



NORGES HØYESTERETT

Den 16. juni 2016 avsa Høyesterett dom i

HR-2016-01286-A, (sak nr. 2016/797), sivil sak, anke over dom,

A (advokat Fredrik Undheim – til prøve)

mot

Staten v/Helse- og omsorgsdepartementet (Regjeringsadvokaten
v/advokat Stein-Erik Jahr Dahl – til prøve)

STEMMEGIVNING :

- (1) Dommer **Bårdsen**: Saken gjelder krav om utskrivning fra tvungent psykisk helsevern, jf. psykisk helsevernloven § 3-7, jf. § 3-3. Det er i første rekke spørsmål om tolkningen av uttrykket "i meget nær framtid" i psykisk helsevernloven § 3-3 første ledd nr. 3 bokstav a – "forverringsalternativet" – for pasienter som medisineres med førstegenerasjon antipsykotika i depot.
- (2) A, som i dag er -- år gammel, ble første gang innlagt på psykiatrisk avdeling i 2000. Hun ble utskrevet i 2001 med diagnosen *paranoid schizofreni* og har senere hatt flere innleggelser under tvungent vern. Siste tvangsvedtak ble truffet 21. mars 2015 – et vedtak som ble forlenget for ett år den 15. mars 2016, slik at A i dag fortsatt er under tvungent vern. Ved samtlige innleggelser og tvangsvedtak har A fått den samme diagnosen.
- (3) Fra 4. november 2015 har A vært underlagt tvungent psykisk helsevern *uten* døgnopphold. For tiden er det ikke truffet tvangsmedisineringsvedtak, idet A samarbeider om medisineringen så lenge hun er under tvungent vern. Hun behandles med medikamentet *Cisordinol* i depot – som er et såkalt *førstegenerasjon* antipsykotika – og møter ved Drammen DPS hver fjortende dag for medisinerings og samtale.
- (4) A påklaget vedtaket fra mars 2015 om å illegge henne tvungent psykisk helsevern til Kontrollkommisjonen for Nedre Buskerud. Klagen førte ikke frem. A krevde deretter rettslig overprøving av kontrollkommisjonens vedtak. Drammen tingrett avsa 27. november 2015 dom med slik domsslutning:

"Begjæring om utskriving fra tvunget psykisk helsevern tas ikke til følge."

- (5) Anke fra A ble forkastet ved Borgarting lagmannsretts dom 22. februar 2016. Både tingretten og lagmannsretten la til grunn at A har en alvorlig sinnslidelse, at tilleggsvilkårene i forverringsalternativet i psykisk helsevernloven § 3-3 første ledd nr. 3 bokstav a er oppfylt, og at tvang er den klart beste løsningen for henne.
- (6) A har anket til Høyesterett. Anken retter seg mot lagmannsrettens rettsanvendelse. Det er innhentet oppdatert journal, som viser at det ikke foreligger vesentlige endringer etter ankeforhandling i lagmannsretten.
- (7) Ankende part – A – har i korte trekk gjort gjeldende:
- (8) A er ansett å være samtykkekompetent i somatiske spørsmål. Hun har ikke fått oppnevnt verge. Menneskerettighetene er til hinder for å tvangsmedisinere samtykkekompetente personer utelukkende under henvisning til at de vil ha helsemessige fordeler av slik behandling, jf. forbudet mot umenneskelig og nedverdiggende behandling og vernet mot inngrep i privatlivet, jf. Grunnloven § 93 andre ledd og § 102, sammenholdt med Den europeiske menneskerettskonvensjon (EMK) artiklene 3 og 8.
- (9) Også FNs konvensjon om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne medfører at forverringsalternativet i psykisk helsevernloven § 3-3 første ledd nr. 3 bokstav a må tolkes innskrenkende, slik at det ikke er anledning til å bruke tvang overfor psykisk syke personer som har samtykkekompetanse og ikke representerer noen fare for andre. Tvang som er begrunnet i psykisk sykdom, vil dessuten være i strid med konvensjonens forbud mot diskriminering.
- (10) Lagmannsretten har uansett tolket uttrykket "i meget nær framtid" i § 3-3 første ledd nr. 3 bokstav a feil. Lovens forarbeider antyder at det skal gjelde en maksimumsgrense på to måneder. Tidsgrensen på tre til fire måneder som ble lagt til grunn i Rt. 2014 side 801, gjelder kun andregenerasjon antipsykotika og må anses som et særskilt unntak. Det foreligger ikke grunnlag for å utvide tidsgrensen for førstegenerasjon antipsykotika, som har en kortere virketid. Legalitetsprinsippet i Grunnloven § 113 tilsier at det ikke er adgang til å foreta en utvidende tolkning av uttrykket "i meget nær framtid".
- (11) A har lagt ned slik påstand:

"Borgarting lagmannsretts dom i sak 16-013091ASD/BORG/03 oppheves."

- (12) Ankemotparten – *staten v/Helse- og omsorgsdepartementet* – har i korte trekk gjort gjeldende:
- (13) Det foreligger ikke et slikt menneskerettslig forbud mot tvangsmedisinering som A gjør gjeldende. Heller ikke FNs konvensjon om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne er til hinder for bruk av tvang etter psykisk helsevernloven. Det vises til rettssikkerhetsgarantiene i loven og formålet med tvangen i et tilfelle som dette.
- (14) Tidsgrensen det skal opereres med i relasjon til uttrykket "i meget nær framtid" i § 3-3 første ledd nr. 3 bokstav a, ble generelt utvidet gjennom Rt. 2014 side 801. En periode på tre til fire måneder må anses å ligge innenfor ordlyden i bestemmelsen, og legalitetsprinsippet er ikke til hinder for denne forståelsen. Det foreligger ikke grunnlag

for å differensiere mellom ulike typer medikamenter. Virketiden vil avhenge av en rekke forhold. Det er også store innbyrdes forskjeller mellom medikamenter av samme generasjon. I praksis etter 2014-dommen er det ikke skilt mellom første- og andregenerasjon antipsykotika.

- (15) Lovens øvrige vilkår for tvungent psykisk helsevern er oppfylt. Det er i dette tilfellet klart den beste løsningen for A at hun forblir under tvungent vern.
- (16) Staten v/Helse- og omsorgsdepartementet har nedlagt slik påstand:
- "Anken forkastes."**
- (17) *Jeg er kommet til at anken må forkastes.*
- (18) Innledningsvis minner jeg om at Høyesterett er ubundet av det partene gjør gjeldende og prøver alle sider av saken ut fra forholdene slik de er når saken tas opp til doms, jf. tvisteloven § 36-5 tredje ledd og § 11-4, sml. også Rt. 2001 side 752 på side 756.
- (19) A har en i periode nå fått depotinjeksjon med 200 milligram *Cisordinol* hver fjortende dag. Dette medikamentet hører, som jeg allerede har nevnt, til de såkalte *førstegenerasjon* antipsykotika. Medikamentet helbreder ikke den psykiske grunnlidelsen, men virker symptomdempende så lenge det er til stede i pasientens kropp i tilstrekkelig konsentrasjon. Medikamentet kan ha en rekke, til dels alvorlige, bivirkninger.
- (20) A samarbeider om å få depotmedisin så lenge hun står under tvang. Men hun ønsker altså å avslutte den medikamentelle behandlingen.
- (21) Jeg ser først på det A har gjort gjeldende som et hovedsynspunkt for Høyesterett, nemlig at tvangsbehandling av psykisk syke som er samtykkekompetente, *i seg selv* er i strid med menneskerettighetene, dersom dette skjer utelukkende av hensyn til vedkommendes egen helse. Hun har argumentert langs tre hovedlinjer:
- (22) For det første har A vist til forbudet mot umenneskelig eller nedverdiggende behandling, jf. Grunnloven § 93 andre ledd og EMK artikkel 3.
- (23) Jeg er enig med A i at tvangselementet og medisinenes effekt og eventuelle bivirkninger, på kort og lang sikt, er viktig for den rettslige vurderingen, jf. EMDs storkammerdom 23. mars 2016 *Blokhin mot Russland* avsnitt 135. Men det må generelt sett være en høy terskel for å karakterisere noe som umenneskelig eller nedverdiggende behandling. Dersom formålet er terapeutisk, vil man være utenfor det som rammes, forutsatt at det på et avklart medisinsk grunnlag kan bygges på at tvangen også er forholdsmessig – at den sparer pasienten for virkninger av den psykiske sykdommen som klart ville ha representert en enda større belastning. Jeg viser til EMDs dom 24. september 1992 *Herczegfalvy mot Østerrike* avsnitt 82-84. Dette må være utgangspunktet selv om pasienten på grunn av den pågående tvangsbehandlingen er så velfungerende at han eller hun for tiden anses som samtykkekompetent i andre relasjoner.
- (24) For det andre har A vist til Grunnloven § 102 og EMK artikkel 8, som blant annet beskytter privatlivet, herunder den personlige autonomi og den fysiske integritet.
- (25) Det er ikke tvilsomt at tvangsmedisinering, og medisinering som pasienten i og for seg medvirker til innenfor rammen av et virksomt vedtak om tvangsinnleggelse, utgjør et

inngrep i pasientens rettigheter etter disse bestemmelsene, jf. for eksempel EMDs dom 29. april 2002 *Pretty mot Storbritannia* avsnitt 63. Men Grunnloven § 102 og EMK artikkel 8 utgjør ikke absolutte hindre for slike inngrep: Det avgjørende er, generelt uttrykt, om inngrepet har hjemmel i lov, ivaretar et legitimt formål og er forholdsmessig, jf. Rt. 2010 side 612 avsnitt 27-28, Rt. 2014 side 1105 avsnitt 28 og Rt. 2015 side 93 avsnitt 60, sml. EMDs dom 3. juli 2012 *X mot Finland* avsnitt 212-217, jf. avsnitt 220. Lovhjemlet tvangsmedisinering i behandlingsøyemed er derfor ikke *per definisjon* – uten noen nærmere og konkret vurdering – i strid med Grunnloven § 102 eller med EMK artikkel 8.

- (26) For det tredje har A gjort gjeldende at tvangsmedisinering av psykisk syke på grunn av selve sykdommen er diskriminerende og i strid med FNs konvensjon om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne.
- (27) Jeg nevner at denne konvensjonen er fra 13. desember 2006. Den trådte i kraft for Norge 3. juli 2013. Etterlevelsen overvåkes av *CRPD-komiteen*, i første rekke med utgangspunkt i statsrapporter. Etter artikkel 1 andre ledd omfatter konvensjonen "those who have long-term physical, mental, intellectual or sensory impairments". Formålet med konvensjonen er "to promote, protect and ensure the full an equal enjoyment of all human rights and fundamental freedoms to all persons with disabilities, and to promote respect for their inherent dignity", jf. artikkel 1 første ledd.
- (28) Betydningen av likebehandling og ikke-diskriminering er også fremhevet blant annet i artikkel 4 (1) bokstav e om at det skal benyttes alle passende virkemidler for å eliminere diskriminering på grunnlag av nedsatt funksjonsevne, i artikkel 5 om likhet og ikke-diskriminering og i artikkel 17. Sistnevnte slår fast at enhver som har nedsatt funksjonsevne, har rett til "respect for his or her physical and mental integrity on an equal basis with others". Og artikkel 25 bokstav d forutsetter at helsepersonell yter samme helsehjelp til personer med nedsatt funksjonsevne som til andre, herunder at helsehjelpen skal være basert på et fritt og informert samtykke. Artikkel 14 verner om retten til frihet og sikkerhet, jf. til sammenligning Grunnloven § 94, FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter artikkel 9 og EMK artikkel 5. Tvangsmessig eksperimentell behandling er uttrykkelig forbudt i artikkel 15.
- (29) Det materialet som er fremlagt for Høyesterett med hensyn til hvilke føringer og begrensninger konvensjonen om personer med nedsatt funksjonsevne gir for tvangsinnleggelse og tvangsbehandling av psykisk syke, er fragmentarisk, flertydig og i noen grad også motstridende. Ikke minst er rekkevidden av den sentrale bestemmelsen i artikkel 14 nr. 1 b usikker, når den sier at "the existence of a disability shall in no case justify deprivation of liberty", jf. nærmere Syse, *Psykisk helsevernloven med kommentarer* (2016) side 460–469.
- (30) Så langt jeg kan bedømme dette, er det ikke grunnlag for generelt å konkludere med at konvensjonen forbyr tvangsinnleggelse og tvangsbehandling av psykisk syke, når dette skjer i henhold til de kriterier som følger av psykisk helsevernloven. Jeg viser her også til Prop. 106 S (2011–2012) side 16, hvor det gis uttrykk for at det i forbindelse med Norges ratifikasjon ikke ble funnet nødvendig å endre tvangsbestemmelsene i psykisk helsevernloven §§ 3-2, 3-3 og 4-4. Det blir der dessuten fremhevet at det gjelder klare tilleggsvilkår som må være oppfylt før tvangstiltak kan benyttes, og at varig og alvorlig psykisk lidelse ikke i seg selv gir adgang til tvungent psykisk helsevern. Norge har avgitt en særskilt erklæring til artikkel 14, bygget på den forståelse at konvensjonen tillater

tvungen omsorg og behandling "når omstendighetene gjør slik behandling nødvendig som en siste utvei, og behandlingen er undergitt rettssikkerhetsgarantier".

- (31) På denne bakgrunnen er jeg ikke enig med A i at det gjelder et mer alminnelig menneskerettslig forbud mot tvangsmedisinering av psykisk syke som ikke utgjør noen fare for andre, selv om vedkommende – på grunn av den pågående tvangsmedisineringen – for tiden er så velfungerende at han eller hun anses samtykkekompetent i andre anliggender, blant annet med hensyn til somatisk behandling. En ganske annen sak er at de menneskerettslige normene i Grunnloven og i konvensjonene utgjør rettslige rammer, rammer som ligger til grunn for utformingen av den alminnelige lovgivningen om tvangsbruk og som også, i varierende grad, vil måtte virke styrende ved tolkningen og anvendelsen av denne lovgivningen.
- (32) Jeg går da over til det lovtolkningsspørsmålet som står helt sentralt i saken, nemlig *hvilken tidshorison*t som skal legges til grunn ved bedømmelsen av om det for en pasient som mediseres med førstegenerasjon antipsykotika i depotform, er stor sannsynlighet for at vedkommende ved utskrivning vil få sin helsetilstand vesentlig forverret, jf. psykisk helsevernloven § 3-3 første ledd nr. 3 bokstav a.
- (33) Lagmannsretten har lagt til grunn en tidsmessig ramme på tre til fire måneder. Spørsmålet er om dette er et riktig utgangspunkt.
- (34) Loven bruker uttrykket "i meget nær framtid" for å angi tidshorisonen. Noen skarp grense er ikke dette. Formuleringen indikerer at det er tale om en relativt kort periode, men den utelukker ikke den tidsmessige rammen som lagmannsretten har lagt til grunn. Jeg viser her til Rt. 2014 side 801 avsnitt 33 og 45.
- (35) Høyesteretts dom fra 2014 har også utover dette stor interesse for avgjørelsen i vår sak. Den gjaldt andregenerasjon antipsykotika, og det var spørsmål om det av hensyn til den medisinske utviklingen som disse medikamentene representerte, burde skje en utvidelse av tidsrammen sammenlignet med det som hadde vært lovgivers utgangspunkt i 1999, da psykisk helsevernloven ble vedtatt.
- (36) Jeg finner grunn til å gjengi en vesentlig del av det førstvoterende i dommen fra 2014 sier om dette:

"(34) Forarbeidene til bestemmelsen gir noe klarere holdepunkter for hva lovgiver har ment. I Ot.prp. nr. 11 (1998–99) side 80 uttales det generelt om bestemmelsens rekkevidde:

'Departementet vil framholde at det må stilles svært strenge krav for at en person som er bragt opp på behandlingsmessig optimalt nivå skal kunne undergis tvungent psykisk helsevern på grunn av muligheten for forverring. Tvungent psykisk helsevern er et så inngripende tiltak at det ikke bør brukes mot noen bedrefungerende over lengre perioder uten at de får 'prøve seg' for å se hvordan det går. På den annen side må det også være en mulighet til å opprettholde vernet dersom utsiktene til en forverring er overhengende, f eks fordi vedkommende umiddelbart vil slutte å ta psykofarmaka.'

(35) Om spesielt tidsmomentet uttales på samme side:

'Departementet ser tvungent psykisk helsevern som såvidt inngripende at selv om man antar at pasienten vil slutte å ta medisiner, så bør pasienten likevel få en mulighet til å prøve seg, dersom det ikke er stor sannsynlighet for at forverringen vil inntreffe nokså

umiddelbart. På bakgrunn av at en del depot-medikamenter har langtidsvirkning vil det være naturlig å antyde en grense for vurderingen på maksimum 2 måneder.’

(36) Hva formuleringen nærmere innebærer, er behandlet av Høyesterett i Rt. 2001 side 752. Etter å ha sitert forarbeidene, uttalte førstvoterende:

‘Som man ser antyder departementet her en maksimumsgrense på to måneder. Jeg finner at uttalelsen ikke kan tas som mer enn en antydning. Rt. 1993 side 249 brukte uttrykket 'rimelig nær fremtid', som er en skjønsmessig vurdering uten noen fast grense. Det er opplyst at Helsedirektoratet i tidligere rundskriv har antydnet en grense på seks måneder. Ut fra det uttalte ønsket om å foreta en innstramming, finner jeg at dette ikke kan opprettholdes

...

Slik saken nå står, finner jeg det mest sannsynlig at forverringen vil inntreffe allerede innenfor en to-måneders periode, i hvert fall ikke noe vesentlig senere. Jeg finner derfor at vilkåret 'i meget nær framtid' er oppfylt.’

(37) Høyesterett konkluderte altså med at forarbeidenes angivelse av en maksimumstid på to måneder ikke kunne tas for mer enn en antydning, og at en forverring som ikke inntraff noe vesentlig senere enn to måneder, lå innenfor lovens krav.

(38) I Rt. 2001 side 1481 på side 1487 kom Høyesterett til at virkningen av depotmedisinen ville være 'vesentlig mer enn to måneder etter et eventuelt opphør av medisineringsen', noe som tilsa at forverringsvilkåret ikke kom til anvendelse.

(39) Det er vanskelig å forene en periode på tre til fire måneder med den rettsstilstanden som jeg her har beskrevet. Det har imidlertid gradvis utviklet seg en ganske utstrakt praksis i lagmannsrettene som bygger på at en vesentlig forverring som inntreffer etter tre til fire måneder etter utskrivning, ligger innenfor lovens krav. Det er denne praksisen tingretten og lagmannsretten har vist til ved anvendelsen av forverringsvilkåret i vår sak. Også i Helsedirektoratets seneste rundskriv 'Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer', IS-9/2012, er det vist til denne praksisen.

(40) Spørsmålet er om det er rettslig grunnlag for en slik utvidelse av tidsgrensen sammenlignet med det som følger av proposisjonen og de nevnte høyesterettsdommene.

(41) Av sitatet fra proposisjonen framgår at når departementet anslo tidsgrensen til maksimum to måneder, var det med henvisning til depotmedikamentenes langtidsvirkning. Jeg forstår denne begrunnelsen slik at hvis forverringsvilkåret skal være et aktuelt vilkår for fortsatt tvangsmessig tilbakeholdelse i psykisk helsevern også for depotmedisinerte pasienter, kan tidsgrensen ikke settes for kort. Dette har sammenheng med at depotmedikamenter vil ha en gradvis reduserende virkning. Det vil derfor gå en viss tid etter utskrivningen før medisinen er ute av kroppen. Dersom tidsgrensen settes for kort, vil reduksjonen i virkning ikke ha nådd den nedre grensen for medikamentets terapeutiske virkning. Det vil på dette tidspunktet ikke være praktisk mulig å registrere om pasienten vil få sin helsetilstand vesentlig forverret som følge av opphøret av det psykiske helsevernet.

(42) Når grensen ble satt til to måneder, antar jeg at det er gjort ut fra kunnskapen om virkningstiden for de depotmedikamentene som var i bruk på den tiden. For Høyesterett har overlege i psykiatri, dr. med. Erik Johnsen, gitt en redegjørelse for den utviklingen som har funnet sted på dette området. Det framgår at det fra 1990 og utover ble introdusert en ny gruppe antipsykotiske legemidler. Denne 'annengenerasjons' antipsykotika har lengre virkningstid og mindre bivirkninger sammenlignet med de eldre – 'førstegenerasjons' – antipsykotiske legemidler. Om utviklingen etter at dagens lov ble gitt i 1999, heter det i redegjørelsen:

‘Siden 1999 har flere nye annengenerasjons antipsykotika blitt tatt i bruk i Norge, og enkelte annengenerasjons antipsykotika har blitt tilgjengelige i depotformulering. Noen

av disse ... har lengre halveringstider enn førstegenerasjonsmidlene. Dette gjelder spesielt preparatene Abilify Maintena (halveringstid 29,9-46,5 dager), ZypAdhera (halveringstid 30 dager) og Xeplion (halveringstid 25-49 dager). Ut fra redegjørelsen i punkt 2.1 er det rimelig å anta at terapeutisk konsentrasjon etter siste injeksjon for disse nye preparatene vil vedvare lenger på virkested sammenlignet med for de eldre depotpreparatene.'

(43) Av en tabelloversikt i rapporten framgår at mens de fleste førstegenerasjons antipsykotika i form av depotmedikament hadde en halveringstid på tre uker, ligger halveringstiden på annengenerasjons antipsykotika rundt 30 dager og mer. Det er opplyst at A blir behandlet med ZypAdhera, som har 30 dagers halveringstid.

(44) Ut fra redegjørelsen fra overlege Johnsen er det grunn til å anta at departementet, når det anga maksimumsgrensen til to måneder, baserte seg på virkningstiden for førstegenerasjons antipsykotika i depotformulering. Når det nå benyttes antipsykotika med lengre virkningstid, finner jeg at det vil være i samsvar med formålet med tidsangivelsen i lovforarbeidene fra 1999 at denne i dag strekkes noe ut i tid. I motsatt fall vil de pasientene som i dag får annengenerasjons antipsykotika, risikere ikke å bli vurdert ut fra forverringsvilkåret selv om de blir utsatt for vesentlig forverring når virkningstiden er ute, fordi preparatet har terapeutisk virkning ut over to måneder fra utskrivningen. En slik justering er også nødvendig for at pasienter som behandles med annengenerasjons antipsykotika, skal bli undergitt den samme vurderingen som pasienter som behandles med førstegenerasjons medisiner.

(45) Etter dette er jeg kommet til at en forverring som skjer etter tre til fire måneder etter utskrivning, ligger innenfor lovens krav om vesentlig forverring 'i meget nær framtid'. Det kan ikke utelukkes at grensen kan strekkes ytterligere ut alt etter virkningstiden for legemidlet og det individuelle reaksjonsmønsteret for den enkelte pasient. Jeg antar imidlertid at grensen på tre til fire måneder bør gjelde for hovedtyngden av denne pasientgruppen, og at en ytterligere utstrekking av grensen i så fall bare kan skje i mer spesielle tilfeller. Noe vesentlig ut over tre til fire måneder kan det imidlertid ikke være tale om når hensyn tas til den relativt snevre rammen som følger av lovens ordlyd."

- (37) Jeg utleder av dommen at Høyesterett sluttet seg til den utvidelsen av tidsgrensen til tre til fire måneder som etterhvert hadde festnet seg i ting- og lagmannsrettenes praksis, sammenlignet med lovgivers utgangspunkt i 1999. Det fremgår av dommen at det avgjørende i så måte var at den medisinske utviklingen knyttet til andregenerasjon antipsykotika hadde endret de forutsetninger lovgiver måtte antas å ha bygget på ved sin antydning av grensen på to måneder. Spørsmålet As sak reiser, og som Høyesterett i hvert fall ikke uttrykkelig tok stilling til i 2014-dommen, er om førstegenerasjon antipsykotika gitt i depot står likt med andregenerasjon når det gjelder tidsgrensen i § 3-3 første ledd nr. 3 bokstav a.
- (38) Det er argumenter mot en likestilling: Førstegenerasjon antipsykotika har ofte kortere virkningstid enn andregenerasjon medikamenter. Det medisinske grunnlaget for utvidelsen, og dermed også berettigelsen av å fravike lovgivers uttalte oppfatning av den anbefalte tidsmessige rammen, blir da – kan det hevdes – tilsvarende svakere. Bruk av tvang i psykiatrien er, og har lenge vært, omstridt politisk, medisinsk og etisk. Et regjeringssoppnevnt lovutvalg har stilt seg kritisk til tvangsinnleggelse etter forverringsalternativet, se NOU 2011: 9 side 170–171. Ønskeligheten av det som vil kunne oppfattes som en reell utvidelse av mulighetene for fortsatt tvangsinnleggelse eller tvangsbehandling etter dette alternativet, burde da – vil man kunne mene – overveies av lovgiver, basert på et bredere og mer avklart grunnlag. Man ville i en slik sammenheng også kunne ta stilling til tilgrensende spørsmål, for eksempel hvilken tidsramme som bør gjelde der medisinen tas i tablettform.

- (39) Når jeg likevel, på tross av de motargumentene jeg nettopp nevnte, er kommet til at den tidsgrensen som formuleres i Rt. 2014 side 801, også gjelder for pasienter som får førstegenerasjon antipsykotika i depot, er det ut fra den samlede vekten av følgende fem elementer:
- (40) For det første: En tidsramme på omkring tre til fire måneder ligger, også for førstegenerasjon antipsykotika, innenfor ordlyden i psykisk helsevernloven § 3-3 første ledd nr. 3 bokstav a. Ved den avklaring som Høyesteretts avgjørelser i 2014 og nå vil utgjøre, vil de formelle og de materielle krav til lovhjemmel i Grunnloven § 113 og § 102, jf. EMK artikkel 8, være tilfredsstillt. Jeg viser til Rt. 2014 side 1105 avsnitt 25–26 og til EMDs dom 17. juli 2012 *Munjaz mot Storbritannia* avsnitt 88.
- (41) For det andre: Det er mitt inntrykk at forskjellen mellom første- og andregenerasjon antipsykotika for så vidt gjelder virkningstid ikke er så stor – og heller ikke så entydig – som skillet kanskje kunne indikere. Det vil, så vidt jeg forstår, dessuten kunne være store individuelle forskjeller med hensyn til hvordan medikamentene virker hos den enkelte pasient. Ved å legge avgjørende vekt på om vedkommende bruker første- eller andregenerasjon antipsykotika, ville man kunne komme til å skape et misvisende skinn av individuell behandling basert på eksakt kunnskap.
- (42) For det tredje: For praktiseringen av reglene har det selvstendig verdi at det opereres med en felles tidshorisont for all depotmedisin, som da også bør være uavhengig av hvilken generasjon medikamentet tilhører og aktuell halveringstid for virkestoffet.
- (43) For det fjerde: Spørsmålet her er hvilken ytre tidsmessig ramme som må trekkes i forbindelse med den prognosen som skal gis om pasientens utvikling ved eventuell utskrivning. Vedtak om tvang kan bare treffes dersom, og så langt, tvang samlet sett også er forholdsmessig, jf. psykisk helsevernloven § 3-3 nr. 6, sammenholdt med Grunnloven § 102 og EMK artikkel 8. Lovgivers uttalelser i forarbeidene til psykisk helsevernloven om tilbakeholdenhet med å bruke tvang med hjemmel i forverringsalternativet, vil – uavhengig av tidshorisonten for forverringsprognosen – måtte ivaretas med utgangspunkt i denne forholdsmessighetsvurderingen. Jeg viser spesielt til Ot.prp. nr. 11 (1998–1999) side 80 og Rt. 2001 side 752 på side 759.
- (44) For det femte: Lagmannsrettens lovforståelse i As sak, som altså også jeg er kommet til må være den riktige, ser ut til å være i tråd med øvrig lagmannsrettspraksis i tiden etter 2014-dommen. Denne lovforståelsen er dessuten kommet til uttrykk i Høyesteretts ankeutvalgs begrunnede ankenektelse i sak HR-2016-749-U avsnitt 9 og i Helsedirektoratets brev 11. november 2015 til kontrollkommisjonene for det psykiske helsevern og de regionale helseforetakene.
- (45) Jeg etter dette kommet til at lagmannsretten har bygget på en riktig lovforståelse.
- (46) Slik saken er skåret til for Høyesterett, er det ikke lagt opp til noen inngående prøving av de øvrige vilkår for å opprettholde tvang. Men jeg finner grunn til å nevne at jeg ut fra det materialet som er presentert i saken, ikke har funnet holdepunkter for at det ikke er riktig å opprettholde tvangen.
- (47) Jeg går på denne bakgrunn inn for at anken forkastes.
- (48) Jeg stemmer for denne:

D O M :

Anken forkastes.

- (49) Dommer **Normann:** Jeg er i det vesentlige og i resultatet enig med førstvoterende.
- (50) Dommer **Falch:** Likeså.
- (51) Dommer **Noer:** Likeså.
- (52) Justitiarius **Øie:** Likeså.
- (53) Etter stemmegivningen avsa Høyesterett denne

D O M :

Anken forkastes.

Riktig utskrift bekreftes: