

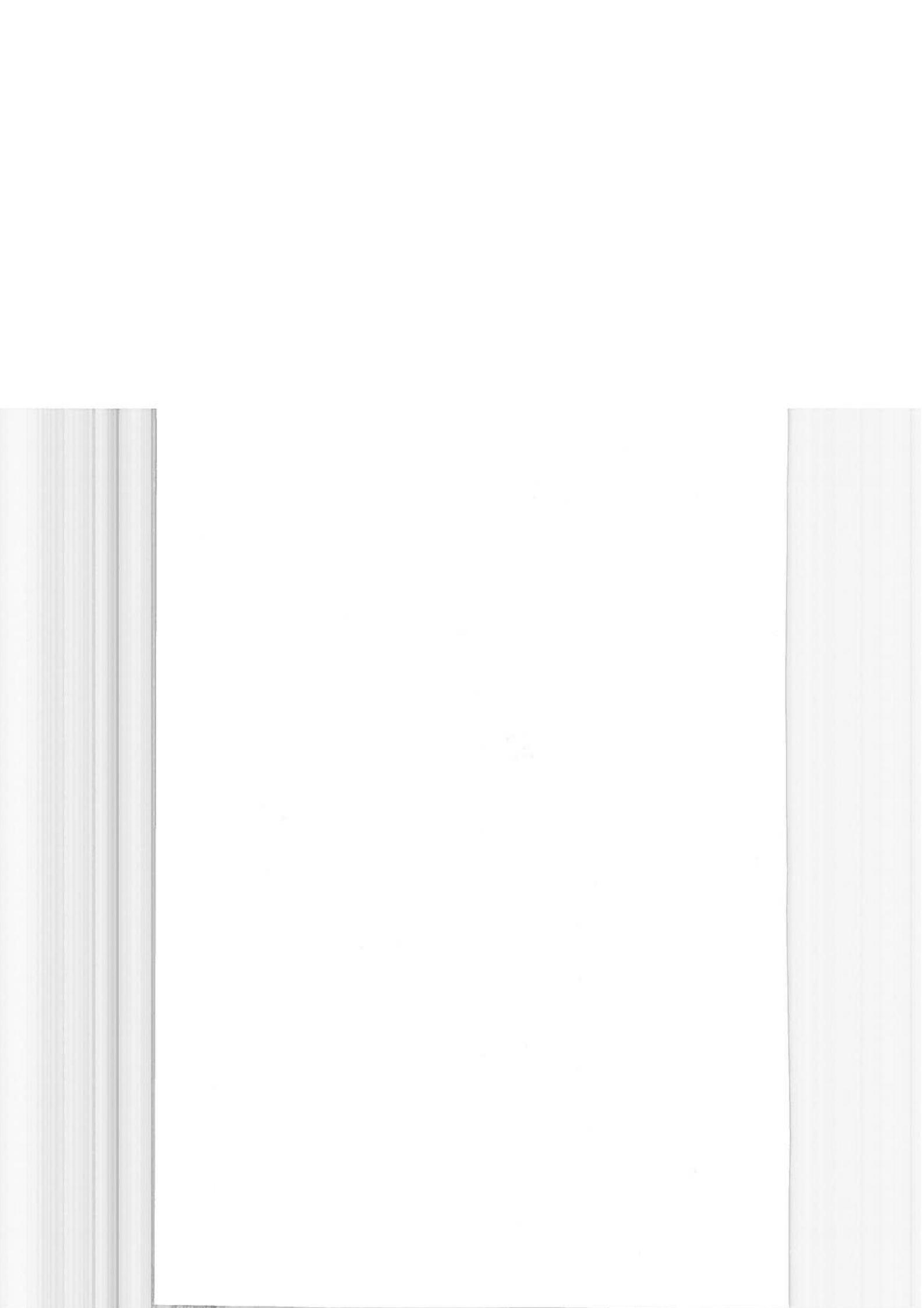


Tvungent psykisk helsevern i Norge

Rettsikkerheten ved slikt helsevern med særlig vurdering
av kontrollkommisjonsordningen

Av Georg Høyer

Universitetet i Tromsø
Institutt for Samfunnsmedisin



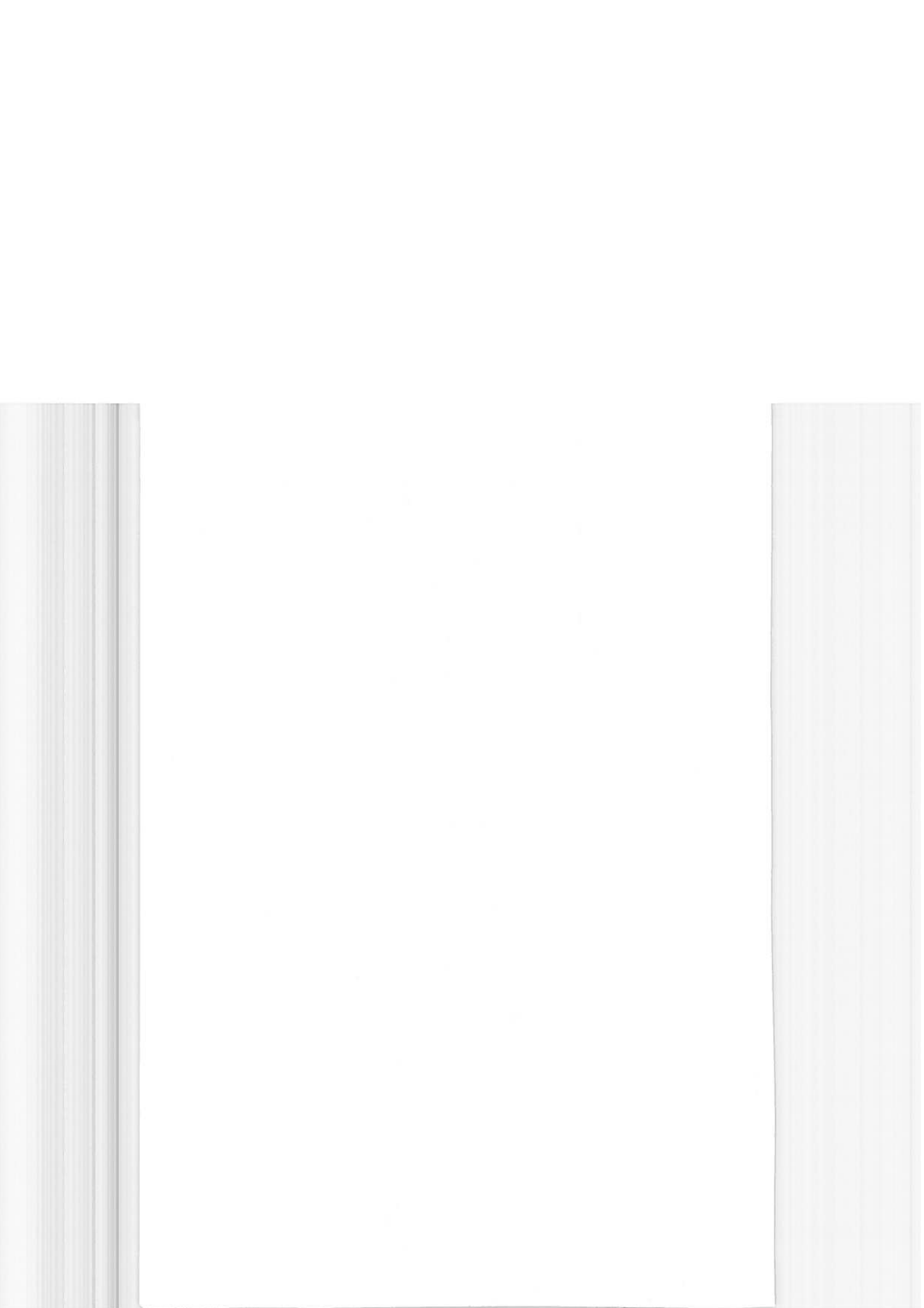
ISM skriftserie
blir utgitt av Institutt for samfunnsmedisin
Universitetet i Tromsø.

Skriftene skal gi plass for manuskript som fortener publisering på grunn av innhold og kvalitet, men som ikke høver for vanlege tidsskrift.

Forfatterane er sjølve ansvarlege for sine funn og konklusjonar, innhaldet i artiklane er difor ikkje noko uttrykk for ISM's syn.

ISBN 82-90262-13-2

Tromsøprodukt A/S



TVUNGEN T P S Y K I S K H E L S E V E R N

I N O R G E

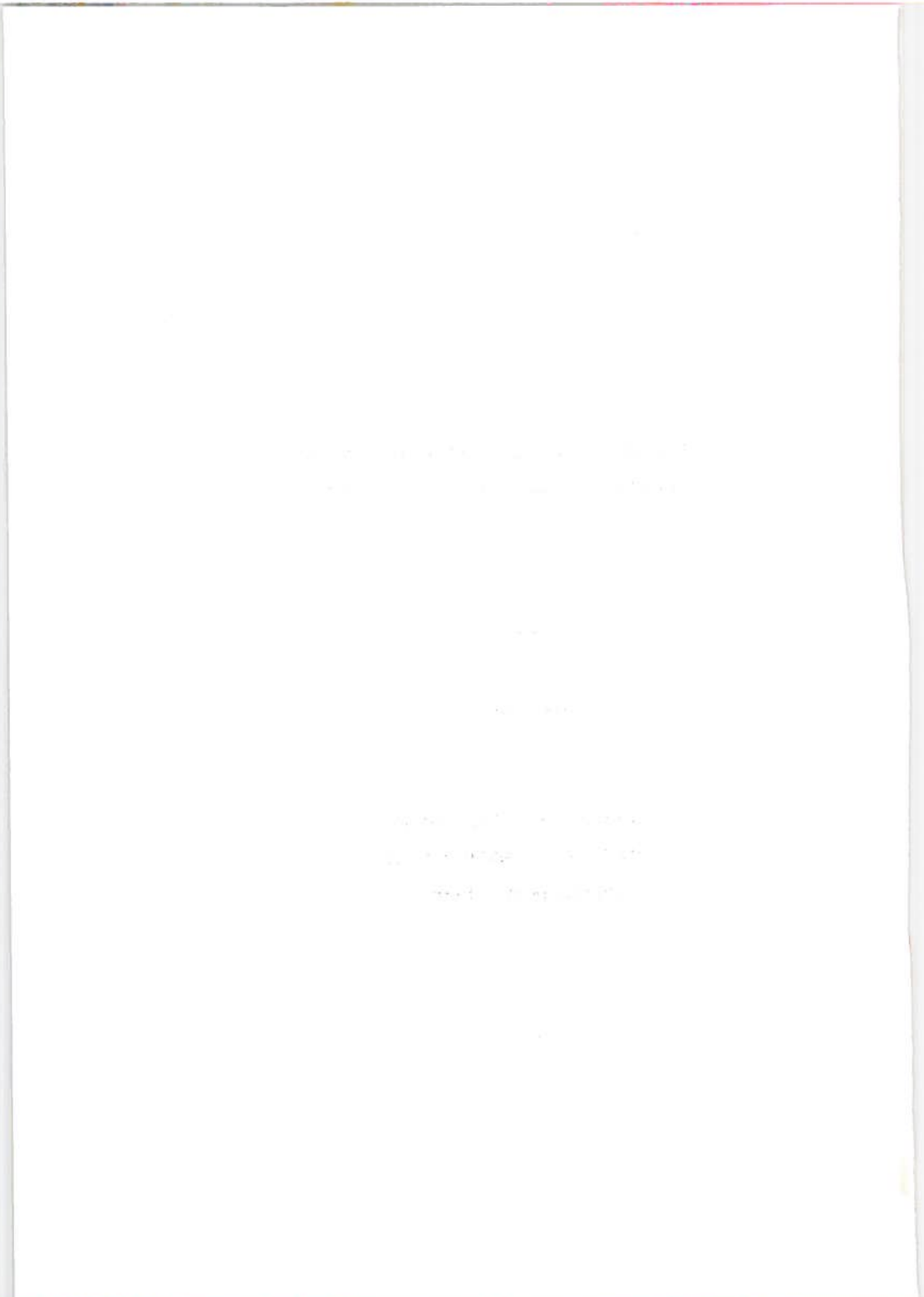
RETTSSIKKERHETEN VED SLIKT HELSEVERN MED SÆRLIG
VURDERING AV KONTROLLKOMMISJONSORDNINGEN

av

GEORG HØYER

SEKSJON FOR SOSIALPSYKIATRI
INSTITUTT FOR SAMFUNNSMEDISIN
UNIVERSITETET I TROMSØ

TROMSØ 1986

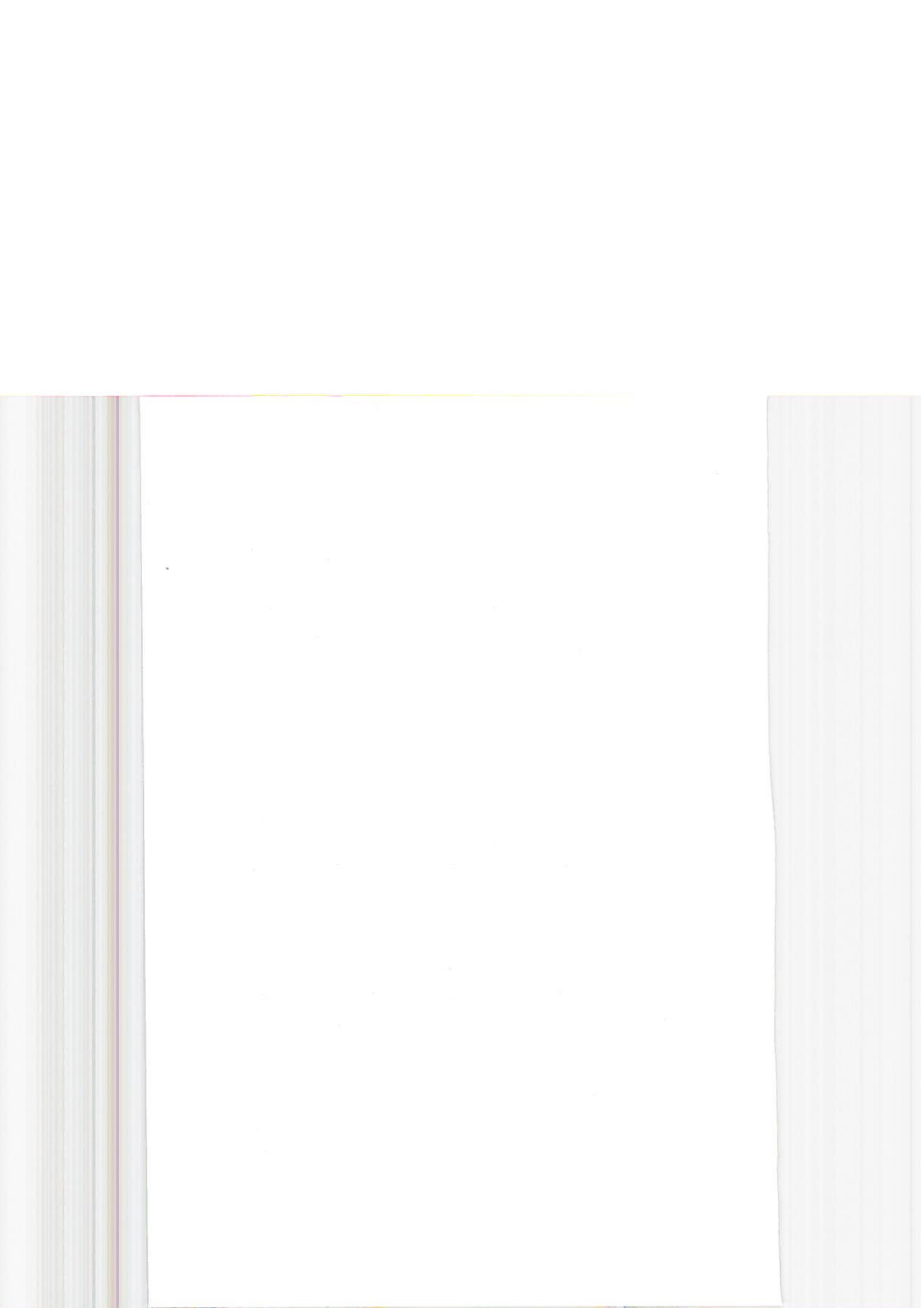


FORORD

Det foreliggende arbeid er utført ved Institutt for Samfunnsmedisin ved Universitet i Tromsø. De første tankene omkring prosjektet ble gjort rundt 1980, mens den endelige utforming først var klar i løpet av 1982. Selve gjennomføringen av prosjektet ble muliggjort ved hjelp av stipendmidler bevilget av Norges almenvitenskapelig forskningsråd, gjennom det program for klinisk psykiatrisk forskning som var etablert i regi av Rådet for medisinsk forskning. Jeg er svært takknemlig for de tre år jeg har nytt godt av psykiatriprogrammet, såvel faglig som økonomisk.

Jeg skylder også mine veiledere; professor dr. med. Odd Steffen Dalgard, professor dr. med. Tom Andersen, professor dr. jur. Jan Fridthjof Bernt og amanuensis cand. jur. Ørnulf Rasmussen, stor takk for all inspirasjon og hjelp jeg har fått underveis. Særlig imponert er jeg over at de alltid har vært beredt og hatt tid når jeg mer eller mindre berettiget har bedt om "øyeblikkelig hjelp" under arbeidet.

I tillegg til veilederne vil jeg takke alle andre som har vist interesse for prosjektet og kommet med verdifulle råd. Særlig takknemlig er jeg overfor kontrollkommisjons-formennene ved de fire sykehusene som er med i prosjektet for den velvilje jeg ble møtt med, og overfor professor dr. med. Olav Helge Førde og stipendiat cand. jur. Kristian Andenæs for kommentarer underveis. Helt uvurderlig har også den hjelp jeg har fått fra sekretariatet ved Institutt for samfunnsmedisin vært. Den hjelp Rigmor Kearney har gitt meg med de engelskspråklige artiklene hadde likeledes vært vanskelig å klare seg uten.

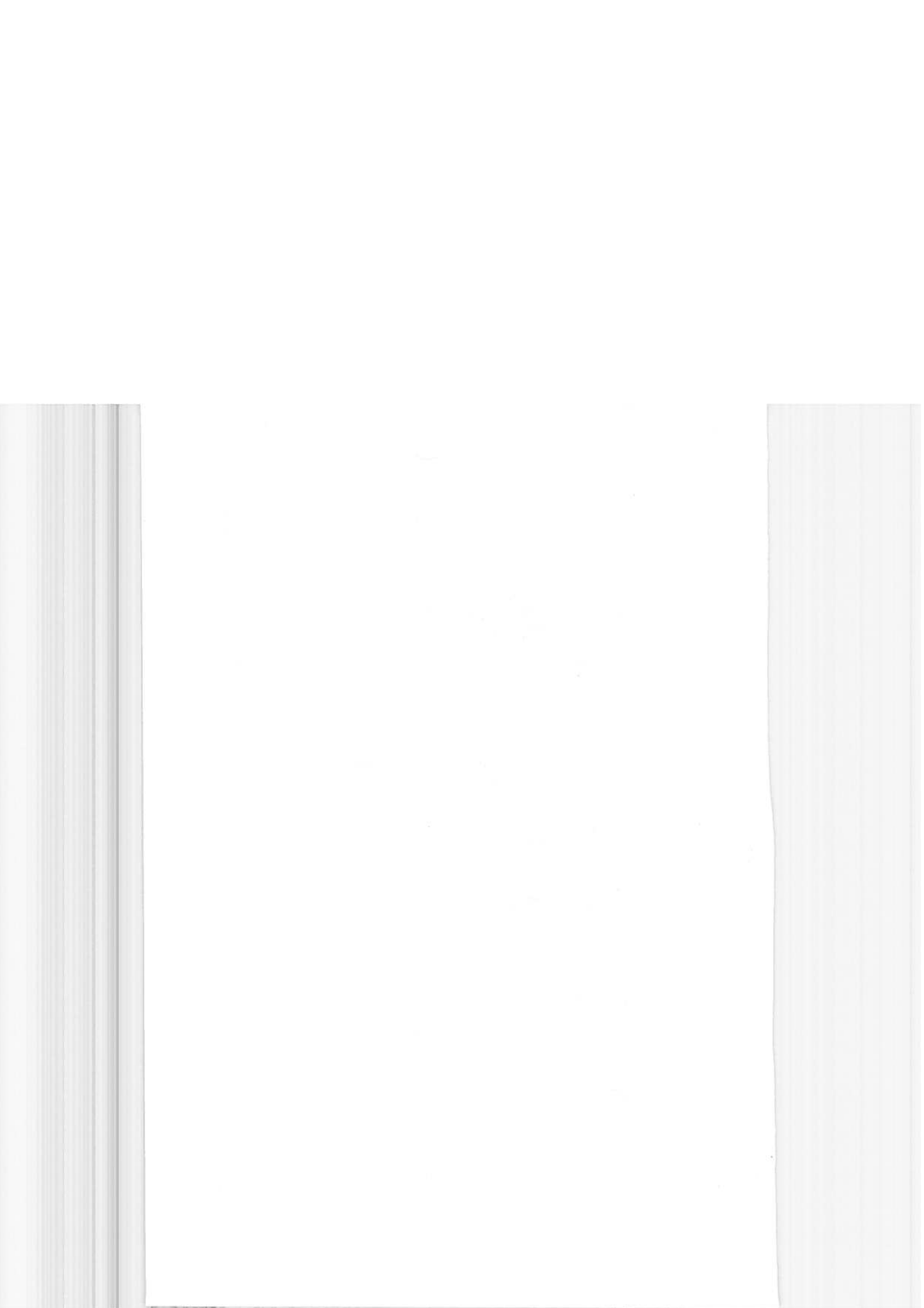


INNHOOLD:

	<u>Side</u>
1. INTRODUKSJON.	1
1.1. Innledende betraktninger	1
1.2. Beskrivelse av feltet	4
1.3. Bidrag om tvungent psykisk helsevern	6
1.4. Aktuelle tema innen feltet	11
1.4.1. Indikasjonene for tvungent psykisk helsevern	11
1.4.2. Adgangen til tvangsbehandling	12
1.4.3. Pasientenes rettssikkerhet	13
1.5. Sammenfatning	15
2. BAKGRUNN FOR OG UTVIKLING AV TVUNGENT PSYKISK HELSEVERN I NORGE	16
2.1. Et kort tilbakeblikk	16
2.2. Lov om psykisk helsevern av 28. april 1961	20
2.2.1. Kontrollkommisjonsordningen	24
2.2.2. Rettslig overprøving	25
2.2.3. Andre lovhjemler for tvungent opphold i psykiatriske institusjoner	25
2.2.4. Lov om psykisk helsevern i relasjon til behandlingsideologien	26
2.3. Omfang av tvungent psykisk helsevern i Norge	27
2.3.1. Totalt antall innleggelser til psykiatriske institusjoner	27
2.3.2. Tvangsinnleggelser til psykiatriske institusjoner	28
2.3.3. Formell og reell tvang ved innleggelser til psykiatriske institusjoner	33
2.3.4. Geografiske variasjoner i innleggelsesmønsteret	34
2.3.5. Inneliggende pasienter under tvungent psykisk helsevern	36
2.3.6. Tvungent psykisk helsevern i privat forpleining	39
2.4. Tabeller og figurer	40
3. RETTSSIKKERHETEN I PSYKIATRIEN.	49
3.1. Om rettssikkerhetsbegrepet generelt	49
3.2. Spesielt om rettssikkerhetsproblemene i psykiatrien	51

4.	PROSJEKTETS PROBLEMSPILLINGER	60
5.	PRESENTASJON AV PROSJEKTETS ARTIKLER	62
5.1.	De ulike arbeidene	62
5.1.1.	Arbeid nr.1: Tvangsinnleggelse og tvangsretensjon i psykiatriske institusjoner - en sammenligning av regelverk og praksis i de skandinaviske land.	62
5.1.2.	Arbeid nr.2: Compulsorily admitted Patients' Ability to make use of their Legal Rights.	64
5.1.3.	Arbeid nr.3: Grounds for involuntary Hospitalization according to the Opinion of Norwegian Psychiatrists	65
5.1.4.	Arbeid nr.4: The Control-Commissions in Norwegian Mental Health Care	67
5.1.5.	Arbeid nr.5: The Control-Commissions procedure of Complaints in Norwegian Mental Hospitals	68
5.1.6.	Arbeid nr.6: Grounds for Detention in Mental Hospitals according to Formal Decisions made by Norwegian Control-Commissions	69
5.2.	Sammenfatning av prosjektets viktigste funn og konklusjoner	71
6.	METODEBETRAKTNINGER.	73
6.1.	Pasientenes forutsetninger for å benytte det eksisterende klageapparatet	74
6.2.	Psykiateres begrunnelse for tvungent psykisk helsevern	78
6.3.	Kontrollkomisjonenes funksjon	81
6.4.	Valg av sykehus og kontrollkomisjoner	84
7.	GENERELL DISKUSJON	87
7.1.	Berettigelsen av tvungent psykisk helsevern	87
7.2.	Vilkårene for tvangsinnleggelse	90
7.3.	Behandling og tvang	94
7.4.	Pasientenes rettssikkerhet	98
7.5.	Kontrollkomisjonene som rettssikkerhetsinstans	101
7.6.	Behov for videre forskning	105
8.	SUMMARY IN ENGLISH	106
8.1.	Chapter 1: Introduction	106

8.2.	Chapter 2: Development of Compulsory Psychiatric Care in Norway	106
8.3.	Chapter 3: Legal Protection in Psychiatry	107
8.4.	Chapter 4: Questions raised in the Actual Study	108
8.5.	Chapter 5: Presentation of the Papers	109
8.6.	Chapter 6: Methodological considerations	110
8.7.	Chapter 7: General Discussion	111
9.	REFERANSER	113
10.	ARBEIDENE:	120
I.	Tvangsinnleggelser og tvangsretensjon i psykiatriske institusjoner - en sammenligning av regelverk og praksis i de skandinaviske land.	
II.	Compulsorily admitted Patients' ability to make use of their Legal Rights.	
III.	Grounds for Involuntary Hospitalization according to the Opinion of Norwegian Psychiatrists.	
IV.	The Control-Commissions in Norwegian Mental Health Care	
V.	The Control-Commissions' Procedure of Complaints in Norwegian Mental Hospitals	
VI.	Grounds for Detention in Mental Hospitals according to the Formal Decisions made by Norwegian Control-Commissions.	
11.	VEDLEGG:	
	Vedlegg 1: Introduksjon til pasient-intervjuene	
	Vedlegg 2: Intervjuskjema for pasientintervjuene	
	Vedlegg 3: Kodeskjema for vurdering av redegjørelser fra overlegene avgitt til kontrollkomisjonene	
	Vedlegg 4: Manual for utfylling av kodeskjema vedrørende grunnlag for retensjon (Vedlegg 3).	
	Vedlegg 5: Kodeskjema for kontrollkomisjonsvedtak	



1. INTRODUKSJON.

1.1. INNLEDENDE BETRAKTNINGER.

Den personlige frihet står sentralt blant de grunnleggende menneskerettigheter. Dette er slått fast i FN's menneskerettighetserklæring, så vel som i Europarådets konvensjon av 4. november 1950. Denne konvensjonen ble ratifisert av Norge i 1952, og blir ansett som juridisk bindende (1). I konvensjonens artikkel fem heter det: "Enhver har rett til personlig frihet og sikkerhet" (2). Det gjøres likevel unntak når det gjelder frihetsberøvelse av kriminelle og visse kategorier syke mennesker, deriblant sinnslidende. Selv om det er reist kritiske innvendinger mot bruk av frihetsberøvelse som straff (3), er i hovedsak en slik reaksjon alment akseptert av det norske samfunn, begrunnet i samfunnets behov for å reagere med sanksjoner overfor visse typer handlinger. Fengselsstraffen blir i denne sammenheng sett på som et tilsiktet onde (4). Frihetsberøvelser overfor syke mennesker blir derimot iverksatt uten at det foreligger noe straffemotiv, men blir snarere begrunnet med et ønske om å yte hjelp, behandling eller beskyttelse. Men selv om hensikten kan være god, endrer dette i liten grad inngrepets alvor. I en artikkel i boken "Moral problems in Medicine" står følgende om dette problemet:

"Involuntary confinement is the most serious deprivation of individual liberty that a society may impose. The philosophical justifications for such deprivation by means of the criminal process have been thoroughly explored. No such intellectual effort has been directed at providing justifications for societal use of civil commitment procedures" (5).

Med det samme alvor betrakter den norske juristen Ketil Lund frihetsberøvelse til psykiatriske institusjoner. I en artikkel skriver han:

"Som utgangspunkt er det naturlig å peke på at tvangsanbringelse i det psykiske helsevern antakelig er det mest dramatiske inngrep i den personlige frihet vi har her til lands" (6).

På bakgrunn av sin erfaring med psykiatriske pasienter som klienter i klagesaker påstår Lund i samme artikkel at de negative virkninger av en tvangsinnleggelse ikke ofres tilstrekkelig oppmerksomhet hos psykiaterene, og hevder at tvangsinngrepenes antiterapeutiske effekt ikke tas alvorlig nok.

Psykiaterne på sin side vil med bakgrunn i sin legerolle ha tendens til i større grad å legge vekt på mulighetene for å yte hjelp. Professor Einar Kringlen uttrykker dette slik:

"Ekstreme kritikere av psykiatrien vil si at all tvangsinnleggelse skal forbys. De sier som Kain: "Jeg er ikke min brors vokter". Et slikt standpunkt er uttrykk for et liberalistisk laissez-faire-syn som ikke kan aksepteres i et samfunn som bekjenner seg til solidaritet med de svake" (7).

Det er i dette spenningsfeltet at virkningen og berettigelsen av tvungen psykisk helsevern må vurderes.

Min egen interesse for problemene knyttet til tvangsinngrep i psykiatrien ble vakt allerede ved mitt første møte med den kliniske hverdag tidlig på 70-tallet. Den fortvilelse jeg oppfattet at mange tvangsinnlagte følte i forhold til selve tvangsinngrepet, gjorde et sterkt inntrykk. Følelsen av å ha blitt umyndiggjort og krenket var fremtredende hos mange tvangsinnlagte, og det var naturlig å spørre seg i hvilken grad et slikt traume påvirket

mulighetene for opprettelsen av en meningsfull terapeutisk relasjon til pasientene. For meg så det den gang ut til at tvangsinngrepet ofte sto i veien for å nå frem med ønsket hjelp. Det store omfanget av tvangsinnleggelser til norske psykiatriske institusjoner (ca. 4-5000 tvangsinnleggelser årlig i de senere år), bidro også til at jeg fant det viktig å foreta en nærmere vurdering av forholdene omkring tvungent psykisk helsevern.

1.2. BESKRIVELSE AV FELTET.

Tvangsinnleggelse og tvangstilbakeholdelse i norske psykiatriske institusjoner faller inn under den sivilrettslige delen av rettspsykiatrien. I utgangspunktet er rettspsykiatrien et svakt felt i Norge, og forskningsaktiviteten har vært tilsvarende lav. Rettspsykiatri er hos oss ingen egen spesialitet, og vi har ingen egen rettspsykiatrisk institusjon, i motsetning til hva tilfellet er i mange av de øvrige europeiske land, deriblant Sverige (8). Det er imidlertid delte meninger om hvorvidt det er riktig eller ønskelig å opprette en slik spesialitet eller en egen rettspsykiatrisk institusjon i Norge.

De fleste av de bidrag som er gitt innen norsk rettspsykiatri er knyttet til strafferettslige forhold. Dette er tankevekkende så lenge den psykiatriske virksomhet innen strafferetten har et lite omfang, og bidrar til få frihetsberøvelser i form av sikring (9). I kontrast til dette står det store antall frihetsberøvelser av ikke-kriminelle psykisk syke som utøves med hjemmel i lov om psykisk helsevern. Det er få som er klar over at det i Norge til enhver tid er fler som er frihetsberøvet i psykiatriske institusjoner enn i fengslene (10,11). Selv om man bør være varsom med å trekke sammenligninger mellom fengsler og psykiatriske institusjoner på grunn av disse institusjonenes ulike formål, illustrerer dette omfanget og betydningen av de rettssikkerhetsspørsmål vi her står overfor.

Den sivilrettslige delen av rettspsykiatrien omfatter i hovedsak det legale grunnlag for etablering av psykisk helsevern og behandling uten pasientens samtykke, hvorledes disse rettsreglene anvendes og hvilke rettssikkerhetsgarantier som finnes på dette området. Det dreier seg med andre ord om forhold omkring tvangsinnleggelse og tvangstilbakeholdelse i psykiatriske institusjoner, om bruk av tvangsmidler og tvangsbehandling overfor

psykiatriske pasienter, og om hvilke muligheter psykiatriske pasienter har for å påklage forhold de mener er uriktige, eller som i verste fall bærer preg av overgrep. Hjemler for tvangsinngrep finnes i lov om psykisk helsevern av 28. april 1961 med forskrifter. Denne loven vil være av sentral betydning når tvungent psykisk helsevern skal belyses. Såvel lovens utforming som hvorledes den fortolkes og praktiseres, blir viktige vurderingstemaer. Frihetsberøvelser med hjemmel i lov om psykisk helsevern faller inn under de frihetsberøvelser som ofte betegnes som administrative frihetsberøvelser. Dette er uttrykk for at frihetsberøvelsene ikke iverksettes på grunnlag av noe domstolsvedtak, men gjennom administrative vedtak fattet av nemder eller enkeltpersoner som er gitt legal fullmakt til å treffe slike vedtak. I henhold til lov om psykisk helsevern er det psykiatere som har fullmakt til å praktisere loven, og det psykiatriske skjønn som blir utøvet vil ha avgjørende betydning for indikasjoner og omfang av tvungent psykisk helsevern. Psykiatrisk ideologi og praksis blir derfor av stor interesse når premissene for tvungent psykisk helsevern skal vurderes. Likeledes blir vurderingen av kontrollsystemer og deres funksjon vesentlig, og kontrollkomisjonenes virksomhet vil i denne sammenhengen være helt sentral.

Den kunnskap vi har om tvungent psykisk helsevern i Norge er vesentlig basert på fagfolks erfaringer og engasjement, og ikke på systematisert vitenskapelig aktivitet. Noe av den aktuelle kunnskap omkring pasientforhold ved våre helseinstitusjoner er fremkommet gjennom skandaler. Den såkalte "Gro-saken" (12) og Reitgjærde-skandalen (13,14) er eksempler på dette. Videre har vi gjennom skjønnlitteraturen fått verdifull innsikt i hvorledes pasientene (brukerene) har erfart møtet med den psykiatriske institusjonen (15,16,17,18,19,20). Dessverre er hovedinntrykket fra denne litteraturen at forfatterne har opplevd institusjonsoppholdet som krenkende, og at de har vært utsatt for tvangsanvendelse de vanskelig har kunnet akseptere. Selvfølgelig dreier det seg om subjektive opplevelser som neppe gjør krav på

å formidle "sannheten" om institusjonene, - likevel bør slike vidnesbyrd tas alvorlig og bidra til at de beskrevne forhold granskes systematisk. Dessverre mangler vi i stor grad mer objektiv kunnskap om pasientenes opplevelse av de psykiatriske institusjoner, og særlig om hvorledes tvangsbruk virker inn på pasientenes totale situasjon. Behovet for forskningsinnsats på dette feltet er påpekt blant annet i Stortingsmelding 32 (1976-77) Om rettssikkerheten i helse- og sosialinstitusjoner (21), og i en senere utredning fra Norges Almenvitenskapelige Forskningsråd (NAVF) (22). I det følgende avsnittet vil det kortfattet bli redegjort for de viktigste bidrag innen feltet til nå.

1.3. BIDRAG OM TVUNGENT PSYKISK HELSEVERN.

I offisiell statistikk kan man finne opplysninger om pasientsirkulasjonen gjennom de psykiatriske institusjonene tilbake fra 1872 og frem til i dag (23,24,25), men som det vil bli redegjort for senere gir ikke statistikken pålitelige opplysninger om omfanget av tvungent psykisk helsevern, bortsett fra de aller seneste år. Andre offentlige utredninger representerer viktige kilder. Fra nyere tid er Innstillingen fra Komiteen til revisjon av sinnsykelovgivningen avgitt 31. mai 1955 (26), Ot-prp. nr.69 (1959-60) Om lov om psykiatrisk omsorg (27), Innstilling om overprøving av vedtak om tvangsinngrep etter helselovgivningen avgitt 31. mars 1967 (2), Stortingsmelding nr.32 (1976-77) Om rettsikkerheten i helse- og sosialinstitusjoner (24) samt granskningsrapporten fra Reit erdet avgitt i 1980 (14), de viktigste offentlige publikasjoner som berører det aktuelle feltet.

Det er åpenbart at tvangsproblematikken i psykiatrien angår flere profesjoner. Som allerede nevnt spiller psykiatere en avgjørende rolle når det gjelder gjennomføringen av tvungent psykisk helsevern, men også jurister, kriminologer og sosiologer har i en viss grad vist interesse for frihetsberøvelser i psykiatriske institusjoner. Blant psykiatere har

politilege dr. med. Paul Winge gitt et vesentlig bidrag på det teoretiske plan med sine verker som ble publisert rundt siste århundreskifte (28,29,30,31,32), men etter denne tid har det vært lite å finne i psykiatrisk litteratur annet enn i de rettspsykiatriske lærebøker, der forfattere som Gabriel Langfeldt (33) og Eitinger/Retterstøl (34) har vært de viktigste bidragsyterne.

Fra juridisk side er det også relativt lite litteratur som omhandler forholdene innen psykiatrien spesielt. Cand. jur. Ståle Eskeland leverte i 1969 en spesialfagsavhandling i sosialrett ved Universitetet i Oslo om lov om psykisk helsevern (35), og har i 1983 utgitt en bok om samme emne (36). Hans hovedkonklusjon er at regelverket er for upresist og at pasientenes rettssikkerhet er for dårlig. I 1983 ble det også utgitt en bok av Terje Andersen (som både er jurist og psykiater) med tittel "Retten til behandling i psykiatrien" (37). Samme år ble det også utgitt en lærebok i sosialrett der det psykiske helsevern og pasienters rettssikkerhet er viet stor oppmerksomhet (38). Cand. jur. Ørnulf Rasmussen har videre levert et viktig arbeid om rettslig overprøving av kontrollkomisjonsvedtak (39).

Når det gjelder empiriske arbeider er det som nevnt lite som er publisert fra Norge på dette feltet. Psykiateren Eivind Ose (40) presenterer et egenmateriale i artikkelen "Frihetsberøvelse av psykisk lidende" i 1971. Hans materiale er hentet fra to sykehus i Bergen, og resultatene er også publisert i hans prisoppgave "Virkninger av strukturendringer i psykiatriske sykehus" (41). Senere har psykiateren Bjørn Øgar i 1979 foretatt registrering av inneliggende pasienter på psykiatriske institusjoner i hele landet, der han også redegjør for anvendelsen av lov om psykisk helsevern med hensyn til hjemler for det aktuelle psykiske helsevern hos disse pasientene (10). Denne registreringen er gjentatt i 1982 i samarbeid med psykiateren Randi Rosenqvist. Registreringen i 1982 omfatter bare de psykiatriske sykehusene,

og materialet er ennå ikke publisert annet enn i stensils form (42), bortsett fra at Rosenqvist har skrevet en delartikkel fra prosjektet i Lov og Rett 1985 (43). I begge de sistnevnte undersøkelsene ble det funnet at flest pasienter ble tvangstilbakeholdt fordi de i tillegg til å bli ansett som psykotiske ville lide overlast om de ble utskrevet. Helt nylig har psykiateren Alv A Dahl og medarbeidere publisert et materiale om anvendelsen av tvangsinnleggelse til observasjon ved to psykiatriske institusjoner (44). Denne artikkelen viser at det ikke er tifredsstillende samsvar mellom klinisk praksis og regelverkets bestemmelser.

Blant norske sosiologer er det naturlig å nevne Vilhelm Aubert for hans viktige artikkel om forholdet mellom juss og psykiatri (45) der han særlig gjør rede for de to profesjonenes ulike ideologier, og Nils Christie for hans betraktninger om tvang og behandling i avhandlingen om tvangsarbeid og alkoholbruk (46). Også Yngvar Løchen må nevnes for sin bok om idealer og realiteter i det psykiatriske sykehus (47), selv om han i liten grad berører tvangsproblematikken i dette arbeidet.

Det er lite som har vært publisert om selve kontrollkommisjonene. Bortsett fra et par studentoppgaver, har Bente Holst-Eriksen publisert et foredrag med preliminare resultater fra en undersøkelse omkring kontrollkommisjonene (48). Hennes hovedfunn er at det er relativt få klager som blir formelt behandlet i kontrollkommisjonene, og at klagebehandlingstiden er lengre enn hva som er angitt i forskriftene. Dette prosjektet som ble ledet av professor Frihagen i Bergen, ble aldri avsluttet. Overlege Ose i Bergen har også samlet inn et materiale om kontrollkommisjonene som særlig tar sikte på å belyse de tilfelle der det er uenighet mellom overlegen og kontrollkommisjonen, men dette materialet er ennå ikke publisert. Paradoksalt nok er en av de få publikasjoner som er skrevet om de norske kontrollkommisjonene laget av en dansk jurist, Jørn Vestergård (49).

Om man kaster blikket ut over Norges grenser og i første omgang ser på forholdene innen Skandinavia, er situasjonen lik den man finner i Norge. Det er lite som er gjort på det sivilrettslige feltet innen rettspsykiatrien. Et unntak representerer det meget omfattende og grundige doktorgradsarbeidet til Hans Adserballe fra Danmark med tittelen "Frihedsberøvelse og tvang i psykiatrien" (50). Det er også nylig utgitt en bok med tittelen "Sindslidenes retsstilling" (51), skrevet i samarbeid mellom en jurist, en psykiater og en politiker. I Sverige er det gjort et empirisk arbeid av sosiologen Antoinette Hetzler (52) om LSPV (Lag om sluten psykiatrisk vård). Videre er det omfattende lovreformforslaget "Psykiatrien, tvånget och rättssäkerheten" (53) som kom i 1984, en viktig kilde om de sivilrettslige problemer i svensk psykiatri.

På det internasjonale plan gir boka "The Law and Mental Health: Harmonizing Objectives", utgitt av WHO (54), en oversikt over lovgivningen når det gjelder psykisk helsevern i 43 land verden over. Selv om denne boka ikke er helt presis når det gjelder de ulike lands lovhemler på dette feltet, og på tross av at en del land har endret regelverket siden 1978, kommer det tydelig frem hvor ulike regler som gjelder i ulike land. Det er stor variasjon i såvel de materielle krav til frihetsberøvelse av sinnslidende som i fremgangsmåte, og i muligheter for overprøving av tvangsvedtak. På bakgrunn av de ulike regelverk i de ulike land, blir mye av den internasjonale litteraturen for spesiell til å være til vesentlig nytte for den aktuelle fremstilling. Det er likevel mitt inntrykk at den sivilrettslige delen av rettspsykiatrien heller ikke internasjonalt står særlig sterkt. I de senere år er det imidlertid etablert et par fora der der de aktuelle tema blir viet større oppmerksomhet. Det ene er World Federation for Mental Health (WFMH), som både i 1984 og 1985 arrangerte internasjonale konferanser der juss og psykiatri var sentrale tema. Fra konferansen i 1984 ble det utgitt et fyldig

referat der alle innlegg er trykket (55). Det andre internasjonale forum er International Academy of Law and Psychiatry som avholder årlige konferanser der rettspsykiatrien blir diskutert. Dette akademi står bak tidsskriftet International Journal of Law and Psychiatry, som er det eneste internasjonale tidsskrift som bare befatter seg med juss og psykiatri. Det finnes riktignok et annet tidsskrift, "Medicine and Law", men dette tidsskriftet tar opp legale forhold som vedrører alle medisinske disipliner og ikke bare psykiatrien. Det må også nevnes at både WHO og Europarådet har etablert arbeidsgrupper som er engasjert i premissene for behandling av psykiske lidelser.

Selv om den utenlandske litteraturen ofte blir spesiell, skal det likevel her nevnes enkelte forfattere som har gitt markerte bidrag innen feltet på et mer prinsipielt plan. Først og fremst gjelder det den amerikanske psykiateren Thomas Szasz som har utgitt en rekke bøker og artikler omkring rettspsykiatriske emner. Kanskje mest kjent i denne sammenhengen er boka "Law, Liberty & Psychiatry" som utkom i 1963 (56). Han er kjent for sine ytterliggående synspunkter, og han hevder blant annet konsekvent at tvang i psykiatrien ikke kan aksepteres under noen omstendigheter. Fra England er det riktig å fremheve avhandlingen til Philip Bean om tvangsinnleggelse til engelske psykiatriske sykehus. Han legger frem et omfattende materiale der selve innleggelsesprosessen i særlig grad blir viet oppmerksomhet (57). Det er naturlig i en internasjonal oversikt også å nevne de italienske reformene og de konsekvensene disse reformene fikk for den internasjonale debatt. Den italienske nasjonalforsamling vedtok i 1978 en meget radikal lov som regulerte innleggelse og frihetsberøvelse av psykisk syke (58). Denne loven inneholdt blant annet forbud mot førstegangsinnleggelse i psykiatriske sykehus, og målet var å nedlegge de gamle psykiatriske institusjonene. Denne reformen førte til en intens debatt internasjonalt om utviklingen av det psykiske helsevern, der debattantene ofte delte seg i to leire: De som

støttet reformen og hevdet at pasientene ville profitere på en avvikling av institusjonene, mens det på den annen side ble hevdet at reformen ikke tjente pasientenes beste, på den måten at pasientene nå ikke fikk noe tilbud i det hele tatt. Det finnes en rekke publikasjoner som omhandler den italienske reformen (59,60,61,62), men fortsatt er det uklart hvor vellykket den har vært. For tiden er et evalueringsarbeide i gang i Italia, og først når dette foreligger, vil det bli vurdert om det er nødvendig å endre regelverket på ny. Det tidligere nevnte svenske lovforslaget om endring av den gamle LSPV (53), har mange forslag som ligner på det man finner i den italienske loven, og også i Sverige har dette forslaget resultert i en sterk og følelsesladet debatt.

1.4. AKTUELLE TEMA INNEN FELTET.

Så lenge det er produsert lite systematisk kunnskap innen det aktuelle feltet, kan det være nyttig å gå til den offentlige debatt omkring problemene knyttet til tvungent psykisk helsevern for å få et inntrykk av hvilke tema som til nå har stått i sentrum. Det ser ut til at det særlig er tre områder som har dominert. For det første dreier det seg om indikasjonene for tvungent psykisk helsevern, dernest om tvangsbehandling og til slutt pasientenes rettssikkerhet, inkludert pasientenes rett til behandling. Disse ulike tema skal kort kommenteres hver for seg.

1.4.1. Indikasjonene for tvungent psykisk helsevern.

Debatten om dette tema har vesentlig vært ført i relasjon til situasjonen for rusmiddelmissbrukere, og da særlig når det gjelder narkomane. Det har tidligere vært liten vilje til å tvangsinnlegge rusmiddelmissbrukere i Norge, selv om lov om edruskapsvern og edruskapsnemnder av 26.2.1932 og lov om barnevern av 17.7.1953 hjemler muligheter for slike tvangsinngrep. Det nye

problemet med ungdomsnarkomane har ført til at enkelte har hevdet at det er et behov for mer omfattende tvangshjemler for å nå frem til denne gruppen. (63,64). Det er klart at debatten har vært ført i et grenseland i forhold til de muligheter som i dag finnes for tvangsinngrep. Det har vært et ønske om å utvide disse mulighetene som har ført til den aktuelle diskusjon. Når det gjelder debatt om de allerede eksisterende tvangshjemler og deres berettigelse, har denne derimot i praksis manglet. Det er mulig den vil bli aktualisert når den lovkomiteen som skal levere forslag til revisjon av reglene for det psykiske helsevern fremlegger sin innstilling. Denne komiteen ble nedsatt i 1981 og vil sannsynligvis være ferdig med sin utredning i løpet av 1986.

1.4.2. Adgang til tvangsbehandling.

Det var lenge delte meninger om hvorvidt det fantes hjemmel i lov om psykisk helsevern til å gjennomføre behandling mot pasientenes vilje på de psykiatriske institusjonene (65,66,67). Dette førte til at vi i 1981 fikk et tillegg i loven som slo fast at dette skulle være mulig, og som påla departementet å gi forskrifter som hjemlet en begrenset adgang til tvangsbehandling. Det tok rundt tre år å lage disse forskriftene, og i denne tiden var det en tildels opphetet diskusjon omkring retningslinjene for tvangsbehandling. Fra psykiatrisk hold ble det i hovedsak hevdet at de foreslåtte reglene i for sterk grad hindret behandlerne i å gjennomføre den behandling de anså som hensiktsmessig i det enkelte tilfelle, mens andre, særlig jurister og Norsk Forening for Mental Helse, i større grad ønsket å innskrenke tvangsbehandlingsmulighetene. I denne sammenheng er det verdt å understreke at det ikke ble ført noen debatt om det prinsipielt lot seg forsvare å gjennomføre tvangsbehandling eller ikke. Heller ikke ble konsekvensene av tvangsbehandling for den enkelte pasient diskutert, og det finnes ikke noen empiri fra norsk psykiatri der resultatet av tvangs-

behandling er evaluert. Debatten omkring behandling av pasientene inne på institusjonen har innen psykiatrien vesentlig dreiet seg om tvangsbehandlingsproblematikken, i motsetning til hva som har vært tilfelle innen helsevernet for de psykisk utviklingshemmete (HVPU), der mye av diskusjonen har dreiet seg om de livsforhold institusjonene kan by (68). Det er en åpenbar mangel at ikke også det kvalitative liv pasientene tilbys inne på de psykiatriske institusjoner er satt under tilsvarende debatt i psykiatrien. Det dreier seg om pasientenes rett til privatliv, deres valgfrihet til å ta del i avdelingsrutiner, begrensninger i pasientenes bevegelsesfrihet (lukket avdelinger), og andre forhold av vesentlig betydning for pasientenes selvrespekt og muligheter til livsutfoldelse.

1.4.3. Pasientenes rettssikkerhet.

En diskusjon om pasientenes rettssikkerhet vil nødvendigvis berøre forhold som er nevnt under de to foregående punkter. Rettssikkerheten er likevel omtalt som et eget punkt fordi den også inneholder mer overordnede synspunkter av betydning for pasientenes situasjon. Det var særlig Reitgjerdet-skandalen i 1978 som aktualiserte debatten omkring pasientenes rettssikkerhet. Granskningsrapporten fra Reitgjerdet (14) avslørte at det hadde foregått en pasientbehandling som ingen trodde var mulig. Det dreiet seg om ulovlig anvendelse av tvangsmidler og isolasjon, og enkelte tilfelle av fysisk mishandling; - om ulovlig brevsensur og ulovlig bruk av pasientenes økonomiske midler, og om ulovlige frihetsberøvelser (69). Selv om det er vanskelig å påpeke konkrete resultat av rettssikkerhetsdebatten som fulgte Reitgjerdet-avsløringene, er det rimelig å anta at hendelsene den gang har ført til en økt forståelse for nødvendigheten av rettssikkerhetsgarantier for psykiatriske pasienter. Det er nærliggende å se de mange nye eller reviderte forskrifter som kom fra Sosialdepartementet i perioden 1979-81, og som alle tok sikte på å bedre rettssikkerheten i psykiatriske institusjoner, som et

uttrykk for en slik økt forståelse. I noen grad har nok debatten omkring de manglende muligheter for tvangsinnleggelse av narkomane fjernet oppmerksomheten fra hvor viktig det er å beskytte pasienter mot ulovlig frihetsberøvelse i psykiatriske institusjoner. I denne debatten hevder tilhengerne av økte muligheter for tvangsinngrep, at rettssikkerhetsfanatikere hindrer behandlere i å nå frem med nødvendig hjelp til ungdom som står i en nær livstruende situasjon (64,70), og at man innen helsevesenet bør nedtone rettssikkerhetskravene. Noe av den samme effekt har det økende krav om pasientenes rett til behandling hatt. Disse spørsmålene vil bli nærmere omtalt i kapitlet om rettssikkerheten i det psykiske helsevern.

1.5. SAMMENFATNING.

Selv om tvungent psykisk helsevern er et alvorlig inngrep, er feltet i liten grad viet oppmerksomhet fra det psykiatriske forsknings- og fagmiljø i Norge. Vi mangler systematisk kunnskap om hvilke kriterier psykiatere i praksis legger til grunn ved gjennomføring av tvungent psykisk helsevern, likesom vi helt mangler kunnskap om konsekvensene av tvangsbruken. Når det gjelder vår kunnskap om hvorledes rettssikkerhetsgarantiene fungerer, er denne også meget begrenset. Om kontrollkomisjonenes funksjon har vi til nå bare hatt liten kunnskap, mens den rettslige overprøving av kontrollkomisjonsvedtak er noe bedre belyst (39).

2. BAKGRUNN FOR OG UTVIKLING AV TVUNGENT PSYKISK HELSEVERN I NORGE

2.1. ET KORT TILBAKEBLIKK.

I 1848 fikk vi i Norge vår første særlov om sinnslidendes behandling og forpleining (71). Denne loven var først og fremst et resultat av legen Herman Wedel Major's innsats for å bedre forholdene som rådet i sinnsykepleien på den tiden. De sinnslidendes levekår, enten i privat pleie, i legd eller på dollhus og dårekister var uverdige, også målt etter datidens standard (72,73,74). Krav om reform ble reist allerede i 1812 gjennom en innberetning om forholdene ved Trondhjem by's dollhus ("Trunken") (73). Etter dette kom stadige krav om forbedringer av sinnsykesforpleiningen, men på grunn av manglende politisk vilje og fremfor alt manglende økonomiske muligheter, ble ingenting gjort før på midten på 1800-tallet, da både den nye sinnsykeloven ble vedtatt og Gaustad sykehus ble oppført som landets første sinnsykeasyl.

Sinnsykeloven av 1848 regulerte forholdene for sinnslidende innlagt i asylenes såvel som familie- eller privatforpleide. Loven ga ingen anledning til å legge seg inn etter eget ønske, innleggelse skulle skje etter forlangende fra "Den der har pligt at iagttage den syges Tarv". Vilkårene var at vedkommende var sinnsyk og at opptakelsen i asylet var hensiktsmessig for ham selv eller nødvendig for "den offentlige Ordens og Sikkerheds Overholdelse" (71). Politimyndighet hadde rett til å begjære innlegging dersom den syke forstyrret den offentlige sikkerhet, eller hvis den som skulle ivareta den sykes tarv forsømte sin plikt. Innleggelse var likevel avhengig av at asylets lege gjennom egen undersøkelse fant at lovens krav var oppfylt. Kravene for tilbakeholdelse var strengere enn innleggelseskravene. Når den "der have at iagttage hans tarv" forlangte vedkommende utskrevet kunne dette bare avslås i

tilfelle der offentlig myndighet sto bak innleggelsen eller "hans Udtrædelse af Asyllets Læge antages at ville medføre Fare enten for ham selv eller for den offentlige Sikkerhed" (71).

Majors lovforslag ble utarbeidet i en periode preget av økende behandlingsoptimisme i kjølvannet av de reformer Pinel og særlig Esquirol hadde gjennomført i Frankrike. Disse reformene var basert på en forståelse av sinnslidelsene som medisinske tilstander (75) og opprettelsen av separate sykehus (asyl) ble ansett som en ufravikelig forutsetning for en vellykket behandling (76). Samtidig hadde de uverdige forhold som var avdekket i de gamle almenhospitaller, arbeidshus, dølhus og dårekister (77) tydeliggjort behovet for kontroll og tilsyn med de psykiatriske institusjoner. Med andre ord måtte Major, på samme måte som senere lovgivere, finne frem til et kompromiss mellom hensynet til at sinnslidende skulle sikres den behandling de hadde behov for, og hensynet til at tilfeldige eller urimelige frihetsberøvelser ikke måtte forekomme.

Majors holdninger til disse spørsmålene kommer klart til uttrykk i hans motiver for lovforslaget:

"Omendskjønst Sindsygehuse/Asylerne fuldkomment maa stilles i Klasse med Sygehuse og Hopsitaler for andre Sygdommer, og omendskjønst Hovedhensigten med Patienternes Optagelse overalt er den samme, gjøre dog Sindsygdømmernes eiendommelige natur det nødvendigt at knytte de deraf lidende Individens Indtrædelse i Asylerne til andre betingelser end dem, der gjælde for andre Patienters Optagelse i Hospitaler. Det er nemlig kun i de sjeldnere Tilfælde at Sindsyge efter eget frie valg undergives Lægebehandling, som oftest skeer dette efter Andres Foranstaltning, imod Patienternes utrykkelige Villie og ved Indgreb i hans viktigste personlige Rettigheder. Derfor maae det i de Sindsyges Interesse fordres tilstrækkelige Garantier for at en saadan

forholdsregel ikke bringes i Anvendelse i urigtige Tilfælde, til en uriktig tid eller af uvedkommende Personer. Ved disse Garantier er det ikke alene forsettelige Forbrydelser eller grove Misgreb ved en falsk eller Urigtig Angivelse af Sindsygdøm som skulle forhindres, men det er ogsaa, hvilket er lige viktig, større Indgreb i den personlige Frihed end Sygdommens beskaaffenhed uundgaalig fordrer som derved skulle forebygges. Thi den sunde Tilstand er ikke ved en skarp og tydelig Grendselinie i alle tilfælde adskilt fra Sindsygdøm..... I mange av disse Overgangsformer vil ingen Læge kunde undslaae sig for at erklære Sindsygdøms Tilstedeværelse, omend skjønt Indskrænkning af et saadant Individ's personlig Frihed ofte vilde være ligesaa ubeføiet som nødvendig. I disse tilfælde er det at virkelige Uretferdigheder lettest kunne udøvest eller Feilgreb og Urigtigheter begaas. Det maa derfor ansees som en væsentlig Mangel ved de fleste fremmede Lovgivninger, at de i denne henseende alene fordrer Konstatering af Sindsygdøms Tilstedeværelse, som den eneste Betingelse for at Isolering kan foregaa, medens det er ligesaa vigtigt at man har Visshed om, at den er nyttig eller nødvendig, og dette fremgaaer hverken af Sygdommens Art eller af dens Grad, men maa deduceres af den eiendommelige Karakter, som den i hvert enkelt Tilfælde antager" (78).

På denne bakgrunn er det Major innfører tilleggsvilkår for innleggelse på asylene i den hensikt å innskrenke grunnlaget for innleggelse av sinnslidende. På den annen side er Major skeptisk til å etablere for tungvinte prosedyrer for innleggelse, og fremholder her den franske loven som et skrekens eksempel. Om denne loven sier han at de prosessuelle krav til innleggelse er så omfattende at de kan forsinke eller helt forhindre innleggelse, og at man ved denne måten å verne om borgerenes personlige frihet, istedet risikerer å skade de sinnsykes viktigste interesser (78). På den annen side legger han stor vekt på kontroll og overprøvningsmulighetene ved innleggelser og utskrivninger, og legger slike oppgaver til

kontrollkomisjonene. Ved at kontrollkomisjonene påtar seg slike oppgaver mente Major at de prosessuelle reglene for innleggelse kunne gjøres enkle og smidige.

Kontrollkomisjonsordningen slik den ble utformet av Major er senere blitt betegnet som et enestående kontrollsystem i forhold til de kontrollordninger som er etablert i andre land (26). Det som gjør kontrollkomisjonsordningen enestående er deres lokale forankring; - hvert asyl skulle ha sin egen kontrollkomisjon som fysisk skulle befinne seg nær institusjonen. Det er i ettertid pussig at denne organisasjonsformen, som av andre er blitt fremhevet som en styrke ved det norske kontrollsystemet (49,53), egentlig var uønsket av Major. Major hadde det engelske kontrollsystem som forbilde for hva han ville etablere i Norge. I England fantes på den tid et sentralt kontrollorgan, *Commissionaires of Lunacy*, som foretok den hele og fulle kontroll med samtlige psykiatriske institusjoner. I utgangspunktet ville Major også i Norge ha foretrukket et sentralt kontrollorgan, men dette mente han ikke lot seg gjøre på grunn av de "Særegne forhold i Norge" (78). Det er vanskelig å vite hva Major mente med dette, men det er rimelig å anta at han siktet til de store avstandene, den spredte bosetningen og de dårlige kommunikasjoner som den gang fantes, og at han på dette grunnlag ikke så noen mulighet til at et sentralt kontrollorgan kunne utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte.

Det var uklart hvem som kunne fremsette begjæring om innleggelse ifølge loven av 1848. Hverken i lovteksten eller motivene er det presisert hva som skulle forstås med "Den som har at ivareta den syges tarv". Kravet om utferdigelse av en sinnsykeattest finnes først i kontrollkomisjonens instruks av 1895 (79). Dette innebærer en skjerpning av de formelle krav til innleggelsen ved at en lege utenfor asylet først må ha vurdert tilstanden i forhold til lovens krav til frihetsberøvelse. Men fortsatt var reglene

uklare, og først etter en lovrevisjon i 1910, ble sinnsykeattesten en ufravikelig forutsetning for inntak i de psykiatriske institusjonene (80). Begrunnelsen for at ordningen med sinnsykeattest ble innført var behovet for et økt vern mot uriktige eller tilfeldige innleggelse, med det er senere hevdet at dypere sett var intensjonen å markere legenes enerett til å kunne legge inn på sinnsykeasylene (26).

I 1935 blir det for første gang åpnet adgang for pasienter til å legge seg inn på egen begjæring i asylene (81). De institusjonene som ønsket å ta imot pasienter på frivillig grunnlag måtte søke departementet om dette. Ved revisjonen av lovverket i 1961 var det 15 av de daværende 23 autoriserte asylere som hadde søkt og fått innvilget adgang til å oppta frivillige pasienter. Begrunnelsen for at denne adgangen ble åpnet var først og fremst at det skulle være mulig å legge seg inn uten at sinnsykeattest ble utferdiget, ut fra et syn om at sinnsykeattesten kunne virke unødige stigmatiserende i noen tilfelle.

2.2. LOV OM PSYKISK HELSEVERN AV 28. APRIL 1961.

Den gamle loven av 1848 ble bevart uten vesentlig endringer frem til den någjeldende lov om psykisk helsevern ble vedtatt i 1961. Det var riktignok tatt initiativ til en omfattende revisjon av sinnsykelovgivningen i 1913, og komiteen som på denne bakgrunn leverte sin innstilling (82) foreslo blant annet adgang til frivillige innleggelse, samt detaljerte regler for hvem som kunne begjære noen innlagt. Denne innstillingen ble imidlertid aldri realitetsbehandlet.

Når det gjelder lov om psykisk helsevern av 1961 bygger den i alt vesentlig på den gamle loven av 1848. Endringene kan neppe betegnes som radikale, og det er vanskelig å se at den bakenforliggende ideologi i hovedsak var

annerledes enn ca. hundre år tidligere. I denne oversikten vil bare de bestemmelsene og begrunnelsene som har betydning for tvungent psykisk helsevern bli drøftet. Disse bestemmelsene finnes i alt vesentlig i lovens kapittel II: Om undersøkelse, innleggelse og utskrivning, og i kapittel III: Om tilsyn, kontroll og overprøving.

I likhet med loven av 1848, ble lov om psykisk helsevern utarbeidet i en periode der det i psykiatrien rådet en uttalt behandlingsoptimisme. Det var introduksjonen av de nye antipsykotiske medikamentene tidlig på 1950-tallet som lå bak denne optimismen. Dette førte blant annet til at hjemmelsgrunnet for tvungent psykisk helsevern ble utvidet i den nye loven, først og fremst ved at det under visse forutsetninger ble åpnet adgang til tvangsinnleggelse eller retensjon med begrunnelse i behandlingshensyn. Fremgangsmåten ved tvangsinnleggelse ble også gjort smidigere ved at sinnsykeattesten ble avskaffet.

Som hovedkriterium for tidsubestemt tvungent psykisk helsevern setter loven krav til at pasienten må lide av en alvorlig sinnslidelse (Lovens § 5). I lovkomiteens innstilling ville flertallet at dette begrepet skulle forstås synonymt med psykosebegrepet (26). Dette vant imidlertid ikke gehør hos departementet med helsedirektøren i spissen, og i Ot-prp. nr.69 (1959-60) defineres alvorlig sinnslidelse likt med sinnsykebegrepet i den gamle loven, og derved videre enn psykosebegrepet (27). Man unnlot imidlertid å gå inn på en presis definisjon av hva begrepet 'alvorlig sinnslidelse' skulle innebære. Senere lovforklaringer har imidlertid alle definert alvorlig sinnslidelse som synonymt med psykose (14,21,69,83).

Lov om psykisk helsevern, § 5, inneholder i dag tre tilleggskriterier for tidsbestemt tvungent psykisk helsevern, hvorav minst ett må være oppfylt i tillegg til hovedkriteriet for innleggelse. Tilleggskriteriene er som følger: A. Innleggelsen er nødvendig for å hindre at pasienten lider overlast. B. At utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring forspilles (dersom innleggelse ikke finner sted) og C. At pasienten er til vesentlig fare for seg selv eller andre. Spørsmålet i denne sammenheng er om disse tilleggskriteriene virker innskrenkende når det gjelder mulighetene til å foreta en tvangsinnleggelse etter denne paragrafen i forhold til hva som følger av hovedkriteriet alene. Om dette skriver Ørnulf Rasmussen:

"Disse tilleggsvilkårene innebærer neppe noen vesentlig begrensning av innleggesadgangen, sett i forhold til grunnvilkåret "alvorlig sinnslidelse". Formålet med dem skulle nettopp være å begrense adgangen. Men fordi de er så vidtfnvendende og skjønnspreget formulert, har de neppe noen vesentlig rettssikkerhetsmessig effekt" (84).

Lov om psykisk helsevern, § 3, hjemler adgang til innleggelse mot pasientens vilje i inntil tre uker. Hensikten med en slik innleggelse var å bringe på det rene om pasientens sinnstilstand var av en slik art at det kunne gripes inn overfor pasienten etter paragraf 5, slik denne er referert over. Selve formuleringen av paragraf 3 er vag: "Når noen på grunn av sin sinnstilstand ikke selv kan sørge for å få det legetilsyn og det psykiske helsevern han trenger" kan vedkommende mot egen vilje tas med til lege som må vurdere om det er grunnlag for å legge pasienten inn til observasjon i inntil 3 uker. Imidlertid fremgår det av hensikten med observasjonen slik den er beskrevet over at det må foreligge en berettiget tvil eller mistanke om at pasienten lider av en tilstand som omfattes av paragraf 5. Dette er også gjort klart i departementets veiledning om innleggelse uten eget samtykke (83).

Opprinnelig inneholdt lov om psykisk helsevern en begrenset tvangshjemmel også ved frivillige innleggelser. Frivillig innlagte kunne holdes tilbake mot sin vilje i inntil 3 uker fra kravet om utskrivning ble reist. Dette ble endret i 1977 da en slik tilbakeholdelsesmulighet falt bort for frivillig innlagte. Til gjengjeld ble det etablert en mulighet for pasienten til å lage en frivillig avtale, der sykehuset av pasienten blir gitt adgang til å holde ham tilbake i inntil tre uker fra innleggelsen, dersom overlegen finner dette hensiktsmessig. Forutsetningen for at en pasient kan inngå en slik avtale er at han har evne til å fatte hva innleggelsen og kontrakten innebærer.

Av andre senere endringer i lov om psykisk helsevern skal kort nevnes at det fra 1977 også ble pålagt at pasienter under tidsbestemt tvungent psykisk helsevern skal kontrollundersøkes hvert halvår med det formål å vurdere hvorvidt premissene for fortsatt tvangsvern er tilstede eller ikke (85). Fra 1979 ble også de prosessuelle regler ved tvangsinnleggelser bedret sett ut fra rettssikkerhetsbetraktninger. Overlegens vurdering av hvorvidt betingelsene for tvungent psykisk helsevern er tilstede eller ikke, skulle fra nå av nedtegnes skriftlig i vedtaks form i løpet av et døgn etter at pasienten var kommet til institusjonen (86). I 1981 ble det påny gjort endringer i lov om psykisk helsevern. Det ble nå åpnet for at enkelte institusjoner under psykisk helsevern skulle ha plikt til å ta imot visse kategorier av pasienter som øyeblikkelig hjelp. Videre ble det åpnet adgang til visse former for tvangsbehandling, og lovens kriterier for tvangsinnleggelser etter paragraf 5 ble harmonisert og gjort lik med kriteriene for tvangstilbakeholdelse (Lovens paragraf 6). Kriteriene er de samme som dem som er referert over når det gjelder tidsbestemt tvungent psykisk helsevern etter paragraf 5 (87). Denne endringen av tilleggskriteriene innebar en innskrenking av hjemmelsgrunnlaget for tvungent psykisk helsevern i og med at muligheten for innleggelse etter paragraf 5 i loven på vilkår av at innleggelsen var "til beste for pasienten", falt bort.

2.2.1. Kontrollkommisjonsordningen.

Når det gjaldt kontroll og overprøving, valgte man å holde fast på kontrollkommisjonsordningen i 1961. Det var erkjent at kommisjonene kanskje ikke fungerte optimalt som rettssikkerhetsinstans, men dels mente man at behovet for kontroll var blitt mindre, og dels ønsket man å effektivisere kommisjonene (26). Av konkrete endringer som skjedde ved innføringen av lov om psykisk helsevern i 1961 var at medlemstallet i kommisjonene ble økt fra 3 til 4, og at det ble etablert kontrollkommisjoner for alle pasienter under psykisk helsevern, i motsetning til før da kommisjonene kun var knyttet til sinnsykehusene (asylene).

Slik kontrollkommisjonene er organisert i dag er det i alt 55 kommisjoner på landsbasis. Kommisjonene arbeider etter ulike instruks avhengig av om de har tilsyn med psykiatriske sykehus, psykiatriske klinikker (inkludert psykiatriske avdelinger i somatiske sykehus), psykiatriske sykehjem og privat forpleining. Kommisjonsmedlemmene oppnevnes av fylkesmannen og har en funksjonstid på 6 år med muligheter for gjenoppnevning. Det er en forutsetning for å bli oppnevnt som kommisjonsmedlem at man ikke har noen form for formell tilknytning til den eller de institusjoner som kommisjonen har tilsyn med. Kommisjonens formann er jurist, og måtte frem til 1981 være dommer. Fra 1981 ble forskriftenes ordlyd endret slik at det nå heter at formannen skal være jurist, - fortrinnsvis med dommererfaring. I 1983 var ialt 2 av alle landets 55 kontrollkommisjoner ledet av jurister som ikke var dommere. Ett av kommisjonens medlemmer må være legekyndig. Det er ikke krav til legemedlemmets kompetanse i psykiatri. De to siste medlemmene er lekrepresentanter, og det er anbefalt at en av dem bør velges ut fra at vedkommende har erfaring som psykiatrisk pasient.

Kommisjonene arbeider etter en omfattende instruks. De skal blant annet kontrollere at alle formalia er i orden ved innleggelser, motta og behandle alle klager, kontrollere tvangsmiddelbruken og er ellers gitt vide fullmakter til å overvåke alle sider ved behandlingen og forpleiningen. Det er imidlertid bare i saker om tvungent psykisk helsevern at kommisjonens vedtak er bindene for den som har det faglige ansvaret for pasienten.

2.2.2. Rettslig overprøving.

Muligheten for rettslig overprøving av kontrollkommisjonsvedtak ble innført først i 1969. Slike saker føres primært for by- eller herredsretten og ankes direkte til Høyesterett. Omfanget av slike saker har vært relativt lite, med ca. 10 saker ved by- eller herredsrett årlig (39), mens bare to saker har vært ført for Høyesterett til dags dato. Ut fra begrunnelsen om at det kunne skade lege-/pasientforholdet, er det ikke ansvarlig overlege som er pasientens motpart i slike saker, men staten ved Sosialdepartementet.

2.2.3. Andre lovhemler for tvungent opphold i psykiatriske institusjoner.

Det har ofte vært diskutert om det finnes adgang til å frihetsberøve noen i psykiatriske institusjoner på annet grunnlag enn hva som følger av lov om psykisk helsevern. Både barnevernsloven, edruskapsloven, fengselsloven såvel som straffeprosessloven og sikringsbestemmelsene i straffeloven, åpner adgang for innleggelse i psykiatriske institusjoner for personer som faller inn under de nevnte lovene. Dette må imidlertid forstås slik at lov om psykisk helsevern ikke er i veien for at personer som søkes innlagt i henhold til de andre overnevnte lover, kan mottas. På den andre siden er det slått fast at lov om psykisk helsevern er overordnet de andre lovene med hensyn til muligheten for frihetsberøvelse i psykiatriske institusjoner, i det minste i

forhold til sikringsbestemmelsene i straffeloven (88). Dette innebærer at dersom det ikke finnes grunnlag for frihetsberøvelse etter lov om psykisk helsevern, kan ingen tvangsmessig holdes i psykiatriske institusjoner. Dette fremgår også av veiledningen om innleggelse og tilbakeholdelse uten eget samtykke, der det heter at dersom kontrollkommisjonen finner at vikårene for frihetsberøvelse ikke er oppfylt i henhold til lov om psykisk helsevern, skal det rettes henvendelse til den myndighet som står bak innleggelsen i henhold til annen lov, om å finne annen anbringelse for pasienten (83).

2.2.4. Lov om psykisk helsevern i relasjon til behandlingssideologien.

Om man skulle forsøke å plassere lov om psykisk helsevern slik den fremsto i 1961 i forhold til rettssikkerhetshensyn på den ene siden, og behandlings eller pleiehensyn på den andre siden, er det antagelig riktig å hevde at det er behandlingsinteressene som i første rekke ble tilgodesett. Det er allerede nevnt at loven kom til i en periode med relativt stor behandlingsoptimisme og behandlingstiltro. I innstillingen fra komiteen bak lovrevisjonen går det frem at man ønsket å fjerne publikums fordommer mot sinnslidende ved i størst mulig grad å alminneliggjøre omsorgen for disse. Dette kunne gjøres ved at det psykiske helsevern ble mest mulig likt det somatiske helsevernet. I et slikt perspektiv ble vektlegging av særlige kontrollordninger og rettsikkerhetsprosedyrer mindre viktig. Det rådet også den oppfatning at reformen i 1961 ville styrke det psykiske helsevern også materielt, og at dette ville bidra til at sjansen for at overgrep eller uriktig behandling av pasientene ytterligere ville reduseres (26). De senere endringene i lov om psykisk helsevern har alle tatt sikte på å bedre rettsikkerheten, slik at loven i dag er i bedre balanse i forhold til behandlingshensyn og rettssikkerhetshensyn enn da den trådte i kraft.

2.3. OMFANG AV TVUNGENT PSYKISK HELSEVERN I NORGE.

Mangler ved offisiell statistikk gjør det vanskelig å fastslå omfanget av tvungent psykisk helsevern i Norge gjennom tidene. Usikkerhetsmomentene er så store at det neppe er mulig å komme frem til mer enn grove anslag av tvangsinnleggelsesrater og antall pasienter som til enhver tid er under tvungent psykisk helsevern.

Det som i første rekke er til hinder for en nøyaktig beregning av omfanget av tvungent psykisk helsevern, er at statistikken tidligere ikke ga opplysninger om det formelle grunnlaget for innleggelsene. Først i 1965 ble det gitt slik informasjon for innleggelse i de psykiatriske sykehusene, og ikke før i 1977 ble det gitt opplysninger om innleggesgrunnlaget for alle psykiatriske institusjoner. Når det gjelder antall pasienter som til enhver tid befinner seg under tvungent psykisk helsevern, har slike data aldri vært gitt i offisiell statistikk. Vi vet heller ikke hvor mange pasienter som blir underkastet tvungent psykisk helsevern i privat forpleining. På tross av disse begrensningene, vil det i det følgende bli gjort et forsøk på å vurdere omfanget av tvungent psykisk helsevern i Norge.

2.3.1. Totalt antall innleggelser til psykiatriske institusjoner.

Det kan først være hensiktsmessig å se på det totale antall innleggelser til de psykiatiske institusjonene gjennom tidene. Tabell 1 viser det totale antall innleggelser og førstegangsinleggelser til de psykiatriske sykehusene (tidligere asyl/sinnsykehus). Av denne tabellen går det frem at innleggesratene har økt frem til midten på 1970-tallet, og at det er en tendens til en svak reduksjon i innleggelsestallene etter dette. (De data som presenteres i dette kapittelet bygger på offisiell statistikk (23,24,25) når ikke andre kilder er oppgitt). Det går frem av tabell 1, og også av figur 1, at første-

gangsinnleggelsene i hovedtrekk følger samme mønster som totalt antall innleggelser. Det som imidlertid er særlig påfallende når man ser på figur 1 er den markerte stigningen i innleggesraten for totalt antall innleggelser som inntreffer på midten av 1950-tallet. Tidsmessig faller denne stigningen sammen med introduksjonen av nevroleptika, og det er rimelig å anta at denne nye behandlingsformen spiller en vesentlig rolle for den utviklingen man kan lese av figur 1 fra 1955 og utover, med en sterk økning av reinnleggelser til psykiatriske sykehus. Førstegangsinnleggesraten stiger også noe i tiden etter 1955, men spiller relativt liten rolle for økningen i totalt antall innleggelser sammenlignet med økningen av reinnleggelsene. Når man vurderer disse innleggesratene, er det viktig å være klar over at statistikken bare gir informasjon om antall innleggelser, og ikke antall personer som står bak innleggelsene. Utviklingen fra 1955 har skapt såkalte svingdørspasienter i psykiatrien, det vil si pasienter med korte opphold og mange innleggelser. I 1980 ble over halvparten av de ca 7000 reinnlagte pasientene innlagt innen et år etter siste utskrivning (25). Mulighetene for at samme person er innlagt flere ganger samme år øker opp gjennom tiden, ettersom liggetiden og tiden mellom siste utskrivning og reinnleggelse har gått ned. Den sterke økningen vi har hatt i årlige innleggesrater fra 1955 er derfor ikke nødvendigvis bare uttrykk for at flere personer blir innlagt pr. år, men skyldes mest sannsynlig i hovedsak at de samme personene går ut og inn av sykehusene i større grad enn tidligere.

2.3.2. Tvangsinnleggelser til psykiatriske institusjoner.

Før 1935 var det ikke adgang til frivillige innleggelser i sinnsykeasylene i henhold til lov om sinnsykes behandling og forpleining. Det kunne på denne bakgrunnen være nærliggende å trekke den konklusjon at alle innleggelser til psykiatriske institusjoner før 1935 var tvungne. Det er imidlertid ikke så enkelt. Lov om sinnsykes behandling og forpleining av 1848 regulerte bare

inntak til asylene og privat forpleining. Fra 1915 og fremover fikk vi i Norge en annen type psykiatriske institusjoner, nemlig klinikkavdelingene. På disse avdelingene ble pasientene lagt inn både frivillig og tvungent. Den første klinikkavdeling som ble opprettet var 6. avdeling på Ullevål sykehus i 1915, og senere ble Vinderen psykiatriske klinikk åpnet i 1926. Senere ble det ikke åpnet nye klinikkavdelinger før i 1949. Også utbyggingen av de psykiatriske sykehjemmene har i alt vesentlig skjedd etter 1950. Av de 115 psykiatriske sykehjem som var godkjent i 1983 er 109 åpnet etter 1950 (89). På denne bakgrunn er det naturlig å dele opp den perioden som dekkes av tabell 1 (1875-1984) i ulike deler:

1. Perioden 1848-1915. I denne perioden svarer totaltallet innleggelser i asylene til totaltallet tvangsinnleggelser til psykiatriske institusjoner. (De private sinnsykekolonier som fantes i denne tiden regnes da ikke som institusjoner, men som en del av privatpleien).
2. Perioden 1915-1935. I denne tiden er fortsatt totalantallet innleggelser til asylene likt med antall tvangsinnleggelser. Men i tillegg kommer tvangsmessige innleggelser til de psykiatriske klinikkene.
3. Perioden 1935-61. Dette er den vanskeligste perioden å beregne tvangsinnleggesratene for. I denne tiden var det mulig å legge seg inn frivillig på asylene, uten at det finnes oppgaver over omfanget av slike frivillige innleggelser. Dessuten får vi i slutten av perioden en betydelig utbygging av sykehjem og klinikker, uten at vi kjenner til hjemmelsgrunnlaget for innleggelsene i disse institusjonene.
4. Perioden 1961-84. Tidlig i perioden er problemene lik de som er anført for periode 3. Men fra 1977 finnes fullstendige oppgaver over hjemmelsgrunnlaget for alle innleggelser i samtlige psykiatriske institusjoner.

I henhold til denne inndelingen er totaltall for antall tvangsinnleggelser pr. 100 000 innbyggere beregnet for de ulike periodene, og resultatet er presentert i tabell 2. I det følgende skal det kort redegjøres for hvilket grunnlag beregningene bygger på.

Det er først i perioden 1915-35 det blir nødvendig å foreta beregninger. Tvangsinnleggelser til klinikkavdelingene på Ullevål og Vinderen kommer da i tillegg til tvangsinnleggelsene på asylene. Antall innleggelser til de psykiatriske klinikkene var betydelig i denne perioden. For Vinderen oppgis at det dreide seg om ca 450-500 innleggelser pr. år i de første 10 år (fra 1926), stigende til over 700 innleggelser i 1947 (90). For Ullevål lå innleggelsestallene enda høyere (91). Hvor mange av disse som ble tvangsmessig innlagt går ikke frem av offentlige kilder, men det kan gi en pekepinn at ca. 1/3 av de innlagte ble overført til asyl i de første årene for Vinderens vedkommende. For Ullevåls del vet vi at det ble innlagt fra 164 til 347 personer årlig med sinnsykeattest i perioden 1915-1935, og at en stor del av disse senere ble innlagt på asyl (91). Det er rimelig å gå ut fra at antallet som ble innlagt med sinnsykeattest er likt antallet tvangsinnlagte pasienter. Ut fra antakelsen om at de med sinnsykeattest som ble overført til asyl allerede er tatt med i statistikken fra asylene, er gjennomsnittlig antall pasienter som ble innlagt på Ullevål med sinnsykeattest og som ikke ble innlagt på asyl beregnet til 56 pasienter årlig i den aktuelle perioden. Tilsvarende tall har ikke vært tilgjengelig for Vinderens vedkommende, men under forutsetning av at de to klinikkavdelingene har hatt lik funksjon og på bakgrunn av det noe lavere innleggelsestall for Vinderen, er det årlige antall pasienter som ble innlagt tvungent på klinikkavdelingene, - og som ikke er overført til asyl, anslått til ca. 100 pasienter årlig. Dette svarer til det årlige tillegg på 4 pr. 100 000 innbyggere som gjenfinnes i tabell 2. Det kan tenkes at de pasientene som er overført til asyl ikke er tatt med i statistikken for asylene. I så fall ville tallet på tvangsinnlagte på

klinikkene utgjøre ca. 400 pasienter årlig, og middeltallet for tvangsinnlagte i perioden måtte da oppjusteres til ca. 80 pr. 100 000 innbyggere.

Når det gjelder perioden 1935-1961, må for det første, tallet for tvangsinnleggelse til de psykiatriske sykehusene beregnes før 1961. Dette er nemlig ikke mulig å fastslå nøyaktig så lenge ikke omfanget av frivillige innleggelse er kjent. Det finnes imidlertid anslag på antall frivillig innlagte de siste år før lovrevisjonen i 1961. I lovens forarbeider blir antall frivillige innleggelse til de psykiatriske sykehusene anslått til ca. 650 pr.år (27). Om man trekker disse fra totalantallet innleggelse, kommer man frem til at tvangsinnleggelsesraten er ca. 75 pr. 100 000 innbyggere, som vist i tabell 2. Igjen blir så problemet å beregne tvangsinnleggelse til klinikkavdelinger og de psykiatriske sykehjem. Disse institusjonstypene ble utbygget i særlig grad fra 1950 og fremover. Samtidig går det frem av en historisk redegjørelse fra Vinderen psykiatriske klinikk at utviklingen gikk i retning av mindre og mindre tvungent psykisk helsevern ved klinikken (90). Under forutsetning av at dette har gjort seg gjeldende ved de øvrige klinikkavdelingene i landet, er det rimelig å ta utgangspunkt i at tvangsinnleggelsesraten har gått ned i forhold til den forrige perioden. På dette grunnlag er det anslått at det må legges til ca. 2 tvangsinnleggelse pr. 100 000 innbyggere for klinikkens vedkommende i denne perioden, men det er klart at det knytter seg betydelig usikkerhet til denne beregningen. For sykehjemmenes vedkommende er det tatt utgangspunkt i den aktuelle utbyggingen på 1950-tallet. I løpet av de siste 10 årene av den aktuelle perioden (1935-61) var det etablert ca 1000 nye sykehjemsplasser, eller hypotetisk beregnet ca.40 nye plasser pr. år for hele perioden. Forutsatt at alle pasientene i sykehjemmene ble tvangsinnlagt, tilsvarer dette én tvangsinnleggelse pr. 100 000 innbyggere i perioden. Også dette anslaget er beheftet med stor usikkerhet.

I perioden 1961-84 blir beregningene noe sikrere fordi vi har eksakte talloppgaver for årene 1977-84. I tabell 3 finnes detaljerte opplysninger om innleggelsene for disse årene. Gjennomsnittstallet for tvangsinnleggelser for alle institusjoner i perioden 1961-84 er beregnet som middeltallet mellom det beregnede tall for 1961 og det tall som finnes i helseinstitusjonsstatistikkens oppgave for 1984. På samme måte er middeltallet for de psykiatriske sykehusene beregnet. Differansen i antall tvangsinnleggelser pr. innbygger mellom alle institusjoner og de psykiatriske sykehusene i perioden er deretter fordelt mellom klinikker (inklusive de psykiatriske avdelinger ved somatiske sykehus) og psykiatriske sykehjem i henhold til forholdstallet mellom antall tvangsinnleggelser til de to institusjonstypene i 1984.

Beregningene som er foretatt er gjort i forhold til det totale folketall. Om beregningene hadde tatt utgangspunkt i befolkningen over 15 år, hadde selvsagt ratene vært høyere, men mønsteret vil ikke endre seg.

På tross av de forbehold som er tatt og den usikkerhet som eksisterer, er det likevel grunn til å anta at tabell 2 i hovedsak beskriver utviklingen av tvangsinnleggelsesmønsteret til norske psykiatriske institusjoner på en dekkende måte. Det er rimelig grunn til å anta at tvangsinnleggelseshyppigheten har vært jevnt økende gjennom tidene, og at den i dag ligger på et høyere nivå enn noengang tidligere i historien. Den økning som har inntruffet både i totalt antall innleggelser og tvangsinnleggelser fra 1982 til 1983 (tabell 3) er rimelig å se i sammenheng med at de nye forskriftene om plikt for de psykiatriske institusjonene til å motta øyeblikkelig hjelp trådte i kraft 1. januar 1983.

Tabell 3 viser også at det er forskjeller i utviklingen av innleggelsesratene for førstegangsinnlagte og reinnlagte. Mens det totale antall tvangsinnleggelser pr. innbygger har økt frem til de siste årene, har tvangsinn-

leggelsesraten for førstegangsinnlagte vært stabil eller hatt en tendens til å gå noe ned (Se figur 2). Som for alle innleggelse til psykiatriske institusjoner vet vi ikke hvor mange personer som står bak tvungne reinnleggelser. Men så lenge økningen i tvangsinnleggelsesraten skyldes økningen blant reinnlagte, kan økningen være uttrykk for at samme person nå blir tvangsinnlagt flere ganger årlig, like mye som at økningen skyldes at fler personer årlig blir reinnlagt med tvang. Uansett er det grunn til ettertanke stillet overfor det faktum at tvangsinnleggelser til psykiatriske institusjoner i dag skjer oftere enn noengang tidligere. Selv om dette kan være uttrykk for at hendelsen rammer samme person flere ganger i løpet av et år, er selve tvangsinngrepet så alvorlig og ofte så dramatisk at det er grunn til å spørre om en slik utvikling er ønskelig.

2.3.3. Formell og reell tvang ved innleggelse i psykiatriske institusjoner.

Ved vurderingen av omfanget av tvungent psykisk helsevern er det viktig å være klar over at statistikken bare refererer den aktuelle anvendelse av de formelle tvangsbestemmelsene i loven, og at det ikke går frem av disse tallene hva som ligger bak av reell tvang.

Det kan i denne sammenhengen være interessant å vurdere hvilket syn enkelte jurister i dag anlegger på retningslinjene for bruk av frivillighet og tvang. Ørnulf Rasmussen hevder at det må være strengere krav til frivillig innleggelse etter lov om psykisk helsevern enn hva som kreves for frivillig innleggelse i somatisk sykehus (84). Dette mener han følger av at lov om psykisk helsevern stiller et bevissthetskrav til pasienter som kan legges inn frivillig; - pasienten skal ha evne til selv å ta bestemmelsen. Etter Rasmussens mening må dette bety at frivillige innleggelse i psykiatrisk institusjon krever noe mer enn et hypotetisk samtykke (84). En rimelig konsekvens av et slikt syn skulle være at alle som ikke innlegges på grunnlag

av noe i likhet med et informert samtykke, må innlegges etter tvangshjemlene i lov om psykisk helsevern. Terje Andersen hevder det samme synspunkt i boka "Retten til behandling i psykiatrien" (37). Imidlertid vet alle med praktisk erfaring fra psykiatrien at gruppen av tvangsinnlagte kan romme alt fra pasienter som faktisk selv vil innlegges, - men der det av strategiske hensyn er valgt å benytte en formell tvangsparagraf ved innleggelsen - til pasienter som sterkt motsetter seg innleggelsen både verbalt og fysisk. På den andre siden vil frivillige innlagte reellt sett omfatte alt fra pasienter med god innsikt i hva innleggelsen innebærer til pasienter som ikke aktivt protesterer, eller pasienter som ikke har forutsetninger til å fatte hva innleggelsen innebærer. Det er viktig å være klar over disse forholdene når omfanget av tvungent psykisk helsevern skal vurderes. Statistikken kan som sagt bare gi oss opplysninger om den formelle anvendelsen av tvangshjemler i følge loven.

2.3.4. Geografiske variasjoner i innleggelsesmønsteret.

Tabell 4 viser totalt antall innleggelser, tvangsinnleggelser og antall sengeplasser fordelt etter de psykiatriske sykehus i Norge for årene 1982-84. Av denne tabellen fremgår det at det er store variasjoner i innleggelsesrater, både når det gjelder det totale antall innleggelser såvel som tvangsinnleggelser, ved de ulike sykehusene. Variasjonen for det totale antall innleggelser er fra 137 til 399 innleggelser pr. 100 000 innbygger, mens tvangsinnleggelsene varierer fra 43 til 146 tvangsinnleggelser pr. 100 000 innbyggere (1984-tall). Tallene er beregnet ved forholdet mellom de antall innleggelser/tvangsinnleggelser som er oppgitt i offisiell statistikk og antall innbyggere i opptaksområdet. Tabellen er ikke korrigert for gjestedøgn, det vil si pasienter med hjemstavn i andre fylker eller utlandet. Det er også viktig å være klar over at tabellen bare omfatter de psykiatriske sykehusene, og således ikke sier noe om den geografiske variasjonen i

frekvensen av det totale antall innleggelser og tvangsinnleggelser i norsk psykiatri. Tabell 5 viser variasjonen i det totale antall innleggelser til alle psykiatriske institusjoner etter fylke og antall tilgjengelige sengeplasser. Også denne tabellen viser stor geografisk variasjon i innleggelsesrater, men på grunn av mangler ved offisiell statistikk er det ikke mulig å beregne geografiske variasjoner i det totale antall tvangsinnleggelser til alle institusjonstypene innen det psykiske helsevernet. I Sverige der dette er mulig, er det funnet store regionale forskjeller både når det gjelder antall tvangstilfeller pr.år, og antallet som til enhver tid er frihetsberøvet (92). Disse variasjonene som ble påvist i Sverige ble satt i sammenheng med strukturen i det psykiske helsevernet på den måten at det i de områdene der det var stor sengekapasitet på de gamle mentalsykehusene var en tendens til større grad av tvungent psykisk helsevern.

Lignende vurderinger er vanskelig å gjøre for Norges vedkommende, fordi vi mangler opplysninger om tvangsinnleggelser til andre psykiatriske institusjoner enn de psykiatriske sykehusene. Takket være at Oslo kommune har utviklet en egen psykiatrisk statistikk (Psykiatrisk Informasjonssystem) er det imidlertid mulig å sammenligne tvangsinnleggelsesraten i Oslo med landsgjennomsnittet. Totalt sett var antall tvangsinnleggelser til samtlige psykiatriske sykehus og psykiatriske klinikkavdelinger i Oslo 248 pr.100 000 innbyggere i 1983 (93), som er mer enn det dobbelte av landsgjennomsnittet for alle psykiatriske institusjoner (tabell 3). Den reelle tvangsinnleggelsesraten for Oslo er enda høyere da antall tvangsinnleggelser til de psykiatriske sykehjemmene kommer i tillegg. Talloppgaver fra disse institusjonene var ikke gitt i de aktuelle oppgaver fra Psykiatrisk Informasjonssystem i Oslo. Det er imidlertid enkelte feilkilder som gjør seg gjeldende for Oslos vedkommende. Sannsynligvis slår gjestepasientene sterkere ut i Oslo enn andre steder i landet. Dessuten er det en mulighet for at

overføringer fra klinikkavdelingene til de psykiatriske sykehusene blir talt dobbelt uten at det registreres at det er overføringer det dreier seg om. I de 248 tvangsinnleggelse pr. 100 000 innbyggere er nemlig de innleggelse som er registrert som overføringer fra andre psykiatriske institusjoner trukket fra. Imidlertid dreier dette seg bare om 21 innleggelse ifølge offisiell statistikk (25). Med den struktur Oslo-psykiatrien har, med klinikk avdelingene som en slags første-linje i institusjonsbehandlingen og de psykiatriske sykehusene som en annen-linje institusjoner, er det usannsynlig at det bare skal ha skjedd 21 overføringer fra Oslo's tre klinikkavdelinger i løpet av 1983. Klinikkavdelingenes årsrapporter bekrefter da også at dette ikke er tilfellet. Endelig må det tas med i betraktningen at Oslo nok har et noe annet psykiatrisk sykdomspanorama enn mindre steder i Norge, på den måten at hyppigheten av psykiske problem er større i Oslo enn i distriktene (94,95). Som det går frem av tabell 4 og 5 er det ikke noe klar relasjon til sengetallet når det gjelder variasjonene i tvangsinnleggelses-hyppigheten i Norge. Riktignok har Oslo større sengekapasitet enn resten av landet, men Oslo har også et bedre utbygget poliklinisk tilbud og større tetthet av psykiatere enn andre steder i landet.

2.3.5. Inneliggende pasienter under tvungent psykisk helsevern.

Det kan innvendes at antall tvangsinnleggelse ikke er noe godt mål på omfanget av tvungent psykisk helsevern. Det er mer interessant å se på hvor mange som til enhver tid er frihetsberøvet i psykiatrien. Dessverre er den offentlige statistikk mangelfull også på dette feltet. Før 1935 kan vi regne med at alle innlagte på asylene formelt sett var tvangsinnlagte, men etter denne tiden blir det forskjell mellom antall inneliggende og antall under tvungent psykisk helsevern. På samme måte som for innleggelse mangler opplysninger for hvor mange som var under tvungent psykisk helsevern i andre psykiatriske institusjoner. Også for de psykiatriske sykehusene mangler slike

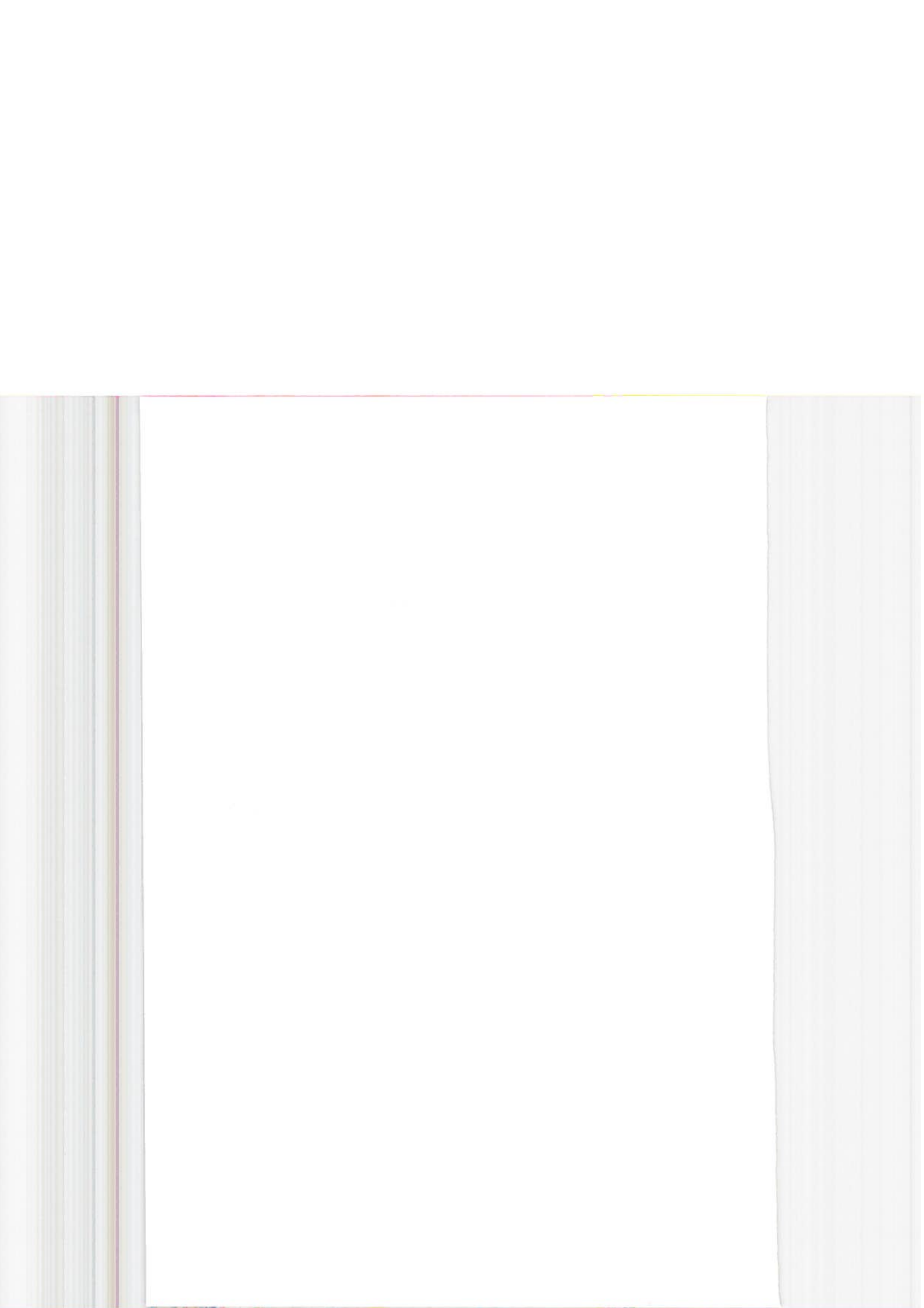
oppgaver, men undersøkelser utført av andre har registrert antall pasienter i tvungent psykisk helsevern etter paragraf 5 i 1979 (9), mens det i 1982 ble registrert antall pasienter i psykiatriske sykehus etter paragraf 5 (42). Dette er bakgrunnen for valg av årstall i tabell 6, som viser antall tvangsinnlagte pr. 100 000 innbyggere i psykiatriske sykehus for utvalgte år. Av denne tabellen kan man få inntrykk av at omfanget av tvungent psykisk helsevern har steget kraftig frem til 1935, for deretter å ha gått vesentlig tilbake. Sannsynligvis har ikke denne nedgangen startet før midten av 1900-tallet. Belegget på de psykiatriske sykehusene fortsatte å stige frem til 1958 da det var 8924 (23), og sålenge frivillige innleggelser først begynte å gjøre seg gjeldene i noe omfang etter den nye lov om psykisk helsevern trådte i kraft i 1961, er det grunn til å anta at majoriteten av pasientene var tvangsinnlagte på de psykiatriske sykehusene frem til midten av 1900-tallet. Faktisk har beleggskningen vært så stor fra 1935 til 1960 (fra 7135 til 8750 inneliggende pasienter), at det er grunn til å anta at antall tvangsinnlagte pr. innbygger fortsatte å øke noe fra 1935 og frem til 1950, selv om man korrigerer for det beskjedne antall frivillig innlagte pasienter som befant seg på sykehusene i denne perioden.

Det er imidlertid så mange usikkerhetsfaktorer knyttet til en slik fortolkning at det er grunn til å ta forbehold. Den viktigste innvendingen er at tilbakegangen i de siste ti-årene neppe er så stor som det kan se ut til. Parallelt med nedtrappingen av tvungent psykisk helsevern i de psykiatriske sykehus har det skjedd en vesentlig økning av tilgjengelige senger på de psykiatriske sykehjem. I et rundskriv fra Helsedirektoratet er det oppgitt at 75 % av de innlagte i sykehjemmene var tvangsinnlagte i 1978 og -79 (96), mens Øgar ved registreringen i 1979 fant at 64 % av sykehjemsklientellet var tvangsinnlagt på tidspunktet for undersøkelsen (9). Etter at sektoriseringsprinsippet er innført i norsk psykiatri har også klinikkavdelingene måttet ta en større andel tvangsinnlagte. Forutsatt at prosenten av tvangsinnlagte

på sykehjemmene har holdt seg rundt 75%, og forutsatt at andelen inneliggende i tvungent vern på klinikkene omtrent tilsvarer andelen av tvangsinnleggelsene til klinikkene (hvilket ikke er urimelig ut fra den relativt korte liggetiden på klinikkene), vil man for 1982 måtte plusse på antall inneliggende under tvungent vern med ca. 3100 for sykehjemmenes vedkommende og med ca. 100 for klinikkenes vedkommende. Dette svarer til at tallet for personer under tvungent psykisk helsevern i institusjon i 1982 må oppjusteres til 126 pr. 100 000 innbyggere. Dette harmonerer godt med hva Øgar (9) fant i 1979 da han registrerte nær samtlige pasienter under tvungent psykisk helsevern i Norge. Basert på Øgars tallmateriale var det totalt 147 tvangsinnlagte pasienter pr. 100 000 innbyggere i 1979. Det er likevel klart at antall pasienter som til enhver tid er under tvungent psykisk helsevern i Norge har gått markert tilbake de senere år.

2.3.6. Tvungent psykisk helsevern i privat forpleining.

Privat forpleining, enten hos familie eller offentlig forpleier, er en omsorgsform med lange tradisjoner i Norge. Det er ikke mulig gjennom offentlige kilder å vite hvor mange av pasientene i privatpleie som er eller har vært under formelt tvungent vern. Kildene gir oppgaver over totaltallet for privatforpleide fra 1890 (23,24,25,97,98), og av disse kildene går det frem at det har vært en jevn økning fra ca. 2500 i 1890 til rundt 7000 på 1950-tallet. Etter denne tid har antallet privatforpleide avtatt raskt, og i 1984 var det nede i 1069 pasienter. Øgar (9) viste at noe over 50 % av de privatforpleide i hans materiale (N=526) var under tvungent psykisk helsevern. Siden 1979 er det praktisk talt ikke tegnet nye kontrakter om privat forpleining, og det er rimelig å anta at andelen av privatforpleide som formelt er under tvungent psykisk helsevern ikke har endret seg siden Øgars registrering. Forutsatt at Øgars utvalg av pasienter er representativt kan man derfor grovt anta at ca. halvparten av de privatforpleide er under tvungent psykisk helsevern, men det understrekes at usikkerheten ved et slikt anslag er stor.



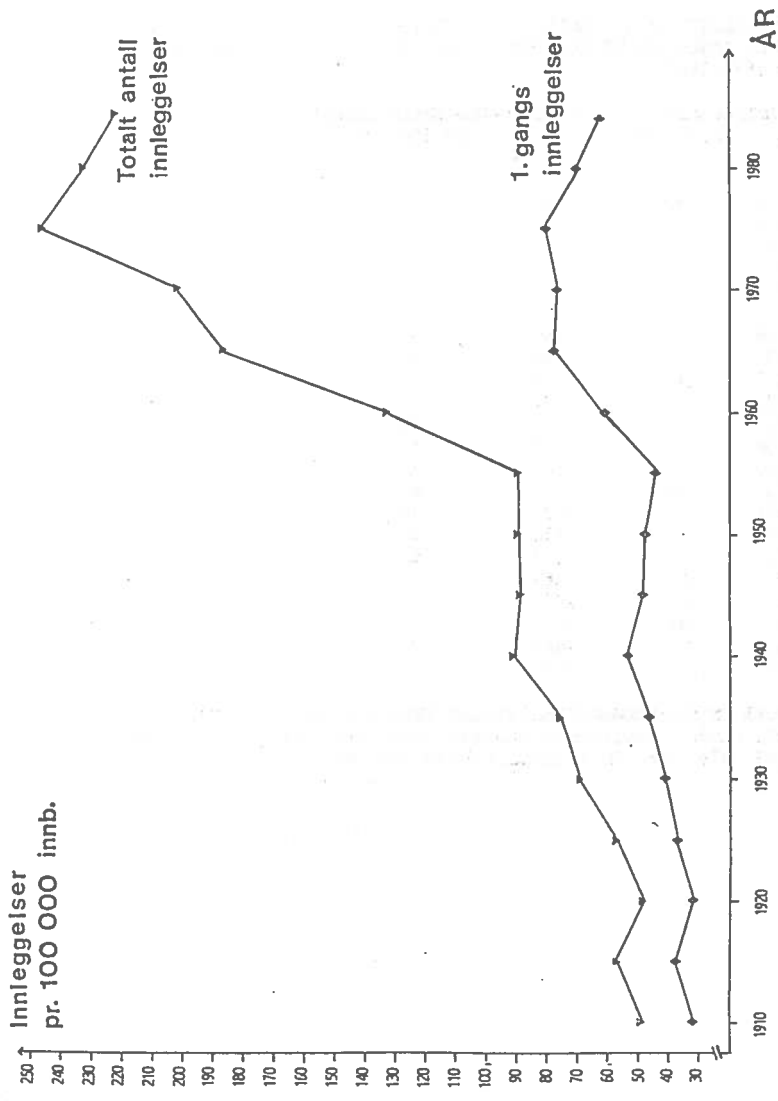
2.4. TABELLER OG FIGURER



TABELL 1. INNLEGGELSER TIL NORSKE PSYKIATRISKE SYKEHUS (ASVL) ETTER
TOTALT ANTALL INNLEGGELSER OG FØRSTEGANGS- INNLEGGELSER OG ARSTALL
I PERIODEN 1875-1984.

AR	INNLEGGELSER		FØRSTEGANGSINNLEGGELSER*	
	N	PR.100 000	N	PR.100 000
1875	570	31	-	-
1880	571	30	-	-
1885	690	35	-	-
1890	795	40	-	-
1895	771	37	-	-
1900	777	35	-	-
1905	1122	47	-	-
1910	1138	48	769	32
1915	1399	56	948	38
1920	1275	48	860	32
1925	1532	56	1031	37
1930	1940	69	1157	41
1935	2158	75	1337	46
1940	2680	90	1589	53
1945	2731	88	1503	48
1950	2904	89	1571	48
1955	3088	89	1518	44
1960	4742	132	2173	60
1965	6935	186	2889	77
1970	7826	201	2951	76
1975	9902	246	3213	80
1980	9521	233	2864	70
1984	9268	224	2616	63

*OPPLYSNINGER OM FØRSTEGANGSINNLEGGELSER OPPGIS FØRST FRA 1908.
Kilder: NOS. Sindsygeasylenes virksomhet 1875-1960. NOS. Psykiatriske
sykehus 1961-1979. NOS. Helseinstitusjoner 1980-84.



FIGUR 1. TOTALT ANTALL INNLEGGELSER OG FØRSTEGANGSINNLEGGELSER PR. 100 000 INNBYGGERE I NORSKE PSYKIATRISKE SYKEHUS 1910-1984.

TABELL 2. GJENNOMSNIITTLIG ANTALL TVANGSINNLEGGELSER PR.100 000 INNEBYGGERE PR. AR TIL NORSKE PSYKIATRISKE INSTITUSJONER ETTER INSTITUSJONSTYPE OG TIDSEPOKE.

	1848-1915	1915-1935	1935-1961	1961-1984
PSYKIATRISKE SYKEHUS (ASYL):	44	66	75*	83*
PSYKIATRISKE KLINIKKER	-	4*	2*	10*
PSYKIATRISKE SYKEHJEM	-	-	1*	5*
ALLE PSYKIATRISKE INSTITUSJONER	44	70*	78*	98*

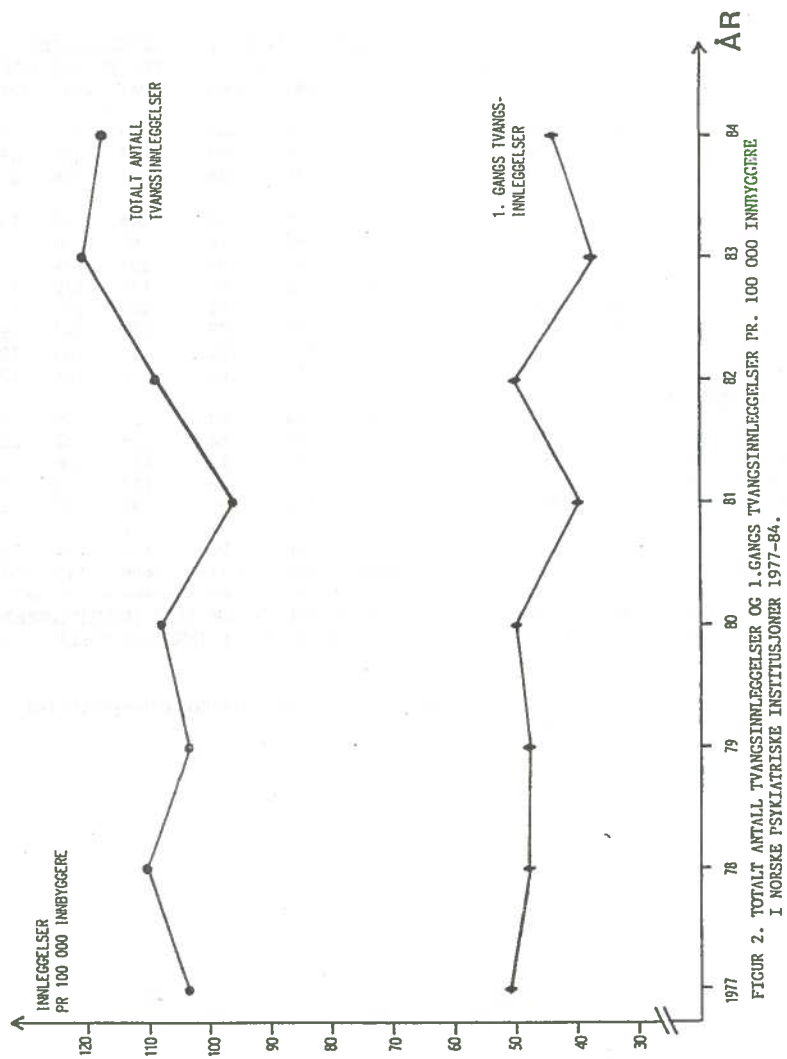
*Tall merket med stjerne er fremkommet ved beregninger.

TABELL 3. TOTALT ANTALL INNLEGGELSER OG FØRSTEGANGSINNLEGGSLER PR. AR I PSYKIATRISKE INSTITUSJONER I NORGE, ETTER INNLEGGELSESPARAGRAF I HENHOLD TIL LOV OM PSYKISK HELSEVERN 1977-84, ALLE PSYKIATRISKE INSTITUSJONER:

AR	77	78	79	80	81	82	83	84
TOT.ANT.INNL.	19 912	20 169	20 839	18 870	17 426	17 232	19 371	19 196
TOT.ANT.INNL. PR. 100 000:	492	497	512	462	425	418	469	463
DERAV §§ 3,5 §§ 3,5 INNL. PR. 100 000:	4 223	4 460	4 228	4 417	3 919	4 480	5 013	4 873
1.G.I.	8 763	8 450	8 546	8 283	7 818	7 083	7 108	7 264
1.G.I. %	44.0	41.9	41.0	43.9	44.9	41.1	36.7	37.8
1.G.I. PR. 100 000:	216	208	210	202	190	172	172	175
1.G.I. §§ 3,5	2 064	1 935	1 960	2 049	1 654	2 047	1 577	1 820
1.G.I. §§ 3,5%	23.5	22.9	22.9	24.7	21.2	28.9	22.2	25.1
1.G.I. §§ 3,5 PR.100 000	51	48	48	50	40	50	38	44

FORKORTELSER: TOT.ANT.INNL. = TOTALT ANTALL INNLEGGELSER. PR.100 000 = PR. 100 000 INNBYGGERE. 1.G.I. = FØRSTEGANGSINNLEGGELSER 3,5 = PARAGRAFENE 3 OG 5 I LOV OM PSYKISK HELSEVERN.

Kilder: NOS. Psykiatriske sykehus 1977-79. NOS. Helseinstitusjoner 1980-84.



FIGUR 2. TOTALT ANTALL TVANGSINNLEGGELSER OG 1. GANGS TVANGSINNLEGGELSER PR. 100 000 INNBYGGERE I NORSKE PSYKIATRISKE INSTITUSJONER 1977-84.

TABELL 4. TOTALT ANTALL INNLEGGELSER, TVANGSINNLEGGELSER OG SENGEPLASSER I NORSKE PSYKIATRISKE SYKEHUS PR. 100 000 INNBYGGERE ETTER SYKEHUSETS EIER-FYLKE 1982-84.

INSTITUSJON ETTER FYLKE:	TOTALT ANTALL INNL. PR.100 000 INNB.			TVANGSINNLEGGELSER PR.100 000 INNB.			SENGEPLASSER PR.100 000 INNB.		
	1982	1983	1984	1982	1983	1984	1982	1983	1984
GAUSTAD	464	419	399	120	131	146	243	223	191
DIKEMARK	172	239	197	83	108	107	244	215	190
HELE OSLO	255	299	264	92	116	118	261	236	209
ØSTFOLD PS.SH.	206	227	230	86	95	110	146	128	128
BLAKSTAD	158	177	159	77	80	76	65	58	57
SANDERUD	367	369	342	74	95	104	134	134	122
PRESTSETER	160	207	223	76	98	102	130	126	118
LIER	344	338	324	143	125	104	178	175	129
TELEMARK PS.SH.	363	402	345	121	105	87	199	192	180
EG*	271	241	286	128	116	131	173	103	105
ROGALAND PS.SH.	149	136	137	61	55	63	157	148	125
VALEN,DR.MARTENS OG SANDVIGEN	234	253	230	92	84	97	134	138	91
HJELSET (OPDØL)	231	197	270	70	75	64	129	114	126
TRØNDELAG PS.SH.*	167	164	162	35	41	43	115	108	105
NORDLAND PS.SH.	273	292	291	88	103	116	113	114	90
ASCARD*	160	188	239	104	124	136	49	49	49
HELE LANDET	210	223	224	78	86	90	136	124	109
N =	8657	9217	9286	3214	3560	3731	5606	5113	4515

* VED DE SYKEHUS SOM ER MERKET MED * ER DET TO FYLKER SOM EIER INSTITUSJONEN. FOR DISSE SYKEHUSENE ER BEFOLKNINGSGRUNNLAGET SAIT LIK INNBYGGERETALLET I DE TO EIERFYLKENE.

Kilde: NOS. Helseinstitusjoner 1982-84. Psykiatrisk Informasjonssystem for Oslo-psykiatrien (PIF), 1982-84.

TABELL 5. ANTALL INNLEGGELSER OG ANTALL SENGER I SAMTLIGE NORSKE PSYKIATRISKE INSTITUSJONER ETTER FYLKE 1983.

	TOTALT ANTALL INNLEGGELSER		TOTALT ANTALL SENGER	
	N	PR 100 000	N	PR 100 000
OSLO	2420	541	1983	443
ØSTFOLD	1151	490	461	196
AKERSHUS	1304	343	611	161
HEDEMARK	816	435	470	251
OPPLAND	748	410	455	249
BUSKERUD	1618	741	752 *	344
TELEMARK	713	440	468	290
VESTFOLD	568	298	421	222
AUSTAGDER OG VESTAGDER	1340	576	680	292
ROGALAND	1052	332	936	294
SOGN OG FJ.	63	59	237	223
HORDALAND	2405	607	1067	269
MØRE OG ROMSD.	1332	561	633	266
S-TRØNDELAG OG N-TRØNDELAG	2091	560	842	225
NORDLAND	822	336	431	176
TROMS OG FINNMARK	456	203	503	224
HELE LANDET	20438 **	494	11089	268

* OMFATTER MODUM BAD (106 Plasser) som tar pasienter fra hele landet.

** AT TOTALTALLET FOR ANTALL INNLEGGELSER FOR 1983 IKKE ER DET SAMME SOM I TABELL 3, SKYLDES AT OVERFØRINGER FRA ANDRE PSYKIATRISKE INSTITUSJONER ER INKLUDERT I TABELL 5, MEN IKKE I TABELL 3.

Kilde: NOS. Helseinstitusjoner 1983.

TABELL 6. PASIENTER I TVUNGENT PSYKISK HELSEVERN PR. 100 000 INNEBYGGERE
 INNLAGT I PSYKIATRISKE SYKEHUS I UTVALGTE AR.

	1875	1900	1935	1979	1982
	N=988	N=1653	N=7153	N=3001	N=1981
<hr/>					
INNELIGGENDE PR.					
100 000 INNEBYGGERE	54	74	247	74	48
<hr/>					

Kilder: NOS. Sindsygeasylenes virksomhet 1875, 1900 og 1935. Øgar B. NIS-rapport nr 5/1981. Rosenqvist R, Øgar B. Pasienter innlagt i psykiatriske sykehus etter paragraf 5 i lov om psykisk helsevern mai/juni 1982.

3. RETTSSIKKERHETEN I PSYKIATRIEN.

3.1. OM RETTSSIKKERHETSBEGREPET GENERELT.

Rettsikkerhet er et begrep det er knyttet positive assosiasjoner til. Alle er enige i at det er ønskelig at det finnes en høy grad av rettsikkerhet i samfunnet, uten at det som regel blir presisert hva man legger i begrepet. Tradisjonelt har det vært lagt størst vekt på rettsikkerhetsgarantier når det gjelder de mest alvorlige inngrep i samfunnsmedlemmenes liv, det vil si inngrep i den personlige frihet av straffende eller tvangsmessig art. Domstolsbehandlingen i straffesaker blir i et rettsikkerhetsperspektiv ansett som en betryggende fremgangsmåte når det skal avgjøres om frihetsberøvelse i form av fengselsstraff kan iverksettes overfor kriminelle. Når det gjelder rettsikkerhet i forvaltningen skriver professor Eckhoff i sin lærebok i forvaltningsrett at "den enkelte skal være beskyttet mot overgrep eller vilkårlighet fra myndighetenes side, og at han skal ha mulighet for å forutberegne sin rettsstilling og forsvare sine rettslige interesser. Ofte inkluderes også hensynet til likhet og rettferdighet i rettsikkerhetsidealet. For å tilgodese disse hensyn stilles dels visse krav til de materielle reglene og dels til saksbehandlingen" (99). Når det gjelder reglernes utforming, må disse være klare, detaljerte og ikke overlata for mye til forvaltningens skjønn. Reglene bør være slik at de gir mulighet for størst mulig grad av forutsigbarhet og at de sikrer at like tilfelle blir behandlet likt. Samtidig må reglene være enkle å finne frem til, lette å forstå, og ikke være gjenstand for hyppige endringer. Eckhoff påpeker at det er umulig å tilfredsstillende disse kravene samtidig, og at det er nødvendig å finne frem til et kompromiss: Reglene bør være så klare som mulig slik at man oppnår en tilfredstillende grad av forutsigbarhet, samtidig som reglene ikke må være for kompliserte eller uoversiktlige. Blir reglene for detaljerte, vil det ikke være mulig for brukerne (publikum) å oppnå nødvendig kunnskap om

dem; - i ekstreme tilfelle vil heller ikke de som forvalter reglene klare dette. Som et eksempel på det sistnevnte forhold nevner Eckhoff Trygderetten der regelverket er blitt så detaljert og omfattende at enkelte ikke får de ytelser de har krav på fordi tjenestemennene ikke alltid makter å være fullt orientert om gjeldende regler.

Eckhoff påpeker videre at det ikke nødvendigvis er noen garanti for at reglene er rettferdige, selv om de er klare, presise og sikrer såvel forutsigbarhet som likhet for loven. Reglene kan like fullt være urettferdige dersom de bygger på irrelevante eller urimelige kriterier. Urettferdighet kan også oppstå dersom regelanvendelsen slavisk følger lovens bokstav. Eckhoff anfører at det helst bør være et visst spillerom for skjønn fordi reglene aldri på en rettferdig måte kan dekke det mangfold av situasjoner som berøres av bestemmelsene.

Når det gjelder krav til saksbehandlingen sier Eckhoff at rettssikkerhets-hensyn tilsier at avgjørelsen må treffes av uhildete personer, at private parter må gis gode muligheter for å forsvare sine interesser, og at det må være adgang til å få avgjørelsene overprøvet, helst ved en domstol. Også når det gjelder saksbehandlingen kan ulike rettssikkerhetshensyn stå i strid med hverandre. Et eksempel på dette er kravet om en grundig saksbehandling på den ene side, og ønsket om en rask avgjørelse på den annen side.

Rettssosiologer er opptatt av at rettssystemet i den senere tid har endret karakter (100,101). Fra at rettsreglene var mer normorienterte, bindende og detaljerte, er de gått over til å bli mer resultatorientert, formålsrettede og mindre detaljerte og bindende. Overgangen fra bindende til mindre bindende regler innebærer en endring der enkeltpersoners skjønn får større betydning i forvaltningen. I et rettssikkerhetsperspektiv angis dette å være en betenkelig utvikling (100).

3.2. SPESIELT OM RETTSSIKKERHETSPROBLEMENE I PSYKIATRIEN.

Ut fra det foregående er det rimelig først å vurdere de regler og den fremgangsmåte som gjelder ved etablering av tvungent psykisk helsevern i lys av de almene krav til rettssikkerhet. Når det gjelder innholdet i de paragrafer som hjemler tvungent psykisk helsevern, er det påpekt av andre at disse er for upresist utformet og overlater for meget til psykiaterens skjønn (36,84,102). Ut fra rettssikkerhetshensyn ville det være ønskelig om reglene hadde vært klarere.

Med hensyn til fremgangsmåten ved etablering av tvungent psykisk helsevern er det her tatt visse rettssikkerhetshensyn. For det første er det ikke tilstrekkelig at innleggelsesbegjærer (tutor) ønsker noen innlagt for at en tvangsinnleggelse skal kunne effektueres. Det må i tillegg foreligge en vurdering av lege som helst skal være uavhengig av sykehuset. Denne vurderingen av premisene for tvungent psykisk helsevern skal deretter revurderes av lege knyttet til den psykiatriske institusjon der innleggelse eventuelt finner sted. I praksis vil det som oftest til og med være to leger som foretar en slik vurdering på den aktuelle institusjonen,- først mottakende (vakthavende) lege og senere overlegen som plikter å gjøre et formelt vedtak om hvorvidt premisene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt eller ikke (86). Kopi av vedtaket skal sendes til kontrollkommissjonen og pasienten, og pårørende og eventuelt offentlig innleggelsesbegjærer skal underrettes om vedtaket, og om muligheten for å bringe vedtaket inn for kontrollkommissjonen. En slik informasjonsplikt om klageadgang til kontrollkommissjonen tilligger også den lege som har utferdiget legeopplysningene utenfor institusjonen. På denne bakgrunn ser det ut til at rettssikkerhetshensynet ved etablering av tvungent psykisk helsevern er søkt ivaretatt ved at flere sakkyndige (leger) uavhengig skal vurdere det samme tilfellet, og

ved at det er gitt detaljerte prosessuelle regler. Problemet er at vi ikke har kunnskap om regelverkets intensjoner blir fulgt opp i praksis. Det er også en svakhet ut fra rettssikkerhetshensyn at den som fatter vedtak (overlegen) gjør dette alene, selv om andre leger har vurdert situasjonen tidligere.

I enkelte andre land er det en primær domstolsbehandling før tvungent psykisk helsevern kan iverksettes (54). Sett fra et rettssikkerhetssynspunkt kunne en primær domstolsbehandling være å foretrekke i saker som dreier seg om tap av den personlig frihet, men denne fremgangsmåten har til nå aldri blitt seriøst vurdert i Norge. Det er også lett å se de psykiatrisk-faglige argumentene som taler mot en slik ordning; - en tungvint og sterkt formell saksbehandling vil kunne stå i veien for å nå frem med nødvendig hjelp i akutte situasjoner. En primær domstolsbehandling vil også kunne virke unødige opprivende i en situasjon som allerede er dramatisk. Selv når det gjalt en etterfølgende domstoloverprøving ved klager over tvungent psykisk helsevern, reiste det seg sterke innvendinger fra psykiatrisk hold om i det hele tatt å trekke slike pasientsaker for retten da dette spørsmålet ble debatert i forbindelse med lovrevisjonsarbeidet i 1961 (103). Dette illustrerer godt de motstridende interessene mellom behandlingshensyn og rettssikkerhetshensyn som gjør seg gjeldende i psykiatrien.

Når først tvungent psykisk helsevern er etablert, er det i første omgang adgangen til å påklage nektet utskrivning til kontrollkomisjonene som representerer den viktigste rettssikkerhetsgaranti (21). Når det gjelder klage til kontrollkomisjonene inneholder forskriftene detaljerte regler om saksbehandlingen (104). Som en ytterligere rettssikkerhetsgaranti kan kontrollkomisjonenes vedtak ankes inn til by- eller herredsretten etter reglene i tvistemålslovens kapittel 33. Etter disse reglene skal slike anker behandles hurtig av den aktuelle rett, og pasientene er garantert fri

sakførsel. En eventuell anke av rettens kjennelse går direkte til Høyesterett via Kjæremålsutvalget (105). Selv om muligheten til å få prøvet saken for retten blir ansett som viktig i rettssikkerhetssammenheng, er det klart at denne type rettssikkerhetsgarantier tar sikte på å rette opp eventuelle feil som allerede er begått. I denne sammenheng kan man spørre om det ikke er vanskeligere å oppnå rettferdighet ved å rette opp allerede begåtte feil enn det er å sikre at inngrep går riktig for seg fra første stund.

Avgjørelser som blir tatt under selve oppholdet på de psykiatriske institusjonene er svakt regulert med unntak av bestemmelsene om bruk av tvangsmidler (106) og tvangsbehandling (107). Blant de rettssikkerhetsforhold det legges vekt på i Stortingsmelding 32 (1976-77) Om rettssikkerheten i helse- og sosialinstitusjoner (21) er retten til å ha visse verdier i fred. Dette berører i hvilken grad institusjonene kan frata pasientene deres mulighet for naturlig livsutfoldelse, rett til privatliv og hvilken mulighet som finnes for å bevare en eventuell særegen livsstil. Dette er områder der pasientenes rettsikkerhet i dag står svakt. Institusjonenes ordensregler går ofte langt utover det som er nødvendig for at institusjonens målsetting skal oppnås. Gerd Benneche hevder i denne sammenheng at "Retten til å ha visse livsverdier i fred reiser seg med særlig tyngde i omsorgsgrener som edruskapsvern og barnevern, fordi man her befinner seg i grenseland mellom medisin og moral" (108). Etter mitt syn gjelder dette i like stor grad for enkelte sider av institusjonslivet for pasienter under psykisk helsevern. I en senere artikkel peker Benneche på behovet for klarere og strengere regler for institusjonspasientenes rett til å bestemme i personlige spørsmål (109).

En forutsetning for at pasientenes rettssikkerhet skal ivaretas på en for-
svarlig måte må være at pasientene sikres informasjon om det aktuelle regel-
verket på en forståelig måte, og at de har mulighet til å gjøre seg kjent med

alle sider av sin egen sak. Når det gjelder informasjon om det aktuelle regelverk, er det i tillegg til den informasjonsplikt som er nevnt i det foregående, sendt henstilling til de psykiatriske institusjonene om at det skal finnes oppslag på alle avdelinger om kontrollkomisjonens sammensetning og adresse. Dessuten skal det finnes en kortfattet skriftlig informasjon om kontrollkomisjonens oppgaver og funksjon, også denne inneholdende navn og adresse for kommisjonens medlemmer, og endelig anbefales det at pasientene eller pårørende på oppfordring får utlevert lov om psykisk helsevern samt instruks for kontrollkomisjonene (110). På denne bakgrunn er det grunn til å hevde at problemene omkring informasjon om viktige deler av selve regelverket både er anerkjent og tatt alvorlig av departementet. Igjen er problemet at vi mangler kunnskap om de aktuelle tiltak er tilstrekkelige i praksis.

Når det gjelder pasientenes rettigheter som part er det store problemer av rettssikkerhetsmessig art. Forvaltningslovens regler i kapittel III-VI gjelder ikke ved vedtak om tvangsinnleggelse og tvangstilbakeholdelse i henhold til lov om psykisk helsevern. Disse kapitlene i forvaltningsloven inneholder bestemmelser om veiledningsplikt for forvaltningen, retten for parten til å bruke fullmektig, samt alminnelige regler om saksbehandlingen ved enkeltvedtak. Om dette skriver Professor Jan Fridthjof Bernt følgende:

"Ved tvangsmessige inngrep har man i stor utstrekning bygget på det syn at forvaltningslovens saksbehandlingsregler må anses som minimumsgarantier som ikke bør kunne fravikes, og at det i første rekke er et spørsmål om å supplere disse slik at rettssikkerheten blir særlig stor ved de tildels meget vidtrekkende inngrep det er tale om" (111).

Han fortsetter med å understreke at slike styrkninger har funnet sted i det psykiske helsevern gjennom kontrollkomisjonsordningen som skal ivareta et bredt spekter av rettsikkerhetsinteresser, og gjennom adgangen til rettslig

overprøving av tvangsmessige inngrep etter lov om psykisk helsevern. Han kommer likevel tilbake til den diskusjon som ble ført da det ble bestemt at forvaltningsloven ikke skulle gjelde for vedtak om tvangsinnleggelse og tvangstilbakeholdelse i henhold til lov om psykisk helsevern. Om dette skriver han:

"De grunner (for å unndra forvaltningslovens bestemmelser fra kap. II i lov om psykisk helsevern) som ble gitt for dette, avspeiler noe man nærmest må kalle en kulturkollisjon mellom jurister og medisinerere, hvor de siste trakk det lengste strå ved denne korsvei. Justisdepartementet opplyser at forslaget om unntak er fremmet "etter konferanse med Sosialdepartementet", og begrunner det slik:

"Mellom lege og pasient bør det så langt råd er søkes etablert et tillits- og samarbeidsforhold etter det mønster man bruker ved andre sykehus, og dette er et tillits- og samarbeidsforhold som må bygges opp over et lengre tidsrom. Det ville utvilsomt kunne virke uheldig - og neppe innebære noen fordeler av betydning - om man på dette trinn i saken skulle legge opp til en prosedyre av saken etter forvaltningslovens regler".....(112).

Jeg minner om det som er sagt foran om Forvaltningslovens anvendelse på saker om frivillig innleggelse eller utskrivning fra helseinstitusjon, hvor det altså er lagt til grunn at Forvaltningslovens regler om enkeltvedtak ikke kommer til anvendelse. Den avgjørelse som omtales ovenfor, hvor det hevdes å være behov for et særlig unntak, vil altså gjelde bruk av tvang. Vi står med andre ord i praksis overfor et spørsmål om tvangsinnleggelse eller tvangsmessig tilbakeholdelse i en psykiatrisk institusjon. Her vil man altså søke å etablere eller beskytte et tillits- og samarbeidsforhold ved å nekte en pasient som ber om det grunnleggende prosessuelle rettigheter som dokumentinnsyn, krav på begrunnelse, og rett til å uttale seg før vedtak treffes. Det

virker en smule fremmed å se avslag på anmodning om slike rettigheter som et tillitsskapende virkemiddel. Den dominerende målsettingen synes snarere å være noe bortimot total underkastelse fra pasientens side" (111).

Dette må etter mitt syn være et godt eksempel på hva Bernt mener når han tidligere i samme artikkel hevder at det er "litt påfallende at de saksområder hvor det har vært vanskeligst å få innpass for disse idealer (rettssikkerhetsidealene), er de hvor andre profesjoner (enn jurister), og da i første rekke medisinere, spiller en fremtredende rolle som premissleverandør og beslutningstagere" (111). Det er mye som tyder på at Bernt her rører ved kjernen av rettsikkerhetsproblemer innen det psykiske helsevern. Psykiatere som er oppdratt i en tradisjon der det å yte hjelp er det styrende etiske prinsipp, vil lett kunne oppfatte rettsikkerhetsgarantier som hemmende i forhold til det å nå frem med hjelp og behandling. Eksempler på slik tenkning finner vi i forarbeidene til den nåværende lov om psykisk helsevern. Denne loven så som nevnt tidligere dagens lys i en periode preget av behandlingsoptimisme. Nettopp denne tiltroen til psykiatrien gjorde at man var villig til å legge mindre vekt på sterke rettssikkerhetsgarantier. I komiteinnstillingen om revisjon av sinnssykelovgivningen het det i denne sammenheng følgende: "Behovet for kontroll må sies å være mindre enn før, fordi de psykiatriske sykehus er blitt bedre utstyrt og har et bedre personale, slik at faren for inhuman behandling er minimal" (26). Et annet utslag av samme tenkning var at grunnlaget for tvangsinnleggelse og tvangsretensjon ble utvidet i forhold til den gamle loven ved at det ble innført et behandlingsskriterium som et nytt tilleggskriterium for tvungent psykisk helsevern. Begrunnelsen var at de medisinske muligheter nå var vesentlig bedre enn før, og fordi behandlingsresultatene fremfor alt var avhengig av hvor raskt den syke kom under behandling (26). I et slikt perspektiv synes det klart mulig at psykiaterenes ønske om å yte hjelp

kombinert med en sterk tiltro til egne behandlingsmuligheter, lett vil kunne komme i et motsetningsforhold til etableringen av håndfaste rettsikkerhetsgarantier.

I Stortingsmelding 32 (1976-77) om rettssikkerheten i helse- og sosialinstitusjoner (21) fremmes lignende synspunkter. Blant annet hevdes det på side 52 følgende: "En kan noe forenklet si at den måten en har søkt å sikre rettssikkerheten på ved innlegging i og utskrivning fra psykiatriske institusjoner særlig har vært å gi muligheter for overprøving. Ved overlegens vedtak er det få formelle rettssikkerhetsgarantier. På en måte kan en si at overlegen ved sine avgjørelser skal ivareta behandlingshensynet, mens kontrollkomisjonene skal vareta rettssikkerheten" (21).

Når det gjelder reglene for klagebehandling ved kontrollkomisjonene heter det i § 9 i lov om psykisk helsevern at "forvaltningsloven gjelder så vidt ikke annet er bestemt i denne lov". Det som i denne sammenheng er betenkelig ut fra rettssikkerhetshensyn, er at det nettopp finnes hjemmel for å unndra saksopplysninger fra pasientene dersom kontrollkomisjonen finner at hensynet til pasientens sinnstilstand gjør dette utilrådelig. Slike unntak gjelder både overlegens redegjørelse i saken, og selve vedtaket som blir fattet av kontrollkomisjonen (104). Imidlertid har alltid den som handler på pasientens vegne adgang til disse dokumentene, og etter at det fra 1981 ble bestemt at det alltid skulle oppnevnes advokat for pasienter i klagesaker som dreier seg om tvungent psykisk helsevern, kan det vel sies at retten til å gjøre seg kjent med alle sakens sider er ivaretatt. Det bør likevel vurderes hvilke negative følger det kan ha for pasienten selv å bli nektet kopi av viktige dokumenter av sentral betydning for saken.

For fullstendighetens skyld skal også nevnes de øvrige etablerte rettsikkerhetsgarantier for pasienter under tvungent psykisk helsevern. Den

tidligere nevnte halvårlige kontrollundersøkelse av paragraf 5-innlagte, må sies å være en reform som har styrket rettssikkerheten. Videre må pasientenes adgang til i lukket brev å henvende seg til sivilombudsmannen for forvaltningen nevnes, og endelig kan sannsynligvis den tilsynsplikt Helsedirektoratet og fylkeslegene har ifølge lov om statlig tilsyn med helsetjenesten spille en positiv rolle for pasientenes rettssikkerhet på et mer generelt plan.

De rettssikkerhetsgarantier som er etablert i lov om psykisk helsevern er av defensiv karakter. De tar sikte på å forhindre at urimelige eller uriktige tvangsinngrep finner sted. I de senere årene har det imidlertid fra flere hold vært anført at pasientenes rett til adekvat behandling må anses som en vesentlig del av de rettssikkerhetsgarantier som bør gjelde for psykiatriske pasienter (7,21,37,113,114,115,116). Generelt vil vel ingen være uenig i at det er en viktig målsetting at psykiatriske pasienter på lik linje får behandling når de har behandlingsbehov, men det er likevel viktig å skille rettsikkerhetsproblemene omkring retten til behandling fra rettssikkerhetsgarantiene i forbindelse med tvungent psykisk helsevern. Alvoret et inngrep i den personlige frihet representerer er så stort at det først og fremst er på dette området det må sikres at uriktige eller ulovlige inngrep ikke finner sted. Det kan selvfølgelig innvendes at dersom syke mennesker ikke har en lik adgang til medisinsk behandling ved livstruende tilstander er dette like alvorlig. Til dette er å si at vi i dag har tilfredstillende garantier som sikrer pasientene slik akutt behandling. Både sykehusloven, legeloven og lov om psykisk helsevern inneholder bestemmelser som sikrer pasienter øyeblikkelig hjelp i akutte situasjoner. Det man da står tilbake med når det gjelder retten til behandling, dreier seg om å etablere et bedre utbygd psykisk helsevern som skal gi et likt og kvalitativt bedre behandlingstilbud til pasientene. Igjen må det understrekes at dette er et viktig mål, men vi befinner oss på et nivå der rettssikkerhetshensyn tross alt er mindre viktig

enn de rettssikkerhetsgarantier som skal beskytte pasientene mot tilfeldige, unødvendige eller ulovlige frihetsberøvelser. En sammenblanding av disse nivåene sammen med en sterk fokusering mot retten til en god behandling, vil lett kunne avlede oppmerksomheten fra alvoret knyttet til tvungent psykisk helsevern. Psykiatere vil selvsagt ha større interesse av å henlede oppmerksomheten mot de mangelfulle behandlingstilbudene og knytte rettssikkerhetsdebatten til dette fenomenet, enn til enhver tid bli presset på indikasjonene for tvangsbruk. Ifølge den amerikanske sosiologen Milner reagerte nettopp the American Psychiatric Assosiation med å enegasje seg i pasientenes rett til behandling da det ble reist kritikk mot tvangsbruk og psykiatrisk paternalisme i slutten av sekstitallet og på begynnelsen av 70-tallet (117).

Også forhold vedrørende de psykiatriske institusjonenes materielle og faglige forutsetninger vil spille en rolle for rettssikkerheten. Dette påpekes i forarbeidene til de endringene som ble foretatt i lov om psykisk helsevern i 1981, der det heter at rettssikkerheten i de psykiatriske institusjoner i tillegg til de punkter som er nevnt i Stortingetsmelding 32 (1976-77) (21) er avhengig av a) Klare og betryggende juridiske regler om inntaksvilkår, framgangsmåte, partsrettigheter og kontroll, b) Ressurser som faglig kvalifisert personale og bygninger som gir akseptable boforhold, og c) En etisk høyverdig holdning hos det store antall helsepersonell (118). Viktigheten av dette understrekes også av Kringlen i hans tidligere refererte artikkel om rettssikkerhet, der han skriver: "Manglende respekt for pasientenes integritet og rettssikkerhet er ofte et resultat av store upersonlige institusjoner" (7). De forhold det her er pekt på er grunnleggende for at rettsikkerhetsprinsippene skal kunne praktiseres i tråd med intensjonene.

4. PROSJEKTETS PROBLEMSTILLINGER.

På bakgrunn av at problemene omkring tvungent psykisk helsevern tidligere i liten grad har vært gjenstand for systematisk forskning, var det lite å bygge på med hensyn til tilnæringsmåte og metodevalg. Dette gjorde det nærliggende at prosjektets innretning dels ble av eksplorativ og dels av deskriptiv natur.

Prosjektet dekker flere problemområder. De mest sentrale problemstillingene ble:

1. Hvilken betydning har regelverkets kriterier og utformingen av disse kriteriene for anvendelsen av tvungent psykisk helsevern ?
2. Hvorledes begrunner psykiatere tvungent psykisk helsevern, og på hvilken måte avveier psykiatere antatte behandlingsbehov hos pasientene mot inngrep i pasientenes personlige frihet ?
3. Hvilke forutsetninger har pasientene for å klage over tvungent psykisk helsevern gjennom de klagemulighetene som er etablert i medhold av lov om psykisk helsevern ?
4. Hvorledes arbeider kontrollkomisjonene i praksis, og hvilken kompetanse har de til å løse de oppgaver de er tillagt ? Fungerer kontrollkomisjonene på samme måte på ulike steder, og hvorledes kan eventuelle forskjeller forklares? I hvilken grad fyller kontrollkomisjonene sin oppgave som rettssikkerhetsinstans ?

Hypotesen som ble fremsatt ved prosjektets opprinnelse knyttet seg til problemstillingen omkring psykiateres avveininger av behandlingshensyn i forhold til inngrep i pasientenes personlige frihet (punkt 2 over). Denne hypotesen gikk ut på at jo større grad av tiltro psykiatere har til behandlingsmulighetene, desto lettere vil inngrep i pasientenes personlige frihet aksepteres. Med andre ord: Jo større grad behandlingshensynet slår igjennom i vurderingen av premissene for tvungent psykisk helsevern, desto mindre vekt vil rettssikkerhetshensyn bli tillagt.

Når det gjaldt kontrollkomisjonene, var det i mindre grad knyttet klare hypoteser til de problemstillinger som ble satt frem med hensyn til kontrollkomisjonenes funksjon. Det var likevel rimelig å anta at komisjonenes kompetanse ville reflekteres i graden av enighet mellom psykiatere og kontrollkomisjon, på den måten at stor enighet kunne tyde på lav kompetanse i de psykiatriske spørsmål som ble vurdert i forbindelse med grunnlaget for tvungent psykisk helsevern.

5. PRESENTASJON AV ARBEIDENE.

5.1. DE ULIKE ARBEIDENE.

Prosjektets arbeider dreier seg alle om forhold knyttet til de sivilrettslige forhold i rettspsykiatrien. Mer konkret berører samtlige arbeider vilkårene for tvangsinnleggelse og tvangstilbakeholdelser i psykiatriske institusjoner, og sider ved overprøvningsmulighetene av vedtak om tvungent psykisk helsevern.

I det følgende vil prosjektets arbeider og viktigste konklusjoner kort bli presentert.

5.1.1. ARBEID NR. 1: TVANGSINNLEGGELSE OG TVANGSRETENSJON I PSYKIATRISKE INSTITUSJONER - EN SAMMENLIGNING AV REGELVERK OG PRAKSIS I DE SKANDINAVISKE LAND. Nord Psykiatr Tidsskr 1985;39:147-157.

Arbeidet gjennomgår de materielle og prosessuelle vilkår for tvangsinnleggelse og tvangsretensjon til psykiatriske institusjoner i Skandinavia. Mulighetene for klage og overprøving over tvungent psykisk helsevern blir likeledes gjort rede for. Arbeidet har til hensikt å gi en oversikt over det regelverket som er av betydning for tvungent psykisk helsevern i de skandinaviske land, og bygger på tilgjengelige kilder.

I arbeidet blir det pekt på at psykiatere i hovedsak har argumentert for en utvidelse av grunnlaget for tvangsinnleggelse og tvangsretensjon i forbindelse med tidligere revisjoner av den psykiatriske særlovgivning. Dette synet reflekterer at psykiatere primært er opptatt av pasientenes behandlingsbehov, og at de er villig til å redusere på rettssikkerhetsgarantiene der disse kommer i for sterk konflikt med behandlingshensyn.

Basert på opplysninger fra offentlig statistikk, fremkommer det i arbeidet at det er store forskjeller mellom de skandinaviske landene når det gjelder innleggelsesrater, både med hensyn til det totale antall innleggelser og tvangsinnleggelser. Tvangsinnleggelsesratene er høyest i Sverige og lavest i Danmark. Arbeidet drøfter hvordan disse forskjellene kan forklares. De ulike materielle vilkår for tvungent psykiske helsevern i de forskjellige lands lovverk spiller avgjørt en rolle, og ikke uventet er det slik at tvangsinnleggelsene er hyppigst der loven har de videste kriteriene for tvangsinnleggelser og tvangsretensjon. Om man sammenligner forholdene i Danmark og Norge, ser man at det fortsatt er store forskjeller i tvangsinnleggelsesraten, på tross av at lovens vilkår for tvangsinnleggelse er nær identisk i de to landene. Dette kan tyde på at regelverket har visse begrensninger når det gjelder å styre omfanget av tvungent psykisk helsevern. Det at nær en tredjedel av pasientene som har vært tvangsinnlagt i Danmark og Norge i utvalgte materialer blir utskrevet uten noen psykosed diagnose, kan tyde på at psykiatere definerer innleggelsesvilkårene videre enn det er dekning for i lovverket.

Frengangsmåten ved tvangsinnleggelser vil også kunne påvirke omfanget av tvungent psykisk helsevern på den måten at dersom prosedyren er tungvint, vil dette kunne redusere omfanget av tvang. Strukturen og utbygningsgraden av det psykiske helsevernet (sengekapasiteten såvel som poliklinisk service) i de ulike landene vil sannsynligvis også være av betydning for graden av tvang ved etablering av psykisk helsevern. Forskjellene mellom de skandinaviske land med hensyn til hyppighet av tvangsinnleggelser er imidlertid så stor at det også er rimelig å trekke inn faglig tradisjon og kulturelle faktorer for fullt ut å kunne forklare dette fenomenet.

Når det gjelder rettssikkerhetsgarantier innbygd i regelverket, hevdes det syn i arbeidet at disse er best ivaretatt i norsk lovgivning, og svakest i

dansk. De ulike land har etablert ulike klage- og kontrollordninger, men ut fra tilgjengelige data ser det ut til at pasientene har små muligheter til å få medhold i sine klager i alle de skandinaviske land. Arbeidet påpeker at overprøving blir vanskeligere når kriteriene for tvangsinngrep er vide, og særlig når vurderingene i stor grad er basert på medisinsk skjønn.

5.1.2. ARBEID NR. 2: COMPULSORILY ADMITTED PATIENTS' ABILITY TO MAKE USE OF THEIR LEGAL RIGHTS. *International Journal of Law and Psychiatry* 1986;8:413 - 422.

Arbeidet tar utgangspunkt i at en relativt liten andel av de pasienter som årlig blir tvangsinnlagt til norske psykiatriske institusjoner klager over det aktuelle tvangsinngrepet. Det var derfor nærliggende å spørre i hvilken grad tvangsinnlagte pasienter har forutsetninger for å benytte den eksisterende mulighet til å påklage beslutningen om tvungent psykisk helsevern. På denne bakgrunn ble 78 tvangsinnlagte pasienter ved tre norske psykiatriske sykehus intervjuet mellom 3. og 10. dag etter innleggelsen. Intervjuet var semistrukturert og inneholdt 30 enkle, konkrete spørsmål. I intervjuet ble følgende tema belyst: a) Pasientenes kunnskap om eksisterende klagemuligheter, b) Pasientenes kunnskap om praktisk fremgangsmåte om klage skulle fremsettes, og c) Var pasientenes psykiske tilstand slik at de var i stand til å fremme et klagemål?

Etter intervjuers vurdering var bare 41 (52.6 %) av de intervjuede pasientene i stand til å benytte det eksisterende klageapparat, mens 30 (38.5 %) manglet nødvendige forutsetninger i denne sammenheng. Av de 30 pasientene som ble bedømt ute av stand til å klage, ble det i 16 tilfelle funnet at den viktigste grunnen til dette var mangel på kunnskap om klagemulighetene, mens det i 9 tilfelle ble funnet at pasientene på bakgrunn av sin sykdom var for forvirrete eller desorienterte. I de siste fem tilfelle skyldtes manglende

forutsetninger for å kunne klage en kombinasjon av de tidligere nevnte grunner. Førstegangsinnlagte pasienter hadde klart dårligere kunnskap om klagemulighetene enn reinnlagte pasienter, og det pasientene fortalte kunne tyde på at den viktigste måten pasientene fikk kunnskap om klagesystemet på var ved at de ble sosialisert inn i sykehusmiljøet ved gjentatte innleggelser.

Bortsett fra at bevisst desinformasjon fra pasientene til intervjuer kunne utelukkes som årsak til funnene i dette arbeidet, ga ikke intervjuene klare holdepunkter for hva som bidro til at pasientene manglet kunnskaper om klagesystemet. At pasientene rapporterer dårlig kunnskap om emnet betyr nødvendigvis ikke at informasjon ikke er blitt gitt. Det er mulig at tidspunktet for informasjon om klagemulighetene ikke er optimalt. I dag skal denne gis fortrinnsvis i forbindelse med selve innleggelsen. I innleggelses-situasjonen kan det lett tenkes at slik informasjon kommer i skyggen av dramatikken og uroen omkring selve tvangsinnngrepet, og arbeidet anbefaler derfor at informasjonen gjentas etter at pasienten har vært i avdelingen i noen dager.

5.1.3. ARBEID NR.3: GROUNDS FOR INVOLUNTARY HOSPITALIZATION ACCORDING TO THE OPINION OF NORWEGIAN PSYCHIATRISTS. (Upublisert)

Arbeidets hensikt er å belyse de begrunnelser psykiatere gir for sine beslutninger om tvungent psykisk helsevern. Med dette utgangspunkt ble 212 redegjørelser fra ansvarlige psykiatere ved fire norske psykiatriske sykehus gjennomgått og analysert. Redegjørelsene som var utferdiget i forbindelse med klage til kontrollkomisjonene over tvangsretensjon, inneholdt begrunnelser for avslag på krav om utskrivning fra tvungent psykisk helsevern.

Ved gjennomgang av de aktuelle redegjørelsene kom det frem at tvangsretensjon i hovedsak ble begrunnet ut fra behandlingshensyn i tillegg til at det forelå en alvorlig sinnslidelse. I 71.3 % av alle saker ble det referert til behandlingskriteriet enten alene eller i kombinasjon med andre kriterier. Samtidig ble det funnet at psykiatere tenderer til å definere både alvorlig sinnslidelse-begrepet og tilleggskriteriene videre enn de grenser loven trekker. Gjennom en vurdering av antall tilfelle der psykiaternes begrunnelser for retensjon gikk ut over de rammer som lov om psykisk helsevern setter, ble det anslått at dette var tilfelle i ca. 15 % av sakene. Det var påfallende at selv om behandlingskriteriet ble påberopt så hyppig som tilfellet var, ble innholdet av behandlingen eller behandlingsmål nesten aldri nevnt i redegjørelsene. Ikke i noe tilfelle ble det foretatt en overordnet skjønsmessig avveining mellom fordelene og ulempene ved å fortsette det tvungne psykiske helsevernet.

Arbeidet konkluderer med at problemene knyttet til fortolkning og overprøving av vilkårene for tvungent psykisk helsevern, i størst grad kan reduseres ved at muligheten for tvangsinnleggelse på behandlingsindikasjon avskaffes. Dette bygger på det syn at det er behandlingskriteriet som er det tilleggskriteriet som i størst grad gir rom for psykiatrisk skjønn. Av samme grunn vil problemene knyttet til kontrollkomisjonenes overprøving av premissene for tvungent vern være størst når det gjelder behandlingsindikasjonen, så lenge kontrollkomisjonen ikke har den samme psykiatriske kompetanse som overlegene ved de psykiatriske institusjonene. I og med at det er behandlingsindikasjonen som blir brukt i størst omfang ved begrunnelser for tvungent psykisk helsevern i det aktuelle materialet, er det også rimelig å anta at omfanget av tvungent psykisk helsevern i Norge mest effektivt ville reduseres ved at behandlingsindikasjonen ble fjernet.

5.1.4. ARBEID NR.4: THE CONTROL-COMMISSIONS IN NORWEGIAN MENTAL HEALTH CARE.
(Akseptert for publikasjon i International Journal of Law and Psychiatry)

Arbeidet tar sikte på å presentere de norske kontrollkomisjonene for et utenlandsk publikum. Komisjonenes bakgrunn, nåværende funksjon og oppgaver blir beskrevet. Arbeidet inneholder også en mer generell diskusjon om behovet for særlige kontrollsystemer i psykiatrien, og om ulike måter å løse eventuelle kontrollbehov på. Innholdet bygger dels på tilgjengelige kilder og dels på oppgaver fra et spørreskjema utsendt til alle kontrollkomisjonsformenn våren 1983. Det kom inn svar fra 47 av de i alt 55 komisjonene.

Arbeidet konkluderer med at det fortsatt er behov for en spesiell kontroll i psykiatrien. Det faktum at det er psykiatere som alene er gitt myndighet til å treffe vedtak om tvungent psykisk helsevern, kombinert med at det også i den senere tid har vært avdekket kritikkverdige forhold ved enkelte psykiatriske institusjoner er viktige argumenter for opprettholdelsen av en slik kontroll. Når det gjelder de norske kontrollkomisjonene, ser det ut til at det at de er plassert lokalt både er en styrke og en svakhet. Den lokale forankring muliggjør en personlig kontakt med pasientene og et godt kjennskap til den eller de institusjonene som ligger under deres tilsyn. Dette må anses som positivt. På den annen side viser resultatene av spørreskjemaundersøkelsen at komisjonene har ulike syn på viktige fortolkninger av enkelte begreper i lov om psykisk helsevern. Dette kan medføre at komisjonene har ulik praksis på ulike steder. Komisjonenes nærhet til institusjonene medfører også en mulig fare for at de blir for kollegiale med det psykiatriske fagpersonell på institusjonen. Med hensyn til komisjonenes kompetanse, svarte 46.3 % av alle komisjonene at de ikke hadde forutsetninger for reelt å kunne overprøve det psykiatriske skjønn som lå bak overlegens konklusjon om pasienten led av en alvorlig sinnslidelse eller ikke.

Arbeidet peker også på at kommisjonenes organisasjonsform, deres store arbeidsbyrde og manglende psykiatriske kompetanse reduserer deres mulighet til å oppfylle de rettssikkerhetsgarantier som er tillagt dem. Den passivitet som kommisjonene viser må ses på bakgrunn av de forhold som her er nevnt.

5.1.5. ARBEID NR.5: THE CONTROL-COMMISSIONS PROCEDURE OF COMPLAINTS IN NORWEGIAN MENTAL HOSPITALS. (Akseptert for publikasjon i International Journal of Law and Psychiatry).

En vesentlig del av kontrollkomisjonens oppgaver er å motta og behandle klager fra pasienter, pårørende eller andre som er involvert i den enkeltes psykiske helsevern. Dette arbeidet belyser hvorledes kontrollkomisjonene behandler innkomne klager. Alle skriftlige henvendelser eller klager innkommet til fire norske kontrollkomisjoner i perioden 1976-1983 ble registrert og analysert. Ialt dreide det seg om 1914 henvendelser. De aktuelle kontrollkomisjonene var alle knyttet til psykiatriske sykehus som ble ansett å ha de samme behandlingsoppgaver og omtrent det samme omfang av tvungent psykisk helsevern.

Registreringen viste at klagetallet bare utgjorde 7.7 % i forhold til samtlige innleggelser i perioden, svarende til 21.6 % av alle tvangsinnleggelser i samme periode. Den typiske klager var en yngre, mannlig tvangsinnlagt pasient, og førstegangsinnlagte var klart underrepresentert i klagergruppen. Majoriteten av henvendelsene dreiet seg om klager over tvungent psykisk helsevern, og få klager hadde absurd eller meningsløst innhold.

Bare 13.8 % av alle klagene ble avgjort ved at kontrollkomisjonene fattet et formelt vedtak. Av de klagene som ikke ble avgjort ved formelle vedtak, ble

de fleste trukket tilbake av pasienten etter at saken hadde vært drøftet med ett eller flere medlemmer av kontrollkomisjonen. En del pasienter (20% av de tilfelle der det ikke ble truffet formelt vedtak) ble utskrevet av tvungent psykisk helsevern før klagen ble realitetsbehandlet av kontrollkomisjonen.

I de 265 tilfellene der kontrollkomisjonene fattet formelt vedtak fikk pasienten medhold i 18 (6.8 %) av sakene. Men persisterende uenighet mellom psykiater og kontrollkomisjon kunne bare registreres i 10 av disse 18 saker. Dette tyder på at komisjonene kan ha for svak kompetanse til reelt å overprøve det psykiatriske skjønn i saker om tvungent psykisk helsevern. Den tiden komisjonene brukte på den formelle klagebehandling var lenger enn regelverkets tidsfrist for å treffe slike vedtak for alle de fire komisjonene. Gjennomsnittlig brukte komisjonene 41.9 dager fra en klage ble skrevet til det ble fattet et formelt vedtak, og denne tiden varierte fra 16.2 til 134.1 dager ved de ulike komisjonene.

Det ble demonstrert at det var store forskjeller komisjonene imellom med hensyn til klage og vedtaksfrekvenser, klagebehandlingsprosedyrer og tidsbruk ved klagebehandling. Disse forskjellene lar seg ikke forklare på annen måte enn at komisjonene har utviklet ulike arbeidsmåter og ulik praksis.

5.1.6. ARBEID NR.6: GROUNDS FOR DETENTION IN MENTAL HOSPITALS ACCORDING TO FORMAL DECISIONS MADE BY NORWEGIAN CONTROL-COMMISSIONS. (Upublisert)

Intensjonen med dette arbeidet var å belyse kontrollkomisjonenes begrunnelse for sine formelle vedtak i saker om tvungent psykiske helsevern. På denne bakgrunn ble 185 formelle vedtak om tvungent psykisk helsevern, fattet av fire ulike kontrollkomisjoner i perioden 1976-83 analysert.

Utvalget av formelle vedtak ble gjort slik at det var mulig å sammenligne kontrollkomisjonenes begrunnelser med psykiaterenes standpunkter i de samme sakene. En slik sammenligning ble ansett som viktig for å kunne vurdere komisjonenes kompetansenivå i spørsmål om vilkårene for tvungent psykisk helsevern.

Det ble funnet at kontrollkomisjonene var enig med psykiaterne i deres standpunkt med hensyn til tvungent psykisk helsevern i 96.8 % av alle sakene. Kontrollkomisjonene dokumenterte et overordnet forvaltningsskjønn i bare 5 saker, og bare i én av disse 5 sakene ble pasienten skrevet ut på tross av at lovens øvrige kriterier for retensjon var funnet å være til stede. Den obligatoriske oppnevning av advokat til å ivareta pasientens interesser som trådte i kraft i 1981 har ikke ført til at flere pasienter har fått medhold i sine klager etter 1981 i det foreliggende materialet.

I hovedsak begrunnet kontrollkomisjonene sine vedtak med henvisning til de samme kriterier som psykiaterne. Arbeidet hevder at kontrollkomisjonene i alt vesentlig ser ut til å basere sine vedtak på hva som er anført i redegjørelsene fra psykiaterne, og bare i liten grad trekker inn andre vurderinger før vedtak fattes. På denne bakgrunn ser det ut til at påstanden om at komisjonene mangler nødvendig kompetanse til reelt sett å overprøve psykiaternes vurderinger kan være en realitet. En viss tendens til at komisjonene identifiserer seg med sykehusets behandlingsoppgaver kan også bidra til at kontrollkomisjonene og psykiaterne inntar det samme standpunkt i saker om tvungent psykisk helsevern.

5.2. SAMMENFATNING AV PROSJEKTETS VIKTIGSTE FUNN OG KONKLUSJONER.

1. Psykiatriske pasienter har ikke tilstrekkelige forutsetninger for å benytte eksisterende klageadgang for å påklage vedtak om tvungent psykisk helsevern. Gjennom intervjuer med tvangsinnlagte pasienter ble det vurdert at 38 % av disse pasientene manglet forutsetninger for å henvende seg til kontrollkommisjonen. Det forhold som i størst grad bidro til dette ble bedømt å være mangelfull kunnskap om den eksisterende klageordning hos pasientene. At førstegangsinnlagte pasienter rapporterte mindre kunnskaper om kontrollkommisjonsordningen enn reinnlagte, støtter antakelsen om at pasientenes kunnskapssvikt på dette området skyldes mangelfull eller utilstrekkelig informasjon om denne klageordningen.

At klagefrekvensen til kontrollkommisjonene ble funnet å være klart lavere hos førstegangsinnlagte enn hos reinnlagte pasienter, styrker antakelsen om at sviktende informasjon om klagemulighetene bidrar til at pasientene mangler forutsetninger for å benytte klageordningen.

2. I de redegjørelser psykiatere gir til kontrollkommisjonene der de skal begrunne opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern, ble det funnet at behandlingshensynet var dominerende. I 71.3 % av alle gjennomgatte redegjørelser (N=212) ble det referert til lovens behandlingskriterium. Analysen av redegjørelsene viste at psykiatere tenderte mot å definere lovens vilkår vidt. I 15 % av tilfellene ble begrunnelsene vurdert å gå ut over lovens rammer. Når behandlingskriteriet ble anført, ble behandlingens art eller mål for behandlingen bare unntaksvis nevnt. Avveininger av fordeler og ulemper forbundet med opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern mot fordeler og ulemper ved å skrive pasienten ut av tvungent psykisk helsevern forekom ikke. Det ser derfor ut til at

psykiatere vektlegger behandlingshensyn i større grad enn den aktuelle konfliktsituasjonen når de skal ta stilling til spørsmål om tvungent psykisk helsevern. Ut fra rettssikkerhetshensyn bør det vide skjønn psykiatere utøver i spørsmål knyttet til premissene for tvungent psykisk helsevern begrenses.

3. Prosjektet gir holdepunkter for at kontrollkomisjonene ikke fyller sin oppgave som rettssikkerhetsinstans på en fullgod måte. Det er vist i prosjektet at ulike kommisjoner har utviklet ulik praksis, og at kommisjonene har ulike fortolkninger av lovens vilkår for tvungent psykisk helsevern. Komisjonenes passivitet som særlig gir seg utslag i at kommisjonene sjelden tar opp saker på eget initiativ, og som muligens må sees på bakgrunn av deres store arbeidsbelastning, er også til hinder for at kommisjonene kan fungere tilfredsstillende som rettssikkerhetsinstans. Komisjonenes manglende kompetanse når det gjelder overprøving av overlegenes psykiatriske skjønn som er påpekt, representerer også en svakhet ved kommisjonene.
4. Regelverkets utforming spiller en viktig rolle for rettssikkerheten i psykiatrien på den måten at klare og presise kriterier for tvungent psykisk helsevern vil redusere psykiaternes muligheter for utøvelse av skjønn, og om kriteriene gjøres snevre vil sannsynligvis dette kunne redusere omfanget av tvungent psykisk helsevern. Kulturelle faktorer og holdninger til tvangsbruk vil imidlertid også påvirke lovanvendelsen.

6. METODEBETRAKTNINGER.

I utgangspunktet var det ingen tilnærminger til de aktuelle problemene som var selvsagt å velge. Den manglende forskningsaktivitet på feltet medførte at det ikke var utviklet særlige metodiske redskaper som egnet seg til å belyse forhold omkring anvendelse av tvungent helsevern i psykiatrien. I og med at prosjektet dels var av eksplorativ og dels av deskriptiv art, var det naturlig i hovedsak å foreta en retrospektiv analyse av tilgjengelige kilder. Valg av retrospektiv metode ble begrunnet med at det ved denne fremgangsmåten var mulig å få et omfattende materiale i løpet av kort tid. Alternativt kunne man tenke seg ulike prospektive design. Man kunne enten ta utgangspunkt i en eller flere kontrollkomisjoner, eller i en gruppe tvangsinnlagte pasienter, og følge disse fremover. Fordelen med en prospektiv tilnærming ville ligge i at man på forhånd kunne sikre at de innsamlete data ble standardisert, og at de belyste problemstillingene på en valid måte. Den største ulempen ved en prospektiv design ville være at metoden er tidkrevende, samtidig som antall registrerte hendelser av betydning for vurderinger omkring tvungent psykisk helsevern ville være relativt få, sett i relasjon til observasjonstiden. For eksempel ville det ta mange år før man ved et prospektivt design med utgangspunkt i en gruppe tvangsinnlagte ville ha registrert et rimelig antall av formelt fattede kontrollkomisjonsvedtak. Skulle man ta utgangspunkt i kontrollkomisjonene, ville det neppe være mulig å følge mer enn én kommisjon uten at antall medarbeidere i prosjektet ble øket, særlig hvis oppfølging av kommisjonen(e) skulle inkludere observasjon av kommisjonenes virksomhet. På denne bakgrunn ble et retrospektivt design foretrukket.

Det ble tidlig i løpet av prosjektperioden klart at det ikke var mulig direkte å teste hypotesen om sammenhengen mellom behandlingstiltro og rettssikkerhet, på grunn av metodiske begrensninger. Det eksisterte ikke noe

mål for graden av rettssikkerhet, og på bakgrunn av hvor sammensatt og omfattende rettssikkerhetsbegrepet er, ville det være vanskelig, - om ikke umulig, å konstruere noe meningsfullt kvantitativt mål for rettssikkerhetsgraden. Heller ikke graden av behandlingstiltro lot seg måle, slik at det ikke var mulig å lage noen index som direkte beskrev sammenheng mellom rettssikkerhet og behandlingstiltro. Denne hypotesen kunne bare belyses indirekte, gjennom en mer skjønnspreget vurdering av prosjektets aktuelle data. I første rekke ville det være datagrunnlaget for vurderingen av psykiaternes begrunnelser for tvungent psykisk helsevern som kunne si noe om behandlingstiltroen, mens det var kontrollkomisjonenes saksbehandling og begrunnelser for sine vedtak som kunne si noe om rettssikkerhetsnivået i denne sammenheng.

I det følgende vil det bli gitt en oversikt over de metoder som faktisk ble benyttet ved prosjektets datainnsamling og dataanalyse. Disse metodene vil bli diskutert i forhold til prosjektets ulike problemstillinger, og i forhold til alternative metodevalg.

6.1.PASIENTENES FORUTSETNINGER FOR Å BENYTTET DET EKSISTERENDE KLAGEAPPARATET.

For å belyse pasientenes forutsetninger for å benytte de eksisterende klagemuligheter over tvungent psykisk helsevern, ble det foretatt personlige intervjuer med tvangsinnlagte pasienter ved tre psykiatriske sykehus relativt kort tid etter innleggelsen. Alle pasienter som ble tvangsinnlagt i en seks-ukers periode ble inkludert i undersøkelsen, og intervjuene ble foretatt mellom 3 og 10 dager etter innleggelsen. Avdelingens utskrivningsdiagnose og supplerende bakgrunnsdata ble hentet fra journaler og avdelingenes kardex. Intervjuet var semi-strukturert og ble tatt opp på lydbånd i de tilfelle pasientenes tillot dette. I de øvrige tilfelle ble svarene notert under intervjuet. På bakgrunn av erfaringer fra pilotintervjuer, ble det endelige

intervjuskjemaet endret i retning av enklere og mer konkrete spørsmål, og det ble utarbeidet en standardisert introduksjon til intervjuet som ble lest opp for alle intervjuobjektene. I praksis var erfaringen at spørreskjemaet fungerte godt selv overfor sterkt psykotiske pasienter. Den høyt strukturerte intervjusituasjonen i kombinasjon med enkle spørsmål gjorde det mulig for pasientene å konsentrere seg. Det er mulig at pasientenes tydelige engasjement i sin egen situasjonen som tvangsinnlagt også kan ha bidratt til at gjennomføringen av intervjuene gikk så tilfredstillende som det gjorde. Med tilfredsstillende i denne sammenheng siktes det til pasientenes store oppslutning om intervjuene, og at intervjuene nesten uten unntak lot seg gjennomføre etter intervjuskjemaet uten at intervjuobjektene gled ut av intervjuet eller avbrøt dette. Den standardiserte introduksjonen og spørreskjemaet som ble brukt ved intervjuene finnes som vedlegg (Vedlegg 1 og 2).

Det er vanskelig å tenke seg andre metodiske tilnæringer som ville være bedre egnet enn personlige intervju for å få kunnskap om pasientenes forutsetninger for å benytte den eksisterende klageadgang på psykiatriske sykehus. Det er neppe grunn til å anta at et selvutfyllende skjema ville vært et bedre alternativ. Selv om man i utgangspunktet kunne inkludere langt flere ved en selvutfyllende spørreskjemaundersøkelse, ville antakelig svarprosenten fra denne pasientgruppen være lav, og fortolkningsproblemene av de innkomne svar være så stor at personlige intervjuer må anses som en bedre fremgangsmåte. Som ved alle intervjuundersøkelser vil forutinntatthet (bias) hos intervjuer kunne påvirke svarene hos intervjuobjektet. Betydningen av slike eventuelle subjektive holdninger hos intervjuer kan motvirkes ved at de spørsmålene som stilles er nøytrale i utformingen, og at intervjuer holder seg strengt til spørsmålene i spørreskjema under intervjuet. Dette ble tilstrebet i det aktuelle prosjektet.

Slik intervjukjemaene ble utformet, ga de ikke svar på om pasientenes manglende kunnskap om klageordningen skyldtes at informasjon ikke var gitt eller om pasientene hadde glemt eller fortrenget slik informasjon. Det er vanskelig å vite hvorledes man skulle få kunnskap om dette. En mulighet ville være å observere innleggelsesituasjonen, fra pasientene fikk kontakt med primærlege utenfor sykehuset til innleggelsen formelt var godkjent av ansvarlig overlege ved sykehuset. Ved en slik fremgangsmåte ville imidlertid de observerte legene være klar over at de ble overvåket, og muligheten for at pasientene ville få bedre informasjon om rettigheter og klagemuligheter i en slik situasjon enn i normalsituasjonen ville være stor. Riktignok tyder det tidligere refererte arbeidet til Bean (57) på at legene bak innleggelsesprosessen ikke skjerpet seg med hensyn til informasjon til pasientene, selv om legene ble observert i innleggelsesituasjonen. Det er likevel rimelig å anta at personlige intervjuer må anses som den best egnete fremgangsmåte i forhold til den aktuelle problemstillingen.

Umiddelbart etter intervjuene gjorde intervjuer en spontan vurdering av om intervjuobjektet viste psykotiske symptomer under intervjuet. En slik metode for bedømming av psykotiske symptomer er preget av skjønn, og det hadde sannsynligvis vært en styrke om et standardisert diagnostisk intervju hadde vært benyttet i tillegg, eller i stedet for en slik spontan vurdering. Dette ble ikke gjort ut fra antagelser om at en slik tilleggsprosedyre ville være for belastende for pasienter som nylig var tvangsinnlagt. Etter intervjuet foretok intervjuer også en skjønsmessig vurdering av hvorvidt pasientene hadde forutsetninger for å benytte klageapparatet eller ikke. Denne vurderingen kunne sammenholdes med de konkrete opplysninger om pasientenes

forutsetninger som ble gitt i intervjuet, og viste at det var meget godt samsvar mellom den spontane vurderingen som ble foretatt, og de forutsetninger pasientene hadde for å benytte det eksisterende klageapparat, bedømt gjennom analyse av de konkrete svar pasientene ga i intervjuet.

Det knyttet seg enkelte problemer til analysen av intervjuene. Det måtte i samarbeid med veilederne utarbeides et eget analyseskjema for dette formålet. En del av intervjusvarene lot seg forholdsvis lett kvantifisere, mens andre svar var av mer kvalitativ art. De data som er presentert i arbeidet er fortrinnsvis av kvantitativ art. I de tilfelle der kvalitative data ble analysert, ble svarene fordelt i få og grove kategorier på grunnlag av skjønn hos den som foretok analysen (forfatteren). For eksempel ble svarene på spørsmålet: "Hvordan likte du kontrollkommisjonen" delt inn i positive, negative eller nøytrale utsagn. Ved å benytte såpass grove kategorier, kunne svarene diskrimineres på en tilfredsstillende måte.

Et annet problem av metodisk art ved analysen av data, var at noen intervjuer fantes på lydbånd (69 %), mens andre ikke fantes. De intervjuene som var på lydbånd, ble gjennomgått to ganger samme dag som intervjuene ble utført. Det er en mulighet for at kvaliteten av analysen av de intervjuene som befinner seg på lydbånd, er bedre enn for de intervjuene der lydbånd ikke ble benyttet.

6.2. PSYKIATERES BEGRUNNELSE FOR TVUNGENT PSYKISK HELSEVERN.

Måten psykiatere begrunner tvungent psykisk helsevern på kan i utgangspunktet belyses gjennom flere kilder. I de formelle vedtak som treffes ved innleggelsen skal slike begrunnelser gis. Det som talte imot å benytte disse kildene, var at slike formelle vedtak først ble forskriftsfestet i 1979, og i de første årene etter ordningen trådte i kraft ble slike vedtak fattet i varierende grad. Et annet forhold som taler imot å bruke disse vedtakene, er at de i stor grad varierer i omfang og kvalitet, og at de ved enkelte sykehus kan være så knappe at de ikke gir informasjon om begrunnelsen for tvungent psykisk helsevern.

En annen aktuell kilde der psykiatere må begrunne tvungent psykisk helsevern, er de halvårlige kontrollundersøkelsene av pasienter innlagt i medhold til paragraf 5 i lov om psykisk helsevern. Slike begrunnelser er imidlertid summariske og begrenset til å bekrefte om lovens kriterier er tilstede eller ikke. Dessuten dreier det seg om en selektert gruppe av tvangsinnlagte, nemlig de som har vært tvangsinnlagt mer enn et halvt år. Disse forhold gjør de halvårlige kontrollundersøkelsene dårlig egnet som kilde.

En tredje kilde til å belyse psykiateres begrunnelser for tvungent psykisk helsevern, er de saker som har vært ført for retten. I disse sakene er opplysningene ofte fyldige, og psykiaternes standpunkter kan kontrasteres til juristenes oppfatninger og lovtolkninger. En gjennomgang av slike rettsaker med henblikk på psykiaternes begrunnelser for tvungent vern, ville avgjort kunne gi økt kunnskap på feltet. Grunnen til at disse sakene ikke ble valgt, var først og fremst at de er sjeldne. Det må også antas at de sakene som føres for retten er selekterte på den måten at bare de sakene der psykiaterne føler seg relativt sikre på at vilkårene for tvungent psykisk helsevern er tilstede, når så langt som til retten.

Den siste av eksisterende kilder er de redegjørelser som psykiatere er pliktige til å utferdige til kontrollkomisjonene når pasienter klager over overlegens vedtak om tvungent psykisk helsevern. Disse erklæringene ble vurdert for å være best egnet til å belyse psykiateres begrunnelser for sine vedtak vedrørende tvungent psykisk helsevern, og ble følgelig valgt som kilde. De ble ansett best egnet fordi begrunnelsene i disse redegjørelsene ofte er ganske omfattende, og fordi slike redegjørelser er langt hyppigere enn for eksempel begrunnelser gitt i rettssaker om tvungent psykisk helsevern. I og med at redegjørelsene utarbeides til bruk i den primære klagebehandling, ble det også antatt at man ville finne en større variasjon av de kliniske tilstander som ble vurdert i relasjon til vilkårene for tvungent psykisk helsevern enn hva man ville finne om man gikk til rettssakene. På dette grunnlag ble alle redegjørelser som ble utstedt i saker vedrørende tvungent psykisk helsevern der kontrollkomisjonene fattet formelle vedtak, samlet inn ved fire psykiatriske sykehus for perioden 1976-83.

En innvendig mot dette kildevalget er imidlertid at disse redegjørelsene er utferdiget uten at de som har skrevet dem har vært klar over at de ville bli vurdert med henblikk på begrunnelsene for tvungent psykisk helsevern. I og for seg er dette et gunstig utgangspunkt rent metodisk, men etter å ha gjennomgått alle redegjørelsene, kunne man få inntrykk av at psykiaterne i liten grad har vært opptatt av en faglig uttømmende begrunnelse for tvangsvedtakene, og i større grad har nøyet seg med å referere lovens formelle begrunnelser. Dersom slike mer formelle begrunnelser er blitt akseptert av kontrollkomisjonene over tid, kan redegjørelsene inneholde faglige begrunnelser for tvungent psykisk helsevern i mindre grad enn ønsket, og i mindre grad enn om psykiaterne hadde visst at det var denne begrunnelsen som skulle vurderes. Hadde de vært klar over dette, ville sannsynligvis de faglige

begrunnelser for tvungent psykisk helsevern vært tillagt større vekt i redegjørelsene. Til dette er å si at det dreier seg om viktige saksdokumenter der nettop formålet er å gi en begrunnelse for psykiaterens standpunkt i spørsmål vedrørende tvungent psykisk helsevern, og at en forhåndsinformasjon til den som skulle skrive redegjørelsen kunne føre til at vurderingene ble annerledes enn i normalsituasjonen. Det siste argumentet taler også imot intervjuer med psykiatere om deres synspunkter på vilkår for tvungent psykisk helsevern. I en intervjusituasjon om premissene for tvungent psykisk helsevern ville det lettere komme frem ideelle standpunkter, mens målet var å belyse de reelle begrunnelser som blir gitt i praksis. Forsåvidt ville det være av interesse også å få frem de ideelle standpunkter, i den hensikt å sammenligne idealene med realitetene, men dette falt utenfor prosjektets rammer av kapasitetshensyn.

Analysen av de innsamlete redegjørelsene bød på enkelte problemer. Redegjørelsene var av varierende kvalitet og omfang. I enkelte tilfelle var det innsendt journalnotater av eldre dato, enten i stedet for eller som supplement til en redegjørelse. I andre saker forelå redegjørelser fra flere av de fagfolk som var ansvarlig for pasientens behandling. I slike tilfelle ble alle de dokumentene som det ble referert til i kontrollkomisjonenes vedtak vurdert samlet. I tilfelle motstrid mellom ulike redegjørelser i samme sak, ble den redegjørelse som var utstedt fra den ansvarlige psykiatriske overlege gitt overordnet gyldighet, og analysen ble bygget på denne.

For selve analysen ble det utarbeidet et eget skjema i samarbeid med veiledere. For å vurdere skjemaets pålitelighet ble 55 tilfeldig uttrukne redegjørelser parallellkodet av en kollega. Denne kollegaen hadde samarbeidet med testing av pilotkasus og utarbeidelsen av manual for koding. De variable der parallellkodingen var av særlig interesse, var naturlig nok de variable

der kodingen ga rom for skjønnspregete vurderinger. Resultatet av parallellkodingen viste imidlertid god overensstemmelse mellom de to kodere, også for slike skjønnspregete variable, og svakeste "overall agreement" lå på 76.4 %. Analyseskjemaet og manualen finnes som vedlegg. (Vedlegg 3 og 4).

6.3. KONTROLLKOMMISJONENES FUNKSJON.

Kontrollkomisjonenes funksjon ble belyst fra følgende kilder: Alle skriftlige henvendelser som var oppbevart i kontrollkomisjonenes arkiv for perioden 1976-83 ved fire kontrollkomisjoner knyttet til fire psykiatriske sykehus, - årsrapportene og forhandlingsprotokollene fra de samme kommisjoner i det samme tidsrommet, - alle formelle vedtak som ble fattet av de fire kommisjonene i det samme tidsrom, - Helsedirektoratets arkiv for formelle vedtak fra alle landets kontrollkomisjoner for perioden 1970-83, og endelig ble det i 1983 sendt ut et omfattende spørreskjema til alle landets kontrollkomisjonsformenn. Opprinnelig var det også meningen å gjennomføre et semistrukturert intervju med formennene ved de fire kontrollkomisjonene som spesielt gikk inn i prosjektet. Dette ble bare delvis gjennomført, da det ga liten tilleggsinformasjon i forhold til det spørreskjema som ble sendt ut til alle kontrollkomisjonene. Imidlertid ble det ført løpende samtaler med de fire kontrollkomisjonenes formenn under registreringsarbeidet av det øvrige kontrollkomisjonsmaterialet, for å avklare og belyse spesielle problem knyttet til de ulike kommisjonenes praksis. Selv om ikke denne informasjonen ble systematisk registrert, var den viktig for forståelsen og analysen av de innsamlete data.

I utgangspunktet ble det antatt at disse ulike kildene ville gi et dekkende bilde av kontrollkomisjonenes virksomhet. En av intensjonene var å få kunnskap om omfanget av kontrollkomisjonenes virksomhet (forretningsvirksomheten unntatt). I henhold til denne målsettingen ble inklusjons-

kriteriene for registreringen av saker (henvendelser/klager) gjort vid. De tallene som fremkom er likevel minimumstall, da henvendelser eller klager ikke kan ha blitt arkivert eller er blitt borte fra arkivet. I og med at det også er adgang for pasienter til å henvende seg muntlig til kommisjonene, kan det være en del henvendelser som aldri nedfeller seg skriftlig. Når det gjelder Helsedirektoratets sentralarkiv, kom det frem at dette ikke er komplett, i og med at det ble oppdaget flere tilfelle av diskrepans mellom det antall vedtak som fantes i Helsedirektoratets arkiv og hva som ble oppgitt i kommisjonenes årsmeldinger. Ved de fire sykehus som spesielt gikk inn i prosjektet, ble det funnet flere formelle vedtak i kommisjonenes arkiv enn det som fantes i Helsedirektoratet.

At inklusjonskriteriene for klager/henvendelser ble satt så vide, medførte enkelte problemer i registreringsarbeidet. Særlig var mangelen på opplysninger knyttet til de klager som ikke ble avgjort ved formelle vedtak i kontrollkomisjonene problematisk. Dette førte blant annet til at det ikke var mulig å få noe representativt bilde av tiden kommisjonene brukte på å behandle disse klagenes.

Det viste seg at de kildene som ble gjennomgått var mangelfulle i forhold til å belyse vesentlige trekk ved kontrollkomisjonens arbeid. En svakhet ved prosjektet er at hva som faktisk skjer i kontrollkomisjonens møter ikke er fanget opp. Av særlig interesse ville det selvfølgelig ha vært å følge prosessen i klagebehandlingsmøtene gjennom observasjon. Dette ville i større grad ha kunnet gi informasjon om kvaliteten av interaksjon mellom klager (pasient) og kontrollkomisjonen. Intervjuer med pasienter som nettopp har vært gjennom en klagebehandling hos kontrollkomisjonen ville også i større grad kunne belyse klagerens opplevelse som part i klagebehandlingsprosessen.

Når det gjelder analyse av data, var problemene de samme for den delen av prosjektet som var knyttet til kontrollkomisjonene, som for de øvrige delene av prosjektet. De skjema som ble benyttet måtte konstrueres for formålet. Særlig vanskelig var analysen av de formelle vedtakene som ble fattet av kontrollkomisjonene. Disse vedtakene inneholdt i stor grad kvalitative data, mens det analyseskjema som ble benyttet vesentlig var begrenset til de forhold i vedtakene som lot seg kvantifisere. Det aktuelle analyseskjema finnes som vedlegg (Vedlegg 5). Det ble ikke foretatt noen parallellkoding av de formelle vedtakene, slik at i den grad kvalitative data er inkludert i analysen av de formelle vedtakene, er det grunn til å være klar over de metodiske svakheter som er knyttet til disse.

Prosjektet ble lagt opp med vekt på bredde. I alt ble over 2500 enkeltklager eller henvendelser registrert, hvorav 1914 ble inkludert i det presenterte materialet. Hensikten med å favne så vidt, var å få et inntrykk av mangfoldet i saksmengden, og at det primært var riktig å skaffe oversikt over omfanget av saker, i stedet for å studere enkeltsaker i detalj. Under arbeidet dukket imidlertid ønsket om å kunne følge noen få utvalgte klagesaker i detalj gjennom hele saksbehandlingen frem. Prosjektets innretning ga bare mulighet til en mer overfladisk tilnærming enn den man ville fått ved å gå i dybden på enkeltkasus. Begrenset kapasitet gjorde det umulig å gjøre begge deler.

6.4. VALG AV SYKEHUS OG KONTROLLKOMISJONER.

De fire kontrollkomisjonene som spesielt ble inkludert i prosjektet, ble valgt ut fra kunnskap om de sykehusene kommisjonene var tilknyttet, og ikke ut fra forhåndskunnskaper om kommisjonene selv. I utgangspunktet ble det valgt å vurdere virksomheten ved de psykiatriske sykehusene, fordi tvangsinnleggelsesratene til disse er større enn for andre psykiatriske institusjoner. Ut fra praktiske hensyn og landsdelsrelevans, ble kontrollkomisjonsundersøkelsen opprinnelig startet ved det sykehuset som lå i nærhet av Universitetet i Tromsø. Da prosjektet ble utvidet, var det naturlig å finne andre psykiatriske sykehus for sammenligningens skyld. De øvrige sykehusene ble valgt ut fra geografiske hensyn; to sykehus skulle ligge sentralt i Østlandsområdet, og det siste skulle ligge i Nord-Norge. Dette valget var begrunnet i tanker om at tilgangen på kvalifisert fagpersonell og ressurser var større på Østlandsområdet enn i Nord-Norge. For øvrig ble det tilstrebet at sykehusene skulle være så like som mulig i forhold til behandlingsoppgaver, pasientkategorier og omfang av tvungent psykisk helsevern. Tabell 7 viser antall innleggelser, førstegangsinnleggelser og tvangsinnleggelser til de fire sykehusene som inngår i prosjektet, og av denne tabellen fremgår det at de fire sykehusene på tross av en viss variasjon i størrelse, fyller utvalgskriteriene på en rimelig tilfredsstillende måte. Alle sykehusene ligger noe høyere enn landsgjennomsnittet når det gjelder tvangsinnleggelsesrater i forhold til befolkningsgrunnlaget i opptaksområdet, men dette må bare anses som en fordel i forhold til prosjektets problemstillinger. Forøvrig ligger andelen av førstegangsinnleggelser og tvangsinnleggelserprosenten ved de fire sykehusene nær gjennomsnittet for alle psykiatriske sykehus i landet, og det er rimelig å anta at de fire sykehusene som er spesielt omfattet av prosjektet, stort sett er representative for norske psykiatriske sykehus.

Dette skulle medføre at kontrollkomisjonene ved de fire sykehusene i utgangspunktet var stillet overfor de samme oppgaver som ved de typiske psykiatriske sykehusene i landet, og at man i utgangspunktet ikke ville forvente å finne store variasjoner i de utvalgte komisjonenes praksis. Ut fra komisjonenes sammensetning med hensyn til medlemmenes alder, yrke og funksjonstid, var det heller ikke noen ulikheter av betydning mellom de fire utvalgte kontrollkomisjonene. Det er altså lite som tyder på at de utvalgte kontrollkomisjoner ikke skulle være representative for kontrollkomisjoner ved norske psykiatriske sykehus. I denne forbindelse er det naturlig å minne om at kontrollkomisjonene knyttet til psykiatriske klinikker, psykiatriske sykehjem og psykiatriske avdelinger i somatiske sykehus, arbeider etter en annen instruks enn komisjonene knyttet til psykiatriske sykehus. Blant annet er arbeidsbelastningen gjennomgående noe lavere hos komisjoner som ikke er tilknyttet psykiatriske sykehus, slik at det kunne tenkes at komisjonene utenom psykiatriske sykehus hadde bedre forutsetninger for å fylle sine omfattende oppgaver enn sykehuskomisjonene. Det er under enhver omstendighet grunn til å være forsiktig med å overføre funnene knyttet til de fire kontrollkomisjonene i prosjektet til kontrollkomisjoner knyttet til andre deler av det psykiske helsevernet enn de psykiatriske sykehusene.

TABELL 7. GJENNOMSNITTLIG ANTALL INNLEGGELSER, TVANGSINNLEGGELSER OG FØRSTEGANGSINNLEGGELSER TIL DE FIRE PSYKIATRISKE SYKEHUSENE SOM INNGAR I PROSJEKTET 1977-83.

	SYKEHUS 1	SYKEHUS 2	SYKEHUS 3	SYKEHUS 4	ALLE NORSKE PSYK.SYKEHUS
TOT.ANT. INNL.	839	738	443	1078	9768
PARAGRAF 3 OG 5	270	237	138	414	3242
PARAGRAF 3 OG 5 %	32.1	32.0	31.1	38.4	33.2
PARAGRAF 3 OG 5 PR.100 000 INNB.	120	97	127*	122*	80
1.GANGS INNL.	218	224	154	279	2906
1.GANGS INNL. %	26.0	32.0	34.7	25.9	29.8
1.GANGS INNL. PARAGRAF 3 OG 5	63	59	57	148	1159
1.GANGS INNL. PARAGRAF 3 OG 5 %	28.9	26.3	37.0	53.0	39.9
MIDDELBELEGG	365	314	303	715	5563**

1976 ER UTELATT I BEREGNINGEN FORDI INNLEGGELSENE IKKE ER FORDELT ETTER PARAGRAFER I HENHOLD TIL LOV OM PSYKISK HELSEVERN PÅ DE ULIKE SYKEHUS I 1976.

* BEREGNET I FORHOLD TIL FOLKETALLET I OPPTAKSOMRADET I 1981.

** BEREGNET PÅ GRUNNLAG AV BELEGGET I 1980 ALENE.

7. GENERELL DISKUSJON.

7.1. BERETTIGELSEN AV TVUNGENT PSYKISK HELSEVERN.

Et grunnleggende spørsmål i diskusjonen omkring tvungent psykisk helsevern er hvorvidt det i det hele tatt er berettiget med frihetsberøvelser i psykiatrien. Det er utvilsomt helsevesenets oppgave å yte hjelp til syke mennesker og mennesker som er ute av stand til å ta vare på seg selv, men det er fremdeles et ubesvart spørsmål om slik hjelp bør ytes mot personens vilje. Som det er referert i introduksjonskapitlet, er det delte meninger mellom fagfolk om dette spørsmålet. Enkelte hevder at helsepersonellets rollekombinasjon i psykiatrien, med mulighet både til å yte behandling og forvalte tvang, bør unngås (46,56). Til dette vil mange innvende at dersom det ikke finnes muligheter til å gripe inn med tvang i psykiatrien; hva da med syke eller forvirrete pasienter som representerer en fare for seg selv eller andre ?

Om man tar utgangspunkt i denne innvendingen, kan man anføre at dette dreier seg om en liten gruppe pasienter. Majoriteten av tvangsinnlagte pasienter blir ikke frihetsberøvet på farlighetsindikasjon. Farlighetskriteriet ble anført i 27.4 % av de redgjørelsene fra psykiatere som begrunnet tvungent psykisk helsevern i det foreliggende arbeidet (arbeid nr. 3), og andre har funnet at farlighetskriteriet bare blir anført som tilbakeholdelsesgrunn for 16 % av alle tvangsinnlagte pasienter ved samtlige norske psykiatriske sykehus på et bestemt tidspunkt (10,43). Dessuten finnes det andre lovhjemler for å gripe inn med tvang overfor personer som er farlige for andre (straffeloven), mens nødrettsbestemmelsene i straffeloven vil kunne fritta for straff dersom man med tvang griper inn i en akutt situasjon for å hindre suicid (83).

Spørsmålet blir da om det er etisk forsvarlig at mennesker med psykiske problemer eventuelt skal tas hånd om av politimyndighet istedenfor av helsevesenet, dersom de selv motsetter seg innleggelse i helseinstitusjon. Strengt tatt vet vi ikke om det for pasientene hadde medført et større traume å bli tatt tvangsmessig hånd om av andre enn helsearbeidere i slike situasjoner, fordi vi i utgangspunktet anser det som selvsagt at syke og forvirrete mennesker vil få en bedre omsorg i helsevesenets regi, enn om politimyndighet skulle gripe inn med tvang overfor disse pasientene på lik linje med kriminelle. Det er likevel grunn til å reise dette spørsmålet, fordi psykiatrien muligens har mye å vinne på å frasi seg muligheten til å gripe inn med tvang. Det er mulig at en psykiatri uten tvang ville få et bedre tillitsforhold til sine pasienter, og det er mulig at en psykiatri uten tvangsmuligheter også i større grad måtte bestrebe seg på å etablere en behandlingssituasjon på frivillig basis, enn hva tilfellet er i dag.

Resonnementet som er gjennomført ovenfor dreier seg i utgangspunktet om farlige pasienter. Problemene blir ytterligere kompliserte når man skal betrakte berettigelsen av tvangsinngrep overfor pasienter som ikke er farlige for seg selv eller andre. Et tvangsinngrep i slike situasjoner vil ikke være av livreddende karakter, eller begrunnet i at andre har krav på beskyttelse mot pasientens antatte farlighet, men har til hensikt å hjelpe eller behandle den aktuelle pasienten. Stilt overfor dette problemet kan det reises følgende spørsmål: Er tvang og behandling uforenlig ved at traumet ved frihetsberøvelsen alltid vil være større enn gevinsten ved en behandling mot pasientens vilje, eller på bakgrunn av prinsipielle moralsk-etiske betraktninger? Eller er det slik at det er behandlingstilbudets innhold og kvalitet som til enhver tid vil være avgjørende for hvorvidt det er riktig å gripe inn med tvang i behandlingsøyemed? Disse spørsmålene vil bli nærmere drøftet senere; - hensikten med å reise dem her, er å rette oppmerksomheten mot viktige prinsipielle sider ved bruk av tvang i psykiatrien.

En slik grunnleggende debatt om hvorvidt tvungent psykisk helsevern overhode bør aksepteres eller ikke, eller om berettigelsen av tvang er avhengig av innholdet i behandlingen, har ikke vært ført i norsk psykiatri. Om man skulle forsøke å vurdere hvorfor denne debatten ikke har vært ført, er det rimelig å anta at én av grunnene til dette er at det stort sett er enighet om at tvang i psykiatrien må aksepteres under visse omstendigheter. Om en slik debatt likevel skulle komme, ville den være vanskelig fordi vi vet lite om hva konsekvensene er for de pasienter som i dag blir underkastet tvungent psykisk helsevern, like lite som vi vet hvordan det ville gå dersom muligheten til å gripe inn med tvang ble avskaffet.

Når det gjelder berettigelsen av tvungent psykisk helsevern vil på den annen side noen hevde at problemet i psykiatrien i dag er at mulighetene for å gripe inn med tvang er for begrensede (64,70). Det vises da særlig til unge rusmiddelmisbrukere som ikke får den behandling de trenger, og som står i fare for å gå til grunne som en følge av dette. Så lenge vi mangler kunnskap om konsekvensene av tvangsinngrep i behandlingsøyemed, er det ikke mulig å gi noen sikker konklusjon om dette synspunktet lar seg forsvare i større grad enn det syn som hevder at tvang i psykiatrien ikke bør aksepteres under noen omstendighet. Konsekvensen av en slik mangelfull kunnskap burde inntil videre kanskje være at man var tilbakeholden med å anvende tvungent psykisk helsevern, så lenge et slikt inngrep representerer noe så alvorlig for pasientene som tap av den personlige frihet. Forsåvidt kan det tenkes at det motsatte synspunkt lar seg forsvare; - nemlig at så lenge vi ikke vet i hvilken grad tvangsinngrepet er skadelig for pasientene, er det grunn til forsatt å gripe inn med tvang ut fra en antakelse om at pasientenes sykdom er en større trussel mot pasientenes helse og integritet, enn det et eventuelt tvangsinngrep representerer.

7.2. VILKARENE FOR TVANGSINNGREP.

Vilkårene for tvungent psykisk helsevern er definert i regelverket. Et viktig spørsmål blir hvilken betydning regelverkets utforming har for såvel omfang av tvungent psykisk helsevern som begrunnelsene for slike inngrep. I prosjektets artikkel nr. 1 blir det vist til at tvangsinnleggelsesraten er ca. 4 ganger høyere i Norge enn i Danmark, på tross av at regelverkets vilkår for tvangsinnleggelse er nær identisk i de to landene. Selv om noe av denne forskjellen antakelig kan forklares ved mulighetene for tvangstilbakeholdelse av frivillig innlagte pasienter i Danmark, er dette neppe tilstrekkelig til fullt ut å forklare den store forskjellen i omfang av tvungent psykisk helsevern mellom Danmark og Norge. Det kan på denne bakgrunn være nærliggende å spørre om det ligger begrensninger i regelverkets muligheter til å styre praksis når det gjelder tvungent psykisk helsevern, ved at ekstra-legale forhold i stor grad bidrar til utformingen av praksis. Det tenkes da i første rekke på de kulturelle, etiske og faglige bakgrunnsfaktorer som til enhver tid vil innvirke på psykiateres holdninger til tvangsanvendelse. Pårørendes holdninger og publikums krav vil på samme måte kunne påvirke omfanget av tvungent psykisk helsevern, likeledes som manglende alternative omsorgstilbud vil spille en rolle i denne sammenheng.

Så lenge det er psykiatere som både fastslår premissene og fatter vedtak i spørsmål om tvungent psykisk helsevern (111), vil psykiaterens fortolkninger av regelverkets vilkår for tvangsinnleggelse eller tvangstilbakeholdelse lett kunne påvirkes av de holdninger den aktuelle psykiater har til tvangsanvendelse (6,84). Dette vil i særlig grad være mulig når lovens vilkår er upresist formulert eller gir rom for stor grad av faglig skjønn (102). Psykiariens sykdomsbegrep er i utgangspunktet vanskeligere å avgrense enn sykdomsbegrepet i andre deler av medisinen (119,120,121). Dette øker

ytterligere problemene knyttet til fortolkning av premissene for tvungent psykisk helsevern, og bidrar til at rommet for skjønnsutøvelse hos psykiaterne blir så vidt som det ser ut til å være.

De funn som er gjort i det foreliggende arbeid, tyder på at psykiatere tenderer til å fortolke regelverkets kriterier videre enn man skulle forvente ut fra regelverkets ordlyd og de fortolkninger som forøvrig er gitt i rettskildene. Det forhold at nær en tredjedel av alle tvangsinnlagte i Danmark og Norge blir utskrevet fra psykiatriske sykehus uten en psykosediagnose i utvalgte materialer (Se arbeid nr. 1), tyder også på at vilkårene tolkes vidt av psykiatere ved inntak til institusjon. Eskeland (36) hevder at et gjennomgående trekk ved det psykiske helsevern synes å være at avvik fra juridiske og faglige minimumskrav har lett for å bli akseptert. I et slikt perspektiv er det muligens noe naivt å tro at man oppnår å endre praksis i vesentlig grad ved å endre eller innskrenke lovens vilkår for tvangsinnlegg, selv om andre jurister sterkt fremhever viktigheten av klare materielle og prosessuelle regler for tvangsinnleggelse (102,122). Selv om det er mest sannsynlig at omfanget av tvungent psykisk helsevern vil reduseres ved en innsnevring av lovens kriterier, kan man likevel reise spørsmålet om ikke slike endringer bare kan føre til at psykiaterne endrer sine begrunnelser for tvungent psykisk helsevern.

Erfaringene fra Danmark som er referert i arbeid nr.1, kunne tyde på at psykiatere har en tendens til å beskrive pasientene slik at lovens vilkår "passer" i en tvangsinnleggelsessituasjon. Ved tvangsinnleggelse i Danmark er det etablert en enklere prosedyre for innleggelse dersom pasienten oppfyller farlighetskriteriet, enn om han ikke gjør det. Adserballes materiale fra Danmark viser at 80-85 % av de tvangsinnlagte nettopp blir innlagt på farlighetsindikasjon (50). Selv om antall tvangsinnlagte er mindre i Danmark slik at man på dette grunnlaget kunne tenke seg at denne gruppen var selektert i

retning av en hardere kjerne av farlige, er det påfallende hvordan farligheten dominerer utfra det Adserballe påviser, sammenlignet med funnene i det foreliggende arbeidet. Det kan kanskje tenkes at den enklere og raskere fremgangsmåten ved tvangsinnleggelse på farlighetsindikasjon, kan medføre at pasientene blir definert som farlige i større grad enn det reelt er dekning for.

Slike tendenser til opportunistisk anvendelse eller utvidet fortolkning av lovens kriterier, må imidlertid ikke føre til det syn at lite kan oppnås ved å innføre klare og snevre vilkår for tvungent psykisk helsevern. Erfaringer fra U.S.A. viser at antall tvangsinnleggelser falt i betydelig grad da behandlingsindikasjonen ble fjernet fra regelverket (Personlig meddelelse fra professor Steadman, New York State Office of Mental Health, mars 1985). Klare og begrensede hjemler for tvungent psykisk helsevern vil også gjøre problemene knyttet til overprøving av psykiaternes primærvurdering enklere.

Internasjonalt går tendensen i retning av å innskrenke vilkårene for tvungent psykisk helsevern. Ministerkomiteen i Europarådet vedtok i 1983 retningslinjer for rettssikkerheten for tvangsinnlagte psykiatriske pasienter (123). Denne rekommendasjonen innskrenker primært vilkårene for tvungent psykisk helsevern til å omfatte bare de tilfelle der pasienten representerer en alvorlig fare for seg selv eller andre som en følge av sin psykiske lidelse, men åpner samtidig muligheten for at de enkelte land også kan ta inn behandlingsvilkår i regelverket.

Pasientorganisasjoner i enkelte land går også inn for en innskrenking av vilkårene for tvungent psykisk helsevern. I England har pasientorganisasjonen "MIND" uttalt at tvangsinnleggelse bare bør være mulig på farlighetsindikasjon (57) og det samme standpunkt har den svenske

pasientorganisasjonen "RFSMH" inntatt (124). I Sverige har det tilsvarende synet nedfelt seg i forslaget til revisjon av lovgivningen som berører sinnslidende (53). I Danmark har "Galebevegelsen" gått enda lenger og har primært krevet hele sinnsykeloven avskaffet (125), mens ønsket om å innskrenke vilkårene for tvungent psykisk helsevern til bare å omfatte farlighetsindikasjon, er formulert klart i boka "Sindslidendes retsstilling" (51). Norsk Forening for Mental Helse har ennå ikke tatt noe klart standpunkt til vilkårene for tvungent psykisk helsevern (87). Det har heller ikke fra psykiatrisk hold vært fremmet prinsipielle standpunkt når det gjelder begrensninger i vilkårene for tvangsinnleggelse og tvangsretensjon i psykiatriske institusjoner. I boka "Norsk psykiatri i 80-åra" hevder imidlertid filosofen Harald Ofstad det syn at tvang bare er berettiget om det er nødvendig for å hindre at pasienten påfører seg selv eller andre alvorlig skade. Med alvorlig skade mener han i denne sammenheng fare for liv, og at det bare er hensynet til å redde liv som går foran respekten for pasientens egen beslutning, gitt at denne beslutningen kan være preget av pasientens sykdom (126).

7.3. BEHANDLING OG TVANG.

I det foreliggende arbeid er det behandlingsindikasjonen som dominerer blant de tilleggsriteriene som er anført som grunn til opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern. I det følgende vil problemene som spesielt knytter seg til tvungent psykisk helsevern, med det formål å yte behandling, bli diskutert nærmere.

Psykiatere er som andre leger utdannet i en tradisjon der det primære mål er å yte behandling i den hensikt å hjelpe pasienten enten til å gjenvinne tapt helse eller å redusere pasientens lidelse så langt det lar seg gjøre. I kapittelet "Rettferdigheten og behandlingstanken" i boka "Likhet og rett" (127) beskriver sosiologen Vilhelm Aubert dette slik:

"Den enkelte lege skal i prinsippet gå helt inn for pasienten, uansett hva andre leger har gjort med andre pasienter.....Rettferdigheten er for legen et uvesentlig hensyn i forholdet til den enkelte pasient, både når det gjelder likhet mellom pasienter og forholdsmessighet mellom plagen og behandlingsinnsatsen" (127).

Samtidig peker han på de problemer som kan oppstå ved at leger ukritisk tar med seg denne grunnholdningen inn i behandlingen av sinnslidende, av nervøse, vanskelige barn og avvikere. På dette felt reiser det seg andre moralske krav enn i den somatiske medisin ifølge Aubert. Han hevder videre at behandlingsetikken innen psykiatrien må ha et våkent øye for krav til rettferdighet, rettssikkerhet og vurdering av fakta, krav som ellers har vært ivaretatt av jurister, og han fortsetter:

"Den tradisjonelle legeetikk gir ikke automatisk noe svar på hvordan disse hensyn best skal tilgodesees. Det kan kanskje i enkelte tilfelle være villedende om den får terapeuten til å anse det som helt selvsagt at han er pasientens beste venn, og at det ikke foreligger noen interessekonflikt mellom dem. Juristen er trent nettopp i å se de foreliggende muligheter for interessekonflikter, og plasserer seg i forhold til denne erkjennelse. En slik innsikt vil være nødvendig også for det personale som arbeider med mentalt avvikende personer" (127).

Den rollekombinasjon som her beskrives, og som i psykiatrien kjennetegnes ved at psykiatere både opptrer som hjelpere og som forvaltere av tvangsinngrep, mener Aubert er uunngåelig. Han hevder videre at de uheldige sider ved en slik rollekombinasjon kan motvirkes ved en økt bevissthet hos psykiatrisk fagpersonell om de konflikter av etisk og moralsk karakter som man blir stillet overfor. Auberts sosiologkollega Christie, derimot, tar med utgangspunkt i den samme rollekombinasjonen sterkt til orde for å frata psykiatere muligheten til å forvalte tvang. Han hevder at:

"Hvor tvang må anvendes for at en behandling skal komme i gang - hvor behandlingstilbudet ikke er så fristende at det kan foregå frivillig, eller hvor klienten er så skadet at han ikke ser fordelene - der vil dommerens tvangsforeskrivning kunne gi behandlingspersonellet de muligheter som anvendt av dem selv ville knuse det terapeutiske system" (46).

Samtidig påpeker Christie hvorledes det kan være hensiktsmessig å bevare en slik rollekombinasjon, dersom man ønsker å ivareta interesser som vanskelig lar seg legitimere åpent. Gjennom eksempler illustrerer han hvorledes uklare roller kan virke tilslørende for inngrepenes egentlige hensikt som, i tilfelle av tvangsinngrep i behandlingsvesenets regi, kan være kontroll. Et lignende resonnement bidrar Ørnulf Rasmussen med når han skriver:

"Legerollen er derimot (i motsetning til juristens) rettet inn mot den enkelte pasients "beste". Idet innleggelsen foretas i et sykehus, vil den også måtte framstå som et hjelpetiltak til pasienten, kanskje primært som det, selv om den er avgjørende motivert av samfunnsbeskyttelseshensyn. Ved slike regler kan beslutninger som medfører uvanlig lange institusjonsopphold framstå som medisinske beslutninger og dermed truffet av hensyn til pasienten, mens det primære behov er samfunnsbeskyttelse. Reitgjerdet-tilfellet viser dette" (84).

Innebygget i den rådende forståelse av psykosebegrepet ligger også implisitt at pasientene mangler sykdomsinnsikt, og at denne manglende sykdomsinnsikten er ett av hovedkarakteristika ved psykotisk sykdom (34,128,129). I Eitinger, Retterstøl og Malt's lærebok om psykoser heter det at:

"Pasienten presenterer sine sykelige opplevelser som virkelighet, og ønsker ikke, ber ikke om hjelp til å bli kvitt dem. For ham er opplevelsene virkelighet. Det nytter ikke ad logikkens eller fornuftens vei å overbevise pasienten om at fenomenene kan være sykelige" (129).

En slik forståelse av psykosen gjør det naturlig å se på pasientenes vegring mot innleggelse og behandling utelukkende som en del av sykdommen. På et slikt grunnlag vil det å gripe inn med tvang lett bli akseptert som en nødvendig forutsetning for å kunne hjelpe pasienten. Juristenes bekymringer for pasientenes rettssikkerhet, vil i dette perspektivet ofte av psykiaterne bli oppfattet som et uttrykk for juristenes manglende innsikt i psykiatriske lidelsers vesen. Vern om pasientenes personlige frihet kan lett bli sett på som irrelevant av psykiatere så lenge det primært dreier seg om å behandle pasientens sykdom, og det er grunn til å anta at mye av de eksisterende motsetningene mellom psykiatere og jurister på dette feltet nettopp grunner i ulik eller mangelfull forståelse av de fenomenene man er stillet overfor.

Det standpunkt man inntar i spørsmålet om berettigelsen av tvangsinnleggelse på behandlingsindikasjon, vil rimeligvis ha konsekvenser for de holdninger man vil ha til spørsmålet om hvorvidt tvangsbehandling skal være mulig eller ikke overfor tvangsinnlagte pasienter. Dersom man mener at det bør være mulig å tvangsinnlegge pasienter ut fra behandlingshensyn, vil det være naturlig at man går inn for at det skal finnes hjemler for også å kunne iverksette den behandling man anser som hensiktsmessig. Hvis man derimot mener at behandlingsindikasjonen bør fjernes fra regelverket, er det naturlig å innta det standpunkt at så lenge man har tatt hånd om pasienten og på den måten hindret farlighet eller hindret pasienten i å forkomme, har man oppnådd hensikten med tvangsinngrepet, og det ville være ubeføyet i tillegg å påtvinge pasienten en behandling som ikke var ønsket fra pasientens side. Disse ulike standpunktene finnes representert i dagens psykiatriske debatt. Kringlen (7) og Eitinger/Retterstøl (34) står for det syn at det ikke er meningsfullt å tvangsinnlegge uten at man kan gi behandling, mens en avvisning av tvangsbehandling blant annet er foreslått i det svenske lovreformforslaget (53). Forsåvidt er det tenkelig at kravet om at det skal være mulig å gi pasienten en adekvat behandling ved en tvangsinnleggelse, kan virke innskrenkende ved at alle innleggelse må avvises dersom man ikke har et godt behandlingstilbud. En slik holdning kan som sagt representere en innskrenkende strategi i forhold til omfanget av tvangsinnleggelse, men gir ikke svar på det prinsipielle spørsmålet om det er berettiget å gripe til ytterligere tvang i form av tvangsbehandling, når først tvangsinnleggelsen er effektivt.

Et siste poeng vedrørende behandling av tvangsinnlagte pasienter berører den faglige begrunnelsen som blir gitt når slik behandlingsindikasjon sies å være tilstede. Prosjektet har vist (arbeid nr. 3) at psykiatere ikke gjør rede for hverken behandlingens art eller behandlingens mål i de redegjørelser som blir utferdiget ved klage over tvungent psykisk helsevern til kontroll-

kommisjonene. I forarbeidene til lov om psykisk helsevern begrunnes innføringen av en behandlingsindikasjon som grunnlag for tvangsinnleggelse med at det er viktig for prognosen at den syke kommer raskt under behandling. Dette er imidlertid en påstand som i liten grad er dokumentert i psykiatrisk litteratur. Den betydning det eventuelt måtte ha for prognosen å få psykotiske pasienter raskt under behandling er for eksempel ikke drøftet i de to mest benyttede norske lærebøker i psykiatri (128,129), og tvangsinngrep i et slikt perspektiv er heller ikke problematisert i de samme lærebøkene. Selv ikke i kapitlet "Psykiatri og verdikonflikter" i boka "Psykiatri på skilleveien" (130) berøres spørsmål vedrørende behandling under tvang, på tross av at det i dette kapitlet finnes bidrag fra sentrale norske psykiatere som Kringlen, Sirnes, Dalgard, Haugsgjerd, Grünfeld og Sundby.

7.4. PASIENTENES RETTSSIKKERHET.

På bakgrunn av prosjektets innretning vil diskusjonen om pasientenes rettssikkerhet i det følgende være begrenset til å omfatte de forhold som er knyttet til tvangsinnleggelser og tvangsretensjon i psykiatriske institusjoner, samt forhold vedrørende overprøving av vedtak om tvungent psykisk helsevern.

Enkelte av resultatene i det foreliggende arbeidet tyder på at pasientene til en viss grad mangler vesentlige forutsetninger for å benytte det eksisterende klageapparatet. I intervju-undersøkelsen (arbeid nr. 2) manglet over en tredjedel av pasientene disse forutsetningene, og de fleste av disse pasientene manglet nødvendig kunnskap om kontrollkomisjonene eller hvordan man skulle gå frem for å fremme klage over tvungent psykisk helsevern. Det forhold at førstegangsinnlagte klart rapporterte mindre kunnskap om disse forhold enn reinnlagte, kan tyde på at mangelfull eller utilstrekkelig informasjon spiller en vesentlig rolle for pasientenes manglende kunnskaper.

En slik antakelse styrkes gjennom funn fra andre deler av prosjektet. Ved registreringen av hvem som klager til kontrollkomisjonene var førstegangsinnlagte signifikant underrepresentert i forhold til reinnlagte pasienter. Så lenge tvangsinnleggelsesratene omtrent er like store for førstegangsinnlagte og reinnlagte pasienter i det aktuelle materialet, er det vanskelig å forklare ulikhetene i klagefrekvens mellom disse gruppene av pasienter på annen måte enn at førstegangsinnlagte pasienter har dårligere forutsetninger for å klage på grunn av dårligere kunnskap om klagemulighetene enn reinnlagte pasienter. Det finnes ingen rimelig grunn til å anta at førstegangsinnlagte pasienter skulle akseptere tvungent psykisk helsevern bedre enn reinnlagte pasienter, og på en slik bakgrunn ha lavere klagefrekvens. Det faktum at tvangsinnleggelsesprosenten er høyere for førstegangsinnlagte enn for reinnlagte ved alle norske psykiatriske sykehus (Se tabell 7), kunne tvert om tyde på at pasienter som tidligere har vært innlagt i større grad aksepterer innleggelsen.

Selv om det ikke er mulig å si om pasientenes sviktende kunnskaper om den eksisterende klageordningen skyldes at informasjon ikke er gitt, eller om informasjonen er gitt på en måte som ikke i tilstrekkelig grad når frem, er det grunn til å konkludere med at pasientenes kunnskap om sine rettigheter kan økes ved at informasjonsprosedyrene gjøres bedre enn de er i dag.

Et annet sentralt punkt av betydning for pasientenes rettssikkerhet som belyses av prosjektet, dreier seg om psykiaternes skjønnsutøvelse når premissene for tvungent psykisk helsevern skal vurderes. Det er vist at vilkårene for tvungent psykisk helsevern i praksis blir vidt fortolket av de psykiatere som er gitt kompetanse til å bedømme hvorvidt betingelsene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt eller ikke. I en del tilfelle er psykiaternes fortolkninger så vide at de går ut over regelverkets vilkår for tvungent psykisk helsevern. Rosenqvist (43) har også påvist dette fenomenet.

Hun fant at i nærmere halvparten av de tilfellene der psykiatere hevdet at behandlingskriteriet var tilstede ved tilbakeholdelse etter paragraf 5 i lov om psykisk helsevern, ble dette begrunnet med en potensiell tilbakefallsfare ved en eventuell utskrivning. En slik fortolkning av tilleggs-kriteriet går etter juristers oppfatning ut over lovens ordlyd (84,131).

Det kan altså se ut til at psykiaterne har en stor frihet når de utøver sitt skjønn. De er også i en situasjon der de har anledning til å definere og beskrive den foreliggende situasjon som premiss for sine beslutninger om tvungent psykisk helsevern. Sett på bakgrunn av at psykiatrien vitenskaps-teoretisk har røtter i ulike tradisjoner (119,120), blir det tilsvarende vanskelig å bedømme og kontrollere det vitenskapelige fundament som psykiaternes vurderinger bygger på. Szasz hevder følgende i denne sammenheng:

"Psykiaterne har også konsekvent undvikit att öppet och i full utsträckning redovisa vad de sysslar med. De kan faktisk, være sig de är teoretiker eller praktiserande terapeuter, gjöra praktisk taget vad som helst och ändå betraktas som psykiatrer. En individuell psykiater - altså en medlem av släktet "psykiatrer" - kan uppföra sig som en läkare, en präst, en vän, en rådgivare, en lärare, eller som nogra av dessa i förening. Han er psykiater så lange han påstår sig vara inriktad på problemet psykiatrisk sjukdom och hälsa" (121).

Selv om dette sitatet kan virke lett-vint, illustrerer det likevel at det mangfold av teorier som ulike psykiatriske forståelsesformer bygger på, kan komme til uttrykk i en lite konsistent profesjonsutøvelse. Sett på bakgrunn av det store rom for skjønnsutøvelse som er mulig ved fortolkning av vilkårene for tvangs-anvendelse i henhold til lov om psykisk helsevern, vil en slik manglende konsistens i profesjonsutøvelsen være særlig betenkelig i en rettssikkerhetssammenheng.

I tillegg til at psykiatere tenderer til å anlegge vide definisjoner av lovens vilkår når premissene for tvungent psykisk helsevern skal bedømmes, avspeiler de vurderingene psykiaterne legger frem i de redegjørelsene som blir utferdiget ved klagesaker for kontrollkomisjonene, at den konflikt-situasjon som ligger til grunn for tvangsinngrepet i liten grad erkjennes. Ikke i ett tilfelle ble ulemper og fordeler ved frihetsberøvelsen veiet mot ulemper og fordeler ved ikke å gripe inn med tvang i det aktuelle materialet.

Det er mulig at om man ved å gi psykiatere stort rom for utøvelse av faglig skjønn gjennom regelverket, kan ivareta den enkelte pasients behov for behandling på en fleksibel, og derved kanskje hensiktsmessig måte. Ut fra rettssikkerhetsbetraktninger bør imidlertid psykiaternes muligheter for skjønnsutøvelse i spørsmål om tvungent psykisk helsevern begrenses i forhold til nåværende praksis. Det ville også styrke pasientenes rettssikkerhet om psykiaterne i større grad vurderte de interessekonflikter som eksisterer mellom pasient og behandler når det gjelder tvungent psykisk helsevern.

7.5. KONTROLLKOMISJONENE SOM RETTSSIKKERHETSINSTANS.

De viktigste rettssikkerhetsgarantier i psykiatrien er koblet til mulighetene for etterfølgende overprøving av tvangsinngrepet. Det er kontrollkomisjonene som er tillagt den sentrale rollen i denne sammenheng. I lys av funn og erfaringer fra prosjektet vil det i det følgende bli gjort et forsøk på å vurdere kontrollkomisjonene som rettssikkerhetsinstans på denne bakgrunn.

Et vesentlig funn ved de fire kontrollkomisjonene som har vært observert i det foreliggende arbeidet, er de forskjeller i praksis mellom komisjonene som er påvist (arbeid nr. 5).

De ulikheter som ble funnet med hensyn til klagefrekvens til de ulike kommisjonene lar seg ikke forklare ut fra ulikheter i pasientpopulasjonene ved de ulike sykehusene (Jfr. kapittel 6). Det er mulig ulike informasjonsrutiner ved de ulike sykehusene kan ha betydning for denne forskjellen. Kommisjonenes kontaktform med pasientene vil sannsynligvis også spille en rolle for klagefrekvensen. Både de uformelle samtalene med formennene ved de fire utvalgte kommisjonene, og spørreskjemaene til alle landets kommisjoner, viste at praksis med hensyn til kontakt med nyinnlagte pasienter varierte fra kommisjon til kommisjon. Andre forskjeller mellom kommisjonene som ulik klagebehandlingstid, ulike frekvenser av formelt fattede vedtak og ulike måter å behandle klagene på der det ikke ble fattet formelle vedtak, er uttrykk for at kommisjonene har utviklet ulike arbeidsmåter og arbeidsstil. Spørreskjemaundersøkelsen viste også at ulike kommisjoner i landet har ulik forståelse av lovens vilkår for tvungent psykiske helsevern (arbeid nr. 4).

Det at kommisjonene har utviklet ulik praksis, er lite tilfredsstillende ut fra rettsikkerhetsbetraktninger, og det er grunn til å vurdere om denne ulempen er så stor at man bør erstatte de lokale kontrollkommisjonene med et sentralt kontrollorgan. Erfaringene fra Danmark tyder imidlertid på at det er lite å vinne på å etablere en sentral klagebehandlingsinstans (49,50,132). De verdier som ligger i at kommisjonene er lokalt forankret, synes også verdt å verne om. Den personlige kontakt mellom pasienter og kontrollorgan er viktig i denne sammenheng, og kommisjonenes nærhet gjør dem også i stand til å gjøre seg kjent med virksomheten innen det felt av det psykiske helsevern de er satt til å overvåke.

En lokal forankring er også blitt ansett som en forutsetning for at kontrollorganet skal kunne ta opp saker på eget initiativ (49). Erfaringene fra det foreliggende prosjektet viser imidlertid at dette ikke er en tilstrekkelig forutsetning. Spørreskjemaundersøkelsen til kontrollkommisjonene viste at

det er sjelden kommisjonene tar opp saker på eget initiativ. Kommisjonenes store arbeidsbelastning, både med kommisjonsarbeide og i medlemmenes ordinære yrkesstillinger, er antakelig det som i størst grad hindrer kommisjonene i å ta opp saker på eget initiativ. Erfaringene fra Reitgjerdet har vist at kontrollkommisjonen ikke fungerte etter sine intensjoner på tross av nærhet til institusjonen. I ettertid er det fortsatt ubesvart hvordan de forhold som ble avdekket på Reitgjerdet (14) kunne eksistere, uten at det ble reagert fra noen kontrollinstans (65).

Ved gjennomgang av kontrollkommisjons-materialet, viste det seg at svært få av de klager kommisjonene mottok ble avgjort ved at kontrollkommisjonene fattet formelle vedtak (arbeid nr. 5). Om man bedømmer pasientenes mulighet til å få medhold i sin klage bare ut fra de formelle vedtak, ser det ut til at dette bare skjer unntaksvis (48). Det viste seg imidlertid at i ca. 20 prosent av de klagene som ikke ble avgjort ved formelt vedtak, ble det tvungne psykiske helsevernet opphevet uten at kommisjonen kom så langt i klage- behandlingsprosessen at det ble fattet et formelt vedtak. Dette peker i retning av at kontrollkommisjonene har en verdi bare ved sin eksistens. Det kan se ut til at det å fremsette en klage i seg selv setter i gang en revurderingsprosess av de fortsatte premissene for tvungent psykisk helsevern noe tidligere enn om ikke saken var blitt aktualisert gjennom en klage. Den vanligste måten klager der det ikke ble fattet formelt vedtak ble avgjort på, var imidlertid at pasientene trakk klagen etter en mer uformell samtale med enkeltmedlemmer eller den samlede kontrollkommisjonen. Dette kan være en fleksibel og hensiktsmessig måte å komme frem til en minnelig ordning på, men fremgangsmåten har betenkelige sider ut fra rettssikkerhetsbetraktninger, så lenge vi ikke vet eller kan kontrollere hva som foregår i møte mellom kontrollkommisjon og klager ved slike uformelle samtaler. Uansett hva som foregår vil denne måten å få klager ut av verden på, gjøre det umulig å

få et pålitelig materiale til å vurdere også denne siden av kontrollkomisjonenes virksomhet, hvilket i seg selv er betenkelig ut fra rettsikkerhetshensyn.

Kontrollkomisjonenes kompetanse har vært et sentralt emne ved vurderingen av kontrollkomisjonenes funksjon. At det i det aktuelle materialet praktisk tatt alltid var enighet mellom kontrollkomisjonene og de psykiatriske overlegene om hvorvidt vilkårene for tvungent psykisk helsevern var oppfylt eller ikke - også i de saker der psykiaternes begrunnelser gikk utover rimelige fortolkninger av lovens vilkår - kan tyde på manglende kompetanse hos kommisjonene til reelt sett å kunne overprøve psykiaternes vurdering av pasientenes situasjon. Nær halvparten av kontrollkomisjonene som svarte på spørreskjemaet oppga at de faktisk manglet slik kompetanse. En medvirkende årsak til den store grad av enighet mellom psykiatere og kontrollkomisjoner kan være at kommisjonene har en tendens til å identifisere seg med sykehusets behandlingsoppgaver (arbeid nr. 6).

De svakheter ved kontrollkomisjonsordningen som er påvist, gir grunn til å hevde at kontrollkomisjonene ikke fyller sin oppgave som rettssikkerhetsinstans fullt ut. Komisjonenes store arbeidsbelastning, deres svake kompetanse i psykiatriske spørsmål og den ulike praksis som har utviklet seg i ulike kommisjoner, gjør en slik konklusjon rimelig.

7.6. BEHOV FOR VIDERE FORSKNING.

Basert på de erfaringer og den innsikt prosjektet har gitt, er det grunn til å hevde følgende: Den mangel på kunnskap vi har om konsekvensene av tvungent psykisk helsevern for pasientenes fremtid, gjør at psykiatere fortsatt må basere sine vurderinger omkring berettigelsen av tvungent psykisk helsevern på skjønn istedet for viten. En fremtidig forskningsinnsats må derfor konsentrere seg om behandlingmessige og resultatorienterte følger av om man overfor samme pasientkategori griper inn med tvang eller lar det være. Særlig betydningsfull vil en slik forskningsinnsats være i de tilfelle der tvangsinngrepet primært er begrunnet ut fra ønsket om å yte hjelp og behandling til pasienten. Fordi vi i slike tilfelle ikke begrunner inngrepet med samfunnsbeskyttelse eller hensyn til andre, men ut fra pasientens egne behov, er det i disse situasjonene psykiatrien har størst frihet til å velge om det skal gripes inn med tvang eller ikke. Men først når vi har kunnskap om konsekvensene av tvangsinngrepet, vil vi ha det nødvendige grunnlag for slike valg.

8. COMPULSORY PSYCHIATRIC CARE IN NORWAY. THE PATIENTS' LEGAL PROTECTION IN THIS CONTEXT WITH SPECIAL EMPHASIS ON THE CONTROL-COMMISSIONS.

SUMMARY IN ENGLISH

CHAPTER 1. INTRODUCTION.

Involuntary confinement to psychiatric institutions represents a serious deprivation of individual liberty, but surprisingly little attention has been drawn to this phenomenon by clinicians or researchers. An attempt is made in the introduction to describe the problems involved with civil commitment of the mentally ill. The chapter also includes a survey of the contributions in the field primarily based on Scandinavian literature, but an international view is offered as well. The main topics under discussion in Norway concerning compulsory psychiatric care during recent years are: 1. The indications for compulsory psychiatric care, 2. The application of coercion and compulsory treatment, and 3. The legal rights of mental patients. The introduction concludes that the existing knowledge concerning the consequences of involuntary hospitalization is limited. Nor do we know how control-boards assigned to take care of the legal protection tasks in psychiatry function.

CHAPTER 2. DEVELOPMENT OF COMPULSORY PSYCHIATRIC CARE IN NORWAY.

This chapter offers a review of the development of the legal requirements concerning compulsory psychiatric care, and the extent of such care throughout time. The first Norwegian Mental Health Act was implemented in 1848 and was not revised until 1961. Today the basic legal requirement for compulsory psychiatric care is that the patient suffers from a

serious mental disease, usually understood identical to a psychosis. However, this is not a sufficient ground for involuntary hospitalization, one or more of certain additional criteria must be present as well. The first of these criteria is based on treatment considerations, the second permits the patient to be committed lest he will suffer molestation, and the third criterion permits commitment if the patient presents danger either to himself or to others. The Control-Commissions were established according to the 1848-law, and are still regarded as the most important safe-guard concerning legal protection in the Norwegian Mental Health Care. The number of compulsory admissions has increased throughout time and has reached approximately 110-120 admissions per 100 000 inhabitants during the last years, while the number of detained mental patients at any time reached its maximum somewhere between 1935 and 1950 and has decreased ever since, and today there are approximately 150 patients detained in Norwegian mental institutions per 100 000 inhabitants.

CHAPTER 3. LEGAL PROTECTION IN PSYCHIATRY.

Based on what is understood by the concept of legal protection in general, specific problems related to legal protection in psychiatry are discussed in this chapter. The concept of legal protection is complex, and different elements of the concept may even oppose each other. As an example of such contradictory elements of the legal protection concept, it can be mentioned that according to legal protection ideals, a case should be thoroughly investigated before a conclusion is reached, but at the same time it is important that the conclusion should be reached fast. According to the Norwegian Mental Health Act the most important legal protection task is ascribed to the Control-Commissions. As a principle this reflects that control-mechanisms following the commitment have been considered more to the purpose than preceding interventions to secure the patients' legal

rights in Norwegian psychiatry. Other factors mentioned in this chapter, that may influence the level of legal protection in psychiatry, are first the shaping of the legal requirements for involuntary confinement, secondly the procedures to follow in order to commit someone, and finally, the patients' ability to make use of their legal rights. Knowledge of these rights is of course essential in this respect.

CHAPTER 4. QUESTIONS RAISED IN THE ACTUAL STUDY.

The questions that were asked at the onset of the study, are as follows:

1. How do the legal criteria influence and determine the practice concerning involuntary hospitalization ?
2. How do psychiatrists justify their decisions concerning compulsory psychiatric care, and in what ways do psychiatrists balance the conflicting interests between the patient's need of treatment and the patient's wish to preserve his personal liberty ?
3. Do psychiatric patients have the required ability to make use of their legal rights ? To what extent are they capable of complaining to the Control-Commissions ?
4. How do the Control-Commissions function ? Do they possess the necessary competence to re-evaluate the psychiatrists' judgement in cases concerning compulsory psychiatric care ? As the Control-Commissions are local control-boards, do they perform differently at different institutions ? If so, how can such variations be explained ?
And finally: Do the Control-Commissions fulfill their tasks according to the intentions with regard to legal protection ?

CHAPTER 5. PRESENTATION OF THE PAPERS.

The first paper deals with compulsory admissions and detentions in the different Scandinavian countries. Basically, the discussion in this paper has concerned the legal criteria for commitment and the possibilities to appeal about involuntary confinement. Great differences in compulsory admission rates between the three countries have been demonstrated. In Sweden the number of compulsory admissions per 100 000 inhabitants were 248, in Norway 109 and in Denmark 26 (1982-figures). These variations can not be explained without taking different professional attitudes towards compulsion into consideration. Different cultural predispositions may also be important in this respect.

The other five papers included in this study are in English, and the reader is referred to the abstracts of these papers for a presentation of results and conclusions.

Based on the empirical findings, the most important conclusions that can be drawn in this study, are as follows:

1. Committed mental patients do not have the required ability to make use of their legal rights. This inability is most commonly caused by lack of knowledge of the existing possibility of appealing against involuntary confinement. This lack of knowledge could be counteracted by improving the way information about the patients legal rights is conveyed.
2. In the actual material mental patients were most commonly found to be detained for reasons of treatment. As long as so much is left to the

psychiatrists' discretion concerning the interpretation of this criterion, it is likely that a decrease in the application of compulsory psychiatric care could be achieved by removing the treatment criterion from the law. An increased awareness on the part of the psychiatrists of the conflicts involved with compulsory psychiatric care is also needed.

3. The Control-Commissions do not comply satisfactorily with the legal protection tasks ascribed to them. The Control-Commissions have developed various procedures and various interpretations of the legal criteria for commitment throughout the country. Their heavy work load and lack of competence in psychiatric matters also prevent them from fulfilling their legal protection tasks.
4. The shaping of the legal criteria for commitment plays an important role in defining the practice and extent of compulsory psychiatric care, but extra-legal factors as cultural background and different professional attitudes towards compulsion among psychiatrists, also influence the way the Mental Health Act is applied in questions concerning compulsory psychiatric care.

CHAPTER 6. METHODOLOGICAL CONSIDERATIONS.

As the research activity in the actual field has been modest, there were no suitable methods available that could be applied in the actual study. The chosen method was mainly retrospective and was based on analysis of existing material. A prospective study was regarded as too time-consuming in order to collect a material of a suitable size, as long as the aim of the study was to get a general impression of the phenomena involved with compulsory psychiatric care. On this background all of the formulas that

were used to collect and analyze the data had to be created specially for the present study. The concrete methods which were actually applied to the different parts of the study are described in each paper. Advantages or disadvantages by alternative approaches are included in the chapter of general methodological considerations. The probably most rewarding approach that was not applied in the present study, is observation of the Control-Commissions proceedings. By observing these proceedings, one would probably get a better understanding of the interaction between the patients and the Commissions, and would make it possible to make a better judgement of the kind of information the decisions made by the Commissions are based upon.

CHAPTER 7. GENERAL DISCUSSION.

The first question that is raised in the discussion is whether compulsory psychiatric care is justifiable or not. An important issue related to this question is whether compulsion and treatment are incompatible phenomena for professional, ethical or moral reasons, or if it is reasonable to take a more pragmatic stand on this question, which implies that compulsion may be justified as long as the treatment offered complies with existing professional and moral standards. As long as our knowledge of the consequences of involuntary hospitalization is inadequate, no definite answer can be given to this important question.

The conflicting roles of psychiatrists and lawyers are also discussed in Chapter Seven. The ideology of psychiatrists is based on the medical tradition, and psychiatrists are trained to channel their efforts towards treating or relieving the patients' illness. Psychiatrists, like other medical doctors, have learned to think that the interest of the patients always conjoins that of the doctors. In this context deprivation of the

patient's liberty becomes more easily acceptable for the psychiatrists, and the need to establish safeguards to protect the patients legal rights seem less important for the same reason. Lawyers, on the other hand, are trained to deal with conflicts in society, and will more easily emphasize the legal protection aspects of compulsory psychiatric care than the psychiatrists. In Norwegian psychiatry, as it is today, it is left to the psychiatrists both to decide about the indications for compulsion, and to consider the possibilities of treating the actual condition. Based on the reflections just mentioned, this combination of roles performed by psychiatrists might not be optimal with regard to the legal protection of mental patients.

Based on the general discussion it can be concluded that the legal protection of mental patients in Norwegian psychiatry may be improved. The patients' knowledge of the law and their legal rights may be improved, and the regulations in the Mental Health Act may be made clearer and more easily interpretable. The Control-Commissions may be made a better tool for taking care of the legal protection tasks ascribed to them, by increasing their competence in psychiatric matters and by increasing the time available to the members of the Control-Commissions to fulfill their duties. Steps should also be taken to eliminate the differences in practice that have been demonstrated in this study.

9. REFERANSER.

1. Justis og Politidepartementet. Innstilling om overprøving av vedtak om tvangsinngrep etter helselovgivningen. Avgitt 31.mars 1967.
2. Den Europeiske menneskerettighetskonvensjon. Vedtatt av Europarådet 4. november 1950.
3. Syse A (red). Kan fengsel forsvares? Pax forlag. Oslo 1972.
4. Andenæs J. Alminnelig strafferett. Universitetsforlaget, Oslo-Bergen-Tromsø 1974.
5. Livermore J M, Malmquist C P, Meehl P E. On the justification for civil Commitment. In: Gorovitz S et al (Eds.). Moral problems in Medicine. Prentice-Hall, New Jersey 1976.
6. Lund K. Rettssikkerhet og Tvangsomsorg. Lov og Rett 1980:435-40.
7. Kringlen E. Psykiatri og Rettssikkerhet. Lov og Rett 1980:459-64.
8. Borup Svendsen B et al. Present function of forensic psychiatry in Scandinavia. Acta Psychiat Scand. 1977;55:165-75.
9. NOU 1983:57. Straffelovgivningen under omforming. Straffelovkomisjonens delutredning I. Universitetsforlaget Oslo-Bergen-Tromsø 1983.
10. Øgar B. Pasienter i psykiatriske sykehus 1. november 1979. NIS-rapport nr. 5/81. Trondheim 1981.
11. NOS Kriminalstatistikk 1981. Statistisk sentralbyrå.
12. Benneche G. Det andre huset. Oslo 1977.
13. Solberg S. Rapport fra Reitgjerdet. Pax forlag. Oslo 1979.
14. Rapport om forholdene ved Reitgjerdet Sykehus. Avgitt 31.august 1980.
15. Skram A. Professor Hieronimus. Pax forlag. Oslo 1974.
16. Skram A. På St. Jørgens. Pax forlag. Oslo 1975.
17. Green H. I never promised you a rose garden. Pan Books. London 1964.
18. Prydz C F. De vindskeive. Cappelen, Oslo 1979.
19. Skulstad T. Asyl. Cappelen, Oslo 1972.
20. Keesey K. One flew over the Cuckoos nest. New American Library 1962.
21. Justis og Politidepartementet. Stortingsmelding nr.32 (1976-77). Retts-sikkerhet i sosial- og helseinstitusjoner.
22. RFSP's rolle i sosialpolitisk forskning. NAVF-rapport. Oslo 1981.
23. NOS. Sindsykeasylenes virksomhet. Arlige publikasjoner fra Statistisk Sentralbyrå 1872-1960.

24. NOS. Psykiatriske Sykehus. Arlige publikasjoner fra Statistisk Sentralbyrå 1961-79.
25. NOS. Helseinstitusjoner. Arlige publikasjoner fra Statistisk Sentralbyrå 1980-84.
26. Sosialdepartementet. Innstilling fra komiteen til revisjon av sinnsykelovgivningen. Avgitt 31. mars 1955. Oslo 1955.
27. Sosialdepartementet. Ot.prp. nr. 69 (1959-60). Om lov om psykiatrisk omsorg.
28. Winge P. Den Norske Sindsygeret. Forelesninger. Kristiania 1901.
29. Winge P. Den Norske Sindsygeret historisk fremstillet. Bind I, Kristiania 1913.
30. Winge P. Den Norske Sindsygeret historisk fremstillet. Bind II, Kristiania 1915.
31. Winge P. Den Norske Sindsygeret historisk fremstillet. Bind III, Kristiania 1916.
32. Winge P. Fattigvesenets holdning til Sindsygepleien. Kristiania 1904.
33. Langfeldt G. Rettspsykiatri for leger og jurister. Annen utgave. Aschehoug, Oslo 1959.
34. Eitinger L, Retterstøl N. Rettspsykiatri. Tredje utgave. Universitetsforlaget. Oslo-Bergen-Stavanger-Tromsø 1984.
35. Eskeland S. Om psykisk helsevern. Spesialfagsavhandling i sosialrett. Universitetet i Oslo 1969.
36. Eskeland S. Den psykiatriske pasient og loven. En innføring i lov om psykisk helsevern. Aschehoug & Co. Oslo 1983.
37. Andersen T. Retten til behandling i psykiatrien. U-forlaget. Bergen-Oslo-Stavanger-Tromsø 1983.
38. Andenæs K og Olsen L O (red). Sosialrett. Aschehoug & Co. Oslo 1983.
39. Rasmussen Ø. Tvistemålslovens kapittel 33 som rettssikkerhetsgaranti i det psykiske helsevern. Institutt for offentlig retts skriftserie nr. 4/1976. Universitetet i Bergen 1976.
40. Ose E. Frihetsberøvelse av psykisk lidende. Tidsskr nor Lægeforen. 1971; 91:2189-2197.
41. Ose E. Virkninger av strukturendringer i psykiatriske sykehus. Universitetsforlaget, Bergen-Oslo-Tromsø 1976.
42. Rosenqvist R, Øgar B. Pasienter innlagt i psykiatriske sykehus etter paragraf 5 i lov om psykisk helsevern mai/juni 1982. Stensil. Universitets psykiatriske klinikk. Oslo 1985.
43. Rosenqvist R. Tilleggskriteriene i lov om psykisk helsevern. En kommentar. Lov og Rett 1985:608-12.

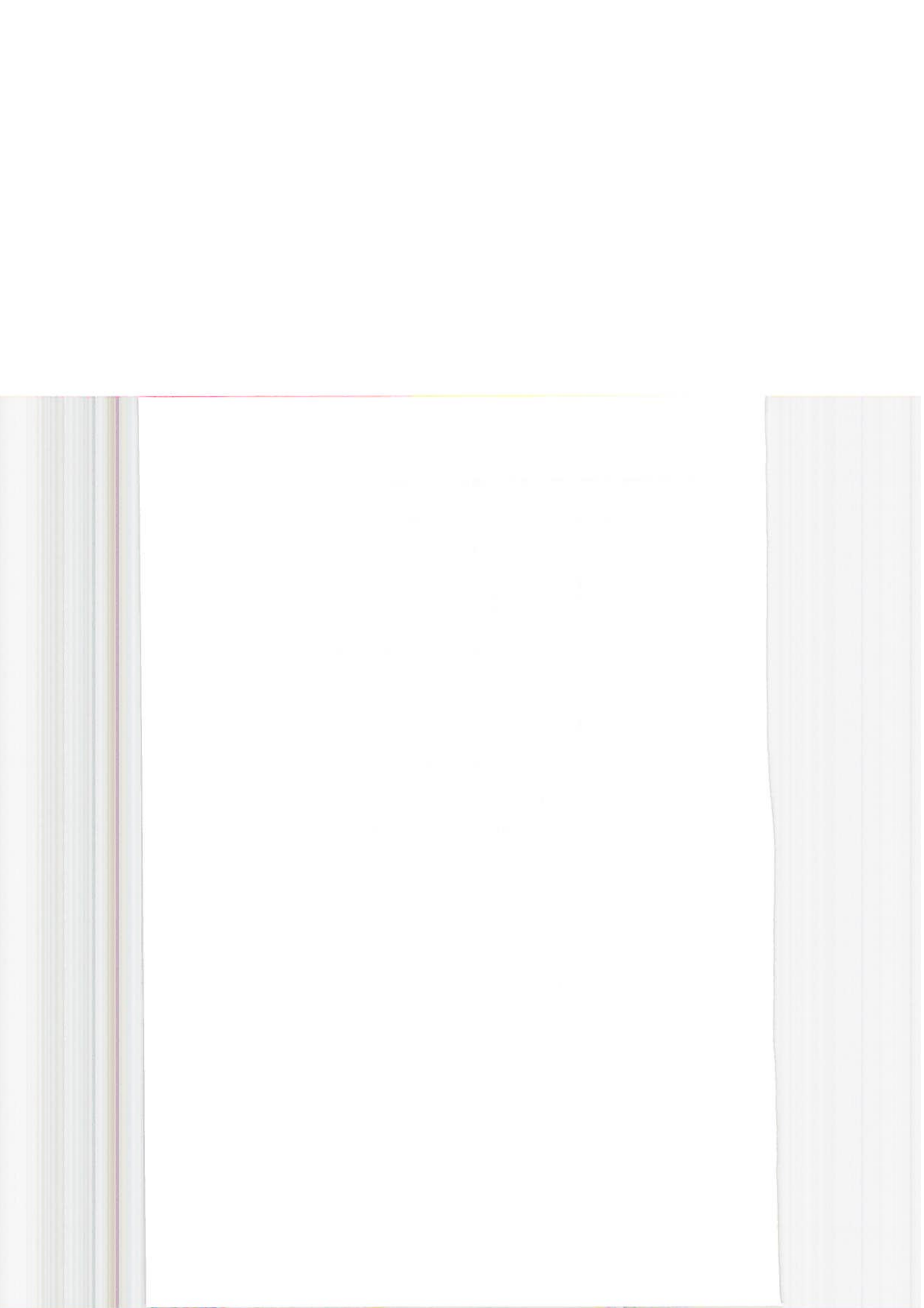
44. Dahl A, Borge N, Spydslaug A. Tvangsinnleggelse til observasjon. En studie av innleggelser etter paragraf 3 i lov om psykisk helsevern. Nord Psykiatr Tidsskrift 1985;39:381-89.
45. Aubert V. Legal Justice and Mental Health. Psychiatry 1958;21:101-13.
46. Christie N. Tvangsarbeid og alkoholbruk. U-forlaget Oslo 1960.
47. Løchen Y. Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus. U-forlaget Oslo-Bergen-Tromsø 1970.
48. Eriksen B H. Kontrollkomisjonenes virksomhet. Synapse 1978;1:16-17.
49. Vestergaard J. Lokale tilsyns og klageinstanser i retspsykiatrien: De norske kontrollkomisjoner. Kriminalistisk Instituts stencilserie nr. 27/1984. Universitetet i København 1984.
50. Adserballe H. Frihetsberøvelser og tvang i psykiatrien. Bind I-II. FADL's forlag. København-Arhus-Odense 1977.
51. Vestergaard J, Willadsen J, Wilhelm P. Sindslidendes retsstilling. Galskab, Magt, Afmagt. Gyldendal, København 1985.
52. Hetzler A. I behov av vård ? Hur lagen om slutten psykiatrisk vård tillämpas. Awe/Gebbers, Stocholm 1978.
53. Socialberedningen. SOU 1984:64. Psykiatrien, tvånget och rätts-säkerheten. Stockholm 1984.
54. Curran W J, Harding T W. The Law and Mental Health: Harmonizing Objectives. World Health Organization. Geneva 1978.
55. Jensen K, Pedersen B (Eds.). Commitment and civil rights of the mentally ill. Sind, Copenhagen 1984.
56. Szasz T. Law, Liberty & Psychiatry. McMillian, New York 1963.
57. Bean P. Compulsory Admissions to Mental Hospitals. John Wiley & Sons, Chichester-New York-Brisbane-Toronto. 1980.
58. Lov om frivillige og tvungne medisinske undersøkelser og behandlinger av 13.mai 1978, nr. 180. (Autorisert norsk oversettelse).
59. Amati A, Kemali D, Perris C. Den psykiatriske reformen i Italien. Dess historik. Dess förvärligande och dess problematik. Nord Psykiatr Tidsskr 1981;35:338-47.
60. Perris C et al. Är den italienska reformlagen gällande psykiatrin mogen for motreform? Nord Psykiatr Tidsskr 1984;38:367-77.
61. Engelstad F, Haugsgjerd S. Seks samtaler om psykiatri. Pax forlag. Oslo 1976.
62. Skårderud F. Farvel til Institusjonen. Gyldendal Norsk Forlag. Oslo 1984.
63. Slaastuen P (red). Rusmidler kan bekjempes hvis vi vil. Cappelen, Oslo 1983.
64. Sundby P. Tvang og behandling. Hefte for kritisk juss 1978;4:19-30.

65. Bae O J. Rettssikkerhet i det psykiske helsevern - innenfor murene. Lov og Rett 1980:441-53.
66. Rasmussen Ø. Medikamentell behandling mot pasientenes vilje - lovhjemmel. Referat fra kontrollkommissjonskonferansen i Bodø 1979. Sosialdepartementet 1980.
67. Dom av 15. desember 1982 i Frostating lagrett.
68. NOU 1985:34. Levekår for psykisk utviklingshemmede. Universitetsforlaget Oslo-Bergen-Tromsø 1985.
69. Rapport fra erstatningsutvalget for Reitgjerdet. Februar 1982.
70. Nyhus P. Slå tilbake - for et narkotikafritt Norge. Fra forordet til Prinsipp-programmet for Riksforbundet for et Narkotikafritt Samfunn (RNS). Oslo 1983.
71. Lov om Sindsyges behandling og Forpleining av 17. august 1848. Grøndahl, Christiania 1848.
72. Holst F. Om Oslo Hospitals Dollhus. Budstikken 1822;2:595-622 (del I) og Budstikken 1824;5:194-200 (del II).
73. Holst F. Beretning, Betænkning og Indstilling fra en til at undersøge de Sindsvages Kaar i Norge og gjøre Forslag til deres Forbedring i aaret 1825 naadigst nedsat Kongelig Commission. Jacob Lehmanns Enke, Christiania 1928.
74. Major H W. Indberetning om Sindsyge-Forholdene i Norge i 1846. Chr. Schibsted, Christiania 1846.
75. Pinel P. A Treatise on Insanity. Sheffield 1806.
76. Esquirol E. Des Maladies Mentales. Chez J.B. Bailliere. Paris 1858.
77. Foucaut M. Galskapens historie. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo 1973.
78. Major H W. Motiver til Lovforslaget om Sindsyges Behandling og Forpleining. Christiania 1848.
79. Justis og Politidepartementet. Instrux for Kontrollkommissionerne ved de autoriserede Sindsygeasyler av 31. december 1895.
80. Justis og Politidepartementet. Approberte regulativbestemmelser for samtlige sindsygeasyler av 16. februar 1910.
81. Lov om adgang til å bli innlagt i asyl efter eget ønske nr.3 av 25 juni 1935.
82. Indstilling fra den departementale komite til behandling av forskjellige spørsmåal vedkommende sindsykelovgivningen. Grøndahl & Søn, Kristiania 1917.
83. Sosialdepartementet. Veiledning om innleggelse og tilbakeholdelse av pasienter i medhold av lov om psykisk helsevern. Rundskriv I-1077/80 av 1. oktober 1980.
84. Rasmussen Ø. Lov om psykisk helsevern. I: Andenæs K, Olsen L O (red). Sosialrett. Aschehoug, Oslo 1983.

85. Sosialdepartementet. Forskrifter om regelmessige kontrollundersøkelser av pasienter som holdes tilbake i psykiatrisk institusjon i medhold av lovens 6, jfr. 5, i lov om psykisk helsevern. Rundskriv I-1001/82 av 1. januar 1982.
86. Sosialdepartementet. Forskrifter om psykisk helsevern uten den sykes samtykke. Rundskriv I-1076/80 av 1. oktober 1980.
87. Sosialdepartementet. Ot.prp. 77 (1980-81). Om lov om endringer i lov av 28. april 1961 nr. 2 om psykisk helsevern og i lov av 19. juni 1969 nr. 57 om sykehus m.v.
88. De norske Retts-Tidende 1984 s.1175.
89. Sosialdepartementet. Oppgave over godkjente institusjoner under psykisk helsevern. Rundskriv I-1069/83. 1. september 1983.
90. Eitinger L, Kringlen E. Universitets psykiatriske klinikk 50 år. Statens trykningskontor 1976.
91. Anonym. Noen hovedtrekk fra Oslo kommunale sykehusers psykiatriske avdeling gjennom 25 år. Stensil. Udatert.
92. Sosialstyrelsen. Tvångsvård inom psykiatrin. Socialstyrelsen redovisar 1981:2. Stocholm 1981.
93. Psykiatrisk Informasjonssystem (PIF). Innleggelse og innleggelsesparagrafer i tiden 1976-1984 for Oslo-psykiatrien. Utskrift fra informasjonssystemet utarbeidet etter oppfordring. Dikemark 1985.
94. Ødegård Ø. Hospitalized Psychosis in Norway: Time Trends 1926-1965. Social Psychiatry 1971;6:53-58.
95. Lavik N J. En sunn sjel i et sykt samfunn? Mental helse og samfunnsutvikling. Universitetsforlaget, Oslo-Bergen-Stavanger-Tromsø 1983.
96. Sosialdepartementet. Regelmessig kontrollundersøkelser av pasienter som holdes tilbake i medhold av 6, JFR. 5 i lov om psykisk helsevern. Forskrifter av 19. august 1977. Brev til landets kontrollkommissjoner og fylkesleger av 31. desember 1981.
97. Forestilling fra Medicinaldirektøren angaaende Sindsygevæsenet. Bilag nr. 4 til stortingsproposisjon nr. 1 1893.
98. Holmboe M. Om sindsygepleien i Norge og navnlig om amtsasyler. Den norske lægeförenings småskrifter. Alb. Cammermeyers forlag, Oslo 1905.
99. Eckhoff T. Forvaltningsrett. Tanum-Norli, Oslo 1982.
100. Mathiesen T. Styringsjuss, rettssikkerhetsjuss - og det gode samfunn. Retfærd. 1985;28:12-25.
101. Hetzler A. Rättens roll i socialpolitiken. Liber förlag. Malmö 1984.
102. Lund K. Lovgivningen om psykisk helsevern - Hva må gjøres? I: Abrahamsen P, Skårderud F. Galskap på rett vei. Universitetsforlaget, Oslo-Bergen-Tromsø 1985.

103. Ødeyård Ø, Lohne Knudsen C. Notat. I: Innstilling fra sosialkomiteen om lov om psykisk helsevern. Innst. O.V. (1960-61).
104. Sosialdepartementet. Forskrifter for kontrollkomisjonens behandling av sak hvor det uten den sykes samtykke kan besluttes å innlegge ham eller beholde ham innlagt i sykehus eller annet egnet sted med hjemmel i lov av 28.april 1961 om lov om psykisk helsevern. 15.mars 1964.
105. Rasmussen Ø. Domstolskontroll med tvangsinnleggelse. Lov og Rett 1978:465-70.
106. Sosialdepartementet. Forskrifter om begrenset adgang til bruk av tvangsmidler og forbud mot korporlig refselse innen psykisk helsevern, helsevernet for psykisk utviklingshemmete og helsevernet for epileptikere. Rundskriv I-1077/77 av 3.juni 1977.
107. Sosialdepartementet. Forskrifter om begrenset adgang til tvangsbehandling i det psykiske helsevern. 21. september 1984.
108. Benneche G. Rettssikkerhet for institusjonsfolket. Hefte for kritisk juss. 1978;4:5-11.
109. Benneche G. Legalitetsprinsippet og tvangsforskrifter. Hefte for kritisk juss. 1985;11:59-62.
110. Sosialdepartementet. Informasjon til pasienter ved innleggelse i psykiatriske institusjoner om kontrollkomisjonens funksjon. Rundskriv nr.I-1113/75 av 15.november 1975.
111. Bernt J F. Rettsikkerhet og ressursbruk i sosialomsorg og helsevesen. Det juridiske fakultets skriftserie nr. 7. Universitet i Bergen 1984.
112. Justis og politidepartementet. Ot.prp. 27 (1968-69). Om lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker.
113. Dalgard O S. Juss og psykiatri. Hefte for kritisk juss. 1982;8:42-47.
114. Rasmussen Ø. Om forskning på forholdet mellom behandling og rettssikkerhet i psykiatriske institusjoner. Rapport avgitt til NAVF/RFSP 7.januar 1981.
115. En pasient med psykisk lidelse = en bruker med interesser. Intervju med formannen i Norsk Forening for Mental Helse. Hefte for kritisk juss. 1978;4:50-53.
116. Bernt J F. Rettssikkerhetsproblemer i helsevesenet. Lov og Rett 1985: 481-82.
117. Milner N. Psychiatry's respons to legal change in the United States. Unpublished paper presented at the 11.th International Congress of law and Psychiatry. Firenze 1985.
118. Sosialdepartementet. Ot.prp. nr.77 (1980-81). Om lov om endringer i lov av 28.april 1961 nr.2 om psykisk helsevern og i lov av 19.juni 1969 nr.57 om sykehus m.v.
119. Juul Jensen U. Sygdomsbegreper i praksis. Munksgaard, København 1983.

120. Rosengren R. Om videnskapsteoriens nødvendighet i psykiatri. Nord Psykiatr Tid:skr 1986;40:3-13.
121. Szasz T. Psykisk sjukdom - en myt. Aldus/Bonniers, Stockholm 1970.
122. Warberg L. Helselovgivning. I: Andenæs K, Olsen L O (red). Sosialrett. Aschehoug, Oslo 1983.
123. Recommendation No. R (83) 2 of the Committee of Ministers of the Council of Europe concerning the legal protection of persons suffering from mental disorder placed as involuntary patients.
124. Riksforbundet for social och mental hälsa og samrådsgruppen for socialtjänst och vårdpolitik. Reformere psykiatrin. Skeab forlag. Stockholm 1982.
125. Diverse forfattere. Tema: Sindsygelovgivningen. Amalie 1983;5:1-41.
126. Ofstad H. Ethiske aspekter ved psykiatrisk praksis og forskning. I: Dalgard O S et al. (red). Norsk psykiatri i 80-åra. Universitetsforlaget, Oslo-Bergen-Tromsø 1982.
127. Aubert V. Likhhet og rett. Pax forlag, Oslo 1964.
128. Kringlen E. Psykiatri 4. utgave. Universitetsforlaget, Oslo-Bergen-Tromsø 1982.
129. Eitinger L, Retterstøl N, Malt U. Psykoser og organisk betingete sinnslidelser. Universitetsforlaget, Oslo-Bergen-Stavanger-Tromsø 1984.
130. Astrup C, Dalgard O S, Noreik K, Sundby P. Psykiatrien på skilleveien. J.W. Cappelens forlag. Oslo 1971.
131. Kobbe H S. Tilleggskriteriene i lov om psykisk helsevern paragraf 5 sett i lys av rettspraksis. Lov og rett 1985:596-608.
132. Busk L. Frihetsberøvelse etter sindsygeloven af 13.4.1938. Juristen 1982;64:75-95.



Arbeid

Nr. 1

Blank

10

Tvangsinnleggelser og tvangsretensjon i psykiatriske institusjoner – en sammenligning av regelverk og praksis i de skandinaviske land

Georg Høyér



Høyér G. Tvangsinnleggelser og tvangsretensjon i psykiatriske institusjoner – en sammenligning av regelverk og praksis i de skandinaviske land. Nord Psykiatr Tidsskr 1985; 39:147–157. Oslo. ISSN 0024–1455.

The present paper deals with compulsory admissions to psychiatric institutions in Scandinavia. In the first part, some historical reflections are given. It seems that the mental health acts occur and are revised simultaneously in each country. Major reforms seem to follow periods of progress in medicine and are based on optimistic attitudes towards treatment possibilities. What the actual situation concerns, admission rates are discussed in relation to the existing mental health acts in the different countries. It is shown that these admission rates vary considerably between the Scandinavian countries, regarding total admissions and compulsory admissions. In Sweden the number of compulsorily admitted patients per 100,000 inhabitants is 248, in Norway 109 and in Denmark 26 (1982 figures). It is difficult to explain the differences demonstrated without including cultural aspects as well as different attitudes towards compulsion.

Furthermore, procedures for carrying out compulsion as well as requirements for detention are discussed. It is worth mentioning that both in Sweden and Denmark voluntarily admitted patients can be retained involuntarily once inside the hospital, while this is impossible in Norway. The formal requirements for this retention are extremely weak in Denmark. The opportunities offered to patients to oppose the decision on compulsory retention are also discussed.

Finally, some strategies for reducing compulsion are mentioned. To achieve this, one could narrow the criteria given in the mental health act, and exclude legislation that allows compulsory admissions for the reasons of the treatment possibilities given. □ *Mental health legislation, legal rights for the mentally ill, compulsion in psychiatry, compulsory admissions.*

Dr. Georg Høyér, Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, Postboks 417, 9001 Tromsø. Akseptert 19. oktober 1984.

Spørsmål vedrørende tvang i psykiatrien har til alle tider vært gjenstand for debatt. For tiden pågår det arbeid med revisjon av lovgivningen på dette området både i Danmark, Norge og Sverige.

Denne artikkelen behandler enkelte sider ved de psykiatriske særlover i de skandinaviske land. Særlig vil forhold vedrørende tvangsretensjon og klage/overprøvningsmuligheter ved slik retensjon bli diskutert.

Noen historiske refleksjoner

Tabell 1 viser til hvilken tid de ulike lands særlovgivning innen psykiatrien trådte i kraft. Det er en påfallende parallellitet i reformarbeidet innen Skandinavia. Riktignok har det stadig vært mindre endringer av de psykiatriske særlover i de enkelte landene, men de store, viktige reformene har kommet omtrent til samme tid.

Den første viktige perioden som faller omkring 1850, er preget av omfattende reformer innen psykiatrien i de skandinaviske land. Det er særlig påvirkningen fra de

Tabell 1: Historisk oversikt over innføring og revisjon av psykiatrisk særlovgivning i Danmark, Norge og Sverige.

	Danmark	Norge	Sverige
Første særlov for psykisk helsevern	(1846)	1848	1858
Någjeldende lov	1938	1961	1966 (LSPV) 1982 (LVM, LVU)
Planlagt revisjon pr. 1984	Ja, pågår	Ja, pågår	Ja, pågår

LSPV=Lag om sluten psykiatrisk vård, LVM=Lag om vård av misbrukere i vissa fall, LVU=Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga. I Danmark fikk vi ingen egentlig særlov før i 1938, men reformene omkring 1846 er uttrykk for de tilsvarende lovreformer i Sverige og Danmark.

franske psykiaterne Pinel og Esquirol, og gjennomføringen av deres program i Frankrike, England og Tyskland, som på denne tiden fører til framveksten av de nye psykiatriske institusjonene i Danmark, Sverige og Norge. Tiden er preget av et optimistisk behandlingssyn. Psykiatriske lidelser ble ansett som helbredelige i langt større grad enn tidligere, men innleggelse i institusjon var en forutsetning for en vellykket behandling. I tråd med dette tok lovgivningen i de ulike landene sikte på å møte den økte innleggelseshyppighet til institusjonene. (1,2) Selvfølgelig har også de samfunnsmessige forhold spilt en rolle for framveksten av nye omsorgsformer, og det er rimelig å tillegge den gryende industrialisering, med forflytning av store folkemengder fra landsbygda til tettstedene, en vesentlig betydning i denne sammenheng.

Den andre perioden av interesse er tiden rundt 1950, da vi fikk omfattende revisjoner i mange Europeiske land, inkludert de skandinaviske.

Også denne perioden er preget av behandlingsoptimisme, med store forhåpninger til de biologiske behandlingsmetoder. Utviklingen av nevroleptika tidlig på 50-tallet er avgjort et høydepunkt i denne

sammenhengen, men det er grunn til å merke seg at Danmark på dette tidspunktet allerede hadde revidert sitt lovverk, mens reformarbeidet i Norge og Sverige fulgte etter introduksjonen av de nye antipsykotiske medikamentene. Som vi senere skal se har både Norsk og Svensk lovgivning videre hjemler for tvangsinnleggelse enn den Danske, og det er mulig at forventningene knyttet til nevroleptika kan ha spilt en rolle i denne sammenhengen.

Selv om reformarbeidet i denne perioden var omfattende, er det grunn til å peke på at de faktiske endringene ikke var særlig radikale i forhold til den gamle lovgivningen. De psykiatriske institusjonene var fortsatt helt sentrale i psykiatrisk behandling, og lovrevisjonene på denne tiden reflekterer ikke noen endring i behandlingsideologien, som utviklingsmessig kan spores helt tilbake til slutten av 1800-tallet, da naturvitenskapelig medisinsk-biologisk tenkning gjorde sitt inntog i psykiatrien.

Fra psykiatrisk side har det i forbindelse med tidligere reformarbeid i hovedsak vært argumentert for å utvide grunnlaget for tvangsinnleggelse og tvangsretensjon.

Fra nyere tid kan dette eksemplifiseres. Først fra forarbeidene til den norske loven fra 1961, der det heter: «Komiteen har lagt særlig vekt på hensynet til mulig helbredelse eller vesentlig bedring ved sykehusbehandling, fordi de medisinske mulighetene nå er vesentlig bedre enn før og fordi behandlingsresultatene framfor alt er avhengig av hvor raskt den syke kommer under behandling.» (3).

Svensk psykiatrisk forening uttaler i 1972 i forbindelse med mulige reformer av LSPV: «Formaliteterna kring tvångsåttagelser bör dock så långt möjligt er begränsas – eljest lamsläs en effektiv och snabb behandling» (4). Og fra Dansk psykiatrisk forening i forbindelse med debatten rundt den nåværende reform av sinnsykeloven, heter det desember 1982: «Det må generelt være et krav til sådanne endringsforslag, at de ikke må medføre en komplisering af indlæggelsesprocessen eller en bureaukratisering af

lovens administrasjon i sin almindelighed» (5).

Disse situatene illustrerer en sentral motsigelse når det gjelder tvang i psykiatrien: Ut fra et medisinsk-etisk syn ønsker psykiatrien å redusere lidelsen som er knyttet til psykisk sykdom. Enkelte hevder at det på grunn av lidelsens karakter ofte er nødvendig å gripe inn med tvang for å nå dette målet. Mot dette står det humanistiske ideal som prinsipielt avviser bruk av tvang fordi det strider mot sentrale menneskerettigheter. Vern av personlig frihet er i denne sammenhengen helt overordnet, og det må særdeles tungtveiende grunner til for å gripe inn i denne friheten. I tillegg til dette prinsipielle standpunktet kan det også på et faglig grunnlag hevdes at en tvangsinnleggelse representerer et så stort traume i seg selv, at mulighetene til å nå fram med hjelp og behandling blir små. I dette spenningsfeltet må det nødvendigvis være vanskelig å skape et tilfredsstillende regelverk.

Situasjonen i Skandinavia i dag

Tabell 2 viser det totale antall innleggelse og derav tvangsinnleggelse for året 1982 i Danmark, Sverige og Norge.

Det er tydelige forskjeller, men det er grunn til å være varsom med fortolkningene. Ulike arbeidsoppgaver og forskjeller i organiseringen av den psykiatriske helsetjenesten i de ulike landene, gjør direkte sammenligninger vanskelig. Her skal kort nevnes noen forhold av betydning for vurderingen av de aktuelle tallene.

Svenske tall omfatter de såkalte N,O og PN tilfellene, d.v.s. klienter overført fra kriminalomsorgen. For Danmark og Norge er slike klienter ikke tatt med, men kvantitativt spiller slike tilfelle liten rolle i disse landene.

Man kunne videre tenke seg at bildet ville endre seg om man tok med tvansanbringelser i henhold til annen lovgivning enn den psykiatriske særlovgivning. Dette er imidlertid ikke tilfellet. I Danmark finnes ikke tvangshjemler rettet mot voksne i annen

Tabell 2: Totalt antall innleggelse og derav tvangsinnleggelse i psykiatriske institusjoner i henhold til psykiatriske særlovgivning i Danmark, Norge og Sverige 1982*.

	Danmark	Norge	Sverige
Totalt ant innl. pr. 100 000 innb.	40 676 795	17 232 418	121 805 1 463
Ant. tvangsinnl.	1 309	4 480	20 593
Ant. tvangsinnl. i % av alle innl.	3,2	25,9	16,9
Tvangsinnl. pr. 100 000 innb.	26	109	248

* Kilder: Health Statistics for the Nordic Countries 1982, NOMESCO København 1984. Norges Offisielle Statistikk (NOS): Helseinstitusjoner 1982. Uppgifter om viss verksamhet inom den slutna psykiatriska vården 1976-1982, Sosialstyrelsen. Beretning for psykiatriske institusjoner i Danmark 1976-1981, Sundhedsstyrelsen. Statistik A: Indleggelse på psykiatriske institusjoner 1982, Sundhedsstyrelsen.

sosiallovgivning, mens i Norge der det finnes enkelte slike hjemler, anvendes disse praktisk talt aldri. Tvert om vil ulikhetene forsterkes i noen grad, da Sverige er det land i Norden som har flest tvangsinntak med hjemmel i øvrig sosiallovgivning.

Det er klart at selve begrepene knyttet til tvang og frivillighet kan variere. Dersom det er slik at det kreves positivt samtykke for å bli registrert som frivillig innlagt i et land, mens frivillige innlagte i et annet land omfatter alle som ikke aktivt protesterer, vil dette få store konsekvenser for tallmaterialet. Det er imidlertid ingen holdepunkter for at innholdet og forståelsen av disse begrepene varierer mer landene imellom enn innen de enkelte land.

En annen tanke kunne være at konflikter i Sverige i større grad kanaliseres til psykiatrien, mens tilsvarende konflikter i Danmark og Norge faller inn under strafferetten. Kriminalstatistikken støtter imidlertid ikke en slik antakelse. Igjen ligger Sverige på topp når det gjelder brudd på straffeloven pr. innbygger, Danmark ligger i en mellomposisjon, mens Norge er desidert på bunn. (6). Voldshandlinger (legems-

fornærmelser), som er av særlig interesse i denne sammenheng, er tilsvarende hyppigst i Sverige, mens her er det Danmark som ligger lavest på kriminalstatistikken (7).

Det er også naturlig å se på diagnosefordelingen. Kan det være slik at man arbeider med ulike pasientkategorier i de ulike landene og kan dette evt. spille noen rolle for de påviste forskjellene i innleggelses- og tvangsbruk.

Tab. 3. Diagnoser ved innleggelses i psykiatriske institusjoner i Danmark, Norge og Sverige 1977. (% av alle diagnoser i parentes).*

	Danmark (1)	Norge (1)	Sverige
Psykosker	10 572 (48)	4 881 (51)	29 047 (24)
Nevroser/ adferdsavvik	4 276 (19)	2 841 (30)	26 449 (21)
Alkoholisme/ narkomani	3 550 (16)	928 (10)	50 995 (41)
Andre diagnoser	3 628 (17)	898 (9)	16 599 (14)

1: Danske og norske tall gjelder bare de psykiatriske sykehus (hospital). Dette gjør antakelig forskjellene noe større mellom Danmark/Norge og Sverige enn om vi hadde tall for alle psykiatriske institusjoner i Danmark og Norge. Tradisjonelt finner man et noe «lettere» klientell ved de psykiatriske klinikker og avdelinger i somatiske sykehus enn man finner i de psykiatriske sykehus.

*Kilder: NOS; Psykiatriske sykehus 1977, Sygehustatistikk II:13:83, Sosialstyrelsen redoviser 1981:2.

Ved en slik grov diagnostisk inndeling som er brukt i tabell 3 (Psykosker, nevroser/adferdsavvik, alkoholisme/narkomani) ser vi at for Sveriges vedkommende utgjør rusmiddelgruppen overlegent den største kategorien, mens tilsvarende gruppe er minst i Danmark og Norge.

Hvilken rolle dette forholdet har for tvangsbruken ved innleggelses er vanskelig å si noe eksakt om, på grunn av mangelfull og vanskelig sammenlignbar offentlig statistikk. Tab. 4 viser andelen av psykotiske/ikke psykotiske i tvangsinnleggelsesmateriale fra de tre landene.

Tab. 4. Forholdet mellom psykosker/ikke psykosker ved tvangsinnleggelses i psykiatriske institusjoner i Danmark, Norge og Sverige i % av alle tvangsinnleggelses.*

	Danmark (1)	Norge (2)	Sverige (3)
Psykosker	68	71	49
Ikke psykosker	32	29	51

1. Representativt utvalg av psykiatrisk hospital, 1970-72

2. Psykiatriske sykehus 1977.

3. Alle psykiatriske institusjoner 1977.

*Kilder: Adserballe 1977, NOS 1977, Sosialst.redov. 1981:2.

Sammenligning vanskeliggjøres av at talloppgavene ikke omfatter samme institusjonstype (se fotnote til tabell 3), men tabellen viser likevel klart at ikke-psykotiske pasienter tvangsinnlegges i de tre land. Som vi senere skal se strider dette med loven i Danmark og Norge. Vi ser også at gruppen ikke-psykotiske er betydelig større i Sverige enn i de to andre landene. Av de ikke-psykotiske som blir tvangsinnlagt i Sverige er nesten halvparten (47%) rusmiddelmissbrukere. Det er etter dette klart at det Svenske tvangsinnleggelsesmateriale rommer en stor gruppe rusmiddelmissbrukere som ikke tilnærmevis er representert i samme grad for Danmark og Norges vedkommende.

I Sverige er det påvist store regionale skilnader mellom de ulike sjukvårdsområdene når det gjelder hyppighet av tvangsinnleggelses (fra 107 til 391 pr. 100 000 innb.).

I «Sosialstyrelsen Redovisar 1981:2: Tvångsvård inom psykiatrien» påpekes at tvangsinnleggelsene er hyppigst på de gamle mentalsjukehusene der sengekapasiteten er størst. Tabell 5 viser tilsvarende at antall psykiatriske sengeplasser pr. 100 000 innbyggere er størst i de landene der tvangsbruken også er størst.

Tabell 5: Antall sengeplasser i psykiatriske institusjoner i Danmark, Norge og Sverige pr. 100 000 innb. 1982.*

	Danmark	Norge	Sverige
Sengepl./100 000	195	296	348

*Kilde: NOMESCO 1984.

Det ville derfor være rimelig å anta at en utbygging av poliklinikker (åpen vård) ville redusere antall tvangsinnleggelse. Dog viser erfaringene fra nackaprosjektet det motsatte (8). Riktignok gikk totale antall innleggelse ned, men antall LSPV innleggelse økte betydelig i løpet av forsøksperioden.

Det må også nevnes at for Norges vedkommende, der de regionale forskjellene er større enn i Sverige er det ingen klar parallell til antall sengeplasser i de psykiatriske sykehusene. Det er derfor grunn til å være skeptisk overfor påstanden i den svenske rapporten (9) om en direkte sammenheng mellom antall tilgjengelige sengeplasser og tvangsbruken. På den andre siden er det ikke grunnlag for å hevde at mer ressurser i form av flere senger vil redusere behovet for

bruk av tvang. I Danmark ligger den regionale variasjonen lavere enn i Norge og Sverige.

Når det gjelder omfanget av tvang ved innleggelse, er imidlertid hovedpoenget at forskjellene er så store landene imellom at de ikke lar seg forklare ved ulike registreringsrutiner, ulike pasientkategorier eller lignende. Det må være andre forhold som bidrar til ulikhetene. Et viktig spørsmål blir da: Hvor enkelt (eller hvor vanskelig) er det å foreta en tvangsinnleggelse i de ulike Skandinaviske landene?

Om vi ser på lovens materielle krav har Sverige de videste indikasjonene av de tre landene, og det må være lov å spørre om noe av forskjellene i tvangsinnleggelsesens omfang kan skyldes dette forholdet.

Tabell 6: Lovkriteriene ved tvangsinnleggelse i Danmark, Norge og Sverige i henhold til de psykiatriske særlover.

	Danmark	Norge	Sverige
Grunnkriterium:	«Sindsygg»	«Alvorlig sinnslidelse»	«Psykisk sjukdom» (Psykisk abnormitet Hemning av forstandsutvecklingen)
Tillegskriterier:	Farlig for seg selv eller andre Behandling	Farlig for seg selv eller andre Behandling omsorg/pleie	Farlig for seg selv eller andre Behandling Omsorg/pleie «Störande levnadssett» (Farlig för annans egendom)

Videre må man spørre om forhold ved selve prosedyren ved tvangsinnleggelse kan påvirke tvangsbruken i de ulike land. Av tabell 7 ser vi at Sverige totalt sett har den enkleste prosedyren, dog kan tvangsinnleggelse i Danmark skje like enkelt i de tilfelle – men bare i de tilfelle – pasienten er farlig.

Det er grunn til å kommentere bruken av tilleggskriterier i forhold til de prosessuelle reglene. Særlig danske forhold er interessante. Som nevnt er prosedyren for innleggelse enklere om man beskriver pasienten som farlig enn om man refererer til behandlingsindikasjonen.

Sammenholder man dette med Adserballes (10) arbeide som viser at 80–85% av de tvangsinnlagte taes inn på farlighetsindikasjon, må man spørre hva som ligger bak. Det er lite sannsynlig at psykiatriske pasienter skulle være så mye farligere i Danmark enn i Norge. I Norge beskrives svært få som farlige. (11,12). Her er det vesentlig behandlingsindikasjonen som dominerer ved inntak. Dette kan tyde på at det gjøres opportunistiske overveininger ved valg av tilleggskriterier.

En slik mistanke kan styrkes om man ser på henvisningen til tilleggskriterium ved

Tabell 7: Fremgangsmåten ved tvangsinnleggelser i Danmark, Norge og Sverige i henhold til de psykiatriske særlover

	Danmark	Norge	Sverige
Dokumenter:	1. Legeerklæring	1. Legeerklæring 2. Innleggelsesbegjæring	1. Vårdintyg
Tid mellom undersøkelse og innleggelse	Max 1 mnd	Max 14 dager	Max 14 dager
Institusjonen skal ha dokumentene	Før pas.innl. Ved krise: 3 dager etter innl.	Før pas.innl. Ved krise: 1 dag etter innl.	Før pas.innl. Ved krise: Sammen med pas.
Kommentar	Ved behandlingsindikasjon skal innleggelsen også godkjennes av amtslegen før innl.		Ved bruk av § 1E: «Fara for annans egen- dom» kreves domstolsvedtak.

tvangs-tilbakeholdelse i Danmark. Ved tvangstilbakeholdelse der tilleggskriteriene er sidestillet, dominerer behandlingsindikasjonen.

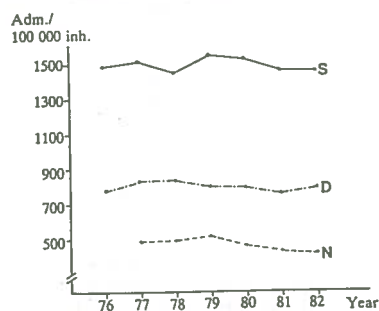
Dette forholdet er viet såpass stor oppmerksomhet fordi man i den tidligere nevnte rapporten fra sosialstyret (9), ser ut til å akseptere de danske farlighetstillene som reelle, og samtidig antar at farlighet dominerer på samme måten i Sverige. På denne måten kan man komme til å beskrive pasientpopulasjonen som mer farlig enn hva som er tilfellet, med de uønskede konsekvenser dette kan ha.

Utviklingen av tvangsbruken i de skandinaviske land

Det som først og fremst karakteriserer utviklingen over tid i skandinavia er hvor likt den har artet seg. I eldre tid var formelt sett alle innleggelser til de psykiatriske institusjoner tvangsinnleggelser. Adgang til frivillige innleggelser kom omtrent på samme tid i de ulike land, i (Sverige 1929, Norge 1935 og Danmark 1938), men antallet frivillig innlagte holdt seg lavt inntil 1960-årene. Fra denne tid får vi en kraftig økning i det totale antall innleggelser og en relativ sterk nedgang i tvangsinnleggelsene. Denne

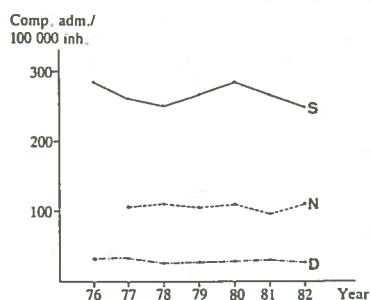
utviklingen varer frem mot midten av 1970-tallet, men etter dette har situasjonen vært påfallende stabil fram til i dag. Figur 1 og 2 viser dette tydelig.

Fig. 1: All admissions to psychiatric institutions per 100 000 inhabitants in Scandinavia 1976-1982.



Utviklingen i Danmark er likevel noe forskjellig fra den norske og svenske i 70-åra på den måten at antall tvangsinnleggelser numerisk er redusert i Danmark (fra 2255 i 1970 til 1381 i 1980) mens antallet reelt er økt eller har holdt seg stabilt i Sverige og Norge. Reduksjonen i Danmark har alene berørt innleggelser på farlighetsindikasjon (13). Det vil kanskje overraske mange at vi

Fig. 2. Compulsory admissions to psychiatric institutions per 100 000 inhabitants in Scandinavia 1976-1982.



ikke har hatt noen reduksjon av betydning i innleggelsestallene de seneste årene, sett på bakgrunn av de faglig-ideologiske strømningene i retning av en desentralisert, poliklinisk psykiatri. Slike desentraliserte tiltak har ofte hatt en erklært målsetting å unngå eller redusere innleggelse (Nacka, Umeå) i psykiatriske institusjoner. Det ser ut til at en slik målsetting ikke er oppnådd, med mindre det er slik at den økte satsingen på poliklinisk virksomhet har hindret en fortsatt økning av innleggelsene i de psykiatriske institusjonene.

Om innleggelsestallene har holdt seg stabile i de senere årene har det derimot skjedd en gledelig utvikling når det gjelder antallet

inneliggende pasienter som til enhver tid har status som tvangsinnlagte. Både i Norge og Sverige har det grovt regnet skjedd en numerisk halvering av de tvangs-forpleide pasientene (12.14) mens reduksjonen relativt sett er mindre fordi vi også har hatt en reduksjon i det totale antall inneliggende pasienter i samme periode. For Danmarks vedkommende har det ikke lyktes å skaffe pålitelige tall for tilsvarende forhold. Slik det danske regelverk praktiseres i dag er det heller ikke mulig å få kvantitative data for hvor mange som faktisk er tvangstilbakeholdt (15). Dette skyldes vesentlig muligheten til å tvangstilbakeholde frivillige innlagte pasienter kombinert med utilfredsstillende registreringsrutiner for omfanget av tilbakeholdelse av denne pasientgruppen. Adserballe har vist at ca. halvparten av dem som klager til justisministeriet over tvangstilbakeholdelse er frivillig innlagt (10).

Andre forhold av betydning for tvangsinnlagte pasienters rettsikkerhet

I det følgende skal bare kort nevnes et par andre forhold av betydning for rettsikkerheten for tvangsinnlagte. Det første forhold gjelder de formelle prosedyrer for godkjenning og revurdering av innleggelsespremissene ved tvangsinnleggelse. Disse framgår av tabell 8.

Tabell 8. Godkjenning og revurdering av premissene for tvungent vern i Danmark, Norge og Sverige i henhold til de psykiatriske særlover.

	Danmark	Norge	Sverige
Overlegens vurdering og evt. godkjenning av innleggelsen	Ja	Ja	Ja
Tidsfrist for slik godkjenning	Nei	1 dag	8 dager
Senere revurderinger	Nei	Hver 6.mnd.	3 mndr. deretter hver 6.mnd.
Total tidsbegrensning	Nei	Nei	Nei

Vi ser her at ordningen er ganske parallell i landene, men at tidsfristene varierer noe, og at rettssikkerhetsgarantiene formelt sett er svakere for Danmarks vedkommende.

Det andre forholdet gjelder muligheten for tvangstilbakeholdelse av frivillig innlagte. (Tabell 9.)

Tabell 9: Tilbakeholdelsesmuligheter ved frivillige innleggelse i psykiatriske institusjoner i Danmark, Norge og Sverige.

	Danmark	Norge	Sverige
Tilbakeholdelse mulig	Ja	Nei	Ja
Formelle krav til tilbakeholdelse	Nei	-	Ja, vårdintyg
Tidsbegrensning	Nei		Som for andre tvangsinnlagte

Vi ser at mulighet for tilbakeholdelse finnes i Danmark og Sverige, men ikke i Norge. I Norge blir det ansett som vesentlig for tilliten mellom behandlere og pasienter at man er garantert sin fulle personlige frihet dersom man legger seg inn etter egen vilje, mens man altså i Danmark og Sverige kan risikere tvangstilbakeholdelse. Man må også spørre om den relativt lette adgangen til tvangstilbakeholdelse i Danmark bidrar til å holde tvangsinnleggelsestallet lavt. I Norge der man ikke har mulighet for tvangstilbakeholdelse, kan dette slå motsatt ut: i tvilstilfelle vil man legge pasienten inn på en formell tvangsparagraf. Man vil også være tilbakeholdende med å overføre pasienter til frivillig status under oppholdet. I Danmark derimot kan man utsette et evt. tvangsvedtak til pasienten ønsker å forlate institusjonen. Dette forholdet er viktig når man skal bedømme omfanget av tvangsbruk i Danmark. De offisielle tvangsinnleggelsestallene er opplagt lavere enn antallet pasienter som reelt sett ufrivillig befinner seg på institusjonene.

Endelig skal kort nevnes ordningene med prøve-utskrivning/tvungent ettervern. Som det fremgår av tabell 10 finnes muligheter i Sverige og Norge for å utskrive pasienter uten at tvangsvedtaket oppheves, slik at pasienten kan tas direkte tilbake til institusjonen uten ny vurdering av premissene for slik frihetsberøvelse.

Tabell 10: Adgang til tvungent ettervern i Danmark, Norge og Sverige i henhold til den psykiatriske særlov-givning.

	Danmark	Norge	Sverige
Muligheter for tvungent ettervern	Nei	Ja	Ja
Varighet av tvungent ettervern	-	1 år	6 mndr.
Muligheter til forlengelse	-	Ja	Ja
Formelle krav til reinnleggelse i ettervernsperioden	-	Nei	Nei

Klage og overprøvningsmuligheter

I det følgende vil enkelte trekk ved klage og overprøvningsmulighetene bli trukket fram.

Vi ser at i Sverige er det ikke muligheter for vanlig domstolsprøving av frihetsberøvelsen, selv om psykiatriske nemnden vel er tillagt en slags domstolskompetanse. Det er ikke anledning til å anke vedtak i psykiatriske nemnden.

I Danmark har man primært en ren administrativ klagebehandling uten at kontrollorganet selv møter/snakker med pasientene. Utskrivningsnemndenes praksis har vært varierende på dette punktet, mens kontrollkomisjonene alltid snakker med pasienter som klager. Forøvrig kan man merke seg de ulike tidssperrere som gjelder for å få prøvet spørsmål om frihetsberøvelse på nytt, når det er fattet vedtak.

Tabell 11: Klage og Overprøvningsmuligheter ved frihetsberøvelser i det psykiske helsevern i Danmark, Norge og Sverige.

	Danmark	Norge	Sverige
Primær klagebehandling	Justitsministeriet (Sentralisert klagebehandling)	KONTROLLKOMMISJONEN 1 jurist 1 lege 2 lekrepresentanter (Egne kommisjoner for hvert sykehus)	Utskrivningsnemden 1 jurist 1 lege 1 «Sociolog» 2 sekrepresentanter (Hver nemnd har regionalt ansvar)
	4 mndr. sperre før ny klagebeh. etter fattet vedtak	6 mndr. sperre før ny klagebeh. etter fattet vedtak	1 mnd. sperre før ny klagebeh. etter fattet vedtak
Ankebehandling	↓ Domstolsprøving av justitsministeriets vedtak	↓ Domstolsprøving av kontrollkommisjonsvedtak	↓ Psykiatriske nemden: 1 jurist, 2 leger og 2 lekrepresentanter: Prøver vedtak fra utskrivningsnemden (Vedtak i psyk.nemnd. kan ikke ankes.)
	↓ Underretten	↓ Byherredsretten	
	↓ landsretten	↓ Høyesterett	

Diskusjon

Et sentralt spørsmål når det gjelder overprøvningsorgan innen psykisk helsevern er om disse organene har kompetanse til å foreta en reell overprøving av det medisinske skjønn som ligger til grunn for vedtaket om tvangsinnleggelse og tvangstilbakeholdelse. Man kunne tenke seg at et mål for hvorledes overprøvningsorganene fungerer er hvor mange klager som får medhold i klager over tvungent vern.

Ser man på de vedtak de norske kontrollkommisjonene treffer i saker om tvangsretensjon, kan det virke som om det er håpløst for pasienter å få medhold i ønske om utskrivning. Bare unntaksvis treffes vedtak der pasientene får medhold. Bente Holst-Eriksen har vist at det i perioden 1961-75 ble truffet i alt 506 vedtak på landsbasis i Norge, og i disse fikk pasientene medhold i bare 40 tilfelle (16).

Det kan også vises til Danmark der det i perioden 1960-73 ble behandlet 1250 klager i justisministeriet, hvorav 4 fikk medhold (15).

Hvorledes de svenske utskrivningsnemdene fungerer vet vi lite om. Det finnes dog summariske oversikter som tyder på at de sjelden omgjør tvangsvedtak.

Mange synes dette er et dystert bilde av hvorledes overprøvningsorganene fungerer, men disse forhold gir ikke grunn til å konkludere i så måte. Man kunne for eksempel tenke seg at det ekstremt lave antall pasienter som får medhold i sine klager reflekterer at de medisinsk-juridiske vurderinger som ligger bak tvangsretensjoner stort sett er riktige og velbegrunnede. Dessverre har vi for liten kunnskap til å uttale oss med noen sikkerhet om disse forhold.

Fra Norge vet vi imidlertid at mange pasienter blir utskrevet av tvungent vern ved klage til kontrollkommisjonen, men at utskrivningen skjer før det kommer så langt at kontrollkommisjonen rekker å fatte vedtak. På denne måten blir de offisielle tall ikke dekkende for virksomheten.

Selv om vi har mangelfulle kunnskaper om hvorledes kontrollorganene fungerer, finnes det et prinsipielt poeng av betydning for pasientenes rettssikkerhet når det gjel-

der de spørsmål kontrollorganene blir stillet overfor: *I den grad man utvider lovkriteriene for tvangsretensjon, og særlig i den grad man trekker inn kriterier basert på medisinsk skjønn, blir kontroll og overprøvingsoppgavene tilsvarende komplisert.* Behandlingskriteriet er et typisk eksempel på et slikt kriterium der det medisinske skjønn spiller en vesentlig rolle.

Om tvangshjemmelgrunnlaget derimot f.eks. var innsnevret til bare å omfatte psykiatriske pasienter som hadde utført fysisk voldelige handlinger mot annen person, ville det være forholdsvis enklere for et kontrollorgan å vurdere legaliteten av tvangsinngrepet. Om derimot tvangshjemmelgrunnlaget omfattet behandlingshensyn og behandlingsmuligheter, ville begrunnelsene i langt større grad være preget av psykiatriske skjønnsvurderinger, og overprøvingsoppgaven vil på dette grunnlaget bli betydelig vanskeligere.

Om man ønsker å redusere tvangsbruken i psykiatrien, kan man sannsynlig oppnå dette ved å redusere hjemmelgrunnlaget, og særlig ved å fjerne behandlingsindikasjonene fra regelverket. Om dette er ønskelig er en annen sak. Fører en slik innsnevring til at sterkt lidende mennesker på denne måten faller ut av behandlingsapparatet, vil dette være betenkelig. På den annen side vil behandlingsapparatet i en slik situasjon bli tvunget til å bruke mer tid og krefter på å nå aktuelle grupper med et frivillig tilbud.

Endelig må man være klar over at lite er vunnet med et godt regelverk, dersom ikke brukerne (og særlig pasientene) ikke får tilstrekkelig informasjon og kunnskap om loven og de rettigheter denne gir.

Det er med stor sannsynlighet også andre forhold som spiller en vesentlig rolle når det gjelder omfanget av tvangsbruk i psykiatrien. Gjennom de betraktningene som foreligger i denne artikkelen er det for eksempel ikke mulig fullt ut å forklare at Danmark som avgjort har det regelverk med de dårligste rettssikkerhetsgarantiene, er det land som i minst grad tvangsinternerer sine psykiatriske pasienter.

Konklusjon

Det er store forskjeller i omfanget av tvangsbruk ved innleggelse til de psykiatriske institusjoner i Danmark, Norge og Sverige. Statistisk sett er sjansen for å bli tvangsinnlagt nær ti ganger større i Sverige enn i Danmark. Det er klart at det tvangsinnlegges fler ikke-psykotiske pasienter i Sverige enn i de andre skandinaviske landene. Dette er forsåvidt naturlig sett i forhold til det psykiatriske regelverket i de ulike landene. Strengt tatt burde ikke tvangsinnleggelse av ikke-psykotiske forekomme i Danmark og Norge, mens svensk lovgivning opererer med kriterier som også gjør det mulig å tvangsinnlegge ikke-psykotiske.

Særlig rusmiddelmissbrukere utgjør en stor andel av det totale antallet innleggelse til psykiatrien i Sverige (41% i 1977). Også blant de ikke-psykotiske tvangsinnlagte dominerer denne gruppen i Sverige, mens rusmiddelmissbrukere ikke på langt har samme plass i dansk og norsk psykiatri.

Men selv om man fjerner rusmiddelmissbrukerne fra tallmaterialet, står man like fullt tilbake med tydelige forskjeller i omfanget av tvangsbruk, fortsatt med Sverige på topp og Danmark på bunn. Ulikheter i sengekapasitet og ulikt regelverk kan i noen grad forklare forskjellene mellom Danmark og Sverige og mellom Sverige og Norge, men ikke mellom Norge og Danmark. Muligheten for tvangstilbakeholdelse av frivillig innlagte pasienter i Danmark, bidrar med stor sannsynlighet til at tvangsbruken i innleggelsessituasjonen er lav.

For fullt ut å kunne forklare de påviste forskjellene er det mulig man må trekke inn forskjeller i tradisjon og kulturelle forhold.

Når det gjelder rettssikkerhet, ser det ut som om Norge på papiret har det best formulerte regelverk, mens Danmark har det svakeste. Vi vet imidlertid for lite om hvorledes pasientenes rettssikkerhet ivaretas i praksis.

Tilgjengelige data tyder på at pasienter har små muligheter til å vinne fram med sine synspunkter innenfor rammen av det eksi-

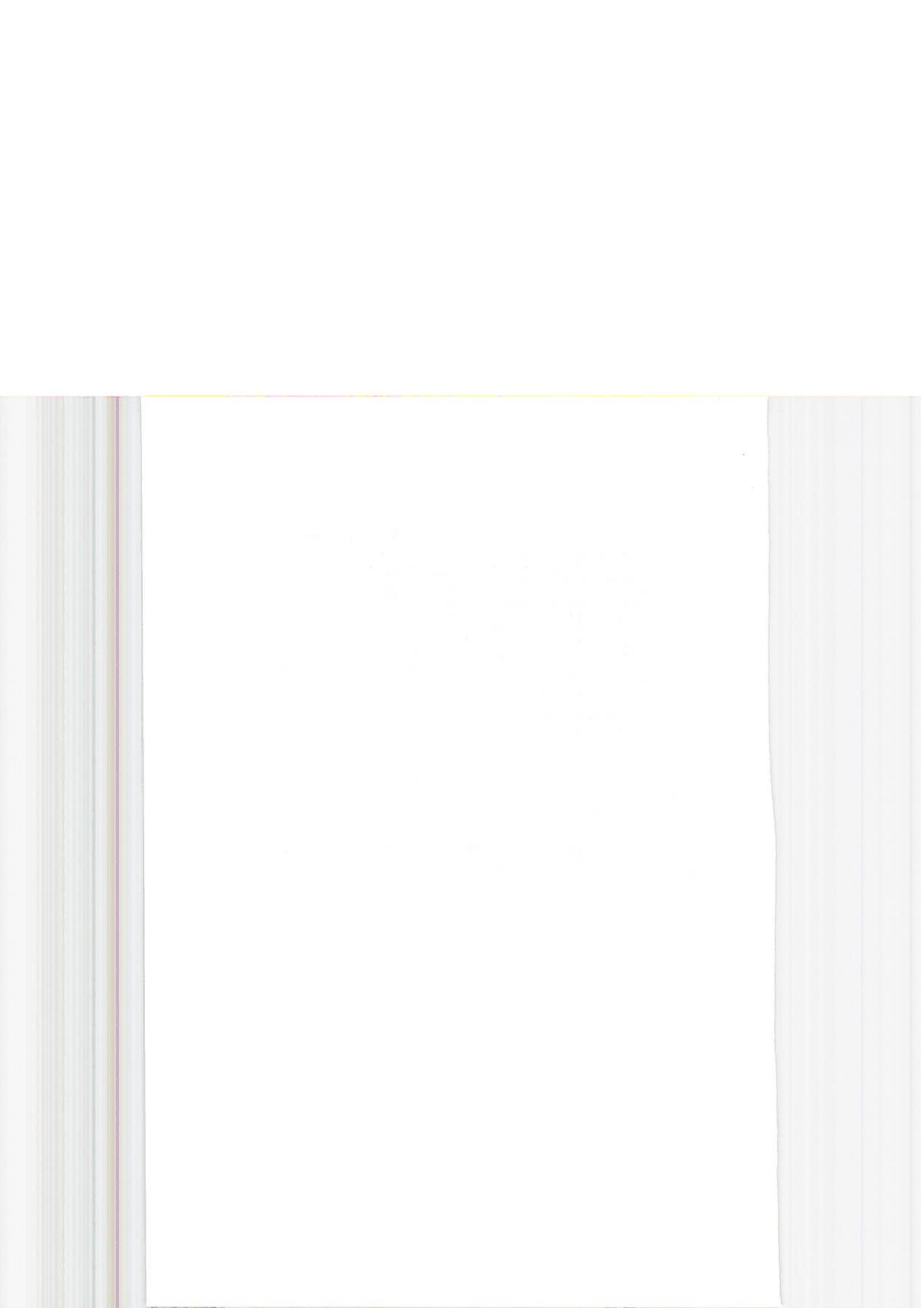
sterende klage- og overprøvningsapparat, men vi vet at mange pasienter vinner fram med sine synspunkter uten at dette nedfelles i de offisielle kilder.

Sannsynlig vil vi kunne redusere omfanget av tvangsinnleggelse og tvangsretensjon i psykiatrien ved å innsnevre lovens kriterier for slik tvangsbruk, og særlig ved å fjerne behandlingskriteriet fra regelverket. Vurderingen av tvangsbruk vil imidlertid alltid være vanskelig, og vi må være oppmerksomme på muligheten for at hjelpetrengende ikke får den hjelpen vi kan yte om vi innskrenker hjemmelsgrunnlaget for i visse tilfelle å kunne bruke tvang.

Litteratur

1. Major H W: Motiver til en ny sinnsykelov for Norge. Chra. 1846.
2. Winge P. De Norske sinnsykerett historisk fremstillet. Chra 1918 (Bind I-III)
3. Ot.prp. 69, 1960-61
4. Läkartidningen Vol 69, Nr. 52, 1972
5. Ugeskrift for læger: Uttalelse fra Dansk Psykiatrisk selskab om sindsygeloven. Nr. 144/49 1982
6. NUA 1980:20: Yearbook of Nordic Statistics
7. Falck S. Kriminalitetsutviklingen i Norge 1950-82. Nordisk tidsskrift for Kriminalvidenskab. nr. 2, 1984
8. Spriraport 67/81: Nackaprosjektet 1974-79
9. Sosialstyrelsen redovisar 1981:2: Tvangsvård inom psykiatrien
10. Adserballe H: Frihetsberøvelser og tvang i psykiatrien. København 1977
11. Øgar B: Pasienter i psykiatrisk sykehus. Oslo 1979
12. Rosenqvist R: Tilleggskriteriene i lov om psykisk helsevern § 5. En kommentar. Lov og Rett 1985; 10:608-612
13. Adserballe et al: Tvangsindlæggelse. Ugeskrift for Læger. 144/22. 1982
14. Lasenius B et al: Den psykiatriske tvangsvården på kraftig tilbakegang i Läkartidningen. Vol 80. Nr 49 1983
15. Busck L: Frihetsberøvelser efter sindsygeloven af 13.4.1938. Juristen 1982
16. Holst-Eriksen B. Om kontrollkommissionene. Synapse 1978

Forfatteren er cand.med. og er for tiden ansatt som forskningsstipendiat NAVF, tilknyttet seksjon for sosialpsykiatri ved Institutt for Samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø. For tiden arbeider han med et større prosjekt angående grunnlaget for retensjon i psykiatriske institusjoner og rettssikkerhetsproblemer knyttet til slik retensjon.



Arbeid
Nr. 2

ALBERT
No. 2

COMPULSORILY ADMITTED PATIENTS ABILITY TO MAKE USE OF THEIR LEGAL RIGHTS.

by

GEORG HØYER

INSTITUTE OF COMMUNITY MEDICINE
UNIVERSITY OF TROMSØ,
N-9000 TROMSØ, NORWAY

ABSTRACT.

To examine the grounds for compulsory detention in Norwegian mental hospitals according to the psychiatrists' opinion, 212 medical affirmations issued in appeals concerning detention were analyzed. The "Need of treatment" criterion was most commonly referred to as a ground for detention, and said to be fulfilled in 73.1 % of all cases. Intended goals, or time needed to accomplish the treatment were seldomly mentioned. It was found that psychiatrists applied the treatment criterion more comprehensively than can be accepted according to the law, and it was estimated that the legal requirements for detention had been exceeded in approximately 15 % of the cases.

Based on the findings of this study it is recommended that commitments for reasons of treatment should be abolished in order to reduce the existing problems of defining the requirements for detention.

KEY WORDS: Compulsion in psychiatry, Compulsory admissions, Legal rights of for the mentally ill.

INTRODUCTION.

In recent years much effort has been made to secure patients legal rights in psychiatry. According to the first Norwegian Mental Health Act, passed in 1848, Control-Commissions were established to take care of patients legal rights, and the Control-Commissions are still regarded as the most important safeguard against accidental and ilegal detentions in our mental institutions (1).

All complaints concerning compulsory admissions or detentions in psychiatric institutions should be addressed to the Control-Commissions, who have the authority to overrule decisions made by the chief physician in these matters.

In 1983, 26 % or about 5000 of all admissions to mental institutions in Norway were registered as compulsory admissions (2). Compared to the annual number of compulsory admissions, few complaints are addressed to the Control-Commissions concerning detentions in psychiatric institutions. This might reflect the possibility that patients, despite their status as committed against their own will, are satisfied with the treatment and custodial care they recieve.

However, there is also another possibility that patients may not be sufficiently aware of their legal rights. This has been claimed by others to be the fact in case of clients qualified to recieve social security (3,4,5,6) as well as for citizens in general with regard to legal aid (7). Concerning mental patients a Danish study by Mielche (8) concludes that patients' lack of knowledge about their legal rights was substantial. In her work Mielche also refers to other Danish studies that indicate that patients in general hopsitals have better knowledge about their situation than patients in mental hospitals. Except for this study, no other Scandinavian work on mental patients' awareness of legal rights is known to this author. In more general terms Løken (9) describes how patients demonstrate poor insight into their situation on admission to a norwegian mental hospital. Also Goffman (10) emphasize the point that mental patients have less information about their own situation than the staff, and that this difference is one of the important features of mental hospitals.

According to the Norwegian Mental Health Act the basic requirement, regarding both compulsory admission and detention, is that the person should suffer from a serious mental disease (usually understood as identical to a psychosis). Three additional requirements are stated in the law, and at least one of them must be fulfilled beside the presence of a serious mental disease. The first of those additional requirements says that the commitment should be necessary to ensure recovery or considerable improvement of the condition; the second says that hospitalization is required to prevent the patient suffering from molestation if not hospitalized, and the final criterium says that hospitalization can be accepted if the patient is dangerous to himself or others (8). These additional criteria will respectively be referred to as "Need of treatment", "Molestation" and "Danger" later on. But according to a Supreme Court verdict (9) involuntary hospitalization should also be considered in relation to the available alternatives. This means that even if the requirements stated in the law are fulfilled, psychiatrists should be obliged to make an overall assessment whether hospitalization is the appropriate or adequate solution to the actual problem.

The methodical considerations were complex when choosing the right approach to the problem in question. There was no particular source of information where psychiatrists' indications for involuntary hospitalization could be obtained. According to the Norwegian Mental Health Act there are three situations where psychiatrists in charge at mental hospitals have to make declarations stating grounds for involuntary hospitalization of mental patients. The first statement should be made on admission in all cases of commitment. Next, a periodic review should be made every six months, stating grounds for possible continued detention. Finally, in cases where patients or others appeal about compulsory institutional care, psychiatrists are obliged to make a medical affirmation stating their opinion of the

view between the 3rd and 10th day after admission. Patients discharged within three days after admission were excluded from the study. If patients were readmitted during the six week period, they were only interviewed once. All interviews were carried out by the author alone during a five month period in 1983. Mean time between the admission and the interview was six days.

A total of 101 compulsory admissions were carried out at the three hospitals during the investigation period. Ninety-five patients fulfilled the inclusion criteria, and 78 of them were willing to take part in the investigation, while 13 refused. In three cases interviews were impossible due to a language barrier. (One Chinese and one Lappish speaking person and one blind, deaf-and-dumb person), and in one case the patient was willing to take part in the interview, but this was denied by the ward staff.

Table 1 displays information about the interviewed patients' sex, mean age and number of previous admissions to mental institutions categorized as first time admissions or readmissions.

There was no significant difference regarding age, sex and number of admissions, between the patients who did not take part in the interviews and those who accepted.

Regarding the distribution of diagnosis made by the hospital at the time of discharge (according to the ICD-8), no differences were found between the hospitals. Schizophrenia was the most common diagnosis (50.0 % of the cases).

The interview was semistructured and was designed on the basis of four pilot interviews. It contained 30 simple questions concerning the following main items:

1. The patients' knowledge of the circumstances connected to their admission (12 questions.)
2. The patients' ward regime (8 questions) and
3. The patients knowledge of their legal rights and how to make use of them (10 questions).

At the end of the interview the patients were invited to speak freely about matters of special concern to them. Depending on the patients' interest interviews lasted from five minutes to two hours. (mean=19 min.) Information about previous admissions and mode of treatment were obtained from hospital records.

The questions which were addressed to the patients, relevant to the scope of this paper, were as follows

1. If you should wish to leave the hospital, do you know whether you are free to leave at any time, or if you first have to ask somebody's permission ?
2. In case you are not permitted to leave, do you know if you can complain to someone about that decision, - eventually to whome ?

(If the patients answered that they did not know who to complain to, they were asked if they had heard about the Control-Commission)

3. How (and from whom) did you learn about this possibility of complaining ?
4. Do you know how to get in touch with the Control-Commission ?
5. Is there something you want to discuss with the Control-Commission concerning your present situation ?
6. Have you been in contact with the Control-Commission during previous hospitalization ?

Those who replied positivly to this question were additionally asked the following questions:

7. How did you experience the Control-Commission ?
8. For what reason did you contact the Control-Commission ?
9. What was the result of your contact with the Control-Commission ?

Immediately after the interview, the interviewer recorded whether psychotic symptoms ocured during the interview, and an overall assessment was spontaneously made concerning the patients ability to make use of the existing legal rights. In cases of patients inability to make use of these rights, the interviewers opinion of the reason for this lack was recorded.

The answers given to question 7 above (How did you experience the Control-

Commission ?) was categorized by the interviewer as positive, negative or neutral attitudes towards the Commission.

The material was statistically tested mainly by the traditional chi-square method, but also t-tests and Fisher-Irwin's test were performed when appropriate.

RESULTS

No statistically significant differences were found between the hospitals with respect to any of the results presented in this paper. Nor were any differences related to the patients' sex statistically significant. References to those variables will consequently be left out later on.

Concerning patients' own view of their legal status in the hospital, 19 patients claimed they were admitted on a voluntary basis, but only seven of this subgroup said that they could decide themselves whether they could leave the hospital or not. Fifty-one knew they were committed against their own will, while 8 were uncertain or did not answer this question.

On repeated questioning 64 patients said that they had heard of the Control-Commission in some way or another, while 14 patients were still unable to claim such knowledge. Patients admitted for the first time had significantly less knowledge than the readmitted patients regarding the existence of the Control-Commission ($p < 0.005$).

In table 2 the patients knowledge of how to get in touch with the Control-Commission is presented. The proper way to address the Control-Commission is by mail according to the provisions of the Mental Health Act, but all answers revealing any knowledge most likely to lead to contact between the patients and the Control-Commission, were accepted as sufficient in this regard. Accordingly a total of 38 patients reported such knowledge on ways to get in touch with the Control-Commission, while 27 reported that they did not know how to act in this respect.

The main source of information about the Control-Commission as reported by the patients is given in table 3.

Experiences from earlier admissions seem to be the most important source of information. Only one patient mentions information given by health workers outside the institution.

If the answers, concerning the knowledge about the existence of the Control-Commission, are combined with the patients reported knowledge of how to get in touch with the Control-Commission, then a total of 31 patients (approximately 40 % of all interviewed patients) reveal an essential lack of information. However, as presented below (table 6), this lack of information was judged only in 16 cases to be the main reason for patients' inability to make use of their legal rights.

Thirty-five of the patients (55 % of the readmitted patients) had been in touch with the Control-Commission previously. Their feelings about the Commission, as well as the kind of contact are referred in table 4.

About half of the patients in this subgroup (with previous contact with the Commission), expressed negative feelings about the Commission, and less than one third of them reported positive feelings.

Examples of statements classified as positive were: "They were quite OK" or "They are clever, I won't say anything bad about them", while negative statements could be: "The Commission is only ruse and trickery" or "They (members of the Commission) won't listen to me".

There was a close connection between the outcome of previous contacts with the Commission and the feelings expressed. Of the 10 patients who expressed positive feelings, 5 reported they had received help from the Commission. No other patients expressed they had received any help from the Commission (including 9 who did not answer).

Twenty-two patients said at the time of the interview that they wanted to get in touch with the Control-Commission to discuss their actual situation. Of these, 13 had previously been in contact with the Control-Commission, - six of them reported negative feelings, while five were positive regarding this previous contact.

Table 5 shows the overall assessment made by the interviewer about the patients ability to make use of their legal rights as patients in mental institutions. Thirty of the 78 interviewed were judged unable to make use of their legal rights.

A marked difference between patients admitted for the first time and readmitted patients is present. While only 28 % of the readmitted patients were judged to be unable to make use of their legal rights, 86 % of the first time admitted patients had the same problem judged by the interviewer ($p < 0.0005$). There were also age differences between the two groups, in the way that the mean age was significantly higher in the group judged "unable" ($p < 0.05$). But if the five patients suffering from senile dementia (who all belonged to the "unable" group) were removed, no difference according to age existed. This was the only time that age influenced the results significantly.

The main reason for patients' inability to make use of their legal rights judged by the interviewer is presented in table 6. More than half of the inability was caused by lack of information.

"Lack of information" covers basic information about existing legal rights as well as practical information about the procedure to follow in order to submit a complaint to the Control-Commission. Only the main reason has been recorded. When two or more reasons are considered to be of equal importance, they were noted as "combinations."

If the direct answers from the patients are compared to the assessment made by the interviewer, great overall agreement is found regarding the patients ability to make use of their legal rights. Disagreement occurred only in three cases: One patient who reported knowledge of the Control-Commission and how to get in touch with them was judged unable to make use of his legal rights. Conversely, two patients who reported insufficient knowledge of these matters, were judged able to make use of their legal rights by the interviewer.

Of the 22 patients who wanted to get in touch with the Control-Commission 15 belonged to the group judged to be able to make use of their legal rights (table 6), while six patients fell into the group considered unable to do this. For one patient the judgement was uncertain in this respect.

Twenty-two patients showed psychotic symptoms during the interview, out of these, nine were judged to be unable to make use of their legal rights, because they were too disturbed. These nine patients constitute the whole group that was judged to be too disturbed to make use of their legal rights. Among them five were diagnosed as suffering from senil dementia.

Seventy of the patients interviewed were taking neuroleptic drugs (Major tranquilizers) at the time of the interview.

DISCUSSION

On a general level the following paradox can be raised: Compulsorily admitted patients are regarded as so disturbed that it is justified to deprive them of their personal freedom. On the other hand legal rights are established to make it possible for those very patients to appeal against detention. These regulations and procedures are complicated, and a certain amount of knowledge to make use of them is presupposed. It is questionable as to what degree compulsorily admitted patients can take part in this complicated process.

According to the Norwegian Mental Health Act a major demand for compulsory admission is that the patient is suffering from a serious mental illness (usely understood to be identical to psychosis). Thus it should be expected that some patients were too disturbed to make use of their legal rights. On the other hand, inability to make use of their legal rights due to a lack of information should not occur.

Although this study claim to explore patients ability to make use of their legal rights, only questions concerning patients knowledge of their legal rights and the patients' mental state are dealt with. It must be questioned if adequate knowledge and mental capability is a sufficient prerequisite to make someone capable of using the legal rights in question. It has been claimed by others that additional barriers must be overcome by the client concerned in order to establish contact with officialy appointed bodies (8). The clients behaviour and manner of communication are mentioned as being of importance in this context. Even if the patients' attitudes towards the Control-Commission, in the present study, did not seem to influence their

wish to establish new contacts with the Commission, it is reasonable to expect that patients attitudes and the other factors above mentioned, contribute to patients ability. It should be emphasized that the concept of ability in this study is limited versus the general concept of ability.

In spite of these factors, knowledge of the Control-Commission's existence and how to get in touch with them is all essential regarding the legal rights of psychiatric patients, because the Control-Commission is the primary authority assigned to try complaints from patients regarding detention in mental institutions.

In this study approximately 40 % of the patients reported insufficient knowledge regarding the existence of the Control-Commission or about how to get in touch with them, despite the fact that provisions in the Mental Health Act make it mandatory that such information must be given by different professionals involved with the admission. Written information about this issue must also be available in the ward.

One can comprehend different reasons for patients lack of knowledge. First one must ask if the patients have or have not received adequate information from the professionals at admission. Bean (12) found in 1980 that suprisingly few psychiatrists who made medical recommendations for compulsory admission, informed the patients about the decision they made. Bean writes: "In only twenty-four of the fifty-eight compulsory admissions (or 41.3 %) was the patient told by the psychiatrist that he was to be compulsorily admitted, and in only seven of these compulsory admissions was the patient told the appropriate section of the Act or the length of time of the order."

Bean, however, based his results on observation of the psychiatrists, while this study is based on information given by the patients, and it should be remembered that the patients reports of missing knowledge, do not necessarily mean that information has not been given. Patients might have received proper information, but forgotten it, or they might have been too mentally disturbed at the time when the information was given. Another possibility is that patients deliberately desinformed the interviewer, but this is not likely. If this should be the fact, the demonstrated differences between first time admitted and readmitted patients would most likely not occur.

We do not know to what extent patients receive official information from professional workers as prescribed by the Mental Health Act. However, if such information is given, it seems that it is soon forgotten. Only one patient states that his main source of information is health workers outside the hospital, and only seven refers to the "ward staff" in this respect. Maybe the timing of the information given by the professionals is inappropriate, and that such information should be given when the patients have been in the ward for some days. The differences between first time and readmitted patients, and the fact that patients in this study most frequently report "previous admissions" as the source of information, indicate that being socialized in the hospital culture by repeated admissions, is the most common way to get appropriate knowledge of the patients legal rights, in the mental institutions.

Concerning the written information that should be available in the ward, no systematic registration has been undertaken for the presence or absence of such material in this study. In some wards this kind of information was certainly present, while in others it was missing. My impression, however, is that the patients do not read written material.

It is difficult to decide to what degree patients' negative reports concerning their knowledge of their legal rights is dependant on their actual mental illness. However, only in nine cases were the patients mental state judged as being the main reason for their inability. This supports the assumption that the information given to the patients regarding their legal rights is insufficient.

It is impossible to draw any reliable conclusion concerning the reasons for the patients lack of knowledge of legal rights. Except for deliberate desinformation, all of the other points mentioned above will most likely be contributory to the demonstrated lack of knowledge.

When it comes to the patients mental state, 22 of the interviewed patients revealed psychotic symptoms during the interview. This figure might seem surprisingly low, but firstly, it must be remembered that the interview had no standardized diagnostic section, and the interviewer did not attempt to reveal the presence of psychosis. Secondly, the interview was highly structured with simple questions, and this might have helped the patients to

control psychotic symptoms during the interview. And finally: As most of the patients received neuroleptic drugs at the time of the interview, and as the interview was carried out six days on average after admission, it is also likely that the most obvious psychotic symptoms had disappeared when the interviewer saw the patients.

With all those reservations the results in this study so far suggest that compulsorily admitted patients should be informed about their legal rights in another way than what is practised today. It is reasonable to propose that information should be given after the patients have been in the ward for some days, and that the information should be conveyed verbally. This procedure should be in addition to the existing routines and should not replace them.

CONCLUSIONS.

This study demonstrates that compulsorily admitted patients are not sufficiently aware of their legal position and legal rights. Thirty-eight percent of the interviewed patients were found unable to make use of their legal rights, and more than half of these were unable due to a lack of adequate knowledge concerning the subject. First time admitted patients had significantly less knowledge than readmitted patients concerning both their legal rights and the practical procedures to follow in order to complain.

Few patients (22 in number), revealed psychotic symptoms during the interview, and only nine patients were found unable to make use of their legal rights because they were too disturbed.

Varios explanations for the reasons for patients lack of knowlwdge of their legal rights are concievable. No definite answers for this phenomenon can be given, except that deliberate desinformation can be ruled out as a possible explanation.

REFERENCES

1. Sosialdepartementet: Innstilling fra komiteen til revisjon av sinnsykelovgivningen, avgitt 31. mai 1955. Oslo 1955.
2. Central Bureau of Statistics of Norway: Health Institutions 1983. Oslo 1985.
3. Hanoa R: Sosialmedisinske behov og uførhet i et saneringsstrøk i Oslo. Gyledendal, Oslo 1977.
4. Fugelli P: Helsetilstand og Helsetjeneste på Verøy og Røst. Universitetsforlaget, Oslo, Bergen, Tromsø 1977.
5. Saltnes K: Rettighetsinformasjon til foreldre/foresatte med funksjonshemmede førskolebarn i Møre og Romsdal. Molde 1980.
6. Eskeland S, Finne J: Rettshjelp. Pax forlag, Oslo 1973.
7. Molven O, Vetvik E: Publikums kjennskap til forvaltningens praktisering og forvaltningsloven. Delrapport, Oslo 1985.
8. Mielche M: Tavshedens politik. Akademisk forlag. Aarhus 1974.
9. Løken Y: Idealer og realiteter i et psykiarisk sykehus. Universitetsforlaget. Oslo 1970.
10. Goffman E: Asylums. Anchor Books, Doubleday & Co. 1961
11. Dahl Jacobsen K et al.: Fordelingspolitikken forvaltning. Sosiologi i dag, 1982 nr. 3.
12. Bean P: Compulsory Admissions to Mental Hospitals. John Wiley & Sons, Chichester - New York - Brisbane - Toronto 1980.

TABLE 1. PATIENTS INCLUDED IN THE STUDY BY NUMBER OF ADMISSION, SEX, MEAN AGE AND HOSPITAL. INTERVIEWS WITH 78 COMPULSORILY ADMITTED PATIENTS TO THREE NORWEGIAN MENTAL HOSPITALS 1983.

	HOSP.1			HOSP.2			HOSP.3			HOSP.1,2,3		
	M	F	TOT (%)	M	F	TOT (%)	M	F	TOT (%)	M	F	TOT (%)
FIRST TIME ADM.	2	3	5(14.7)	3	2	5(16.7)	1	3	4(28.6)	6	8	14(17.9)
READMISSIONS	12	17	29(85.3)	14	11	25(83.3)	6	4	10(71.4)	32	32	64(82.1)
ALL ADMISSIONS	14	20	34 (100)	17	13	30 (100)	7	7	14 (100)	38	40	78 (100)
MEAN AGE:												
FIRST TIME ADM.:	49.4			67.6			56.5			57.9		
READMISSIONS:	37.6			43.7			39.2			40.2		
ALL ADMISSIONS:	39.3			47.7			44.1			44.1		

TABLE 2: PATIENTS INCLUDED IN THE STUDY BY REPORTED KNOWLEDGE OF HOW TO GET IN TOUCH WITH THE CONTROL-COMMISSION AND NUMBER OF ADMISSIONS. INTERVIEWS WITH 78 COMPULSORILY ADMITTED PATIENTS TO THREE NORWEGIAN MENTAL HOSPITALS 1983.

	FIRST TIME ADM.	READMISSIONS	TOTAL
BY MAIL TO CONTROL-COMMISSION	1	19	20
ADRESS CONTROLL-COMMISSION IN WARD	2	5	7
THROUGH STAFF ON THE WARD		5	5
BY PHONECALL TO CONTROL-COMMISSION		3	3
COMBINATIONS OF THE ABOVE		3	3
DO NOT KNOW	8	19	27
NO ANSWER *	3	10	13
TOTAL	14	64	78

*The "No answer" category comprise both patients who did not answer and patients to whome the question never was asked.

TABLE 3: PATIENTS INCLUDED IN THE STUDY BY REPORTED MAIN SOURCE OF INFORMATION ABOUT EXISTING POSSIBILITIES TO COMPLAIN AND NUMBER OF ADMISSIONS. INTERVIEWS WITH 78 COMPULSORILY ADMITTED PATIENTS TO THREE NORWEGIAN MENTAL HOSPITALS 1983.

	1.TIME ADM.	READM.	TOTAL
KNEW FROM EARLIER EXPERIENCES		26	26
INFORMATION GIVEN IN WARD	1	6	7
FROM CONTROL-COMMISSION THEMSELVES	1	5	6
INFORMATION FROM LAWYERS		2	2
HEALTH WORKERS OUTSIDE THE HOSPITAL		1	1
COMBINATION OF THE ABOVE		6	6
DO NOT REMEMBER/DO NOT KNOW	7	9	16
NO ANSWER	5	9	14
TOTAL	14	64	78

TABLE 4: PATIENTS WHO HAD PREVIOUS CONTACT WITH THE CONTROL-COMMISSION BY KIND OF FORMER CONTACT AND ATTITUDES TOWARDS THE COMMISSIONS. INTERVIEWS WITH 78 COMPULSORILY ADMITTED PATIENTS TO THREE NORWEGIAN MENTAL HOSPITALS 1983.

	PATIENTS FEELINGS ABOUT THE COMMISSION:				TOTAL
	POSITIVE	NEGATIVE	NEUTRAL	NO ANSWER	
KIND OF CONTACT:					
COMPLAINTS	8	13	2	1	24
DISCUSSED MATTERS		1		4	5
MET THEM BY CHANCE	1			1	2
NO ANSWER	1	2		1	4
TOTAL	10	16	2	7	35

TABLE 5: PATIENTS INCLUDED IN THE STUDY BY INTERVIEWER'S ASSESSMENT OF THEIR ABILITY TO MAKE USE OF THEIR LEGAL RIGHTS AND BY NUMBER OF ADMISSIONS. INTERVIEWS WITH 78 COMPULSORILY ADMITTED PATIENTS TO THREE NORWEGIAN MENTAL HOSPITALS 1983.

	1.TIME ADM.	READM.	TOTAL
CAN MAKE USE OF LEGAL RIGHTS	2	39	41
CAN NOT MAKE USE OF LEGAL RIGHTS	12	18	30
JUGEMENT UNCERTAIN	-	7	7
TOTAL	14	64	78

TABLE 6: PATIENTS FOUND UNABLE TO MAKE USE OF THEIR LEGAL RIGHTS BY REASONS FOR THIS INABILITY AND NUMBER OF ADMISSIONS. INTERVIEWS WITH 78 COMPULSORILY ADMITTED PATIENTS TO THREE NORWEGIAN MENTAL HOSPITALS 1983.

	1.TIME ADM.	READM.	TOTAL
LACK OF INFORMATION	5	11	16
PATIENTS CONFUSED/DESORIENTED	6	3	9
COMBINATIONS OF THE ABOVE	1	4	5
TOTAL	12	18	30

Arbeid
Nr. 3

Dieckhoff

1841

GROUNDS FOR INVOLUNTARY HOSPITALIZATION ACCORDING TO THE OPINION
OF NORWEGIAN PSYCHIATRISTS

BY

GEORG HØYER M.D.

INSTITUTE OF COMMUNITY MEDICINE

UNIVERSITY OF TROMSØ

N-9000 TROMSØ, NORWAY

ABSTRACT.

To examine the grounds for compulsory detention in Norwegian mental hospitals according to the psychiatrists' opinion, 212 medical affirmations issued in appeals concerning detention were analyzed. The "Need of treatment" criterion was most commonly referred to as a ground for detention, and said to be fulfilled in 73.1 % of all cases. Intended goals, or time needed to accomplish the treatment were seldomly mentioned. It was found that psychiatrists applied the treatment criterion more comprehensively than can be accepted according to the law, and it was estimated that the legal requirements for detention had been exceeded in approximately 15 % of the cases.

Based on the findings of this study it is recommended that commitments for reasons of treatment should be abolished in order to reduce the existing problems of defining the requirements for detention.

KEY WORDS: Compulsion in psychiatry, Compulsory admissions, Legal rights of for the mentally ill.

INTRODUCTION.

Detention is a serious encroachment on civil and human rights, and the grounds for deprivation of liberty should always be carefully questioned. The intention of this paper is to examine the way psychiatrists justify their decisions concerning involuntary hospitalization of mental patients, based on material from four Norwegian mental hospitals.

The question of compulsory admissions and detention in mental institutions is complex and involves cultural and ethical, as well as legal aspects. Quite different opinions on this matter have been expressed by psychiatrists throughout time. The American psychiatrist Thomas Szasz claims that involuntary hospitalization under no circumstances should be accepted (1), while others claim that restrictions of coercive measures might deprive certain patients of beneficial treatment (2,3).

In different countries the attitudes towards involuntary hospitalization are reflected in the respective mental health acts, and the grounds for incarceration of mental patients are found to differ from country to country (4). Even the Scandinavian countries have different criteria for compulsory psychiatric care (5). The rates of compulsory admission also vary among the Scandinavian countries (5). The number of compulsory admissions to mental institutions in Norway were approximately 5000 in 1983, which equals an admissions rate of 120 per 100 000 inhabitants (6). The number of patients compulsorily detained in mental institutions at a given moment were approximately 6000 (1979-figures) (7). The figures might seem small, but mental patients do in fact comprise the largest group of people deprived of their personal freedom in Norway. This fact makes it even more interesting to explore the professional basis of involuntary hospitalization.

According to the Norwegian Mental Health Act the basic requirement, regarding both compulsory admission and detention, is that the person should suffer from a serious mental disease (usually understood as identical to a psychosis). Three additional requirements are stated in the law, and at least one of them must be fulfilled beside the presence of a serious mental disease. The first of those additional requirements says that the commitment should be necessary to ensure recovery or considerable improvement of the condition; the second says that hospitalization is required to prevent the patient suffering from molestation if not hospitalized, and the final criterium says that hospitalization can be accepted if the patient is dangerous to himself or others (8). These additional criteria will respectively be referred to as "Need of treatment", "Molestation" and "Danger" later on. But according to a Supreme Court verdict (9) involuntary hospitalization should also be considered in relation to the available alternatives. This means that even if the requirements stated in the law are fulfilled, psychiatrists should be obliged to make an overall assessment whether hospitalization is the appropriate or adequate solution to the actual problem.

The methodical considerations were complex when choosing the right approach to the problem in question. There was no particular source of information where psychiatrists' indications for involuntary hospitalization could be obtained. According to the Norwegian Mental Health Act there are three situations where psychiatrists in charge at mental hospitals have to make declarations stating grounds for involuntary hospitalization of mental patients. The first statement should be made on admission in all cases of commitment. Next, a periodic review should be made every six months, stating grounds for possible continued detention. Finally, in cases where patients or others appeal about compulsory institutional care, psychiatrists are obliged to make a medical affirmation stating their opinion of the

indications for involuntary hospitalization. Court decisions concerning detention in mental institutions might also embody valid information on the subject, but such court decisions are very rarely made in Norway (10).

In this study the medical affirmations made in appeal cases were chosen as the sources of information to evaluate the considerations made by psychiatrists in questions of compulsory psychiatric care. These affirmations were more comprehensive than the other declarations mentioned above, and consequently better suited for the purpose of this study.

MATERIAL AND METHOD.

The study is based on the medical affirmations issued in appeal cases at four Norwegian mental hospitals during the period 1976-83. Affirmations were collected in all appeal cases ending up with a formal decision (265) made by the control-boards attached to the four hospitals. In nine of those cases no affirmations were made (The information was conveyed orally), and in four cases affirmations were not found. In six of the remaining cases more than one affirmation had been issued in the same case, representing an additional seven affirmations. Those additional affirmations were only included when new situations arose during the proceedings, or if different psychiatrists revealed different opinions about the same case. If more than one affirmation was available in other cases, they were regarded as supplementary and analyzed as one affirmation. The hospitals were regarded as representative of Norwegian mental hospitals in general (11).

A total number of 259 affirmations were collected according to the criteria mentioned above. Ten affirmations were drawn from this sample to be utilized in a pilot study. In table 1 the 249 remaining affirmations are presented according to the matter of the case and to the status of the complainant.

This table shows that seven cases concern other matters than compulsory psychiatric care and those cases were excluded from the study. The remaining 242 affirmations are all dealing with questions concerning compulsory psychiatric care in some way or another. All of those affirmations were analyzed, but only the 212 cases concerning protests against involuntary hospitalization actually going on, will be presented in the results. This selection was made because it was found essential to analyze the same kind of problems in order to present consistent results.

To analyze the affirmations a pre-coded registration form was used. This formula contained nine items: 1. Demographical data concerning the complainants (11 variables) 2. Assessment of the seriousness of the mental illness in question (6 variables). The observer (the author) should make his own evaluation of the degree of the actual mental disease by scoring the referred symptoms on a scale from 0-10 in each case. According to the manual scores equal or less than 2 should be regarded as non-psychotic conditions. 3. Assessment of the danger of the actual patient (10 variables). 4. Assessment of the potential molestation of the patients if they were not hospitalized (5 variables) 5. Treatment considerations (11 variables). 6. Consequences if the patient was discharged (6 variables) 7. Conclusions as presented in the affirmations (7 variables). 8. Various characteristics of the actual affirmation (6 variables) 9. The main reason for involuntary hospitalization as it occurs in the affirmation, judged by the researcher (1 variable).

All affirmations were analyzed by the author of this paper, and a sample of 55 affirmations drawn by chance, were independently tested by a second researcher (a psychiatrist) in order to test the reliability of the chosen method. This second researcher also took part in the pilot study and authored the manual applied in the study. The material was statistically tested by the chi-square method and t-tests when appropriate.

RESULTS.

Table 2 presents the affirmations' conclusions whether the requirements for detention according to the Mental Health Act are present or not. It shows that in 80.6 % of the cases both a serious mental disease and one (or more) of the additional criteria were claimed to be present, while one or both of these questions were not mentioned in the rest of the affirmations. In one case it was said that the patient did not suffer from a serious mental disease, but it was still recommended that the patient should be detained because of a considerable suicidal risk.

A serious mental disease was claimed to be present in the conclusions in 180, or 84.8 %, of the 212 cases. A description of the present mental state (based on assessments not older than 14 days), was found in 163 of these 180 cases. The mean score according to the assessment of the observer concerning the degree of the mental disease for these 163 patients was 4.7 (Mild to medium psychotic symptoms), and 13 of them were judged to be non psychotic (Scores less or equal to 2). If the descriptions of the mental state in cases where no conclusion about the presence of a serious mental disease are included, the number of patients who did not expose psychotic symptoms increased to 31. The overall agreement between the two observers regarding the degree of the mental disease was 76.4% (Based on scores +/-1), and Kappa concerning the presence of psychotic symptoms or not was 0.681.

In table 3 the discharge diagnoses (ICD-8) are presented according to the conclusion about the presence of a serious mental disease. Schizophrenia was the most common diagnosis accounting for 117 of the 212 cases. In 6 cases a serious mental disease was claimed to be present in the affirmation, despite a non-psychotic diagnosis having been made by the hospital in the same cases.

Table 4 reveals the kind of additional criteria referred to in the conclusions. One or more of these criteria were referred to in 89.6% of the cases. The "Need of treatment" criterion occurred most frequently, and was claimed to be present in 155 or 73.1 % of all cases (either as the only criterion or in combination with others). Descriptions of the actual kind of treatment were found in 94 of these 155 cases. It was found that no treatment had been given in six cases, while two patients received psychotherapy only. The rest of the patients were all on drug treatment (Major tranquillizers). Goals for the treatment were mentioned in only two cases.

Regarding molestation this additional criterion was said to be present in totally 72 or 34.0 % of all cases, and description of the molestation in question was found in 31 of those 72 cases.

In 58 of the affirmations, danger was said to be present at the time when the affirmations were written. Of those 58 cases, 38 were classified by the author as physical danger, 25 as danger to themselves (risk of suicide or mutilation), nine as representing a psychological danger to the environment and two cases of danger to material goods. (The sum is greater than 58 because the same person was found to be dangerous in more than one way in 15 cases).

Danger was noted as an additional criterion in the conclusion in 41 of the 58 cases where the patient was described to be dangerous at the moment. Danger as an additional criterion was claimed in two other cases, which made the total number of cases where this requirement was noted 43 or 20.3 % of all 212 cases. However, dangerous acts, which in fact had been performed by the patients at any time, were described in altogether 68 affirmations. Thirty-four of those 68 cases were classified as violent acts towards others (none of them fatal), and 11 cases were classified as suicide attempts.

There was no significant difference between the four hospitals in this study regarding the frequency of serious mental disease or additional criteria claimed to be present in the conclusions.

A general discussion about what would be lost or achieved by releasing the patients versus continued detention, was not made in any case, and no affirmation mentioned positive effects likely to occur if the patient were discharged from the hospital. On the other hand negative consequences were listed in 169 cases, and the number of negative statements varied from 1 to 4 in each of those cases.

The affirmations provided conclusions whether the complaint should be approved or not in 149 cases, and it was maintained that release should be rejected in 148 of those 149 cases. The last affirmation concluded that the patients appeal about detention should be approved, because the criteria for detention were not found to be present.

Based on the total information conveyed in the affirmations, an assessment of the main reason for detention was made by the observer in each case, and the result of this judgement is presented in table 5. Treatment reasons were judged to be most important ground for detention in 149 or 70.3 % of the 212 cases. The assessment of the observer corresponded well with the additional criteria referred in the affirmations in most cases. The 24 cases classified as "other reasons" by the observer did, however, reveal disagreement between the psychiatrists' judgement and the assessment of the observer. The main reason for detention in these cases, according to the observer, was lack of residence or social support or deviant behaviour on a non-psychotic basis. Regarding the analysis made by the second observer, the overall agreement varied from 76.4 % to 100 % for the results presented above.

DISCUSSION.

The quality of the affirmations.

To what extent the affirmations analyzed in this study reflect the indications for detention, according to the actual standard of modern psychiatry may be debatable. In appeal cases it is conceivable that the psychiatrists may relate more to the legal requirements for detention, than strictly to professional indications for compulsory care. On the other hand, one would expect that the requirements for detention stated in the law, would be based on the existing professional capability to cure the committed patient. The report from the committee that made the draft bill concerning the actual Norwegian Mental Health Act supports this assumption (10). The additional criteria proposed in this report were mainly suggested on the basis of the therapeutic possibilities at that time. The psychiatrists, who were the dominating professional group in this committee, argued in the report that the compulsory power should be increased, because of the recent progress in psychiatric treatment (12). This point of view was accepted when the bill was passed, and it is therefore reasonable to suggest that the criteria for detention included in the Norwegian Mental Health Act in fact reflect the corresponding psychiatric indications for compulsory care. This makes the affirmations provided by psychiatrists in appeal cases well suited when grounds for detention should be studied.

But even if these affirmations seemed to be useful from a theoretical point of view, there were in reality problems. The quality of the affirmations varied, and information about the professional grounds for detention was not always reviewed. Some affirmations had no information at all about the requirements for detention. In other cases statements about these requirements

were made, but corresponding descriptions of the conditions were missing. Even when descriptions were made, they did not always convey significant information about the grounds for detention. Such missing information did of course reduce the quality of the affirmations.

The method applied to analyze the affirmations was acceptable judged by the high agreement between the two observers.

The grounds for detention revealed in this study.

The concept of serious mental disease. The interpretation of this concept has been a matter of debate in Norwegian psychiatry. The law proposition of 1961 (13) concluded that other severe mental diseases than psychosis could be included in the concept of a serious mental disease, but it was agreed that behavioral disorders, neurosis, alcoholism and drug abuse should be excluded. However, later official interpretations have stated that a serious mental disease should be understood as identical to psychosis (14, 15,16), and this interpretation has been applied in this study.

There was no doubt that the patients in most cases exhibited psychotic symptoms at the time when the affirmations were issued, and the symptoms described were regarded to be modest judged by the observer. In some cases, a serious mental disease was claimed to be present, although no psychotic symptoms were described at the time when the affirmation was made. This finding actualizes the difficult question about the duration of a serious mental disease (psychosis). Examples from the affirmations illustrate the way some psychiatrists argue about this question.

Case I: "The patient has taken drugs since he was admitted. He has improved from this treatment. His symptoms have faded. The basic requirement for prolonged detention is present. We regard drug treatment as necessary for the patient's behavior to remain stable. He seems to be as well as it is possible for him to get here at the hospital. His chance of staying well will probably be lost if he is discharged too soon. He will need a period of stabilization before the question of discharge can be taken into consideration again. As far as we understand he is not willing to remain in the hospital on a voluntary basis. He has realistic plans to move to a boarding house or lodging home. He is fully aware of the financial support he may receive in order to get a residence in this way. The problem is that the patient seems to be dependent on drugs to behave in a non-psychotic way. He says that he does not mind taking drugs, but he does not understand how important this is to him. From our knowledge of the patient, we presume that he will stop taking drugs if he is discharged. We consider it most likely that he will soon deteriorate as he did last, and again be in the similar situation he was before the last admission. It is, in other words, likely that the results of the treatment achieved at the moment would be wasted." His request for release was turned down on this basis.

Case II: "His main symptom is that he feel influenced by a computer. This symptom has now disappeared. He says that it has only been a problem created in his own imagination. It is only lately that he has managed to control his substantial influence-symptom, which he exhibited on admission and later on. It seems that he is aware that the chance to get discharged will increase if he denies his symptom. He is now taking drugs. We consider this absolutely essential, and it is possible that the drugs have removed his symptoms in such a way that he is no longer bothered as he was at the time of admission and the first period afterwards. However, from our knowledge of the patient we think he still needs further treatment in a mental hospital".....

These examples demonstrate that some psychiatrists maintain that patients might suffer from a serious mental disease even if no psychotic symptoms are exposed. They claim that this can be true in the (undefined) period of time from the symptoms have disappeared until the mental state is regarded stable. It is obvious that this position will increase the already existing difficulties in delimiting the concept of a "serious mental disease". If the time aspect is regarded in the way it is referred to above, more will be left to the psychiatrists' discretion when they shall decide if the basic requirement for detention is present or not.

The additional criteria. This study has demonstrated that the "Need of treatment" criterion was most commonly referred to as a ground for detention in appeal cases concerning detention. In 73.1 % of all cases this requirement was said to be fulfilled. However, few affirmations gave detailed descriptions of treatment programs, or clarified what should be understood by this criterion. Regarding the two examples referred above, the "Need of treatment" criterion was said to be present in both of them. In those affirmations it is argued that the "Need of treatment" criterion can be applied if the patient is likely to deteriorate if he is discharged. In court cases dealing with the same questions, other psychiatrists have taken the same stand (17). In another cross-sectional study including all committed patients in Norwegian mental hospitals, it was found that prevention of relapse was stated as a reason to apply the "Need of treatment" criterion in 45 % of the cases where this criterion was noted (18). This indicates that the treatment criterion is understood in a comprehensive way, at least by some psychiatrists. The concept is not confined to the improvement of the condition, but includes prevention of relapse as well. Such wide definitions of the treatment criteria cannot be justified by the way this criterion is expressed in the law.

Regarding the "Molestation" criteria, it was sometimes difficult to comprehend what situations the psychiatrists referred to. In the 31 cases where molestation was described, insignificant information was usually conveyed. A common description was: "The patient is not capable of taking care of himself", but a thorough description of what this really implied was lacking. In the few cases where more exhaustive descriptions were found, they referred to a substantial disability to cover the basic needs of life. But as long as the descriptions in the other cases were so vague (or missing), it was not possible to tell how psychiatrists define molestation on basis of this material.

When it comes to danger, it is important to notice that few patients were detained because they were found to be dangerous. Only 38 patients (17.9 % of all cases) were said to represent a potential danger to others. Similar observations have been made in other studies. In 1979 it was found that 16 % of all detained patients in all Norwegian mental hospitals were said to be dangerous to themselves or others (7), and the same percentage was found in 1982 according to the same criteria (18). The violent acts performed by the patients found to be dangerous in this study were modest (with the exception of one case of stabbing), and there is no reason to consider the patients included in this material as particularly dangerous.

A general problem concerning all additional criteria is that the vague definitions make different interpretations possible. The cross-sectional studies mentioned above (7,18) demonstrated that there were great variations throughout the country with regard to the frequency of referred additional criteria. These variations cannot be explained by variation of the hospital populations, and must be a result of different interpretations. The Danish psychiatrist Adserballe acknowledge this possibility when he writes the following about the criteria for compulsory commitment: "...I must admit that the psychiatric profession is vulnerable because our concept of mental

illness, dangerousness and health has no well-defined boundaries and can be extended to embrace a wide range of problems" (19). This corresponds with the experience this author had from reading the affirmations included in this study. The concepts introduced in the Mental Health Act are so poorly defined, that the psychiatrists can use their discretion within broad limits in questions concerning involuntary hospitalization.

What was not mentioned in the affirmations.

There is reason to ask why no affirmations mentioned positive consequences likely to occur if the patient was to be released from the hospital, and why no affirmations discussed what could be achieved or what might be lost if the patient was discharged in contrast to continued detention. It is difficult to accept that there should be no imaginable advantages associated with the avoidance of involuntary hospitalization. It may be that the professional philosophy on which psychiatry is based, makes this pro-and-con argumentation unfamiliar. It seems that most psychiatrists disregard the conflict involved in the question about involuntary hospitalization. It was striking that conflicting interests were not identified or mentioned in a single affirmation. Instead it seemed that the psychiatrists' way of thinking was based on the assumption that the patient and the psychiatrist always had common interests. This finding suggests that psychiatrists are biased in their judgement concerning indications for involuntary hospitalization.

The main reason for detention judged by the observer.

According to the manual the observer should make his own assessment of what he believed was the real reason for detention. Again it was found that the need of treatment was dominating. (The same was found by the other observer. The overall agreement for all indications was 83.3 %, and Kappa regarding the

treatment indication was 0.773). The finding is not surprising as long as the assessment of the observer is based only on the information conveyed in the affirmations. Further research in this area should include independent clinical examination of the detained patients. Nevertheless, other reasons than those stated in the conclusions by the psychiatrists, were found by the observer in 24 cases. These cases included patients with behavioral problems and patients who were lacking social support or had no residence outside the hospital. It is extremely difficult to tell if these 24 patients comply with the requirements for detention stated in the law, but some of the cases were dubious. The following examples are illustrating:

Case III. "He (the patient) was well informed about the situation during the interview, and did not exhibit any psychotic symptoms. He might seem a little suspicious towards the doctor, and did not make good contact. Because of the heavy expenses he has incurred for the health authorities when he was brought home from abroad, and because a claim for damages performed abroad probably will be made, it has been decided by the chief psychiatrist that he shall be detained in the hospital, until we are sure that he will not repeat any uncontrolled acts."....

Case IV. "The patient is persistent in her demand for discharge on the ground that she wants to look after her child. However, every time she has escaped from the hospital, she has gone boozing in the town for weeks instead of going home to her child.....She has been brought back to the hospital by the police two or three times during the last weeks. She has been found in the town more or less drunk, more or less naked together with chance acquaintances. When the patient is confronted with this, it is not possible to make her understand that this life-style is totally incompatible with any possibility of managing on her own and taking care of her child....It has become more and more clear to us that she is suffering from a serious

personal disorder which must be regarded as equivalent with a serious mental disease, and that we must take care of her by keeping her in the hospital, behind closed doors if necessary"...

Case V. "Delusions and hallucinations are now gone....The psychotic symptoms have disappeared, but we regard her as mentally unbalanced.... We regard her as being so inhibited in her general way of functioning that she will not be able to manage outside the hospital. Her demand to get discharged expresses that she is caught in her own helpless destructivity. ..We cannot recommend that she shall be discharged".

Detentions that did not comply with the legal requirements.

It has been demonstrated in this study that psychiatrists tend to interpret the concepts stated in the law concerning the criteria for detention in a wide sence, and it may be questioned if their interpretations go beyond the intentions of the law. An attempt has been made to evaluate how often the grounds for detention stated in the affirmations exceed the legal requirements. The material was reviewed within this frame to see how many cases that complied with the following criteria: 1. The presence of a serious mental disease should either be denied or not mentioned in the conclusion. 2. The presence of a serious mental disease should be denied or not mentioned elsewhere in the affirmation. 3. No referrals to additional critera should be present in the conclusion. 4. The observer's score according to the descriptions of the present mental state, should be less than three (equal to non-psychotic conditions).

When this was done it was found that all these criteria were satisfied in seven cases, while three of the criteria were fulfilled in altogether 25 cases. (criterion one and two were always fulfilled in this group). If cases

where non-psychotic diagnosis were made, were added, the group increased to 32 cases. In all except one of these cases, continued detention was recommended by the psychiatrists. It is likely that the psychiatrists in these 31 cases (14.6 % of all cases) have exceeded the legal requirements for detention. This estimate may of course be debated. Minimum figures would comprise 13 cases (five cases where a serious mental disease is explicitly denied and eight cases where non-psychotic diagnosis were made). Conversely, a wide estimate, including all cases where the patients were scored to be non-psychotic by the observer, combined with cases where other reasons for detention was judged to be present by the observer and the cases with non-psychotic diagnoses, will end up with a number of 52 cases. This make the number of questionable cases vary from 5.7 to 24.5 % of all cases. The suggested estimate of 14.6 % mentioned above seems reasonable in this context. As comparison may be mentioned that Adserballe found in a Danish material that one third of all involuntarily committed patients were probably not admitted according to the law (20). However, it should be remembered that these calculations are uncertain, because so much is left to the clinical judgement when decision about detentions are to be made. Reservations should also be made because information not conveyed in the affirmations might have been taken into consideration when the psychiatrists made their decisions.

Some general remarks about the grounds for involuntary hospitalization.

This study has shown that Norwegian psychiatrists most commonly refer to treatment considerations when they shall justify their decisions about detention. The opinion among psychiatrists about this indication for commitment is divided. Adserballe writes the following: "There are great problems involved in the principle of acceptance of compulsory procedures in the case of non-dangerous persons in need of treatment. To my mind the greatly improved forms of treatment argue for retention of this possibility

or right - the psychiatrists should try to weigh the suffering of the patient against present, available treatment potentials" (19). His Danish colleague Willadsen does not seem to agree with him: "It is ethically unjustifiable that human beings, against their own will and even under heartrending protests are forced into psychiatric institutions, on the sole ground that they are in need of treatment. It is difficult enough to obtain successful effect with voluntary patients" (21). In another paper she says the following about the need to preserve treatment criteria in the new Danish Mental Health Act: "If we honestly stick to a comprehensive view of psychiatry, and take its historical, ethical and philosophical aspects into consideration, specially the difficulties in delimiting its activity, we must admit that this requirement (Need of treatment) cannot be maintained" (22). In this context it should be mentioned that the British organization for mental patients "MIND" suggested in 1976 that compulsory admissions to mental hospitals should be based upon behavioral criteria of dangerousness alone (23), and that it has been proposed to abolish the treatment criteria in the new Swedish draft bill concerning the mentally ill (24).

One must ask if the protection of the personal liberty and the civil rights of the individuals in a society is so important that no possibility to intervene by coercive means for treatment purposes can be justified. Who, if any, is to judge in the conflicts involved in this matter? These questions will always be discussed as long as the psychiatrists have power to apply coercion. Maybe psychiatry would benefit if all decisions concerning coercion were left to others. The Norwegian sociologist Christie has the following opinion about this question: "The sociological understanding that made the surgeons refrain from acting as executioners in their spare time, scarcely harmed the doctors, the patients or society. There are no reasons to preserve the combination of roles performed by health workers with the independent power to apply coercion" (25).

CONCLUSIONS.

This study has found that most patients were detained for reasons of treatment. The "Need of treatment"-criterion was present in 73.1 % of all 212 cases, and it was found that the psychiatrists tended to apply wide definitions to this criterion. This comprehensive understanding of the legal criteria was also found concerning the other requirements stated in the law, and it seems as though the psychiatrists apply wider criteria for detention than can be accepted within a legal frame. According to the overall assessment made by the observer it was found that the grounds for detention revealed in this study exceeded the legal requirements in approximately 15% of the cases. As long as questions concerning the patients' personal liberty are involved, the demonstrated extension of the criteria for detention should not be accepted.

The psychiatrists did not discuss the disadvantages that might follow involuntary hospitalization in any of the affirmations analyzed in this study. Nor did they discuss what could be achieved if compulsion were avoided. It is difficult to explain why these aspects are totally ignored without suggesting that psychiatrists are biased in their considerations concerning involuntary hospitalization. At least, the conclusion might be that an increased awareness of the conflicts involved with commitment to a mental institutions is needed.

Some of the difficulties involved with the questions concerning compulsory psychiatric care could be reduced if indications for detention based on treatment considerations were abolished, but there is no agreement among psychiatrists as to whether this would benefit the mental patients or not.

REFERENCES.

1. Szasz T. Should psychiatric patients ever be hospitalized involuntarily ?
- Under any circumstances-no. In: Brady JP and Brodie HKH (Eds).
Controversy in Psychiatry. W.B. Saunders company. 1978.
2. Hollender MH. Should psychiatric patients ever be hospitalized
involuntarily ? - Under some circumstances - yes. In: Brady JP and
Brodie HKH (Eds). Controversy in Psychiatry. W.B. Saunders company. 1978.
3. Sundby P. Tvang og behandling. Hefte for kritisk juss. 1978;4:19-31.
4. Curran WJ and Harding TW. The Law and Mental Health: Harmonizing
Objectives. World Health Organization. Geneva 1978.
5. Høyer G. Tvangsinnleggelser og tvangsretensjon i psykiatriske
institusjoner - en sammenligning av regelverk og praksis i de
skandinaviske land. Nord Psykiatr Tidsskr 1985;39:147-57.
6. Central Bureau of Statistics of Norway. Health Institutions 1983. Oslo
1984.
7. Øgar B. Pasienter i psykiatriske institusjoner 1.November 1979.
NIS-rapport 5/81. Trondheim 1981.
8. Lov om psykisk helsevern av 28.april 1961. Oslo 1961.
9. De norske Rettstidende 1981:770-80.
10. Rasmussen Ø. Tvistemålslovens kapittel 33 som rettssikkerhetsgaranti i
det psykiske helsevern. Institutt for offentlig retts skriftserie
nr. 4/1976. Universitetet i Bergen 1976.
11. Høyer G. Compulsorily admitted patients ability to make use of their
legal rights. Tromsø 1985. International Journal of Law and Psychiatry
1986;8:413-22.
12. Det kgl. Norske Sosialdepartement. Innstilling fra komiteen til revisjon
av sinnsykelovgivningen. Oslo 1955.
13. Det kgl. Norske Sosialdepartement. Ot.prp.nr. 69. (1959-60). Om lov om
psykiatrisk omsorg. Oslo 1960.

14. Justis og Politi-departementet. Stortingsmelding nr. 32 (1976-77): Retts-sikkerheten i sosial og helseinstitusjoner.
15. Blom K, Bratholm A, Hjort J. Rapport om forholdene på Reitgjerdet sykehus. Oslo 1980.
16. Erstatningsutvalget - Reitgjerdet. Rapport av februar 1982.
17. Kobbe H. Tillegskriteriene i lov om psykisk helsevern paragraf 5 sett i lys av rettspraksis. Lov og rett 1985:596-608.
18. Rosenqvist R. Tillegskriteriene i lov om psykisk helsevern paragraf 5. En kommentar. Lov og rett 1985:608-12.
19. Adserballe H. When is compulsory admission justifiable? In: Jensen K and Pedersen B. Commitment and civil rights of the mentally ill. Sind, Copenhagen 1985.
20. Adserballe H. Frihetsberøvelse og tvang i psykiatrien. FADL. København, Århus, Odense 1977.
21. Willadsen J. Sindsygeloven. *Amalie* 1983;5:32-36.
22. Willadsen J. Bevægelse i sindsygeloven. I: Vestergaard J, Willadsen J og Wilhjelm P. Sindslidendes retsstilling. Gyldendal. København 1985.
23. Bean P. Compulsory admissions to mental hospitals. Jon Wiley & Sons 1980.
24. SOU:1984-64. Psykiatrin, tvånget och rättssäkerheten. Stockholm 1984.
25. Christie N. Tvangsarbeid og alkoholbruk. Universitetsforlaget. Oslo 1960.

TABLE 1. NUMBER OF AFFIRMATIONS ANALYSED IN THE STUDY BY MATTER OF COMPLAINT AND STATUS OF THE COMPLAINANT.

PROTESTS AGAINST:	STATUS OF THE COMPLAINANT:				TOTAL
	IN-PATIENT	OUT-PATIENT	RELATIVES	OTHERS *	
ACTUAL DETENTION	211	2	1	0	214
EXECUTED COMPULSORY ADMISSIONS	13	1	0	0	14
COMPULSORY ADMISSIONS, NOT EXECUTED	0	1	0	2	3
COMPULSORY ADMISSION REFUSED BY THE HOSPITAL	0	0	1	1	2
PATIENTS BEING RELEASED FROM COMPULSORY CARE	0	0	8	1	9
OTHER MATTERS THAN COMPULSORY PSYCHIATRIC CARE	6	1	0	0	7
TOTAL	230	5	10	4	249

* TWO PERSONS NOT PREVIOUSLY ADMITTED, PROTESTING AGAINST ADMISSION, ONE CIVIL SERVANT PROTESTING AGAINST REFUSED ADMISSION REGARDING A PRISONER, AND ONE PUBLIC HEALTH OFFICER COMPLAINING ABOUT A PATIENT BEING DISCHARGED.

TWO OUT-PATIENTS WHO WANT TO BE RELEASED FROM COMPULSORY AFTER-CARE.

INCLUDING 2 PATIENTS WANTING TRANSFERRAL TO VOLUNTARY HOSPITALIZATION.

TABLE 2. NUMBER OF AFFIRMATIONS CONCERNING DETENTION, BY ADDITIONAL CRITERIA AND BY SERIOUS MENTAL DISEASE CLAIMED TO BE PRESENT IN THE CONCLUSION OF THE AFFIRMATION.

ADDITIONAL CRITERIA	<u>SERIOUS MENTAL DISEASE:</u>		TOTAL
	PRESENT	NOT PRESENT OR UNANSWERED	
PRESENT:	171	19	190
UNANSWERED:	9	13	22
TOTAL	180	32	212

TABLE 3. NUMBER OF AFFIRMATIONS CONCERNING DETENTION, BY THE HOSPITALS' DIAGNOSIS AT DISCHARGE ACCORDING TO THE ICD-8, AND BY PRESENCE OF SERIOUS MENTAL DISEASE IN THE CONCLUSION.

	SERIOUS MENTAL DISEASE:			TOTAL
	PRESENT	NOT PRESENT	UNANSWERED	
SCHIZOPHRENIA	103	0	14	117
AFFECTIVE PSYCHOSIS	17	0	3	20
PARANOIC PSYCHOSIS	16	0	0	16
OTHER PSYCHOSIS	34	0	4	38
NON-PSYCHOTIC CONDITIONS	6	1	4	11
MISSING	4	0	6	10
TOTAL	180	1	31	212

TABLE 4. NUMBER OF AFFIRMATIONS CONCERNING DETENTION BY REFERRED ADDITIONAL CRITERIA REGARDING REQUIREMENTS FOR INVOLUNTARY HOSPITALIZATION AND BY A SERIOUS MENTAL DISEASE CLAIMED TO BE PRESENT IN THE CONCLUSION.

REFERRED ADDITIONAL CRITERIA:	<u>SERIOUS MENTAL DISEASE:</u>			TOTAL
	PRESENT	NOT PRESENT	UNANSWERED	
NEED OF TREATMENT:	73	0	11	84
MOLESTATION:	18	0	1	19
DANGEROUSNESS:	11	0	1	12
COMBINATIONS:	69	0	6	75
NO REFERRAL	9	1	12	22
TOTAL	180	1	31	212
<u>REFERRED ADDITIONAL CRITERIA, COMBINATIONS INCLUDED:</u>				
NEED OF TREATMENT	138	0	17	155
MOLESTATION	68	0	4	72
DANGEROUSNESS	38	0	5	43

TABLE 5. NUMBER OF AFFIRMATIONS CONCERNING DETENTION BY THE INTERPRETER'S CONCLUSION REGARDING THE MAIN REASON FOR INVOLUNTARY HOSPITALIZATION AND BY THE ADDITIONAL CRITERIA REFERRED IN THE CONCLUSION.

ADDITIONAL CRITERIA REFERRED IN THE CONCLUSION:

MAIN REASON FOR DETENTION (INTERPRETER):	NEED OF TREATMENT	MOLE- STATION	DANGEROUS- NESS	COMBI- NATIONS	MISSING DATA	TOTAL
NEED OF TREATMENT	82	6	0	56*	8	149
MOLESTATION	0	8	0	3	0	11
DANGER TO OTHERS	0	1	6	4	0	11
DANGER TO SELVES	0	0	3	3	1	7
OTHER REASONS	4	3	3	8	6	24
REASON MISSING	1	1	0	1	7	10
TOTAL	84	19	12	75	22	212

* The "Need of treatment" criterion was present in all 56 combinations.

1870

1871

1872

1873

1874

1875

1876

1877

1878

1879

1880

1881

1882

1883

1884

1885

1886

1887

1888

1889

1890

1891

1892

1893

1894

1895

1896

1897

1898

1899

1900

1901

1902

1903

1904

1905

1906

1907

1908

1909

1910

1911

1912

1913

1914

1915

1916

1917

1918

1919

1920

1921

1922

1923

1924

1925

1926

1927

1928

1929

1930

1931

1932

1933

1934

1935

1936

1937

1938

1939

1940

1941

1942

1943

1944

1945

1946

1947

1948

1949

1950

1951

1952

1953

1954

1955

1956

1957

1958

1959

1960

1961

1962

1963

1964

1965

1966

1967

1968

1969

1970

1971

1972

1973

1974

1975

1976

1977

1978

1979

1980

1981

1982

1983

1984

1985

1986

1987

1988

1989

1990

1991

1992

1993

1994

1995

1996

1997

1998

1999

2000

2001

2002

2003

2004

2005

2006

2007

2008

2009

2010

2011

2012

2013

2014

2015

2016

2017

2018

2019

2020

2021

2022

2023

2024

2025

2026

2027

2028

2029

2030

2031

2032

2033

2034

2035

2036

2037

2038

2039

2040

2041

2042

2043

2044

2045

2046

2047

2048

2049

2050

2051

2052

2053

2054

2055

2056

2057

2058

2059

2060

2061

2062

2063

2064

2065

2066

2067

2068

2069

2070

2071

2072

2073

2074

2075

2076

2077

2078

2079

2080

2081

2082

2083

2084

2085

2086

2087

2088

2089

2090

2091

2092

2093

2094

2095

2096

2097

2098

2099

2100

Arbeid
Nr. 4

Arched

A 14

THE CONTROL-COMMISSIONS' PROCEDURE OF COMPLAINTS

IN NORWEGIAN MENTAL HOSPITALS

by

GEORG HØYER

INSTITUTE OF COMMUNITY MEDICINE

UNIVERSITY OF TROMSØ

N-9000 TROMSØ, NORWAY

ABSTRACT.

The Norwegian Control-Commissions are said to be unique among other psychiatric Control-Boards, and their location close to the the services in their field of responsibility is essential in this respect. Based on questionnaires to all chairmen of the 55 existing Commissions, this paper presents the way the Commissions work. It was found that the Commissions applied different interpretations of the legal requirements for involuntary hospitalization, and it seems like the positive effects of the Commissions' local position at the same time represent their weakness. The local position makes it possible for the Commissions to get closely acquainted with the patients and the institutions in their field of responsibility, but enables them at the same time to elaborate different standards or ways of performing throughout the country. The importance of the Commissions' heavy work burden and their lack of competence in psychiatric matters in relation to the legal protection tasks ascribed to the Commissions is also discussed in the paper.

INTRODUCTION.

The Norwegian Control-Commissions are considered by the authorities to be the most important safeguard against violations of patients legal rights (1). The Control-Commissions consist of four members appointed by governmental bodies for a period of six years. The chairman must be a lawyer (preferably a judge), and one of the members must be a medical doctor. The members of the Commission must not have any other relationship to the hospital where they perform as commissionaires.

The provisions make it possible for the Commissions to supervise almost every activity in the mental institutions where they have been assigned (2), but it is only in questions concerning involuntary hospitalization that they have power to overrule decisions made by the chief psychiatrists. Decisions made by the Commissions in other subjects will only serve as recommendations.

Special procedures have to be followed in cases where formal decisions concerning compulsory psychiatric care are made (3). The provisions state that such cases should be carefully investigated, and a medical affirmation from the psychiatrist in charge is usually required. When the necessary inquiries have been made, a decision should be made by the Commission. The final proceedings usually take place at the hospital with all members of the Commission present. The complainants are entitled to be present during the final proceedings and to address the Commission before they reach their conclusion. The decision should be made within two weeks from the date of complaint, and the Commission must state reasons if this limit is passed. From 1981 it was made obligatory to appoint a lawyer on behalf of the patients in cases concerning involuntary hospitalization. The cost of this arrangement is always carried by the government.

The preparation of the Norwegian Mental Health Act of 1848 was the sole work of the medical doctor Herman Wedel Major. He was highly influenced by the French law of 1838, but in questions concerning control systems he was more enthusiastic about the English law approved in 1845. In his report proposing the draft bill Major writes: "To establish an effective and adequate control of the asylums' activity, is one of the most important points in the legislation for the mentally ill. The most successful way to solve this problem is the procedure stated in the English law, where a Control-Commission (Commissionaires of Lunacy) is appointed by the King (The Government). This Commission consists of six members; three lawyers and three medical doctors, to whom the whole control of all English asylums has been assigned (3)". Major wanted to adopt the English system, but because of what he refers to as "the special Norwegian Conditions" this could not be done. (It is not easily understood what Major meant by the "special Norwegian Conditions", but it is reasonable to believe that he referred to the geography of the country, and the poorly developed communications.) The Control-Commissions Major suggested differed from the one in England in the way that they were local. This meant that each mental institution should have their own Commission, and this arrangement is what made the Norwegian control system unique compared to other countries.

THE PRESENT ORGANIZATION AND TASKS OF THE CONTROL-COMMISSIONS.

When the Mental Health Act of 1848 was revised in 1961, the Control-Commissions were retained in much the same fashion as before. The most important change was that the Commissions' field of responsibility was expanded in order to cover all parts of the mental health care. The number of Commissions were increased accordingly, and today there are 55 Commissions spread all over the country. The Commissions attached to the larger institutions have no other mental health services in their field of responsibility, but the Commissions supervising smaller units might serve more than one

Some characteristics of the hospitals included in the study and all Norwegian mental hospitals are presented in table 1. Two of the hospitals (Hosp. 1 and 2) were located in the northern part of the country, while the two others were situated in the capital area (Hosp. 3 and 4). The comparability of the hospitals was satisfactory regarding most of the criteria listed above. Even if the hospitals differ somewhat in size, as well as in total number of compulsory admissions, the number of compulsory admissions per inhabitant of the catchment area was nearly at the same level. The minor differences found between the four hospitals and all Norwegian mental hospitals are considered unimportant.

The material comprises all written material kept by the four Commissions for a period of eight years (1976-83), and includes minutes from the Commissions meetings, all correspondence received by the Commissions (business affairs excluded), the Commissions' reactions to this correspondence, as well as the Commissions annual reports. Information was also collected from the central Control-Commission file in the Ministry of Health and Social Affairs.

The registration unit was defined to be a complaint (or request) to the Control-Commission. Repeated requests/complaints from the same person concerning the same subject were not recorded if such requests came during the Commission's handling of the same case.

The information obtained from this material was standardized by a registration formula, which covered the following items: 1. Demographical data regarding the complainants (8 variables). 2. Diagnosis according to the ICD-8 (1 variable, collected only in cases where formal decisions were made by the Control-commission). 3. Time aspects of the Control-Commissions' procedure (7 variables). 4. Results of the request/complaint to the

CRITICISM OF THE CONTROL-COMMISSIONS.

Criticism has been raised against the Control-Commissions throughout time. In recent times the passivity of the Commissions has worried the authorities (4,5,6). Others are more concerned about the Commissions level of competence (7,8,9). The composition of the Commissions also has been criticized as well as their long term of office and close relationship to the institutions where they work (8,10). Another point that has worried observers of the Commissions is the length of time they take on complaint procedures (11). These objections to the Control-Commissions will be discussed in relation to the results provided by the questionnaire sent to the chairmen of the Commissions.

METHODS.

Questionnaires were sent to the chairmen of all Norwegian Control-Commissions (N=55) in the spring of 1983. The chairmen were encouraged to discuss the questionnaire with the other members of the Commission, and the answers should be representative for the Commission as such, and not for the personal opinion of the chairman. The following items were covered in the questionnaire: 1. Demographics of the members of the Commissions (5 questions) 2. The activity of the Commissions (11 questions), 3. The Commissions' opinion on the interpretation of certain concepts noted in the Norwegian Mental Health Act (5 questions) 4. The Commissions' own opinion on the way they perform (4 questions). The answers were pre-coded for most of the questions, but open-ended questions were presented as well. Information was also collected from the central Control-Commission file in the Ministry of Health and Social Affairs.

% of the complaints. No variations between the Commissions were found. The distribution of sex, first time and compulsory admission rates, as well as mean age among the in-patient complainants are presented in Table 3. Females were underrepresented in the group of in-patient complainants compared to sex distribution among all in-patients at the four hospitals ($p < 0.001$). If the hospitals are considered separately, this underrepresentation of females is found to be significant at hospital 2 ($p < 0.01$) and 3 ($p < 0.001$), but not at the other hospitals.

Only 9.4 % of the in-patient complainants were first-time admissions. Compared to the ordinary population of patients in the four hospitals the underrepresentation of first time admitted patients among the complainants were highly significant at all hospitals ($p < 0.0005$).

Nearly all of the in-patient complainants were compulsorily admitted (95.1 %). For comparison it should be mentioned that the percentage of compulsorily admitted patients was 50 for all in-patients in Norwegian mental hospitals in 1979 (8).

average time spent by the chairman on Control-Commission work was 12.7 hours monthly for all Commissions. The chairmen of the Commissions at the mental hospitals reported that they used 19.8 hours on average, while the chairmen of the Commissions serving other parts of the mental health care only spent 7.3 hours.

The most important task of the Commissions was said to be the complaint procedure (55.3 %), and this was also reported to be the most time consuming activity of the Commissions. Thirty-two of the Commissions (68.1 %) reported that they initiated cases on their own initiative last year (1982), but the average number of such cases were only 2.4 annually per Commission. The most common subjects were the patients' financial situation, the patients' welfare and cases concerning displacement of the patients. Reports to the Ministry of Health and Social Affairs were made by 21.3 % of the Commissions in 1982 and the average number of such reports were 1.9 annually per Commission. Witnesses or experts were called in appeal cases by 23.4 % of the Commissions in 1982, and the average number of times this was done were 1.9.

Lack of qualifications to re-evaluate the assessment made by the psychiatrists concerning the presence of a serious mental disease (the basic legal requirement for involuntary admission according to the Norwegian Mental Health Act), was reported by 46.8 % of the Commissions, while 36.2 % felt they were capable in this respect (17.0 % did not answer the question). The question concerning the duration of a serious mental disease revealed that 36.2 % of the Commissions felt that a serious mental disease was present as long as active symptoms were displayed, while 31.9 % felt that this mental state was present as long as the patient was dependant on drugs to keep the symptoms away. (The question was unanswered by 31.9 % of the Commissions).

Significant variations existed between the Commissions in the way the complaints were handled when formal decisions were not made. The most important difference concerned the frequency of complaints that were withdrawn after the Control-Commission had discussed the subject with the complainant ($p < 0.001$.) The frequencies of dismissed or rejected cases also varied significantly between the Commissions. ($p < 0.05$).

Cases where formal decisions were made. Formal decisions were only made in 265 cases in this material. This equals 13.8 % of all complaints or requests that were submitted to the Commissions during the observation period, or 22.0 % of the cases that concerned compulsory psychiatric care. The frequencies of formal decisions are given in Table 6, and significant variations in decision-making rates between the Commissions were demonstrated ($p < 0.001$ for each of the relations presented in table 6). The variation in the number of decisions compared to the number of complaints concerning involuntary hospitalization, was especially high, varying from 10.8 % in Commission 3 to 39.7 % in Commission 2. As for all cases, the frequency of complaints from first time admitted patients was significantly lower than what was found for readmitted patients in the "Formal-decision"-group. ($p < 0.001$).

Most cases ending up with a formal decision were submitted by in-patients (92.1%), while the rest came from discharged patients (1.9%), relatives (4.5%) and professionals (1.5%).

As for all in-patient complainants, females and first time admitted patients were significantly underrepresented in the group of in-patients complainants in cases where formal decisions were made. The two groups of complainants, (in-patient complainants who had their cases closed by a formal decisions and in-patients who had their case settled without a formal decision),

danger that patients will be exposed to abuse or treated with inhumanity is minimized. The risk of unjust commitment is also very small. In addition, a special Control-Board in mental institutions will put these institutions in a special position which make them different from other health institutions. This is against the principle that mental patients as far as possible should be treated in the same way as other sick people (4)". However, the Commissions were kept on because the Law-Committee found it inevitable that mental patients in some cases had to be involuntarily admitted, but they believed that the need for special Control-Boards in mental institutions would be further reduced when the mental health care had been developed to a satisfactory level. History has proved that the Law-Committee was too optimistic in their vision of the future. Scandals have been disclosed in all the Scandinavian countries during the recent years, which revealed that mental patients were subjected to indignities and illegal treatment. Patients were found to be illegally detained, and coercive measures had been applied at a large scale and against regulations. The first scandal appeared in Norway in 1978 and a government-appointed board of inquiry confirmed that serious violations of the Mental Health Act, including abuse of the patients and illegal applications of coercive means, had occurred at Reitgjerdet Mental Hospital (6). Similar conditions were revealed at Långbro Mental Hospital in Sweden in 1983 (13) and at Middelfart Hospital in Denmark in 1984 (14). These scandals have made it clear that there is an unquestionable need for Control-Boards in mental health care, and that it is necessary to improve the control rather than reducing it.

The composition of the Control-Commissions.

The questionnaires confirmed the impression that the members of the Control-Commissions were relatively old, dominated by men and by people from the upper social classes. Few members had experience as mental patients

Time spent on complaint procedure Detailed information about the time spent on complaint procedures was only available in the formal decision cases. The time spent on complaint procedure in these cases is shown in Table 9. The mean time from a complaint was submitted until a formal decision was made was close to six weeks (41.9 days). The variation between the Commissions in this respect was highly significant ($p < 0.001$), and the time varied from 16.2 days in Commission 1 to 134.1 days in commission 3. Table 9 shows that the longest period during the complaint procedure was the time from the medical affirmation was submitted till the decision was made (28.0 days in average), while the time from the complaint was received till the medical affirmation was available was 11.5 days. If the observation period was divided in two, it was found that the average time spent from a complaint was submitted or received, till a formal decision was made, had increased from 1976-79 to 1980-83. In the first period the time from the submission of a complaint till a case was closed was 36.2 days for all Commissions, while it was 46.5 days in the last period ($p < 0.05$).

Most complaints were submitted relatively shortly after admission. Within two weeks from admission 52.7 % of the complaints had been submitted and after one month this percentage had increased to 65.7 % in this material.

Information about this time was available in 91.7 % of the cases where formal decisions were made.

The passivity of the Commissions was largely confirmed by this study. Cases were rarely initiated by the Commissions themselves. Witnesses or experts were seldom consulted by the Commission and petitions were seldom sent to the Ministry of Health and Social Affaires. This passivity can easily be understood considering what has been mentioned above concerning the Commissions pressure of work. A long term of office might also contribute to the passivity by making the Commissionaires more inured to the conditions of the institutions as time goes by. Possibly it might be an idea to increase the fee that is paid to the Commissionaires in order to stimulate their efforts. Today the Commissionaires receive a rather small annual fee. This fee varies only according to the number of beds in the Commissions field of responsibility, while the time spent on Commissions' work does not influence the amount of the fee. However, it is not likely that much can be achieved by increasing the fee, as long as the limiting factor is the time available to the chairmen of the Commissions.

The Control-Commissions' level of competence

It has been claimed that the Control-Commissions do not possess the required level of competence to re-evaluate the psychiatrists' opinion on the patients mental state (5,6,7,8). Almost half of the Commissions were of the same opinion. Efforts should be made to increase the Commissions' level of competence, but this is a difficult problem to solve. The Ministry of Health and Social Affaires has in the recent years organized annual conferences for the Commissionaires in order to maintain or improve their professional standard. This is a valuable measure, but probably not sufficient to solve the actual problem. It might be a solution that psychiatrists should be introduced in the Commissions, but these psychiatrists might possibly be loyal to their colleagues at the mental hospital and thus nothing would be gained (5). Another way the Commissions could cushion their lack of

based upon impressions rather than empirical findings, and a need for further research into this subject is recognized. Regarding the question about the patients knowledge of their legal rights, others have found that patients and social clients are not sufficiently informed about such rights (10,11). The possibility that mental patients do not know about the Commission or how to address them cannot be ignored. The fact that complaints are less frequent among first time admitted patients in this material, could support this assumption. Little is known about the way the Commissions are experienced by the patients, and how this might influence the patients' ideas about the possibilities of succeeding by complaining, and the present material cannot enlighten this question. Experiences from interviews this author has made with 78 compulsorily admitted patients (12), indicate that negative attitudes towards the Commissions do not prevent the patients from making new contacts.

Nothing in this study supports the assumption that sanctions are implemented on complainants, with the possible exception that the Commissions right to reject a complaint repeated within a period of six months, might be experienced by the complainant as such. As the Commissions rarely reject complaints for this reason, (even if they formally could do so), the patients' fear of sanctions can most likely be ruled out as a possible explanation for the low frequency of complaints.

The low frequency of formal decisions.

This study has demonstrated that only a small portion of the complaints end up with a formal decision. Various reasons for this low frequency of formal decisions are conceivable. The most important factor is that the Commissions never make a formal decision when agreements are made informally. This means that it is only in cases where obvious conflicts still remain that formal decisions are made.

not favoured by Major, but established as an unavoidable consequence of the conditions in Norway at that time. Major felt that a central Control-Board was the best alternative, and he wrote the following about the English Commissionaires of Lunacy: "In this way (by centralizing the control) a unity and agreement in the control, and a precision in the efforts to improve the measures, are achieved, and this must have the most beneficial impact on our care for the mentally ill. These men (the Commissionaires) will soon get a profound understanding of the mental health care, and have a complete view of the situation in the whole country." (3).

It is obvious that Major was right in his thoughts about the ability of a central control board to apply uniform standards and to be informed about general problems in the national mental health care. Local control-boards, on the other hand might develop different ways of performing, and this has been demonstrated to be the fact concerning the Norwegian Control-Commissions (11,18). The different interpretations of the concepts applied in the Mental Health Act concerning the requirements for involuntary hospitalization that were reported by the Commissions in this study, also indicate that complaints might be processed by various standards throughout the country. The possibility that the Control-Commissions perform variably in appeal cases concerning compulsory psychiatric care is unacceptable. If this is true, steps must be taken to ensure that the same standards are applied all over the country. This could be done by centralizing the control. The disadvantages of the close relationship between the psychiatrist and the controlling agency mentioned above would also be avoided if the control was carried out by a central board.

It seems that the positive aspects about the Control-Commissions, i.e. the proximity to the mental patients and to the mental institutions, at the same time represent their weakness, namely a danger of being too familiar with

Norwegian mental hospitals, the in-patient complainants were found to be younger, they had most commonly been admitted before, and they were almost without exception compulsorily admitted. Females were underrepresented in the group of complainants. Except from the difference regarding first time admissions, the other differences just mentioned could be explained by the fact that many elderly people are suffering from senile dementia in mental hospitals. Most of them are women, and they are usually not complaining. The age and diagnosis found in this material support this assumption, in the way that the complainants are younger and that senil dementia cases are less frequent among the complainants compared to all in-patients in mental hospitals.

The distribution of diagnoses among the complainants is quite similar to what is found among all compulsory admitted in-patients (12,13), with the exception of senil dementia cases which were almost neglectible among the complainants compared to all compulsory admitted in-patients. Regarding diagnosis it should also be mentioned that 14 complainants were diagnosed as non-psychotics. Thirteen of them were compulsorily admitted. This was surprising, as the basic requirement to commit somebody according to the Norwegian Mental Health Act is that the patient suffer from a serious mental illness, usually understood equal to a psychosis.

Faced with the fact that rather few cases end up with a formal decision, one must ask if there are certain characteristics in the complainants determining whether decisions will be made or not. The complainants in cases where formal decisions were made differed from the group of complainants where no formal decisions were made, in the way that there were more first time admitted patients in the "formal decision" group, but no other significant differences were found. This might reflect that cases concerning first time admitted patients are taken more seriously by the Control-Commissions.

CONCLUSIONS.

There is no doubt that some kind of special control of the activity in the mental health care is needed. The fact that psychiatrists alone have the power to make decisions about involuntary hospitalization, and the scandals that from time to time have been disclosed regarding the treatment of mental patients, are sufficient reasons to make this assertion.

The Norwegian Control-Commissions do not completely satisfy the legal protection tasks ascribed to them for various reasons. This study has confirmed that the increased burden of work imposed on the Commissions is of importance in this respect. The reported lack of competence to re-evaluate the psychiatrists' opinion of the patients' mental state do as well limit the potential of the Control-Commissions. The Commissions' application of different standards concerning the legal requirements for involuntary hospitalization that was demonstrated in this study, might indicate that the Commissions have different ways of performing throughout the country. This is not acceptable, and efforts should be made to eliminate these negative features about the Control-Commissions, but it is important that the personal contact between the Commissions and the patients is preserved, whatever the solution to this problem might be.

reasonable point of view, because the power of the Commission is actually restricted in all cases other than those concerning compulsory care.

The outcome of the complaints.

The impression conveyed by both professionals and Health Authorities that only a small part of the complaints end up with a formal decision, has been verified in this study, and various ways of dealing with cases where no formal decisions were made have been demonstrated.

In the majority of the cases where no formal decision was made, the patients withdrew the complaint, usually after an informal discussion of the case with the Control-Commission in the hospital. Other persons than the complainant and one (or more) member(s) of the Commissions were seldom present on such occasions. This procedure has worried the authorities (6), because of the possibility that patients may be manipulated. It is recommended in the provisions of the Mental Health Act, that the patients make a declaration where they confirm that they withdraw their complaint in such situations, but such declarations were not regularly found in the files of the Commissions. It is impossible to tell from this material what really happens when patients withdraw their complaint after a discussion with the Control-Commission. The scepticism towards this practice is understandable from a legal point of view, but on the other hand this way of handling a case might represent a flexible and informal opportunity to deal with the problem, that should not be lost. The conflicting interests in this question could probably be solved if the complainants were accompanied by a person in whom they had confidence on such occasions.

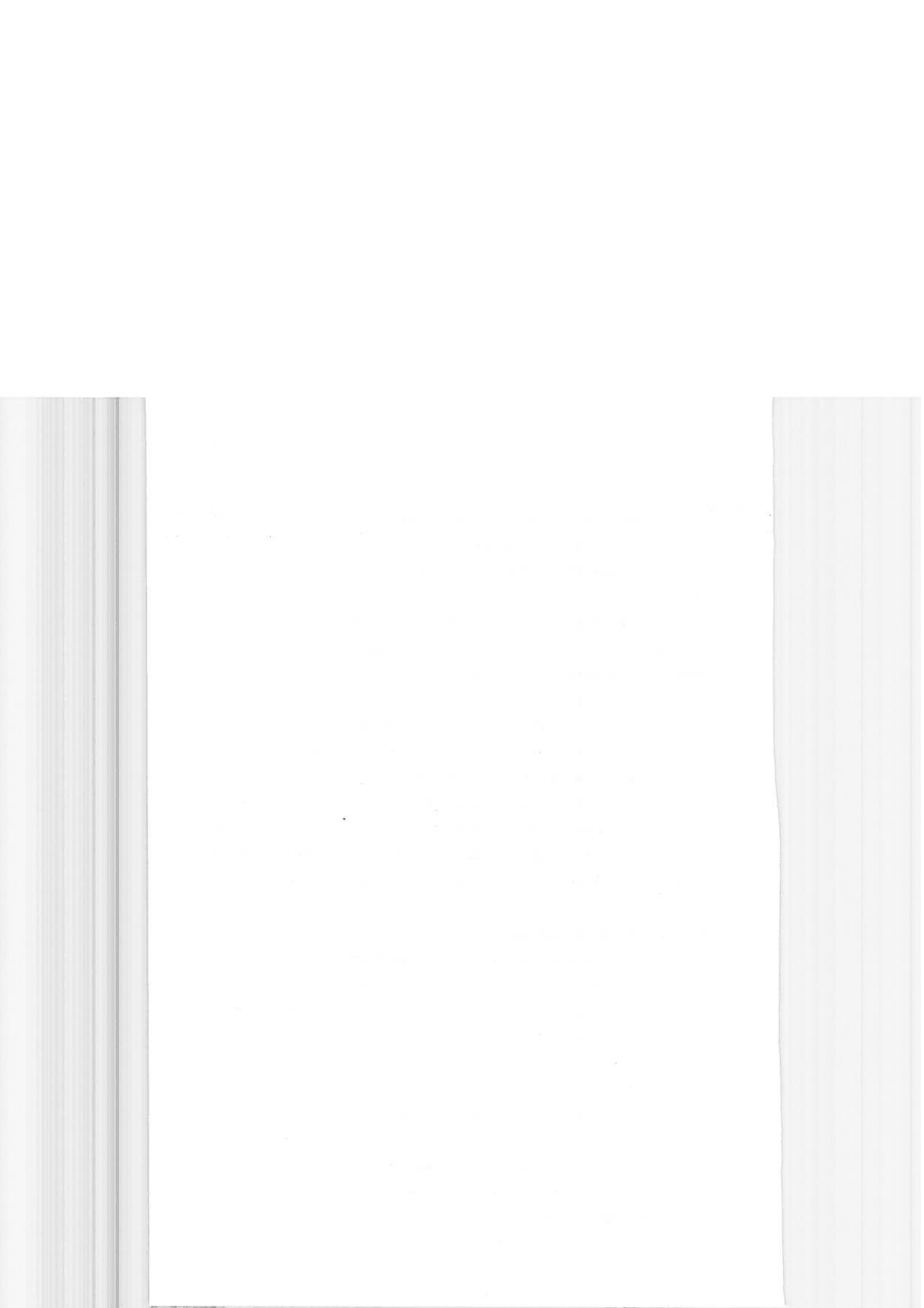
Many cases were dismissed or rejected by the Commissions for various reasons. The Commissions seem particularly ambivalent to questions concerning treatment. Sometimes they accept such cases, while other times they reject them as

15. Anonym. Intervju med formannen i Norsk forening for mental helse. Hefte for kritisk juss 1978;4:50-53.
16. Husaas H. Rettssikkerhet i psykisk helsevern. Lov og Rett 1978:272-280.
17. Dahl A A, Borge N, Spydslaug A. Tvangsinnleggelse til observasjon. En studie av innleggesler etter paragraf 3 i lov om psykisk helsevern. Nord Psykiatr Tidsskr 1985;39:381-87.
18. Høyer G. Grounds for Detention in Norwegian Mental Hospitals according to the Decisions made by the Control-Commissions. Unpublished paper.
19. Bratholm A. Krisen i politi og rettsvesen. Lov og Rett 1984:1-3
20. Vestergaard J. Lokale tilsyns og klageinstanser i retspsykiatrien: De norske kontrollkommisioner. Kriminalistisk Instituts stensilserie nr. 27. København 1984.
21. Socialdepartementet. Psykiatrin, tvånget och rättssäkerheten. SOU 1984:64. Stockholm 1984.
22. Busk L. Frihedsberøvelse efter sindsygeloven af 13.4. 1938. Juristen 1982;64:75-95. København 1982.

In this material the complaints were approved in 18 cases (6.8 %) of all the cases where formal decisions were made. If these 18 cases were regarded more carefully, it appeared that disagreement between the psychiatrist in charge and the Control-Commission, only occurred in eight cases. Disagreements were additionally found in two cases where the complaint was not approved (or approved conditionally). This actualizes the question about the Commissions' standard of competence in matters concerning the necessity and appropriateness of compulsory psychiatric care. The extremely few cases of conflict between the Commissions and the psychiatrists might indicate that it is difficult for the Commission to oppose the judgement of the psychiatrists, who of course are the experts on these matters. The level of psychiatric competence in the Control-Commissions is not comparable to the professional authority of the psychiatrists in the mental hospital. In the opinion of this author this question of competence must be solved if Control Boards in mental institutions are to perform according to the intention of the law.

Time spent on complaint procedure.

The formal decisions should be made within two weeks after the complaint is received by the Commission. This time limit was exceeded in 86.4 % of the cases included in this material. The corresponding percentage was found to be 75.4 % in the work of Eriksen (4) including all formal decisions made in 1975. In this material the average time spent was 41.9 days, and the variation between the Commissions were substantial. Commission 3 differs most from the others by spending approximately 3 months on making a decision. No Commission kept the time limit stated in the provisions of the Mental Health Act. It is difficult to explain why the Commissions take so long on the complaint procedure. Only occasionally do the Commissions state reasons why the limit has been passed. Sometimes it might be difficult to gather all members of the Commission, and this is of importance, because all members



Arbeid
Nr. 5

Archeid

8. 14

THE CONTROL-COMMISSIONS' PROCEDURE OF COMPLAINTS

IN NORWEGIAN MENTAL HOSPITALS

by

GEORG HØYER

INSTITUTE OF COMMUNITY MEDICINE

UNIVERSITY OF TROMSØ

N-9000 TROMSØ, NORWAY

ABSTRACT.

An important task ascribed to psychiatric Control Boards is to receive and process complaints from patients or other persons involved in the care of the patient. In this study 1914 complaints to four Norwegian Control-Commissions during the period 1976-83 have been analyzed. Compared to the total number of admissions, rather few complaints were received by the Commissions. Most of the complaints were submitted by in-patients (86.4 %), and the complaints concerned involuntary hospitalization in most cases. Different ways of dealing with the complaints were found between the Commissions, and formal decisions were only made in 265 of the 1914 cases (13.8 %). The differences that were found in this study, has demonstrated that it is possible for the Control-Commissions to establish different ways of performing their tasks within the existing legal frame-work.

INTRODUCTION.

The Norwegian Control-Commissions are considered by the authorities to be the most important safeguard against violations of patients legal rights (1). The Control-Commissions consist of four members appointed by governmental bodies for a period of six years. The chairman must be a lawyer (preferably a judge), and one of the members must be a medical doctor. The members of the Commission must not have any other relationship to the hospital where they perform as commissionaires.

The provisions make it possible for the Commissions to supervise almost every activity in the mental institutions where they have been assigned (2), but it is only in questions concerning involuntary hospitalization that they have power to overrule decisions made by the chief psychiatrists. Decisions made by the Commissions in other subjects will only serve as recommendations.

Special procedures have to be followed in cases where formal decisions concerning compulsory psychiatric care are made (3). The provisions state that such cases should be carefully investigated, and a medical affirmation from the psychiatrist in charge is usually required. When the necessary inquiries have been made, a decision should be made by the Commission. The final proceedings usually take place at the hospital with all members of the Commission present. The complainants are entitled to be present during the final proceedings and to address the Commission before they reach their conclusion. The decision should be made within two weeks from the date of complaint, and the Commission must state reasons if this limit is passed. From 1981 it was made obligatory to appoint a lawyer on behalf of the patients in cases concerning involuntary hospitalization. The cost of this arrangement is always carried by the government.

It has been questioned why so few formal decisions are made by the Control-Commissions (1,4). The total number of formal decisions varied from 80 to 150 annually in the period 1977-83, while the number of compulsory admissions to all mental institutions in Norway varied from 3919 to 5013 (equal to 96-126 compulsory admissions per 100 000 inhabitants) during the same period (5).

However, it has been recognized that only a small part of the complaints or requests addressed to the Commission end up with a formal decision. This practice is considered undesirable from a legal point of view (6), and one must question what happens to the complaints in cases where no formal decision is made. Another serious concern is the length of time spent from the Control-Commission receive a complaint until they make a decision, which is considered to be far too long (4,7)

The problem is that little research on the Control-Commissions and their activities has been done, and the need for further knowledge has been recognized (1,4,7). This paper will present information about the complaint-procedure of four Norwegian Control-Commissions.

MATERIAL AND METHOD.

The selection of the Control-Commissions included in the study was based on acquaintance with the mental hospitals where they perform, while nothing was known about the Commissions themselves. The four hospitals were selected on the criteria that they should be comparable with respect to regional care responsibility and categories of in-patients. Finally, compulsory admission rates should preferably be at the same level.

Some characteristics of the hospitals included in the study and all Norwegian mental hospitals are presented in table 1. Two of the hospitals (Hosp.1 and 2) were located in the northern part of the country, while the two others were situated in the capital area (Hosp. 3 and 4). The comparability of the hospitals was satisfactory regarding most of the criteria listed above. Even if the hospitals differ somewhat in size, as well as in total number of compulsory admissions, the number of compulsory admissions per inhabitant of the catchment area was nearly at the same level. The minor differences found between the four hospitals and all Norwegian mental hospitals are considered unimportant.

The material comprises all written material kept by the four Commissions for a period of eight years (1976-83), and includes minutes from the Commissions meetings, all correspondence received by the Commissions (business affairs excluded), the Commissions' reactions to this correspondence, as well as the Commissions annual reports. Information was also collected from the central Control-Commission file in the Ministry of Health and Social Affairs.

The registration unit was defined to be a complaint (or request) to the Control-Commission. Repeated requests/complaints from the same person concerning the same subject were not recorded if such requests came during the Commission's handling of the same case.

The information obtained from this material was standardized by a registration formula, which covered the following items: 1. Demographical data regarding the complainants (8 variables). 2. Diagnosis according to the ICD-8 (1 variable, collected only in cases where formal decisions were made by the Control-commission). 3. Time aspects of the Control-Commissions' procedure (7 variables). 4. Results of the request/complaint to the

Commission (3 variables). 5. Agreement (or disagreement) between the chief psychiatrist and the Control-Commission (1 variable). 6. The subject of the requests (2 variables).

Statistics: The material was statistically tested by the chi-square method, by t-tests or by one way analysis of varians when appropriate.

RESULTS.

A total of 1914 complaints or requests were recorded. Information about the complaint frequency and number of complainants are given in table 2. This table shows that rather few complaints were made; - only 7.7 % compared to all admissions, or 21.6 % of all compulsory admissions. Significant variations in these rates were found between the Commissions. ($p < 0.0005$ for both the "all admissions" and "compulsory admission" relation).

A slight increase in the annual case load was found during the observation period. However, this was not true for all four Commissions, as variations between them existed in this respect.

On the average each complainant was responsible for 1.7 complaint (range: 1-20), but 70.0 % complained only once during the observation period. Ninety-two % had three complaints or less. There were no differences between the Commissions in this respect. If only first time complainants (equal to number of persons) were considered instead of all complainants (equal to number of complaints) the material yields the same observations and conclusions, and the results presented further on will therefore only apply to all complaints.

A total of 86.4 % of the complaints came from in-patients, while 5.0 % came from discharged patients, 3.5 % came from relatives, while the staff made 1.7

% of the complaints. No variations between the Commissions were found. The distribution of sex, first time and compulsory admission rates, as well as mean age among the in-patient complainants are presented in Table 3. Females were underrepresented in the group of in-patient complainants compared to sex distribution among all in-patients at the four hospitals ($p < 0.001$). If the hospitals are considered separately, this underrepresentation of females is found to be significant at hospital 2 ($p < 0.01$) and 3 ($p < 0.001$), but not at the other hospitals.

Only 9.4 % of the in-patient complainants were first-time admissions. Compared to the ordinary population of patients in the four hospitals the underrepresentation of first time admitted patients among the complainants were highly significant at all hospitals ($p < 0.0005$).

Nearly all of the in-patient complainants were compulsorily admitted (95.1 %). For comparison it should be mentioned that the percentage of compulsorily admitted patients was 50 for all in-patients in Norwegian mental hospitals in 1979 (8).

Mean age for the in-patient complainants was 36.5 years, varying from 33.4 to 39.2 in the different hospitals. 81.3 % of the complainants were younger than fifty years, while only 38.6 % of all in-patients (N=4053) in Norwegian mental hospitals are under this age (1983-figures).

The subject of the complaints are given in table 4. Complaints about detention was the dominating subject, and was found in 53.0 % of the complaints, either as the only subject or in combination with other requests. Questions concerning compulsory psychiatric care were also included in the complaints concerning admissions (complaints about compulsory admissions), and in the group categorized as "Various complaints" (Questions about compulsory after-care, transferral to voluntary hospitalization, protests against discharge of committed patients and complaints about applications for commitment that had been refused by the hospital). If these complaints were included, the total number of complaints concerning compulsory psychiatric care in one way or another, was found to be 1310 or 68.4 % of all complaints. The second most frequent subject concerned treatment and/or boarding conditions (15.5 %). The rest of the complaints were widely spread on different topics, and the Control-Commissions were sometimes asked to handle the most peculiar requests, like for instance questions about the curative effects of sulphur or assistance in arranging marriage.

The outcome of the complaints. Table 5 shows that the complaints most commonly were withdrawn by the complainants. This was usually done after the complainant had discussed the subject informally with the Control-Commission. (27.2 % of the cases). Many cases, (16.3 %), were also dismissed or rejected by the Commissions for different reasons. Some complainants were discharged, (10.1 % of the cases), while others were transferred to voluntary hospitalization before the complaint was handled by the Commission (5.4 % of the cases). A few patients escaped and were not brought back (17 cases).

Significant variations existed between the Commissions in the way the complaints were handled when formal decisions were not made. The most important difference concerned the frequency of complaints that were withdrawn after the Control-Commission had discussed the subject with the complainant ($p < 0.001$.) The frequencies of dismissed or rejected cases also varied significantly between the Commissions. ($p < 0.05$).

Cases where formal decisions were made. Formal decisions were only made in 265 cases in this material. This equals 13.8 % of all complaints or requests that were submitted to the Commissions during the observation period, or 22.0 % of the cases that concerned compulsory psychiatric care. The frequencies of formal decisions are given in Table 6, and significant variations in decision-making rates between the Commissions were demonstrated ($p < 0.001$ for each of the relations presented in table 6). The variation in the number of decisions compared to the number of complaints concerning involuntary hospitalization, was especially high, varying from 10.8 % in Commission 3 to 39.7 % in Commission 2. As for all cases, the frequency of complaints from first time admitted patients was significantly lower than what was found for readmitted patients in the "Formal-decision"-group. ($p < 0.001$).

Most cases ending up with a formal decision were submitted by in-patients (92.1%), while the rest came from discharged patients (1.9%), relatives (4.5%) and professionals (1.5%).

As for all in-patient complainants, females and first time admitted patients were significantly underrepresented in the group of in-patients complainants in cases where formal decisions were made. The two groups of complainants, (in-patient complainants who had their cases closed by a formal decisions and in-patients who had their case settled without a formal decision),

resembled each other regarding age and rates of compulsory commitment. But when comparing these two groups of complainants, it was found that the number of first time admitted patients was higher in the "formal-decision" group ($p < 0.001$). The underrepresentation of females tended to be even greater in the "formal-decision"-group, but this was only found to be significant at hospital 1.

Table 7 presents the diagnoses of the in-patient complainants in cases where formal decisions were made. (The hospitals' discharge-diagnoses according to the ICD-8). The dominating diagnostic category was schizophrenia (55.4 %), and almost half of this group was diagnosed as paranoid schizophrenics. Fourteen patients were diagnosed to be non-psychotic.

The subject of the complaints mainly concerned compulsory psychiatric care in the cases where formal decisions were made, as 97.4 % of the cases concerned those subjects. Commission 2 also made seven formal decisions concerning other subjects (2.6 %), six of them concerned questions of treatment and one case concerned economic matters.

The results in cases where formal decisions were made are presented in table 8. As seen from this table the complaint is approved in only 18 cases (6.8 %), while in most cases the complaint is turned down (90.9 %). In one case the decision stated that further investigations should be made and in another it was decided that the case could not be handled by the Commission. Consistent disagreement between the psychiatrist in charge and the Control-commission throughout the complaint procedure was found only in 10 cases. In five of these cases patients were released from compulsory psychiatric care, while in four cases compulsory care was established or continued against the psychiatrist's opinion. In the last case a kind of compromise were made, though no agreement was reached.

Time spent on complaint procedure Detailed information about the time spent on complaint procedures was only available in the formal decision cases. The time spent on complaint procedure in these cases is shown in Table 9. The mean time from a complaint was submitted until a formal decision was made was close to six weeks (41.9 days). The variation between the Commissions in this respect was highly significant ($p < 0.001$), and the time varied from 16.2 days in Commission 1 to 134.1 days in commission 3. Table 9 shows that the longest period during the complaint procedure was the time from the medical affirmation was submitted till the decision was made (28.0 days in average), while the time from the complaint was received till the medical affirmation was available was 11.5 days. If the observation period was divided in two, it was found that the average time spent from a complaint was submitted or received, till a formal decision was made, had increased from 1976-79 to 1980-83. In the first period the time from the submission of a complaint till a case was closed was 36.2 days for all Commissions, while it was 46.5 days in the last period ($p < 0.05$).

Most complaints were submitted relatively shortly after admission. Within two weeks from admission 52.7 % of the complaints had been submitted and after one month this percentage had increased to 65.7 % in this material. Information about this time was available in 91.7 % of the cases where formal decisions were made.

DISCUSSION.

The material.

The inclusion-criteria of the actual cases were made wide in this study. The disadvantage of such wide inclusion-criteria was that the available information was incomplete in many cases. The missing information was especially high regarding some variables in the cases where no formal decisions were made. However, as the missing data were equally distributed among the Commissions, it is not likely that the comparability of the results between the Commissions are influenced by the missing data.

The low frequency of complaints.

This study confirms that relatively few complaints are submitted to the Control-Commissions. It is possible that the real number of requests to the Commissions are somewhat higher. The Commission might have received verbal complaints not mentioned in the minutes, or written complaints might be absent from the files, but this is not plausible. Such "additional complaints" are probably negligible in number.

Various explanations for this low frequency of complaints exist. First of all, it might be possible that even compulsorily admitted patients recognize a need for institutional care, and thus accept their situation without protesting. Secondly, patients might not be aware of their legal rights and the existing possibilities of addressing the Control-Commission, and finally, the potential complainants might have the impression that nothing can be gained by complaining. Or even worse: - they believe that sanctions may be applied to them if they complain.

The assumption that most patients; including those compulsorily admitted, accept their situation, is supported by Adserballe (9), but his assertion is

based upon impressions rather than empirical findings, and a need for further research into this subject is recognized. Regarding the question about the patients knowledge of their legal rights, others have found that patients and social clients are not sufficiently informed about such rights (10,11). The possibility that mental patients do not know about the Commission or how to address them cannot be ignored. The fact that complaints are less frequent among first time admitted patients in this material, could support this assumption. Little is known about the way the Commissions are experienced by the patients, and how this might influence the patients' ideas about the possibilities of succeeding by complaining, and the present material cannot enlighten this question. Experiences from interviews this author has made with 78 compulsorily admitted patients (12), indicate that negative attitudes towards the Commissions do not prevent the patients from making new contacts.

Nothing in this study supports the assumption that sanctions are implemented on complainants, with the possible exception that the Commissions right to reject a complaint repeated within a period of six months, might be experienced by the complainant as such. As the Commissions rarely reject complaints for this reason, (even if they formally could do so), the patients' fear of sanctions can most likely be ruled out as a possible explanation for the low frequency of complaints.

The low frequency of formal decisions.

This study has demonstrated that only a small portion of the complaints end up with a formal decision. Various reasons for this low frequency of formal decisions are conceivable. The most important factor is that the Commissions never make a formal decision when agreements are made informally. This means that it is only in cases where obvious conflicts still remain that formal decisions are made.

The formal decisions resemble court verdicts, and are quite time-consuming. The members of the Control-Commissions usually perform their tasks as commissionaires in addition to their ordinary full-time job, and their working load is considerable. Sometimes one might get the impression that the Commission is so busy that they are happy if they can avoid making a formal decision. If this is true, it might contribute to keep the frequency of formal decisions low.

From a legal point of view, it would be preferable to have formal decisions made, at least in all cases concerning involuntary psychiatric care. The protection of patients legal rights would be better taken care of, if the complaint procedure were conducted in accordance with the provisions concerning formal decisions. On the other hand it is not certain that this would benefit the patients in all cases. An informal and flexible possibility to solve the case might be lost if formal procedures were made obligatory. In addition this would increase the work-load of the Commissions, and this should be avoided as long as the Commissions are organized the way they are today.

The number of formal decisions made in all Norwegian mental hospitals has increased during the observation period, both in absolute figures and in relation to the number of compulsory admissions (information obtained from the Ministry of Health and Social Affairs). This increase might reflect a growing awareness of the legal rights of mental patients. A similar increase was seen only in Commission 2 and 3 of the Commissions included in this study, while no such change was found in Commission 1 and 4.

The complainants.

The majority of the complainants in this material were in-patients (86.4 % of all complainants, and 92.1 % of the complainants in the "formal decision"-group). Compared to all patients in the four hospitals, as well as in all

Norwegian mental hospitals, the in-patient complainants were found to be younger, they had most commonly been admitted before, and they were almost without exception compulsorily admitted. Females were underrepresented in the group of complainants. Except from the difference regarding first time admissions, the other differences just mentioned could be explained by the fact that many elderly people are suffering from senile dementia in mental hospitals. Most of them are women, and they are usually not complaining. The age and diagnosis found in this material support this assumption, in the way that the complainants are younger and that senil dementia cases are less frequent among the complainants compared to all in-patients in mental hospitals.

The distribution of diagnoses among the complainants is quite similar to what is found among all compulsory admitted in-patients (12,13), with the exception of senil dementia cases which were almost neglectible among the complainants compared to all compulsory admitted in-patients. Regarding diagnosis it should also be mentioned that 14 complainants were diagnosed as non-psychotics. Thirteen of them were compulsorily admitted. This was surprising, as the basic requirement to commit somebody according to the Norwegian Mental Health Act is that the patient suffer from a serious mental illness, usually understood equal to a psychosis.

Faced with the fact that rather few cases end up with a formal decision, one must ask if there are certain characteristics in the complainants determining whether decisions will be made or not. The complainants in cases where formal decisions were made differed from the group of complainants where no formal decisions were made, in the way that there were more first time admitted patients in the "formal decision" group, but no other significant differences were found. This might reflect that cases concerning first time admitted patients are taken more seriously by the Control-Commissions.

One might question why other groups entitled to address the Commission, so seldom make use of this opportunity. Many explanations are conceivable, but it is the impression of this author that the Control-Commissions generally are seen as a body established to protect patients from accidental or illegal coercion or detention. In this context it is only natural that most complainants are patients. The Commissions do not seem to be recognized as a useful tool to secure patients right to treatment, even if they have the power to commit patients against the judgement of the chief-psychiatrists. Increased awareness of the Commissions potential in such cases, might increase the proportion of relatives and professionals complaining to the Commissions in the future.

The most important feature regarding the complainants found in this study, was the higher proportion of readmitted patients among the complainants compared to all in-patients in the mental hospitals. It is difficult to explain this result without suggesting that first time admitted patients lack the knowledge of existing possibilities for complaint.

The subject of the complaints.

In this material extremely few cases were found to be absurd or without meaning. The possibility that cases might be dismissed by the Commissions because the subject of the complaints were odd or marked by the complainants' mental illness, should therefore be excluded. In the cases where formal decisions were made, almost every case concerned detention or commitment. This was not surprising, because it is only in such cases that the Commission has the power to over-rule decisions made by the psychiatrists. There are no prohibitions against making formal decisions in other cases, even if the rules in the Mental Health Act are ambiguously worded about this question. Of course, one might ask what is the point of making decisions, if the Commissions do not have the power of enforcing them. This seems like a

reasonable point of view, because the power of the Commission is actually restricted in all cases other than those concerning compulsory care.

The outcome of the complaints.

The impression conveyed by both professionals and Health Authorities that only a small part of the complaints end up with a formal decision, has been verified in this study, and various ways of dealing with cases where no formal decisions were made have been demonstrated.

In the majority of the cases where no formal decision was made, the patients withdrew the complaint, usually after an informal discussion of the case with the Control-Commission in the hospital. Other persons than the complainant and one (or more) member(s) of the Commissions were seldom present on such occasions. This procedure has worried the authorities (6), because of the possibility that patients may be manipulated. It is recommended in the provisions of the Mental Health Act, that the patients make a declaration where they confirm that they withdraw their complaint in such situations, but such declarations were not regularly found in the files of the Commissions. It is impossible to tell from this material what really happens when patients withdraw their complaint after a discussion with the Control-Commission. The scepticism towards this practice is understandable from a legal point of view, but on the other hand this way of handling a case might represent a flexible and informal opportunity to deal with the problem, that should not be lost. The conflicting interests in this question could probably be solved if the complainants were accompanied by a person in whom they had confidence on such occasions.

Many cases were dismissed or rejected by the Commissions for various reasons. The Commissions seem particularly ambivalent to questions concerning treatment. Sometimes they accept such cases, while other times they reject them as

being "a purely medical question", and such varied attitudes occur within all the Commissions in this study. Complaints from patients admitted on a voluntary basis were likewise sometimes accepted, but other times rejected with reference to the voluntary status of the patient. This is against the provisions that state that voluntary patients are entitled to address the Commission to discuss their subjects of concern. Rejection also occurred a few times regarding complaints from patients admitted for compulsory observation (Section 3 in the Norwegian Mental Health Act).

The low frequency of approval of complaints in cases where formal decisions were made, have been demonstrated before. Eriksen (4) found that only 40 complaints were approved between 1961 and 1975, and this equals 7.9 % of all formal decisions in the same period. A report from Denmark (14) also reveals that complaints seldom are approved when formal decisions are considered. Of a total of 1250 complaints about detention in Denmark during the period 1960-73 only four cases were approved (0.3 %). (Direct comparison with Denmark cannot be made. There are no Control-Commissions in Denmark, and the complaint procedure is centralized to the Ministry of Justice. The Danish figures are mentioned to illustrate how difficult it seems to be to have a complaint approved by a formal decision.)

However, it is not fair to judge the Control-Commissions from the formal decisions they make only. Many complaints were approved or the complainants were released from compulsory psychiatric care before a formal decision was made. In this material the complainants were transferred to voluntary hospitalization or they were discharged in 15.6 % of the cases. It is impossible to tell whether this would have happened even if they had not complained, but at least it is reasonable to believe that a reconsideration of the case was initiated somewhat faster by complaining than if no complaints had been made. In addition another 1.7 % had their complaints approved without a formal decision being made.

In this material the complaints were approved in 18 cases (6.8 %) of all the cases where formal decisions were made. If these 18 cases were regarded more carefully, it appeared that disagreement between the psychiatrist in charge and the Control-Commission, only occurred in eight cases. Disagreements were additionally found in two cases where the complaint was not approved (or approved conditionally). This actualizes the question about the Commissions' standard of competence in matters concerning the necessity and appropriateness of compulsory psychiatric care. The extremely few cases of conflict between the Commissions and the psychiatrists might indicate that it is difficult for the Commission to oppose the judgement of the psychiatrists, who of course are the experts on these matters. The level of psychiatric competence in the Control-Commissions is not comparable to the professional authority of the psychiatrists in the mental hospital. In the opinion of this author this question of competence must be solved if Control Boards in mental institutions are to perform according to the intention of the law.

Time spent on complaint procedure.

The formal decisions should be made within two weeks after the complaint is received by the Commission. This time limit was exceeded in 86.4 % of the cases included in this material. The corresponding percentage was found to be 75.4 % in the work of Eriksen (4) including all formal decisions made in 1975. In this material the average time spent was 41.9 days, and the variation between the Commissions were substantial. Commission 3 differs most from the others by spending approximately 3 months on making a decision. No Commission kept the time limit stated in the provisions of the Mental Health Act. It is difficult to explain why the Commissions take so long on the complaint procedure. Only occasionally do the Commissions state reasons why the limit has been passed. Sometimes it might be difficult to gather all members of the Commission, and this is of importance, because all members

have to be present in order to have a necessary quorum. Other practical obstacles may occur, like the absence of the complainant from the hospital, for instance on leave, or the lawyer appointed to represent the complainant might be occupied elsewhere. The fact that the time spent on complaint procedure has increased the last years of the observation period, could support the assumption that the introduction of an appointed lawyer might prolong the procedure. Sometimes it also happens that the case is postponed according to the wish of the complainant. It should also be noted that the time spent on producing the required medical affirmation, is close to two weeks.

However, the factors mentioned above cannot fully explain or justify the long time spent on complaint procedure, and the Commissions themselves must be held responsible. Another aspect of this problem is that there has been no reaction to this systematic violation of the regulations in the Mental Health Act, and one must ask why. This question can be seen as part of a more general problem: Who controls the controlling body? This last question actualizes one of the dilemmas concerning the Control-Commissions. On the one hand it is considered essential that the Commissions should be independent of the hospital as well as of other authorities; - on the other hand this makes it extremely difficult to intervene if the Commissions fail to perform properly.

Differences between the Commissions.

The demonstrated difference in frequency of complaints to the Commissions is difficult to explain without taking into consideration the possibility that the Commissions work in different ways. The way the commission is presented to the patients, and the reputation of the Commission will of course be influenced by their professional style and vice versa. The variations found in the way the complaints are handled must also be attributed to different modes of practise between the Commissions. The same must be true regarding the differ-

ences found in the time spent on treating the complaints. Obviously there is a contradiction between the need for a thorough investigation of a case and the importance of making a quick decision, and it is reasonable to expect some variations between the Commissions depending on what they consider most important in such contradictions, but the variation should not be as great as found in this material regarding the time spent on complaint procedure.

The decision rates varied significantly among the Commissions. Variations are also present when decisions made by Commissions attached to all mental hospitals in Norway are considered. Based on information available in the files of the Ministry of Health, there are Commissions that never made any formal decisions in the registration period 1970-83. Eriksen (4) have made the same findings for the period 1961-75. Such variations cannot be explained by corresponding variations in compulsory admission rates. Different ways of performing among the Commissions must be taken into consideration to explain this phenomenon. This corresponds to the experience of this author, who got the impression that the Commissions exhibited different professional styles. For instance, Commission 2 gave an impression of being more legalistic than the others. If this is a true observation, it might explain why the ratio of formal decisions by far was greatest in this Commission.

CONCLUSIONS.

This study has verified that relatively few complaints are made to the Control-Commissions in Norwegian psychiatry. The majority of complainants were in-patients, and most complaints concerned involuntary hospitalization. Few complaints were absurd or meaningless. First time admitted patients complained less frequently than readmitted patients, even if compulsory admission rates were approximately on the same level for both first time and readmitted patients. First time admitted patients' lack of knowledge about the possibility to complain is probably important in this respect. Lack of knowledge among all patients might also explain the overall low frequency of complaints. Females were found to be underrepresented in the group of complainants compared to all in-patients in the mental hospitals. The typical complainant is a young, compulsorily readmitted, male patient. No important differences were found between the complainants who had their cases closed with a formal decision, and the other complainants.

Formal decisions were only made in 13.8 % of all complaints that were received by the Commissions (three percent of all compulsory admissions in the observation period). In most cases where formal decisions were not made, the complaints were withdrawn by the complainant, usually after an informal discussion of the case with the Commission. Extremely few complaints were approved where the formal decisions only are concerned, but it should be noted that complainants often were discharged or transferred to voluntary hospitalization before their complaint was taken into consideration. Complaints were also sometimes approved without making a formal decision. The three last mentioned categories make up 20.0 % of the complaints where formal decisions were not made. It seems that the Control-Commissions fulfill an important need regarding the patients' legal protection purely by their existence. The mere act of complaining seems to initiate a reconsideration of the patient's case somewhat faster than if no complaint were made.

The Control-Commissions spent a long time on complaint procedure. On average they spent about six weeks from a complaint was submitted till a formal decision was made. In only 13.6 % of the cases did the Commission make a decision within the stated time-limit of two weeks.

Variations were found between the Commissions with regard to most of the features discussed in this paper. These variations can not be explained without accepting that the Control-Commissions have established different ways of performing their tasks.

Disagreement between the Control-Commissions and the psychiatrist were found in only ten cases. According to the opinion of this author this finding reflects the problem of competence involved with control boards in the mental health care.

REFERENCES:

1. Justis og Politi-departementet. Stortingsmelding nr. 32 (1976-77): Retts-sikkerheten i sosial- og helseinstitusjoner.
2. Sosialdepartementet. Rundskriv nr. I-1075/75: Instruks for kontroll-kommisjoner ved psykiatriske sykehus. Oslo 1975.
3. Sosialdepartementet. Forskrifter for kontrollkommisjonens behandling av sak hvor det uten den sykes samtykke kan besluttes å legge ham eller beholde ham innlagt i sykehus eller annet egnet sted med hjemmel i lov av 28.april 1961. Oslo 1964.
4. Eriksen BH. Kontrollkommisjonenes virksomhet. Synapse 1978;1:16.
5. Central Bureau of Statistics of Norway. Health Institutions 1977-83.
6. Sosialdepartementet. Rundskriv nr I-1046/74: Kontrollkommisjonens behandling av klagesaker. Oslo 1974.
7. Høyér G. Hva med kontrollkommisjonene. I: Abrahamsen P, Skårderud F (Red) Psykiatri på rett vei. Universitetsforlaget. Oslo, Bergen, Tromsø 1985
8. Øgar B. Pasienter i psykiatriske institusjoner 1.11.1979. NIS-Raport 5/81 Trondheim 1981.
9. Adserballe H. Frihetsberøvelser og tvang i psykiatrien. FADL. København, Aarhus, Odense 1977.
10. Mielche M. Taushedens politik. Akademisk forlag. Aarhus 1974.
11. Hanoa R. Sosialmedisinske behov og uførhet i et saneringsstrøk i Oslo. Gyldendal, Oslo 1977.
12. Høyér G. Compulsorily admitted patients ability to make use of their legal rights. Tromsø 1985. International Journal of Law and Psychiatry 1986;8:413-422.
13. Rosenqvist R, Øgar B. Pasienter innlagt i psykiatrisk sykehus etter paragraf 5 i lov om psyksik helsevern mai/juni 1982. Unpublished report.
14. Busck L. Frihetsberøvelser etter sidsygeloven af 13.4.38. Juristen 1982;64:75-95.

TABLE 1. SOME CHARACTERISTICS OF THE HOSPITALS INCLUDED IN THE STUDY
 COMPARED TO ALL NORWEGIAN MENTAL HOSPITALS. MEAN VALUES 1976-83.

	HOSPITAL:					ALL NORW. MENT
	1	2	3	4	1,2,3,4 HOSP. (N=19)	
NUMBER OF ADMISSIONS/YEAR	839	738	433	1078	775	465
ADMISSIONS/100 000 INH.	374	303	336*	230*	257*	240
COMPULSORY ADMISSIONS %	32.4	32.0	31.1	38.4	35.8	33.2
COMPULSORY ADM./100 000	120	97	116*	107*	103*	80
FIRST TIME ADMISSIONS %	26.0	30.2	34.7	25.9	28.2	30.5

* RATES ARE BASED ON 1981 FIGURES ONLY.

TABLE 2. COMPLAINT FREQUENCIES AND NUMBER OF COMPLAINANTS BY CONTROL-COMMISSIONS. FOUR NORWEGIAN CONTROL-COMMISSIONS 1976-83.

	CONTROL-COMMISSION:				TOTAL
	1	2	3	4	
NUMBER OF COMPLAINTS	524	312	278	800	1914
NUMBER OF COMPLAINANTS	267	190	177	490	1124
MEAN COMPLAINTS PER COMPLAINANT	2.0	1.6	1.6	1.6	1.7
PERCENTAGE OF COMPLAINTS OF ALL ADMISSIONS	7.9	5.3	7.9	9.2	7.7
PERCENTAGE OF COMPLAINTS OF ALL COMPULSORY ADMISSIONS	24.3	16.5	25.3	24.1	21.6

TABLE 3. DISTRIBUTION OF IN-PATIENT COMPLAINANTS BY PERCENTAGE OF SEX, FIRST TIME ADMISSIONS, COMPULSORY ADMISSIONS, MEAN AGE AND BY COMMISSION. FOUR NORWEGIAN CONTROL-COMMISSIONS 1976-83.

CHARACTERISTICS OF COMPLAINANTS:	CONTROL-COMMISSIONS:				
	1 N=471	2 N=284	3 N=233	4 N=664	1,2,3,4 N=1652
FEMALES (%)	45.7	38.0	38.8	55.4	47.4
MALES (%)	54.3	62.0	61.2	44.6	52.6
FIRST TIME ADMITTED (%)	7.6	7.4	8.8	12.2	9.4
(NUMBER OF MISSING)	(154)	(82)	(86)	(280)	(602)
COMPULSORILY ADMITTED (%)	90.2	95.4	95.4	96.9	95.1
(NUMBER OF MISSING)	(208)	(65)	(60)	(213)	(546)
MEAN AGE:	33.4	36.8	35.5	39.3	36.5

TABLE 4. PERCENTAGE DISTRIBUTION OF COMPLAINTS BY THE SUBJECT OF COMPLAINTS AND CONTROL-COMMISSION. FOUR NORWEGIAN CONTROL-COMMISSIONS 1976-83.

CONTROL-COMMISSION:					
	1	2	3	4	TOTAL
COMPLAINTS ABOUT:	N=524	N=312	N=278	N=800	N=1914
DETENTION ONLY	35.9	33.0	25.2	49.1	39.4
ADMISSION ONLY	5.2	6.4	7.9	3.4	5.6
TREATMENT OR BOARDING ONLY	22.5	15.1	12.5	12.1	15.5
DETENTION COMBINED WITH ADM. OR TREATMENT/BOARD.	12.4	22.4	9.0	12.5	13.5
VARIOUS COMPLAINTS/OTHER COMBINATIONS	20.6	14.4	42.1	16.4	21.0
MISSING/NO INFORMATION	3.8	8.7	3.2	6.5	5.5
TOTAL	100	100	100	100	100

TABLE 5. PERCENTAGE DISTRIBUTION OF THE OUTCOME OF THE COMPLAINTS BY CONTROL-COMMISSION. FOUR NORWEGIAN CONTROL-COMMISSIONS 1976-83.

OUTCOME OF THE COMPLAINTS:	CONTROL-COMMISSION:				TOTAL
	1	2	3	4	
OUTCOME OF THE COMPLAINTS:	N=524	N=312	N=278	N=800	N=1914
WITHDRAWN BY THE COMPLAINANT:					
-AFTER A DISCUSSION WITH THE COMMISSION	34.7	17.6	22.3	27.6	27.2
-WITHOUT A DISCUSSION WITH THE COMMISSION	4.8	11.9	11.9	9.9	9.1
DISMISSED OR REJECTED BY THE COMMISSION					
THE CASE SETTLED BY A FORMAL DECISION	8.6	25.3	5.4	15.6	13.8
THE COMPLAINANT IS DISCHARGED BEFORE					
THE CASE HAS BEEN PROCESSED	12.0	7.7	12.6	8.9	10.1
COMPLAINANT TRANSFERRED TO VOLUNTARY STAY					
BEFORE THE CASE HAS BEEN PROCESSED	2.9	3.8	9.0	6.5	5.4
THE COMPLAINT IS NOT MENTIONED IN THE					
COMMISSIONS' FILES	5.9	6.7	3.2	0.9	3.6
COMPLAINT APPROVED WITHOUT A FORMAL					
DECISION BEING MADE	0.8	3.5	3.6	1.0	1.7
VARIOUS	7.4	4.2	4.3	5.3	5.5
MISSING INFORMATION	2.3	8.7	13.3	7.9	7.3
TOTAL	100	100	100	100	100

TABLE 6. RATES OF FORMAL DECISIONS BY CONTROL-COMMISSION. MEAN FIGURES
1976-83. FOUR NORWEGIAN CONTROL-COMMISSIONS 1976-83

	CONTROL-COMMISSION:				TOTAL
	1 N=45	2 N=79	3 N=15	4 N=126	
FORMAL DECISIONS IN PERCENTAGE OF ALL COMPULSORY ADMISSIONS	2.1	4.2	1.3	3.8	3.0
FORMAL DECISIONS IN PERCENTAGE OF ALL COMPLAINTS OR REQUESTS	8.6	25.3	5.4	15.8	13.8
FORMAL DECISIONS IN PERCENTAGE OF COMPLAINTS CONCERNING COMMITMENT OR DETENTION	14.7	39.7	10.8	22.5	22.0

TABLE 7. COMPLAINTS FROM IN-PATIENTS IN CASES WHERE FORMAL DECISIONS ARE MADE BY CONTROL-COMMISSIONS AND DIAGNOSIS (DISCHARGE DIAGNOSIS MADE BY THE HOSPITAL ACCORDING TO THE ICD-8). FOUR NORWEGIAN CONTROL-COMMISSIONS 1976-83.

CONTROL-COMMISSION:

	1	2	3	4	TOTAL
SCHIZOPHRENIA,	24	38	10	66	138
PARANOIA	3	10	0	6	19
AFFECTIVE PSYCHOSIS	1	11	0	10	22
SENILE DEMENTIA	0	0	0	2	2
ALL OTHER PSYCHOSES	9	13	2	25	49
NON-PSYCHOTIC DISORDERS	2	5	0	7	14
MISSING	0	0	1	4	5
TOTAL	39	77	13	120	249

TABLE 8. COMPLAINTS IN CASES WHERE FORMAL DECISIONS ARE MADE BY RESULT OF THE COMPLAINT AND CONTROL-COMMISSION. FOUR NORWEGIAN CONTROL-COMMISSIONS 1976-83.

	CONTROL-COMMISSION:				TOTAL
	1	2	3	4	
COMPLAINT APPROVED	5	1	4	8	18
COMPLAINT TURNED DOWN	39	75	10	117	241
APPROVED ON CONDITIONS	1	2	1	-	4
OTHER RESULTS	-	1	-	1	2
TOTAL	45	79	15	126	265

TABLE 9. CASES WHERE FORMAL DECISIONS ARE MADE BY THE CONTROL-COMMISSION BY MEAN TIME SPENT (DAYS) ON HANDLING THE COMPLAINT AND BY CONTROL-COMMISSIONS. FOUR NORWEGIAN CONTROL-COMMISSIONS 1976-83.*

	CONTROL-COMMISSION:				
	1	2	3	4	TOTAL
<hr/>					
1.TIME FROM COMPLAINT IS SUBMITTED TILL A DECISION IS MADE (N=227)	16.2	46.8	134.1	35.8	41.9
2.TIME FROM SUBMISSION TILL THE COMPLAINT IS RECEIVED BY THE COMMISSION (N=107)	3.5	2.3	9.2	5.1	4.7
3.TIME FROM COMPLAINT IS RECEIVED TILL DATE OF MEDICAL AFFIRMATION (N=135)	7.6	12.1	13.8	12.3	11.5
4.TIME FROM THE MEDICAL AFFIRMATION IS MADE TILL DAY OF DECISION (N=253)	5.1	31.9	113.7	22.9	28.0
5.TIME FROM COMPLAINT IS RECEIVED TILL DAY OF DECISION (N=140)	12.4	38.7	124.0	31.1	33.2

*) Complete information for all cases concerning time aspects was not available. For each period of time revealed in the table, the number (N) of cases where information was available is given. All cases: N = 265.

[The text in this block is extremely faint and illegible. It appears to be the main body of an article, possibly containing a title, abstract, and several paragraphs of text. The content cannot be transcribed accurately.]

Arbeid
Nr. 6

blech A

8.11

GROUNDS FOR DETENTION IN MENTAL HOSPITALS ACCORDING TO FORMAL
DECISIONS MADE BY NORWEGIAN CONTROL-COMMISSIONS

by

GEORG HØYER, M.D.

INSTITUTE OF COMMUNITY MEDICINE
UNIVERSITY OF TROMSØ,
N-9000 TROMSØ, NORWAY

ABSTRACT.

The Control-Commissions are assigned to control the activities in Norwegian mental institutions, and one of their duties is to process complaints against involuntary hospitalization. In order to examine the grounds for prolonged detention according to the Commissions, 185 formal decisions in appeals against detention at four Norwegian mental hospitals during the period 1976-83 were analyzed in this study. It was found that only 6.5 % of the patients had their complaints approved, and that most of the patients who had their complaint rejected were suffering from a serious mental disease, and were further detained for treatment reasons.

The agreement between the Control-Commission and the psychiatrists whether the patient should be discharged or not was almost complete. The Control-Commissions' lack of competence in psychiatric matters and their tendency to identify with the treatment aims of the hospital, might be a possible explanation for this high level of agreement.

INTRODUCTION.

Appeals concerning involuntary hospitalization in Norwegian mental institutions are primarily handled by the Control-Commissions. These Commissions are independent control-boards located close to the institution to which they have been assigned. There are four members in each Commission including one lawyer and one medical doctor. The lawyer is always the chairman of the Commission and should preferably be a judge. A further description of the Control-Commissions and how they perform has been made by this author in other papers (1,2).

According to the provisions the Control-Commissions shall make a formal decision in appeals concerning involuntary hospitalization. The Commissions usually base their decision on information obtained from interviews with the complainant, and from information conveyed by a medical affirmation issued by the psychiatrist in charge of the treatment. It is also possible for the Commission to call witnesses and expert opinions to clarify the case if necessary. When the case has been properly prepared, the final proceedings take place, usually at the hospital, and a formal decision is made by the Commission. These formal decisions are always presented in writing and much resemble court verdicts. It is required that a formal decision has been made by the Control-Commission before questions concerning involuntary hospitalization can be taken to court.

The intention of this paper is to explore the grounds for detention as they appear in the formal decisions made by the Control-Commissions. Special emphasis will be laid on the Commissions' interpretation of the legal requirements for detention and the kind of information their decisions are based upon. A major problem involved with control-boards in psychiatry is said to be their lack of medical competence compared to that of the

psychiatrists, which makes it extremely difficult for the control boards to contradict the psychiatrists' judgment in appeal cases (3,4), and the Commissions' level of competence has been made one of the main subjects of this study.

In order to understand the discussion concerning the interpretation of the legal requirements for compulsory detention, these requirements should briefly be mentioned. According to the Norwegian Mental Health Act the basic legal requirement for involuntary hospitalization is that the patient is suffering from a serious mental disease, usually understood identical to psychosis. However, at least one of the following additional criteria must be fulfilled as well: 1. Involuntary hospitalization must be necessary to ensure complete recovery or considerable improvement of the condition (the treatment criterion). 2. Involuntary hospitalization is required in order to prevent the patient suffering molestation (the molestation criterion) and 3. Involuntary hospitalization can be accepted if the patient is dangerous to himself or others (the danger criterion). If the basic requirement and one of the additional criteria are fulfilled, involuntary hospitalization can be accomplished or prolonged, but according to a recent Supreme Court verdict (5) the psychiatrists (who primarily make the decisions about involuntary hospitalization) and the Control-Commission are obliged to exert discretionary power on the part of administrative institutions and make an overall assessment whether hospitalization is the appropriate approach to the actual problem or not.

METHODS.

All formal decisions made by the Control-Commissions at four Norwegian Mental Hospitals during 1976-83 were collected. A total of 265 such formal decisions were made during this period, but only complaints about compulsory detention have been included here. This category of complaints consisted of 221 cases. In order to compare the grounds for detention stated by the Control-Commission to the grounds for detention according to the psychiatrists, cases where a medical affirmation was not available (not issued or missing from the files) had to be excluded from the material. This left 185 formal decisions to be analyzed in this study. The hospitals included in the study were regarded to be representative of Norwegian mental hospitals (2).

The information revealed in these affirmations was recorded according to a pre-coded registration form. The registered information covered the following items: 1. Outcome of the complaint (1 variable) 2. Recorded criteria for detention in cases where the complaint was turned down (2 variables) 3. Data concerning the complaint procedure (8 variables) 4. The importance of the Commissions' independent judgment of the complainants' mental condition (1 variable. This variable comprised three categories reflecting the degree of significance, and the classification was made according to the authors' assessment and was based on the information conveyed in the formal decisions.) 5. Grounds for detention according to the psychiatrists opinion as stated in the formal decisions (5 variables).

The material was statistically tested by the chi-square method, and agreement between the Control-Commissions and the psychiatrists was measured by the Kappa-coefficient.

RESULTS.

Table 1 shows the outcome of the complaints according to the decisions made by the Control-Commissions, compared to the psychiatrists opinion whether the complaint should be approved or not. 171 (92.4 %) of the complaints were turned down by the Control-Commissions, 11 were approved, and two cases were approved conditionally. Compared to the opinion of the psychiatrists as stated in the medical affirmations, disagreement was originally present in 11 cases, but according to the formal decisions agreement was achieved during the complaint procedure in five cases, which means that consistent disagreement was present in only six cases.

The basic legal requirement for detention was found by the Control-Commission to be present in 147 (86.0 %) of the 171 cases that were turned down, while this question was unanswered in 24 cases (Table 2). Additional criteria were referred to in all the 147 cases where a serious mental disease was said to be present, as well as in 16 of the remaining 24 cases where information about the presence of a serious mental disease was missing. Consequently, no legal criteria were referred to at all in eight of the 171 rejected appeals.

Agreement between the Control-Commission and the psychiatrists about the presence of a serious mental disease was found in 140 of the total 185 cases (Table 3), while the Commissions concluded that the complainant did not suffer from a serious mental disease in seven cases. In five of these seven cases the Commission contradicted the psychiatrists in their judgment about the presence of a serious mental disease.

Tables 4 and 5 show the kind of additional criteria that were noted in the decisions concerning complaints that were turned down by the Control-Commissions. Because more than one additional criterion was referred to in

many cases, the total number of additional criteria was found to be 225 or a mean number of 1.3 criteria in each case. Combinations were found in 31.6 % of all cases, and the most common combination was "treatment" and "molestation". The treatment criterion was referred to most frequently, and was noted in 131 (76.6%) of the cases. Molestation was said to occur in 66 (38.6 %) of the 171 cases, and danger was noted in 25 (14.6 %) cases.

In 155 of the 185 cases the psychiatrists and the Control-Commission agreed on the presence of at least one additional criterion. In the remaining 30 cases, different additional criteria were referred to in seven cases, while no criterion was referred to either by the psychiatrists or the Commission in 23 cases. In the cases where both the psychiatrists and the Control-Commission had noted only one additional criterion (N=75), the overall agreement was 92.0 %, and Kappa for the most commonly referred to criterion (the treatment criterion) was 0.795. If only the cases where the complaint was rejected are considered, there was an overall agreement about the presence of the treatment criterion between the psychiatrists and the Commissions of 84.2 % (Kappa=0.570).

The complainant was present during the final proceedings in 161 or 87.0 % of the cases. Seventeen of the remaining 23 complainants that were not present, had previously made personal contacts with the Commissions concerning their actual complaint. In five cases no personal contact between the complainant and the Commissions had been made, while information about such interviews was missing in one case. A lawyer representing the complainant was present during the final proceedings in 68 (36.8 %) of the cases, while witnesses or experts were examined by the Commission in four cases. The decisions made by the Commissions were all unanimous but for one case.

According to the author's assessment concerning the importance of the Commissions' own judgment of the complainants mental condition, it was found that this judgement was of minor importance in 131 or 70.8 % of the cases. Included in this category were cases where the Commissions never saw the patients or cases where the complainants did not take part in the final proceedings. In only two cases the Commissions' judgment in this respect was found to be of significant importance, while 52 cases were assessed to belong in the inbetween category where the Commissions' judgement was found to be of some importance, but not crucial to the outcome of the complaints.

An overall administrative discretionary power was exerted by the Control-Commissions in five cases where they found that both the basic legal requirement and one or more of the additional criteria for detention were fulfilled, and in one of these five cases the complainant was discharged on certain conditions as a result of this overall judgment.

DISCUSSION.

The competence of the Control-Commissions.

It has been demonstrated in this study that the Control-Commissions almost without exception agree with the psychiatrists in their conclusions about compulsory detention, as agreement was found in 96.8 % of the cases. A crucial question in this context is whether this high level of agreement is due to a correct judgment of the case according to the Mental Health Act by both the psychiatrists and the Commissions, or if this is a reflection of the Control-Commissions' lack of medical competence to question the psychiatrists' judgment in these cases. In a report made by an official board of inquiry appointed to investigate the conditions in another Norwegian mental hospital, it was also revealed that the Control-Commission at that

hospital accepted the psychiatrists' conclusions almost without exception, including cases where the legal requirements for detention were not fulfilled (6). However, the Commission was not severely criticised for this violation of the Mental Health Act, because the Control-Commissions in general lacked the required medical competence to oppose the psychiatrists in these questions according to the opinion of the board of inquiry. Other authors have also been worried about the Commissions' lack of medical competence (7,8), and one of them concludes as follows: "As long as no major changes are introduced, the Commissions will continue to function in the same way as they do today; - often as a rubber stamp and a fictitious legal guardian (8).

The way the Commissions attach importance to the information on which their decisions are based, might reflect the Commissions' ability to make an independent judgment of a case. In the present material it seems as though the Commissions mainly base their decisions on the information revealed in the medical affirmations issued by the psychiatrists in charge of treatment. The statements made by the psychiatrists in these affirmations were often referred to in the decisions, while the Commissions' independent judgment of the complainants' mental condition rarely was mentioned. Witnesses and experts, - e.g. psychiatrists from outside the actual hospital- , were only examined in exceptional cases. These facts support the assumption that the Commissions primarily rely on the psychiatrists' judgment, but reservations should be made concerning this allegation. It should be remembered that the assessments of the significans of the Commissions' independent judgment which has been made in this study is based on written material only. The personal contact between the Commissions and the complainants that took place in most cases, might have played a more important role as a basis for the conclusions of the Commissions than what could be read from the decisions. Interviews with the members of the Commissions, or observations of the proceedings in the Commissions would probably have been a better approach

resembled each other regarding age and rates of compulsory commitment. But when comparing these two groups of complainants, it was found that the number of first time admitted patients was higher in the "formal-decision" group ($p < 0.001$). The underrepresentation of females tended to be even greater in the "formal-decision"-group, but this was only found to be significant at hospital 1.

Table 7 presents the diagnoses of the in-patient complainants in cases where formal decisions were made. (The hospitals' discharge-diagnoses according to the ICD-8). The dominating diagnostic category was schizophrenia (55.4 %), and almost half of this group was diagnosed as paranoid schizophrenics. Fourteen patients were diagnosed to be non-psychotic.

The subject of the complaints mainly concerned compulsory psychiatric care in the cases where formal decisions were made, as 97.4 % of the cases concerned those subjects. Commission 2 also made seven formal decisions concerning other subjects (2.6 %), six of them concerned questions of treatment and one case concerned economic matters.

The results in cases where formal decisions were made are presented in table 8. As seen from this table the complaint is approved in only 18 cases (6.8 %), while in most cases the complaint is turned down (90.9 %). In one case the decision stated that further investigations should be made and in another it was decided that the case could not be handled by the Commission.

Consistent disagreement between the psychiatrist in charge and the Control-commission throughout the complaint procedure was found only in 10 cases. In five of these cases patients were released from compulsory psychiatric care, while in four cases compulsory care was established or continued against the psychiatrist's opinion. In the last case a kind of compromise were made, though no agreement was reached.

context of the problems that are dealt with by the Control-Commissions, this would imply that the Commissions may actually adjust their decisions in order to secure the patient proper treatment to the extent they identify with the treatment aims of the psychiatrists. It remains to judge whether the Control-Commissions really identify with the psychiatrists' opinion in this respect. Some statements made by members of the Control-Commissions indicates that this may be so.

In a letter to a lawyer representing a patient appealing against detention the Commission wrote the following: "The problem with this patient is that he is reluctant to take drugs ...If You as a lawyer want to help this patient, the best thing you could do is to persuade him to accept the decisions and advice of the psychiatrist in charge of his treatment regarding the use of drugs." Another example is what was said by a chairman of a Commission in a recent newspaper interview: "Among the thousands of compulsory admissions to mental hospitals that has been made since the actual Mental Health Act was passed in 1961, few have been found to be unwarranted. The reason is simple, - patients suffering from serious mental disease often lose their ability to establish contact with the mental health services themselves. In such cases compulsory psychiatric care must be provided by the surroundings or society, in order to help the individuals who do not recognize that they are ill and in need of treatment" (10).

If this analysis of the relationship is true, it provides a reasonable explanation of the almost total agreement between the psychiatrists and the Commissions. It might also explain why the Commissions so rarely make an overall assessment of the justifiability of involuntary hospitalization. If the Commissions tend to identify with the ideology of psychiatry, they might fail to recognize the negative aspects of compulsory psychiatric care.

DISCUSSION.

The material.

The inclusion-criteria of the actual cases were made wide in this study. The disadvantage of such wide inclusion-criteria was that the available information was incomplete in many cases. The missing information was especially high regarding some variables in the cases where no formal decisions were made. However, as the missing data were equally distributed among the Commissions, it is not likely that the comparability of the results between the Commissions are influenced by the missing data.

The low frequency of complaints.

This study confirms that relatively few complaints are submitted to the Control-Commissions. It is possible that the real number of request to the Commissions are somewhat higher. The Commission might have received verbal complaints not mentioned in the minutes, or written complaints might be absent from the files, but this is not plausible. Such "additional complaints" are probably negligible in number.

Various explanations for this low frequency of complaints exist. First of all, it might be possible that even compulsorily admitted patients recognize a need for institutional care, and thus accept their situation without protesting. Secondly, patients might not be aware of their legal rights and the existing possibilities of addressing the Control-Commission, and finally, the potential complainants might have the impression that nothing can be gained by complaining. Or even worse: - they believe that sanctions may be applied to them if they complain.

The assumption that most patients; including those compulsorily admitted, accept their situation, is supported by Adserballe (9), but his assertion is

The recorded grounds for detention.

The basic legal criterion for detention (a serious mental disease) was identified by the Commissions in all except 24 cases. In these 24 cases more vague descriptions of the mental conditions were found, as for instance "The patient is obviously ill" or similar expressions. Concerning the additional criteria it is interesting that most patients were detained for reasons of treatment. Compared to the other additional criteria this must be the most difficult criterion to consider for persons not having been trained in psychiatry, and the high level of agreement between the Commissions and the psychiatrists on the presence of this criterion may suggest that this indication for detention is not being critically reviewed by the Commissions. This assertion is supported by the fact that definitions of the treatment criterion made by the Commissions was missing in the present material. With a few exceptions, the kind of treatment or treatment goals aimed for was not questioned at all in the formal decisions where the treatment criterion was noted by the Commission. It is also a paradox that the Commissions in many cases refuse to handle complaints concerning the treatment, at the same time finding themselves capable of applying the treatment criterion as frequently as has been demonstrated (2).

A cross-sectional study including all detained patients in Norwegian mental hospitals, showed that the treatment criterion was said to be present if there was a chance that the patient would relapse after being discharged in 45 % of all cases where the treatment criterion was noted (12). Examples of similar interpretations were also found in the present material. This interpretation of the treatment criterion has not been accepted by the court so far, but the question has not yet been considered by the Supreme Court, and thus a proper legal delineation of the treatment criterion is still missing (13).

The formal decisions resemble court verdicts, and are quite time-consuming. The members of the Control-Commissions usually perform their tasks as commissionaires in addition to their ordinary full-time job, and their working load is considerable. Sometimes one might get the impression that the Commission is so busy that they are happy if they can avoid making a formal decision. If this is true, it might contribute to keep the frequency of formal decisions low.

From a legal point of view, it would be preferable to have formal decisions made, at least in all cases concerning involuntary psychiatric care. The protection of patients legal rights would be better taken care of, if the complaint procedure were conducted in accordance with the provisions concerning formal decisions. On the other hand it is not certain that this would benefit the patients in all cases. An informal and flexible possibility to solve the case might be lost if formal procedures were made obligatory. In addition this would increase the work-load of the Commissions, and this should be avoided as long as the Commissions are organized the way they are today.

The number of formal decisions made in all Norwegian mental hospitals has increased during the observation period, both in absolute figures and in relation to the number of compulsory admissions (informations obtained from the Ministry of Health and Social Affaires). This increase might reflect a growing awareness of the legal rights of mental patients. A similar increase was seen only in Commission 2 and 3 of the Commissions included in this study, while no such change was found in Commission 1 and 4.

The complainants.

The majority of the complainants in this material were in-patients (86.4 % of all complainants, and 92.1 % of the complainants in the "formal decision"-group). Compared to all patients in the four hospitals, as well as in all

CONCLUSIONS.

Extremely few patients (6.5 %) had their appeals against detention approved according to the 185 formal decisions made by the four Norwegian Control-Commissions that were analyzed in this study. Most of the patients who had their complaint rejected were found to be suffering from a serious mental disease, and were detained for treatment reasons.

With the exception of five cases, the Control-Commissions did not apply the discretionary power on the part of the administrative institutions that is required to assure that involuntary hospitalization is the appropriate approach in the actual case.

The most striking observation made in this study was the almost complete agreement between the Control-Commissions and the psychiatrists in charge of the treatment at the mental hospitals. Consistent contradictions were only found in six cases (3.2 %) as to whether the complaints concerning detention should be approved or not. The agreement was also high concerning the legal criteria that were referred to as grounds for detention.

Even if no definite conclusion can be made, there are indications that this high level of agreement between the psychiatrists and the Control-Commissions partly can be seen as a result of the Commissions' lack of competence in psychiatric matters, and partly reflects the Commissions' tendency to identify with the treatment aims ascribed to the mental hospital.

One might question why other groups entitled to address the Commission, so seldom make use of this opportunity. Many explanations are conceivable, but it is the impression of this author that the Control-Commissions generally are seen as a body established to protect patients from accidental or illegal coercion or detention. In this context it is only natural that most complainants are patients. The Commissions do not seem to be recognized as a useful tool to secure patients right to treatment, even if they have the power to commit patients against the judgement of the chief-psychiatrists. Increased awareness of the Commissions potential in such cases, might increase the proportion of relatives and professionals complaining to the Commissions in the future.

The most important feature regarding the complainants found in this study, was the higher proportion of readmitted patients among the complainants compared to all in-patients in the mental hospitals. It is difficult to explain this result without suggesting that first time admitted patients lack the knowledge of existing possibilities for complaint.

The subject of the complaints.

In this material extremely few cases were found to be absurd or without meaning. The possibility that cases might be dismissed by the Commissions because the subject of the complaints were odd or marked by the complainants' mental illness, should therefore be excluded. In the cases where formal decisions were made, almost every case concerned detention or commitment. This was not surprising, because it is only in such cases that the Commission has the power to over-rule decisions made by the psychiatrists. There are no prohibitions against making formal decisions in other cases, even if the rules in the Mental Health Act are ambiguously worded about this question. Of course, one might ask what is the point of making decisions, if the Commissions do not have the power of enforcing them. This seems like a

TABLE 1. APPEALS AGAINST DETENTION TO CONTROL-COMMISSIONS BY THE OUTCOME OF THE COMPLAINTS AND BY THE OPINION OF THE PSYCHIATRIST IN CHARGE ON THE QUESTION OF DISCHARGE.

OUTCOME:	THE OPINION OF THE PSYCHIATRIST IN CHARGE ON THE QUESTION OF DISCHARGE:			TOTAL
	RECOMMENDED	NOT RECOMMENDED	UNANSWERED	
COMPLAINT APPROVED	1	9	1	11
COMPLAINT TURNED DOWN		130	41	171
APPROVED CONDITIONALLY		2	1	3
TOTAL	1	141	43	185

TABLE 2. APPEALS AGAINST DETENTION THAT WERE REJECTED BY THE CONTROL-COMMISSIONS BY THE COMPLAINANT'S MENTAL CONDITION AND BY THE PRESENCE OF ADDITIONAL LEGAL CRITERIA FOR DETENTION.

ADDITIONAL CRITERIA:	A SERIOUS MENTAL DISEASE:		TOTAL
	PRESENT	UNANSWERED	
PRESENT	147	16	163
UNANSWERED		8	8
TOTAL	147	24	171

TABLE 3. APPEALS AGAINST DETENTION TO THE CONTROL-COMMISSIONS BY THE
 COMPLAINANT'S MENTAL CONDITION ACCORDING TO THE JUDGMENT OF THE COMMISSION AND
 THE JUDGMENT OF THE PSYCHIATRISTS.

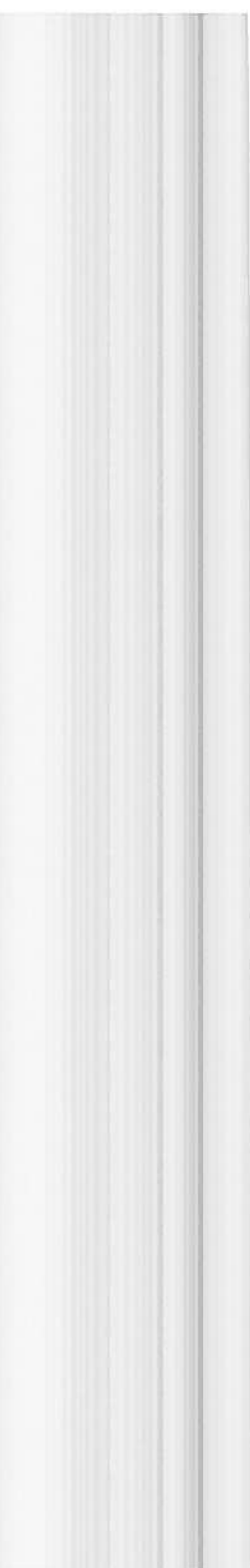
CLAIMED BY THE COMMISSIONS: A SERIOUS MENTAL DISEASE IS:	CLAIMED BY THE PSYCHIATRISTS:		TOTAL
	PRESENT	UNANSWERED	
PRESENT	140	12	152
NOT PRESENT	5	2	7
UNANSWERED	19	7	26
TOTAL	164	21	185

TABLE 4. REFERRED ADDITIONAL CRITERIA IN PERCENT OF THE CASES THAT WERE REJECTED BY THE CONTROL-COMMISSION.

	<u>CONTROL-COMMISSION AT HOSPITAL:</u>				TOTAL
	1	2	3	4	
	N=23	N=47	N=6	N=95	N=171
<hr/>					
ADDITIONAL CRITERIA:					
NEED OF TREATMENT	82.6	83.0	100.0	70.5	76.6
MOLESTATION	30.4	44.7	16.6	38.9	38.6
DANGER	26.1	14.9	16.6	11.6	14.6
OTHERS		4.3	16.6		1.8
MISSING INFORMATION	8.7	6.4		3.2	4.7

TABLE 5. PERCENTAGE DISTRIBUTIONS OF REFERRED ADDITIONAL CRITERIA IN APPEAL CASES TO THE CONTROL-COMMISSIONS BY TYPE OF CRITERION AND BY COMMISSION.

	<u>CONTROL-COMMISSION AT HOSPITAL:</u>				TOTAL N=171
	1 N=23	2 N=47	3 N=6	4 N=95	
TREATMENT ALONE	47.8	38.3	50.0	51.5	47.4
MOLESTATION ALONE	4.3	6.4		21.1	14.0
DANGER ALONE		2.1		3.2	2.3
COMBINATIONS	39.1	46.8	50.0	21.1	31.6
MISSING INFORMATION	8.7	6.4		3.2	4.7
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0



[The text in this section is extremely faint and illegible. It appears to be a list or table of contents, possibly containing names and dates.]



11. Vedlegg

11. Vedlegg

INTRODUKSJON.

SOM JEG SA ER JEG LEGE.

JEG ARBEIDER IKKE HER PÅ SYKEHUSET, MEN PÅ UNIVERSITETET

JEG ER OPPTATT AV HVA SOM SKJER I FORBINDELSE
MED AT FOLK BLIR LAGT INN I (PSYKIATRISKE) SYKEHUS
OG AT REGLENE BLIR OVERHOLDT (FULGT)

DERFOR REISER JEG RUNDT PÅ FORSKJELLIGE SYKEHUS
FOR Å SNAKKE MED FOLK SOM NYLIG ER INNLAGT.

JEG HAR LAGET EN DEL SPØRSMÅL SOM JEG NÅ GJERNE VIL
STILLE DEG.

DET BESTE FOR MEG ER OM VI FØRST KAN HOLDE OSS
TIL DISSE SPØRSMÅLENE.

SKULLE DET VÆRE ANDRE TING DU HAR LYST TIL Å SNAKKE
MED MEG OM,

VIL JEG GJERNE AT VI SNAKKER OM DET ETTERPÅ,

SLIK AT VI NÅ FØRST KORT KAN GÅ GJENNOM DE SPØRSMÅLENE
JEG HAR LAGET.

FØR VI STARTER VIL JEG IGJEN PREISERE AT JEG HAR FULL
TAUSHETSPLIKT (OG AT LYDBÅNDET BARE ER EN HJELP FOR MEG
TIL Å HUSKE DET VI SNAKKER OM).

PASIENTINTERVJUER.

NR.: _____

TAPE: JA / NEI

NAVN: _____ ALDER: _____

SYKEHUS: _____

INNL.PARAGRAF: _____ INNL.GANG: _____

INNL.BEGJÆRER: _____

INNL.LEGE: _____

INNL.KRITERIER (VEDTAK): _____

INNL.DATO: _____ INTERVJUDATO: _____

INTERVJUETS VARIGHET: _____

INNLAGT FRA: _____

MEDIKAMENTER: _____

FRI UTGANG: _____

NÅR VAR DET DU KOM HIT TIL SYKEHUSET DENNE GANGEN ?

HVORDAN REISTE DU HIT ? TOK DU DROSJE ELLER PÅ HVILKEN
MÅTE KOM DU ?

KOM DU ALENE HIT ELLER VAR DET NOEN SOM FULGTE DEG ?

HVEM VAR DET SOM FULGTE DEG HIT ?

KOM DU HJEMMEFRA ELLER HVOR KOM DU FRA DA DU BLE LAGT
INN HER DENNE GANGEN ?

VAR DET DEG SELV ELLER VAR DET ANDRE SOM MENTE DU
SKULLE REISE TIL SYKEHUSET NÅ ?

(HVEM NØYAKTIG VAR DISSE ANDRE ?)

(SELV OM) DET VAR ANDRE SOM MENTE DU SKULLE HIT NÅ;
VAR DU SELV ENIG I AT DU SKULLE HIT

SÅ DU ER ALTSÅ LAGT INN HER PÅ SYKEHUSET DENNE GANGEN
MOT DIN VILJE/TVANGSINNLAGT/AV FRI VILJE/ FRIVILLIG.

DE ANDRE (EVT: NAVN) SOM SA DU MÅTTE PÅ SYKEHUSET,
HVA SA DE GRUNNEN TIL AT DU MÅTTE HIT VAR.

- 2 -

BLE DU UNDERSØKT AV LEGE FØR DU BLE LAGT INN HER ?
(SNAKKET DU MED LEGE FØR DU BLE LAGT INN HER) ?

VAR DET DEG SELV ELLER ANDRE SOM TOK KONTAKT MED DENNE
LEGEN ?

EVT. HVEM ?

KJENNER FAR/MOR/EKTEFELLE/SØSKEN OSV. TIL AT DU ER HER
PÅ SYKEHUSET NÅ ?

EVT. HVEM ER DET:

(EVT: ER DET INGEN/NOEN ANDRE SOM VET AT DU ER HER)

Nå har jeg lyst til å spørre deg litt om hvordan du har
det her på avdelingen:

KAN DU FRITT GÅ UT OG INN AV AVDELINGEN (UTEN FØLGE)

HVEM ER DET SOM SIER AT DU IKKE KAN GJØRE DETTE ?

(HVA SIER (EVT.) VEDKOMMENDE (NAVN) GRUNNEN TIL DETTE ER ?)

FÅR DU MEDISINER HER PÅ AVDELINGEN ?

KAN DU SELV BESTEMME OM DU VIL TA DISSE MEDISINENE ?

HVIS DU FIKK VELGE HEILT SELV, VILLE DU TA DISSE
MEDISINENE, ELLER VILLE DU LATT VÆRE ?

ER DET FØRSTE GANG DU ER HER PÅ SYKEHUSET, ELLER HAR DU
VÆRT HER TIDLIGERE

HAR DU LYST TIL Å REISE ?

KAN DU (EVT) BARE REISE NÅR DU VIL, ELLER MÅ DU SPØRRE NOEN FØRST ?

DERSOM DU IKKE FIKK LOV TIL Å REISE UT (BLE NEKTET), VET DU OM DET FINNES NOEN DU KAN KLAGE OVER DETTE TIL ?

HVEM HAR FORTALT DEG OM DENNE KLAGEMULIGHETEN (HVORDAN HAR DU FÅTT VITE OM DENNE KLAGEMULIGHETEN ?)

(HAR DU NOENGANG HØRT OM KONTROLLKOMMISJONEN)

VET DU HVORDAN DU (EVT) KUNNE KOMME I KONTAKT MED KONTROLLKOMMISJONEN.

HAR DU TIDLIGERE KLAGET ELLER SNAKKET MED KONTROLLKOMMISJONEN ?

HVORDAN LIKTE DU KONTROLLKOMMISJONEN ?

FIKK DU DEN HJELPEN DU HADDE HÅPET PÅ AV KONTROLLKOMMISJONEN ?

ER DET NOENTING NÅ DU KUNNE TENKE DEG Å SNAKKE MED KONTROLLKOMMISJONEN OM ?

VET DU HVOR MANGE MEDLEMMER KONTROLLKOMMISJONEN HAR ?

- 4 -

Gå tilbake og stille utdypende spørsmål, evt gjenta.

Ta opp analoge signaler:

Da jeg spurte deg om, fikk jeg inntrykk av at.....
du ble lei/sint/lattermild osv

Spørre mer etter grunner.

AVSLUTNING:

HVA TROR DU DENNE INNLEGGELSEN VIL BETY FOR DEG ?

HAR DU NOE ANNET DU HAR LYST TIL Å SNAKKE MED MEG OM
I FORBINDELSE MED INNLEGGELSEN ELLER OPPHOLDET HER PÅ
AVDELINGEN, KAN VI GJERNE GJØRE DETTE NÅ.

VEDLEGG 3.

VURDERING AV REDEGJØRELSER FRA OVERLEGENE AVGITT TIL KONTROLLKOMMISSJONENE

1.KLAGENUMMER: _____ 2.NAVN PA KLAGER: _____

3.LNR.: _____ 4.SYKEHUS: _____ 5.ALDER: _____ AR 6.STATUS _____

7.INNL.DATO: _____ 8.LEGE-ERKL.-DATO: _____ 9.DIAGNOSE _____

10.INNL.PARAGRAF: _____ 11.NAVER.PARAGRAF _____ 12.REDEGJ.LENGDE (SIDER) _____

13. KLAGENS INNHOLD:

1. KLAGE OVER NEKTET UTSKRIVNING
2. KLAGE OVER INNLEGGELSE/NEKTET INNLEGGELSE
3. KLAGE OVER BEHANDLINGSFORHOLD
4. KOMBINASJONER 1,2,3,
5. ANNET INNHOLD

14. ANNET INNHOLD SPESIFISERT: _____

SYKDOMSBEDØMMELSE.15.PASTATT ALVORLIG SINNSLIDELSE (INKLUSIVT PSYKOSE) VED TIDSPUNKT FOR REDEGJØRELSEN: J/N/U 16.KONKRET BESKRIVELSE AV SINNSTILSTANDEN (STATUS PRAESENS): J/N 17.SYKDOMSGRAD: 0 _____ 2.5 _____ 5 _____ 7.5 _____ 10 18.ALV.SINNSLIDELSE SOM IKKE ER PSYKOSE (V.TIDSP.FOR REDEGJ.): J/N/0

19.EVT. HVILKEN: _____

20.DIAGNOSE: _____

FARLIGHET.

21. PASTATT FARLIGHET VED TIDSPUNKTET FOR REDEGJØRELSEN: J/N/0

22. FARLIGHETSGRAD:

0	2.5	5	7.5	10

23. FYSISK FARE FOR ANDRE: J/N/0

24. FYSISK FARE FOR SEG SELV (SUICIDAL/SELMUTILERENDE): J/N/0

25. FARE MOT MATERIELLE VERK DIER: J/N/0

26. PSYKISK FARE: J/N/0

27. EVT. MOT HVEM: _____

28. HAR PASIENTEN UTFØRT KONKRET FARLIG HANDLING(ER): J/N/0

29. KONKRET BESKRIVELSE AV FARLIGHET: 1:J, 2:N, 3:UAKTUELT

30. HVIS JA, REFERER BESKRIVELSEN:

OVERLAST/OMSORG.

31. PASTAND OM OVERLAST VED EVT. UTSKRIVNING ? : J/N/0

32. OVERLASTSGRAD:

0	2.5	5	7.5	10

33. KONKRET BESKRIVELSE AV OVERLAST (evt.nåværende eller tidligere):
Referer kort evt. overlast, evt 'N' hvis beskr. mangler

34. ANTAS OVERLASTEN EVT. Å HENGE SAMMEN MED MANGLENDE TILBUD UTE: J/N/0

35. HVILKET TILBUD MANGLER EVT. _____

BEHANDLINGSFORHOLD.36. ER AKTUELL (NAVERENDE) BEHANDLING NEVNT I REDEGJØRELSEN: J/N 37. EVT. TYPE BEHANDLING: 1. Psykofarmakologisk beh

2. ECT

3. Isolering skjerming

4. Individuell psykoterapi

5. Gruppe-psykoterapi

6. Arbeidsterapi/sosial trening

7. Adferdsterapi

8. Annet

38. ANNET SPES: _____

39. CA. NAR BLE BEHANDLINGEN INSTITUERT?: (DAGER/UKER/MNDR; SE MANUAL): 40. SKAL ANNET BEH. IVERKSETTES: J/N/0 41. EVT. HVILKEN: _____42. DEFINERT BEHANDLINGSMÅL: J/N/0 43. EVT. HVILKET: 1. Ves. bedring

2. helbredelse

3. UBESVART

44. ER BEH. MAL RELATERT TIL NORMER FOR ADFERD UTE?: J/N/0 45. DEFINERT BEHANDLINGSTID: J/N/0 46. EVT. HVOR LENGE (DAGER/UKER): UTSKRIVNINGSSPØRSMÅLET.47. PAS.S TILSTAND NA, ENDRING SIDEN INNL.: 1:Neg. 2:Pos. 3:Uendret

ANGIVELSE AV POSITIVE/NEGATIVE FØLGER AV EN EVENTUEL UTSKRIVNING:

48. POSITIVE: J/N/0 49. EVT. ANT.: 50. NEGATIVE: J/N/0 51. EVT. ANT.: 52. AVEINING AV NEG. KONSEKVENSER V. FORTSATT RETENSJON VS. UTSKRIVN: J/N/0 53. ER PAS.S ADFERD VED EN EVT. UTSKRIVNING VURDERT UT FRA EN
MINIMUMS-NORM MED HENSYN TIL ADFERD UTE : J/N/0

KONKLUSJON.54.OVERLEGENS KONKLUSJON I FORHOLD TIL KLAGEN/PASIENTENS ØNSKE:

1. OVERLEGEN MENER KLAGEN/ØNSKET BØR TAS TIL FØLGE
2. OVERLEGEN MENER KLAGEN/ØNSKET IKKE BØR TAS TIL FØLGE
3. OVERLEGEN STILLER SEG NØYTRAL TIL KLAGEN/ØNSKET
4. OVERLEGEN MENER KLAGEN/ØNSKET DELVIS BØR TAS TIL FØLGE
5. OVERLEGEN MENER KLAGEN/ØNSKET BØR TAS TIL FØLGE PÅ BETINGELSER
6. KONKLUSJON MANGLER
7. ANNET

55.OVERLEGENS KONKLUSJON MED HENSYN TIL UTSKRIVNING:

1. FRARADES
2. TILRADES
3. SPØRSMÅLET OVERLATES TIL KONTROLLKOMMISJONEN
4. INGEN KONKLUSJON I REDEGJØRELSEN
5. KLAGEN/ØNSKET DREIER SEG OM ANNET ENN NEKTET UTSKRIVNING

56.UTSKRIVNING FRARADES FORDI DET FORELIGGER EN ALVORLIG SINNSLIDELSE
(57.INGEN TILRAING/KONKLUSJON, MEN ALV.SINNSLIDELSE FORELIGGER: J/N/0) 58.UTSKRIVN. FRARADES FORDI FØLGENDE TILLEGSKRITERIER ER OPPFYLT: (59.INGEN TILRAING/KONKLUSJON, MEN FØLG.TILLEGS.KRIT. ER OPPFYLT)

1. BEHANDLINGSINDIKASJON
2. OVERLASTSFARE VED UTSKRIVNING
3. FARLIGHETSINDIKASJON
4. TIL BESTE FOR PASIENTEN (GML. PARAGRAF 5)
5. NØDVENDIG FOR DEN OFF. ORDEN (GML. PARAGRAF 5)
6. KOMBINASJONER
7. DET ER IKKE REFERERT TIL NOEN TILLEGSKRITERIER
8. KLAGEN/ØNSKET DREIER SEG OM ANNET ENN NEKTET UTSKRIVNING

60.EVT ANDRE BEGRUNNELSER: _____

61. DERSOM BEHANDLINGSINDIKASJON ER PABEROPT, SKILLES DET MELLOM
VESENTLIG BEDRING OG HELBREDELSE, EVT. HVA ER ANGITT.

1. VESENTLIG BEDRING
2. HELBREDELSE
3. DET SKILLES IKKE MELLOM BEDRING OG HELBREDELSE
4. BEHANDLINGSINDIKASJON ER IKKE ANGITT

DIVERSE.

62. HVEM FÅR KOPI AV REDEGJØRELSEN:

1. KLAGEREN
 2. KLAGERENS ADVOKAT (ELLER ANDRE SOM REPR. KLAGER)
 3. ANDRE
- KOMBINASJONER (1,2,3)
4. VITES IKKE/GAR IKKE FREM AV REDEGJØRELSEN

63. HVEM HAR UTSTEDT REDEGJØRELSEN (PROFESJON/STILLING)

1. OVERLEGE ELLER ASS.OVERLEGE
 2. UNDERORDNET LEGE
 3. PSYKOLOG
 4. SOSIONOM
- KOMBINASJONER (1,2,3,4)

64. OM REDEGJØRELSEN IKKE ER UTSTEDT AV OVERLEGE,
ER DEN DA FORELAGT DENNE: J/VITES IKKE, UBESVART= 0

65. TOLKERS BEDØMMELSE AV HOVEDARSAK TIL AT KLAGE/ØNSKE IKKE TAS TIL FØLGE:

1. BEHANDLINGSHENSYN
2. FARLIGHETSHENSYN OVERFOR ANDRE
3. FARLIGHETSHENSYN OVERFOR PASIENTEN SELV.
4. OMOSRGS/OVERLASTSHENSYN
5. ANNET
6. VET IKKE/IKKE GRUNNLAG FOR KONKLUSJON

66. ANNET (55) SPESIFISERT: _____

67. DENNE REDEGJØRELSEN ER KODET AV KODER NR.

MANUAL FOR UTFYLING AV KODESKJEMA VEDRØRENDE GRUNNLAG FOR RETENSJON

GENERELT.

DE AKTUELLE REDEGJØRELSENE SOM SKAL VURDERES ER SLIKE SOM LEVERES TIL KONTROLLKOMMISJONENE FRA OVERLEGEN (ELLER DEN OVERLEGEN BEMYNDIGER), NAR KONTROLLKOMMISJONENE UTBER SLIK REDEGJØRELSE I FORBINDELSE MED HENVENDELSER ELLER KLAGER KOMMISJONEN HAR MOTTAT. HENSikten MED A ANALYSERE DISSE REDEGJØRELSENE ER A KARTLEGGE HVILKE SYNSPUNKTER OVERLEGEN (ELLER ANDRE) GJØR GJELDENE I KONFLIKTSITUASJONER MELLOM BRUKERE OG BEHANDLERE I DET PSYKISKE HELSEVERN. SÆRLIG NAR DET GJELDER SPØRSMAL OM TVUNGENT PSYKISK HELSEVERN ER DET AV INTERESSE A SE PÅ I HVOR STOR GRAD OG PÅ HVILKEN MÅTE OVERLEGENE BEGRUNNER SINE STANDPUNKTER I SLIKE SAKER.

VED UTFYLLINGEN SKAL DET IKKE GJØRES FORSØK PÅ A FORTOLKE INNHOLDET, MEN SA KONKRET SOM MULIG KATEGORISERE PÅSTANDER OG SYNSPUNKTER I REDEGJØRELSEN SLIK OVERLEGEN (ELLER EVT. ANDRE) FAKTISK SETTER DEM PÅ PAPIRET. (MED UNNTAK AV EN VARIABEL DER FORTOLKNING NETTOPP ER MÅLET: VARIABEL NR.63).

EN DEL BEGREPER VIL GA IGJEN OG ER AV SENTRAL BETYDNING NAR F. EKS. BETINGELSENE FOR TVUNGENT PSYKISK HELSEVERN SKAL BEDØMMES. NOEN AV DISSE BEGREPENE VIL BLI PRESISERT I DET FØLGENDE:

'ALVORLIG SINNSLIDELSE': DETTE ER ET UTTRYKK HENTET FRA LOV OM PSYKISK HELSEVERN OG DANNER HOVEDKRITERIET FOR AT NOEN KAN SETTES UNDER TVUNGENT PSYKISK HELSEVERN. BEGREPET ROMMER ALLE PSYKOTISKE TILSTANDER OG BRUKES I PRAKSIS OFTE SYNONYMT MED PSYKOSEBEGREPET. DET ER IMIDLERTID ROM FOR AT ENKELTE IKKE-PSYKOTISKE TILSTANDER OGSÅ FALLER INN UNDER BEGREPET 'ALVORLIG SINNSLIDELSE'. DETTE MÅ FORSTÅR SLIK AT SYKDOMSGRADEN I SLIKE TILFELLE ER SA STOR AT PASIENTENS TILSTAND ER LIKE DRAMATISK OG INVALIDISERENDE SOM EN PSYKOSE.

TILLEGGSKRITERIER: DET FINNES TRE TILLEGGSKRITERIER I LOWVERKET, OG MINST EN AV DEM MÅ VÆRE OPPFYLT I TILLEGG TIL KRAVET OM ALV. SINNSLIDELSE. 1. 'BEHANDLINGSKRITERIET'; UTSIKT TIL HELBREDELSE ELLER VESENTLIG BEDRING FORSPILLES DERSOM INNL. IKKE/UTSKR. FINNER STED. BERØRER DE PSYKIATRISKE BEHANDLINGSMÅTER I VID FORSTAND.

2. 'OVERLASTKRITERIET': PASIENTEN VIL LIDE OVERSLAST DERSOM INNLEGGELSE IKKE/UTSKR. FINNER STED. DREIER SEG OM FYSISK (OG MULIG PSYKISK) OVERLAST. ALTSÅ AT VEDKOMMENDE VIL LIDE/FORKOMME P.G.A. MANGEL PÅ MAT/VARME/BOLIG OSV. KRITERIET ER OFTE KALT "PLEIEKRITERIET".

3. 'FARLIGHETSKRITERIET' GJELDER BADE FARE FOR ANDRE OG SEG SELV, OG OMFATTER BADE PSYKISK OG FYSISK FARE.

TIDLIGERE (FØR 1981) FANTES FORSKJELLIGE TILLEGSKRITERIER FOR TVANGSINNLEGGELSE ETTER § 5 OG TVANGSTILBAKEHOLDELSE ETTER § 6. DET ER DERFOR MULIG AT DET I ENKELTE TILFELLE REFERERES TIL DE GAMLE INNLEGGELSES-KRITERIENE ETTER PARAGRAF 5 SOM VAR 'TIL BESTE FOR DEN SYKE SELV' OG 'NØDVENDIG FOR DEN OFFENLIGE ORDEN'.

PÅ TIDSPUNKTET FOR REDEGJØRELSEN ER EN FORMULERING SOM GAR IGEN. DET SØKES HER ETTER VURDERINGER AV DEN AKTUELLE SITUASJON BEGRENSET TIL DATO FOR REDEGJØRELSEN OG MAX. 14 DAGER TILBAKE I TID.

NAR DET HENVISES I REDEGJØRELSEN TIL BESTEMTE JOURNALNOTAT, SKAL DISSE NOTATENE OGSÅ VURDERES SAMMEN MED REDEGJØRELSENE, SAFREMT NOTATENE TILFREDSTILLER MANUALENS ØVRIGE KRAV, OG SAFREMT DE ØVRIGE UTTALELSENE HARMONERER MED OVERLEGENS STANDPUNKTER. I DE TILFELLE DET ER MOTSTRID MELLOM OVERLEGENS STANDPUNKTER/VURDERINGER OG OPPLYSNINGER I ANDRE KILDER, ER DET OVERLEGENS SYNSPUNKTER SOM GJELDER. I DE TILFELLE DER OVERLEGEN IKKE DIREKTE UTtaler SEG OM SPØRSMÅL SOM ER BERØRT I ANDRE KILDER, MEN HENVISER TIL DISSE KILDENE, SKAL OPPLYSNINGENE I DE ANDRE KILDENE BRUKES SAFREMT DE TILFREDSTILLER MANUALENS ØVRIGE KRAV.

I DE TILFELLE DER OVERLEGEN HAR "KVALIFISERT" REDEGJØRELSEN VED PATEGNING, SKAL OVERLEGENS PATEGNING SEES SAMLET MED REDEGJØRELSEN.

MANGLENDE OPPLYSNING (ELLER UBESVART/UAKTUELT) KODES ALLTID SOM '0'

KOMMENTARER TIL DE ENKELTE VARIABLENE:

=====

SIDE 1

VARIABEL NR. 6: Klagers_status Verdiene overføres fra "KKUNDERS"
Dersom det er pårørende som klager skal sykdomsbedømmelsen kodes for den pasient saken gjelder. For øvrig er det pårørendes klagemål/ønske som skal vurderes.

VARIABEL NR. 12: Redegjørelsens_lengde
Enhet: 1/2 side. Forhøyes til nærmeste 1/2 side.

VARIABEL NR. 13: Innhold Verdiene overføres fra "KKUNDERS"
Merk at dersom klagen gjelder tvungent ettervern, evt forlengelse, skal "utskrivning" forstås som utskrivning fra det psykiske helsevern, altså utskrivning fra tvungent ettervern.

SYKDOMSBEDØMMELSE

VARIABEL NR. 15: Påstått alv.sinnsl. ved tidspunkt for redegjørelsen.
JA: Enten påstand om, og/eller beskrivelse av psykotiske symptomer innenfor en tidsramme ikke lenger enn 14 dager før datering av redegjørelsen.
NEI: Det benektes i redegjørelsen at det foreligger noen psykose
0: Psykose ikke vurdert i redegjørelsen

I DE TILFELLENE DER KLAGEN GJELDER INNLEGGELSEN ER DET TILSTANDEN VED INNLEGGELSEN SOM SKAL KODES OG DATOEN FOR INNLEGGELDEN SOM BLIR UTGANGSPUNKTET FOR STATUS PRAESENS. VED KOMBINERTE KLAGER ER DET RETENSJONSKLAGEN SOM GJELDER

Det er mulig å kode 0 på påstand og J på status praesens, fordi det kan tenkes at status praesens ikke gir grunnlag for klassifikasjon i alv. sinnslidelse eller ikke.

- VARIABEL NR. 16: konkret beskrivelse av sinnstilstanden., Enhver beskrivelse ut over bare påstanden om en type sinnslidelse, som ikke ligger lenger tilbake enn 14 dager før redegj.
- VARIABEL NR. 17: Sykdomsgrad
 Visuelt analog skala. 0=ingen psykiske symptomer tilstede. 10=den høyest tenkelig grad av psykotiske symptomer. Overgang mellom psykose/ikke psykose settes ved 2.5. Det skal settes kryss på linjen (men ikke på verdiene). Dersom ikke sykdomsgrad er oppgitt kodes 0 i høyre felt.
- VARIABEL NR. 18: Alvorlig sinnslidelse som ikke er psykose.
 JA: Påstand om, og/eller beskrivelse av annen psykisk lidelse som faller inn under begrepet alvorlig sinnslidelse. (se generelle del av manual).
 NEI: Benektning av annen alvorlig sinnslidelse
 0: Ikke nevnt, eller det er svart "Ja" på alv.sinnslidelse når psykose foreligger.
- VARIABEL NR. 20: Diagnose
 Den diagnose som evt. finnes i redegjørelsen, og som er overlegens egen diagnose (står for overlegens regning)Skrives fullt ut. (Kodes etter ICD-8 senere)

SIDE 2

FARLIGHET

- VARIABEL NR.21-27: Det dreier seg her om overlegens bedømmelse av nåværende farlighet. (innen 14 dager fra redegjørelsens dato).
- VARIABEL NR. 21: Påstått farlighet ved tidspunktet for redegjørelsen.
 Det dreier seg om overlegens (evt. andre som har skrevet redegj.) egenvurdering av farlighet.
 JA: Påstand om, og eller beskrivelse av, alle typer aktuell farlighet.
 NEI: Benektning av farlighet
 0: Ubesvart.
 Om det angis at pas er aggressiv, uten at dette konkretiseres, kodes "0".

- VARIABEL NR. 22: Farlighetsgrad.
0=Ingen farlighet. 10=Konkret fare for pasientens eller andres liv. Kryss av på linjen (men ikke på selve verdien). Ved manglende opplysning kodes 0 i feltet til høyre.
- VARIABEL NR. 24: Når det kodes "J" på denne variabelen på grunn av trussel mot egen helse (inkludert suicidalfare), skal det ikke kodes "J" på overlast på grunn av slik helsefare. (Samme fenomen skal bare gjøres gjeldende for ett av tilleggskriteriene.)
- VARIABEL NR. 28-30: For disse variablene gjelder ikke lenger tidsbegrensning til 14 dager fra redgjørelsens dato. Her skal enhver beskrivelse av farlighet tas med.
- VARIABEL NR. 28: Har pas. utført konkret farlig handling
Gjelder utelukkende fysisk farlighet mot personer.
J: bare når det er sikkert at slik handling er begått.
Antakelser kodes som 0. N: positiv benektning.
- VARIABEL NR. 29: Konkret beskrivelse av farlighet
Det må gis eksempler som av overlegen blir vurdert av overlegen å representere farlighet. Kategori 3=Uaktuelt kodes når farlighet er positivt benektet (Var.29=N).

OVERLAST

- VARIABEL NR. 31: Påstand om overlast i erkl. hvis pas. utskrives.
 Det dreier seg om overlegens egen vurdering og påstand om overlast, vurdert på tidspunktet for redegjørelsen.
 JA: Påstand om, og/eller beskrivelse av overlast dersom pasienten utskrives.
 NEI: Benektning av overlast ved evt. utskrivning
 0: Ubesvart.
- VARIABEL NR. 32: Overlastsgrad. (Vurdert på tidspunktet for redegjørelsen).
 0=Ingen overlast overhodet. 10=Overlast av type som sannsynliggjør at pasienten går til grunne. (Enten fryser -sulter i hjel, eller forulykker). Sett kryss på linjen (men ikke på selve verdien).
 Ved manglende opplysning kodes 0 i feltet til høyre.
- VARIABEL NR. 34: Antas overlast evt. å henge sammen med osv. Det tenkes på boforhold, arbeid, tilsyn, nettverk m.m. (Overl.vurd.)

SIDE 3BEHANDLINGEN

- VARIABEL NR. 36: Dersom det positivt er angitt at pas ikke får noen beh., skal det kodes "J" her. Da kodes "8" i variabel 37, og "INGEN" i variabel 38.
- VARIABEL NR. 37: Evt. type behandling (8 felt). Kombinasjoner kodes med verdiene for de ulike behandlingstyper etter hverandre med den laveste verdien først. Bare behandling som er angitt positivt skal tas med.
- VARIABEL NR. 39: Ca.når ble beh. instituert. Når ikke tiden kan anslås presis, kan det aksepteres et avvik på ± 3 dager evt ± 1 uke dersom uke eller mnd er enheten. Strek under enh. "Når" betyr i forhold til redegjørelsens dato. (Hvor lang tid forut for redegjørelsen behandlingen er iverksatt. Samme dag = "1".

- VARIABEL NR. 42: Definert behandlingsmål Det må her være et konkret, definert mål, angitt av den som har skrevet redegj.
- VARIABEL NR. 43: Evt. hvilket (behandlingsmål)
Det er her med hensikt bare tre kategorier, for å tvinge koder til om mulig skille mellom helbredelse og vesentlig bedring som behandlingsmål. Dersom dette ikke er mulig kodes "0".
- VARIABEL NR. 44: Er beh.mål relatert til normer for adferd...
Det tenkes her på generelle adferdsnormer og overlegens selvstendige vurdering av slike og pasientens adferd. (En slags "overprøving" av evt andres påstander om at pas. f.eks ikke kan komme hjem fordi adferden er slik eller slik)
- VARIABEL NR. 46: Evt. hvor lenge Strek under dager eller uker som tids-enhet
Dersom angivelsen er usikker, angi grunnlaget for anslaget
- VARIABEL NR. 47: Pas.s tilstand nå, endring siden innl.
Det skal her kodes på hvilken måte pasienten er på (tidspunktet for redegjørelsen), i forhold til innl.
- VARIABEL NR. 48: Konsekvensene vurderes for pasientene. Derson beh. kriteriet er angitt, eller overlast kodes "J" på negative konsekvenser ved utskrivn. Antall: 1 for hvert av kriteriene.
- VARIABEL NR. 53: Er pas.s adferd ved en evt. utskr. vurdert...
Gjelder overlegens (evt andre som har skrevet redegj.) selvst. vurdering av pas.s adferd i forhold til generelle normer utenfor sykehuset. (N=0, også var.52.)

SIDE 4KONKLUSJON

Her spørres etter overlegens (eller evt andre som har skrevet redegj.) konklusjon dersom slik er gitt. En evt. slik konklusjon skal refereres. Det dreier seg altså ikke om koderens egen konklusjon på grunnlag av redegjørelsen i sin helhet.

VARIABEL NR. 54/55: Gjelder overlegen eller evt andre som har skrevet redegj. Bare klare konklusjoner i forhold til klagers ønske skal kodes. Ved usikkerhet kodes "6" (54) resp "4" (55).

VARIABEL NR. 56: Utskrivn. frarådes osv Dersom klagen gjelder premissene for innleggelse, kodes her om det konkluderes med at alv. sinns. forelå ved innleggelsen. (Tilsvarende skal kodes for tilleggskriteriene, variabel 58/59). Det kodes "0" når klagen gjelder andre forhold.

VARIABEL NR. 57: Ingen tilråing/konklusjon osv..... Det hender at redegj. ikke konkluderer, men bare konstaterer tilstedeværelse av alv. sinnslidelse eller ei. Det er ønskelig å få med også kriteriebruk i disse tilfelle.

VARIABEL NR. 58: Utskrivning frarådes fordi følgende osv. (3 felt)
Kombinasjoner kodes på samme måte som i variabel 37
Her kodes bare de direkte påståtte tilleggskriterier i konklusjonen, om enn ikke ordrett skrevet.

VARIABEL NR. 59: Ingen tilråing/konklusjon osv.....
Variabelen skal fange opp bruk av tilleggskriterier, også der redegjørelsen ikke inneholder noen konklusjon eller tilråing.

SIDE 5DIVERSE

- VARIABEL NR. 62: Hvem får kopi av redegjørelsen (3 felt)
Kombinasjoner kodes på samme måte som i variabel 37.
- VARIABEL NR. 63: Hvem har utstedt redegjørelsen (4 felt)
Kombinasjoner kodes på samme måte som i variabel 37
Andre = "5",
- VARIABEL NR. 65: Tolkers bedømmelse av hovedårsak til at klage...
Først her er det tolkers egen vurdering kommer inn.
Tolker skal på grunnlag av alle opplysninger i redegj.
fritt angi den viktigste grunnen tolker egentlig mener
ligger bak overlegens standpunkt. (Hvilke hensyn er det
egentlig overlegen mener bør ivaretas).
I de saker der klager får medhold kodes "6": "Ikke
grunnlag for konklusjon".

VEDLEGG 5.

KODESKJEMA FOR KONTROLLKOMMISJONSVEDTAK

1.KLAGENR. _____ 2.NAVN _____ 3.LNR. _____

4.SYKEHUS _____ 5.KLAGERS STATUS _____ 6.VEDTAKSAR _____

7.RESULTAT: _____ 8.ALVORLIG SINNSLIDELSE: _____ 9.TILLEGGSKRITERIER _____

1.MEDHOLD	J:TILSTEDE	1.BEH.INDIKASJON
2.AVSLAG	N:IKKE TILSTEDE	2.OVERLASTINDIKASJON
3.BETINGET VEDTAK		3.FARLIGHETSINDIKASJON
		4.TIL BESTE FOR
		5.NØDV. FOR OFF.ORDEN
		6.KOMBINASJONER
		7.UBESVART/IKKE NEVNT

(10.(LE.KONKL)____ 11.(LE.SL)____ 12.(LE.SL)____ 13.(LE.TK)____ 14.(LE.TK)____)

15.UENIGHET MELLOM OVERLEGEN OG KK (J/N): _____ 16.ENSTEMMIG VEDTAK (J/N) _____

17.OVERORDNET FORVALTNINGSSKJØNN (J/N) _____

18.MEDHOLD PGA FORVALTN.SKJØNN (J/N) _____

19.VAR PASIENTEN TILSTEDE(J/N) _____ 20.ØVRIGE SAMTALE MED KLAGER(J/N) _____

21.BLE KK'S EGEN VURDERING AV KLAGER TILLAGT VEKT VED BESLUTNINGEN
(1. JA, I VESENTLIG GRAD 2. JA, MEN IKKE I VESENTLIG GRAD 3. NEI) _____

21.VAR KLAGERS ADVOKAT TILSTEDE VED SLUTTFORHANDLINGENE (J/N) _____

22.VAR DET INNKALT VITNER/UAVHENGIGE SAKKYNDIGE (J/N) _____

