



# NORGES HØYESTERETT

Den 11. september 2014 avsa Høyesterett dom i

**HR-2014-01799-A, (sak nr. 2014/932), sivil sak, anke over dom,**

Staten v/Helse- og omsorgsdepartementet

(Regjeringsadvokaten  
v/advokat Henriette Busch – til prøve)

mot

A

(advokat Håkon Bryge – til prøve)

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

- (1) Dommer **Noer**: Saken gjelder spørsmålet om vilkårene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt.
- (2) A er en 43 år gammel mann, ugift og uten barn. Han vokste opp som enebarn med mor og far, og utdannet seg til tømrer. Moren døde i 1998. Etter dette utviklet han et alkohol- og rusmisbruk. A har hatt forskjellig type arbeid, men har ikke vært i ordinært lønnet arbeid etter 2006. Han bodde tidligere i leid leilighet, men fra om lag 2002 og til han ble innlagt, bodde han blant annet i campingbil, i kommunal bolig og på gata i Oslo.
- (3) I mai 2011 ble han dømt til fengsel i fem måneder, blant annet for overfall, grovt skadeverk og bilbrukstyveri. De straffbare forholdene var begått i 2010.
- (4) A ble prøveløslatt sommeren 2011. Han begikk da raskt nye straffbare handlinger, herunder vold, skadeverk og trusler. Han ble varetektsfengslet høsten 2011. En rettspsykiatrisk undersøkelse fra november 2011 konkluderte med at A var strafferettslig

tilregnelig da han begikk de straffbare handlingene, og 23. januar 2012 ble han dømt til fengsel i ett år.

- (5) Mens han satt fengslet høsten 2011, ble A to ganger innlagt til tvungen observasjon på grunn av mistanke om alvorlig sinnslidelse. Ved første undersøkelse ble han ved innkomst vurdert psykotisk med vrangforestillinger og tankeforstyrrelser og voldsrisikoen ble vurdert som høy. Han ble gitt antipsykotisk medisin, og utskrevet til fengselet etter noen dager for fortsatt vurdering av uavklart mistanke om sinnslidelse.
- (6) Ved andre innleggelse ble han observert i avdeling i 14 dager uten medisiner. Det ble konkludert med at han hadde "schizoid personlighetsforstyrrelse", "dyssosial personlighetsforstyrrelse" og "psykisk lidelse og adferdsforstyrrelse som skyldes bruk av multiple stoffer, uspesifisert". Men det ble tatt forbehold om at "man ikke kan utelukke helt at pasienten kan ha en psykoselidelse som han nå tildekker og har blitt dempet av flere ukers bruk av Zyprexa før innleggelsen."
- (7) I mai 2012 foretok psykologspesialist ved fengselspsykiatrisk poliklinikk utredning av ham. Hun konkluderte med at A tilfredsstilte diagnosen enkel schizofreni. Denne diagnosen har vært opprettholdt av As behandlere seinere.
- (8) Rett før han skulle løslates fra fengselet, den 24. august 2012, ble det truffet vedtak om tvungent psykisk helsevern for A, jf. lov om psykisk helsevern § 3-3. Han ble innlagt på X. I begynnelsen av november 2012 ble det besluttet overføring til psykisk helsevern "uten døgnopphold", med poliklinisk behandling ved Y psykiatriske poliklinikk. Siden da har A bodd utenfor institusjon. Han bor nå på et bosenter som drives av Kirkens bymisjon og arbeider på Z hver dag.
- (9) A har vært under tvungent psykisk helsevern i hele perioden fra august 2012. Den tvungne behandlingen er forlenget av kontrollkommisjonen to ganger, henholdsvis 15. august 2013 og 31. juli 2014, jf. § 3-8 siste ledd. Begge ganger kom kommisjonen til at A hadde en alvorlig sinnslidelse og at både forverrings- og farekriteriet i loven var oppfylt.
- (10) I oktober 2011 fikk A første gang antipsykotisk medikasjon, og fra juni 2012 har han fått slik medisin bare med korte opphold. Det er fattet vedtak om tvangsmedisinering to ganger, jf. § 4-4.
- (11) Ved stevning 18. juli 2013 til Oslo tingrett reiste A søksmål mot staten v/Helse- og omsorgsdepartementet og krevde opphør av den tvungne behandlingen. Oslo tingrett avsa dom 11. oktober 2013. A fikk ikke medhold. Tingretten, som i medhold av tvisteloven § 36-4 var satt med én fagkyndig og én leg meddommer, fant at A hadde en alvorlig sinnslidelse – enkel schizofreni – som oppfylte grunnvilkåret i lov om psykisk helsevern § 3-3 første ledd nr. 3, og at utskrivning ville medføre en reell og alvorlig fare for andres liv og helse.
- (12) A anket til Borgarting lagmannsrett, som 24. mars 2014 avsa dom med slik domsslutning:

