

Tilbud til stoffmisbrukere

Av professor, dr. philos. NILS CHRISTIE, Oslo.

Det følgende er en bokanmeldelse¹⁾ og to artikler som knytter seg tett til anmeldelsen. Det utspant etter anmeldelsen en interessant debatt om tilbud contra tvang og om forholdet mellom rett og helsevesenet. Jeg har i det følgende forsøkt å stille sammen hovedtrekkene i mitt eget syn.²⁾

Oslo 6. 6. 1971.

N. C.

I. *Det danske tilbud*

Det er i disse dager kommet en viktig bok fra Danmark. Den handler om tilbud til stoffmisbrukere. Ikke tilbud om stoffer, men om en vei ut av bruken. Det er ikke en bok med ideer om hvorledes det burde kunne gjøres, men om hvorledes det *er gjort*. Tilbudet eksisterer. Det har allerede hjulpet mange. Nettopp i det kaotiske og vanskelige Københavnermiljø er det vokst fram mottiltak som vil bety inspirasjon også i koldere og mere kontrollerte omgivelser. Fra de ekstraordinære problem er det vokst fram de ekstraordinære løsninger.

Et helt sentralt tema i boken av *Karen Berntsen* er allerede angitt i titelen: Det er *tilbud* det gjelder. Fra så mange hold får vi høre at for denne klientgruppe må det etableres faste ytre styringer. Det dreier seg om mennesker i stoffenes vold, uten mulighet for selvstendige valg og derfor med behov for samfunnstyring i steden; fengsler, lukkede anstalter interneringsleire, isolerte øyer — det representerer en kjede av prioriterte tiltak. Og for noen trenges kanskje noe av dette. Men det Karen Berntsens beretning viser, er at frivillighetsprinsippet også her bærer meget, meget langt. Ikke bare er slike tiltak mindre ydmykende og krenkende, men de later også til å gi gode resultater og i retning av reduksjon eller opphør av stoffbruken. En forutsetning er imidlertid at tilbudet er tilpasset ungdom og ungdoms behov. Karen

¹⁾ *Karen Berntsen*: Tilbud til stofmisbrugere. Ungdomsklinikens behandlingseksperiment. Christian Ejlers forlag, København 1971, 144 s.

²⁾ Diskusjonen foregikk i Dagbladet, kronologien var som følger: *Nils Christie*: Tilbud til stoffmisbrukere. Dagbladets kronikk 1. februar 1971. *Einfrid Grønvik*: Tilbud til stoffmisbrukere. Dagbladets kronikk 2. mars 1971. *Karl Evang*: Tilbud og tvang for ungdom som trenger hjelp. Dagbladet 8. mars 1971. *Nils Christie*: Om tilbud og tvang. Dagbladet 9. mars 1971. *Einfrid Grønvik*: Tilbud til stoffmisbrukere. Dagbladet 30. mars 1971. *Nils Christie*: Rett og helse. Dagbladets kronikk 5. april 1971. *Karl Evang*: Rettsvesenet og helsetjenesten. Dagbladets kronikk 8. mai 1971.

Berntsen fremhever at tidligere tiltak overfor stoffbrukere i alt for stor grad har vært sentrert om stoffene og stoffbruken, og i alt for liten grad har hatt oppmerksomheten rettet mot brukernes generelle vanskeligheter. Det er ingen tilfeldighet hvem som rammes. Stoffene kommer i tillegg til andre problem. Disse brukerne er på forhånd personer med allehånde handicaps, med liten evne til å få kontakt med andre unge og med tilsvarende stor følelse av isolasjon, med mangel på modenhet, med overfølsomhet, og ikke minst med svakt utviklet utholdenhet. Tilbudet må skapes så det får mening nettopp for disse kategorier. Det må derfor skapes et behandlingsprogram hvor kravene ikke vokser hurtigere enn evnen til å oppfylle kravene.

For å få til dette, måtte det først og fremst bygges opp et *allsidig* tilbud. Det hele vokste ut fra den kjente Ungdomsklinikken i København. Denne ble opprettet i 1960 som ledd i et stort kriminologisk eksperiment. Ved å yde maksimal service overfor et utvalg unge lovovertridere, mente man å kunne skape forutsetninger for redusert kriminalitet blant disse unge. Ennå har vi ikke fått sluttresultatene fra denne undersøkelsen. Men undersøkelsen har under enhver omstendighet fått viktige sosialpolitiske konsekvenser ved at det ble skapt et høyt kvalifisert klinikkpersonale som ble møtt med tillit i vide ungdomskretser. Fra 1966 kom stoffbrukerne stadig sterkere inn som klienter ved klinikken. Det skapte spesielle problem, og førte raskt til knopp-skyting:

Dagsenteret var den første knopp. Her kunne ungdom med stoffproblem komme rett inn fra gaten. De ville ikke bare møte likesinnede, men også et personale av meget unge ikke-stoffbrukere. Det ble her lagt til rette for aktiviteter og samværsformer som kunne gi positive opplevelser og langsomt få brukerne over i et mere engasjert og aktivt livsmønster. Tanken var at det ikke skulle brukes stoffer på dagsenteret. I praksis har nok frontlinjen mere gått på å holde handel med stoffer borte.

Døgnsenteret var tiltenkt et noe mere stabilisert klientel. Etter å ha vært i dagsenteret noen tid, og med støtte av behandling utført i Ungdomsklinikken, skulle ungdom som har fått styring på sitt stoffbruk etter hvert få komme over i døgnsenteret. Her skulle de leve i et ungdomskollektiv og støtte og hjelpe hverandre i kampen for en stoff-fri eksistens. Men også her ble realitetene annerledes. Stoff er omsatt, og sprøyter ble anvendt. Det førte til bortvisning og enda en knopp-skyting:

Behandlingsturene. Det ble på ett tidspunkt i døgnsenterets fortid klart at 5—6 personer på ny var begynt å bruke hårde stoffer ved hjelp av sprøyte. Lederen av bruker-gruppen, en person med stor makt over de andre, fikk beskjed om å finne seg et annet oppholdssted. Da gruppen rundt ham hørte dette, besluttet

de seg til i fellesskap å forsøke å klare opp i situasjonen. De innkalte psykiateren til et møte hvor de redegjorde for sitt stoffbruk, og de innkalte også et par medarbeidere som de følte seg særlig knyttet til og framla så et forslag — men altså stadig: *de foreslo, ikke personalet* — at hele gruppen, personale samt stoffbrukere, skulle reise sammen et sted på landet. Brukerne skulle her avslutte stoffbruken og finne ut hva de ville med seg selv og sitt liv. Forslaget ble akseptert og gjennomført.

Det er rystende, men også oppmuntrende skildringer som gis av disse behandlingsturene. Det er fortvilede menneskers siste utveg. De er nedkjørte, deprimerte, syke og sultne. Alt er gått til stoffbruk. I begynnelsen er de altetende, — brød og melk og kjøtt forsvinner i enorme kvanta, intet levnes. Men langsomt blir det annerledes. Ytterverdenen dukker opp. Det blir tid til lek, til samtale, til å finne ut hvor man står. Det viser seg ofte at man ikke har så mye felles med dem man er dradd på tur med, — annet enn stoffene. Man flytter over i nye grupper, og får nye forankringer. Mange våger ikke å flytte tilbake til København. Det behøver ikke være noen katastrofe. Å leve i småkollektiver, utenom storbyene, rager høyt blant mange av disse ungdomsgruppers idealer.

De første dager på nedtrappingsturen er verst. I Karen Berntsens ord:

„Nedtrappingsfasen på 8—10 dage samt den første uge deretter er en periode, som kræver personalets medvirken og medleven 24 timer i døgnet. Der kan ikke stilles store krav til klienterne; arbejdet med at sørge for mad, rengøring o. lign. hviler på medarbejderne, der yderligere skal støtte og hjælpe når klienterne er ved at opgive, ligesom medarbejderne hele tiden må være på vagt og finde ud af, hvilket nyt trick klienterne er ved at udpønse for at få stoffer. Man må ikke lade sig lulle til ro, hvis gruppen i denne periode har det roligt og godt uden abstinenser, det kan tværtimod være tegn på, at de trods alt har extra stoffer til rådighed.

Klienten skal bort fra sit egentlige stofmiljø uden at blive hospitaliseret. Han skal afvænes fra sit stofmisbrug så hurtigt som muligt, og på en måde, der bevirker, at han oplever abstinenssymtomerne, dog således at de holdes inden for den grænse, som han kan bære. Han er selv med til at tilrettelægge sin nedtrapping, og han er delvis selv ansvarlig for den. Han kan til enhver tid afbryde nedtrappingen ved at forlade stedet, men det afhænger da af andre gruppemedlemmer, om han kan komme tilbage.

Belært af erfaringen er det nu blevet reglen, at samtlige læger og apoteker inden for 10 km's afstand fra det sted, nedtrappingsgruppen skal opholde sig, af psykiateren bliver nøje orienteret

om gruppens ankomst. Formålet med turen og navnene på samtlige klienter og medarbejdere bliver opgivet til lægerne (vi har været ude for, at klienter udgiver sig for medarbejdere og får udleveret medicin), det henstilles, at ingen euforiserende eller narrotiske stoffer udleveres, uden at den psykiatriske konsulent i København er orienteret. Læger og apoteker anmodes om, at disse stoffer bliver anbragt således, at de ikke er let tilgængelige.

Ifølge vore erfaringer vil de fleste klienter, inden de tager på en nedtrapningstur, som de frivilligt er gået ind på, alligevel være så ambivalente, at de i sidste øjeblik vil forsyne sig med extra stoffer og sprøjter. En af begrundelserne herfor er, at de er så bange for abstinenssymptomerne, og bange for, at den ordinerede medicin vil være utilstrækkelig, at de vil sikre sig at have noget i baghånden. De kan ikke overskue, at situationen bliver den samme, når deres egne stoffer slipper op.“

Og hvordan er det så gått, hva er resultatene? I forhold til standardpessimismen på dette området må det foreløpig kunne sies å være gått oppsiktsvekkende bra. Det er grunn til å tro at klientelet tilhører de vanskeligste blant de vanskeligste i København. Særlig gruppen av såkalt sprøytenarkomane blir vanligvis regnet som særdeles lite håpefull. Ungdomsklinikken har registrert kontakt med 192 slike, disse utgjør nesten halvparten av samtlige stoffbrukere. For 17 prosent er det ikke bare bedring i stoffbruken — de fleste er helt sluttet — men det er også bedring i den totale sosiale situasjon. For ytterligere 19 prosent er det en viss fremgang å spore, mens det for 25 prosent er et mere uklart bilde, dog stadig med en viss kontakt. I 12 prosent av tilfellene er kontakten brutt, og for 27 prosent registreres ingen behandlingseffekt. Det går ingen bred vei tilbake fra sprøytenarkomani. Men det går en vei. Ved mindre alvorlige former for stoffbruk er selvfølgelig resultatene vesentlig bedre.

Det er ingen pedantisk gjennomarbeidet forskningsrapport Karen Berntsen har gitt oss. Det kommer litt hulter til bulter, fort skrevet, varmt handlet. Noen fra kretsen omkring ungdomskontoret i Oslo har stampet fram et knippe av liknende tilbud i Norge. De har antagelig høstet tilsvarende erfaringer og innsikt. Skriv om det! Det de utfører representerer et tilbud til flere enn stoffbrukere. Det er et tilbud til oss alle om alternativ til maktbruk og internering som de sentrale svar på disse samfunnsproblem.

II. Om tilbud og tvang

Det kan ikke være noe enten-eller. Det kan ikke bare gis tilbud til alle som viser adferd som samfunnet ikke kan godta. Men det kan heller ikke bare finnes tvangstiltak. Og det er mange grunner for å ville prioritere tilbudssiden.

Først og fremst: *Det er så mye lettere* å gripe til tvangstiltak. Tvangen kan i stor utstrekning administreres ved fysiske midler. Tilbudene vil derimot — fordi det i så stor utstrekning dreier seg om sosiale underskuddssituasjoner — kreve mennesker og menneskelig kontakt. Dessuten: Ved tilbud må man leve seg inn i mottakerens situasjon, ellers visner det hele bort og tilbudet avskaffer seg selv. Ved de gode tvangstiltak vil man også forsøke å leve seg inn i den annen parts situasjon. *Men man behøver ikke*. Man behøver ikke en gang merke at man ikke har forsøkt. Disse tiltakene vil derfor ikke visne hen av seg selv, de vil konserveres, kanskje forfleres fordi det ikke finnes selvinnlysende kriterier for at de er mislykket.

Fordi tvangen på denne måten blir så lett å gripe til og så vanskelig å kvitte seg med, må man helt bevisst forsøke å prioritere tiltak som bygger på frivillighet og på medvirken.

Et annet moment ligger i noen enkle rettferdsbetraktninger. Tvangstiltakene er i prinsippet en mulighet som kan ramme alle. Men slik går det jo ikke i praksis. De mennesker som møter tvangen, det er slike som alt på forhånd er hårdt rammet. De andre møtes stort sett med tilbud fra familie, venner eller forbindelser. De fanges inn, hjelpes på veg. Tvangen reserveres i praksis til dem som har minst fra før. Ihvertfall er det slik når det gjelder de adferdsavvikere som rettsvesenet får med å gjøre. Fra det gamle tvangsarbeidsklientelet, over sikringsklientelet, via ungdomsfengslet og over til den mest ekstreme gruppe stoffmisbrukere — over alt er det en opphoping av underskudd på underskudd: halve, kvarte eller ingen familier, halve, kvarte eller ingen tilknytning til et større nettverk av sosiale støttespillere. Det er folk som fra før har hatt så lite at det derfor nå er rimelig å forsøke å komme med dobbelt kvote av nettopp tilbud. Ut fra elementære rettferdsbetraktninger blir det her rimelig å øse på med tilbud på tilbud og å vise maksimal tilbakeholdenhet med tvangstiltak.

Tilbud framfor tvang svarer også på andre måter til mine idealer. Tilbud kan formidles i relasjoner som i høy grad er preget av likeverdighet. Den som mottar tilbudet har muligheter for å komme med gjenytelser, dels basert på de spesielle erfaringer han sitter inne med, og dels fordi relasjonen kommer til å dreie seg om almenmenneskelige forhold hvor partene i stor utstrekning blir likeberettigede. Kontrasten til maktrelasjonene er på ny slående. Få er helt maktesløse. Mange fengselsundersøkelser viser at vokteren på mange måter er sin fanges fange. Men i forhold til tilbudsrelasjonen er det et særdeles lite likeverdig forhold og med minimale muligheter for verdsatte gjenytelser.

Viktig er det selvfølgelig også at tilbudene for de fleste later til å være bedre egnet til å skape indre sperrer i mennesker. Til-

budene skaper jo dessuten situasjoner i analogi med det liv som senere skal leves. En gang skal de fleste forsøke seg på ny utenfor murene. Det er vel enighet om at livsvarig tvangsstyring ikke er noe ideal. Livsvarig støtte — som nok blir realitetene for enkelte — byr ikke på samme typer problem.

Alt dette og mere til gjør at jeg personlig så sterkt går inn for å understreke betydningen av tilbudslinjen både overfor stoffmisbrukere og overfor andre som bryter med det samfunnet finner akseptabelt. Det er så mange mennesker og også så mange krefter i samfunnet som på en nokså selvfølgelig måte støtter tvangslinjen at det krever helt spesielle anstrengelser for å få fremmet tilbudslinjen.

Men dette må ikke helt blinde for at det i enkelte situasjoner ikke finnes noen som helst annen utveg enn å gripe til tvangs-tiltak. Av og til henger alt seg opp, situasjoner eller mennesker blir så umulige at de fleste, også jeg, vil mene at noen må gripe inn utenfra. Men la meg hastig legge til: De bør ikke få lov til å gripe inn før reelle og opplevede tilbud er forsøkt. Tvang må som oftest — jeg gjør unntak for de meget få personer som er virkelig farlige for andre mennesker — komme etter at alle rimelige tilbud er prøvet og uttømt. Med rimelige tilbud til en stoffbruker mener jeg f. eks. timers daglig samvær med vedkommende, jeg mener mat, jeg mener miljø og et sted å være. Kravstort, mener noen. Rimelig, mener jeg ut fra kompensasjonstanken ovenfor. Men når alt er prøvet og alt feilet, da godtar jeg tvangen. Men på ny bare under visse meget snevre betingelser:

Tvangen må i størst mulig utstrekning administreres av de eneste profesjonelle konflikt- og verdiavvikere vi har i samfunnet, av juristene. De er ikke særlig gode til det de heller, også derfor må virksomheten begrenses mest mulig, men det er i hvertfall ingen som er bedre enn dem. Tvangen må dessuten gjøres så lett identifiserbar som mulig. Man må ikke forsøke å late som om tvang er tilbud. Tiltakene bør kalles ved sine verste navn. Om tvang settes inn, må forpliktelsene til også å komme med tilbud være mangedoblet. Tvang er å ta noe fra folk. Det kan bare rettferdigjøres overfor på forhånd handicappede ved å gi noe samtidig.

Men la meg til slutt ta en viktig reservasjon både om tilbud og tvang. Hadde jeg drøftet andre problemområder, så hadde også alternativene blitt andre. Noen mennesker krenker samfunnslovene ikke av svakhet, men av styrke. Her blir det ikke snakk om tilbud, men om samfunnsforsvar. Og her blir ikke dimensjonene tilbud og tvang, men tvang og straff. At Stortinget tvinger igjennom sin vilje, at politiet kontrollerer lovoverholdelse, og at noen straffes ved å fratras goder, det er det ingen urimelighet i. Tvert om kan gammel god og snill reformtenking kanskje ha

godt av å bli snudd litt på hodet enkelte ganger. Patrik Törnudd har gjort det ved å lansere formuleringen: „Spre stigma!“ La oss straffe flere, for mindre. La oss ikke samle det hele om de få. Når vi samler alt om de få, lar dem ta hele oppmerksomheten og hele børen, da blir tilbudsproblematikken helt sentral. Om vi bruker rettsvesenets lut mot andre kategorier, trafikklovbrudd, skatte- og andre økonomiske lovbrudd, politiske lovbrudd, miljølovbrudd — ja da blir tvang og straff de sentrale ord.

III. Rett og helse

Vanligvis er det svære forskjeller mellom retts- og helsevesenet. Men enkelte problem er av en art som tvinger fram analoge løsninger. Rettsvesenet kan være stillet overfor problem hvor behandling, ikke rettferd, blir den dominerende tanke. Helsevesenet kan bli stillet overfor problemer hvor mennesker eller verdier står i konflikt, og hvor konfliktløsning blir det sentrale i oppgaven. Jeg sidestiller retts- og helsevesen fordi de to — stillet overfor den samme type problem — er under et konstant press i retning av å gripe til samme type løsninger. *Men de burde ikke gjøre det!* De er ikke særlig gode til å overta hverandres teknikker.

La meg forferdelig kort forsøke å si hvorfor: Karakteristisk for rettsvesenet er at det har med stridende parter å gjøre. Rettsvesenet har gjennom århundrer utviklet teknikker til å forebygge og/eller løse konflikter mellom disse parter. Utallige trekk ved rettsvesenet bærer bud om dette. Et utpenslet lovverk forsøker å redusere konfliktområdene. I tillegg kommer et utpenslet sett av uformelle eller formelle tilleggsnormer som de fleste jurister har felles og som på forhånd avgrensner hvilke typer informasjon som det er tillatt å ta hensyn til ved verdiavveiningen. Alt dette anvendes innen en domstolsorganisasjon hvor forholdene i maksimal grad er lagt til rette slik at partene der skal kunne kontrollere hverandre. Den sterke motvilje mot spesialisering innen domstolsvesenet øker de interne kontrollmuligheter, samtidig som legmannsinnslaget forsøker å ivareta en forankring til den vanlige borgers vanlige følelse av hva som er rett og rimelig. Ledd etter ledd er lagt opp med sikte på at konflikter skal kunne avgrensnes og at de — hvor ingen annen utveg står til rådighet — skal kunne skjæres igjennom på en måte som er mest mulig egnet til å gi partene en følelse at rettferd er skjedd. Men det ene hensyn er det annets fiende. Anti-spesialisering og legmannsinnslag skaper muligheter for intern kontroll. Men det setter samtidig snevre grenser for mengden av informasjon som kan samles innen et slikt system. Hvis domstolene hadde vært en organisasjon med det formål å finne fram til den beste løsning på et bestemt problem — f. eks. helbredelse for narkomani — så hadde de vært

helt idiotisk organisert. Men domstolene er ikke organisert for slike formål. De er organisert for å løse konflikter mellom mennesker. For slike formål har vi ikke klart å finne på noe bedre.

Helsevesenets *vanlige* virksomhet står konfliktløsningen nokså fjernt. Det brukne ben eller den vonde mave gjør besøket hos helsepersonellet til en samarbeidsoppgave. Det har ikke, tradisjonelt, vært behov for å bygge opp en sosial organisasjon som tar sikte på konfliktløsning. Man har i stedet fullt ut kunnet dra nytte av spesialisering. Det finnes ikke i samme grad parter, og det finnes derfor heller i samme grad behov for kontroll av annet enn kvalitet. Spesialisering og åpenhet for ny informasjon blir velkomment. Legmenn — amatørkirurger — blir uvelkomne. Til å løse mellommenneskelige konflikter som ikke er biologisk forankret er teamet rundt operasjonsbordet særdeles hjelpeløst. Men til å ivareta behovet for å ha i beredskap et maksimum av relevant informasjon og teknisk kyndighet, har vi ikke klart å finne på en bedre organisasjonsform.

Men så oppstår det problemer på grenseområdene mellom rettsvesen og helsevesen. Og da ser vi gang på gang hvordan representanter for de to klassiske løsninger liksom tøy seg i retning av den annen parts form. Rettsvesenet selv har en lang og tung fortid hvor enkeltpersoner eller deler av systemet har skjøvet rollen som konfliktløser eller verdiavveier i bakgrunnen. I stedet har de gitt, eller er blitt pålagt å gi, forrang til andre virksomheter så som oppdragelse eller helbredelse. Eller de har fullstendig føyet seg etter råd fra eksperter på oppdragelse eller helbredelse. Men fordi rettsvesenet er utformet for å ivareta andre funksjoner, går det ikke så godt når det går utenom det vanlige. Og viktigst: Rettsrepresentantene glemmer i denne situasjon verdiavveiningen. Og når rettsrepresentantene glemmer den, er det ikke noen andre tilbake med fullmakt fra samfunnet til å huske på akkurat dette.

For helsevesenet representerer tvangsklientelet de samme muligheter for å forstrekke seg. Nettopp gjennom sin faste tradisjon å gi hjelp til mennesker som ber om hjelp, kan det bli borte at det av og til finnes flere parter. Adferdsavvikeren er i konflikt med andre eller med seg selv. Det er denne konflikten helsepersonellet griper inn i. Som ekspertgruppe må den høres. Men den er dårlig organisert til å *avgjøre* disse konflikter. Dessuten: Når helsepersonell stilles overfor problem som ligner dem rettspersonell til daglig steller med, viser det seg ofte at problemenes art tvinger fram løsninger innen helsesektoren som ligner dem man anvender innen rettssektoren. De blir bare ikke fullt så tilfredsstillende innen helsesektoren. Spesielt ikke sett fra klientens synsvinkel. Helsevesenet er så vant til alltid å arbeide for klientens beste, at det i unntakstilfellene — når det kan være tvil om

et tiltak er til gode for klient eller hans omgivelser — ikke eksisterer de samme beskyttelsesmekanismer innen helsevesenet som innen rettsvesenet.

Unge stoffbrukere illustrerer mye av denne problematikk. Fristelsen for oss alle er å gripe til radikale tvangstiltak; for å hindre spredning og for å lindre lidelse for den enkelte bruker. Men tvangsinnlagte klienter vil ut. Om de etter avgiftning fungerer som vanlige folk, vil de også vise vanlige folks oppfinnsomhet for å komme ut. Derfor må de hindres med fysiske eller — noe upassende overfor dette klientel, håper jeg — kjemiske midler. Det blir murer, det blir voktere, det blir i realiteten fengsel. Slik er det gått i USA. Slik vil det etter all sannsynlighet gå her. Men da vil jeg helst at tiltaket skal styres av dommere som ser det som fengsel og som avveier den mulige gevinst mot de ulemper klienten opplever.

Dette, og mye mer, ligger bak min engstelse for å gi helsevesenet tvangsfullmakt.

På den annen side vil jeg stå ved hva jeg tidligere og med mange forbehold formulerte: I enkelte ekstreme situasjoner, etter at alt annet er prøvet, må det kunne gripes inn med tvang for å oppnå helse. Men slik adgang har vi vel allerede etter lov om psykisk helsevern. Den gir adgang til 3 ukers internering av den som p. g. a. sin sinnstilstand ikke selv kan sørge for å få det legetilsyn og det psykiske helsevern han trenger. I tillegg gir loven adgang til langvarig internering hvis klienten har en alvorlig sinnslidelse. Ut fra det foregående vil man nok forstå at jeg stiller meg tvilende til noen utvidelse av tvangsgrunnlaget på sosialmedisinske indikasjoner. Skal personer som ikke er alvorlig sinnslidende tvinges til anstaltopphold, bør det avgjøres av domstoler og med klar erkjennelse av tvangens realitet.

Men jeg tar to forbehold mot mine egne forbehold: Domstolene er bedre enn helsevesenet til å avveie konflikter mellom parter eller mellom verdier. Men de er ikke særlig gode de heller. Jeg har selv ansvar for noe av undervisningen av jurister, og det blir derfor selvkritikk når jeg sier at det virker som vi oppnår et lavt bevisnivå nettopp om hva i hvert fall en sosiolog måtte mene var de rettslige løsningers egenart på disse områder. Det råder derfor ganske stor usikkerhet, kanskje spesielt vis-à-vis helseekspertenes oppfatninger. Rettsvesenet er også preget av skjev rekruttering og liten evne til å la sitt rettslige tilbud nå ut til nettopp adferdsavvikerne.

Et annet forbehold er at betenkelighetene mot tvangsanvendelse kan bli så store at det blir en standardunnskyldning for at intet skal skje. Verre enn i enkelte unntakstilfelle — jeg understreker: i enkelte *unntakstilfelle* — å trå noens rettigheter for nær, ta problematikerne i nakken og ryste dem på plass, internere dem

for noen uker i en krisesituasjon hvor grunnlaget kanskje er betenkelig tyndt, — verre er vel den totale interesseløse likegyldighet som lar hvert menneske seile til sin egen destruksjon.

Men til disse forbehold mot forbeholdene finnes det samme svar: Hvor samfunnet er organisert så de primære kontroller virker, der reduseres behovet for profesjonelle som retts- og helsepersonell. Hvor tilbudene er virkelig effektivt utbygget, der reduseres behovet for tvangsanvendelse mot de færre som faller utenfor. Og selv om mye er gjort — og mye *er* gjort — så er det stadig et gap mellom det som med rimelighet *kunne gjøres* for å forebygge stoffbruk og hjelpe stoffbrukere, og det som faktisk *er* gjort. Viktigst må være å forsøke å redusere dette gapet. Det kan bli større om vi nå bruker kraft for å finne fram til tvangsformer for de aller minst motiverte.

Nils Christie