
TVANG I PSYKIATRIEN – MORALFILOSOFISKE PERSPEKTIVER

Bruken av tvang i psykiatrien er problematisk fordi den i så stor utstrekning er i strid med respekt for menneskers autonomi. I Norge brukes svært mye tvang sammenliknet med de fleste andre europeiske land, og det synes klart at mye av tvangsbruken må beskrives som etisk uforsvarlig.

Autonomi

Begrepet "autonomi" betegner både en evne og en status som impliserer visse rettigheter. Autonomibegrepet har for så vidt enda flere betydninger, men vi forenkler litt her, og nøyer oss med disse to betydningene. De to henger sammen: Statusen tilkjennes noen på grunn av evnen. Det vil også si at det kan ha konsekvenser for statusen hvis evnen forringes vesentlig. Helt enkelt er ikke dette, fordi autonomi som evne er noe graduelt, mens statusen – og rettighetene den impliserer – er absolutt.

Å ha status som autonom er å ha autoritet til å bestemme over en sfære av ens eget liv. Det er illegitimt for andre å gripe inn i denne sfæren med makt såfremt dette ikke er autorisert av aktøren selv. Vi vil være autonome fordi dette er uløselig knyttet til selve menneskeverdet. Å være autonom er å være ansvarlig for sitt eget liv, både for det som går bra og det som slett ikke går bra.

Even til autonomi vil alltid være en *grad* av autonomi, fra minimal autonomi til ideell autonomi. De fleste av oss ligger et sted mellom disse to. Ingen oppfyller ideell autonomi, men enkelte mangler evnen i en slik utstrekning at de faller under grensen for minimal autonomi. Dette gjelder små barn, som ennå ikke har utviklet evnene, særlig av kognitiv art, som kreves. Mennesker i koma faller av innlysende grunner under grensen. Det vil også være en del vriene tilfeller, som mennesker med visse psykiske lidelser, som kan være over eller under grensen avhengig av dagsformen.

Når blir man autonom? Man kunne mene at dette burde fastsettes på helt individuell basis, men siden dette ikke i praksis lar seg gjennomføre, setter man en pragmatisk grense på en viss alder. Poenget er at vi hos alle mennesker over en viss alder har en presumpsjon om evne til autonomi, og av dette følger visse rettigheter. Respekt for rettigheter er vanskelig, det har en kostnad, det kan medføre risiko. Like fullt må rettigheter respekteres. Å ha en rettighet er å ha et slags trumfkort, dvs. det faktum at vi på en eller annen måte kan frembringe et gode ved å handle på en gitt måte, vil overtrumfes av at noen har en rettighet som tilsier at vi ikke skal handle slik. Rettigheten overtrumfer hensynet til nytte. Det følger videre at bevisbyrden alltid vil ligge hos den som måtte hevde at disse rettighetene bør settes til side fordi vilkårene for dem ikke lenger har gyldighet. Enhver plausibel redegjørelse for minimal autonomi må være forenlig med at voksne mennesker som ikke lider under patologier som åpenbart gjør dem rasjonelt beslutningsudyktige, er autonome. Grunnen til dette er selvfølgelig at dette har konsekvenser for individers moralske og politiske status. Det er en betingelse for juridisk og moralsk ansvar. Ikke minst setter autonomi en grense for paternalisme.

Autonomi vs. paternalisme

Det må settes grenser for vår frihet, særlig av hensyn til andre. Spørsmålet er hvor disse grensene skal gå. Her legger jeg meg i utgangspunktet på samme linje som filosofen John Stuart Mill. Ifølge

Mill lærer en person seg hva som er hans eller hennes bestemmelse her i livet ved å foreta det han kaller livseksperimenter, og etter hvert kommer man forhåpentlig frem til noe som passer for en. Den eneste begrensningen på disse livseksperimentene settes av det såkalte skadeprinsippet, dvs. at man kan gjøre hva som helst såfremt man ikke påfører andre en skade som krenker deres rettigheter.

Forutsetningen for Mills argument, er at personen det er snakk om har *evnen* til autonomi. Her kommer personer med psykiske lidelser i en annen kategori enn alle andre, da man vil kunne hevde at lidelsen i vesentlig grad svekker autonomien, og i en del tilfeller bringer den under grensen for hva vi kaller minimal autonomi. Det får igjen konsekvenser for denne personens status og rettigheter.

Inngrep for å sikre at folk handler i samsvar med det andre – og da særlig offentlige myndigheter – mener ville være deres opplyste egeninteresse, kalles paternalisme. Paternalisme kommer i mange ulike varianter. Det de alle har til felles er at man overstyrer en persons selvbestemmelsesrett, idet man mener at personen ikke er i stand til å handle i samsvar med hans eller hennes beste interesse. Hovedproblemet med paternalisme er at den innebærer en fornektelse av det menneskelige ved mennesket, av *evnen* vi har til å ta kontroll over og forme våre egne liv, enten vi gjør det på heldige eller uheldige måter. Ethvert samfunn vil også sette visse grenser for hvilke skader folk tillates å påføre seg selv, også Mill vil kunne se at det finnes grensetilfeller her, men i et noenlunde liberalt samfunn bør disse innskrenkningene ikke være særlig omfattende.

For å frakjenne personer *evnen* til autonomi helt eller delvis, er det ikke tilstrekkelig å henvise til at de foretar noen riktig dårlige valg. I så fall ville vi alle vært i trøbbel. De færreste av oss vet vårt eget beste. At en person ikke vet sitt eget beste, er imidlertid ikke en tilstrekkelig grunn for å legitimere tvangsbruk overfor vedkommende. Når mennesker foretar hva vi oppfatter som dårlige beslutninger, har vi selvfølgelig retten til å forsøke å overbevise dem om at de tar feil, men hvis de ikke lar seg overbevise, må de i det vesentlige få beholde det vi oppfatter som feilaktige oppfatninger eller vrangforestillinger. Det følger også av retten til tankefrihet, noe som blant annet er nedfelt i artikkel 9 i Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen. Det innebærer kort sagt at vi må ha svært romslige rammer for hva den enkelte må ha anledning til å holde for sant eller usant, og dette må også gjelde for personers oppfatning om seg selv, sin helsetilstand og hva som er adekvat behandling.

Det grunnleggende kravet til en intervensjon, må være noe mer enn at pasienten foretar dårlige beslutninger eller er dårlig tilpasset sine omgivelser. Det må påvises en dysfunksjonalitet som undergraver pasientens evne til å kontrollere seg selv. Selv der det kan dreie seg om svært alvorlige konsekvenser for en pasient med en *somatisk* lidelse, hvor vi mener at pasienten foretar et uhyre dårlig valg, vil vi innrømme pasienten retten til selvbestemmelse. Hvis en pasient med en livstruende sykdom nekter å la seg behandle, til tross for at det finnes en behandling som antakelig vil lykkes og har få alvorlige bivirkninger, vil vi normalt gi pasienten anledning til å nekte å bli behandlet. Pasientens rett til selvbestemmelse veier tyngre enn hensynet til hva vi mener er pasientens beste.

Bildet blir mer komplisert hvis pasienten har en psykisk lidelse, fordi vi her kan finne at pasienten ikke er kompetent til å fatte beslutninger om sin egen behandling. Hvor kompetente er pasienter med psykiske lidelser? Det avhenger selvfølgelig fra tilfelle til tilfelle, men det synes ikke å være dekning for å hevde at personer med psykiske lidelser generelt er mindre kompetente enn personer uten psykiske lidelser. Jeg kjenner bare til én omfattende, vitenskapelig studie hvor man

forsøkte å måle pasienters kompetanse for å foreta beslutninger om sin egen behandling. I denne studien ble pasienter med psykiske lidelser sammenlignet med pasienter med hjertelidelser og personer uten lidelser. Resultatene av denne undersøkelsen var oppsiktsvekkende, nemlig at de fleste pasienter som er innlagt med alvorlige psykiske lidelser har tilsvarende evner til å foreta beslutninger om behandling som dem man finner hos personer som ikke har psykiske lidelser.¹ Det bør i så fall få store konsekvenser for deres bestemmelsesrett i valg av behandling.

Omfanget til bruk av tvang i psykiatrien

Tvang kan vi definere bredt som bruk av makt eller autoritet til å overstyre en annens vilje. Den kan være svært fysisk og tydelig, som å legge en pasient i remmer, eller mer subtil og diskret, som å ha medikamenter i en pasients mat og drikke, uten pasientens vitende. I videre forstand bør også trusler mot en pasient og manipulasjon ved at man underslår eller gir villedende informasjon til pasienten, også betraktes som tvang fordi man undergraver pasientens evne til å foreta et fritt og informert valg.

Vårt utgangspunkt er at det er ulovlig og umoralsk å bruke tvang overfor personer. Den enkelte har en selvbestemmelsesrett som skal respekteres. Så kan det gjøres unntak fra denne regelen, men ethvert slikt unntak må begrunnes. Videre er det klart at jo sterkere tvang en person utsettes for, desto sterkere krav må det stilles til begrunnelsen. Gitt omfanget og karakteren til bruk av tvang i psykiatrien, har man en svært omfattende bevisbyrde. Derfor er det også overraskende hvor lite tallmateriale som finnes på dette området, samt at mye av det tallmaterialet som finnes spriker i mange retninger. Sintef-rapporten om tvunget psykisk helsevern hjelper en del,² men det er forbløffende mye det ikke er mulig å finne tall for. For eksempel skulle jeg svært gjerne ha sett en komparativ studie av det psykiske helsevernet i Norge og Danmark, med vekt på pasienters prognose, omfang av selvskading, selvmord og vold. Grunnen til at det ville vært interessant, er at vi her har to land med svært ulikt omfang av bruk av tvang, men som er like i mange andre henseender. Danmark ligger på et lavt nivå og Norge på et høyt. Hvis en slik studie skulle vise at det ikke er signifikante forskjeller i pasienters prognose, omfang av selvskading, selvmord og vold, er det opplagt at det danske nivået er å foretrekke fremfor det norske, av den enkle grunn at mindre tvang er å foretrekke fremfor mer tvang under ellers like forhold.

Sintefs studie konkluderer med at *andelen* tvangsinnleggelsene er på vei nedover, og var på 25 prosent i 2006, men at det reelle *antallet* er på vei opp, og økte med 50 prosent fra 2001 til 2006. Omtrent 25 prosent av alle henvisninger til tvang blir omgjort til frivillig, og det tallet ser ut til å være økende. Det kan tyde på at man legger listen for lavt når man griper til slike henvisninger, men man kan jo alltid forsøke å forklare det med en dramatisk bedring av pasientenes helsetilstand i løpet av ett døgn etter innleggelse. Et kuriøst trekk ved utviklingen i senere år, er en sterk økning i bruk av farekriteriet. I 2003 ble 3 prosent av tvangsinnleggelsene begrunnet utelukkende i farekriteriet, 82 prosent i behandlingskriteriet og 15 prosent i begge kriteriene. I 2006 ble 6 prosent begrunnet utelukkende i farekriteriet, 71 prosent i behandlingskriteriet og 23 prosent i begge kriteriene. Denne voldsomme økningen i bruken av farekriteriet kan neppe forklares med at pasientene skulle ha blitt en så dramatisk mye større fare for seg selv og andre i løpet av tre år, men jeg skal ikke spekulere rundt dette. Selv med nedgangen i bruken av behandlingskriteriet alene, fra 82 til 71 prosent, er fortsatt over 2/3 av tvangsinnleggelsene begrunnet i dette kriteriet. Det er derfor avgjørende å undersøke hvorvidt og eventuelt i hvilken utstrekning dette kriteriet er holdbart.

Det er ikke så enkelt å avgjøre hvor mange av de psykiatriske innleggelsene i Norge som reelt sett skjer under tvang, blant annet fordi en del av de offisielt frivillige innleggelsene finner sted ved at pasienten oppfatter det dit hen at han eller hun vil bli innlagt enten han eller hun samtykker eller ei.

Hvor stor denne andelen er, er det vanskelig å mene så mye om. De høyeste tallene for "frivillige pasienter" som hevder at de i realiteten er tvunget, som jeg har sett i utenlandske studier, er opp mot 50 prosent og de laveste ned mot 5 prosent.³ Det er imidlertid flere studier som lander i den høye enden enn i den lave. La oss derfor her bare si at det etter alt å dømme dreier seg om et betydelig antall, uten å spesifisere det nærmere.⁴

Her er det verdt å stoppe opp ved et prinsipielt poeng. Samtykke bør betraktes som en strengt symmetrisk betingelse, dvs. at enhver som betraktes som kompetent til å gi sitt samtykke også må betraktes som kompetent til å nekte å gi sitt samtykke.⁵ Omvendt synes det å være innlysende at en person man betrakter som så syk at vedkommende ikke er kompetent til å nekte å gi sitt samtykke, og som uansett må innlegges, heller ikke er kompetent til å gi sitt samtykke. Det er derfor galt å spørre en person om vedkommende samtykker til innleggelse, og deretter tvangsinnlegge vedkommende hvis han eller hun nekter. Å spørre om samtykke når et nei ikke vil bli respektert, er å holde pasienten for narr, og en person har rett til å vite om hans eller hennes avgjørelse vil bli respektert. En tilleggsgevinst ved å gjøre samtykkeprinsippet strengt symmetrisk er at vi også vil få en noe bedre oversikt over det reelle omfanget av tvang ved psykiatrisk institusjoner.

Hvordan vurderer pasientene selv i ettertid tvangsinnleggelsen og den påfølgende behandlingen? I den største metastudien jeg har funnet, spriker tallene ekstremt.⁶ Mellom 33 og 81 prosent av pasientene betraktet i etterkant innleggelsen som berettiget og/eller behandlingen som gunstig. Ser vi på innleggelsen alene, svarer 33 til 68 prosent at innleggelsen var korrekt eller nødvendig, mens 24 til 48 prosent eksplisitt hevder at de ikke behøvde tvangsinnleggelsen. Vi kan trekke to generelle konklusjoner fra dette materialet: Det er jevnt over et flertall som mener at innleggelsen var korrekt og til hjelp, men det er et betydelig mindretall – i visse studier tett opp mot halvparten – som hevder det motsatte. Det er et problem. Det faktum at et flertall mener at behandlingen de fikk var til stor hjelp, veier ikke opp for alle dem som er av motsatt oppfatning.

Farekriteriet

En person som utgjør en vesentlig fare for andre, kan selvfølgelig utsettes for tvang enten vedkommende har en psykisk lidelse eller ei. Dette er et allment anerkjent etisk og juridisk prinsipp, og det omfatter alle personer. Det er slik sett den enkleste kategorien. Hva med personer som utsetter seg selv for fare? En person som gjør noe som bare setter ham selv i fare, bør i utgangspunktet få anledning til å gjøre som han eller hun vil, såfremt det dreier seg om et autonomt valg. Her vil mennesker med alvorlige psykiske lidelser kunne havne i en annen kategori enn resten av oss, hvis lidelsen medfører at evnen til autonomi er vesentlig redusert. Vi vil da kunne hevde at handlingen som utsetter personen for fare ikke har sin opprinnelse i personen selv, og følgelig ikke er autonom. Det vil si at vi kan ha retten til å forhindre en person med en psykisk lidelse i å utføre handlinger som bare utgjør en fare for personen selv, selv om vi ville tillatt friske personer å utføre nøyaktig de samme handlingene. Jeg har for øvrig ikke klart å finne tall for hvor stor del av de som er innlagt etter farekriteriet som antas å være en fare for andre og hvor stor andel som antas å være en fare for seg selv.

Farlighet er et vrient begrep som det er notorisk vanskelig å definere og vurdere. Det knyttes ofte til risiko og usikkerhet. Sett under ett er ikke mennesker med psykiske lidelser farligere enn mennesker uten psykiske lidelser.⁷ Det finnes en viss korrelasjon mellom alvorlige psykiske lidelser, særlig psykoser, og kriminalitet, men dette gjelder nesten utelukkende personer som også er rusmisbrukere. Når man ser bort fra denne gruppen, er det praktisk talt ingen forskjell mellom psykiatriske pasienter og andre.⁸

Hvor flinke er psykiatere er psykiatere til å predikere voldelig atferd hos pasienter? De er omtrent like dårlige til det som mennesker som ikke er psykiatere.⁹ Treffprosenten er ekstremt lav, noe som primært skyldes at de – og resten av oss – har en betydelig tendens til å overvurdere sannsynligheten for voldshandlinger. Psykiatere er mer treffsikre når det gjelder selvmordsatferd, hvor de i stor utstrekning klarer å identifisere akutte suicidale kriser, men i liten utstrekning klarer å predikere selvmordstilbøyelighet på lengre sikt.¹⁰ En rekke studier viser at pasienter med akutte, suicidale kriser har nytte av innleggelse i et kort tidsrom, men at dette er lite til hjelp for pasienter med en dypere, mer varig suicidal disposisjon.¹¹ Kunnskapssenteret har ikke funnet dokumentasjon for at tvang i psykiatrien faktisk forebygger selvmord.¹² Uten slik dokumentasjon er det vanskelig uten videre å akseptere hensynet til pasientens liv som begrunnelse for tvang. For alt vi vet, kan traumer forårsaket av tvangsinngrep føre til økt selvmordsfare.

Hvor stor må faren være for å legitimere tvang? De færreste vil kreve en like tung bevisbyrde som i strafferetten, dvs. at man må være hinsides rimelig tvil. Det finnes ikke noe innlysende svar på spørsmålet, men jeg vil hevde at det må dreie seg om en *betydelig* risiko, ikke bare en liten mulighet. Ulykker vil skje, og det må vi leve med.

De fleste vil akseptere at tvangsinnleggelse etter farekriteriet kan være legitimt, særlig der det er snakk om fare for andre enn pasienten selv. I tillegg kommer bruk av tvang på institusjonen. De ansattes sikkerhet er selvfølgelig et relevant hensyn, og selvfølgelig også sikkerheten til andre pasienter. Man må ha anledning til å beskytte seg. Imidlertid er det klart at bruken av tvang må følge et proporsjonalitetsprinsipp, hvor mengden tvang ikke må være ute av proporsjon med grad av fare. Mengden tvang må være så liten som mulig, innenfor det forsvarlige.

Behandlingskriteriet

For at behandlingskriteriet skal kunne anvendes, kreves det ikke bare at pasienten i en "løs" forstand vil ha det bedre med behandling enn uten: Fravær av behandling må enten vesentlig redusere sjansen for at pasienten vil bli bedre eller forårsake irreversible skader. Det ville vært interessant å se i hvor stor del av tilfellene at dette faktisk er tilfelle. Faglitteraturen på området støtter ikke at dette vil være særlig utbredt. Selv om man skulle kunne begrunne at fravær av behandling for eksempel vil forårsake irreversible skader, er det ikke i seg selv tilstrekkelig for å begrunne tvang, da man må veie skaden tvangen medfører opp mot skaden som forårsakes av manglende behandling.

Behandlingskriteriet synes i utgangspunktet å være mer konsekvensetisk enn pliktetisk fundert, selv om man også kan gi en pliktetisk begrunnelse for det (nemlig at det er vår plikt å sørge for at mennesker får den behandlingen de trenger, enten de selv innser dette eller ei). La oss her ta utgangspunkt i en konsekvensetisk begrunnelse. Den konsekvensetiske begrunnelsen vil rett og slett være at konsekvensene av å tvangsinnlegge en person er bedre enn konsekvensene av ikke å gjøre det. I dette regnskapet må man også ta i betraktning de negative konsekvensene for en person av å bli tvangsinnlagt, da dette utvilsomt vil kunne være sterkt traumatiserende. Enkelte hevder at bruk av tvang, eller til og med bare *muligheten* for bruk av tvang, er til vesentlig skade for relasjonen mellom pasient og behandlingspersonalet, noe som igjen har konsekvenser for hvor vellykket behandlingen er. Går man til litteraturen på området, er svaret stort sett at man vet lite om hvilken virkning tvang har for behandlingen. Videre er det klart at begrunnelsesbyrden vil ligge hos den som hevder at konsekvensene av en tvangsinnleggelse er bedre enn konsekvensene av ikke å gjøre det, siden det i ethvert tilfelle må være en presumpsjon for frihet og mot tvang. Frihet er regelen, og tvang utgjør et unntak som må begrunnes.

Begrunnelsen for bruk av tvang ut fra behandlingskriteriet, må være at det *virker*, dvs. at behandling med tvang gir et bedre resultat enn behandling uten tvang eller ingen behandling overhodet. Det er imidlertid mye empiri som tyder på at så ikke er tilfelle. Hvis man ikke har grunnlag for å hevde at pasientene får det bedre med behandling under tvang enn uten, faller hele begrunnelsen for behandlingskriteriet bort. Selv om vi for argumentets skyld skulle anta at det faktisk virker, er det ikke gitt at tvang er tillatelig. Begrunnelsen om at det virker, er en konsekvensialistisk begrunnelse, men det kan også komme deontologiske, dvs. pliktetiske, normer inn i bildet, for eksempel i form av rettigheter som ikke kan krenkes uansett hvor gode konsekvensene måtte være.

Slik jeg ser det, er behandlingskriteriet uhyre problematisk, og det er tvilsomt om det kan forsvares etisk, uansett hvor gode intensjoner man måtte ha for å bruke det. Hvis jeg skal formulere meg litt mer forsiktig, vil jeg i det minste si at man bør være uhyre restriktiv med bruken av behandlingskriteriet som begrunnelse for tvangsinnleggelse, hvilket er det motsatte av hva som er tilfelle i dagens norske psykiatri.

Avsluttende bemerkninger

Vi må fastholde en presumpsjon for autonomi. Det innebærer ikke bare at bruk av tvang i ethvert tilfelle må begrunnes, men også at den i ethvert tilfelle skal være minst mulig. Det kan ikke sies å være dokumentert at tvangsinngrep faktisk forbedrer pasientenes prognose. Det rammer ikke bruk av farekriteriet, men det er et ytterst relevant forhold å trekke inn i en vurdering av behandlingskriteriet.

Poenget mitt kan også oppsummeres slik at man i det psykiatriske behandlingsapparatet stort sett bør forholde seg til psykiatriske pasienter slik man forholder seg til ethvert annet menneske, og bare fravike dette når det finnes solide grunner til det. I utgangspunktet har personer en selvbestemmelsesrett som tilsier at de skal få forvalte livet slik de selv finner det tjenelig, men det kan være grunner til å fravike dette prinsippet.

De ønskene for behandlingen som pasienter gir uttrykk for i gode faser bør tillegges stor vekt også når pasienten er i en dårlig fase. Hvis en pasient i en god fase uttrykker ønske om å slippe medisinerings også i dårlige faser, og pasienten ikke utgjør en fare for seg selv og andre, bør pasienten etter alt å dømme også slippe medisinerings i dårlige faser.

Selv om en pasient ikke er kompetent til å foreta visse vurderinger, for eksempel om han eller hun utgjør en fare for seg selv eller andre, kan pasienten være i stand til å avgjøre mange andre spørsmål om sin situasjon ut fra egne preferanser. Det vil si at selv om man har fattet et vedtak om tvangsinnleggelse m.m., bør pasienten fortsatt, innenfor denne rammen, få anledning til å fatte så mange egne beslutninger som mulig.

Et hovedmål med behandlingen må være å restituere pasientens autonomi. Autonomi innebærer som nevnt å ha et ansvar for seg og ens handlinger. Bruk av mer tvang enn strengt nødvendig er å frata pasienten ansvar for seg selv, og er slik sett i strid med selve målet for behandlingen. Jeg mener at man i utgangspunktet, såfremt det ikke er alvorlig risiko for skade, bør respektere en pasients valg, selv om man skulle mene at det er et riktig dårlig valg. Også pasienter med psykiske lidelser har retten til å foreta dårlige valg, og til kanskje å lære noe av dem.

Notatet er skrevet av prosjektleder i Civita, Lars Fr. H. Svendsen.
E-post: lars@civita.no

Sluttnoter

¹ T. Grisso et al.: "The MacArthur Treatment Competence Study", i *Law and Human Behaviour*, 2/1995, s. 105-174.

² R. Bremnes et al.: *Tvunget psykisk helsevern med døgnopphold i perioden 2001-2006. Sluttrapport*. Sintef, Trondheim 2008.

³ Jf. Monahan, J. et al.: "Coercion and commitment: Understanding involuntary mental hospital admission", *International Journal of Law and Psychiatry* 18/1995. Nicholson, R.A. et al.: "Coercion and the Outcome of Psychiatric Hospitalization", *International Journal of Law and Psychiatry* 18/1995.

⁴ En del psykiatrikritikere fremhever at tvang blir brukt oftere mot mennesker uten fast bolig, med dårlig utdanning og økonomi, og de har rett i at det finnes en korrelasjon her. Det er selvfølgelig kritikkverdig hvis disse menneskene blir utsatt for mer tvang *fordi* de tilhører denne sosiale kategorien. Denne korrelasjonen kan imidlertid også forklares på en annen måte, ved at mennesker som med en psykisk lidelse vil være mer tilbøyelige til å havne i en slik sosial kategori. Snarere enn at mengden tvangsbehandling her bør forklares ut fra pasientens sosiale status, kan man da forklare både den sosiale statusen og tvangsbehandlingen med samme årsak, nemlig den psykiske lidelsen. I det minste oppfatter jeg det som en mer plausibel hypotese.

⁵ Jf. T. Nilstun og A. Syse: "The right to accept and the right to refuse", *Acta Psychiatr Scand*, 2000/101, s. 31-34.

⁶ C. Katsakou og S. Priebe: "Outcomes of involuntary hospital admission – a review", *Acta Psychiatr Scand* 2006/114)

⁷ Jf. G. Høyer: "On the justification for civil commitment", *Acta Psychiatr Scand* 2000/101, s. 66f.

⁸ Dallaire, B. et al.: "Civil commitment due to mental illness and dangerousness : the union of law and psychiatry within a treatment-control system", *Sociology of health & illness* 22/2000.

⁹ Ibid.

¹⁰ Siegel, K. og P. Tuckel: "Suicide and Civil Commitment", *Journal of Health Politics, Policy and Law* 12/1987.

¹¹ Ibid.

¹² L. Mehlum et al.: *Forebygging av selvmord, del 2*, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Oslo 2007.

<http://www.kunnskapssenteret.no/binary?download=true&id=1171>.