan tilføres av kunnskap fra ulike

fagfelt som psykologi, psykiatri og medisin. Selvsagt vil det til tider være et spenningsfelt mellom ulike disipliner, men som behandler (med eller uten egenerfaring) er det viktig å kunne integrere ulike forståelsesmåter og tilnærminger uten å bli konturløs.

Hvorfor er gruppebehandling viktig i arbeid med rusavhengige?

Muligheten for identifikasjon med andre, som har et rusproblem, og opplevelsen av å ikke være alene om å streve med både rus og andre livsproblem. Støtte og forståelse fra andre er også viktige motivasjonsfaktorer. I tillegg vil enhver rusavhengig kunne bidra til å hjelpe andre. Det er også en faktor som kan øke egenmotivasjonen, slik en ser det i selvhjelpsbevegelsen.

Intervju 9: Eva Norbakk - spesialsykepleier og addiktolog, 1984 – 1994 og 1999 – 2019

Hvor er du vokst opp?

I Kristiansand.

Når begynte du ved A-klinikken /ARA, Enhet for gruppebehandling?

Jeg begynte på avgiftningsposten i 1984, nylig utdannet sykepleier, og jobbet til 1994. Jeg jobbet deretter fem år på Misbrukerteamet i Kristiansand kommune før jeg igjen kom tilbake til A-klinikken i 1999.



Eva Norbakk har mer enn mer 30 års erfaring i ARA. Mye av tiden har hun jobbet med pårørende til rusavhengige i Familieuka. (Foto: Frode Nordhelle)

Hvordan ble du rekruttert inn til A-klinikken?

Jeg kan vel si jeg ble «headhuntet» i 1984, etter at leder den gang, Tor Åge Fjukstad tok kontakt med meg etter et innlegg jeg skrev i FVN. Jeg hadde lest et avisinnlegg som var skrevet om hvorfor sykepleieryrket var et profesjonsyrke og ikke et kallsyrke. Jeg kommenterte dette på debattsiden, og ga uttrykk for at tanken om sykepleier som profesjon ikke kom godt nok frem.

Jeg har alltid vært opptatt av sykepleieryrket som profesjonsutdanning, ikke et kallsyrke eller det å være «håndtlinger» for legen. Jeg hadde fått tutet ørene full av dette i tre år på sykepleierutdanningen, det første kullet i Stavanger, der utdanningen var høyskolestudium.

En dag, etter innlegget, ringte styrer ved Akuttstasjonen, Tor Åge Fjukstad og lurte på om jeg ville jobbe der. Null erfaring med rus, egentlig litt redd for fulle folk, men uten fast jobb da og jeg var i svangerskapspermisjon. Jeg takket ja.

Du har utdannet deg en god del i jobb, og skaffet deg bred kompetanse, samt at du regnes som en dyktig person i jobben. Hvilken fagutdanning tok du før du begynte i jobben? Og hvordan styrket du din kompetanse?

Jeg var nyutdannet sykepleier med videreutdanning fra RDH (Rogaland distriktshøyskole, i dag universitet). Jeg jobbet deltid ved A-klinikken i starten, og samtidig deltid i en Bedriftshelsetjeneste i Kristiansand, og holdt på med videreutdanning i Arbeidsmedisin (Arbeidsforskningsinstituttene i Oslo).

Siden har jeg tatt mange videreutdanninger og kurs innen veilednings og konsultasjonsmetodikk, barnevern, rusmiddelavhengighet og gruppeterapi. Tok også et årsstudium i Psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Agder og Addiktologi utdanning, -deltidstudium over tre år ved Fria universitet i Sverige.

I tillegg til tradisjonell utdanning har du tatt utdanning i det som kalles addiktologi. Addiktologi kommer fra det engelske ordet addiction (avhengighet) og er en alternativ behandlingsform som tar sikte på å behandle alle former for avhengighet. Addiktologi sies ofte å bygge på Minnesota-modellen, som ser på avhengighet som sykdom.

Du er også en av få pårørende som har tatt utdanning i addiktologi. Kan du si noe om hva denne utdanningen har gitt deg?

Utdanningen har gitt meg forståelse og kunnskap i 12-trinnsbehandling. Den er opptatt av både avhengighet som personlig lidelse og avhengighet som familielidelse, både som fag og personlig utvikling. Hvem er vi, oppi dette? Og hvordan bruke egenerfaring i behandlingsarbeidet?

Hvilke forskjellige arbeidsroller har du hatt ved ARA?

Jeg har vært vanlig sykepleier på avrusningsposten, og avdelingssykepleier på samme post. Jeg har vært terapeut i Basisgruppe-teamet, Familieuka, og jobbet både i forberedelse og oppfølgingsgruppe. Har også vært Teamleder ved Rehabiliteringsposten i ca. 4 år. Vært en av flere barneansvarlige i enheten, og vært i svartjenesten ved Ung.rus.no i mange år.

Hvordan var nytten av 5 år i Misbrukerteamet i Kristiansand, for så å komme tilbake til A-klinikken?

Jeg brant veldig for 12-trinnsbehandling, da jeg jobbet på Misbrukerteamet og tok med meg pårørendeperspektivet og selvhjelpsgruppetanken da jeg kom tilbake til førstelinjetjenesten.

Å arbeide med rusmiddelavhengighet gir mange gleder, men stiller også mange krav.

Hvordan har du klart å holde ut så lenge i denne jobben?

Jeg har brent, og brenner for denne jobben, og har stor tro på vår behandlingssideologi, ser stadig små undre, og ikke minst ser jeg det som viktig å ta pårørende på alvor.

Jeg pleier å si at jeg har verdens beste jobb. Det handler om det jeg ser og opplever i familieukene. Fra første dag, – der pårørende kommer med «bøyd hode», full av skam og følelse av annerledeshet, til siste dag å kunne se de sitte rakere i ryggen. I tillegg hører jeg de selv fortelle hvordan de har opplevd uken siste dag i familieuka.

Jeg pleier å si at jeg har verdens beste jobb. Det handler om det jeg ser og opplever i familieukene. Fra første dag – der pårørende kommer med «bøyd hode», full av skam og følelse av annerledeshet, til siste dag å kunne se de sitte rakere i ryggen.

Alle vi som arbeider med rus vet at det er krevende å oppnå varig endring i forhold til dette problemet.

Hva tror du må til for at en rusmiddelavhengig skal søke behandling?

Det er oftest en del av lidelsen med bagatellisering og bortforklaring. Det er et tabubelagt problem. Derfor er det vanlig at pårørende og omgivelsene oppfatter problemet mange år før den avhengige selv innser det. Det er gjerne når omgivelsene til slutt setter foten ned for konsekvensene av rus, og det begynner å balle på seg, at den rusavhengige søker behandling. Eksempel på konsekvenser kan være tap av førerkort. Pårørende trenger ofte støtte i denne prosessen, noe de får gjennom vårt tilbud.

Du har arbeidet mye med pårørende ved ARA/A-klinikken. Hvor mange pårørende er innom familieukene i løpet av et år?

I 2018 var det 145 pårørende på døgn og 40 på dagbehandling. Barn under 18 år: 5.

Vi startet opp med et familiekonsept, inspirert fra et behandlingssted i USA (bla. a Johnson Institute), og samarbeidet med Borgestadklinikken om fellesundervisning for hele personalet. Vi var også inspirert fra et behandlingssted i Sverige.

Du har også vært med å drive pårørendegruppe i oppfølgingen. Hvor mange er det i disse gruppene, og hvor ofte møtes de?

Det er mellom 8-10 i hver pårørendegruppe. Vi har to grupper som møtes annen hver mandag mellom 13-15 over en periode på ca. et år.

Hvordan har du opplevd overgangen fra A-klinikken til SSHF, herunder ARA- Enhet for gruppebehandling?