**"1. Det tvungne psykiske helsevernet for A, født 00 00 1971, opphører.**

2. **Det tvungne psykiske helsevernet for A skal stå ved lag frem til rettskraftig avgjørelse."**

- (13) Lagmannsretten, som på samme måte som tingretten var satt med én fagkyndig og én leg meddommer, fant det ikke sannsynliggjort at A i dag hadde noen psykotisk grunnlidelse hverken i form av enkel schizofreni eller av annen art. Det ble ved vurderingen blant annet lagt vekt på at det ved den rettspsykiatriske undersøkelse høsten 2011 i forbindelse med den andre straffesaken mot A ikke var funnet noen psykotisk lidelse hos A. Lagmannsretten begrunner sin konklusjon blant annet slik:
- "Lagmannsretten peker videre – og særlig – på at han gjennom mange år har hatt et betydelig rusproblem. Lagmannsretten legger til grunn at dette ikke bare har dreid seg om alkohol, men også om amfetamin – selv om det siste bare er delvis erkjent. Det er derfor mulig at volden mot faren m.v. kan ha vært begått under en rusutløst psykose, og dermed en psykose av forbigående art, slik de rettspsykiatriske sakkyndige var inne på i sin erklæring høsten 2011.**
- Som nevnt ble det hverken ved de to observasjonsoppholdene på psykiatriske institusjoner høsten 2011 eller ved den rettspsykiatriske undersøkelsen senere samme høst funnet noen psykotisk grunnlidelse hos A."**
- (14) Staten v/Helse- og omsorgsdepartementet har anket til Høyesterett. Anken retter seg mot lagmannsrettens rettsanvendelse og bevisbedømmelse.
- (15) Etter lagmannsrettens dom nektet A å ta medisin, og det ble truffet vedtak om tvangsmedisinering den 27. juni 2014. A klaget, og fikk medhold av Fylkesmannen i Oslo og Akershus, som 8. juli 2014 opphevet vedtaket med øyeblikkelig virkning.
- (16) Det tvungne vernet for A består nå i at han må møte til ukentlige avtaler på Y psykiatriske sykehus, og at han kan hentes dersom han ikke møter opp. Han samtykket til å ta medisin den 16. juli i år, da han fryktet at han ellers ville bli innlagt til døgnopphold, og fikk da depotinjeksjon med Xeplion. Den 15. august sa han imidlertid nei til medisinering og har siden da ikke tatt antipsykotisk medisin.
- (17) Det er for Høyesterett lagt fram nye journalnotater og innhentet uttalelse fra to overleger som har hatt med A å gjøre.
- (18) Den ankende part – *staten v/Helse- og omsorgsdepartementet* – har i korte trekk gjort gjeldende:
- (19) Lagmannsretten har feilaktig konkludert med at A ikke lider av en alvorlig sinnslidelse i lovens forstand. Lagmannsretten synes å ha begrenset sin vurdering til de opplysningene som forelå høsten 2011, og ikke tatt hensyn til de symptomene som seinere har vist seg og de nyere kliniske vurderingene som gir A diagnosen enkel schizofreni.
- (20) Ved vurderingen av om vilkårene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt, har lagmannsretten dessuten tatt utgangspunkt i en for snever forståelse av begrepet alvorlig sinnslidelse. Dette omfatter mer enn de rene psykosene. Lagmannsretten legger til grunn at A har en personlighetsforstyrrelse, rusproblemer og en særegen og avvikende væremåte. Dette er forhold som gjør at lagmannsretten burde ha vurdert om vilkårene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt etter en helhetsvurdering, jf. Ot.prp. nr. 11 (1998–99) side 154–155.

- (21) Også forverrings- og farekriteriet i lov om psykisk helsevern § 3-3 første ledd nr. 3 er oppfylt. A har nå sluttet med medisiner og vil raskt bli vesentlig dårligere enn i dag. Dette vil ikke bli avdekket uten at han er underlagt tvungent psykisk helsevern. I umedisinert tilstand vil A utgjøre en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse. Fortsatt tvungent psykisk helsevern er også samlet sett den beste løsningen for A.
- (22) Staten v/Helse- og omsorgsdepartementet har lagt ned slik påstand:
- "Begjæringen om opphør av tvungent psykisk helsevern tas ikke til følge."**
- (23) Ankemotparten – A – har i korte trekk gjort gjeldende:
- (24) Lagmannsretten har korrekt kommet til at grunnvilkåret for tvungent psykisk helsevern ikke er oppfylt. Dommen er i tråd med retningslinjer i lovens forarbeider og i rettspraksis. Bare i særlige grensetilfelle er det aktuelt med tvangsomsorg for den som ikke er psykotisk, jf. Rt. 1987 side 1495 på side 1502. Dette gjelder tilsvarende etter någjeldende lov.
- (25) Lagmannsretten har konkludert med at A har en psykisk sykdom, men har kommet til at denne ikke tilfredsstiller lovens krav til alvorlig sinnslidelse. Dette er i tråd med grundige vurderinger av A foretatt før han ble satt på antipsykotiske medisiner.
- (26) Verken forverrings- eller farekriteriet er oppfylt. A er bare domfelt to ganger. Dommene omfatter flere forhold, og også annet enn voldsovertredelser. Samlet sett er det ikke tilstrekkelig godtgjort at farekriteriet er oppfylt. A har gitt klart uttrykk for at han finner behandlingen svært belastende, og dette må tillegges vekt ved avgjørelsen av om det er rimelig å fortsette tvangsomsorgen.
- (27) A har lagt ned slik påstand:
- "Anken forkastes."**
- (28) *Mitt syn på saken*
- (29) Vilkårene for tvungen psykiatrisk behandling av en person – tvungent psykisk helsevern – går fram av lov om psykisk helsevern § 3-3. Ved avgjørelsen av om vilkårene er oppfylt, skal retten prøve alle sider av saken, jf. tvisteloven § 36-5 tredje ledd, og prøvingen skal skje ut fra situasjonen på domstidspunktet.
- (30) Grunnvilkåret er at personen har en "alvorlig sinnslidelse". Kjerneområdet for begrepet er psykosene, men i grensetilfelle kan også andre psykiske lidelser gi grunnlag for tvangsinnleggelse, jf. Ot.prp. nr. 11 (1989–99) side 77.
- (31) A har av sykehuset fått diagnosen schizofreni, som er blant de klassiske psykosene. Sykdommen kjennetegnes ved det som gjerne deles inn i såkalte positive og negative symptomer. Diagnostiseringen baserer seg på det internasjonale diagnosekodeverket ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser, som lister opp ni ulike symptomgrupper.
- (32) Såkalte positive eller psykotiske symptomer er typisk hallusinasjoner, vrangforestillinger og desorganisering, jf. Helsedirektoratets veiledning fra 2013 for utredning, behandling

og oppfølging av personer med psykoselidelser, IS-1957 kapittel 12.4.1. Negative symptomer er blant annet at personen isolerer seg, blir apatisk med tap av motivasjon, får redusert kroppsspråk og ansiktsmimikk og kan virke uengasjert, jf. veiledningen kapittel 12.4.2. Også kognitive vansker i form av problemer med å ta inn og bearbeide informasjon er typisk.

- (33) For å kunne stille diagnosen schizofreni kreves at noen kategorier symptomer må ha vært tydelig til stede i en vesentlig del av tiden i en periode på en måned eller mer, jf. ICD-10s retningslinjer for F20 Schizofreni.
- (34) Schizofreni har tradisjonelt blitt inndelt i undergrupper, og A har fått diagnosen "enkel schizofreni". I følge veiledningen fra Helsedirektoratet er det imidlertid "lite empiri som viser at de ulike typene er stabile diagnostiske undergrupper med forskjellige årsaker", jf. kapittel 12.5.
- (35) Jeg behandler først spørsmålet om A har en alvorlig sinnslidelse i lovens forstand. Diagnosen ble første gang gitt i mai 2012, etter at han var undersøkt av psykologspesialist Thale Kristine Bostad ved psykiatrisk poliklinikk ved Oslo fengsel. Utredningen bygget på egne undersøkelser, sykehistorie, opplysninger fra familie og ansatte i fengselet og på den rettspsykiatriske observasjon som var gjort i forbindelse med den siste straffesaken.
- (36) Bostad skriver i utredningen at A har klare psykotiske symptomer:
- "[Pasienten] gir uttrykk for realitetsbristende forestillinger som at politiet overvåker ham i hjemmet med kameraer, at psykiater Børke vil ødelegge for ham i fengselet og påvirke tankene hans. [Pasienten] har underlige uttalelser og inadekvate svar ... På et av spørsmålene svarer han at dersom han skulle svare måtte [undertegnede] være kjæresten hans og prostituere seg slik at han kunne få oppkastnarkotika'."**
- (37) Bostad mente at A også var preget av negative symptomer:
- "[Pasienten] fremviser affektmatthet som fattig ansiktsmimikk og nedsatt kroppsspråk. Fremviser også følelsesmessig tilbaketrekking i form av manglende engasjement i livsbegivenheter og omgivelser. Gir redusert emosjonell kontakt ved manglende øyekontakt og lite ikke-verbal kommunikasjon i samtalene med [undertegnede]."**
- (38) Det er fremlagt to erklæringer i forbindelse med saken for Høyesterett. Konstituert overlege Marcus Gabrielsen er psykiatrispesialist og har vært behandlingsansvarlig for A siden september 2013. Overlege Sverre Gunnarsson Larne er spesialist i psykiatri og hadde i en periode veilederansvar for As behandler. Begge to konkluderer med at A har en alvorlig sinnslidelse i form av enkel schizofreni.
- (39) Konstituert overlege Gabrielsen trekker fram at selv om A nå ikke har hallusinasjoner eller sikre psykotiske symptomer, virker han fremdeles "tildekkende og tankeforstyrret". Gabrielsen finner det "grundig dokumentert" at A helt fra første kontakt med psykiatrien har vært preget av såkalte tankeforstyrrelser, som han beskriver som "[t]ankeavbrudd eller -innskytelser som gir usammenhengende eller irrelevant tale, eller neologismer." Han viser blant annet til journalnotat fra Oslo universitetssykehus av 13. september 2011, hvor det heter at A har "[t]endenser til fragmentert og usammenhengende tale/beskrivelse; svarer med ufullstendige setninger, og ofte klart på siden av det det spørres om." Gabrielsen understreker at A i konsultasjoner med ham i perioden september 2013 til juni 2014 har vært "vedvarende om enn lettere tankeforstyrret".

- (40) Det er i følge overlege Gabrielsen også godt dokumentert at A har uttalte negative symptomer, blant annet i form av "et nærmest fraværende følelsesregister, han lever isolert og har f.eks. ikke kontakt med sine medbeboere". Han har fattig språk, lite mimikk og ingen eller stirrende øyekontakt. Gabrielsen viser til journalnotat fra 29. juni 2012 fra Oslo universitetssykehus, hvor fengselsbetjentene hadde forklart til psykiateren at A var meget spesiell og at han "isolerer seg, deltar ikke i lufting eller kontakt med medinnsatte, men stirrer kontinuerlig inn i en svart tv-skjerm som kun viser klokke og ikke vanlige tv-programmer".
- (41) Overlege Larne trekker fram at A har hatt tydelig effekt av antipsykotiske medisiner. Han påpeker at da A tidlig i behandlingsforløpet gikk umedisinert i vel seks måneder, ble han igjen åpenbart psykotisk og behandlingstrengende. De gangene det har vært forsøkt dosereduksjon eller A har fått depotmedisin seinere enn han skulle, har det vært sett en forverring i form av økt irritabilitet.
- (42) Både de rettspsykiatriske sakkyndige og lagmannsretten var inne på at As symptomer kan skyldes rusutløst psykose eller personlighetsforstyrrelse. Begge de to overlegene avviser dette. Larne begrunner standpunktet slik:
- "Rusutløste psykoser er vanligvis helt kortvarige, selv om noen kan vedvare over tid. En rusutløst psykose kan imidlertid ikke forklare de negative symptomene eller totalbildet. A har tidligere fått diagnosene schizoid og dyssosial personlighetsforstyrrelse. Personlighetsforstyrrelser er tilstander som starter i barne- og ungdomsalder. Etter [undertegnede] sin vurdering er opplysningene om god sosial fungering i barne- og ungdomsårene ikke forenlig med diagnosen schizoid personlighetsforstyrrelse."**
- (43) Jeg kan ikke se noe grunnlag for å betvile konklusjonen om at A – til tross for reduserte symptomer nå som følge av medisiner – har en grunnlidelse i form av enkel schizofreni. De forhold som er trukket fram av overlege Gabrielsen og Larne, bekreftes av sakens dokumenter. At han i begynnelsen av behandlingsforløpet fikk andre diagnoser, kan etter mitt syn ikke tillegges avgjørende vekt når fagmiljøet etter lengre tids kontakt med A er samstemte om at han har schizofreni.
- (44) Av tilleggsvilkårene i § 3-3 første ledd nr. 3 er det forverrings- og farevilkåret som er aktuelle. Det er tilstrekkelig at et av vilkårene er oppfylt. Forverringsvilkåret er i relativt liten grad belyst for Høyesterett, og jeg ser derfor på om farekriteriet er oppfylt. Det kreves etter § 3-3 første ledd nr. 3 bokstav b at tvungen helsevern er nødvendig for å hindre at pasienten skal utgjøre "en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse". Vilkårene er strenge, jf. Ot.prp. nr. 11 (1989–99) side 80.
- (45) A er som nevnt domfelt to ganger tidligere. Ved Oslo tingretts dom av 10. mai 2011 ble han blant annet dømt for at han i desember 2010 uten foranledning gikk løs på en kvinne og hennes mann som satt på Æ og ventet på toget. Han kastet to poser med øl mot kvinnen og tok tak i henne og "dytta henne hardt mot veggen slik at hun slo ansiktet mot denne og seig sammen". Han ble også dømt for å ha slått med jernstang på en parkert politibil slik at den ble skadet, og for flere tilfelle av truende og aggressiv oppførsel.
- (46) Ved Oslo tingretts dom 23. januar 2012 ble han dømt for at han drapstruet sin regnskapsfører og knakk brillene hennes. I august 2011 gikk han mot sin 79 år gamle far veivende med et to meter langt aluminiumsrør, og la faren i bakken og presset hodet hans

fra side til side. Da en nabo trådte til, kastet han en to kilo tung stein gjennom vinduet på et bolighus. Da eieren av huset kom ut med sønnen på armen, truet A med at han skulle skjære over halsen på gutten. Politiet kom til, og A kastet da en kjøkkenkniv mot en av dem. Han ble videre blant annet dømt for å ha slått løs på og ødelagt en motorsykkel. Retten beskrev tiltalte som "fullstendig blottet for innsikt i den fare han har utsatt andre for".

(47) Både overlege Larne og overlege Gabrielsen har konkludert med at A utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv og helse uten tvungent psykisk helsevern.

(48) I sin erklæring til Høyesterett uttaler Gabrielsen:

**"Pasienten vil pga sin sinnslidelse uten behandling utgjøre en nærliggende og alvorlig fare for andres liv og helse. Hans voldsrisiko er grundig vurdert under innleggelse gjennom HCR-20 som denne våren er oppdatert av undertegnede. Han har en svært alvorlig voldshistorikk (se avsnittet om bakgrunn) som synes samlet over en kort tidsperiode forut for at man avdekker en schizofrenilidelse. Volden er rettet både mot ukjente og nære relasjoner, den bærer preg av krenkelses ved noen anledninger, andre ganger tilsynelatende umotivert. Det kan synes vanskelig å finne en felles forklaring på denne voldsutøvelsen over et avgrenset tidsrom. Vi tror den er knyttet til utviklingen av en schizofrenisykdom. Pasienten har i tillegg flere risikofaktorer inklusive rusmisbruk, dyssosialitet, evnenivå i nedre normalområde og manglende nettverk. Pasienten har i dag flere beskyttende faktorer som stabil bolig og jobb, samt rusfrihet. Vår frykt er at disse faktorene raskt forsvinner dersom pasientens sykdom ikke behandles."**

(49) A fikk som nevnt medhold i klagen på tvangsmedisineringen den 8. juli 2014. Det tvungne psykiske helsevern betyr nå bare at han må møte ukentlig til samtaler, og at han kan hentes om han ikke møter. Dersom han utskrives fra tvungent psykisk helsevern, vil han høyst sannsynlig kutte kontakten med den psykiatriske helsetjenesten. På bakgrunn av den voldsrisikoen som er beskrevet, anser jeg det som nødvendig for å forhindre nærliggende og alvorlig fare for andre at A får den oppfølgingen som ligger i de ukentlige oppmøtene. Erfarne fagfolk vil da kunne fange opp om han igjen utvikler psykotiske trekk som vil kunne utløse nye voldshandlinger. På denne bakgrunn har jeg kommet til at også farekriteriet er oppfylt.

(50) Etter § 3-3 første ledd nr. 6 skal det, selv om vilkårene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt, foretas en helhetsvurdering av om fortsatt tvungen behandling alt i alt er til det beste for den det gjelder. Om innholdet av vurderingen når det er fare for eget eller andres liv og helse, viser jeg til Rt. 2001 side 1481 på side 1490.

(51) Jeg peker i denne forbindelse på at det er åpenbart formålsløst å forsøke frivillig psykisk helsevern, jf. § 3-3 første ledd nr. 1, siden A ikke ønsker kontakt med psykiatrien. Tvungen som utøves per i dag er ikke spesielt inngripende. A har bolig, arbeider på Z og fungerer noenlunde godt. Dersom det tvungne psykiske helsevernet opprettholdes, risikerer han at det igjen fattes vedtak om tvungen medisinering etter § 4-4, men han har etter det opplyste ikke bivirkninger av medisinene. Som følge av vedtaket av Fylkesmannen i Oslo og Akershus får han nå mulighet til å forsøke seg uten medisiner. Hvis det tvungne psykiske helsevernet opphører, vil det lett kunne bli tale om å reetablere dette innen kort tid. Overlege Gabrielsen sier om helhetsvurderingen:

**"Det pasienten frykter i størst grad er innleggelse i psykisk helsevern. Fortsatt poliklinisk behandling og medikasjon vil være det beste tiltaket for å hindre dette. Uten**

**behandling kan pasienten raskt falle ut av den strukturen han i dag har hva gjelder bolig og aktivitet. Dette vil kunne være katastrofalt for pasienten og samfunnet."**

- (52) Samlet sett mener jeg hensynet til samfunnsvernet, men også hensynet til A selv, tilsier at han ikke utskrives fra tvungent psykisk helsevern nå. Anken må etter dette gis medhold.
- (53) Jeg stemmer for denne

D O M :

Tingrettens dom stadfestes.

- (54) Dommer **Tønder:** Jeg er i det vesentlige og i resultatet enig med førstvoterende.
- (55) Dommer **Matheson:** Likeså.
- (56) Dommer **Ringnes:** Likeså.
- (57) Dommer **Skoghøy:** Likeså.

- (58) Etter stemmegivningen avsa Høyesterett denne

D O M :

Tingrettens dom stadfestes.

Riktig utskrift bekreftes: