

# Noen linjer innenfor kurbehandlingen av alkoholister i Norge

Olav Hamran

*I 1880-årene ble det etablert flere kuranstalter for alkoholister og morfinister i Norge. Etableringene kan forstås som en del av en bredere bølge av etableringer av badeanstalter, kursteder og sanatorier innrettet mot en rekke ulike lidelser og behandlinger.*

Institusjonene lå på landet og hadde adgang til vann (bad). Ro, fred, frisk luft, kroppsarbeid i hage, arbeid med jord og skog ble framhevet som viktig. Opprettelsen av anstaltene for alkoholister falt sammen i tid med at totalavholdsbevegelsen fikk sitt gjennombrudd som en nasjonal bevegelse i 1880-årene. Det norske totalavholdsselskap (DNT) ble stiftet i 1875.

I 1879 hadde selskapet ca. 7000 medlemmer. Åtte år senere var medlemstallet mer enn tidoblet, til 83 000 medlemmer. Det var imidlertid ingen direkte sammenheng mellom totalavholdsbevegelsen og kuranstaltene. Kurbehandling av alkoholister sto ikke på totalavholdsbevegelsens program. Det var ikke totalister som sto bak de første kurhjemmene. De to initiativene ble igangsatt av forskjellige mennesker innenfor ulike sosiale lag, og på ulike steder i samfunnet.



## Villaer og gårdsbruk

I 1882 ble en kuranstalt for alkoholister og morfinister, "Heimdal", opprettet av forretningsmannen Peter Olivarius Flood. Heimdal ble først drevet på Jeløya utenfor Moss. Kuranstalten knyttet til seg distriktslegen i Moss og i tilsynskomiteen satt professorer ved universitetets medisinske fakultet. *Tidsskrift for praktisk medisin* anbefalte kuranstalten på det beste.<sup>1</sup> Etter kort tid ble Heimdal flyttet til en eiendom utenfor Tønsberg. Den hadde "udmærkede Søbad" og ca. 120 mål dyrket mark og skog. Det første året hadde i alt 29 pasienter opphold på Heimdal.<sup>2</sup>

I 1888 ble en avvenningsanstalt for alkoholikere, dr. Weiner Holms kursted "Tandem", åpnet utenfor Hamar. Driften var langt på vei integrert i

<sup>1</sup>"Mot rusdrikk" – plakat fra Det norske totalavholdsselskap. Hentet fra *Fiin gammel. Vinmonopolet 75 år*.

distriktslegens egen husholdning. Anstalten hadde bad og eget verksted. Her var det anledning til å gjøre snekkerarbeid, dreining og metallarbeid, løvsaging og treskjæring. Pasientene kunne ellers drive med vedhogging og -saging, hagearbeid og annet markarbeid. I 1894 var det plass til 11 pasienter på Tandem. Etableringen og driften skjedde uten medvirkning fra avholdsorganisasjoner eller offentlige myndigheter, men anstalten fikk enkelte bidrag til friplass fra brennevinssamlag.<sup>3</sup>

Pasientene skulle være fra "den saakaldte bedre stand".<sup>4</sup> Gjennomsnittlig oppholdstid var ni måneder. Noe over en tredel ble helbredet, ifølge Holms egen statistikk, og ca. en femdel ble betydelig bedre. Noe under halvparten ble karakterisert som uhelbredede. Etter 15 års drift hadde 163 pasienter vært til behandling ved kurstedet.<sup>5</sup> Holm framhevet opphold ved Tandem framfor andre tiltak, som hypnose, bruk av ulike medikamenter og private foranstaltninger som forpleining hos slektninger på landet: Dette var "Experimenter, som desværre altfor sjelden fører til noget varigt resultat". Oppholdet ved Tandem skulle restituere pasienten fysisk og "søge at hæve den sunkne Moral og saaledes skaffe et sundt Legeme, hvori en sund Sjæl". Sjansene for helbredelse berodde imidlertid "til Syvende og Sidst paa Vedkommendes *egen Villie*," understreket Holm. "Er hans Legeme sundt, er den sygelige Trang til Alkohol hævet, saa har han Evnen til at modstaa Fristelsen, og hvis han saa *vil* være fri for sin Last, saa er han helberedet; vil han drikke, saa nytter intet. —"<sup>6</sup>

Ved siden av Holms Tandem, var et kurhjem på Eidskogen i virksomhet i de første årene etter århundreskiftet. Også dette hjemmet var drevet uten offentlig støtte.

## Blåkorshjemmet

Det Blå kors ble etablert i Norge i 1906. Organisasjonen arbeidet det første året blant annet med å arrangere bespisningsmøter i Kristiania. Høsten 1907 leide Grünerløkkens Blåkorsforening to rom og kjøkken på Schous plass, og tilbød her hjelp, mat og husly for mennesker som hadde behov for det. Blåkors leide også rom i Møllergaten. Fra 1910 ble det meste av organisasjonens aktivitet i Kristiania samlet i Seilduksgaten. Der ble det etablert et hjem for hjemløse med plass til 30 mann.

Blåkors arbeidet samtidig med å etablere et kursted på landet. Det ble tatt et initiativ overfor de store avholdsorganisasjonene om å anlegge en kuranstalt på Ørje i et av festningsanleggene som det militære hadde trukket seg ut av etter unionsoppløsningen. Blåkors var også i samtaler med myndigheter og med Den norske legeforening om et kursted på Ørje. Disse samtalenene førte imidlertid ikke fram. Organisasjonen tok skjeen i egen hånd og kjøpte i 1908 gårdsbruket Nordre Teiterud ved Eina på Toten. I 1909 ble de første pasientene lagt inn ved det nye Blåkorshjemmet på Eina.

Pasientene bodde i våningshuset på gården. Kuranstalten skulle være som et kristent hjem der

Nordre Teiterud gård på Eina slik den så ut i 1909. Det var her Blå Kors åpnet sitt første kursted.  
Foto: Fra *Himmel og jord i bevegelse*.



pasientene kunne ”føres tilbake til familiær hygge og hjemlig regelmessig liv”.<sup>7</sup> Institusjonen lå høyt over havet (ca. 400 m.o.h.) og luften ble framstilt som ren. Kosten skulle være god. Pasientene skulle gis passende sysselsetting og de skulle leve et regelmessig liv. Etter fire års drift ble hovedhuset rammet av brann. Etter dette ble en større, tilpasset hovedbygning reist. Den hadde plass til 22 pasienter og inneholdt for øvrig bakeri, bryggerhus og bad i kjelleren. Senere bygget man, med støtte fra staten, ny driftsbygning og stabbur. Dette sto ferdig i 1919. Det ble kjøpt inn redskaper, maskiner, hester, kyr og kjøredoninger. Vannforsyningen ble utbedret og elektrisk lys innlagt. Noen videre utbygging av hjemmet fant ikke sted før i slutten av 1940-årene. I 1947 ble internatet utvidet og nye garasjer, ny styrerbolig og boliger for betjeningen ble bygd til. Det kom nytt gartneri, renseanlegg for vann og innredet rom for slakting, seinere også vaskeri og fryseri. Et nytt verksted ble tatt i bruk i 1958, der man kunne drive *ordentlig* arbeid tilpasset samfunnet utenfor institusjonen.<sup>8</sup>

Det som i utgangspunktet var et *hjem* – et gårdsbruk med slike hus som hørte et gårdsbruk til – ble endret og tilført bygninger i tråd med hva som utover i det 20. århundret ble oppfattet som ønskelig og nødvendig for en *institusjon*. Blåkorshjemmet utviklet seg til et eget mangfoldig samfunn, med mange slags bygninger og funksjoner. Hjemmet fikk mer karakter av en institusjon for pasientene. Samtidig ble det mer av et hjem for de ansatte, ettersom nye boliger for ansatte ble reist på stedet.<sup>9</sup>

## Ørje kursted

I 1910 startet Den norske legeförening opp et kursted for alkoholister på Ørje. Dette kurstedet skilte seg fra Blåkorshjemmet og de tidligere kuranstaltene på flere måter. Virksomheten var tettere knyttet til sentraladministrasjonen, og driften fant sted i nær kontakt med medisinaldirektøren. Overtagelsen av bygningene skjedde etter beslutning i Stortinget. Og kurstedet mottok direkte offentlig støtte til driften fra starten. Bygningene var opprinnelig laget som kaserne og festningsanlegg og framsto i mindre grad som et ”hjem”. Preget av institusjon var tydelig på Ørje helt fra starten.

Samtidig ble det ble lagt vekt på at kurstedet ikke skulle være noen festning eller fengsel. Utearealet og eksersisplassen ble forsøkt gjort om til parkanlegg med spaserveier og springvann. Gymnastikkapparatene som var etterlatt av de militære, ble



Bildet over er av hovedbygningen på Ørjetun omkring 1916, mens bildet under viser større deler av anlegget i 1933. Begge foto: Statsarkivet i Oslo.



snart lite brukt. Pasientene gikk etter hvert, slik de gjorde i begynnelsen, heller ikke på utmarsj, men kunne spasere omkring ved kurstedet. Bad var en sentral del av terapien. Utad ble kurstedet framstilt som et sanatorium og sammenliknet med kursteder i Tyskland, Østerrike og Sveits. Det ble framhevet at det var vid utsikt over mot de värmlandske skoger og rike muligheter for fjell- og seterturer. Denne ”markedsføringen” av stedet er interessant, ikke minst ettersom høyden over havet ikke var over 200 meter og landskapet var preget av lave, skogkledde åser. Fjell og setrer var åpenbart å ta godt i.

Ørje kursted var mindre av et gårdsbruk enn Blåkorshjemmet. Det hørte ikke jord eller skog med til festningsanlegget. Tilgrensende gårdsbruk ble først leid, senere kjøpt og integrert i kurstedet. Plassen Ørnås på 60 mål med 12–14 mål dyrket mark, ble leid fra starten av i 1910. Senere kjøpte staten Ørnås. I 1914 ble det tilgrensende bruket Stormoen lagt til og i 1917 også plassen Liødegården. Disse tre små brukene ga pasientene sysselsetting med arbeid på jordene og vedhogst i skogen – ”arbeide i fri luft er det beste botemiddel,” understreket kurstedets første styrer, dr. Karl A. Andresen. Dessverre, sett fra ledelsens side, hørte det ikke med drivverdig skog til noen av brukene. Pasientene var ellers sysselsatt med vedlikehold og oppussing av bygningsmassen, og



også med ulikt verkstedarbeid, snekring, bokbinderi og skomakerarbeid.

## Kursomlegging innenfor kurbehandlingen

I 1920 tok staten over driften av Ørje kuranstalt som slik sett ble *statens* første kuranstalt for alkoholister. I 1922 kom virksomheten i gang ved statens *andre* anstalt på dette området, Hovelsåsen i Åsnes i Solør. Hovelsåsen hadde siden 1918 vært drevet som et privat kursted i tilknytning til antiforbudsforeningen "Foreningen for frihet og kultur, mot forbud og tvang". Ironisk skulle virksomheten ved anstalten etter hvert i større grad bli assosiert med forbud og tvang, enn med frihet og kultur. Institusjonen skulle, sammenliknet med Ørje, være en mer lukket anstalt og skulle ta hånd om de ikke frivillige pasientene.



Bildet viser hovedbygningen på Hovelsåsen, etter at den i 1930 ble påbygd en etasje. Siden ble den pusset opp i flere omganger, før bygget brant ned i 1962. Husdyrhold var en del av den alminnelige gårdsdriften.

Foto: Hentet fra *Hovelsåsen kursted* 50 år.

Hovelsåsen lå sju kilometer fra Flisa. Gården lå avsidesliggende og fritt til, noe over 200 meter over havet. Fra tunet var det utsikt til flere blåner. På gården sto en tilrettelagt hovedbygning med plass til drøyt 20 pasienter. De andre bygningene var imidlertid ikke i så god stand. I 1923 ble det oppført en ny verkstedbygning, i 1925 ny driftsbygning, og i 1930 fikk hovedbygningen et påbygg som ga plass til 60 pasienter. Senere bygde man stabbur, vognskjul, hønsehus, fellesgarasjer, vedskjul og materiallager. Gården hadde betydelige arealer både av dyrket mark og skog. Etter hvert ble flere naboeiendommer lagt til, slik at den til sammen kom til å omfatte ca. 1700 mål; nesten 300 mål dyrket mark, ca. 400 mål

utmark og om lag 1000 mål produktiv skog.<sup>10</sup>

I andre halvdel av 20-årene ble det reist kritikk mot virksomheten på Hovelsåsen, og det ble nedsatt en komité for å granske driften. Det var for mye frihet og for lite orden på institusjonen, mente kritikerne. Inventar hadde blitt knust. Avisene rapporterte om "bråk" blant de innsatte som "gjorde stort sett det de hadde lyst til".<sup>11</sup> I 1930 foreslo den såkalte Reformkomiteen for alkoholistanstaltene at Hovelsåsen skulle drives etter et strengere regime. I 1931 ble det blant annet bygd en egen isolasjonsavdeling/sikringsavdeling. Bestyrer Johan Hazeland forklarte for *Arbeiderbladet* at institusjonen hadde fått et eget "korreksjonshus med celler" der pasienter kunne interneres for en tid. Institusjonen kunne også reagere overfor pasientene ved å frata dem tobakk og lesestoff.<sup>12</sup> På samme tid ble også driften på Ørje lagt drastisk om, med strengere reglement og disiplin. Man innredet to celler i kjelleren på hovedbygningen, med jerngitter for vinduet og dører av doble eikeplanker. Kontakt mellom pasientene og lokalsamfunnet, som man de første tiårene hadde forsøkt å legge til rette for, ble i stor grad avskåret.

Disse omlegningene kan ses som en del av en markert kursendring innenfor hele det "alkoholpolitiske" feltet. I de tiårene fram til forbudstida (1919–1927) hadde kurstedene vært innrettet ut fra en forestilling om at det var tilgangen til selve alkoholen ute i samfunnet som var den egentlige årsaken til at pasientene ble syke. Separasjonen av pasientene fra alkoholdrikkene utgjorde den essensielle delen av kurbehandlingen. For øvrig var solid kost, hjemlig omsorg, passende sysselsetting og alkoholfritt samvær de viktigste behandlingselementene. Kurbehandlingen var på et overordnet plan innrettet ut fra en forestilling om at et framtidig totalforbud mot alkohol i samfunnet ville overflødiggjøre kuranstaltene. Kurstedene var avantgardistiske småsamfunn og eksempler på hvordan det alkoholfrie framtidssamfunnet ville bli. I denne perioden var anstaltene langt mer åpne og frie institusjoner enn de skulle komme til å være fra 1930-åra og framover. Pasientene la seg inn frivillig, og som dr. Holm (jf. ovenfor) hadde lagt vekt på i 1894, pasientens egen medvirkning og vilje til å bli frisk ble oppfattet som et helt sentralt premiss for behandlingen og som avgjørende for at oppholdet skulle få et heldig utfall. At mellom halvparten og to tredeler av pasientene fortsatte å drikke etter endt behandling (fikk tilbakefall), ble i liten grad fortolket som en feil eller brist ved den aktuelle kurbehandlingen, eller

Ærlig arbeid, gjerne på gård eller i skogen, var lenge sett på som gunstig i behandlingen av de drikkfeldige. Bildet viser et arbeidslag i åkeren på Eina etter annen verdenskrig.

Foto: Fra *Himmel og jord i bevegelse*.



som noe kuranstalten hadde noe som helst ansvar for eller innflytelse over. "Tilbakefall" ble snarere sett på som en logisk og naturlig følge av at alkohol (enn så lenge) var tilgjengelig i samfunnet, og synliggjorde en feil ved samfunnsorganiseringen, ikke med behandlingen.

Mens virksomheten ved Ørje fram til ca. 1930 var innpasset i en slik større plan for å forandre samfunnet, ble kurstedet i begynnelsen av 1930-åra forsøkt gjort til en institusjon med formål å forandre pasientene. Etter at brennevinsforbudet ble nedstemt i folkeavstemning i 1926 og avvirket i 1927, var forbudet en død utopi i Norge. Det lå fast at alkohol skulle være tilgjengelig i samfunnet. Målet med behandlingen ble i større grad å endre pasientenes karakter slik at de skulle stå i mot alkoholtilbudet ute i samfunnet. Forbudet ble langt på vei transformert til et individuelt, indre prosjekt.

I disse årene ble kurbehandlingen tildelt en mye mer sentral rolle innenfor det en kunne kalle alkoholfeltet. Korrigeringen og behandlingen av drikkfeldighet ble den viktigste samfunnsmessige oppgaven på dette området i "etterforbudstida". Kuranstaltene ble prioritert og gitt en bestemt plass innenfor en *hel rekke av mulig offentlige tiltak overfor drikkfeldige*. Og selve betegnelsen på pasientene skiftet, fra "alkoholister", som reflekterte en oppfatning av alkoholen som problemets egentlige årsak, til "drikkfeldige", som antydte at problemet hadde med den enkelte og den enkeltes karakter å gjøre. De offentlige tiltakene ble gradert fra hjelp og rettleiding fra de kommunale edruehetsnemndene (etablert etter lovvedtak i 1932 som selve kjerneinstitusjonen i etterforbudstidas nye drikkfeldighetspolitikk) til det sterkeste tiltaket: tvungen internering i kuranstalt, som eventuelt kunne iverksettes når *sosiale*

hensyn tilsa det. Målet for den offentlige politikken var å bekjempe drikkfeldigheten så tidlig som mulig. Kurbehandling skulle være siste utvei. En drikkfeldig skulle imidlertid vite at dersom han ikke rettet seg etter edruehetsnemndenes hjelpetiltak og (milde) påbud, ville han i siste instans kunne bli internert på kuranstalt. På den bakgrunnen var det et sentralt edruekapspolitisk poeng at kuranstaltene i offentligheten skulle framstå som steder med streng orden og disiplin.

## De to flaggskipene

I 1930-åra drev staten to kuranstalter, Hovelsåsen og Ørje. For øvrig var tre private institusjoner av noen størrelse i virksomhet: Blåkorshjemmet på Eina, Det hvite bånd drev kurstedet Vårli på Jeløya utenfor Moss.<sup>13</sup> Og på Vossevangen lå det private kurstedet Framnes. Vårli var forbeholdt kvinner. De øvrige institusjonene var for menn. Hovedbygningen på Ørje brant ned i 1934. Etter det var det ikke plass til mer enn ca 20 pasienter fordelt på flere mindre bygninger (de som ikke hadde blitt skadet i brannen), og mulighetene for å sysselsette pasientene var sterkt begrensede.<sup>14</sup> Departementet nedsatte et utvalg til å utrede bygging av et nytt kursted. Dette utvalget så helt bort fra Ørje som sted for statens nye hovedinstitusjon. Det manglet skog der pasientene kunne arbeide. Arealet dyrket mark var lite, lå spredt og egnet seg ikke for rasjonell gårdsdrift. De spredte jordene gjorde det også vanskelig å overvåke pasientene under arbeidet. Man mente Ørje lå for høyt over havet til at det egnet seg for gartneridrift. Det lå dessuten for langt unna markeder for grønnsaker, blomster og andre produkter som kunne tenkes produsert der.

I 1937 kjøpte staten gården Bjørnebekk i Ås

kommune for å etablere en ny kuranstalt der. Gården besto av omtrent 600 mål dyrket mark og ca. 1000 mål god skog. Den lå godt skjermet utenfor sentrum i bygda, men samtidig ikke mer enn tre mil fra Oslo med gode forbindelser med buss og tog. Den hadde fjøs med plass til 30 kyr og stall for seks hester. Det ble bygd internatplass til 60 pasienter fordelt på to bygninger inndelt i 8-mannsavdelinger. Hver pasient skulle ha eget rom, åtte pasienter delte på dagligstue og separat oppgang. Styrende for planleggingen av institusjonen var en forestilling om at pasientene var umodne og uselvstendige og hadde stoppet i utviklingen fra puberteten til voksenstadiet. De ulike bygningene ble plassert med god avstand slik at pasientene ikke skulle "flokke sig sammen" utendørs. Dette skulle bidra til å bryte den umodne og pubertale dyrkingen av flokken og kameratskapet som mange pasienter henga seg til, og til å bygge opp om pasientene som enkeltindivider og lære dem "arbeidslivet med plikter og ansvarsfølelse".<sup>15</sup> Bjørnebekk åpnet 1939 og var i den kommende 30-årsperioden den nasjonale edruelighetspolitikens flaggskip.

I 1941 sto det *andre* flaggskipet i den norske edruelighetspolitikken, Blå Kors' nye hovedkvarter i Storgata 38 i Oslo, klar til innflytting. Totale kostnader var 3,2 millioner kroner. En gave fra

skipsreder Jørgen P. Jensen i Arendal var med på å finansiere byggingen.<sup>16</sup> Den store bygården i funksistil framsto som senter og hovedkvarter for den private rusmiddelomsorgen, som gjennom hele det 20. århundret sto for størsteparten av den totale virksomheten på området. Størrelsen på bygningen og det moderne uttrykket synliggjorde også etterfordstidas satsning på hjelpetiltak og på behandling av *drikkfeldige* (i kontrast til på *alkohol*politikk). Plasseringen, sentralt i Oslo, var et uttrykk for ønsket om nærhet til de miljøene og menneskene organisasjonen arbeidet overfor. Blå Korsbygget var sentrum for en landsomfattende virksomhet. Organisasjonen drev et stort antall større og mindre stuer, hjem og herberger i de fleste byer i landet. Blå Kors opplevde i 1930- og -40-årene å være "lykkeligvis inne i en større utviklingsperiode".<sup>17</sup> Antall foreninger og medlemmer økte. I andre halvdel av 1940-årene ble det etablert et nært samarbeid med offentlige myndigheter, blant annet gjennom kontakt med Sosialdepartementets 2. sosialkontor, Statens edruelighetsråd og med Overlegen for alkoholistforsorgen. Overlegen var bestyrer på Bjørnebekk. I denne perioden ble den *private* alkoholistsorgen en fullt og helt integrert del, og den klart største, av den samlede innsatsen på området.



Blå Kors' hovedkvarter i Oslo, tegnet av Hugo Brustad og Johan Meyer, har tre hovedblokker på ni etasjer og inneholder bl.a. stor forsamlingsal og klinikk for alkoholikere.

Bildet over viser arkitektenes første visjon for bygget og skiller seg noe fra slik bygningen ble reist (bildet t.h.)

Begge illustrasjoner hentet fra *Himmel og jord i bevegelse*.





## Tilsynshjemmene

Sommeren 1952 besluttet Blåkors å satse på en ny institusjonstype, tilsynshjemmene. Det innebar på den ene siden nedlegging og ombygging av eksisterende herberger og byhjem, som fram til da hadde vært de sentrale institusjonene i lokalmiljøet. På den andre siden ble det bygd helt nye bygg tilpasset formålet de var tiltenkt. Mens herbergene ga nattely for husløse og forkomne stakkarer, skulle tilsynshjemmene etablere en ordnet ramme rundt arbeidende mennesker, ofte med hjem og familie. Man kunne tenke seg at en mann flyttet inn på hjemmet nesten som på et pensjonat. Om morgenen spiste han på hjemmet, fikk med matpakke og gikk på arbeid. Om kvelden kom han tilbake, spiste aftens og gikk til sengs. Tilsynshjemmet tok hånd om hans lønn og økonomiske forpliktelser. Han hadde stor bevegelsesfrihet og ble blant annet oppfordret til å besøke sin familie. I motsetning til et kurhjem på landet, der pasienten ble flyttet *ut* av samfunnet, var tilsynshjemmet et tilbud *i* samfunnet. Midt i "bylivets mange fristelser og farer, og nær sitt opprinnelige miljø" skulle pasientene "ta kampen opp".<sup>18</sup> Tilsynshjemmene var uttrykk for en omprioritering av hjelpetiltakene overfor drikkfeldige. Det ble satset mindre på hjelpearbeid overfor "lavterskellientellet" og mer på det en kunne kalle sosialkorrigerende behandling av mennesker med mindre langtkomne problemer.<sup>19</sup>

Det første tilsynshjemmet ble åpnet i Stavanger i 1952. Til en prislapp på over 200 000 kroner ble det innredet et moderne hjem med plass til 16 pasienter i tomannsrom. Det ble også innredet et sykeværelse med plass til et par pasienter. I 1954 åpnet et tilsynshjem i Oslo, i Storgata 38. Det nye hjemmet erstattet herberget og hospitsset og hadde plass til 35 pasienter. Det fremste blant Blåkors' tilsynshjem var hjemmet som ble åpnet i Fredrikstad / Glemmen i 1956. Det kostet 800 000 kroner å bygge og hadde sykeavdeling med plass til 20 pasienter og en tilsyns-avdeling med plass til like mange. Foruten moderne bad, toaletter og kjøkken, spisesal, og både enkeltrom og tomannsrom og hobbyrom i kjelleren, ble det bygget møtesal med plass til over 200 mennesker.<sup>20</sup> I Tønsberg ble det gamle blåkorshjemmet solgt og et tidligere pensjonat ble innkjøpt og innredet til tilsynshjem i 1957. Nytt tilsynshjem kom til på Askøy

utenfor Bergen og i Kjøpmannsgaten i Trondheim. Sistnevnte åpnet 1958 med plass til 26 pasienter, og inneholdt syke- og pleieavdeling og et legekontor.

## Arbeidslinja i krise

I årene omkring 1970 sto behandlingen av drikkfeldige i Norge til debatt. Et offentlig oppnevnt utvalg, det såkalte Birkelund-utvalget, gikk inn for en nedbygging av institusjonsforsorgen og en integrering av alkoholistforsorgen i det øvrige helse- og sosialvesen. Alkoholistbehandling skulle ikke være (privat drevet) særbehandling, men snarere en del av det øvrige, offentlige hjelpeapparatet og helsetilbudet.

Disse signalene var med på å sende Bjørnebekk ut i dyp krise. Det etablerte regimet basert på arbeidspplikt, streng disiplin og medisinsk ledelse, ble avvirket i begynnelsen av 1970-årene. Overlegen for alkoholistforsorgen gikk fra borde, flyttet fra Bjørnebekk og ble leder for det nyetablerte statlige organet, Edruehetskretsrådet. Gjennom hele 1970- og 1980-årene var virksomheten på Bjørnebekk i vansker. Det var dype interne motsetninger mellom de ansatte og stor uro omkring behandlingsopplegget. Gårdsdriften, disiplinen og den medisinske ledelsen ble en periode erstattet av dager nesten uten sysselsetting, en liberal permisjonspolitikk og psykologer i ledelsen for virksomheten. Målet om totalavhold ble erstattet av et mål om kontrollert drikking.<sup>21</sup>

Nye behandlingsformer ble forsøkt innført også på andre institusjoner. I 1977 åpnet Blåkors den nye Borgestad-klinikken i Skien. Klinikken hadde plass til 54 pasienter, en gulvflate på over 3000 m<sup>2</sup> og kostet



Borgestadklinikken i Skien, åpnet 1977.  
Foto: Hentet fra *Himmel og jord i bevegelse*.

over 14 millioner kroner. Den erstattet det som fram til da hadde hett Skien Blå Kors kur- og tilsynsheim.<sup>22</sup> Klinikken besto av avrusnings-, syke-, klinikk- og tilsynsavdeling. Behandlingen var sterkt inspirert av virksomheten innenfor "terapeutiske samfunn" i USA. Målet var at klientene (ikke *pasienter*) skulle opparbeide seg de evnene, ferdighetene og den selvtilliten som trengtes for å kunne mestre livet i det etablerte samfunnet. De første ukene av oppholdet gikk klientene i husets undertøy og kjeledress. Det muliggjorde kontroll med den enkelte, ikke minst med hensyn til narkotiske stoffer, og virket også til å bevisstgjøre klientene. Mange av husreglene var felles for klienter og ansatte. Ingen dører kunne låses og alle viktige diskusjoner skulle tas i plenum. Den enkeltes ønsker og motivasjon ble klarlagt og drøftet i fellessamlinger.

## Nedbygging av de statlige institusjonene

Lov om fylkeskommunalt ansvar for alkoholist-institusjonene m.v. av 30. mars 1984 påla fylkeskommunene ansvar for planlegging, oppføring og drift av alkoholist-institusjoner. I tråd med den nye loven fant det sted en integrering av alkoholstomsorgen i det øvrige sosial- og helsevesenet. Det ble opprettet klinikker og hjelpeinstitusjoner i tilknytning til lokale sykehus. Eksisterende institusjoner ble integrert i sykehusvesenet. Fylkeskommunene overtok for eksempel flere av Blåkors' institusjoner. Andre institusjoner ble drevet videre på andre måter. Det hvite Bånds kursted, Riisby på Dokka, ble drevet videre gjennom en avtale med Oslo kommune. Avtalen åpnet for øvrig for at Riisby også ble åpnet for menn, etter å ha vært forbeholdt kvinner (og barn).<sup>23</sup> Aktiviteten innenfor den private delen av rusmiddelomsorgen holdt seg imidlertid oppe også etter den nye loven. Blåkors fortsatte å drive et bredt spekter av ulike institusjoner i denne perioden: Alders- og sykehjem, vernehjem, kur- og tilsynshjem, klinikker, kontakthjem, krisesenter, hybelhus, attføringssenter, ettervernsenter og varmestue, for å nevne noen.<sup>24</sup> Mange av organisasjonens institusjoner skiftet navn, Blåkors ble tatt ut av navnet, og de framsto dermed mer på linje med de offentlige virksomhetene. Samtidig oppsto det en rekke nye private tilbud. Disse "markedsførte" seg ved å tilby spesielle behandlingsopplegg, som f.eks. den såkalte Minnesota-modellen (som kan ses som en videreføring av ideologien bak Anonyme Alkoho-

likere), behandling etter evangeliesentermodellen og den italienske familieklubbmodellen.

Loven av 1984 la grunnlaget for en endelig avvikling av de statlige institusjonene Ørje, Hovelsåsen og Bjørnebekk. I begynnelsen av 1990-årene var alle tre institusjonene nedlagt som offentlige institusjoner innenfor rusmiddelomsorgen. Virksomheten på Ørje ble avviklet i 1990. Stedet ble deretter leid bort til organisasjonen Evangeliesenteret, som drev kurstedet videre i privat regi. Hovelsåsen ble midt på 1990-tallet, i kommunal regi, brukt til arbeidstreningstiltak for ungdom mellom 16 og 25 år. Etter at Bjørnebekk ble nedlagt som alkoholist-institusjon, ble deler av bygningsmassen brukt som asylmottak.

## Lange linjer og skiftende synsmåter

Fra slutten av 1800-tallet la oppfatningen av at alkohol var en sterktvirkende, avhengighetskapende gift grunnlaget for totalavholdstanken og for framveksten av totalavholdsbevegelsen, som omkring 1910 organiserte om lag hver tiende voksne nordmann. De store totalavholdsorganisasjonene engasjerte seg ikke i alkoholistbehandling. Fokuset på alkoholens farlighet spilte imidlertid en rolle for etablering av virksomheter som herberger, byhjem, hybelhus og kuranstalter avsondret fra alkoholen, byen og samfunnet for øvrig.

I årene omkring 1930 ble virksomheten ved de to daværende statlige anstaltene lagt radikalt om. Problemet institusjonene skulle bidra til å løse, ble nå i større grad sett på som et sosialt problem og et problem knyttet til den enkelte drikkfeldiges karakter. Bjørnebekk kuranstalt ble åpnet i 1939 og framsto som flaggskipet innenfor denne problemforståelsen. Ved hardt arbeid, streng disiplin og langt opphold under medisinsk overoppsyn skulle pasientenes umodne karakter modnes og en fast personlighet etableres. Pasientene skulle, i sitt ansikts sved, lære å si nei og å praktisere et avholdende liv.

Omkring 1970 skjedde det en ny perspektivendring innenfor alkoholistforsorgen. Da Overlegen for alkoholistforsorgen i 1959 gikk inn for å opprette flere såkalte arbeidshjem, pekte han på behovet for "å sanere byene for det kroniske innslaget av loffere på hjørnet". Lofferne var smittekilder i forhold til ungdommen og de var "meget aktive som katalysator for tilbakefall for de pasienter som kommer fra kursteder og andre institusjoner". I Birkelund-



utvalgets innstilling fra 1972 var perspektivet et annet. De såkalte vernehjemmene, som det da var snakk om, som langt på vei var tiltenkt den samme gruppen mennesker som arbeidshjemmene i 1959, skulle "bedre situasjonen for hjemløse," het det. Det var først og fremst hensynet til de sterk alkoholskadde som måtte tillegges vekt, het det. Det var følgelig hensynet til den enkelte som skulle ha avgjørende betydning, ikke samfunnets behov.<sup>25</sup> Alkoholistbehandlingen utover i 1970- og 1980-årene ble preget av et tilsvarende individfokus. Problemets kjerne var ikke alkoholgiften, drikkfeldighet og svak karakter, eller alkoholisme som sykdom (en forståelse som historisk sett ikke har hatt noen betydelig innflytelse over alkoholistbehandlingen i Norge), men storforbruk av alkohol, som ble oppfattet som en lært og villet atferd. Problemet var ikke at alkoholikerer var forgiftet av alkohol eller at den drikkfeldige drakk på grunn av eller for å kompensere for umodenhet og svak karakter, men at han *ville* drikke fordi drikkingen tilførte livet kvaliteter. Han *led* ikke av en last eller sykdom, han *not* den, ble det spiss-

formulert. Behandlingen gikk følgelig ut på å bryte ned oppfatningen av at alkoholen og alkoholmisbruk ga livet mening og på å gi noe som erstatning for alkoholen. Innenfor denne forståelsesrammen ble en rekke behandlingstilbud med vekt på gruppe-terapi, samtaler, selverkjennelse og mål om realistisk mestring av dagliglivet iverksatt. I den grad institusjonsklientene arbeidet, var det med seg selv og med oppvask og støvsuging, ikke med tømmerhogst, grøftegraving og fjøsstell som tidligere i det 20. århundret. Målet var at klientene skulle få de evnene, ferdighetene og den selvtiliten som trengtes for å kunne mestre livet i det etablerte samfunnet.

Gjennom det 20. århundret ble problemforståelsene, målsettingene og virkemidlene innenfor alkoholistforsorgen omskrevet flere ganger. Samtidig kan det pekes på en påfallende vedvarenhet innenfor dette politikkområdet. Det private, idealistiske og kristelige engasjementet spilte i hele perioden en helt dominerende rolle innen alkoholistforsorgen, ved siden av, og som en sentral del av, de offentlige tiltakene.

---

## Noter

- 1 *Tidsskrift for praktisk medisin*, 1882: 367.
- 2 *Tidsskrift for praktisk medisin*, 1883: 347. Det har ikke lyktes meg å bringe på det rene hvor lenge virksomheten ved Heimdal pågikk.
- 3 *Norsk magasin for lægevidenskaben*, 1894: 1184 ff og *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 1903: 605 ff.
- 4 *Norsk magasin for lægevidenskaben*, 1894: 1184.
- 5 *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 1903: 605.
- 6 *Norsk magasin for lægevidenskaben*, 1894: 1186–7.
- 7 Hamran, Hageberg og Laahne 2006: 56.
- 8 *Blåkorshjemmet gjennom 75 år* 1984: 14.
- 9 Blåkors etablerte i 1946 sitt andre kursted, på Loland i Øvrebo i Aust-Agder. Gårdsbruket hadde ca. 35 mål dyrket mark og 450 mål skog. Lolandsheimen hadde plass til 10 pasienter. Uthusene var nye og romslige og ga også plass til verksted. Hovedbygningen ble utvidet med ny leilighet for bestyrerfolkene og med nye værelser, slik at pasientantallet kunne økes til 15–16. *Under korstets merke* 1956: 65.
- 10 *Hovelsåsen kursted 50 år* 1972: 12 ff.
- 11 Samuelsen 1983.
- 12 Sæter 1983: 18.
- 13 Vårli var i virksomhet i perioden 1919–1945. Det hvite Bånd drev siden fra 1949 til 1960 et kurshjem på Løken på Leira i Valdres. Løken brant ned til grunnen i 1960. Deretter ble en ny institusjon etablert på Riisby på Dokka i Nordre land. Det hvite bånd 100 år i Norge 1989: 49 ff.
- 14 Reformkomiteen hadde i 1930 understreket sterkt at det måtte bygges verksteder på Ørje. Komiteen kritiserte at pasientene i alt for liten grad var sysselsatt med ordentlig arbeid. ”En kuranstalt uten nogen organisert, reel arbeidsdrift er etter komiteens opfatning helt forfeilet,” het det. Hamran 2005: 155.
- 15 Hamran 2005: 304–5.
- 16 Hovda 1946: 98.
- 17 Hovda 1946: 111.
- 18 Hamran, Hageberg og Laahne 2006: 103.
- 19 Hamran, Hageberg og Laahne 2006: 105.
- 20 Salen synliggjorde Blåkors’ dobbelte aktivitet: På den ene siden var organisasjonen den største aktøren innenfor rusbehandling i landet. På den andre siden en kristelig medlemsforening med utspring i indremisjonen. Som sådan drev Blåkors ulike møte- og foreningsvirksomhet, pengeinnsamlinger og basar.
- 21 Bruken av medikamenter, som Heminevrin, som var svært utbredt fram til 1970-årene, ble etter hvert revurdert og strammet inn. Samuelsen 1983: 51.
- 22 Hamran, Hageberg og Laahne 2006: 188.
- 23 Det hvite bånd 100 år i Norge 1989: 53.
- 24 Hamran, Hageberg og Laahne 2006: 187.
- 25 Hamran, Hageberg og Laahne 2006: 185.

ISBN 978-82-431-1000-7

Artikkelen ble opprinnelig publisert i Rom for helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

---

## Litteratur

- Blåkorshjemmet gjennom 75 år*. Oslo, 1984.
- Det hvite bånd 100 år i Norge. For Gud – heim og alle folk*. Oslo, 1989.
- Hamran, Olav, Hageberg, Arne Olav og Laahne, Elmer. *Himmel og jord i bevegelse. Blåkors 100 år*. Oslo, 2006.
- Hamran, Olav. *Det egentlige drikkeonde – Måtehold i etterforbudstida*. Dr. Avhandling ved Universitetet i Oslo, 2005.
- Hovda, Johs. Theodor. *Kjærligheten tvinger – Det blå kors i Norge gjennom 40 år*. Oslo, 1946.
- Hovelsåsen kursted 50 år*. Flisa, 1972.
- Norsk magasin for lægevidenskaben*, 1894.
- Samuelsen, Tom. *Første delrapport fra Bjørnebekk kursted*. Oslo, 1983.
- Sæter, Oddrun. *Første delrapport fra Hovelsåsen*. Oslo, 1983.
- Tidsskrift for den norske lægeforening*, 1903.
- Tidsskrift for praktisk medisin*, 1882.
- Under korstets merke. Det Blå Kors i Norge 1906–1956*. Oslo, 1956.