Overgangen førte til økt fokus på dokumentasjon, noe som var veldig bra, og en kvalitetssikring. Likedan økt fokus på pasientrettigheter. Vi hadde regler med hensyn til telefonforbud, og villighet til å invitere inn i familieuka de vi tenkte var viktige og lignende.

Likevel. Noen ganger overgår pasientrettigheter det rusfaglige. Jeg har stilt meg spørsmål ved om dette alltid er til pasientens beste. Før kunne vi lettere skrive ut pasienter når vi mente de ikke var egnet for behandling, når de ikke var motivert eller villig til endring. Dette ble det helt slutt på.

Familieuka regnes ofte for å være ganske tøff. Kanskje den tøffeste i hele behandlingen. Hva mener du pasientene har best utbytte av i familieuka?

Et av de viktigste aspekt pasienter med avhengighetslidelse i behandling her får, er formidling fra pårørende om hvilke konsekvenser deres rusing har for familien, og dem selv. Det å gi slipp på ideen om avhengighet, som et individuelt problem men også kunne se det som en familielidelse.

Har du vært engstelig for hva som kunne komme frem i et familiemøte?

Nei, det er uhyre sjelden.

Hvordan prøver dere å unngå at uheldige episoder skjer?

Vi bruker mye tid i forkant av familiemøtet med å forberede/ veilede, og sjekke ut hva pårørende har tenkt å si. Vi snakker om hva som hører hjemme i et familiemøte, og hva som evn hører hjemme i en samtale med ruspasienten og dennes terapeut, samt en av oss som jobber i teamet for familieuka. Jeg har hver uke en ganske god oversikt over hva som vil måtte komme, men ikke alltid formen, det kommer ut på. Onsdag morgen er det en gjennomgang i gruppa om hva pårørende har tenkt å si.

Om galt skulle skje, er jeg parat til å si fra på en grei måte, dersom det kan se ut til å komme ting som ikke hører hjemme der, eller jeg hvisker noen ord i øret dersom de kommer med anklager i stedet for å fortelle hva situasjoner har gjort med dem følelsesmessig.

Hva har du /dere gjort når uheldige episoder skjer?

Stoppet situasjonen.

Er det noen siling av hvem som skal si noe i familiemøtet?

Alle som er i et familiemøte har mulighet til å fortelle hva som har vært vanskelig for dem. Vi siler i forkant når vi avklarer hvem som skal inviteres inn og hvem som evn ikke skal inviteres. Etter livshistorien, tar jeg alltid kontakt med terapeutene i basis og hører om det er personer som ikke bør inviteres inn, og hvem som absolutt bør inn.

Hva mener du pårørende har best utbytte av i familieuka?

De lærer at rusavhengighet er en sykdom, og at det ikke handler om manglende kjærlighet til dem, eller svak karakter. De får innsikt i hvorfor vi ser på avhengighet som en familielidelse. Fratar dem også skyld de mange ganger har kjent på. De får en forståelse av hvorfor rus og barn ikke hører sammen, og om generasjonsoverførbare problematikker. Mange kjenner seg igjen i medavhengighet, og får kunnskap og redskap mht hvordan de kan begynne å ta vare på seg selv og sine på en god måte.

Hva kunne det vært undervist mer om i familieuka?

Risikofaktorer med hensyn til skjevutvikling hos barn, som vokser opp med rus og hva som er beskyttende faktorer. Det er viktig for enhver mor og far å vite noe om.

Hva betyr det å være medavhengig? Er det en sykdom?

I mine øyne er det ikke en sykdom, men en lidelse som oppstår når vi lever med/ er glad i en som ruser seg. Sakte begynner vi å ta ansvar for menneskes liv og følelser og tror vi kan kontrollere/redde/ få dette menneske til å slutte ruse seg. I denne prosessen mister mange seg selv og mye av gleden ved å leve.

Du/dere samarbeider en del med ruspoliklinikken om pårørende. Hvordan skjer dette samarbeidet?

Fra 2019 har det vært lite samarbeid. Vi samarbeidet tidligere med poliklinikken i forhold til henvisninger til oss, og fra oss til poliklinikken. For vår del henviser vi pasienter fra våre pårørendegrupper til parsamtaler eller VBM (Voksne barn av rusmisbrukere) kursene som de hadde inntil ca. 2018. Men fortsatt har de fra poliklinikken undervisning om VBM til pårørende hver fredag i familieukene. I tillegg har jeg eller den andre som driver pårørendegruppen undervisning hver mandag i familieuken.

Hvilket samarbeid har du hatt med hjelpeinstanser utenom ARA?

Vi har motivert pårørende, som trenger familieveiledning til å komme i kontakt med Barnas stasjon, Familievernkontoret eller Familiesentrene, NKS veiledningssenter for pårørende.

Har dere fast avtale med noen, for å informere i familieuken?

Nei, ikke fast. Al-anon kommer hver familieuke og informerer.

Ved A-klinikken har det vært viktig opp gjennom årene å informere omverdenen og hjelpeapparatet om behandlingsopplegget. Ikke minst om medavhengighet. Har du av og til vært ute og informert om pårørendearbeidet? Hvor og når?

Jeg har vært og undervist om avhengighet som familielidelse mange steder. Det gjelder kommunen, i barnevernet/på familiesenter, Familievernkontoret. I Vennesla kommune informerte vi alle ansatte i helse og sosialtjenesten, Barnas stasjon på Blå Kors, Bymisjonen, Jegersberg gård, Way back, Røde kors visitortjeneste, Portalen, Energiverket og på Promilleprogrammet. Sikkert flere, men det er de jeg kommer på nå.

Hva mener du pårørende trenger mer av, ved ARA?

Foreldrekurs for par som har mindreårige barn, parsamtaler, familieuker for pårørende som ikke har sin rusavhengige i behandling, mer fokus på pårørende til LAR pasienter.

Hva med tilbud til pårørendebarn under 18 år?

Tidligere hadde vi Regnbueprogrammet, et tilbud til mindreårige barn, som trengte noe utover familieuken, eller som var for små til å komme i familieuken. Omtrent når Familieteamet ved ruspoliklinikken ble lagt ned, ble dette tilbudet også dessverre lagt ned. At vi ikke kan gi tilbud til de minste barna i vår enhet er en svekkelse av



familieperspektivet. Det er beklagelig at vi ikke kan gi et slikt tilbud, når foreldrene gjerne ønsker å gi tillatelse til at deres barn skal kunne få noen å snakke med rundt deres opplevelse og rolle.

Eva Norbakk: I mine øyne er ikke medavhengighet sykdom, men en lidelse som oppstår når vi lever med/er glad i en som ruser seg. (Foto: Frode Nordhelle)

Intervju 10: Astrid Salte - addiktolog og gestaltterapeut 1995-2018

Hvor er du vokst opp?

På en gård i Aust-Agder, men ikke bare på denne. Jeg har bodd mange steder på Sørlandet, da min far var forpakter på gårder. Etter at jeg var 12 år til jeg var 18, bodde vi i Grimstad.

Når begynte du ved A-klinikken? Når sluttet du?

Jeg begynte først i 1995 som miljøarbeider, og arbeidet frem til 1998. Deretter tok jeg terapiutdannelse i 1 år på Alfa behandlingssenter, Vestfold.

Jeg hadde praksis ved A-klinikken i et halvt år. I desember 1999 begynte jeg som terapeut i basisgruppebehandling, etter erfaringsterapeut Per Erik Zahl. Det var en svensk terapeut inne en kort periode før jeg begynte. Jeg sluttet i Enhet for gruppebehandling i 2018.

Hvilken utdanning og erfaring har du innen dette feltet?

Jeg har egenerfaring, og er rusterapeututdanning (1 år), har gestaltveilederutdanning (2 år) og videreutdanning i rus-psykiatri over 2 år. Jeg fikk mest praktisk utbytte av gestaltveiledning for egen del, men teoretisk fikk jeg mye igjen av rus-psykiatri. Rusutdanningen gikk mest på 12-trinnstenkning, der jeg fikk styrket min kompetanse til å bruke egenerfaring og 12 trinn.

Å være terapeut kan være en krevende jobb. Det stiller helt spesielle krav og egenskaper som ikke er gitt hvem som helst å gå inn i. Hva har gjort deg mest frustrert i jobben?

Jeg har vært mest frustrert når gruppeprosessen har stoppet opp. Det kan være så mange grunner til at det skjer, og vi gjorde mange tiltak for at prosessen skulle bli bedre, og drøftet det i teamet.

Det er en krevende jobb ja, å være terapeut i en så intensiv behandling, og derfor samtidig viktig at det skjer med to terapeuter som matcher. En med, og en uten erfaring. Erfaringsmessig fungerer dette best.

Det har periodevis vært utfordrende å ha personer i opplæring, og i tillegg tidvis observatører annenhver uke fra kommunene.

En tredje frustrasjon har vært endringer i pasienters rettigheter. Pasienter har noen ganger hatt litt for stor rett til kontakt med omverdenen under selve behandlingen,



Astrid Salte jobbet i Enhet for gruppebehandling i 23 år før hun sluttet i 2018 (Foto: Frode Nordhelle)

herunder bruk av mobiltelefon. Det kan ta bort fokus fra det de egentlig er kommet hit for. Jeg skulle gjerne hatt de samme muligheter som før til å skjerme dem i større grad fra utenom verdenen.

Hvordan var det før?

Før hadde de ikke telefon på rommet, men fikk låne telefon ved behov. Vi hadde også telefonautomat.

Men hva har gitt deg mest glede?

Når pasienter gjør endringer og er i prosess med seg selv. Jeg legger merke til det straks, når forsvarsmuren er falt. De forstår at jeg gjennomskuer dem. Når de forstår det, er det ikke noen vits å protestere, over tid. At vi bruker egenerfaring som ressurs i terapeutisk arbeid, gjør det enklere for pasientene å kapitulere. At jeg ser at de oppdager at deres liv som rusfri arter seg annerledes enn de hadde tenkt. De gjenvinner evnen til å bruke egne ressurser, samtidig med at de ikke lenger trækker på egne verdier.

Terapeutisk bevissthet er et ord vi ofte bruker om det å være bevisst sin rolle som terapeut. Dette er noe selvhjelpsbevegelsen også understreker, at man skal være bevisst forskjellen på lekmannsarbeid og profesjonelt arbeid. Hva er du spesielt bevisst på som terapeut når du deler egenerfaring?

1. Å ikke overføre egen erfaring på andre.
2. Videre å være bevisst hvorfor jeg deler det jeg deler.

Det interessante er at jeg kan bruke min egenerfaring overfor narkomane, like godt som overfor alkohol. Jeg fokuserer på virkningen og ikke smaken på alkohol, hva rusen gjør med den enkelte. Der er det mye felles.

I faglig sammenheng sier vi gjerne ofte at det å være erfaringsterapeut har en god del fordeler knyttet til å nå frem til den enkelte. Hvilken fordeler opplever du selv å ha hatt i terapi som erfaringsterapeut, til forskjell fra terapeut uten ruserfaring?

Jeg vet mye om miljøet, hva som foregår der ute og jeg har gått mye sammen med de som bruker andre stoffer, selv om jeg ikke har brukt det selv. Her gjelder ikke de regler som gjaldt der ute. Jeg har også lagt merke til at jeg raskere når inn til kvinner som har vært utsatt for overgrep, også personer som strever med morsrollen.

Mange sier 12-trinnsbehandling er litt for direkte og konfronterende, bryter ned mennesket i stedet for å bygge opp? Hva tenker du om det?

«Å bryte ned», er feil ord. 12-trinnsbehandling bryter ikke ned noe, men det skjer en kapitulasjon i personen når mennesker deler sin erfaring. Det handler om å peke på egne verdier, som de har tråkka på. Gi innsikt, ikke for å gi skyldfølelse, men for å motivere til endring.

«Å bryte ned», er feil ord. 12-trinnsbehandling bryter ikke ned noe, men det skjer en kapitulasjon i personen når mennesker deler sin erfaring. Det handler om å peke på egne verdier, som de har tråkka på. Gi innsikt, ikke for å gi skyldfølelse, men for å motivere til endring.

Har måten pasienter blir møtt på, endret seg opp gjennom årene du har arbeidet i 12-trinnsbehandling?

Ikke spesielt mye. Å møte den enkelte med respekt har vært der hele tiden. Respekt er å møte pasienter der de er. I gruppesammenheng snakkes det mye om konfrontasjon, men lite om å løfte pasientene. Noen trenger å bli løftet. Det er viktig å bevisstgjøre pasientene på å mate seg selv med positive ord. Jeg er opptatt av at ord har makt.

Du har erfaring med barn og barnebarn og morsrollen. Du er altså etter hvert blitt en terapeut i relativt «høy» alder. Hvordan klarer du å møte de unge i gruppen? Har du en spesiell terapeutisk strategi?

Jeg er bevisst meg selv at jeg ikke går inn i morsrollen i forhold til yngre pasienter. Noen ganger kan jeg kjenne på behovet for å skjerme enkelte unødige, og da arbeider jeg mye med å unngå det. Det gir ingen vekst. Jeg har vært ung selv, og deler ikke mitt privatliv i dag, men min historie i forhold til rus kan jeg dele.

3. juni blir det 27 år siden jeg ruste meg. Jeg husker nøyaktig dato for når jeg ble rusfri, slik mange i AA gjør. I tilfriskning deler jeg mye i mine første år som rusfri.

De senere år er periodevis flere eldre kommet inn i behandling. Hva tror du er årsaken til det?

Det handler om at pensjonsalderen er gått ned, også om ensomhet blant eldre.

I behandlingen skiller vi mellom selvhjelpsgrupper og behandlingsgrupper. Hva vil du si er forskjellen på selvhjelpsgruppedeltagelse og behandling?

Det er to forskjellige ting. Vi driver terapi her, ikke selvhjelpsgrupper. Metoder og teknikker for at de skal finne et håp om å leve rusfritt. I fellesskapet deler man egen erfaring, mens i behandling handler det om innsikt og å finne ut hva en feiler, akseptere avhengigheter, og hva en må gjøre med det.

Hva er det viktigste pasienter lærer?

Pasientene lærer at de ikke kan innta noen form for rus. Det er fort gjort å erstatte det ene med det andre. De må endre noe for å få et annet resultat. Det er også rett at pasientene lærer en del av erfaringsterapeuter, men kanskje mest fra de som ikke har erfaring, og som deler av sin erfaring fra livet i sin alminnelighet.

Den østerrikske psykiater Viktor Frankl, understreker at når man har en lidelse, kan vi ikke alltid gjøre noe med den, men vi kan gjøre noe med forholdet til lidelsen når noe er blitt kronisk over tid. Gir dette mening?

Ja, en kronisk avhengighet er varig, men man kan leve godt med den, dersom man lærer seg det som er viktig for å holde seg rusfri. Den mentale besettelsen forsvinner etter hvert, men allergien er der hele tiden. I starten må pasienten være villig til å gjøre det de ikke har lyst til, for å endre tankegang og handling.

Søren Kierkegaard sier i «Ordene om Hjælpekunst», at det er ved å finne den enkelte person der vedkommende er, at det er mulig å gi rett hjelp. Behandlingen du møter dem i varer gjerne i 6-8 uker. Føler du at du blir godt nok kjent med dem til å bli i stand til, så kort tid etter, å møte dem der de er?

For å få det til, er det viktig å ikke generalisere, men møte de ulike pasienter på deres egen måte. Min erfaring tilsier at vi kan si noe til andre i den fasen de er, som gjør at de kan oppleve det.

Er det noe du mener vi burde fokusere mer på i behandling?

Vi fokuserer for lite på kroppsspråk og seksualitet. Mange innen rusmiljøet har et dårlig bilde av egen kropp, og det snakkes for lite om det. Mye blir ødelagt når man ruser seg. For eksempel når pasienter bruker mye amfetamin. Skamfølelse knyttet til egne handlinger, er også viktig. Mange har relasjonskader på grunn av overgrep, og det har vært fokusert lite på kriminalitet, men dette er bedre nå. Mange sprekker på kriminalitet.

Er det noe du har savnet i løpet av tiden du har vært ansatt ved ARA?

Nei.

Er det noe du vil tilføye?

Det måtte være at den største kunnskapskilden vi har for å hjelpe den enkelte til endring, finner vi hos pasientene selv, i tillegg til lærebøkene.

Og

At ærlighet kan være et godt forsvar. Det er ikke nok å være ærlig. Det viktige er hvordan man bruker ærligheten.

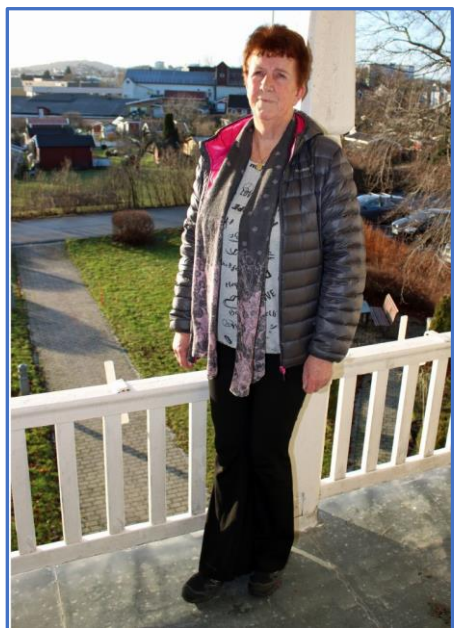
Og

At vi i visse perioder sendte vi personer med alkoholvansker i NA og motsatt, for at de skulle få erfaring i grupper med ulike diagnoser. Alkoholavhengige til NA og Narkotikaavhengige i AA. Det handler om at enkelte distrikter har mindre tilbud. En alkoholiker kan gå på NA-møter der det er mange NA-grupper og omvendt.

Og til slutt:

Respekt.

Den realitetsorientering vi prøver å få til, fungerer mye bedre dersom det er respekt i bunnen.



Astrid Salte

3. juni 2020 blir det 27 år siden jeg har rust meg.
Jeg husker, slik mange i AA, nøyaktig dato og år.
(Foto: Frode Nordhelle)

Intervju 11: Sivert Follesø - teolog og etisk rådgiver 1992-2020

DEN ETISKE RÅDGIVNING

Intervju bygger på samtaler et tidligere intervju mellom enhetsleder Hilde Stokkeland og etisk rådgiver/teolog Sivert Follesø, redigert og tilleggsintervjuet av Atle J Fosse.

Når ble du født? Hvor vokste du opp?

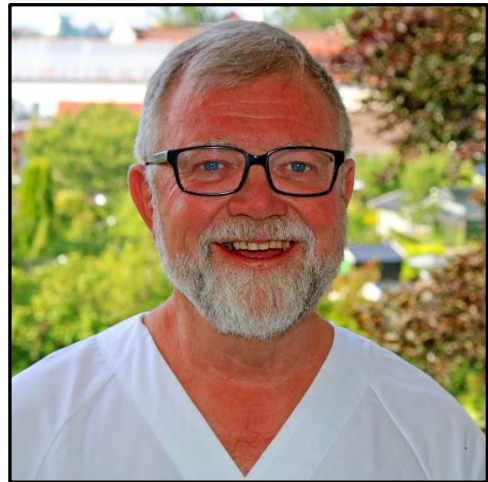
Jeg bodde først sammen med mine foreldre og min bror på Askøy, utenfor Bergen, til jeg var 15 år. Da flyttet vi som familie til Arendal. Jeg reiste etter hvert til sjøs, og etter en tid der, gikk jeg på yrkesskolen, så begynte jeg ved ingeniørhøyskolen og styrmannsskolen.

Etter alt dette praktiske, gikk jeg over til noe akademisk; teologi, og ble ferdig teolog i 1989. Under studiet jobbet jeg ved Bryn tilsynshjem i Oslo, og fikk første gang skikkelig kjennskap til hva det var å ha et rusproblem. Etter dette, har jeg jobbet i Forsvaret som feltprest, inntil jeg i 1992 ble ansatt som etisk rådgiver ved A-klinikken. Jeg var sjømannsprest i København i forbindelse med ca. 1 års permisjon på 90-tallet. Har jobbet ved ARA forøvrig og trivdes svært godt med det.

Hva legger du i den åndelige dimensjon i behandlingssammenheng?

Den åndelige dimensjon kan komme til uttrykk i mange former. Ja, den som vil, kan skrive bøker om det, men i vår sammenheng er målet å gjøre det så enkelt som mulig for at det skal bli forståelig. Det å lytte til det andre sier. Det å bli speila. På latin betyr «Spiritus Sanctus»; sannhetens øyeblikk, preget av ærlighet, åpenhet, villighet og godhet, kontra «Spiritus alcoholus», som i avhengighetsform er å forstå som destruktive handlinger (åndsfraværelse). I Enhet for gruppebehandling har vi pasienter med alle typer religioner, livssyn og ideologier. Folk skal kunne føle seg trygge på å komme inn med egne verdier, og kunne reise ut igjen med dem.

I forbindelse med åndelighet vil jeg sitere AA, der de sier det dreier seg om en åndelig «oppvåkning». Jeg sammenligner det med «aha-opplevelser». Plutselig ser vi noe i en sammenheng vi ikke har sett før. Jeg liker å kalle disse opplevelsene “naglende øyeblikk”. Det er noe som gjør noe med oss, som gjør vondt og brenner seg fast. Det kan være å stå i retten og få den første dommen. Det glemmes ikke så lett. Eller når pasienter sier de har vært tilstede når en kamerat har fått en overdose.



Det som er fint med denne behandling er at så mange ting er vevd sammen; livshistorie, rushistorie, individuelle oppgaver, konsekvensoppgaver, sier etisk rådgiver Sivert Follesø om 12-trinnsbehandlingen på ARA (Foto: Frode Nordhelle)

I forbindelse med åndelighet vil jeg sitere AA, der de sier det dreier seg om en åndelig «oppvåkning». Jeg sammenligner det med «aha-opplevelser». Plutselig ser vi noe i en sammenheng vi ikke har sett før.

Så har vi de gode øyeblikk. Det er øyeblikk der man føler at livet må bare bli sånn det er. Dette kaller jeg «hellige øyeblikk». Det gjelder når man er til stede, og kan romme livet på en slik måte at det føles godt å være til. Vi bruker ordet gjerne også i form av lagånd og Olympiaånd. Eller i litteratur og åndslivet. Gandhi var for eksempel en åndshøvding, Ibsen det samme. Verkene deres er beskyttet av åndsverksloven. Det er så mye som kan rommes av ordet «åndelig». Egentlig er det ålreit å bruke alminnelige ord på det, for å forstå det. Det kan være «den gode samtalen», eller terapigruppa. Tilstedeværelsen.

12 trinn er mye omdiskutert og ikke alle vet hva det er. Du har ord på deg for å forklare ting på en enkel og likefrem måte. Hva er de 12 trinn?

For meg er 12-trinn pedagogikk, rett og slett, som tar lidelsen, sykdommen, syndromet, avhengigheten og marerittet på alvor, som en sammensatt og kompleks sykdom. 12 trinn handler om leveregler av åndelig karakter, som en guide for hvordan vi kan få/ta tak i livet igjen. Hvis du går på et treningssenter og får en personlig trener, får du en oppskrift på hvor mange sit-ups, intervalltreninger osv. du skal ta. Tilbydere står i kø for å fortelle deg hvordan du kan bli sunn, sprek og frisk. Billedlig talt kan en si disse trinnene er treningsoppskrift. Har du strevd med rus et helt liv uten å få det til, er det begynnelsen når du sier: «Nå gir jeg opp. Jeg kapitulterer.» Det handler om å be om hjelp, ta imot og bestemme seg. Det handler om å se tilbake på eget levd liv for å lære av egen fortid.

Hva gjør du konkret som etisk rådgiver?

Jeg følger pasientene hele veien, og begynner gjerne i forberedelsesgruppe. Der blir vi litt kjent. Jeg kommer svært tett inn på folk. Det er derfor viktig med fortrolighet, og det hjelper i denne sammenheng at jeg som prest har absolutt taushetsplikt, selv om jeg i min stilling fungerer som etisk rådgiver. Unntak fra taushetsplikt er når noe skadelig fortsatt er pågående i nåtiden, overgrep eller lignende, eller når pasienter handler i strid med behandlingskontrakten i selve behandlingen. Da er det noen ting jeg ikke har taushetsplikt for, og som jeg sier fra om før vi starter samtalen. Om fortiden har jeg absolutt taushetsplikt.

I den første uken har jeg samtale med alle pasienter om hva som skal sies i en livshistorie. Denne skal de legge frem i andre uke. Det er så mange «rom» i et menneskes liv, om intimitet, seksualitet og ulike juridisk forhold, eksempelvis, som har vært lukket så lenge. Samtidig er det ikke all sannhet som skal sies, eller deles i gruppa. Det viktigste er at det som blir sagt er sant. Jeg er der for å bli kjent med den enkeltes liv, oppvekst, skole, kjæreste, venner, relasjoner, utdanning. Det skjer gjennom fortelling av livshistorien. Så er jeg tilstede når de forteller livshistorien i gruppen. Jeg skal være en «guide», for eksempel gi konkret råd: «det må du utelate».

Denne type sorteringsarbeid er en av grunnene til at A-klinikken i sin tid søkte etter en prest som etisk rådgiver, og som hadde absolutt taushetsplikt. Jeg kan ikke ta ting videre, uten deres tillatelse, med mindre det er noe helt spesielt, som tidligere nevnt.

De skal være trygge på at det de tar ut hos meg blir der. At de får rådgivning om hvor grensene går. Hva hører til i en gruppe og hva hører til i et lukket rom. Så har huset hatt den tilliten til meg, at i etterkant av en sånn samtale, får gruppa det de skal ha. Terapeutene får høre det de skal, og om det er ting av medisinsk, psykologisk eller annen karakter, så er det psykolog og lege å henvise til. Det tverrfaglige teamet må så avklare hva de vil ta tak i. Det er en trygt å være en del av et slikt samarbeid, der erfaring og fag møtes, i relasjon til pasienten. Det er utrolig meningsfullt.

For at pasientene skal kunne arbeide med egne utfordringer, er det viktig at de opplever seg som fullverdige mennesker og blir møtt, sett, ikke ved en formanende pekefinger mot seg. Ingen fordømmende "skjerp deg". Heller raushet, åpenhet og varme, med historier fra eget liv som gjør at de forstår at vi er her for dem, og at vi har noe å tilby. At de kan si: «De fordømmer meg ikke, de har respekt for meg og de vil meg vel. De kommer til å bruke alt de eier og har for at jeg skal få en nyttig og god behandling og komme videre. Selv tror jeg de har brukt all energi, all fantasi, all kreativitet, alt de eier og har av ressurser for å klare å stoppe. Så har de ikke greid det.

Etter den første sorteringssamtalen i uke 1, har jeg samtale nr. to senere, på slutten av behandlingen. Det er den fortrolige samtalen. Da går jeg/vi inn på konkrete etiske dilemmaer som den enkelte har opplevd, og kan bistå i handlinger som kan frigjøre vedkommende fra det som har vært vanskelig, eller hjelpe vedkommende til å forsone seg med det. Den fortrolige samtalen innebærer å være en samtalepartner om det som har vært spesielt vanskelige, og som ikke hører hjemme i gruppesamtalen.

Disse to samtaler er de viktigste oppgaver i min jobb som etisk rådgiver. Så hender det at jeg har flere samtaler, om det er viktig og nødvendig. Min erfaring er at når de bare blir sett, hørt og får en opplevelse av at her tar de hele meg på alvor, så får de ro nok til å ta ting i riktig rekkefølge.

I behandlingen er det noe som kalles psykoedukativ undervisning. En praktisk tilnærming til virkeligheten, der man prøver å drive dialogorientert undervisning. Får igang refleksjon. Du har også undervisning i etiske dilemmaer.

Hvordan underviser du om trinnene?

Jeg har mye undervisning. Emner som skyld, skam, forsoning, tilgivelse, åndelighet og maktesløshet. Jeg kan vel si jeg kan snakke stort sett om de fleste temaer på planen vår, da de alle handler om våre forutsetninger for å kunne leve et bra liv, og alt dette har jo en etisk dimensjon. Trinnene er bygd opp slik at først må man erkjenne noe, så må man ta tak i det som skal endres, og så må en jobbe seg ut av det.

Pasientene opplever situasjoner i livet, der de sier til seg selv at man ikke skal ruse seg, og mener det. Det kan være konfirmasjon, bursdag, fotballkamp, hva som helst. Men når dagen og øyeblikket kommer så ruste vedkommende seg likevel. Vi kaller det

maktesløse situasjoner. Personen handler mot sin egen vilje. Trangen er sterkere enn viljen.

Behandlingen i 12-trinnsmodellen er både direkte og utfordrer på gjenkjenning. Hvordan ser du din rolle i forbindelse med realitetsorientering?

Min jobb er ikke å konfrontere. Jeg skal være den som gir trygghet, gi hjelp til å få tingene ut, uten å presse på. Min jobb er motsatt. Derfor har vi to roller. Noen skal være konfronterende, og noen skal hjelpe til å få ting ut på andre vis. Trinnene vil være en av flere rammer å arbeide innenfor. Samtidig utfordrer de på konkrete levereregler.

Hvordan opplever du forholdet mellom individualsamtaler og meddelelse i team?

Jeg har opplevd at erfaringene gjennom alle disse årene har gitt tillit mellom meg og mine kollegaer ved at de er blitt fortrolige med å sende pasientene til meg. Det er samtidig slik at jeg ikke vil bli brukt som en kanal til å avlede ting som hører hjemme i gruppa. Da sender jeg det tilbake til gruppa. Jeg ber pasienten ta det opp. Det er pasienten som bestemmer det. Jeg kan bare anbefale hvor det tas opp.



Sivert Follesø jobbet som etisk rådgiver ved ARA fra 1992 til 2020. Her avbildet i tidsriktig, men uvant, hvitt koronatøy. (Foto: Frode Nordhelle)

12-trinnsmodellen har blitt kritisert for å bruke mange religiøse begrep i sin praksis. Noen mener det er en sammenblanding av religiøsitet og terapi, og andre ser på bruken av noen av begrepene som en motvekt til

avmaktsopplevelsen. En søken etter krefter som er større enn en selv, og samtidig sterkere enn rusen. Har du opplevd at pasientene har hatt utfordringer i bruken av de 12 trinn?

Vi er en avdeling av sykehuset som driver med tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Vi er frikoblet AA og NA bevegelsen. Vi bruker erfaringsterapeuter som kjenner selvhjelpsgruppene fra innsiden og samtidig har terapeutisk kompetanse.

Da jeg begynte her i 1992, var 12-trinnsmodellen en rød klut for veldig mange fagfolk. Vi lå litt lavt i terrenget, for ikke å provosere mer enn nødvendig. I den senere tid har vi hatt en diskusjon om dette, som tydeliggjør det. Vi er et tilbud for alle, uavhengig av livssyn. Selve behandlingen har en hjelpetekst til forklaring av de 12 trinn, der de mest kontroversielle ordene er tatt bort, som "Gud", "Ham" og "høyere makt".

Hvis jeg tenker tilbake på det, har det vært to grupper som reagerte på begrepsbruken.

Den ene gruppen kom inn og tenkte: «endelig» har jeg fått en skikkelig seriøs behandlingsplass som tar Gud på alvor. Dette er en kristelig plass og det passer meg». Så var det noen av disse som oppdaget at kanskje halvparten av de rundt bordet, eller flere, tenkte på gruppa eller sponsor som Gud, og gikk, fordi de opplevde det blasfemisk. Det har vært noen sånne, men jeg tror jeg kan telle dem på en hånd opp gjennom alle disse årene. Så har det vært de som er kommet inn på sykehuset uten gudstro og plutselig ser de på veggen at det står Gud og sier til seg selv: «en slik plass vil jeg ikke være på». De kan jeg også telle på ei hånd.

På bakgrunn av dette har det vært viktig å tydeliggjøre at vi på behandlingstedet ønsker å møte alle på deres personlige åndelige-eksistensielle dilemma, uavhengig av livssyn. For å unngå misforståelser skrev vi som sagt en beskrivelse av grunnteksten, som forklarer hva vi legger i den.

I behandlingen snakker vi ikke så mye om trinnene, men henviser til dem, og bruker dem med litt andre ord. Ikke minst prøver vi å forklare de som ikke vil bruke ordene i AA og NA, hva som menes med dem. AA og NA sier at programmet ikke er et religiøst program, i en bestemt trosretning.

Det er mange personlige tap i forbindelse med rusmiddelbruk. Er det mye sorgarbeid?

Ja. En person med rusvansker ruser sorgen bort. Mange har ikke vært villige til å kjenne etter eller føle på det. Så, når en blir rusfri dukker veldig mye opp. Da er det min jobb å si til pasienten

«vet du at det du forteller meg nå, det forteller bare at du er på rett vei. Rusen har skjult dette over lang tid, nå er ikke rusen der, dermed så kommer det. Vi kan jobbe med det nå, men bare hvis du klarer, ellers drøyer vi».

Jeg har jobbet med sorg hos pasientene. Det gjelder sorg over rusmidler som man ikke lenger har glede av, og sorg over mennesker man har mistet. Det er tapte muligheter og ære. Hele livet knyttet til vonde sirkler med rusavhengighet er rundt sorg. Det er tapsopplevelse på tapsopplevelse på tapsopplevelse, og her må det sorteres. Det er en stor jobb å gjøre.

Så skal det tilføyes at det er mange som har god erfaring, at hvis man bare blir rusfri og går i selvhjelpsgruppe, får sponsor, kan en snakke om tingene der. Det hjelper. Det er fornøytelig når folk jeg har hatt tunge samtaler med tidlig i prosessen, ikke signaliserer at de trenger så mye senere, fordi de har oppnådd tryggheten. Etterpå hører vi de går ut, etter elleve måneder, og har det «meste på plass», for de har gjort jobben i behandling, sammen med pasientene, på AA, i NA, som er nyttige arenaer.

Men du har ikke bare individualsamtaler og undervisning. En av oppgavene dine er også etisk gruppe. Hva skjer i etisk gruppe?

Jeg har hatt etisk gruppe fast hver uke. Da har vi ettermiddagsøkt hvor jeg spør om det er noe de er opptatt av, som ligger i gruppa i forhold til rett og galt. Etisk gruppe er viktig. Da kommer pasienten med etiske dilemmaer fra eget liv, så tar vi det opp. Hvis ikke de har noe å ta opp, har jeg alltid et tema jeg antar kan være meningsfylt å snakke om. Pasientene er veldig interessert. Det har som regel heller vært vanskelig å slutte av

de gruppene. Det er veldig sjelden det ikke har ligget noe i gruppen som vi kan ta tak i. og hvis vi skulle snakket om alle temaer som var aktuelle, kunne vi holdt på lenge.

Så er det også slik at når pasientene skal rydde opp i sine relasjoner, trenger de snakke med de det angår om det som har vært vanskelig. Det kan være: Hva skal jeg si til pårørende? Hva skal jeg si når jeg skriver en søknad? Hva skal jeg fortelle i et intervju? Det kan være mye vanskelig der. På arbeidsplassen, mobbing, ikke minst.

Her kommer det mennesker som ofte ikke har sett hverandre før, forskjellig i alder, yrke, kjønn og med forskjellig bakgrunn «stuet» sammen i en gang, og så skal de åpne seg for hverandre og bo så tett at «de får hverandre på brødiskiva». Det er klart det oppstår problemer i kommunikasjon. Vi snakker om kommunikasjonsregler. Men igjen, modellen vår tar høyde for mange ting, og i en rekkefølge og sammenheng som gir en god helhet.

Hvorfor er etisk rådgivning viktig?

Da kan jeg ta utgangspunkt i siste behandlingssøke, der jeg har en Fortrolig avslutningssamtale. I programmet heter det fjerde og femte trinn. Da er det viktig å sitte i et trygt rom, et sted, der de kan tømme ryggsekken sin. Hva gjør jeg med det, spør du kanskje? Rådgivning, samtale. Bestemmer ikke noe, men hjelper til å peke på valgmulighetene, se ting de ikke selv har sett. Så får de uttrykt følelsene for de situasjonene i livet som har dukket opp. Og etter hvert som en forblir edru over tid dukker det opp mer, og mer. Det å tømme ryggsekken, og ha en fortrolig samtale er en viktig erfaring.

Etter alt du har sagt om taushetsplikt, er det naturlig å spørre: Kan du skrive noe i journalen når du har "absolutt taushetsplikt"?

Jeg skriver bare at det har vært en samtale. For de skal være helt trygge på at det vi snakker om der, ikke kommer andre steder.

I og med at du kommer så nær mennesker, og du blir delt så mange «hemmeligheter», samtidig med at du ikke kan snakke med andre i teamet, vil det vel være behov for veiledning? Hvordan får du tatt dekket ditt behov for veiledning?

Jeg har vært heldig.

Når Fylkeskommunen drev denne plassen var jeg en gang i året på samling som etisk rådgiver i Stockholm. Der kom alle som var opptatt av etikk fra Norge, Sverige, Danmark. Jeg var den eneste fra Norge riktignok, men Sverige og Danmark hadde mange, så kom det også andre fagfolk. Jeg fikk også tillatelse, når jeg begynte her, til å reise til Danmark og Sverige for å være observatør både i behandling og hos rådgiverne. Jeg fikk lov til å skaffe meg en privat veileder, fant en veileder på Universitetet i Agder, en professor jeg kunne ringe til akkurat når jeg ville.

Jeg har vært mange ganger til samtaler med han, eller tatt en tlf. ved behov. Det har blitt sjeldnere etter hvert som jeg har fått trening og rutiner. Men jeg har fått lov til å oppsøke veiledning og fått lov til å dra på kurs. Slik har det gått seg til. Det er helt nødvendig i

starten. Hva er rett og galt for pasienten, og hva er rett og galt for meg? Det kan være nokså heftige problemstillinger, avslutter Sivert Follesø.

Intervju 12: Olav Haavorstad – sosionom og leder: Klinikkdirektør og avdelingssjef 1999-2007

Hvor mange år er du?

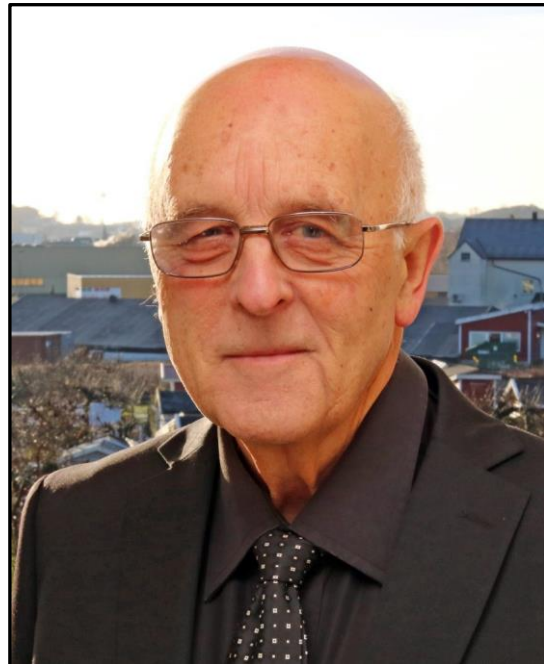
Jeg er 74 år i 2020.

Hvor har du hatt din oppvekst?

Jeg er født i Kristiansand, men vokst opp i Oslo fra jeg var to til elleve år. Ungdomstiden tilbrakte jeg i Kristiansand, og fire år hadde jeg som studietid i Oslo. Jeg har bodd fire år i Japan, fem år i England og mange år i Øvrebø.

Når begynte du og sluttet du?

Jeg begynte 1. november 1999 og ble ansatt som direktør ved Vest-Agderklinikken og sluttet i 2007. I 2002 ble klinikkens poliklinikk godkjent som del av spesialisthelsetjenesten. To år senere ble også døgntjenesten en del av spesialisthelsetjenesten. Etter godkjenningen i 2004, som egen avdeling under Sørlandets sykehus, med nytt navn: Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA) ble fylkeskommunen forlatt. Direktørstillingen ble endret til avdelingssjef, og rustjenesten ved sykehuset i Aust-Agder ble en del av ARA.. Fra år 2007 overtok Arne Bie som avdelingssjef. På grunn av politiske gjøremål i fylkeskommunen de neste fire årene, søkte jeg 40% avtalefestet pensjon. Den øvrige arbeidstiden på ARA foregikk i et tett samarbeid med Arne Bie. Dette varte frem til 2011, da jeg takket av for meg, etter mange gode år på ARA.



Olav Haavorstad var avdelingssjef i ARA 1999-2007. (Foto: Frode Nordhelle)

Hvilken praksis og erfaring hadde du til å være leder ved klinikken?

Jeg er utdannet sosionom fra Norges Kommunal og sosialskole i 1971. Senere tok jeg tilleggsutdannelse fra Høyskolen i Agder i administrasjon og ledelse, forvaltningsrett, og rus.

Jeg hadde tidligere vært bestyrer ved Den norske sjømannsmisjons reisetjeneste i Japan i fire år, og fem år i England bestyrer av Sjømannskirkens virksomhet i Essex (Stanford-le-Hope). Har også vært leder ved Loland behandlingssenter fra 1974- 78. Noen år etter, leder ved eldresenteret, Kongens senter i Kristiansand, i tre år. Videre Helse- og sosialsjef i Evje og Hornnes i tolv år. Har vært fylkespolitiker i mange år, blant annet leder av fylkets Helse- og sosialutvalg og Kultur- og Utdanningsutvalg. Som leder av Helse- og sosialutvalget var jeg i tre år valgt som styreleder ved Sørlandets sykehus på 1990-tallet. I denne tiden ble jeg kjent med A-klinikken.

Har du erfaring fra pasientrelatert arbeid?

Evje og Hornnes kommune, som jeg har arbeidet ved, er en liten kommune med ca. 3500 innbyggere. Jeg ble ansatt som helse og sosialsjef der i 1987 og sluttet i 1999. At jeg hadde jobbet på Loland behandlingssenter gjorde nytte relatert til arbeidsoppgaver knyttet til kommunens rusutfordringer. Både i pasientsamtaler og oppfølging, under og etter opphold i institusjon. Som leder av et mindre sosialkontor møter man alle typer utfordringer.

Det ble satt i gang bygging av nybygg før rusreformen i 2004. Hvorfor ?

Behovet for nybygg var etter min mening viktig, før vi ble en del av SSHF, og vi måtte konkurrere om midler med alle andre virksomheter på sykehuset. Det var Fylkestinget enig i. De regnet antakelig med at når fylket sa ja til nybygg, ville det økonomiske ansvaret senere bli overført til sykehuset. Dette ble satt på spissen av direktør Jan Roger Olsen, som nektet å overta låneansvaret for bygget, og stanset byggevirksomheten en ukes tid mens Helse Sør vurderte saken.

Alle vet i dag at Sørlandet sykehus måtte overta ansvaret for nybygget. Byggeprosessen var kommet alt for langt til at det kunne stoppes. Etter min mening har nybygget hatt stor betydning for utvikling av et godt rustilbud i Agder. Særlig når man kan tilby nye pasienter gode fasiliteter, kombinert med et godt og spennende behandlingstilbud på ARA.

Da du ble ansatt i 1999 hadde ruspoliklinikken flyttet sin virksomhet til Bispegra 50C. Ble det gjort noen vurderinger av å slå sammen virksomhetene til felles lokaler?

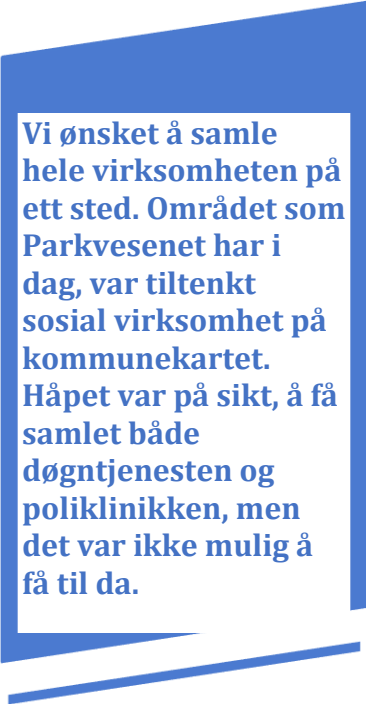
Vi ønsket å samle hele virksomheten på ett sted. Området som Parkvesenet har i dag, var tiltenkt sosial virksomhet på kommunekartet. Håpet var på sikt, å få samlet både døgntjenesten og poliklinikken, men det var ikke mulig å få til da.

I «gamlebygget» hadde de fleste pasientene dobbeltrom. Det var en del av behandlingsfilosofien. Hva var bakgrunnen til overgang til en-mannsrom?

Det nye bygget skulle dekke ulike tilbud for både kvinner og menn. Derfor ble enkeltrom valgt. Det var en del av utviklingen og tida. Så ble det laget et greit areal utenfor rommene, der en kan ha sosialt samvær, med kjøkken til å lage seg noen måltider.

I 2004 ble Avdeling for rus og avhengighetsbehandling (ARA) egen avdeling under Klinikk for psykisk helse. Hvorfor var det viktig med egen avdeling?

I forbindelse med sammenslåingen snakket jeg en del med daværende klinikkdirektør Anders Wahlstedt. Slik jeg forstod det, var det for han en selvfølge at vi skulle bli, og



Vi ønsket å samle hele virksomheten på ett sted. Området som Parkvesenet har i dag, var tiltenkt sosial virksomhet på kommunekartet. Håpet var på sikt, å få samlet både døgntjenesten og poliklinikken, men det var ikke mulig å få til da.

være egen enhet. Vi kjente oss velkommen i sykehuset, og opplevde respekt for vår faglige egenart. I 2002 ble poliklinikken en del av spesialisthelsetjenesten, og i 2004 døgnetenheten.

I jubileumshilsen fra sykehusdirektør Jan Roger Olsen og klinikkdirektør Anders Wahlstedt i 2004 ble det gitt uttrykk for glede over at vi var blitt en del av spesialisthelsetjenesten:

«Riktignok et lite og ungt fagfelt i forhold til psykiatri og somatikk. Ikke desto mindre et spennende fagfelt som vi er overbevist om vil bli en verdifull medspiller i et større fellesskap». *Anders Wahlstedt*

Vi var en liten avdeling, sammenlignet med psykiatrien, og om vi skulle bevare tyngden i faget, var det viktig for å ikke bli splittet opp. Psykiatrien var mye større og vi hadde noen perspektiv på behandling, som skilte seg ut fra psykiatrien. Det var derfor viktig å finne en organisasjonsform som tok vare på erfaringene våre. Det at vi er egen avdeling gjør det lettere å tydeliggjøre faget, og samarbeidet internt med psykiatrien kan utvikles bedre med utgangspunkt i dette.

Mange fortjener takk for sin innsats! Det er ikke et enmannsforetak! Kong Harald har likevel fremhevet et par av dem og det med god grunn: Øistein Kristensen- med Ridder av ST. Olavs orden og Olav Espegren med Kongens fortjenestemedalje i gull.

Hvordan opplevde du overgangen til statlig virksomhet? Var det noen fare for at 12-trinnsbehandling kunne forsvinne ut ved statlig virksomhet?

Nei, jeg har ikke opplevd det slik. Forskningsmessig har man jo fulgt denne behandlingen i mange år og kunne fremlegge at behandlingsresultatene var meget gode. I denne sammenheng har forskningen, som er gjort i FoU-enheten hatt stor betydning for legitimering av behandlingsmodellen.

Etter 2004 ble omfanget av virksomheten betydelig større. Flere kulturer skulle slås sammen fra virksomheter i Aust- og Vest-Agder.

Hvilke tiltak ble iverksatt i denne sammenheng?

Vi begynte med felles personalsamlinger. Personlig var jeg opptatt av at de ulike enhetene skulle oppleve ARA som en felles arbeidsplass med god trivsel. Vi hadde egne samlinger for ulike faggrupper. Svært viktig var det å få til en god fordeling av lege- og psykologstillingene.

Det er vel rett å si at Vest-Agderklinikken mistet litt av sin autonomi, da den ble lagt inn under Klinikk for psykisk helse? Noen av behandlerne med lang fartstid fryktet for at rusbehandlingen ville bli psykiatrisert. Noe av bakgrunnen for opprettelsen av klinikken i 1954 var jo nettopp det medisinske fokus. Hvordan opplevde du det?

Jeg opplevde stor respekt for vår virksomhet, gjennom erfaringer fra våre ukentlige avdelingsledermøter i Klinikk for psykisk helse. Samarbeidet med psykiatrien har vært en styrke for vårt arbeid. Det samme gjelder forskningsarbeidet knyttet til ARA. Det har helt klart styrket respekten for virksomheten.

I min tid opplevde jeg ABUP (avdeling for barn og ungdom psykiatri) som den mest faglig utadrettede virksomhet i klinikken (KPH). Nå har ARA markert seg kanskje vel så mye gjennom sine doktorgradsarbeider. I denne sammenheng har ARA sin forskningsenhet betydd mye i mange år. Både lokalt og nasjonalt er ARA blitt kjent for sitt gode faglige tilbud med mange dyktige medarbeidere. Det er god grunn til å være stolt og glad for det. Ikke minst takket være forskningsvirksomheten, som Øistein Kristensen stod i spissen for. Øistein fikk mye frihet til å arbeide med forskning. Etter at han sluttet, fulgte Bjørg Hjerkin, og likedan det arbeidet John Kåre Vederhus har gjort, har vært viktig. Idag er Frode Nordhelle leder. Det har vært moro å se utviklingen ved klinikken fra jeg ble kjent med Oscar Olsen, for lang tid siden, før jeg begynte ved ARA, og til i dag. De som har vært ansatt i FoU-enheten og ellers på ARA har fortsatt arbeidet han påbegynte, på en god måte.

Hvilke administrative føringer ble lagt på deg som avdelingsleder etter rusreformen?

Alle avdelingsledere ble målt på sin virksomhet. Utover dette ble det ikke lagt noen spesielle føringer. Jeg har alltid opplevd klinikksjef Anders Wahlstedt som en god sjef og støttepartner selv om vi av og til kunne være uenige.

Var det mye stress knyttet til måltall for konsultasjoner i helseforetaket, sammenlignet med under fylkeskommunen?

Det å ha et mål å strekke seg mot, tror jeg er viktig i mange sammenhenger. For å unngå stress bør det være en felles forståelse for at det er mulig å nå målene enten på kort eller lang sikt.

Under fylkeskommunen var det noe som kaltes «kommunal egenandel» før rusreformen i 2004. Kommunene skulle gi garanti for sin andel av finansieringen under pasientoppholdet. Jeg var sekretær i fylkets Inntaksteamet i en periode og jeg husker vi snakket litt om de utfordringer dette innebar. Tanken var at det skulle styrke samarbeidet mellom sosialtjenesten i kommunene og helsetjenesten i fylket. Opplevde du noen fordeler ved dette?

Økonomiske og behandlingmessige forpliktelser tror jeg ikke er negativt. Slik jeg kjenner ARA sin virksomhet, har den i årevis hatt et godt samarbeid med kommunene både før og etter «kommunal egenandel». Det aller viktigste er at man erkjenner behovet for et godt samarbeid, enten man tilhører primærhelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten. Derfor er felles møtearenaer viktig.

I tiden etter at Vest-Agderklinikken ble del av helseforetakene, ble Regnbueprogrammet lagt ned.

Hvilke tanker gjør du deg om det?

Jeg husker et besøk jeg hadde med statssekretæren i helsedepartementet, hvor jeg presenterte og overleverte materiell utarbeidet om Regnbueprosjektet/programmet. Tilbakemeldingen var meget positiv. Som leder av fylkeskommunens helseutvalg har jeg også i mange kommuner møtt folk som har opplevd betydningen av Regnbueprosjektet/programmets tiltak for barn og unge. Ikke minst den kontakt ansatte

i tiltaket fikk med skoler og institusjoner, og deres arbeid. Så, dette bør en prøve å få tatt opp igjen.

Er det noe annet du vil tilføye?

Jeg vil trekke frem Arne Bies engasjement når det gjelder ARAs faglige samarbeid med baltiske land og Russland. Og Olav Espegrens engasjement for å få til et rusfaglig tilbud ved Haydom sykehus i Tanzania. Jeg kommer heller ikke glemme turen med Olav Espegren til Tanzania, hvor vi besøkte flere sykehus og snakket helsemyndighetene i Dar-es-Salaam. Her fikk vi høre at landet med over 30 millioner innbyggere hadde totalt 11 psykiatere, hvorav seks arbeidet administrativt. Rustilbudet var enda dårligere. Ja, det mangler ikke på utfordringer.



– Jeg tenker med glede tilbake på mange fine år sammen med gode medarbeidere ved ARA, avslutter Olav Haavorstad. (Foto: Frode Nordhelle)

Litteratur:

- Thor Wennevold(red/sekretær) A-klinikken: Jubileumsboka 1984-2004, Bjorvand & Skarpodde
- Enes, Bjørn (red): I all vår gjerning, En fortelling om avhengighetsbehandling 1954-2004. Bjorvand & Skarpodde.
- Nicolaisen KG. Vi intervjuer Oscar Olsen- Radikal, liberal og konservativ pioner i alkoholomsorgen. Tidsskrift Nor Lægeforen nr. 6. 1996; 116: 770-71.

ISBN 978-82-91191-33-1