

Kapittel 1

Norsk psykiatri fra «tinglovene» til i dag

Historisk oversikt ¹⁴

Særlige regler for personer med psykiske lidelser har en rettstradisjon i Norge som går helt tilbake til de gamle «tinglover» fra åttehundretallet. Ifølge tinglovene var det familien som hadde hovedansvaret for de «sinnssyke». Spørsmålet om sinnssykdommen ble bestemt av «tinget», og familien ble dømt til å ha ansvaret for den sinnssyke. I 1274 ble «tinglovene» erstattet av Magnus Lagabøtes landslov. Hvis familien var ute av stand til å ta vare på den sinnssyke, skulle den syke ambulere fra gård til gård. Både det synet at drap begått i en tilstand av alvorlig sinnslidelse, ikke skal straffes, og at sinnslidende blir sett på som umyndige personer, eksisterer fortsatt i moderne norsk rett.

I 1736 kom et kongelig dekret fra København om å bygge såkalte doll-hus, og i 1760-70 ble det bygget noen få små hus for sinnssyke. Forholdene i doll-husene var forferdelige, hensikten med disse husene var oppbevaring, ikke behandling, og det gjaldt å beskytte pasientene og omgivelsene. De umenneskelige forholdene ved doll-husene gjorde at man lenge lette etter andre måter å behandle sinnssyke på. Men en ny behandlingsideologi ble først innført ved åpningen av Gaustad sykehus i 1855.

Et gjennombrudd kom i 1848 med vår første lov om mentalt syke personer, «Sinnssykeloven». Denne loven var betydningsfull fordi med den ble psykiatri en egen medisinsk profesjon i Norge. Sinnslidelser ble fra nå av anerkjent som en sykdom og skulle behandles av leger. Både opprettelsen av Gaustad sykehus og «Sinnssykeloven» kom til takket være Herman Wedel Major, en norsk lege som var influert av fransk og britisk psykiatri. Ideen om Kontrollkommisjoner ble utviklet av ham da han arbeidet med «Sinnssykeloven». Dette systemet er blitt beskrevet som en eksepsjonell kontroll-

¹⁴ Kringlen E. *Norsk psykiatri gjennom tidende*, Oslo: N.W. Damm & Søn 2007.

funksjon sammenlignet med lignende systemer i andre land. Arbeidet til Kontrollkommisjonene blir fremdeles betraktet som en garanti for rettssikkerhet, og er den mest betydningsfulle beskyttelse mot ulovlig tvang i det psykiske helsevesenet. Kontrollkommisjonen mottar og behandler alle klager på tvang eller på krav om utskrivelse¹⁵.

Dagens Lov om psykisk helsevern av 0206 1999 nr 62 bygger på lov av 1961, som igjen bygger på den første loven fra 1848 (Sinnssykeloven). Loven av 1848 var opprinnelig en ren tvangslov, men fra 1935 ble det gitt mulighet for frivillig innleggelse i psykiatriske sykehus. Norge var tidlig ute med sin lov om tvang. Frankrike fikk som første land sin lov i 1838, etterfulgt av Nederland i 1841 og Storbritannia i 1845. Sverige fikk sin lov i 1858, og Danmark ventet helt til 1938.

Alle disse lovene har hatt behandlingsbehov som begrunnelse for tvang, altså hensynet til vern av pasienten selv. I forarbeidene til loven av 1999 uttaler departementet at særregler om frihetsberøvelse av alvorlig sinnslidende må sees på bakgrunn av vår kulturelle og rettslige tradisjon. Samfunnet kan ikke godta at mennesker går til grunne uten at man forsøker å gjøre noe for dem, og i hvert fall ikke hvis vedkommende oppfattes som alvorlig sinnslidende og ute av stand til å vurdere sin situasjon rasjonelt eller kunne ivareta sine interesser. Hensikten med å etablere tvungent psykisk helsevern er nettopp å få de sinnslidende under behandling, slik at de kan komme i en sinnstilstand der de kan foreta rasjonelle valg.

Inntil begynnelsen av 1950-årene var norsk psykiatri i hovedsak institusjonpsykiatri i tillegg til privat pleie med langvarig opphold. Ca 1955 fikk vi en psykofarmakologisk «revolusjon» med introduksjonen av anti-psykotiske midler. Det medførte ikke færre innleggelser, men dagliglivet i de psykiatriske institusjonene ble mye bedre både for pasientene og personalet, og det ble en større optimisme når det gjaldt terapi.

I 1955-56 begynte arbeidet med en ny psykisk helsevernlov. Dette var en tid karakterisert av en generell tro på antipsykotiske midler som behandling for alvorlige psykiske lidelser. Lovkomiteen ville avskaffe kontrollkommisjonene idet man trodde at krenkelse av pasienter var høyst usannsynlig

15 Enhver psykiatrisk institusjon skal ha en Kontrollkomisjon. Den skal føre den kontroll den finner nødvendig for pasientenes velferd. Den skal ta opp saker på eget initiativ eller etter henvendelse fra pasienten, pasientens nærmest pårørende eller personalet. Finner den forhold den vil påpeke, skal den ta saken opp med den faglig ansvarlige og eventuelt Fylkesmannen. Kontrollkomisjonen skal ledes av en jurist (dommer) og ellers bestå av en lege og to andre medlemmer med varamenn. Av de to sistnevnte medlemmer skal det oppnevnes en person som selv har vært under psykisk helsevern eller er eller har vært nærstående til pasient eller som har representert pasientinteresser i stilling eller verv. Kontrollkomisjonen oppnevnes av departementet.

i disse opplyste tider. Men kontrollkommisjonene ble opprettholdt som den eneste mulighet for pasienters klagemulighet.

1961-loven¹⁶ ble til i en tid med stor behandlingsoptimisme. Det gjaldt å få pasientene raskt inn i en behandlingssituasjon uten for mange hemmende formalia. Med et slikt utgangspunkt var det naturlig at det i 1961-loven ble lagt mindre vekt på rettssikkerhetsgarantier mot urettmessige eller unødvendige tvangsinnleggelse i forbindelse med selve innleggelsen, men at slike garantier heller ble knyttet til muligheten til å påklage innleggelsen etter at den hadde funnet sted.

Men fra 1970-tallet utviklet det seg en langt mer kritisk holdning til psykiatrien (blant annet Reitgjerdet-saken i 1979). Psykiatriske pasienter ble sett på som en spesielt undertrykket gruppe, og psykiatrien som en del av maktapparatet som utøvet sosial kontroll og undertrykking i stedet for å hjelpe pasientene på deres egne premisser. Det ble stilt spørsmål ved hele det faglige grunnlaget for psykiatrien. Ny lov kom 0206 1999 nr 62.

Ved den siste gjennomgang av psykisk helsevernloven i 2006, ble de fleste bestemmelsene om tvang foreslått videreført uendret til tross for all motstand og bekymring. Lovgiverne vurderte det slik at det ikke forelå behov for å endre tvangsparagrafene. Denne vurderingen ble problematisert av Mental Helse Norge og Norsk Psykologforening i forbindelse med Stortingets behandling av lovendringene, og det ble bedt om en grundigere vurdering av bruk av tvang i behandlingen.

I august 2008 nedsatte Helsedirektoratet en arbeidsgruppe som skulle foreta en vurdering av behandlingstvilkåret i i psykisk helsevernlovgivning. Arbeidsgruppen, ledet av professor dr. juris Jan Fr. Bernt, avga sin rapport i juni 2009. Arbeidet resulterte ikke i et samlet standpunkt til spørsmålet om lovendringer. Et flertall anbefalte imidlertid å sette ned et lovutvalg for å vurdere etiske, faglige og rettslige sider av dagens regler og praksis innen psykisk helsevern, særlig sett i forhold til pasientrettighetsloven og menneskerettighetsforpliktelsene.

Å oppnevne et lovutvalg var i tråd med Stortingets ønske om å foreta en grundig vurdering av behandlingstvilkåret i psykisk helsevernloven. I 2010 ble det derfor nedsatt et lovutvalg (Paulsrudutvalget) som skulle utrede nærmere de etiske, faglige og rettslige sidene av dagens regler og praksis om tvang innen psykisk helsevern. I 2011 kom utvalget med sin utredning med følgende tittel: «Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Balanseringen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern». Tittelen setter fingeren på hva som er problematisk i psykisk helsevern.

16 Høyér G, Dalgard OS. *Lærebok i rettspsykiatri*, Gyldendal Norsk Forlag AS 2002.

Utvalget uttalte at det var flere viktige argumenter for å fjerne hovedvilkåret om tvang i loven, men mente at å oppheve det, kunne innebære risiko for mer tvang. Hovedvilkåret for tvang ble foreslått videreført, men betegnelsen ble endret i forslaget fra «alvorlig sinnslidelse» til «alvorlig psykisk lidelse». Dette ble ikke tatt til følge. I loven står det fortsatt «alvorlig sinnslidelse».

Betegnelsen¹⁷ «alvorlig sinnslidelse» i loven er en juridisk term som ikke motsvares av noen medisinsk diagnose. Helt siden 1848-loven har det vært tvil om hvilke psykiske lidelser som omfattes av hovedvilkåret. Innholdet av hovedvilkåret har endret seg sakte i takt med kunnskapen om psykiske lidelser. Spørsmålet har vært drøftet hovedsakelig i forarbeid og juridisk litteratur. Det er lite praksis fra Høyesterett omkring innholdet av hovedvilkåret, noe som kan ha bidratt til den uklarhet som rår. Betegnelsen ble først forsøkt klarlagt i rettspraksis i midten av 1980-årene.

I *Retts Tidende* 1988 s.634 (huleboerdommen) fastslo førstevoterende i Høyesterett om en tvangsinnlagt pasient at han måtte være «alvorlig sinnslidende» når det i hovedsak var religiøse og filosofiske grublerier som lå til grunn for atypiske, stereotype og tilsynelatende bisarre handlingsvalg. Pasienten hadde bodd i en jordhule mesteparten av tiden siden 1978. Men om han skulle ansees å ha en alvorlig sinnslidelse eller ikke, kunne ikke besvares avhengig av om det var vinter eller sommer (graden av overlast ved å bo i en jordhule). Men de sakkyndige kunne ikke påvise klare psykotiske trekk.

Ifølge *Retts Tidende* 1993 s. 249 vedtok Høyesterett at en person med flere psykotiske anfall på grunnlag av en utvilsom schizofrenidiagnose, også i symptomfrie perioder måtte oppfattes å være «alvorlig sinnslidende» i lovens forstand fordi symptomfriheten ble satt i sammenheng med antipsykotisk medisinerings. Krav om grunnlidelsen schizofreni var således til stede. Høyesteretts synspunkt er kritisert, men ble gjentatt og forsterket av Høyesterett (*Retts Tidende* 2001 s. 1481); en pasient som hadde vært symptomfri i seks år, ble funnet å ha en «alvorlig sinnslidelse», til tross for at lidelsen ble holdt i sjakk av medikamenter.

Rettspraksis viser dermed at begrepet omfatter klare, aktive psykoser, samt visse svært tydelige avvik av ikke-psykotisk karakter, der funksjonssvikten er like stor som den man ser ved psykoser. Det gjelder også personer med en kronisk psykose i symptomfrie perioder, når symptomfriheten kommer av antipsykotisk medisinerings.

Den Europeiske menneskerettighetskonvensjon bruker betegnelsen «unsound mind». Det ble fastslått i Winterwerp-saken (Winterwerp v. The

17 Syse A. *Psykisk helsevernloven med kommentar*, Gyldendal Norsk Forlag 2004: 53.

Netherlands 1979) at begrepet veksler over tid, men at det under ingen omstendighet vil være adgang til frihetsberøvelse utelukkende fordi en persons synspunkter avviker fra de vanlige syn i samfunnet. De nasjonale myndigheter må fastslå at det dreier seg om en reell psykisk forstyrrelse, noe som krever objektiv medisinsk ekspertise. Videre må forstyrrelsen være av en art eller grad som nødvendiggjør frihetsberøvelse.

Det har kommet fram en bred og begrunnet kritikk av tvungen behandling, særlig når det gjelder langtidseffekten av antipsykotisk medisiner. Paulsrudutvalget kom likevel fram til at dagens behandlingsvilkår bør opprettholdes. Utvalget la til grunn at ulike typer behandling, også med antipsykotika, har en positiv og avgjørende betydning for bedring ved mange tilfeller av alvorlige psykiske lidelser. Konsekvensen av manglende behandling kan bli svært alvorlig for mennesker med psykiske lidelser.

Paulsrudutvalgets utredning av 2011 ble dessverre ikke realitetsbehandlet. Den var ute til offentlig høring frem til februar 2012. Mange av høringsinstansene støttet forslaget om manglende beslutningskompetanse som vilkår for tvangsbehandling. Men flere av høringsinstansene pekte på at et slikt vilkår er vanskelig å praktisere, og at det gjenstår mye arbeid før nye regler kan tas i bruk. Høringsinstansene stilte spørsmål om vurdering av samtykkekompetanse er mulig å gjennomføre på en hensiktsmessig måte når alvorlig syke mennesker søkes innlagt til helt nødvendig behandling. Mange av høringsinstansene støttet videreføring av de øvrige vilkårene for tvungent psykisk helsevern, blant annet behandlingsvilkåret og hovedvilkåret om alvorlig sinnslidelse. Flere av høringsinstansene anbefalte at det utredes en felles tvangslov for helse- og omsorgssektoren. Tvangshjemlene bør ikke rette seg mot en spesiell gruppe, fordi det kan virke stigmatiserende for denne gruppen.

I juli 2011 opplevde Norge sitt største terroranslag, og folks oppmerksomhet ble flyttet fra endring av Psykisk helsevernlov til «Breivik-saken». Straffelovens tilregnelighetsprinsipp sammenholdt med psykiatriens tilregnelighetsspørsmål ble en viktig sak for oss alle. Tilregnelighet eller strafferettslig skyldene ble ivrig debattert i mediene og av folk flest. Både profesjonelle og menigmann har hatt sterke meninger. Gjennom årene har det vært gjort forsøk på å beskrive hva tilregnelighet egentlig er, blant annet: «Tilregnelighet er den normale evne til å la seg bestemme av motiver». Dette gir ikke stor praktisk betydning, for hva er normalt. Å gi en allmenngyldig definisjon av tilregnelighet og utilregnelighet er nok kanskje ikke mulig. Vi er inne på et felt der historie, jus, psykiatri og etikk møtes. Det er et problem at visse mentale tilstander oppstilles som ekskluderende i forhold til lovens tenkning om forbrytelse og straff, og at dette ikke er fulgt opp med et klart

skille mellom juridisk og medisinsk kompetanse. Det er uklart hvem som har autoritet til å trekke grensen mellom tilregnelighet og utilregnelighet. I den norske straffeloven er det ikke et ord om tilregnelighet. Norsk psykiatri bruker betegnelsen «psykose» som forutsetning for utilregnelighet. Psykiaterne kommer fram til dette ved en etterundersøkelse, for eksempel ved en judisiell observasjon og tolkningen av et diagnosesystem. Psykisk helsevernloven har betegnelsen «alvorlig sinnslidelse». Det er duket for problemer ved at det til dels er en klar forskjell mellom de juridisk-rettspsykiatriske begrepene og den kliniske diagnostikken i psykiatrien. Gjennom et diagnosesystem skal man kunne definere hva som er avvikende og hva som er normalt.

I dommen i Breivik-saken fant tingretten etter en samlet vurdering bevist ut over rimelig tvil at tiltalte ikke var psykotisk på gjerningstidspunktet. Tiltalte skulle følgelig straffes for sine handlinger. Her gjorde dommeren sin selvstendige vurdering av tiltalte på tross av at den ene sakkyndige rapporten hadde fastslått at tiltalte var psykotisk i gjerningsøyeblikket.

Etter 22. juli-saken ble det oppnevnt et utvalg ledet av Georg Fr. Rieber-Mohn. Utvalget leverte sin innstilling i oktober 2014. Hovedspørsmålet i utredningen¹⁸ er om vi skal ha regler om strafferettslig utilregnelighet, og eventuelt om hvordan de bør utformes, hvilken rolle psykiatrien skal ha i strafferettspleien, og hvordan samfunnet bør verne seg mot utilregnelige personer som kan være farlige for andres liv og helse. Utvalget anbefalte at domstolene skal trekke grensene for når en person er utilregnelig. I dag er det de medisinske sakkyndige som setter denne grensen. De sakkyndige skal begrense seg til å utale seg innenfor sitt medisinfaglige eller psykologfaglige grunnlag om tiltalte er psykotisk eller ikke. Slik blir det mer markant skille mellom det psykiatrien bidrar til og det som juristene har som ansvar.

En årtusen gammel paternalistisk medisinsk praksis med røtter tilbake til Hippokrates' legeed er gradvis, og særlig de siste årene, blitt erstattet av lege/pasient forhold med større vekt på likeverdighet.

Men det har allikevel vært et tankevekkende trekk ved den historiske utviklingen at det på tross av de faglige fremskritt og den økte materielle standarden i det psykiske helsevernet har det vært en jevn økning i tvangsinnleggelsene i psykiatriens historie.

18 NOU 2014:10 Skyldevne, sakkyndighet og samfunnsvern. Norges Offentlige Utredning, Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet 2014.