

Fyll og annet spetakkel

Halvor Kjølstad
psykologspesialist

Det er 120 år siden den beryktede «løsgjengerloven» så dagens lys. På tide å kaste et tilbakeblikk på noe av det som har skjedd siden man begynte å sende såkalte løsgjengere på tvangsarbeid.

Som kjent farges man av sine opplevelser, og med min lange fartstid i rusfeltet er jeg klar over at historieskrivingen i det følgende i høy grad er subjektiv. Min far, Thorbjørn Kjølstad (1916 - 81), var statens overlege for alkoholistsorgen fra 1956 til 1981, og samtidig styrer på Bjørnebekk Kursted i Ås. Bjørnebekk var med sine 70 manns plasser statens flaggskip i alkoholistsorgen fra 1939, til det ble overtatt av Akershus fylkeskommune i 1993. På Bjørnebekk vokste jeg opp sammen med 70 pasienter som min nærmeste omgangskrets, og i tillegg fikk jeg være med far på kjøreturer til rusinstitusjoner rundt om i landet. Jeg hadde dermed tidlig atskillige erfaringsbaserte kunnskapsbrokker om hvordan det sto til rundt omkring i disse virksomhetene. Som voksen har jeg fulgt opp farsarven blant annet ved å ha arbeidet i mange år i Kirkens Bymisjon, Blå Kors og AKAN.

1900 - 1950 Tvangsarbeid og tvilsom frivillighet

Løsgjengerloven var i utgangspunktet etablert for å få slutt på problemene med omstreifende personer som livnærte seg med tuskhandel og tigging. I praksis rammet den særlig fattige, alkoholisererte menn uten fast arbeid og uten fast bopel. Til tross for at Ragnar Vogt (1905) allerede i 1905 brukte behandlingsorientert terminologi om ruslidelser i sin lærebok i psykiatri, skulle det ta hele 65 år før en lovendring satte en stopper for løsgjengerlovens tvangsarbeid. Dette triste kapitlet i norsk kriminalhistorie er beskrevet både av innsatte (Hansen, 1969, 1978) og ansatte (Olsen, 2010).

Til tross for behandlingsspektivets spede begynnelse ble mange i denne perioden sendt til såkalte tvangsarbeidshus. Opstad tvangsarbeidshus, som åpnet i 1915, var ansett som svært moderne, og den første direktøren trodde antagelig oppriktig på at den friske luften og sunt arbeid skulle ha en rehabiliterende virkning (Falsen, 1938). Slik gikk det imidlertid ikke (se Christie, 1960). Tvangsanbringelse i 18 måneder (første gang) eller inntil tre år (ved gjentagelser) ble opplevd som trøstesløs. Heldigvis lå også behandlingstenkning til grunn for etableringen av de to første kurstedene, Blåkorshjemmet på Eina i 1909 og legeforeningens kursted på Ørje i 1910. Staten kom etter, med Hovelsåsen i 1922 og Bjørnebekk i 1939. Samtidig som behandlingsinstitusjonene vokste fram, ble det skapt systemer for innleggelse og opphold i institusjonene. I 1932 kom lov om edruskapsvern og edruskapsnemnder. Her fikk folkevalgte nemndsmedlemmer posisjon og myndighet til å sørge for at kommunens drikkfeldige ble innlagt på kursted. De fleste innleggelsene var formelt frivillige, men nemnda kunne også igangsette tvang hvis ikke. I bakgrunnen lurte Opstadspøkelset hvis man ikke skikket seg bra nok i det «frivillige» systemet.

1950 - 1970 Sykdomsmodell, mindre tvangsbruk, nye institusjonstyper og brukergrupper

Løsgjengerloven var i utgangspunktet etablert for å få slutt på problemene med omstreifende personer som livnærte seg med tuskhandel og tigging

Da den ubehagelige kombinasjonen av disulfiram (virkestoffet i antabus eller aversan) og alkohol ble oppdaget ved en tilfeldighet, trodde man at alkoholismeproblemet lang på vei var løst. Gi alkoholikeren en dose antabus og han avstår fra å drikke! Denne nesten magiske troen på å løse problemene «medisinsk» gikk hånd i hånd med en stadig mer utbredt oppfatning om at alkoholisme burde forstås og behandles som en form for sykdom. Sykdomstenkningen fikk sterk støtte fra den internasjonalt voksende Anonyme Alkoholikere (AA)-bevegelsen. AA-budskapet om alkoholisme som en irreversibel og progredierende sykdom spredde seg med rekordfart fra den spede begynnelsen på 1930-tallet.

Mens de gamle kurstedene befant seg bokstavelig talt «på landet», langt fra fristende skjenkesteder, begynte etableringen av A-Klinikker i byene på 1950-tallet, med Trasopklinikken i Oslo som den første i 1951. I tråd med utviklingen var A-klinikkene forankret i den daværende sykehusloven. Et annet viktig aspekt var at klinikkene var korttidsinstitusjoner, med «liggetid» på tre uker til noen få måneder. En annen nyvinning var tilsynsavdelingene, en slags overgangsenheter, der brukerne i noen måneder kunne være under tilsyn samtidig som de var i ferd med å (re)etablere seg «ute» i arbeidslivet.

Tradisjonelt var kurstedene befolket av «rene» alkoholikere, ispedd en og annen morfinist eller kokainmisbruker. Så utviklet legemiddelindustrien nye og avhengighetsskapende medikamenter, og i løpet av 1960-tallet kom cannabisproduktene på banen, og dermed også nye brukergrupper. Statens klinikk for narkomane ble åpnet i 1961, og senere kom det i gang behandlingstilbud som særlig var rettet mot unge stoffmisbrukere. Senere har blandingsmisbruket av rusmidler eksplodert, og i dag er den gammeldagse «alkisen» blitt en sjeldenhet.



NYE BRUKERE På 60-tallet kom cannabisproduktene på banen, og dermed også nye brukergrupper. I dag er den gammeldagse «alkisen» blitt en sjeldenhet, skriver Halvor Kjølstad. Her fra Slottsparken i Oslo i 1971. Foto: T. Skillestad / NTB Scanpix

Mot slutten av 1960-årene reagerte stadig flere fagfolk og politikere på den utstrakte tvangsbruken i rusfeltet. Uverdige forhold i drukkenskapsarresten, urimelig avstraffelse av ikke-kriminelle «løsgjengere» ble gjenstand for en opphetet offentlig debatt. Det gikk mang en kule varmt i den polariserte debatten mellom «liberalistene» på den ene siden og de som fryktet ville og lovløse tilstander på den andre. En av toppene kom da det skulle startes med prøvedrift av avrusningsstasjoner, et humant alternativ til «fyllarresten». Hvordan skulle det gå når (kvinnelige!) sykepleiere skulle håndtere fulle, krangleverne og til dels farlige mannfolk? Stort sett gikk det utmerket (Ramsøy mfl., 1978)!

1970 - 1990 Exit tvangsarbeid, profesjonalisering, kontrollert drikking, poliklinikker og Minnesotamodell

Fra Opstad til vernehjem, fra herberge til vernet bolig

Da tvangsarbeidsepoken gikk mot slutten, var spørsmålet: Hva skal vi stille opp med for dem vi tidligere har sperret inne for kortere eller lengre tid? Hva med brukere som trengte et anstendig sted å bo over lengre tid uten at de nødvendigvis ville legge om sin livsstil? Samfunnets svar var hovedsakelig opprettelse av vernehjem, en institusjonstype med romslig toleranse for alkoholbruk ved permisjoner, og der det ikke skulle være arbeidsplikt. I 1977 var det ca. 30 vernehjem rundt om i landet. Mange, deriblant jeg selv (Kjølstad, 1977), mente at vernehjemmene langt på vei fungerte godt og var et positivt fremskritt. Andre, særlig en gruppe sosiologer, hevdet at dette var lite å glede seg over. Sosiologene sparte ikke på kruttet. Den skarpeste salven kom vel i hovedoppgaven med tittelen «Fangene på Kjønnerød. Rapport fra en verneheim for alkoholikere» (Samuelsen, 1973). Det var særlig kontroversielt at den forhatte Foldin offentlige skole fikk nytt liv som Statens Vernehjem Bastøy. Til tross for dystre spådommer så det ut til at mange beboere fikk en god og stabil bosituasjon der (Statens Vernehjem Bastøy, 1975).

I de store byene var «botilbudet» til de mest vanskeligstilte lenge svært kummerlig. Et grelt eksempel var mannsherberget i Kristian Krohgs gate; her var det plass til over 400 mann i store sovesaler. Da «Krohgen» ble etablert i 1939, skrev Arbeiderbladet at Oslo hadde fått «et praktfullt mannsherberge». Ved nedleggelsen i 1989 betegnet Erling Folkvord herberget som «en fabrikk for masseødeleggelse av menneskeverd» (Muri, 2017). De fleste herbergistene fikk etter hvert tilbud om å bo i mindre hybelhus o.l. rundt om i byene – til kraftige protester fra lokalbefolkningen.

Solidaritet, faglighet og verdinøytralitet

Mot slutten av 1960-årene reagerte stadig flere fagfolk og politikere på den utstrakte tvangsbruken i rusfeltet

Helse- og sosialarbeiderne var stort sett røde på 70-tallet. I synet på rusproblematikerne ble fokus i stor grad satt på samfunnsmessige forhold som bidro til at folk fikk et vanskelig liv, og man ble mindre opptatt av å moralisere over enkeltmenneskets ansvar for sin skjebne. Belastende uttrykk som fyllefant og løsgjenger ble søkt erstattet med mer menneskeverdige omtale; man snakket om

vanskeligstilte klienter, og brukergruppen i Oslo ble i noen sammenhenger ganske klingende omtalt som filleproletariatet. Sosiologene var viktige bidragsytere i denne diskursen, og noen av dem gikk både i teori og praksis langt for å vise sin solidaritet med brukerne (se f.eks. Ramsøy, 1971).

70-tallet var også preget av reaksjon på evangelisering og påtvunget kristelighet som hadde foregått i mange rusinstitusjoner. Rusfeltet var på denne tiden dominert av kristne organisasjoner. Blå Kors, Oslo Indremisjon (senere Kirkens Bymisjon), Det Hvite Bånd, med flere eide og drev de fleste institusjonene, og mang en bruker opplevde å bli påtvunget et kristelig budskap og tilsvarende husordensregler og andaktsrutiner. I mange virksomheter var det relativt få medarbeidere med høyere utdanning – i ettertid er det lett å se at åndeligheten kanskje stod høyere enn fagligheten enkelte steder.

Sett i lys av historien er det ikke overraskende at nyutdannede sosionomer, sykepleiere, vernepleiere (og til og med noen få psykologer) ble opptatt av både solidarisering med brukerne og profesjonalisering av rusfeltet; det skulle satses på høy faglighet og solidaritet, og man skulle ikke på noen måte påtvinge brukerne et spesielt livssyn – i hvert fall ikke et kristent sådant. I iveren etter å distansere seg fra fortidens synder ble det populært å snakke om verdinøytrale fagfolk – alt skulle være faglig, og kun det! Hvordan det skulle være mulig å fremstå som verdinøytral i møtet med sin klient, er et annet spørsmål.

Og så kom Fanny Duckert

Allerede som psykologistudent begynte Fanny å utfordre etablerte «sannheter» om «alkoholisme», og hun ble fort kjent som opphavskvinne til begrepet kontrollert drikking. Dette var virkelig å banne i kirka, og det fortsatte Fanny med lenge, for eksempel med en for mange fagfolk provoserende boktittel: *Alkoholproblemer kan mestres* (Duckert, 1982). Bare å antyde at en del personer med alkoholproblemer ikke nødvendigvis måtte bli totalavholdende for å få et godt liv, ble oppfattet som å gi fanden lillefingeren eller det som verre var.

Som nyansatt sjefpsykolog ved A-senteret i Oslo opplevde jeg at mye av tiden på ledermøtene gikk med til intense drøftinger om hva man kunne gjøre med denne Fanny Duckert og hennes åpenbart feilaktige budskap! Til ingen nytte; Duckerts bidrag til fornying av forståelsen av og tilnærmingen til personer med alkoholrelaterte problemer var kommet for å bli.

I et større perspektiv er det etter mitt syn forunderlig at AAs alkoholismeteorier fortsetter å leve og blomstre; Duckert og mange andre (se f.eks. Fingarette, 1988) har til de grader tilbakevist det teoretiske fundamentet AA-bevegelsen hviler på, men i praksis sverger fortsatt svært mange, både brukere og behandlere, til de 12 trinn og de 12 tradisjoner (AA, 2004). Hvordan er dette mulig? Kanskje fordi gruppefellesskapet AA-bevegelsen er bygget på, gir så mye god støtte, samhørighet, skammedbyggende erfaring og opplevelse av å ikke være alene, og at dette for mange oppleves som svært meningsfylt og edruskapsgenererende. Ser man for eksempel på Yaloms liste over virksomme faktorer i gruppepsykoterapi, er det lett å forstå at AA-folk holder på sitt (Yalom, 1970, Kjølstad, 2001).

I et større perspektiv er det etter mitt syn forunderlig at AAs alkoholisteteorier fortsetter å leve og blomstre

Sengeliggende eller oppegående behandling

Det var lenge opplest og vedtatt at behandling måtte foregå på døgnbasis. Det var nok en fjern tanke at alkoholproblematikere kunne komme til timeavtaler slik som «vanlige» folk; de skulle være i elendig fysisk og psykisk forfatning og fortrinnsvis ligge i senger for å kunne behandles. Imidlertid ble det i løpet av 1970- og 80-årene mer og mer vanlig å tilby poliklinisk behandling i rusfeltet. Denne

«stille» reformen var banebrytende på flere måter; poliklinikkens tilbud slo beina under myten om den behandlingstrengende alkoholikeren som svært syk, sosialt og fysisk utslått, og den utfordret forestillingen om alkoholikerens drikkemønster som fullstendig ukontrollert, jf. det «jellinekske» begrepet «tap av kontroll» (Borg, 1962). Det hørte med til den gode lære om alkoholikere at når de først begynte å drikke, så mistet de fort kontrollen. Kontrolltapet skulle også være irreversibilitet – en gang alkoholiker, alltid alkoholiker!

Selv om poliklinikkene var kommet for å bli, så det ut til at media, politikere og folk flest hadde vondt for å gi slipp på bildet av «alkoholikeren» som en sliten, halvgammel og forkommen mann, attpåtil en det ikke var så mye håp for. I selskapslivet fikk vi som jobbet i bransjen, medfølelse klapp på skulderen når folk hørte hva vi drev med, og standardkommentaren var av typen «det må være tungt, for det nytter vel ikke ...». Det er min erfaring og påstand at slike forestillinger fortsatt lever i beste velgående. Kanskje «alkismytene» hjelper de fleste av oss til å drikke ubekymret i vei som vi pleier, for vi er da ikke alkoholikere! Det ville jo være fint om 95 prosent av befolkningen kunne leve godt med (større eller mindre) alkoholbruk gjennom et langt liv, mens de 5 prosentene med en eller annen sårbarhet/genetisk disposisjon eller hva det nå måtte være får alkoholismesykdommen og må behandles – kanskje helst i senger!

Konkurransen om brukerne

Rusbehandling var ikke preget av konkurranse i gamle dager. Det offentlige bidro i beskjeden grad, mens private, kristne organisasjoner som Blå Kors, Oslo Indremisjon (senere Kirkens Bymisjon), Det Hvide Bånd med flere dominerte fagfeltet. Midt på 1970-tallet var Blå Kors den største aktøren, med til sammen 966 sengeplasser pluss en del poliklinisk kapasitet (Seierstad, 1977). Det typiske var at virksomhetene ble eiet og drevet av organisasjonene, mens pengene kom fra det offentlige. Tilsyn og kontroll var det så som så med; så lenge det ikke skjedde store skandaler og sengene var belagt, gikk det stort sett greit å få nye driftsmidler for neste budsjettår.



«KROHGEN» I de store byene var botilbudet til de mest vanskeligstilte lenge svært kummerlig. På mannsherberget i Kristian Krohgs gate var det plass til over 400 mann i store sovesaler. Fotoet er tatt i 1988 i forbindelse med en sak om overbelastning av overnattings stedet. Herberget ble lagt ned i 1989. Foto: Brynjulv Aartun / Aftenposten / NTB Scanpix

Inspirert av den amerikanske (AA-baserte) Minnesotamodellen begynte det på 80- og 90-tallet å dukke opp private klinikker der folk selv, eller kanskje arbeidsgiver, måtte betale for oppholdet, men der behandlingen, ifølge friske reklameannonser i avisene, gikk utenpå det tilbudet man kunne få i de etablerte institusjonene. Dette var i sannhet nye tider; tenk å annonsere for alkoholistbehandling i avisene, og attpåtil påstå at man var både bedre og best! Vi i «det gamle» systemet var rystet og forarget, men måtte også ta inn over oss at vi ikke hadde noe monopol på behandlingstilbud, og at det kanskje var et sunnhetstegn at det etablerte ble utfordret. Utviklingen senere har gått i retning av et stadig mer mangefasettert behandlingstilbud, blant annet med økende vekt på inkludering av familie/nettverk. Det er fortsatt mange privatfinansierte virksomheter med til dels høy sigarføring på reklamen.

De «ufaglærte» og de profesjonelle

Tradisjonelt var alkoholistsorgen bemannet av noen få «hvite frakker» (leger, diakoner, sykepleiere) og mange «hvite flokker» (kristne ildsjeler). I sistnevnte gruppe var de fleste medarbeiderne «ufaglærte», men ofte preget av stor innsatsvilje og et kall om å hjelpe sine medmennesker. De bodde på eller like ved sine arbeidsplasser og hadde på godt og vondt livet tett innvevet i alt som foregikk på jobben. I ettertid er det lett å se kritisk på de uklare skillene mellom privatliv og arbeid, og på enkeltpersoners og virksomheters overdrevne evangeliseringstrang, men vi kan også med fordel kjenne respekt for ansatte som ut fra de beste intensjoner gjorde en formidabel innsats gjennom et langt yrkesliv.

På Bjørnebekk var det allerede fra 60-tallet ikke mindre enn fire legestillinger. Dette var i og for seg imponerende, men vi som vokste opp på kurstedet, merket at ikke alt var på stell. Flere av legene bar sterkt preg av egne rusrelaterede og/eller psykiske lidelser, og dette ga kurstedhverdagene atskillige pussige episoder. Selvsagt fantes det leger med upåfallende anamneser også, men det var ikke så mange av dem, og dermed lå veien åpen for at psykologene kunne «innta» alkoholistsorgen. Allerede i løpet av 80-tallet begynte psykologene å få ledende stillinger i dette fagfeltet. I 2020 kan det virke selvfølgelig at psykologer kan ha lederansvar, men så sent som i 1976 hevdet daværende formann i Norsk psykiatrisk forening Gabriel Langfeldt at psykologenes plass i psykiatrien var ved testene, ikke i terapirommet!

I tiårene som fulgte, kom imidlertid psykologene for fullt med mange vitenskapelige arbeider. Her var blant annet miljøet på Hjeltestadklinikken toneangivende.

Tiden etter 1990: Reformen og rusfeltets innmarsj i spesialisthelsetjenesten

Det skjedde store endringer i Helse-Norge på 1990-tallet og senere: Nye helselover og ny pasientrettighetslov trådte i kraft fra 1.1. 1991. Blant annet forsvant de gamle profesjonslovene (også vår egen psykologlov), og lov om psykisk helsevern fra 1961 ble erstattet av den nye psykisk helsevernloven, som avskaffet legenes maktmonopol i det psykiske helsevernet. Nå kan psykologer sjefe like mye som legene.

Hva så med rus og behandling? Her skjedde det også noe, i hvert fall tilsynelatende: Lov om sosiale tjenester (LOST) kom i 1991, og mange trodde at denne loven skulle bidra til å svekke eller fjerne særbehandlingen av mennesker med rusproblemer. I praksis skjedde ikke noe annet enn at alle potensielle rusklienter ble definert som «sosialklienter», og dermed var man like langt. Fagrådet innenfor rusfeltet tok saken på kornet da de hadde en parodierte versjon av lovtittelen som hovedoverskrift på en av sine årlige konferanser: «Lost in Space».

Mer fart i sakene ble det med Rusreformen i 2004, som resulterte i at rusinstitusjonene ble tatt inn i varmen; mange av dem ble nå innlemmet i spesialisthelsetjenesten, og rusmiddelavhengige fikk dermed samme rettigheter som andre pasienter i spesialisthelsetjenesten. Men særomsorg skulle det fortsatt være, og det nye spesialisthelsetjenestebarnet fikk i 2004 det klingende navnet Tverrfaglig spesialisert behandling av rusavhengighet (TSB) – intet mindre!



STYRKE I TROEN Oslo Indremisjonen, senere Kirkens Bymisjon, var en av flere kristne organisasjoner som dominerte rus omsorgen frem til 70-tallet. Senere kom oppgjøret og ønsket om en verdinøytral rusomsorg. Her ser vi pastor Olaf Hillestad lede den musikalske andakten. Foto: Aage Storløyken / NTB Scanpix

Hva nå?

Det er et fremskritt at ruspasienter har sterkere rettigheter enn før, og andelen faglærte har gått vesentlig opp i rusinstitusjonene etter reformene. Men det kan stilles spørsmål ved at storebror Legeforeningen etablerte en egen spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin i 2012, og at lillebror NPF fulgte opp med spesialitet i rus- og avhengighetspsykologi. Etter mitt syn er dette med på å sementere rusfeltet som sært og vesentlig annerledes enn det psykiske helsevernet. Etter å ha pendlet mellom rusfeltet (i 20 år) og psykisk helsevern (i 20 år) i et langt yrkesliv har blant annet følgende slått meg: Forestillingene blant helsepersonell om hvor sære og «vanskelige» folk med rusrelaterte problemer er, og hvor «spesielt» det må være å behandle dem. Men samtidig hvor greit det har gått når behandlere fra rusfeltet har gått over til psykiske helsevern, og omvendt.

Så får vi se hva som kommer. Så langt ser det ut til at mye er som før; første- og andrelinjen strider om hvem som har ansvar for hva, og de «vanskelige» ruspasientene er fortsatt kasteballer mellom behandlerne i TSB og psykisk helsevern.

Ute i virksomhetene skjer det imidlertid noe. Stillingsannonser i tidsskriftet vårt de siste par årene viser en interessant tendens; vi ser stadig oftere annonser som viser at praksisfeltet er i ferd med å forholde seg mer helhetlig til rus og psykisk helse. Formuleringer som «Enhet for rus og psykisk helse», «Klinikk for psykisk helse og rus» er i ferd med å bli vanlige. Jeg håper dette er et uttrykk for

at stadig flere klinikere innser at rusproblematikk og psykiske helseplager er så tett sammenvevet at det er meningsløst å organisere tjenestetilbudene som om det dreier seg om to verdener. Mye har skjedd siden Opstad Tvangsarbeidshus åpnet sine porter, men det ser dessverre ut til å være et godt stykke igjen før mennesker med rusrelaterte problemer virkelig får aksept som fullverdige brukere av hjelpeapparatet.

Referanser

- Anonyme Alkoholikere (2004). *Storboka*. AAs servicekontor.
- Borg, V. (1962). *Trøster og tyrann*. Gyldendal.
- Christie, N. (1960). *Tvangsarbeid og alkoholbruk*. Universitetsforlaget.
- Duckert, F. (1982). *Alkoholproblemer kan mestres*. Aschehoug.
- Falsen, C. (1938). Fra Opstad Tvangsarbeidshus. *Nordisk tidsskrift for Strafferett*, 26, 29 - 54.
- Fekjær, H.O. (1980). *Ny viten om alkohol*. Gyldendal.
- Fekjær, H.O. (2004). *Rus*. Gyldendal.
- Fingarette, H. (1988). *Heavy Drinking. The Myth of Alcoholism as a Disease*. University of California Press.
- Jellinek, E.M. (1960). *The Disease Concept of Alcoholism*. Hillhouse Press. <https://doi.org/10.1037/14090-000>
- Hansen, H.A.: Det lyriske fattighus. Pax, Oslo 1969
- Hansen H.A. (1978). *Samfunnslære nederst ved bordet*. Gyldendal.
- Kasa, T. (1939). Vår alkoholistforsorg og behandlingen av alkoholister. I *Frihet – Sannhet: festskrift til Johan Scharffenberg, 70-årsdagen 23. november 1939*, s. 243 - 57.
- Kjølstad, H. (1973a). Alkoholisme – en presentasjon av noen synspunkter og teorier. *Norsk tidsskrift om alkoholspørsmålet*, 1, 13 - 31.
- Kjølstad, H. (1973b). Rådgivningsarbeid ved kursteder og vernehjem i perioden 01.01. – 30.06.73. Stensil, Statens Edruskapsdirektorat.
- Kjølstad, H.: Vernehjemets funksjon i alkoholistsorgen. *Tidsskrift om edruskaps spørsmål*, 4, 10 - 11.
- Kjølstad, H. (1990). Alkoholistsorg i 90 år. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, 14,10, 1845 - 47.
- Kjølstad, H. (2001). Et åndfullt liv uten den sterke ånden. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 3, 920 - 27.
- Løfgren, B. (1970). *Alkoholismen, människan och samhället*. Aldus/Bonnier.
- Muri, B. (29.5. 2017) Altfor mange senger i herberget. Dagsavisen.
- Olsen, S. (2010). *Til Jæderen for å trille tåke*. Spartacus.
- Ramsøy, O. (1971). *På livet – fra filleproletariatet i Oslo*. Universitetsforlaget.
- Ramsøy, O. et al. (1978). Avrusning: rapport om Oslo kommunes avrusningsstasjon, Storgt. 36. Universitetet i Oslo, Institutt for sosiologi. Skriftserie; 42.
- Samuelsen, T. (1973). Fangene på Kjønnerrød. Rapport fra en verneheim for alkoholikere. Universitetet i Oslo, Institutt for sosiologi.
- Seierstad, A. (1977). Blå Kors' innsats i alkoholistsorgen. *Tidsskrift om edruskaps spørsmål*, 12, 18 - 19 og 25.
- Statens Vernehjem Bastøy (!975). Statens Vernehjem, Bastøy 1971 - 74. Rapport fra institusjonen.
- Sundby, P. (1967). *Alcoholism and Mortality*. Universitetsforlaget.
- Vogt, R. (1909). *Psykiatriens Grundtræk*. Steen'ske Bogtrykkeri og Forlag.
- Yalom, I. (1970). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. Basic books.