

Kontrollkommisjonene i psykisk helsevern – Herman Wedel Majors nyskapning

De norske kontrollkommisjonene ble etablert samtidig som Lov om Sindsyges Behandling og Forpleining ble vedtatt i 1848. Legen Herman Wedel Major var i realiteten eneansvarlig for utarbeidelsen av denne loven.

Kontrollkommisjonene var en spesiell tilsyns- og kontrollordning i europeisk sammenheng. Mer enn 160 år etter at de ble innført – som den viktigste rettssikkerhetsgarantien for mennesker under tvungent psykisk helsevern – består de, til tross for hyppig kritikk og ulike forslag om å endre eller avskaffe dem.

Jeg tar i denne artikkelen opp sider ved kommisjonenes funksjon og kompetanse, kritikken som er reist mot dem, og en mulig årsak til at de har overlevd frem til dags dato.

«... At etablere en effectiv Control af Asylernes Virksomhed, er en av de viktigste Maal for Lovgivningen om Sindsyge...»

Herman Wedel Major

Norge var det sjette landet i Europa som fikk en særlov for pasienter med psykiske lidelser, da Stortinget 17. august 1848 vedtok *Lov om Sindsyges Behandling og Forpleining*, ti år etter at Frankrike som det første landet hadde vedtatt en tilsvarende lov.

Den norske loven var i alt vesentlig utarbeidet av Herman Wedel Major (1814–1854) alene. Gjennom flere studiereiser i europeiske land, først og fremst Frankrike, England og Tyskland, hadde Major gjort et grundig forarbeid (1). De viktigste prinsippene Major hadde lagt til grunn da den nye loven ble utarbeidet, var at alle sinnslidelser kunne helbredes, at alle asyl måtte ha kongelig autorisasjon, at ingen av de eksisterende institusjonene for sinnslidende, de såkalte dollhusene, måtte autoriseres, at alle asyl skulle bestyres av leger, og at det ble etablert en effektiv kontroll. Bestemmelsen om kontroll med asylene ble tatt inn i §7 i den nye loven, der det heter:

«Den specielle Control med hvert Sindsygeasyl i Riget, skal føres af særskilte, dertil af Kongen i Nærheden af ethvert Asyl anordnede Commisioner, bestaaende af 3 Medlemmer, hvoriblandt idetmindste een examineret Læge ...» (2).

Ordningen med kontrollkommisjonene var særnorsk og enestående. Ordningen med kommisjonene har dessuten vist seg å være særdeles seiglivet, og mange vil si at kommisjonene fortsatt lever i beste velgående.

I denne artikkelen tar jeg opp bakgrunnen for kontrollkommisjonene (ramme 1), hvordan de har fungert, og hvordan de har overlevd tross i kritikken som er rettet mot dem gjennom tidene.

Paradoksalt nok ønsket Major egentlig ikke at kontrollkommisjonsordningen ble utformet slik den ble. I motivene til sinnssykeloven (3) beskriver han hvorledes kontroll og overprøving var ivaretatt i andre land som allerede hadde vedtatt en mer moderne lovgivning for behandling av sinnslidende. Han konkluderer med at England hadde lyktes best med å skape et hensiktsmessig kontrollorgan. Allerede i 1774 opprettet *The Royal College of Physicians* en kommisjon hvis oppgave var å inspisere og veilede sinnssykeasylene i London-området (4). Etter at det ble avdekket uverdige forhold i asyler i andre områder i England, særlig ved asyl i York, ble ordningen revidert i 1818. Det nye tilsyns- og klageorganet fikk navnet *The Metropolitan Commisioners in Lunacy*, og hadde utvidet geografisk virkeområde. Etter at den nye «Act of Lunacy» ble vedtatt i 1845, skiftet kommisjonen navn til *Commisioners in Lunacy*, som skulle dekke hele England og Wales. I motivene til den norske loven av 1848 skriver Major følgende:

«Men aller heldigst er den Fremgangsmaade, som den engelske Lov følger i denne Henseende. Der udnævnes nemlig af Kongen en Kontrol-Commision der bestaar af 6 Medlemmer, tre jurister og tre Læger, som skulde overta Kontrollen og Inspectionen af alle Landets Sinsyge-Asyler. Kommisionærene maae ikke modtage nogen anden Stilling eller Embede, og lønnes med 7000 Spd. om aaret. De ere beklædte med Mynighed, til at meddele og inndrage Autorisationer, til at befale den øieblikkelige Afskaffelse af forefundne Mangler, og til at indkalde og afhøre Vidner. Paa denne maaden opnaaes en Enhed og Overeensstemmelse i Controllen, og en Præcision i Forbederings-Foranstaltningerne, som maae udøve den mest velgjørende Indflydelse paa Sindsyge-Behandlingen i Landet» (3).

Major nevner ikke at *Commisioners in*

Georg Høyer

georg.hoyer@uit.no

Institutt for samfunnsmedisin

Universitetet i Tromsø –

Norges arktiske universitet

> Se også side 1060

HOVEDBUDSKAP

I 1848 vedtok Norge en særlov for pasienter med psykiske lidelser. Samtidig ble det opprettet kontrollkommisjoner som skulle være tilsyns- og kontrollorganer i det psykiske helsevernet.

Ordningen med kontrollkommisjoner består fortsatt, nesten 160 år etter at den ble innført.

Lunacy også hadde fem ubetalte legrepresentanter (4).

Videre fremhever Major betydningen av at kommisjonen hadde et «fuldstændigt Overblik» over alle institusjonene i riket, slik at kommisjonen kunne sammenligne og standardisere kvaliteten.

En norsk nyskaping

Major innså, på tross av et ønske om å kopiere den engelske *Commissioners in Lunacy*, at det ikke var mulig å etablere en tilsvarende ordning i Norge. I motivene til 1848-loven skriver han: «Under vore Forholde er det vistnok umuligt at anvende ganske lignende Forholdsregler...» (3). Andre steder i lovforarbeidene viser han til de «særegne Forhold i Norge». Det er ikke helt klart hva Major har ment med disse formuleringene, men det er naturlig å tro at han refererer til geografiske forhold som gjorde det umulig for én kommisjon å dekke hele landet med regelmessige besøk. Likevel hevdet Major at den norske kontrollkommisjonsordningen ivaretok de samme forutsetningene for å utøve en effektiv kontroll som den engelske ordningen. Denne påstanden fremstår som noe underlig, da ulikhetene mellom den engelske og norske ordningen er mer iøynefallende enn likhetene.

Når politilege Paul Winge (1857–1920) skriver om etableringen av de norske kontrollkommisjonene og den engelske ordningen som forbilde, konkluderer han som følger:

«Vi har overhodet ikke i nogen fremmed lov fundet bestemmelser om kontrollen, som med rette kan betegnes som kilde til vor; og vi finder derfor at maatte betegne de for vore sindsygeasyler anordnede kontrol-kommissioner som en for vort land eien-dommelig autochthoninstitusjon» (5).

«Autochthon» kommer fra gammelgresk og betyr en som er født av jorden uten menneskelig opphav. Tydeligere kan det ikke sies at de norske kontrollkommisjonene er en genuin norsk «oppfinnelse». Det er først og fremst den lokale forankringen som har gjort kontrollkommisjonene unike. Denne nærheten gir kommisjonene mulighet for personlig kontakt med pasientene, og de får inngående og løpende kjennskap til den (eller de) institusjonene de er knyttet til, og det er nettopp disse egenskapene som har gjort dem til et forbilde for enkelte andre land helt opp til våre dager. Samtidig innebærer den lokale forankringen en fare for at kommisjonene kan bli for intimt knyttet til «sin» institusjon, og også at kommisjonene kan utvikle ulik praksis. Disse innvendingene mot kontrollkommisjonene har ofte dukket opp og vil bli drøftet senere i denne artikkelen.

I henhold til loven av 1848 skulle kon-

trollkommisjonene bestå av tre medlemmer, «hvoriblandt idetmindste een examineret Læge». Det var ikke noe krav til psykiatrisk kompetanse hos legegmedlemmet i kommisjonen. Dette er neppe underlig da det på den tiden da den nye loven ble utarbeidet, ikke ble undervist i psykiatri ved Det medisinske fakultet i Oslo, og det fantes heller ikke norske psykiatere. I tillegg var antall leger på landsbasis lavt. I 1844 var det 259 leger i Norge, og ikke alle disse var «examineret» (6). Bare leger som hadde avlagt latinsk eksamen i medisin ved et universitet, kunne kalle seg «examineret» lege.

Kontrollkommisjonenes virksomhet ble regulert i egen instruks hjemlet i 1848-loven. Den første instruks kom i 1850 (7) og ga kommisjonene et nær altomfattende mandat. De skulle føre tilsyn og kontroll med alt fra «...de Syges Adgang til Undervisning og Religionsudøvelse» og «Bespisningens Beskaffenhed» til «Asylernes Bestyrelse og Økonomi» samt bestemmelser om hvordan kommisjonene skulle behandle klager over asyler som nektet innleggelse eller utskrivning. I slike saker skulle kommisjonen, i nærvær av asylts lege, uten opphold undersøke den syke to ganger med 3–8 dagers mellomrom. En slik ordning reflekterer den vekt Major la på at kontrollen med frihetsberøvelse måtte være effektiv og grundig.

Etter 1850 ble instruksene endret syv ganger før vi fikk den nåværende loven om psykisk helsevern. Et gjennomgående trekk ved disse revisjonene var at kontrollkommisjonene stor sett fikk redusert ansvarsområde. Tilsyn med asylenes økonomi og ledelse var noe av det første som ble fjernet fra kommisjonenes ansvarsområde. På tross av dette har kommisjonenes arbeidsmengde økt jevnt og trutt frem til i dag. Et illustrerende eksempel er at kontrollkommisjonen på Gaustad i løpet av de første hundre årene i alt behandlet 142 klager over tvungent psykisk helsevern (8), mens det i 2013 ble behandlet 530 klager i Oslo alene på bare et år (9).

Videre har antall medlemmer og deres kompetanse variert gjennom tidene. I 1902 ble antall medlemmer utvidet til fire, hvorav en lege og en kvinne. Som en kuriositet kan det nevnes at det første kvinnelige medlemmet i en kontrollkommisjon, Gaustad-kommisjonen, ble den berømte kokebokforfatteren Henriette Schønberg Erken. Oppnevningen ble særlig begrunnet med hennes forutsetninger for å vurdere «Bespisningens Beskaffenhed». At det skulle være minst en kvinne og en lege har ligget fast siden den gang, mens antall medlemmer har variert mellom tre og fire. Sammensetningen, slik kommisjonene er i dag, ble etablert med lov om psykisk helsevern fra 1961, med noen mindre endringer etter dette tidspunktet.

RAMME 1

Kontrollkommisjonene i psykisk helsevern

- Uavhengige klage- og kontrollorganer som behandler klager på tvangsinnleggelser og tvangstilbakeholdelse i psykisk helsevern. Utfører også dokumentkontroll og velferdskontroll
- Består av fire medlemmer som oppnevnes for fire år om gangen. Ledes av jurist som er kvalifisert til å være dommer. Ett medlem skal være lege, uten krav om særskilt kompetanse i psykiatri. To legegmedlemmer hvorav den ene enten har brukererfaring, erfaring som pårørende eller har representert brukerinteresser i stilling eller verv
- Det er i dag 55 kontrollkommisjoner som er lokalt forankret over hele landet. Blant kommisjonenes ledere er 16 dommere og 39 jurister som ikke er tilknyttet domstolene

I 1981 ble det åpnet for at kontrollkommisjonens leder ikke lenger trengte å være dommer, men kunne være «jurist, som er kvalifisert til å gjøre tjeneste som dommer» (10), og fra 2001 ble det innført krav om at ett medlem skulle ha erfaring som bruker eller pårørende, eller ha erfaring fra pasientinteresseorganisasjoner (11).

Kritikk av kontrollkommisjonene

Hvordan kontrollkommisjonene har fungert gjennom tidene, har variert. Grovt sett ser det ut til at kommisjonene har fungert relativt godt de første 50 årene etter at 1848-loven trådte i kraft. Mot slutten av 1800-tallet dukker det imidlertid opp kritikk, i første omgang av kontrollkommisjonen ved Gaustad (12). Senere er kontrollkommisjonene blitt kritisert med jevne mellomrom. Det er interessant i denne forbindelse at når man har arbeidet med revisjoner av loven, er det hver gang, med ett unntak, blitt vurdert å avskaffe kontrollkommisjonene (ramme 2).

Det er særlig tre temaer som går igjen i kritikken: at kommisjonene mangler psykiatrisk kompetanse, at de fungerer ulikt og at de er passive. Paulsrud-utvalget problematiserte for første gang også at kommisjonenes medlemmer stort sett har arbeidet i kommisjonene som en bigeskjeft på toppen av full stilling annensteds (17). Dette er særlig bekymringsfullt for de kommisjonslederne som er dommere, på grunn av rolleblanding og habilitetsproblemer, i tillegg til en generelt stor arbeidsbelastning som dommere.

Det foreligger svært begrenset forskningsbasert kunnskap om hvordan kontrollkommisjonene fungerer og har fungert. En litteraturoversikt (18) over all publisert litteratur innen tvangsfeltet i psykisk helsevern, basert på norske forhold og data, inneholder kun ett doktorgradsarbeid (19) og en masteroppgave (20), som har kontrollkommisjonene som tema. Det er likevel mulig å danne seg et relativt godt bilde av kommisjonenes virksomhet og problemer knyttet til disse, særlig gjennom årlige oversikter over deres virksomhet, NOU-er og enkelte offentlige rapporter, men også gjennom foredrag og diskusjoner på Helsedirektoratets årlige samlinger for landets kontrollkommisjoner. Av de temaene som går igjen i kritikken av kontrollkommisjonene, er det liten tvil om at man har rettet mest oppmerksomhet mot kommisjonenes kompetanse.

Og det var nettopp bekymringer over at legerepresentantene i kontrollkommisjonene ikke hadde tilstrekkelig kompetanse innen psykiatrifeltet som var tema for den første substansielle kritikken mot kommisjonene på slutten av 1800-tallet (10). Noe senere fulgte Paul Winge opp kritikken og skrev at «Kommisjonen bør blant sine medlemmer have en læge, helst en psykiater» (5). Begrunnelsen for at kommisjonen trenger psykiatrisk kompetanse er ikke overraskende: Legen må «besidde de bedste forudsætninger for at bedømme stellet ved et (psykiatrisk) sygehus.»

Winges utdyping av dette temaet er interessant lesning: «...medens en psykiatrisk uddannet læge uden alt for stort besvær vil kunde tilægne sig de juridiske kundskaber, som her kommer i betragtning, vil en jurist neppe – i alfald kun særdeles vanskelig – kunde erverve de medicinske, og disse er i virkigheden det bærende grundlag for det hele» (5).

Winges vurdering av legers og juristers kompetanseområder og roller deles nok ikke av alle i dag. Likevel peker Winge på et problem som ofte er diskutert i rettsikkerhetsdiskusjonen knyttet til pasienter i psykisk helsevern, når han skriver at medisinske kunnskaper i «virkeligheten er det bærende grunnlag for det hele». Problemet dreier seg om i hvilken grad de psykiatriske faglige vurderingene skal gjøres til gjenstand for overprøving, og hvilken vekt slike vurderinger skal tillegges når tvungent psykisk helsevern overprøves.

I nyere tid er manglende faglig kompetanse i kommisjonene, med dertil manglende mulighet til reelt å overprøve psykiateres og psykologers vurderinger av behovet for tvungent psykisk helsevern, blitt reist i flere sammenhenger (11, 12, 14, 15), senest av Den europeiske komité for fore-

RAMME 2

Kritikk av kontrollkommisjonsordningen i ulike forslag til revisjon av psykisk helsevernlovgivningen. Med unntak av revisjonen i 1997 ble det vurdert å avskaffe kontrollkommisjonsordningen ved alle større revisjoner. Ved samtlige tilfeller besto kontrollkommisjonene

År og kritikk

1955

Komitéinnstillingen til lov om psykisk helsevern av 1961 (13)

«Komiteen finner ikke at argumentene for å sløye all spesiell kontroll med de sykehus hvor sinnslidende behandles, er tilstrekkelig sterke [...] Det må innrømmes at et ineffektivt kontrollsystem snarere vil øke enn avskaffe mistroen. Men komiteen finner det da mer naturlig å søke å effektivisere kontrollen enn å sløye den.»

1976–77

St.meld.nr. 32 (1976–77)

Rettsikkerheten i sosial- og helseinstitusjoner (14)

«Kontrollkommisjonen er ikke sammensatt med det for øye at det skal besitte en omfattende psykiatrisk kompetanse. Den vil derfor lett vise tilbakeholdenhet med å overprøve de rent medisinske avgjørelser som overlegen har truffet. I realiteten kan slike avgjørelser vanskelig tenkes overprøvd av andre enn fagfolk.»

1988

NOU 1988: 8

Lov om psykisk helsevern uten eget samtykke (15)

«Den manglende faglige kompetanse til å kunne overprøve overlegens vurderinger er også en klar svakhet. Særlig tydelig trer dette frem når behandlingsindikasjonen blir brukt som begrunnelse for retensjon. Kommisjonen tar svært sjelden opp saker av eget initiativ. [...] En beklagelig kjensgjerning er at det ofte tar altfor lang tid å få behandlet en sak for kontrollkommisjonen.»

1997

Høringsnotat: Rettsikkerhet og særlige tiltak for mennesker under psykisk helsevern (16)

«Erfaringene med dagens kontrollkommisjoner er i stor utstrekning positive og ordningen har sine klart sterke sider. [...] Departementet vil imidlertid foreslå visse modifikasjoner med hensyn til kontrollkommisjonenes oppgaver, sammensetning og prøvingskompetanse, for på denne måten å forbedre dagens kontrollkommisjons-system...».

2011

NOU 2011: 9 Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet (Paulsrud-utvalget) (17)

«Helsedirektoratets evaluering av kontrollkommisjonene i psykisk helsevern i 2006 viste at kommisjonene hadde ulik lovforståelse ved overprøving av vedtak og utøvelse av annen kontrollvirksomhet. [...] Vervene i kontrollkommisjonene er imidlertid bistillinger for dommere. Etter utvalgets vurdering er dette ikke forenlig med ledelse av kontrollinstansen. [...] Etter utvalgets vurdering bør det foretas grunnleggende endringer i kontroll- og overprøvings-systemet for det psykiske helsevernet.»

bygging av tortur og umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff (CPT). Ved de to siste besøkene til Norge i 2005 (21) og 2011 (22), oppfordret CPT Norge til å gjøre det obligatorisk at det legekynlige medlemmet skal være spesialist i psykiatri. I etterkant av besøket i 2005 sendte Helsedirektoratet dette forslaget ut på en bred høring til instanser som på ulike måter kunne forventes å ha kvalifiserte meninger. Det var praktisk talt ingen av høringsinstansene som støttet et slikt forslag, inkludert Norsk psykiatrisk forening.

Kritikken kommer og går, kontrollkommisjonene består

Det er grunn til å spørre om hva det er som har gjort at den gjentatte kritikken av kontrollkommisjonene ikke har ført til noen endringer. Kontrollkommisjonene har overlevd alle angrep og forslag om å bli erstattet av andre tilsyns- og klageordninger. Heller ikke forslagene om å kreve at det legekynlige medlemmet har kompetanse i psykiatri har vunnet gehør.

Kan det være at Majors «oppfinnelse» hadde trekk som oppveier svakhetene, og at disse positive sidene ved kontrollkommi-

sjonene ikke er så lett å ivareta i alternative tilsyns- og kontrollordninger? Særlig dreier dette seg om at kommisjonsmedlemmene har lett adgang til personlig kontakt med pasientene, og at kontakten spenner fra uformelle samtaler til kommisjonens formelle møter der det fattes vedtak. Denne fleksibiliteten og muligheten til å følge opp pasienten og behandlerne i enkeltsaker vil ikke være mulig om man erstatter kontrollkommisjonen med for eksempel en primær domstolsbehandling.

Kommisjonenes inngående kjennskap til den institusjonen de er knyttet til, kan også representere en fordel når de fatter sine vedtak, en fordel som ikke lett kan erstattes av alternative ordninger. Det hører med i bildet at disse positive sidene ved den norske kontrollordningen er blitt lagt merke til i våre naboland. I en større svensk offentlig utredning med forslag om revisjon av den svenske lovgivningen på psykisk helseområdet fra 1984, ble de norske kontrollkommisjonene fremhevet som en forbilledlig ordning (23), og en tilsvarende vurdering av kommisjonene ble gjort i en dansk artikkel fra samme periode (24). Senere innførte Danmark ved lovrevisjonene av psykisk helse- lovgivningene i 2006, en ordning med «pasientklagenævner», som er svært lik den norske kontrollkommisjonsordningen (25).

Avslutningsvis vil jeg trekke frem et sitat fra Major som i likhet med kontrollkommisjonene har tålt tidens tann. Sitatet er hentet fra motivene til 1848-loven og omhandler helt sentrale og allmenngyldige dilemmaer knyttet til beslutninger om tvungent psykisk helsevern. Major fremhever alvoret og de vanskelige vurderingene som er knyttet til beslutninger om tvungent psykisk helsevern, inkludert misbrukspotensialet. Med dette utgangspunktet blir behovet for en effektiv kontroll og overprøving tydelig. Kontrollkommisjonen har i likhet med alle andre tilsyns- og overprøvingsordninger innen psykisk helsevern svakheter, men kanskje har Majors særegne oppfinnelse, kontrollkommisjonene, fortsatt egenskaper det er verd å bevare:

«Omendskjønst Sindsygehuse/Asylerne fuldkomment maae stilles i Klasse med Sygehuse og Hospitaler for andre Sygdommer, og omendskjønst Hovedhensigten med patienternes Optagelse overalt er den samme, gjøre dog Sindsygsommernes eiendommelige natur det nødvendigt at knytte de deraf lidende Individuers 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 vigtigste personlige Rættigheder. Derfor maae det i de Sindsyges Interesse fordrer tilstrækkelige Garantier for at en saadan Forholdsregel ikke bringes i Anvendelse i utigtige Tilfælde, til en uriktig tid eller af uvedkommende Personer. Ved disse Garantier er det ikke alene forsettelig Forbydelse eller grove Misgreb ved en falsk eller uriktig Angivelse af Sindsygdøm som skulde forhindres, men ogsaa, hvilket er lige vigtigt, større Indgreb i den personlige Frihed end Sygdommens beskaffenhed uundgaelig fordrer som derved skulde forebygges, Thi den sunde Tilstand er ikke ved en skarpt og tydelig Grendselinie i alle tilfælde adskilt fra Sindsygdøm....I mange af disse Overgangsformer vil ingen Læge kunde undslaae sig for at erklære Sindsygdøms Tilstedeværelse, omend skjønt Indskrænkning af et saadant Individets personlige Frihed ofte vilde være ligesaa ubeføiet som unødvendig. I disse tilfælde er det at virkelige Uretferdigheder lettest kunne udøves eller Feilgreb og Urtighede begaas. Det maa derfor ansees som en væsentlig Mangel ved de fleste fremmede Lovgivninger, at de i denne henseende alene fordrer Konstatning af Sindsygdømmens 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 fremgaar hverken af Sygdommens Art eller af dens Grad, men maa deduceres af den eiendommelige Karakter, som den i hvert enkelt Tilfælde antager» (5).

Georg Høyer (f. 1947)

er professor, leder av Nettverket for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet og leder av medisinsk gruppe i Den europeiske komité for forebygging av tortur og umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff (CPT). Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Departements tidende for 1846, s 14–151. <http://nb.no/nbsok/nb/41c2692c5804d300610c2fd02afdfb0?index=49#7> (12.4. 2016).
2. Lov om Sindsyges Behandling og Forpleining. Christiania: Stortingsforhandlinger, 1848.
3. Major HW. Motiver til lovforslaget om sinnssykes behandling og forpleining. Christiania 1848.
4. Wikipedia. Commissioners in Lunacy. https://en.wikipedia.org/wiki/Commissioners_in_Lunacy [4.4. 2016].
5. Winge P. Den norske sindsygeret historisk fremstillet bind III. Kristiania 1917.
6. Den norske lægeforening. Legefakta: Antall leger i Norge og innbyggere per lege i Norge 1818–2003. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1584.
7. Instrux for Kontrol-Commissionen. Christiania 1850
8. Kontrollkommisjonsprotokollene for Gaustad sykehus 1855–1961.

9. Helsedirektoratet. Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2013. Oslo: Helsedirektoratet, 2014.
10. St.prp. nr. 79 (1901–02). Angaaende bevilgning til extrarodinaere arbeider ved Gaustad sindsygeasyll.
11. 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.. Oslo: Sosialdepartementet, 1981.
12. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven). Lov-1999-07-02-62. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2001.
13. Innstilling fra Komiteen til revisjon av sinnssyke-lovgivningen: avgitt 31. mai 1955. Oslo: Sosialdepartementet, 1955.
14. St.meld. 32 (1976–77). Rettsikkerheten i helse- og sosialinstitusjoner. Oslo: Sosialdepartementet, 1976.
15. Norges offentlige utredninger. Lov om psykisk helsevern uten eget samtykke (psykisk helsevernloven). NOU 1988: 8.
16. Rettsikkerhet og særlige tiltak for mennesker under psykisk helsevern. Høringsnotat. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1997.
17. Norges offentlige utredninger. Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet. NOU 2011: 9.
18. Tvangsforsk. Fagfellevurderte artikler. Tvangspub. <http://tvangspub.tvangsforsk.no/biblio/type/Fagfellevurderte%20artikler> [2.5.2016].
19. Høyer G. Tvungent psykisk helsevern i Norge. Doktoravhandling. Tromsø: Universitetet i Tromsø, 1986.
20. Grøneng Ø. En analyse av kontrollkommisjonene som rettsikkerhetsgaranti ved bruk av tvang i psykisk helsevern, Universitetet i Bergen. Upublisert masteroppgave 2014. <http://hdl.handle.net/1956/8081> [6.5. 2016].
21. CPT rapport Norge 2005 <http://cpt.coe.int/documents/nor/2006-14-inf-eng.pdf> [12.4. 2016].
22. Rapport Norge CPT. 2011 <http://cpt.coe.int/documents/nor/2011-33-inf-eng.pdf> [12.4. 2016].
23. Statens offentliga utredningar. SOU 1984: 64. Psykiatri, tvång och rättssäkerheten. Stockholm: Socialdepartementet, 1984.
24. Westgaard J. Lokale tilsyns- og klageinstanser i retspsykiatrien. De norske kontrollkommisjonene. Kriminalistisk stensilsérie nr. 27/1984. København: Universitetet i København, 1984.
25. Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien af 1. november 2006. <https://retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=134497> [12.4. 2016].

Mottatt 2.9.2015, første revisjon innsendt 2.5.2016, godkjent 6.5.2016. Redaktør: Ketil Slagstad.