



NORGES HØYESTERETT

Den 17. mars 2011 avsa Høyesterett dom i

HR-2011-00559-A, (sak nr. 2011/243), straffesak, anke over dom,

A (advokat Gunnar K. Hagen)

mot

Den offentlige påtalemyndighet (statsadvokat Tor Henning Knudsen)

S T E M M E G I V N I N G :

- (1) Dommer **Falkanger:** Saken gjelder spørsmål om tvungent psykisk helsevern etter straffeloven § 39 nr. 1 skal opprettholdes, jf. § 39 b.
- (2) A ble ved Midhordland herredsretts dom 11. januar 1989 dømt for forsettlig å ha drept sine foreldre, sin søster og hennes ektemann. Drapene ble foretatt i 1987 i foreldrenes hjem, der han selv også bodde. De skjedde i løpet av kort tid og med ulike skytevåpen. Den direkte foranledningen til drapene var at A opplevde at familien ikke støttet hans planer om å kjøpe en benkpress.
- (3) Herredsretten fant at handlingene ble foretatt i sinnssykdom, og at det derfor ikke var grunnlag for straff, jf. straffeloven § 44. A ble isteden dømt til sikring i ti år etter dagjeldende straffelov § 39. Den 21. juni 1999 forlenget herredsretten sikringstiden med tre år.

- (4) Ved lov 17. januar 1997 nr. 11 – satt i kraft 1. januar 2002 – ble § 39 endret, slik at den ga adgang til å avsi dom for overføring til tvungent psykisk helsevern som en strafferettslig særreaksjon. Lovendringen innebar samtidig at adgangen til å idømme sikring bortfalt. For sikringstiltak som allerede var iverksatt, ble det gitt overgangsregler som ga påtalemyndigheten adgang til innen sikringsfristens utløp å reise sak med påstand om særreaksjon etter de nye reglene.
- (5) Etter at Hordaland statsadvokatembeter hadde reist sak med slik påstand, ble A av Midhordland tingrett 9. april 2003 dømt til tvungent psykisk helsevern etter straffeloven § 39 nr. 1 jf. psykisk helsevernloven § 5-1 flg. Samme tingrett avsa 16. juni 2006 dom for at reaksjonen skulle opprettholdes, jf. straffeloven § 39 b fjerde ledd annet punktum. A anket dommen, men anken ble forkastet av Gulating lagmannsrett 16. november 2006.
- (6) Både gjennomføringen av sikring og tvungent psykisk helsevern har skjedd ved X Psykiatriske Sykehus, avdeling Y.
- (7) Ved tiltalebeslutning 26. oktober 2009 reiste Hordaland statsadvokatembeter på nytt sak om fortsatt tvungent psykisk helsevern. Nordhordland tingrett avsa 23. juni 2010 dom med slik domsslutning:
- ”A, født 28.11.1966, dømmes til fortsatt tvungent psykisk helsevern, jfr. straffeloven § 39 nr. 1, jfr. § 39 a, jfr. lov om psykisk helsevern §§ 5-1 flg.”**
- (8) A anket dommen til Gulating lagmannsrett, som 22. desember 2010 avsa dom med slik domsslutning:
- ”Anken forkastes.”**
- (9) Lagmannsrettens dom ble avsagt under dissens, idet én av meddommerne stemte for å frifinne A.
- (10) A har anket til Høyesterett. Anken retter seg mot lovanvendelsen. Han gjør gjeldende at vilkårene for å opprettholde tvungent psykisk helsevern ikke er til stede. Han har særlig pekt på at det er gått 24 år siden drapene, at det er lenge siden hans oppførsel på noen måte var problematisk, og til at hans tilstand er vesentlig forbedret. Behovet for å verne samfunnet kan på denne bakgrunn skje ved at han frivillig mottar psykisk helsevern, eventuelt ved at det gjennomføres tvangstiltak etter psykisk helsevernloven kapittel 3.
- (11) *Jeg er kommet til at anken må forkastes.*
- (12) A drepte i 1987 fire nære familiemedlemmer. Han var psykotisk på gjerningstidspunktet og derfor straffri etter straffeloven § 44, men han ble dømt til sikring – og senere til tvungent psykisk helsevern. De oppnevnte sakkynndige for tingretten – spesialist i psykiatri og nevrologi Erik Rønneberg Hauge og spesialist i psykiatri Jan Øystein Berle, gir ham i sin erklæring 14. januar 2010 diagnosen ”F20.30 Udifferensiert schizofreni, kronisk”.
- (13) Den foreliggende sak gjelder spørsmålet om tvungent psykisk helsevern skal opprettholdes for A. Slik opprettholdelse kan bare skje dersom vilkårene § 39 nr. 1 eller nr. 2 fortsatt er oppfylt, jf. § 39 b første ledd. As handlinger i 1987 var alvorlige voldsforbrytelser, og det er derfor § 39 nr. 1 som er det aktuelle alternativet. En

forutsetning for opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern er da at det ”må antas å være en nærliggende fare for at lovovertræderen på nytt vil begå en alvorlig forbrytelse som krenker eller utsetter for fare andres liv, helse eller frihet”. Kravet om at faren må være ”nærliggende”, innebærer at den må være kvalifisert og reell, jf. Rt. 2006 side 1143. Ved farevurderingen skal det legges vekt på ”den begåtte forbrytelsen sammenholdt særlig med lovbrysterens atferd, sykdomsutvikling og psykiske funksjonsevne”. Avgjørende er om faren er nærliggende på domstidspunktet.

- (14) Selv om § 39 b første ledd ikke uttrykkelig nevner at tvungent psykisk helsevern må være ”nødvendig for å verne samfunnet” for å opprettholde særreaksjonen, fremgår det av sammenhengen at det likevel må kreves, jf. også Ot.prp. nr. 87 (1993–1994) side 62 og 108. Men når situasjonen er at domfelte har vært under psykisk helsevern i noen tid, vil denne vurderingen – slik som her – i praksis ofte falle sammen med farevurderingen, jf. Rt. 2003 side 1085 avsnitt 16 og Matningsdal/ Bratholm, Straffeloven (2 utg., 2003) side 308. Jeg skiller derfor ikke mellom de to vilkårene i det følgende.
- (15) Som det vil ha fremgått, begikk A i 1987 særdeles alvorlige voldshandlinger. Han skjøt og drepte fire nære familiemedlemmer, tilsynelatende som følge av en helt bagatellmessig uenighet. Ved vurderingen av om det nå er nærliggende fare for at A på nytt – dersom tvungent psykisk helsevern ikke opprettholdes – vil begå en ny alvorlig voldsforbrytelse, må dette forhold nødvendigvis stå helt sentralt.
- (16) Jeg nevner også at A rømte fra Y i 1989 og 1993, første gang ved å true med kniv. Etter disse to hendelsene har han imidlertid levd relativt stabilt, og har i hovedsak overholdt regler og avtaler.
- (17) Etter min mening er det nokså klart – og ubestridt av forsvarer – at farekriteriet ville ha vært oppfylt hvis alternativet til tvungent psykisk helsevern hadde vært at A ikke skulle motta noen form for behandling. Det er riktignok gått ca. 24 år siden drapene, men han lider av en alvorlig kronisk sinnslidelse – og behandling er helt vesentlig for å hindre nye psykotiske gjennombrudd. Tidsforløpet blir da av mindre betydning. Jeg finner det her tilstrekkelig å vise til at de oppnevnte sakkyndige for tingretten fremholdt at A nå klarer seg ganske bra, men fortsetter:

”Imidlertid, i en situasjon der han ikke tar medikamenter eller der han ikke har mulighet for umiddelbar kontakt med kjente fagpersoner på avdelingen, vil dette kunne være annerledes. Ved en økende symptomatologi vil han kunne oppleve fortegnede situasjoner, erfare trusler eller plagsom atferd uten at dette representerer realiteter. I en slik sammenheng vil han kunne representere en fare.”

- (18) Og noe senere heter det:

”Hans behov antas i overskuelig fremtid å være antipsykotisk medikasjon, blodprøvekontroll i forbindelse med medikasjonen inkludert muligheten til å foreta serumkonsentrasjonsmålinger av medikament, støtte og oppfølging av psykiatrisk fagpersonell daglig, samt ved behov, mulighet til kortere innleggelser på psykiatrisk avdeling.”

- (19) Ved vurderingen av om det er ”nærliggende fare” for at A vil begå nye voldshandlinger, må det imidlertid ses hen til om det finnes andre realistiske behandlingsalternativer enn dom for fortsatt tvungent psykisk helsevern. Forsvareren har i denne sammenheng gjort gjeldende at A frivillig ønsker å motta psykisk helsevern, og at det – dersom dette ikke

skulle være tilstrekkelig – vil kunne fattes vedtak om tvangsinngrep etter psykisk helsevernloven kapittel 3.

- (20) Jeg ser først på om As ønske om frivillig psykisk helsevern gjør at farekriteriet ikke er oppfylt.
- (21) Som nevnt lider A av en alvorlig psykiske lidelse, men hans tilstand er blitt noe bedre i tiden etter at saken var til rettslig prøving i 2006. Han er blitt åpnere, mer villig til å motta hjelp, samarbeider godt og følger opp avtaler med sykehuset. Han bor i egen treningsleilighet på sykehusområdet, kjører moped og nyter stor grad av frihet innenfor visse geografiske rammer som sykehuset har fastsatt. Én gang i uken drar han på telttur til et anvist naturområde.
- (22) Fortsatt er han imidlertid alvorlig sinnslidende. Som lagmannsretten fremholder, fortolker han delvis opplevelser psykotisk, og journalnotater viser at han er opphengt i at det finnes folk som plager ham. De sakkyndige gir uttrykk for at han har liten innsikt i egen sykdom.
- (23) Det må videre legges til grunn at de nevnte forbedringer langt på vei skyldes behandlingen og de rammer som ved denne legges rundt ham. De sakkyndige fremhever således at den positive utviklingen ”sannsynligvis først og fremst [har] vært betinget i gode relasjoner til behandlingspersonalet og tiltak rundt ham”.
- (24) A har behov for antipsykotisk medisin. Han medisineres med 650 mg Leponex pr. døgn i form av piller. Såkalt deponering ved injeksjon er etter det opplyste ikke mulig. A har til nå tatt medisinen, men han har gjentatte ganger gitt uttrykk for at han ønsker å redusere dosen. For lagmannsretten avga avdelingssjef B – som er faglig ansvarlig for behandlingen av A – forklaring om dette. I lagmannsrettens dom heter det:

”Overlege B anså at det er liten fare for at A bråseponerer medisinen, men mente at A kan komme til å redusere dosen om han gis anledning. Medikamentet har kort halveringstid og forsvinner raskt ut av kroppen. Dersom A kommer for lavt på Leponex, vil en i følge B måtte være på vakt, og ved bråseponering vil A måtte forventes å bli svært dårlig allerede etter 4 til 5 dager. Flertallet anser at det er en reell fare for at A utenfor institusjon på ny vil kunne gjøre alvor av sitt langvarige ønske om mindre medisin, og redusere dosen slik at nødvendig effekt svekkes eller uteblir.”

- (25) De sakkyndige uttalte i sin erklæring at As

”innsikt i egen sykdom er liten. Han opplever bivirkninger av medikasjonen, slik som tretthet. Han har ønsket seg en reduksjon av dosen. Erfaringsmessig er dette faktorer som kan øke risikoen for at en pasient slutter å ta sin forskrevne medisin. Dette betyr etter de sakkyndiges skjønn at det er en reell risiko for at observanden etter en tid under frivillig psykisk helsevern, der kontrollmulighetene og sanksjonsmulighetene er begrenset, vil slutte å ta sine Leponex tabletter. Med tanke på at han fortsatt har symptomer på alvorlig sinnslidelse, må det være grunn til å tro at observanden da vil fungere dårligere og få aktive psykotiske symptomer i større grad.”

- (26) Jeg er på denne bakgrunn kommet til at det ikke med tilstrekkelig sikkerhet kan legges til grunn at A frivillig vil motta tilstrekkelig psykisk helsevern. Tvert imot er det etter min mening grunn til å frykte at han – dersom han er underlagt et frivillig regime – velger å fravike sykehusets behandlingstilbud, herunder den viktige medisineringsen. Det vil da oppstå en nærliggende fare for nye alvorlige voldshandlinger.

- (27) Jeg går så over til å se på muligheten for å redusere faren ved at det – dersom et frivillig opplegg ikke fungerer – vedtas tvungent psykisk helsevern etter psykisk helsevernloven § 3-3. Spørsmålet er om denne muligheten gir tilstrekkelig samfunnsvern.
- (28) Tvungent psykisk helsevern etter § 3-3 er – i motsetning til etter straffeloven § 39 nr. 1 – ikke en strafferettslig særreaksjon, men et forvaltningsinngrep. Tvungent psykisk helsevern etter § 3-3 idømmes ikke av domstolene, men vedtas av ”den faglige ansvarlige” og etterprøves av kontrollkommisjonen, jf. lovens §§ 1-4 og 3-8. Vedtaket kan imidlertid bringes inn for domstolene etter tvisteloven kapittel 36. I motsetning til saker etter § 39 jf. § 39 b vil påtalemyndigheten da ikke ha en partsrolle, jf. Rt. 2005 side 1091 avnitt 22. Vilkårene for tvang er for øvrig utformet noe forskjellig i straffeloven § 39 nr. 1 og psykisk helsevernloven § 3-3, men da dette er uten betydning her, går jeg ikke nærmere inn på disse forskjellene.
- (29) Før lovendringen 17. januar 1997 nr. 11 kunne ikke tvungent psykisk helsevern idømmes som særreaksjon, men bare vedtas forvaltningsmessig av den faglig ansvarlige. Påtalemyndigheten og domstolene hadde derfor liten innflytelse over behandlingen av psykotiske lovbrutere. Hensikten med lovendringen var nettopp å eliminere den usikkerhet som dette skapte, jf. blant annet Ot.prp. nr. 87 (1993–94) side 49 og 52.
- (30) Det er som nevnt opp til den faglige ansvarlige på behandlingsinstitusjonen å treffe tvangsvedtak etter § 3-3. Påtalemyndigheten har i denne sammenheng ingen rolle. Jeg kan ikke se det annerledes enn at dette innebærer at det foreligger usikkerhet om et slikt vedtak vil bli fattet tilstrekkelig tidlig for As del. Avdelingssjef B har riktignok gitt uttrykk for at det generelt sett – slik han ser det i dag – vil være en lav terskel for å tvangsinnlegge ham på Y, men det er etter mitt syn likevel ikke forsvarlig å se bort fra denne usikkerhet. Det kan her bli tale om en langvarig periode med frivillig helsevern.
- (31) Dertil kommer at påtalemyndigheten ikke har noen rolle etter at tvangsvedtak etter § 3-3 er truffet. Jeg viser her til Rt. 2005 side 1091 avsnitt 22, hvor det heter:
- ”En vesentlig forskjell mellom administrativt tvungent helsevern etter kapittel 3 i lov om psykisk helsevern og dom på overføring til tvungent psykisk helsevern etter kapittel 5, er at påtalemyndigheten etter kapittel 5 beholder en sentral partsrolle både ved vesentlige endringer i behandlingen, jf. lovens § 5-4, og ved opphør av reaksjonen, jf. straffeloven § 39 b. Påtalemyndigheten har ikke en slik rolle etter kapittel 3. Forskjellen dempes noe ved at politiet etter loven er tillagt funksjoner som « offentlig myndighet », jf. § 1-3. Dersom en person som er tvangsinnlagt etter kapittel 3 blir utskrevet, kan politiet etter § 3-7 begjære vedkommende undergitt tvungent psykisk helsevern på ny. Verken politiet eller påtalemyndigheten har imidlertid noen partsrolle dersom vedkommende reiser søksmål om gyldigheten av vedtak etter kapittel 3.”**
- (32) Etter mitt syn vil det – slik denne saken ligger an – være nødvendig at påtalemyndigheten har den mulighet til å føre kontroll med rammevilkårene som følger av bestemmelsene i kapittel 5 i psykisk helsevernloven. Jeg viser i den forbindelse til at de sakkyndige erklæringer viser at det i mange år fremover vil være av stor betydning at eventuell avvikende atferd hos A oppdages i en tidlig fase, for å avdekke eventuelle psykotiske gjennombrudd. Dette krever tett oppfølging av ham, ikke minst i forhold til medisinerings.
- (33) Jeg er på denne bakgrunn kommet til at muligheten for eventuell fremtidig etablering av psykisk helsevern etter psykisk helsevernloven § 3-3 ikke vil gi tilstrekkelig

samfunnsvern. Etter mitt syn må hensynet til samfunnsvern ivaretas ved dom på opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern etter straffeloven § 39 b.

(34) Jeg er som nevnt etter dette kommet til at anken må forkastes.

(35) Jeg stemmer for denne

D O M :

Anken forkastes.

(36) Dommer **Bull:** Jeg er i det vesentlige og i resultatet enig med førstvoterende.

(37) Dommer **Normann:** Likeså.

(38) Dommer **Stabel:** Likeså.

(39) Dommer **Tjomsland:** Likeså.

(40) Etter stemmegivningen avsa Høyesterett denne

D O M :

Anken forkastes.

Riktig utskrift bekreftes: