

Det egentlige drikkeonde – måtehold i etterforbudstiden

Sammendrag

Kampen om alkoholen preget norsk politikk og samfunnsliv i begynnelsen av 1900-tallet. Avholdsbevegelsen var den sentrale premissleverandøren i denne striden. Forbud var det mest vidtrekkende og omstridte virkemidlet (1916–27). Etter avviklingen av forbudet ble avholdsbevegelsens argumenter trengt i bakgrunnen, og norsk alkoholpolitikk og debatt ble preget av uttalte antiforbuds- og antiavholdsoppfatninger.

Den alkoholpolitiske utviklingen i denne perioden er blitt fremstilt som en utvikling der en moraliserende og fordømmende tilnærming til alkohol ble erstattet av en oppfatning av alkoholisme som en sykdom. Samtidig er det ofte blitt satt likhetstegn mellom avholdssak og en slik moraliserende tilnærming, og tatt for gitt at en medisinsk forankret sykdomsoppfatning var mer human og tolerant.

I denne artikkelen blir disse forståelsene utfordret. Etter forbudet ble grenseoppgangen mellom bruk og misbruk det sentrale alkoholpolitiske anligendet. I de foregående tiårene hadde selve alkoholen og tilgangen til den stått sentralt i alkoholpolitikken. Nå ble alkoholmisbruk det sentrale tema. Misbruk ble først og fremst oppfattet som sosialt avvik, som umoral. Forestillingen om alkoholisme som en sykdom øvde liten innflytelse på utformingen av alkoholistbehandlingen i denne perioden. Myndighetene søkte først og fremst å pålegge den enkelte misbruker et personlig ansvar for å normalisere sin omgang med alkohol.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Basert på forfatterens doktoravhandling (1)

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Olav Hamran

olav.hamran@tekniskmuseum.no
Nasjonalt medisinsk museum
Norsk Teknisk Museum
Kjelsåsveien 143
0491 Oslo

Fra tiden omkring år 1900 ble forståelsen av alkoholspørsmålet preget av en fremstilling av at det var ett stoff, etylalkohol, med kjemisk forbindelse C_2H_5OH , som var det sentrale og virksomme stoffet i øl, vin og brennevin. I Praktisk sunnhetlære for skole og hjem, utgitt i 1900, ble det understreket at det var den samme alkohol som fantes i den fineste vin som i det simpleste brennevin, og det var denne alkoholen som var det viktigste og virksomme stoffet i disse drikkene. Alkohol var ikke mat eller noe næringsmiddel, men «en farveløs, giftig vedske», som rev og brant i halsen når den ble drukket (2). Alkohol ble fremstilt som et stoff som hemmet og skadet den enkelte, og som et så sterkvirkende giftstoff at personlig totalavhold var den eneste sikre vei.

Denne oppfatningen lå til grunn for at det i disse årene avtegn seg et definert alkoholfelt. Lovendringer i 1894 og i 1904 var med på å definere dette feltet, på samme måte som opprettelsen av Alkoholkommisjonen av 1910 var det. Kommisjonen var ledet av hygienikeren Axel Holst (1860–1931), og selv om kommisjonens forslag til tiltak gikk i forskjellige retninger, bidro den til å konstituere et alkoholfelt som et selvstendig samfunns- og politikkområde.

I årene frem til og med forbudstiden (1916–27) ble alkoholproblemerne fremstilt som et helt sentralt nasjonalt anliggende. Løsningen på alkoholspørsmålet var av største betydning for nasjonen og fremtiden. Det nasjonale hetvins- og brennevinsforbudet var det mest omfattende og radikale og det mest omstridte løsningsforslaget.

Avviklingen av brennevinsforbudet i 1927 innebar et markert alkoholpolitisk kurskifte. Avholdsbevegelsens ideologiske og politiske innflytelse ble drastisk redusert så å si over natten. Målet om en fremtidig «stor» løsning på alkoholproblemerne, fremstod som urealistisk. En langt mer pragmatisk tilnærming ble lagt til grunn for utformingen av alkoholpolitikken. Problematik-

ken ble forsøkt gjort mindre. Problemerne ble fremstilt som mindre betydningsfulle og som i langt større grad nåtidige, som oppgaver som lot seg besvare og løse ved en hensiktsmessig tilnærming og ved bruk av tilpassede virkemidler innenfor den eksisterende samfunnsordningen. I den nærmeste tiden etter forbudet ble det «egentlige drikkeonde» presentert som et helt annet, og mindre skjebnesvangert, problem, enn det som hovedtyngden av alkoholpolitiske tiltak frem til og med forbudet hadde vært forsøk på å besvare og løse.

Denne artikkelen vil undersøke dette skiftet, ikke minst slik det fremkom på Ørje kursted for alkoholister. Utover i 1930-årene ble innretningen av kurvirksomheten på Ørje tydelig lagt om. Institusjonen ble endret fra å være et «sanatorium» til å bli en arbeidsanstalt.

En ny tid – etterforbudstiden

1930-årene har blitt fremstilt som en periode der en fordømmende og avholdsmoralsk alkoholpolitikk, ble erstattet av en politikk basert på en human, sykdomsforståelse av alkoholismen. Etter mitt syn er en slik karakteristikk lite dekkende for utviklingen i perioden. Det fant sted et tydelig skifte, men ikke på den måten. Bruk av alkohol og brukens sosiale sider kom sterkere i fokus. Lov om edruelighetsnemnder, som konstituerte den nærmeste etterforbudstidens sentrale alkoholpolitiske saksområde, ble utredet fra og med 1926 og vedtatt i Stortinget i 1932–33 og på nytt i 1939 (3). Her ble ikke alkoholen i seg selv, eller tilgangen til den, stilt opp som noe problem, heller ikke bruken av den. Problemet loven skulle søke å regulere, var alkoholmisbruk. Misbruk ble forstått som en sosial kategori, som slik bruk som var til skade og sjananse for misbrukerens nære omgivelser og for samfunnet for øvrig.

Utviklingen innenfor flere andre saksområder og alkoholpolitiske initiativer etterlater på samme måte et inntrykk av et regimeskifte i årene rundt 1930. Ved avviklingen av brennevinsforbudet i 1927 fikk Vinmonopolet, etablert 1922, i oppgave å selge brennevin og på den måten legge til rette for folks normale bruk av alkohol. Å tilby alkohol til det norske folket var noe helt annet enn å forby alkohol. Et nasjonalt forbud ble erstattet av et nasjonalt tilbud. (4). «Riksaksjonen mot hjemmebrenning,

smugling og gauking» som var i funksjon 1932–34, fremstår som et annet og tydelig forsøk på å etablere en ny kurs og et nytt innhold innenfor det feltet som tidligere hadde blitt formet av avholdsbevegelsen og forbudskampen. Det samme gjelder opprettelsen av Edruelighetsrådet i 1936. Utviklingen innenfor kurbehandlingen av drikkfeldige, der Ørje kursted innehadde en sentral posisjon, kan også forstås som uttrykk for en tydelig alkoholpolitisk vridning og fokusforskyvning. Disse initiativene og områdene var innrettet mot å motarbeide illegal alkoholomsetning og misbruk av alkohol. Samtidig skulle «normal» alkoholbruk og legal alkoholomsetning fremmes og forholdene legges til rette for dette.

Kursteder

I eksplisitt tilknytning til lov om edruelighetsnemnder fremstod korrigerende og institusjonsbehandling av alkoholister som et sentralt alkoholpolitisk utrednings- og innsatsområde. Edruelighetsnemndene skulle utføre «førstelinjefunksjonen» i forhold til alkoholmisbruk i lokalmiljøet. Kurbehandling var siste utvei når alle nemndenes tiltak og virkemidler var prøvd og ikke hadde ført frem. Statens kuranstalter ble diskutert i Stortinget i 1927. Virksomheten på Hovelsåsen, som var statens «lukkede» alkoholistanstalt, ble gjennomgått av en departemental komité i 1928. Den såkalte Reformkomiteen for alkoholistanstaltene ble opprettet i 1929 og fikk i mandat å gjennomgå virksomheten ved statens kuranstalter med henblikk på en bedre utnyttning av de enkelte anstalter og et mer effektivt samvirke mellom anstaltene innbyrdes og med påtalemyndigheten, domstolene og fengselsvesenet. Komiteen leverte sin innstilling i 1930 (5).

Ørje kursted

Ørje kursted ble etablert av Den norske lægeforening i 1910. Anstalten skulle «hverken være noget arbeidshus eller redningshjem, men et hospital under en totalavholdende læge som bestyrer», skrev komiteen som utredet etableringen av institusjonen. Det ble lagt vekt på at pasientene skulle bedømmes «medicinske» og behandlingen anlegges etter «medicinske indikationer». Dr. Karl Anton Andresen (1869–1938) var institusjonens første bestyrer. Etter at Legeforeningen hadde stått for driften i ti år, tok staten i 1920 over ansvaret for virksomheten, men uten at kurstedet og virksomheten ble vesentlig endret. Utover i 1920-årene, som i det første tiåret, ble kurstedet fremstilt som en nerveklinikk og et sanatorium. Kuroppholdet ble sagt å gi pasientene en forsmak på det alkoholfrie livet, som, ut fra avholdsbevegelsens mål, i fremtiden ville kunne leves overalt i samfunnet (6, 7).

I første del av 1930-årene fulgte en gjennomgripende omorganisering av virksom-

heten på Ørje. Gjennom 1910- og 20-årene hadde ledelsen for kurstedet sett det slik at problemet for pasientene når de *ikke* var innlagt, var at de hadde tilgang til alkohol. Da ble de syke. På Ørje var de imidlertid fri fra det som gjorde dem syke, og kurlledelsen opplevde da også at så å si samtlige gjenomgikk en vellykket kur og forlot kurstedet som friske og sunne mennesker.

At mange pasienter senere fikk tilbakefall og ble syke igjen, var ikke å forundre seg over, mente ledelsen ved Ørje kursted i denne perioden. Tvert om, det var ikke annet å vente. Så lenge alkohol var tilgjengelig i samfunnet, ville tilbakefall med nødvendighet finne sted og nye tilfeller av sykdom oppstå.

Kurbehandling kunne bare bøte på skader som alltid ville følge av at mennesker stod overfor tilgjengelig alkohol. Etter forbudets fall endret denne problemstillingen seg. Målet om et fremtidig alkoholfritt samfunn fremstod som en urealistisk utopi. Det fantes ingen fremtidig, total, endelig løsning i sikte. I all overskuelig fremtid ville alkohol være tilgjengelig. Tidshorisonten kom mye nærmere. Alkoholspørsmålet måtte besvares her og nå, innenfor den bestående samfunnsordningen. I denne situasjonen fremstod opprettelsen av lokale edruelighetsnemnder og kurbehandlingen av alkoholister som langt mer sentrale alkoholpolitiske tiltak.

Virksomheten på Ørje ved midten av 1930-årene vitnet om en slik annen og ny oppfatning av de oppgavene kurstedet stod overfor, av alkoholproblemet i bredere forstand og av forholdet mellom kurstedet og samfunnet. Frem til 1930 ble Ørje drevet som et fristed og et tilfluktssted fra samfunnet utenfor der pasientene ble syke av å være. Friheten fra alkohol, det å være skjermet fra daglig og dårlig sosialt miljø og en ofte fuktig omgangskrets, tilgangen til grusanger, spaserveier, bad, lenestoler, radioer, aviser og næringsrike måltider skulle bidra til at pasientene fant seg selv og gjenvant sin legemlige og sjelelige sunnhet og styrke. I første halvdel av 1930-årene endret dette seg. Kurstedet skulle ikke lenger være et sted for avkobling, men snarere et sted for anstrengelse og tilkobling til samfunnet utenfor. Pasientene skulle ikke restitueres og finne tilbake til seg selv, de skulle forandres og bli nye mennesker. Målsettingene med behandlingen ble langt mer ambisiøse. Kurstedet skulle ikke være et fristed, men skulle snarere fremstå som et fortettet og eksplisitt uttrykk for det samfunnet pasientene ikke mestret å leve i, som kurbehandlingen skulle gjøre dem i stand til å kunne leve i. Det ble lagt mer vekt på disiplin. I kjelleren ble det innredet nye celler med jernbeslåtte dører og gitter foran vinduene, der pasienter som forbrøt seg mot disipli-



Den første styrer dr. Karl Anton Andresen og hans familie utenfor styrerboligen. Andresen var leder for Ørje kurssted fra 1910 til 1916. Bildet er tatt omkring 1916. Foto Statsarkivet i Oslo

nærreglementet kunne innsettes. Ubetinget arbeidsplikt ble innført. Arbeidet ble forsøkt gjort så likt «vanlig» arbeid som mulig, det ble organisert og lønnet etter et gjennomregulert system. Det skulle lages «ordentlige» produkter som skulle omsettes i samfunnet utenfor. Unnaslurting og slett arbeidsinnsats medførte strenge oppholdsvilkår. På den andre siden: Gjennom iver og iherdig arbeid kunne pasientene oppnå goder og rettigheter, også permisjoner, og også mulighet til å fremskynde sin egen utskrivningsdato. Pasientene skulle øves og trenes for å kunne forlate kurstedet som arbeidsdyktige og arbeidsvante mennesker.

Et personlig ansvar

I den nærmeste etterforbudstiden ble den enkelte alkoholmisbruker og pasient tillagt et personlig og individuelt ansvar for å endre sin atferd og løse problemer som i tiårene tidligere i langt større grad hadde blitt oppfattet som strukturelle og samfunnsmessige. Edruelighetsnemndene og kuranstaltene skulle inngå i et integrert system for korrigerende av drikkfeldige. Tiltak og virkemidler som dette behandlingsapparatet rådde over, ble ordnet i «stigende rekkefølge» på den måten at den enkelte misbruker først ble møtt med milde og imøtekommende tiltak. Dersom disse ikke førte frem, kunne nemndene gå til mer håndgripelige inngrep i den enkeltes liv. Når den enkelte drikkfeldige tok imot nemndens utstrakte hånd, skulle han fornemme den advarende pekefingeren. Når nemnden løftet en advarende finger, skulle alkoholmisbrukeren forstå at den også hadde makt til å knytte neven. Nemndenes makt og myndighet skulle først og fremst



På grunn av brann (i 1934, 1937 og 1952) har Ørje kursted flere ganger vært ute av drift. Dette bildet ble tatt da bygningen brant første gang, 15. november 1934. Foto Statsarkivet i Oslo

fornemmes, ikke nødvendigvis iverksettes. Hensikten var å få den enkelte misbruker selv, av egen «fri» vilje, til å gjøre det han ellers ville komme til å måtte. I 1910- og 20-årene hadde et opphold på Ørje blitt fremstilt som et gode både for den enkelte pasient og for samfunnet. I 1930-årene ble kuropphold i langt sterkere grad fremstilt som en trussel og et onde, som i siste instans kunne iverksettes dersom den enkelte alkoholmisbruker ikke tok seg sammen.

Sykdom?

Det har blitt lagt vekt på at en oppfatning av alkoholisme som en sykdom fikk avgjørende innflytelse på utformingen av behandlingen av drikkfeldige i 1930-årene, og at denne tilnærmingen «tok over» etter et mer moralsk og fordømmende avholdssyn på alkoholen og alkoholmisbruk (8–10). Slik jeg ser det, er en slik oppfatning lite dekkende.

Fokuset på alkoholmisbruk og understrekingen av alkoholmisbrukerens personlige ansvar var ikke i tråd med avholdsbevegelsens tradisjonelle oppfatninger og tilnærminger, og kan heller ikke sies å ha vært toneangivende i forhold til utformingen av alkoholpolitikken i de første tiårene av det 20. hundreåret. For avholdsbevegelsen hadde det viktigste alkoholpolitiske spørsmålet vært spørsmålet om å regulere tilgangen til alkohol. Oppfatningen av alkoholen som en sterktvirkende gift innebar at den enkelte alkoholmisbrukers personlige ansvar i realiteten var relativt begrenset. Hvert enkelt menneske hadde et ansvar for ikke å begynne å bruke alkohol, og viktigere, myndighetene hadde et ansvar for

å skjerme befolkningen mot alkoholen, men når alkohol først ble brukt, tok den over kontrollen. Misbrukerne kunne bare i liten grad stilles til ansvar selv, ettersom de var under innflytelse av et sterktvirkende giftstoff. For avholdsbevegelsen var *alkoholmisbruk* i liten grad et moralsk spørsmål. Det var først og fremst snakk om en kjemisk forgiftning. Det var noe utenfor den enkelte, alkoholen, som var skyld i problemene.

Etterforbudstidens fokus på misbruk av alkohol, fremstillingen av misbruk som en sosial kategori og vektleggingen av misbrukerens individuelle ansvar var i tråd med det som hadde vært forbudsmotstandernes syn i de foregående tiårene. Det forbudsfjendtlige flertallet i alkoholkommisjonen av 1910 hadde stilt opp som et mål for alkoholpolitikken at befolkningen «ved hjelp av egen erfaring og selvtugt og ved hjelp av eget initiativ» skulle vinne frem til «at bli selvstendige individer med herredømme over egne handlinger» (11–13). For komitéflertallet var det ikke alkoholen som var problemet. Den ble ikke lagt vekt på og i alle fall ikke fremstilt som noen *sterk gift*. Alkoholspørsmålet var snarere et spørsmål om folks viljestyrke og moral. Frem til og med forbudet hadde disse synspunktene liten innflytelse i norsk alkoholpolitikk. De fikk imidlertid langt større betydning etter forbudet, først og fremst i og med lov om edruelighetsnemnder, men også i forbindelse med Reformkomiteens arbeid.

Mens ledelsen på Ørje i 1910- og 20-årene hadde sett på pasientene som friske mennesker, men som hadde blitt syke av alkoholen, produserte Reformkomiteen i noen

grad et bilde av at langtkomne alkoholmisbrukere først og fremst var syke mennesker. Enten drakk de fordi de var syke, eller så ble de syke fordi de drakk. Komiteen tildelte psykiatrien en sentral plass innenfor alkoholistbehandlingen. Det ble opprettet en stilling som Statens spesiallege for alkoholistforsorgen. Torgeir Kasa (1894–1974), som hadde spesialisering innenfor psykiatri, var den første som ble tilsatt i denne stillingen (1931–49).

Slik sett laget Reformkomiteen koblinger mellom alkoholmisbruk og sinnssykdom. Men når spesiallegen skulle vurdere om en alkoholmisbruker skulle tilbys kurbehandling eller ikke, var det et sentralt spørsmål om alkoholismen eller sinnslidelsen var den primære tilstanden. Alkoholmisbrukere som «egentlig» var sinnslidende, skulle fortrinnsvis behandles innenfor sinnssykeomsorgen. Det var de «egentlige» alkoholistene som skulle behandles på alkoholistanstaltene. Samtidig som komiteen slik sett satte alkoholmisbruk og sinnssykdom i sammenheng, og dermed fremmet en oppfatning av at de to kategoriene hadde med hverandre å gjøre, var imidlertid komiteens målsetting å legge til rette for å *skille* de sinnssyke fra de drikkfeldige. I forhold til kurbehandlingen var det et mål å separere de to kategoriene fra hverandre. Det var et mål å hindre inntak av sinnssyke innenfor alkoholistbehandlingen. Når kurstedene ble forbeholdt de egentlig drikkfeldige, ville det kunne oppnås bedre resultater av «behandlingen» som ble gitt der – det var det som var komiteens hovedansvar. Det var Reformkomiteen som la premissene for omformingen at Ørje kursted til en arbeidsanstalt.

I sammenheng med lov om edruelighetsnemnder ble det fremlagt at alkoholmisbruk kunne ses som en sykdom. Flere historiefremstillinger har lagt vekt på at nettopp denne loven la til rette for en mer «medisinsk og sosial alkoholistsorg» (14). Etter mitt syn er det den måteholds moralske innretningen som synes å være den mest fremtredende siden av loven. Misbruk ble fremstilt som sosialt avvikende alkoholbruk. Behandling, etter loven, fra den første kontakt mellom en alkoholmisbruker og det offentlige behandlingsapparatet til et eventuelt opphold på et kursted, dreide seg først og fremst om å bygge opp et sosialt og moralsk press for å få den enkelte alkoholmisbruker til å skjerpe seg (15). En studie av tvangsbehandling fra Sverige i perioden 1850–1970, utført av historikeren Jenny Björkman, kan sies å understreke denne forståelsen. Björkman viser hvordan sosiale, ikke-medisinske indikasjoner som «farlighet, fattigdom og misskötsamhet» preget utviklingen innenfor alkoholistbehandlingen, også i perioden etter at det man kunne kalle en medisinsk forståelse av behandlingsproblemene, ifølge

etablert historieskrivning på området, hadde slått gjennom (16, 17).

Ved vedtakelsen av den paragrafen i lov om edruelighetsnemnder som regulerte tvangsinternering av alkoholister, ble en oppfatning av at den langtkomne drikkfeldige var syk, brukt som argument for at en beslutning om tvangsinternering skulle kunne tas administrativt, og ikke nødvendigvis av en rettslig instans, slik loven av 1932 hadde forutsatt. På den ene side tilsa hensynet til den enkelte pasients integritet og rettsvern at en beslutning om tvangsinternering burde tas av en rettslig instans – et kuropphold dreide seg om langvarig frihetsberøvelse. På den annen side kunne ikke minst hensynet til den drikkfeldiges omgivelser og fellesskapets behov tilsi at en interneringsbeslutning ikke måtte være en for tungvint eller tidkrevende prosess. Det ble argumentert for at en faglig/administrativ beslutningsprosedyre i edruelighetsnemndene ville sikre en raskere og enklere behandling enn om en beslutning om tvangsinternering måtte behandles i retten.

At langtkomne alkoholister var syke mennesker, var det sentrale argumentet da Stortinget i 1939 vedtok at tvangsinternering skulle skje «administrativt». Det var spørsmål om «den mest føremålstenlige handsaming av sjuke folk», understreket Arbeiderpartiets Lars Moen (1885–1964) i Odelstinget i mai 1939 (18). Noen rettslig kjennelse var ikke nødvendig og ikke ønskelig. Den administrative behandlingen ble fremstilt som enklere og raskere. Samtidig fremgikk det at en stor del av målet med en interneringsbeslutning ikke egentlig var den angjeldende pasienten. Den sentrale hensikten med å forenkle adgangen til tvangsinternering var at det, for andre drikkfeldige, som befant seg i faresonen, skulle fremstå som lettere å bli innlagt. Det skulle ha en avskrekkende virkning

på dem og slik sett være med på å få alkoholmisbrukere til å ta seg sammen og dermed unngå slik internering. Sykdomsdefinisjonen var tilordnet en moralsk forståelse. Trusselen om å bli definert som syk, og dermed som en som kunne innlegges, skulle få alkoholmisbrukeren til å skjerpe seg slik at han ikke ble innlagt. Det var slik sett ikke en oppfatning av at alkoholmisbruk var en sykdom, som lå bak utformingen av en av lovens mest sentrale paragrafer. Loven åpnet snarere for at alkoholmisbruk, eller mer presist, alkoholmisbrukere, kunne *defineres* som syke, for gjennom det å bli umyndiggjort slik at det ble lettere for edruelighetsnemndene å iverksette tvungen kurbehandling, noe som skulle få andre alkoholmisbrukere til å ta seg sammen slik at institusjonsbehandling ikke ble nødvendig.

Avslutning

Utviklingen på Ørje kursted i første halvdel av 1930-årene fremstår som kanskje det mest tydelige og talende eksemplet på det man kan kalle en måteholdsmoralsk dreining innenfor norsk alkoholpolitikk i tiden etter forbudet. Noen sykdomsoppfatning, slik den er blitt forstått i ettertid, finnes det få eller ingen spor av på kurstedet i perioden. Omformingen av kurstedet fra «sanatorium» og «nerveklinikk» til (tvangs)arbeidsanstalt, fremstår som et uttrykk for at oppfatningen av alkoholmisbruk som avvikende sosial atferd i større grad ble lagt til grunn for kurvirksomheten.

Kurbehandlingen siktet først og fremst mot å korrigere den enkeltes atferdsmønster. Det skulle først og fremst skje gjennom arbeid, gjennom reglementer og gjennom håndhevelse av streng disiplin. Kurpasientenes innstilling og væremåte skulle omformes. Gjennom arbeidet skulle de gjøres til arbeidsomme, og dermed moralske, mennesker. Et viktig mål for denne behandlin-

gen var å virke avskrekkende på potensielle pasienter og få dem til å ta seg sammen slik at de kunne unngå den samme behandlingen selv.

Manuskriptet ble godkjent 11.11. 2005.

Litteratur

1. Hamran O. Det egentlige drikkeonde: måtehold i etterforbudstida. Doktoravhandling. Oslo: Det humanistiske fakultet, Universitetet i Oslo, 2005.
2. Aarrestad S. Praktisk sundhedslære for skole og hjem: efter en amerikansk skolebog. Kristiania: Det norske totalafholdsselskabs forlag, 1900.
3. Ot.prp. nr. 5 (1939). Lov om forandring av lov av 20. februar 1932 om edruelighetsnevner og behandling av drikkfeldige.
4. Hamran O, Myrvang C. Fiin gammel: Vinmonopolet 75 år. Oslo: Tano Aschehoug, 1998.
5. Innstilling fra Reformkomiteen for alkoholistanstaltene, bilag til St.prp. nr. 1 (1930), kap. 444, 2902.
6. Teigland H. Ørje Kurstedts historie. Ørje: Forlag ikke oppgitt, 1980.
7. Ørjetun kursted. www.riksarkivet.no/oslo/smakebiter/orjetun.html (28.10.2005).
8. Conrad P, Schneider JW. Deviance and medicalization: from badness to sickness. St. Louis: Mosby, 1980.
9. Christie N. Edruelighetsnemnder: analyse av en velferdslov. Nordisk tidsskrift for Kriminalvidenskap 1964; 52, hefte 2–3.
10. Schrupf E. «Berus Eder!» Norske drikkekulturer i de siste 200 år. Oslo: Unipax, 2003.
11. Innstilling til lov om salg og skjænkning av brændevin, øl, vin, fruktvin og mjød: utarbeidet av Alkoholkommisjonens flertal. Kristiania: Social- og industridepartementet, 1915.
12. Diesen H. Forbudets «vidunderlige» følger. Oslo: 1926.
13. Hamran O. Vinlandet: vin i Norge 1920–2000. Oslo: Samlaget, 2001.
14. Bønes B. Alkoholstomsorg i Norge, en historisk oversikt. Oslo: Statens institutt for alkoholforskning, 1978.
15. Løvsland A. Nå gjelder det at kjerring og onger får fred: edruskapsloven av 1932 blir til. Hovedoppgave i historie. Oslo: Universitetet i Oslo, 1979.
16. Björkman J. Vård för samhällets bästa: debatten om tvångsvård i svensk lagstiftning 1850–1970. Doktoravhandling (fil.dr.) Uppsala universitet. Stockholm: Carlssons, 2001: 185.
17. Ødegård IN. Alkoholisme: synd, skam eller sykdom? Norske legar og synet på alkoholisme i mellomkrigstida. Hovedoppgave i historie. Oslo: Universitetet i Oslo, 1998.
18. Forhandlinger i Odelstinget 8. mai 1939: 344.