



Kriterier for tvangsinnleggelse – endringer fra 1848 til i dag

MEDISINSK HISTORIE

MARIE-THERESE DA SILVA ØVREGARD

E-post: mt.ovregard@gmail.com

Hun har bidratt med idé, datainnsamling, tolkning av data, utarbeiding og revisjon av manus.

Marie-Therese Da Silva Øvregard var medisinstudent ved Universitetet i Oslo frem til desember 2019.

Hun jobber nå som fastlegevikar.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ANNE KVEIM LIE

Institutt for helse og samfunn (HELSAM)

Universitetet i Oslo

Hun har bidratt med idé, veiledning, utarbeiding og revisjon av manus.

Anne Kveim Lie er førsteamanuensis.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

BAKGRUNN

Tvang og tvangsinnleggelse i psykiatrien har de siste årene blitt gjenstand for stor debatt. Sommeren 2019 kom det forslag til en ny lov, tvangsbegrensingsloven, som skal samle all lovgivning om tvang under én lov. Blir loven vedtatt, vil det bli et likt rammeverk for bruk av tvang både i somatikken og i psykiatrien. På bakgrunn av dette ønsket vi å undersøke hvordan tvangsinnleggelse har blitt problematisert, debattert og lovfestet tidligere.

MATERIALE OG METODE

Vi har sett på de tre sentrale lovene (og forarbeidene til disse) som er vedtatt innen psykisk helsevern i Norge. Særsilt har vi tatt for oss kriteriene for tvangsinnleggelse, som vi har prøvd å forstå i lys av sin samtid.

RESULTATER OG FORTOLKNING

Selve tvangslovgivningen beholdt mange grunnleggende trekk fra 1848 via 1961 til 1999, selv om holdningene til tvang endret seg. Lovendringen fra 2017 viser imidlertid en betydelig endring i synet på tvang i psykisk helsevern. Hvis tvangsbegrensingsloven blir vedtatt, vil tvungent psykisk helsevern ikke lenger reguleres i et separat lovverk.

I juni 2019 la det regjeringsoppnevnte tvangsutvalget frem en murstein av et utkast til en ny lov, den såkalte tvangsbegrensingsloven. Lovutkastet teller 800 sider og har som formål å

samle inn i én lov alle bestemmelser om tvang i psykisk helsevern, spesialisert rusbehandling, somatisk helsehjelp og i omsorgen for personer med utviklingshemning. Grunnstrukturen i lovforslaget er hentet fra regelverket om tvang i somatikken (dagens kapittel 4 A), og beslutningskompetanse hos pasienten vil ha avgjørende vekt. Lovforslaget har blitt møtt med sterke protester, blant annet fra Legeforeningen. For oss reiste debatten et behov for å vite mer om hvordan tvang tidligere hadde blitt vurdert, lovfestet og debattert i psykiatrien.

Vi har valgt å konsentrere oss om kriterier for tvangsinnleggelse, altså hvem som har kunnet ta initiativ til innleggelse og hvilke kriterier som måtte være oppfylt for å få gjennomføre en innleggelse med tvang. En ytterligere begrensning er at vi har sett på de enkelte lover da de kom, og ikke på de mange endringer som har vært gjort mellom hver ny lov i form av forskrifter etc.

Metode

I januar 2018 utførte førsteforfatter et litteratursøk i samarbeid med bibliotekar. Vi søkte også i NORART, Oria, JSTOR, Idunn.no og Bokhylla.no etter artikler om psykiatrilovgivning på 1800- og 1900-tallet med fokus på tvang overfor pasienter. Vi har også fulgt opp referansene i litteraturen vi fant, og har søkt i andreforfatters Endnote-bibliotek. Som primærkilder har vi brukt lovtekstene til de tre mest sentrale lovene om tvang mot voksne og dokumenter fra lovenes forarbeid i Stortinget, som komitéinnstillinger, odelstingsproposisjoner, stortingsforhandlinger og offentlige utredninger. Vi har undersøkt hvordan lovene har omtalt og vurdert bruk av tvang ved innleggelse og prøvd å forstå lovene i lys av deres samtid.

Fra Gulating til Storting

Helt tilbake til norrøn tid kan en finne spor av lovgivning rettet mot de «gale». I Christian V's danske lov fra 1683 ble offentlige myndigheter gitt anledning til å kunne sperre inne «nogen rasende, eller galind» ved mangel på slektninger som kunne ta vare på vedkommende (1, s. 13).

Etter selvstendigheten i 1814 har Stortinget vedtatt tre sentrale lover for å regulere dette feltet: Lov om Sindssyges Behandling og Forpleining (sindssygeloven) i 1848 (2), lov om psykisk helsevern i 1961 (3) og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern i 1999 (4).

Sindssygeloven – pionerarbeid og enmannsverk

I 1848, da vi fikk vår første sindssygelov (2), var demokratiet Norge fortsatt i sin spede begynnelse. Nasjonen var ung, institusjoner skulle bygges og grunnleggende lover vedtas. Befolkningen var i vekst, og samfunnet i endring (5). Sindssygeloven ble vedtatt i samme periode som en rekke andre lover, som blant annet straffeloven av 1842, fattigloven av 1845 og fengselsloven av 1857, som til sammen kan kalles landets første store sosialpolitiske reformbølge (6, s. 117). Vi fikk vår første sindssygelov bare ti år etter verdens første (i Frankrike). Til sammenligning fikk Sverige sin lov i 1858 og Danmark først i 1938, mens Island ikke har noen egen lov (7, 8).

Bakgrunnen for loven var at «galskap» på begynnelsen av 1800-tallet ble definert som sykdom og dermed en oppgave for medisinen, både i Europa og i Norge (7, s. 34, 9). I Norge kartla sentrale aktører som professor Frederik Holst (1791–1871) ved det nye universitetet i Kristiania, og legen Herman Wedel Major (1814–54) forholdene som «sinnssyke» levde under i Norge. De gav en dyster karakteristikk av situasjonen (6, s. 115, 7, s. 51, 10). Major argumenterte for at det burde opprettes asyl for behandling av pasientene og at behandlingen måtte lovfestes. Dette skulle bidra til både mer verdige forhold og mulighet for bedring for pasientene (6, s. 113).

Major forfattet lovutkastet, som ble vedtatt av Stortinget 17. august 1848 (7, s. 58).

Kirkekomiteen mente at det ikke kunne være tvil om «Ønskeligheten og Nødvendigheten af, en Lov, sigtende til at hæmme disse Onder» (11, s. 471). Pasientene ble ansett som syke og behandlingstrengende og ikke kun som uroelementer som kunne straffes og stues vekk.

Loven var ikke bare blant verdens første, den var også banebrytende på flere områder. Major var opptatt av å beskytte pasientene mot vilkårlig bruk av tvang og foreslo derfor opprettelse av kontrollkommisjoner. De skulle fungere som en tilsyns- og kontrollordning overfor asylene og således trygge pasientenes rettssikkerhet. Kontrollkommisjonene var enestående i sitt slag ved opprettelsen og har blitt stående frem til i dag (12). Loven bærer generelt preg av å skulle regulere et tidligere rettsløst område.

I sindssygeloven var det overlegen som bestemte hvorvidt en innleggelse skulle finne sted, men politi eller pårørende kunne ta initiativ til innleggelsen. Hovedkriteriet var at en var «sindssyg». Dette begrepet ble innført i lovverket uten noen presis definisjon (11, s. 129). Man anså at et sinnssykt menneske ikke hadde egen vilje og dermed ikke kunne legge seg inn frivillig (13, s. 137).

I tillegg til hovedkriteriet om sinnssykdom måtte minst ett av to tilleggskrav være oppfylt: enten at innleggelsen var «hensiktsmessig» for pasienten selv eller nødvendig for å opprettholde den offentlige orden og sikkerhet. Det var den aktuelle institusjonens lege som avgjorde hvorvidt de nødvendige kriteriene var oppfylt (2).

I 1848 var denne loven på mange måter forut for sin tid, men samtidig bar den sterkt preg av sin samtid. I et samfunn hvor en «husfar» ved lov (hustuktsretten) hadde rett og plikt til å tukte alle i sin husstand (5, s. 164), er det ikke så bemerkelsesverdig at paternalisme var regelen heller enn unntaket og at den sykes stemme og selvbestemmelsesrett var helt fraværende.

Loven ble stående i 113 år, men det skjedde mange viktige tilføyelser og endringer underveis. Blant annet ble det åpnet for frivillige innleggelser i 1935.

1961 – omsorg i velferdsstatens emning

100 år etter var Norge igjen i en viktig omstillingsfase. Den annen verdenskrig hadde satt spor. Krigens grusomheter, blant annet innen psykiatrien i Nazi-Tyskland, satte rettssikkerheten ved frihetsberøvelse under lupen. Forarbeidene til den nye loven på psykiatrifeltet inkluderte en redegjørelse for frihetsberøvelse og «inngrep i den personlige frihet foretatt i administrative organer med hjemmel i sosial- og medisinallovgivningen» (14). Under kategorien «absolutt frihetsberøvelse» forekom både fengselsstraff og innleggelse i sinnssykehus. Andre viktige forutsetninger for loven var en ny befolkningsvekst etter krigen og at den skandinaviske samfunnsmodellen begynte å ta form. Staten ble stadig mer aktiv, og ønsket å sørge for velferd og trygghet for sine innbyggere. Fellesskapsfølelsen var sterk, den politiske situasjonen stabil og idealet om likhet både økonomisk og kulturelt var sterkt verdsatt (15, s. 140).

Nettopp denne kulturelle ensrettingen gjorde det å falle utenfor normen ekstra problematisk. Institusjoner ble brukt som en løsning for de som ikke passet inn i etterkrigstidens mal, noe som også preget psykiatrien (15, s. 174). Fagfeltet var preget av behandlingsoptimisme i denne perioden. En rekke nye behandlingsmetoder (som ikke har tålt ettertidens lys særlig godt, for eksempel insulinsjokk og lobotomi) hadde blitt innført i mellomkrigstiden og under krigen (16), og i midten av 1950-årene kom psykofarmaka og antidepressive midler på markedet (16, s. 360).

I 1951 ble det nedsatt en komité som skulle gjennomgå og revidere 1848-lovgivningen. Komiteen la frem sin innstilling i 1955 med utkast til en ny lov (17), som ble vedtatt i 1961. En tydelig endring fra 1848 er at pasienten regnes med blant dem som kan sørge for å få på plass hjelp (tabell 1). Innleggelse uten pasientens samtykke kunne bare skje hvis den alvorlig sinnslidendes nærmeste eller offentlig myndighet begjærte det. I tillegg til begjæring om innleggelse måtte det foreligge legeopplysninger fra innleggende lege, noe

som erstattet kravet om «sinnsykeattest» fra 1910.

Tabell 1

Forutsetninger og kriterier for tvangsinnleggelse i lovene fra 1848, 1961, 1999 og den foreslåtte nye loven (tvangsbegrensingsloven).

	Lov av 1848	Lov av 1961	Lov av 1999	Foreslått ny lov
Hvem kan be om innleggelse?	Ikke spesifikt angitt, men politiøvrigheten nevnes som eksempel	Pasienten selv, pasientens nærmeste eller offentlig myndighet	Offentlig myndighet eller pasientens nærmeste. Dette falt bort i 2006.	
Hvem avgjør innleggelse?	Overlegen ved asylstet	Overlegen på den aktuelle institusjonen	Den faglig ansvarlige	Den faglig ansvarlige
Kriterier for tvangsinnleggelse				
Ufravikelig krav	Sindssygdrom	Alvorlig sinnslidelse	Alvorlig sinnslidelse	Sterkt behov for behandling for psykiske helseproblemer (unntak: Hvis det er fare for andre, da brukes «alvorlig sinnslidelse»)
Tilleggskrav	<i>Innleggelse er hensiktsmessig for pasienten (legeavgjørelse) eller sikrer offentlig sikkerhet/orden</i>	<i>Innleggelse er til det beste for den syke (legeavgjørelse) eller nødvendig for den offentlige orden eller avverger vesentlig fare for andres liv eller helse eller gir utsikt til helbredelse eller forspillelse av vesentlig bedring¹ og helhetsvurdering er gjort</i>	<i>Manglende innleggelse kan føre til at pasienten i betydelig grad får redusert utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring eller gir stor sannsynlighet for vesentlig forverring i meget nær framtid eller utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse og frivillig psykisk helsevern er forsøkt eller er åpenbart formålsløst og pasienten har hatt rett til å uttale seg og man har gjort en helhetsvurdering om innleggelse er til det beste for pasienten og legeundersøkelse er foretatt og gjeldende institusjon er i tilfredsstillende faglig og materiell stand</i>	Nærliggende og alvorlig fare for personens liv eller vesentlig helseskade og/eller manglende beslutningskompetanse (unntak: fare for andre) og/eller fordelene med tiltaket for personen overstiger klart ulempene og/eller personen må antas å ville ha samtykket til det hvis vedkommende var beslutningskompetent (unntak: fare for andre) og/eller tiltaket er egnet og nødvendig for å begrense den aktuelle skaden og/eller tillitsskapende tiltak og alternativ til tvang er prøvd og/eller institusjonen er faglig og materielt i stand til å tilby hjelp og/eller personen er undersøkt av to leger og/eller fordelene med tiltaket skal klart overstige ulempene
Kriterier for frivillig innleggelse	Ikke mulig før i 1935. Fra 1935: Ingen lovgitte kriterier. Søknad til asylbestyreren	Pasientens evne til selv å ta bestemmelsen. Overlegen bedømmer om innleggelse er til det beste.	Må kunne samtykke: forstå begrunnelsen for frivillig psykisk helsevern	Gjør ikke motstand
Regulering av tvangsmidler	Ja	Nei ²	Ja	Ja

	Lov av 1848	Lov av 1961	Lov av 1999	Foreslått ny lov
Regulering av tvangsbehandling	Nei	Nei (begrenset adgang til tvangsbehandling kom i 1984 i en egen forskrift)	Ja	Ja
Pasientens rolle i loven	Paternalisme. Pasientens stemme var totalt fraværende	Pasienten var førsteinstans. Ved psykose mistet pasienten medbestemmelsesretten og ble omsorgsmottaker	Bevisst forhold til pasientens integritet. Pasientens behov kom frem i lovformuleringer. Uttalelsesrett.	Menneskeverd og menneskerettigheter står sentralt. Forutsetter at beslutningskompetanse er vurdert.

¹Gjelder hvis pasientens nærmeste motsetter seg innleggelse.

²Ble tatt ut av lovgivningen da det ble ansett som regler av administrativ art som heller skulle reguleres i forskrift, noe det også ble.

På sykehuset måtte sykehusets lege konstatere at det forelå «alvorlig sinnslidelse». Dette ble angitt som et ufravikelig krav for tvangsinnleggelse (17). Begrepet *alvorlig sinnslidelse* skulle erstatte *sinnssykdom*, som hadde fått en «negativ, følelsesbetonet klang» (18). *Alvorlig sinnslidelse (psykose)* ble foreslått, slik at *sinnssykdom* kunne reserveres for bruk i straffeloven (17). Etter behandling i Stortinget gikk man i endelig lov inn for å bruke kun *alvorlig sinnslidelse*, fordi ordet psykose kunne virke innsnevrende i grensetilfeller (14, s. 24). *Sinnslidelse* hadde blitt introdusert allerede i 1935 i forbindelse med lov om adgang til å bli innlagt i asyl etter eget ønske. Begrepet *sinnssyke* ble ansett å betegne de som var for syke til å ha egen vilje og følgelig ikke kunne legge seg inn frivillig. *Sinnslidende* skulle således være et overordnet begrep som også favnet de som kunne be om innleggelse selv (13, s. 137). I komiteens innstilling i 1955 ble begrepet *sinnslidende* definert som *alle* med en sykkelig sinnstilstand, både de med «nevrosen» og «psykosen» (17).

Legen på sykehuset måtte dessuten fastslå at tilleggskriteriene forelå, dvs. at innleggelse enten var til det beste for den syke selv, eller nødvendig for den offentlige orden og sikkerhet, eller (og dette var nytt i forhold til 1848 og gjenspeilet tidens behandlingsoptimisme) av hensyn til mulig helbredelse eller vesentlig bedring ved sykehusbehandling. Nytt i 1961 var dessuten muligheten for å legge inn uklare tilfeller til observasjon selv om kriteriene for tvungen innleggelse ikke var oppfylt. I tråd med prinsippet om asylsuverenitet ble det befestet at overlegen var den som skulle vurdere om en innleggelse var til det beste for den syke selv. Overlegen kunne i visse tilfeller gå imot de pårørendes ønsker. Pasientens stemme var i stor grad fraværende også i 1961.

I lov om psykisk helsevern ble ikke ordet *tvang* benyttet (17). I stedet brukte man *uten eget samtykke* og *uten den sykes samtykke*. I forarbeidene sto det at den pasientgruppen det var snakk om å behandle uten eget samtykke, «mangler sykdomsinnsikt» og «er ute av stand til å ta vare på seg selv» (14).

Mye endret seg både i samfunnet og i psykiatrien i perioden 1848–1961. Blant annet var det en storstilt institusjonsutbygging over hele landet, med store asyler. Den nye loven var derfor et nødvendig tilskudd i tiden. Gjeldende rett ble oppdatert på de fleste punkter, men tilførte ikke mye nytt i kriteriene for tvangsinnleggelse. Pasienten var mer «synlig» i loven av 1961, men først og fremst som en pasient som måtte tas vare på.

1999 – tvang i menneskeverdet tid

I 1999 var ikke lenger likhet det som best beskrev det norske samfunnet. Impulser fra andre land og kulturer, kvinnekamp og ungdomsopprør hadde gjort samfunnet mer mangfoldig. Etterkrigstidens store fellesskapsprosjekt var på mange måter fullbyrdet i en trygg velferdsstat, og individet hadde fått en helt sentral plass (15).

Forholdet mellom pasient og lege hadde blitt grunnleggende endret gjennom 1970-årenes opprør mot autoriteter. Siden 1960-årene hadde også psykiatrien hatt sin interne motstandsbevegelse mot det etablerte gjennom antipsykiatrien. Det ble opponert både mot asylinstitusjonen, behandlingsregimene og selve forståelsen av mentale lidelser.

Antipsykatrien førte ikke til en gjengs endring i oppfattelsen av hva psykiatri og psykiatriske lidelser er, men dens innflytelse bidro til å endre maktstrukturer og til å deinstitusjonalisere psykiatriske pasienter i vår del av verden (6, s. 130).

Menneskeverd, rettssikkerhet og pasientens behov stod helt sentralt i lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern av 1999 (18). En del mente at denne loven ble vedtatt i seneste laget. Allerede i 1981 ble det oppnevnt et utvalg som skulle vurdere behovet for nye rettsregler innen psykisk helsevern. I 1988 la utvalget frem en offentlig utredning (19) med utkast til ny lov. Utvalget så spesielt på rettssikkerhet og tvungen behandling i et pasientperspektiv og foreslo endringer i tvungent psykisk helsevern uten å representere et drastisk brudd med de gjeldende hovedprinsippene. Arbeidet som helhet må antakelig forstås i lys av Reitgjerdet-skandalen som hadde blitt avdekket kort tid tidligere. Graden av ulovlig bruk av frihetsberøvelse, tvangsmidler og fysisk avstraffelse på Reitgjerdet sykehus gjorde det klart at tydelig lovregulering på området fortsatt var nødvendig (4, s 356). Til tross for dette fikk ikke lovutkastet tilstrekkelig tilslutning i høringsrunden, og en lovproposisjon ble ikke fremmet for Stortinget før et tiår senere (20, s. 83).

Både i loven fra 1999 og i stortingsforhandlinger (21) i forkant er det tydelig at tvang ble ansett som noe problematisk som måtte reguleres og begrenses. Pasientenes rettssikkerhet og leveforhold på institusjoner er mer presisert og detaljrikt beskrevet i denne loven enn den foregående. Likevel forble kriteriene for tvangsinnleggelse i hovedsak uendret. Alvorlig sinnslidelse var fortsatt det ufravikelige hovedkriteriet (i denne loven forstått som psykose eller tilsvarende funksjonstap), og tilleggskravene nærmest identiske. Noen tilleggskrav som sikret pasientenes rettigheter og medbestemmelsesrett ytterligere, ble tilført (tabell 1). I tillegg ble det lovfestet at pasientrettighetsloven (22) også skulle gjelde i psykisk helsevern. Med denne fulgte regler om informasjon, rett til medvirkning, krav til et gyldig samtykke og rett til journalinnsyn.

Bortfall av samtykkekompetanse var også en del av diskusjonen rundt pasientrettighetsloven, som ble vedtatt på samme tid som psykisk helsevernloven. Hovedregelen var at helsehjelp bare kunne gis med pasientens samtykke, men at samtykkekompetansen kunne bortfalle ved tilstander som gjør at pasienten ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter, herunder psykiske forstyrrelser. Krav om samtykkekompetanse i frivillig psykisk helsevern kom inn i psykisk helsevernloven med henvisning til pasientrettighetsloven (18). Likevel ble det den gang ikke diskutert hvorvidt bortfall av samtykkekompetanse skulle gjelde for tvungent psykisk helsevern. Til gjengjeld skulle debatten rundt psykiatriske pasienters samtykkekompetanse ved bruk av tvang komme til å prege starten på det nye millenniumet.

2017 – det besværlige samtykket

På 2000-tallet ble det nedsatt flere arbeidsgrupper og utvalg for å vurdere bruken av tvang i psykisk helsevern opp mot psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven. Spesielt stor betydning for lovendringen som trådte i kraft i 2017, hadde Paulsrud-utvalget, som leverte sin offentlige utredning i 2011. Utvalgets mandat var å «utrede etiske, faglige og rettslige sider av dagens regler og praksis om tvang innen psykisk helsevern» (20, s. 14). Sentralt for arbeidet var FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD), vedtatt i FN i 2006 og ratifisert av norske myndigheter i 2013 (23). Utvalgets lovendringer var ment som bidrag til å nå konvensjonens mål om å forhindre diskriminering av personer med funksjonsnedsettelse, herunder mennesker med psykiske lidelser. Særregulering av tvangsinngrep i psykisk helsevernloven kan forstås som slik diskriminering (20).

Utvalget ønsket å videreføre muligheten for tvangsbehandling, men også å styrke bruker- og rettighetsperspektivet. Det foreslo derfor at mangel på beslutningskompetanse skulle være et vilkår for tvungent psykisk helsevern og at det skulle være et krav om antatt samtykke der personen ikke er beslutningskompetent. I tillegg ble det foreslått skjerpet krav til

begrunnelse og kontroll av tvang (20).

Paulsrud-utvalgets arbeid bidro til flere endringer i psykisk helsevernloven. Etter at lovforslagene ble fremmet i 2016, ble de foreslåtte endringene gitt full tilslutning av Stortinget. De viktigste endringene trådte i kraft 1. september 2017. Blant annet ble kravene til den skriftlige vedtaksbegrunnelsen om tvungent psykisk helsevern skjerpet, forebygging og begrensning av tvang kom inn i formålsparagrafen og det ble lagt vekt på pasientens rett til å uttale seg om tvang. Den største og mest debatterte endringen var at manglende samtykkekompetanse ble et av kriteriene for tvungent psykisk helsevern, tvungen observasjon, tvangsbehandling med medikamenter og tvangsernæring. Kriteriet faller bort ved nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse. Med mindre det er fare for dette, kan en nå for første gang ikke anvende tvang mot et menneske som vurderes samtykkekompetent.

Et vannskille i lovgivningen

Tvang i psykiatrilovgivningen har både endret seg mye og samtidig overraskende lite fra vår første til vår hittil siste lovgivning. 1848 var preget av behandlingsoptimisme og et ønske om å beskytte pasientene fra ikke-faglig og inkompetent tvangsbruk. Loven av 1961 ble til i en tid da krigens erfaringer aktualiserte frihetsberøvelse. Etterkrigstidens endrede autoritetsholdninger gjorde at tvangsbruk ble kraftig problematisert og menneskerettighetsperspektivet ble stadig sterkere. Dette ble delvis integrert i den tredje loven (i 1999). Ved alle de tre lovene var det et ufravikelig krav om at pasienten måtte ha en alvorlig sinnslidelse/sinnssykdom, selv om forståelsen av hva dette innebar, endret seg noe. I tillegg måtte visse tilleggsvilkår være oppfylt (tabell 1).

Psykiatrilovgivningen har vært dynamisk og med supplerende forskrifter og rettspraksis. Endringene har altså skjedd underveis, ikke gjennom ny lovgivning med egentlig nytt innhold, men ved at de nye lovene har konsolidert gjeldende rett i et oppdatert lovspråk. Endringen i lovens vilkår fra 2017 var bemerkelsesverdig fordi den innførte noe radikalt nytt i psykiatrilovgivningen – nemlig at beslutningskompetanse måtte foreligge. Det er kanskje den hittil mest betydningsfulle endringen i regelverket rundt tvangsinnleggelse siden 1848-loven.

Tvangsbegrensningsloven vil, hvis den blir vedtatt, medføre en rekke andre endringer som innebærer noe langt mer enn å konsolidere gjeldende rett. Diagnoser og diagnosenære vilkår i tvangshjemlene vil i stor utstrekning fjernes og erstattes med krav om fravær av beslutningskompetanse og et «sterkt behov» for det aktuelle tiltaket. At det skal foreligge en nærliggende og alvorlig risiko for liv eller vesentlig helseskade, er et gjennomgående vilkår, og behandlingsskriteriet videreføres ikke. I tillegg er det vekt på at pasienten ville ha samtykket til det dersom hen hadde beslutningskompetanse. Dette står sentralt i FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne.

At tvang er et svært alvorlig inngrep i et menneskes integritet, har preget reguleringen av tvangsbruk i psykiatrien helt siden 1848. Navnet på det nye lovutkastet, tvangsbegrensningsloven, tyder på at hovedintensjonen er å begrense tvang. Det er i så fall noe helt nytt, og ikke så lite paradoksalt. Hvis tvang bare var et onde som skulle begrenses, ville det ikke vært behov for en lov. Loven skal gi helsepersonell muligheter til å bruke tvang de ganger det er helt nødvendig. Tidene har forandret seg siden Major skrev sitt lovutkast i 1848. Tvang som skjer bare fordi legen synes det er det beste, uavhengig av hvor kompetent pasienten er til å ta beslutninger selv, er ikke lenger mulig – selv om enkelte psykiatere nok fremdeles har problemer med å svelge det.

Som den nederlandske filosofen Annemarie Mol har hevdet, har imidlertid den nye «valglogikken» som nå gjennomsyrrer helsetjenesten i de vestlige land, gjort det vanskeligere – ikke enklere – å arbeide sammen med pasientene for å håndtere de sammensatte og innfløkte situasjonene som oppstår i praksis. Det motsatte av omsorg er ikke tvang, men neglisjering, og tvang med henblikk på å gjenopprette autonomi kan være

omsorg (24). Hvis regelverket blir for opptatt av abstrakte prinsipper løsrevet fra behandlingskontekst, kan resultatet bli at vi ofrer de svakeste på autonomiens alter.

HOVEDFUNN

Siden 1848 har vi hatt tre sentrale lovgivninger innen psykisk helsevern, i 1848, 1961 og 1999.

Tvangslovgivningen endret seg bemerkelsesverdig lite gjennom disse årene.

En lovendring fra 2017 som krevde bortfall av samtykkekompetanse, innebar en stor og historisk endring.

I den foreslåtte tvangsbegrensingsloven samles all lovgivning om tvang i én lov, og denne vil overflødiggjøre psykisk helsevernloven.

LITTERATUR:

1. Day Poulsen H, Adserballe H, Gottlieb P et al. Ret og tvang i psykiatrien. København: Munksgaard, 2000.
2. Sindssygeloven. Lov om Sindssyges Behandling og Forpleining. 1848.
https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1848&paid=3&wida&psidDIVL154&pgida_0237 Lest 26.2.2020.
3. LOV-1961-04-28-2. Lov om psykisk helsevern (psykisk helsevernloven).
<https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/1984-05-18-29> Lest 26.2.2020.
4. LOV-1999-07-02-62. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62> Lest 26.2.2020.
5. Nielsen MBO, Orning HJ, Søybye E et al. Norvegr: Norges historie. Bind III. 1840–1914. Oslo: Aschehoug, 2011.
6. Schiøtz A. Viljen til liv: medisin- og helsehistorie frå antikken til vår tid. Oslo: Samlaget, 2017.
7. Kringlen E. Norsk psykiatri gjennom tidene. Oslo: Damm, 2007.
8. Syse A, Nilstun T. Ulike regler – lik lovforståelse? Om tvangsregulering og verdikonflikter i nordisk psykiatri. Tidsskr Rettsvitenskap 1997; 137: 837–916.
9. Scull A. Madness in civilization: a cultural history of insanity, from the Bible to Freud, from the madhouse to modern medicine. Princeton: Princeton University Press, 2015.
10. Skålevåg SA. Fra normalitetens historie: sinnssykdom 1870–1920. Bergen: Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier, 2003.
11. CXXIX. Indstilling fra Kirkecommitteen Nr.2 angaaende naadigst Proposition, betræffende Udferdigelse af en Lov om Sindssyges Behandling og Forpleining. 1848.
12. Høyser G. Kontrollkommisjonene i psykisk helsevern - Herman Wedel Majors nyskaping. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 1109–12. [PubMed][CrossRef]
13. Skålevåg SA. Utilregnelighet: en historie om rett og medisin. Oslo: Pax, 2016.
14. Ot. prp. nr. 69 (1959–60). Om lov om psykiatrisk omsorg.
<https://stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1959-60&paid=3&widb&psidDIVL1248&sFalse> Lest 26.2.2020.
15. Nielsen MBO, Orning HJ, Søybye E et al. Norvegr: Norges historie. Bind IV. Etter 1914. Oslo: Aschehoug, 2011.
16. Haave P. Ambisjon og handling: Sanderud sykehus og norsk psykiatri i et historisk perspektiv. Oslo: Unipub, 2008.
17. Komitéens innstilling. Innstilling fra komitéen til revisjon av sinnssykelovgivningen, avgitt 31. mai 1955.

18. Innst OV. (1960–61) med tillegg. Innstilling fra sosialkomiteen om lov om psykisk helsevern. https://stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1960-61&paid=6&widb&psidDIVL1073&pgidb_0391&sFalse Lest 26.2.2020.
19. Bernt JF, Clemetsen D. Lov om psykisk helsevern uten eget samtykke. Oslo: Forvaltningstjenestene, Statens trykningskontor, 1988.
20. Norges offentlige utredninger. Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet. Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern. NOU 2011:9. <https://www.regjeringen.no/contentassets/edc9f614eb884fid988d16af63218953/no/pdfs/nou201120110009000dddpdfs.pdf> Lest 26.2.2020.
21. Em. 31. mai 1999. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven). <https://www.stortinget.no/Global/pdf/Referater/Odelstinget/1998-1999/0990531.pdf> Lest 26.2.2020.
22. LOV-1999-07-02-63. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> Lest 26.2.2020.
23. Prop. 147 L (2015–2016). Endringer i psykisk helsevernloven mv. (økt selvbestemmelse og rettsikkerhet). <https://lovdata.no/dokument/PROP/forarbeid/prop-147-l-201516> Lest 26.2.2020.
24. Mol A. The logic of care: Health and the problem of patient choice. London: Routledge, 2008.

Publisert: 30. mars 2020. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.19.0057
Mottatt 19.1.2019, første revisjon innsendt 30.1.2020, godkjent 26.2.2020.
© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no