



# NORGES HØYESTERETT

Den 20. november 2018 avsa Høyesterett bestående av dommerne Endresen, Møse, Noer, Arntzen og Høgetveit Berg dom i

**HR-2018-2204-A, (sak nr. 18-112246SIV-HRET), sivil sak, anke over dom:**

A (advokat Ingvar Harald Seth)

mot

Staten v/Helse- og omsorgsdepartementet (Regjeringsadvokaten  
v/advokat Knut-Fredrik Haug-Hustad  
– til prøve)

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

- (1) Dommer **Noer**: Saken gjelder krav om utskrivning fra tvungent psykisk helsevern. Den reiser særlig spørsmål om hva som ligger i kravet til manglende samtykkekompetanse som vilkår for tvungen behandling.
- (2) A er født 00.00 1957. Hun har hatt kontakt med psykiatrien siden slutten av 1990-tallet. Den første tiden fikk hun diagnosen "paranoid schizofren", F 22, men fra 2009 har det vært lagt til grunn at hun har en "schizoaffektiv lidelse, blandet manisk-depressiv type", F 25.2.
- (3) Siden 20. desember 2011 har A vært underlagt tvungent psykisk helsevern. Tvungen består i dag av at hun må møte hos fastlegen en gang i måneden for injeksjon med depotmedisin, noe jeg kommer nærmere tilbake til.
- (4) A har mange ganger krevd å bli utskrevet fra det tvungne helsevernet hun nå står under. Tre ganger har saken blitt behandlet av domstolene. I samtlige saker kom retten til at

vilkårene for tvang var oppfylt, jf. dommer fra Frostating lagmannsrett av 7. november 2012, 13. mars 2014 og 7. september 2016. De to første dommene ble anket til Høyesterett, men ble ikke tillatt fremmet.

- (5) Kontrollkommisjonen for psykisk helsevern for Sunnmøre avsto i vedtak av 24. oktober 2017 et nytt krav fra A om avslutning av tvangen. Det psykiske helsevernet er seinere blitt forlenget med inntil ett år ved vedtak av Kontrollkommisjonen 5. desember 2017.
- (6) A brakte saken inn for Sunnmøre tingrett, som den 28. februar 2018 avsa dom med slik slutning:

**"As begjæring om utskriving fra tvungent psykisk helsevern tas ikke til følge."**

- (7) Dommen ble anket til Frostating lagmannsrett av A. Lagmannsretten forkastet anken med fem mot en stemme i dom 31. mai 2018.
- (8) A har anket til Høyesterett. Høyesteretts ankeutvalg traff 31. juli 2018 beslutning om å fremme deler av anken til behandling. Beslutningen lyder slik:

**"Anken fremmes til behandling i Høyesterett for så vidt gjelder spørsmålet om 'forverringsvilkåret' i psykisk helsevernloven § 3-3 nr. 3 bokstav a er oppfylt, om A mangler samtykkekompetanse, jf. psykisk helsevernloven § 3-3 nr. 4, og om vilkåret i psykisk helsevernloven § 3-3 nr. 7 er oppfylt. For øvrig tillates ikke anken fremmet."**

- (9) A har i korte trekk gjort gjeldende:
- (10) Vilråene for fortsatt tvungent psykisk helsevern er ikke oppfylt.
- (11) For det første er lovens krav om manglende samtykkekompetanse ikke tilfredsstillt. Innføringen av dette vilkåret i psykisk helsevernloven hadde som formål å styrke pasientens selvbestemmelse og rettssikkerhet. Det er et strengt krav, som skulle gi den behandlingsansvarlige et sterkere insentiv til å forsøke å oppnå avtale med pasienten om frivillig behandling.
- (12) Kravet får særlig betydning for personer som A, som gjennom behandlingen er bragt opp på et optimalt nivå og kun mottar såkalt vedlikeholdsbehandling. Pasienter som er ferdigbehandlet og som har vært på vedlikeholdsbehandling over lang tid, har rett til å få sin samtykkekompetanse tilbake.
- (13) For det andre er forverringsvilkåret i loven ikke oppfylt. A er velfungerende i dag med bolig og ordnet økonomi, og hun vil søke hjelp straks hun merker tilbakefall. Hun går på depotmedisin, og det vil ta lang tid fra hun utskrives til hun eventuelt blir dårligere igjen.
- (14) For det tredje tilsier en helhetsvurdering at det er best for A å avslutte den tvungne medisineringen. Etter så mange år med en behandling hun ikke ønsker, må hun få lov til å prøve seg uten medisiner.
- (15) A har lagt ned slik påstand:

**"A skrives ut fra tvungent psykisk helsevern."**

- (16) *Staten v/Helse- og omsorgsdepartementet* har i korte trekk gjort gjeldende:
- (17) Samtykkekompetanse forutsetter at en person kan foreta en realistisk vurdering av egen sykdom og konsekvensene av egne valg. Det krever at pasienten har sykdomsinnsikt. Uten det vil pasienten heller ikke kunne ha en reell forståelse av følgene av å avslutte behandlingen, og ikke kunne treffe en gyldig beslutning om helsehjelp. Formålet med lovendringen var å styrke pasienters selvbestemmelsesrett, men grunnpremisset er fremdeles å sikre pasienter riktig behandling.
- (18) Selv om A har vært under behandling lenge, har hun ikke gjenvunnet samtykkekompetansen. Hun har dårlig sykdomsinnsikt og anerkjenner ikke behovet for medisiner.
- (19) Også forverringsvilkåret etter loven er oppfylt. A har en lett påvirkelig grunnsykdom, og har tidligere brutt avtaler om medisiner. Hun er tydelig på at hun vil slutte med medisiner, og det er grunn til å tro at det vil skje raskt. Hun vil i løpet av få måneder få økende paranoide vrangforestillinger og funksjonssvikt.
- (20) Heller ikke en helhetsvurdering tilsier at tvangen opphører nå. A har det bra i dag, men det tok to og et halvt år etter siste innleggelse før hun var oppe på det nivået hun er nå. Tvangen er ikke inngripende, og det er ikke dokumentert vesentlige bivirkninger av medisinene. Retningslinjene anbefaler minst fem år med medikamentell vedlikeholdsbehandling, som i dette tilfelle ikke startet før i 2014. Det vil være svært uheldig å skrive henne ut før dette.
- (21) Staten v/Helse- og omsorgsdepartementet har lagt ned slik påstand:

**"Anken forkastes."**

- (22) *Mitt syn på saken*
- (23) A har opp gjennom årene hatt en rekke innleggelser i psykiatrisk helsevern, både frivillige og etter tvangsvedtak. De første journalnotatene som er lagt fram for Høyesterett, er fra 2004–2005. I juni 2005 ble hun innlagt ved Y sjukehus etter flere tidligere opphold der og andre steder i landet. I journalen blir hun beskrevet med "massive paranoide forestillinger". Hun turte ikke bo hjemme fordi hun var redd for å bli voldtatt, og følte seg "forfulgt og sveket av politi, advokater, familie og helsevesen". Hun fortalte om "flere pågående rettssaker" og sa hun hadde sluttet med medisin tre måneder tidligere, jf. epikrise av 7. juli 2005.
- (24) A ble utskrevet den 7. juli, men innlagt igjen tre uker seinere. Fra 2005 til 2009 var hun under tvungent psykisk helsevern. I 2009 fikk hun medhold av fylkesmannen i klage over vedtak om tvangsmedisinering. Hun ble da utskrevet. Begrunnelsen var at hun gikk med på å ta tabletter frivillig. I epikrise av 26. november 2009 heter det om dette:

**"Hun har frivillig akseptert å ta imot medisiner per os. Hun har frivillig tatt i mot tilbud ved Ø boliger, som på dagtid har bemanning av personell med kompetanse innenfor psykiatri. Hun har kommet i gang med arbeid på Z. Det er grunn til å tro at hun med disse rammene kan fungere godt uten at tvunget psykisk helsevern opprettholdes."**

**Pasienten sier hun vil samarbeide om frivillige innleggelse i psykiatrisk avdeling dersom det skulle være indikasjon for det."**

- (25) I oktober 2010 ble A besøkt på bopel av overlegen ved det psykiatriske akutt-teamet ved Y sjukehus. Hun hadde det ryddig og fint i leiligheten, og det ble vurdert slik at det ikke "på noe vis er riktig eller mulig å tvangsinnlegge henne". Det er uklart om hun da hadde sluttet med medisiner eller ikke.
- (26) Den 20. desember 2011 ble det fattet nytt vedtak om tvangsinnleggelse. Hun hadde da sterke vrangforestillinger og et tidvis meget høyt stemningsleie. Det går fram av journalen at hun måtte fratas telefon i perioder da hun ringte ulike instanser døgnet rundt og fortalte at hun "er kidnappet, innesperret og voldtatt", jf. notat 9. januar 2012.
- (27) Det ble satt i gang medisinering med antipsykotika. A fikk etter dette gradvis mindre vrangforestillinger og mindre svingninger mellom depressive perioder og perioder med høy aktivitet. I mars 2014 ble hun utskrevet fra institusjonsbehandling og har siden bodd i leilighet i Y.
- (28) Fra 2015 har A arbeidet to til tre dager i uka som butikkmedarbeider på X. I tillegg har hun i lang tid vært støttekontakt for demente to dager i uka. Hun er aktiv i flere foreninger og deltar på gruppeturer mv. Ukentlig får hun besøk av ACT-teamet (Assertive Community Treatment), som er et oppsøkende behandlingsteam ved Y sjukehus.
- (29) A får i dag antipsykotisk medisin Xeplion 75 mg i form av depotinjeksjoner én gang i måneden av sin fastlege. Dette er en lav dose, også karakterisert som såkalt vedlikeholdsbehandling.
- (30) Ved siste 3-måneders vurdering fra 12. september 2018 blir hun beskrevet slik av overlege B:

**"Hun gir god formell og noe dårligere emosjonell kontakt, fremstår rolig og gir uttrykk for å ha det bra nå.**

**Stemningsleiet vurderes som forhøyet: pasienten kommuniserer på det meste i form av monolog. Hun snakker mye, det er vanskelig å avbryte henne, tenkning er rask i tempo og pasienten hopper fra et tema til et annet veldig fort. ...**

**Det fremkommer ingen tydelige forstyrrelser av tankeinnhold i form av nåværende vrangforestillinger. Men hun forteller om sine vrangforestillinger når hun ble vurdert som psykotisk. A tar opp dette at hun mener at politi og advokater har slått seg sammen, og gått imot henne når hun bodde i Æ. Hun hevder at også i Y [har] politimesteren og flere advokater [...] gått imot henne. Hun føler at hun har blitt motarbeidet i systemet og fratatt sin bestemmelse. Hun forteller om når hun bodde i Æ så skiftet politiet piggdekk, så hun [har] forstått at hun ble tvunget til å flytte til Y. Hun tenker ikke at disse hendelser var vrangforestillinger og har ingen innsikt i at hendelser [skyldes] hennes sykdom."**

- (31) Jeg går da over til å se på de rettslige vilkårene for tvungent psykisk helsevern. Jeg nevner først at retten kan prøve alle sider av saken og er ubundet av partenes anførsler og påstander, jf. tvisteloven kapittel 36. Det er situasjonen på domstidspunktet som er avgjørende, jf. Rt-2001-752.

- (32) Grunnvilkåret for etablering og opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern er at en person har en "alvorlig sinnslidelse", jf. lov om psykisk helsevern § 3-3 nr. 3. Dette spørsmålet er ikke behandlet i Høyesterett, og jeg bygger som lagmannsretten på at A har en schizoaffektiv lidelse, blandet manisk-depressiv type. Kravet om alvorlig sinnslidelse er oppfylt selv om A på grunn av behandlingen nå har langt færre symptomer enn tidligere.
- (33) *Samtykkekompetanse*
- (34) Et hovedspørsmål i saken er om A er samtykkekompetent, med andre ord om hun kan velge å avslutte behandlingen.
- (35) Utgangspunktet er at "psykisk helsevern ytes på bakgrunn av samtykke", jf. lov om psykisk helsevern § 2-1 og pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.) § 4-1.
- (36) For at personer som *ikke gir samtykke* til helsehjelp likevel skal kunne tas under behandling, må pasienten mangle "samtykkekompetanse", jf. psykisk helsevernloven § 3-3 nr. 4. Reglene om dette kom inn i psykisk helsevernloven ved lovendring 10. februar 2017 (i kraft fra 1. september 2017). Vilkåret gjelder bare der det ikke er nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse.
- (37) Avgjørelsen av om en person er samtykkekompetent skal i utgangspunktet treffes av ansvarlig lege etter et klinisk skjønn, jf. pbrl. § 4-3 tredje ledd, jf. psykisk helsevernloven § 1-5.
- (38) Innholdet i kravet til samtykkekompetanse er definert i pbrl. § 4-3. Hovedregelen er at alle personer over 16 år som ikke er umyndiggjort, kan bestemme om de vil ha behandling eller ikke, jf. pbrl. § 4-3 første ledd. Denne retten – samtykkekompetansen – kan imidlertid falle bort helt eller delvis. Vilkåret er at personen det gjelder har en sykdom eller mental svekkelse som påvirker de kognitive evnene slik at vedkommende åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter. Regelen går fram av pbrl. § 4-3 andre ledd, som lyder slik:
- "Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter."**
- (39) Det er altså tre kriterier som er avgjørende for om en person har kompetanse til å nekte behandling:
- Et sykdomsvilkår
  - Et krav om årsakssammenheng
  - Et krav om manglende forståelsesevne
- (40) I vår sak er det vilkåret om at vedkommende *åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter* som er aktuelt.
- (41) Spørsmålet om å innføre et vilkår om samtykkekompetanse innenfor det psykiske helsevernet ble første gang vurdert av utvalget bak NOU 2011:9 "Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet". Departementet fulgte opp utredningen i Prop. 147 L (2015–2016), "Endringer i psykisk helsevernloven mv. (økt selvbestemmelse og rettssikkerhet)".

Departementet foreslo her å styrke pasienters medvirkning, selvbestemmelse og rettssikkerhet i det psykiske helsevernet. Utvalgets forslag om å innføre krav om "manglende beslutningskompetanse" som vilkår for tvungent psykisk helsevern, ble ikke videreført. Departementet tok isteden initiativ til en ny utredning av kriteriene for tvungen behandling på området. Noe av bakgrunnen var tall fra Helsedirektoratet som tydet på at bruk av tvang "går litt opp og at det fortsatt er store geografiske variasjoner i bruken av tvang", jf. kapittel 1 i proposisjonen.

- (42) Om formålet med å innføre et krav om samtykkekompetanse i psykisk helsevernloven, heter det i proposisjonen kapittel 6.2.4.1:

**"Departementet vil imidlertid vise til at det i tilfeller der pasienten ikke utgjør en fare for andres liv eller helse, som utgangspunkt er vanskelig å legitimere tvungent vern og behandling overfor mennesker som har samtykkekompetanse. Selv om pasienten har en alvorlig sinnslidelse, bør dette etter departementets syn ikke være et tilstrekkelig grunnlag for å overprøve pasientens vurderinger."**

- (43) Reglene om samtykkekompetanse antas av departementet særlig å få konsekvenser for pasienter under langvarig tvangsmedisinering:

**"Departementet legger til grunn at innføring av en kompetansebasert modell i praksis særlig vil få konsekvenser for langvarig tvangsmedisinering. Slik behandling må anses som et særlig inngripende tiltak."**

- (44) Personer på såkalt vedlikeholdsbehandling, som er under tvungent vern uten døgnopphold, antas å bli berørt av lovendringen, jf. side 25 i proposisjonen:

**"Tvungent psykisk helsevern starter nesten alltid med døgnopphold. Deretter er mange av pasientene under tvungent vern uten døgnopphold. Denne tvangsformen benyttes ofte for vedlikeholdsbehandling når den akutte psykosen eller manien er over. Departementet antar at overgangen til en kompetansebasert modell vil være særlig aktuell for pasienter under tvungent vern uten døgnopphold, og at modellen kan redusere tvangsbruken for denne gruppen.**

**... Departementet antar at en kompetansebasert modell vil medføre mindre bruk av tvang i de tilfellene der tvangen vanskeligst lar seg forsvare etisk. Dette vil særlig gjelde pasienter som faglig sett vurderes som godt behandlet, og der behandling uten eget samtykke blir gjennomført som såkalt vedlikeholdsbehandling."**

- (45) Som retningslinje for å avgjøre om en person er samtykkekompetent med rett til å nekte behandling, vises det i proposisjonen kapittel 6.2.4.2 til Helsedirektoratets rundskriv IS-9/2012 Psykisk helsevernloven og helsevernforskriften med kommentarer. Rundskrivet, som omtalte kravet til samtykkekompetanse i det somatiske helsevesenet, er seinere erstattet av rundskriv IS-1/2017. Fire momenter fra rundskrivet er gjengitt i proposisjonen kapittel 6.2.1.2, jf. også rundskrivet fra 2017 side 17:

**"– evnen til å uttrykke et valg  
– evnen til å forstå informasjon som er relevant for beslutningen om helsehjelp  
– evnen til å anerkjenne informasjonen i sin egen situasjon, spesielt i forhold til egen lidelse og mulige konsekvenser av de ulike behandlingsalternativene  
– evnen til å resonnerer med relevant informasjon i en avveining av de ulike behandlingsalternativene."**

- (46) Ut over disse generelle kommentarene inneholder proposisjonen lite om hva som ligger i kravet til samtykkekompetanse innenfor det psykiske helsevernet.
- (47) Stortinget sluttet seg til forslagene i proposisjonen, jf. Innst. 147 L (2016–2017) side 7.
- (48) Rundskrivet fra 2017 gir noe mer veiledning om kravet til forståelseevne. Det understrekes på side 15 at pasienter som etter en tids behandling gjenvinner samtykkekompetansen, kan nekte å motta videre behandling. Dette gjelder "selv om pasienten har en alvorlig sinnslidelse og helsepersonellet mener pasienten trenger behandling".
- (49) Om hvor stor grad av forståelseevne som kreves, sies det samme sted at man kan være samtykkekompetent selv om man har en redusert evne til å forstå hva helsehjelpen omfatter:

**"Det sentrale er hvorvidt pasienten klarer å ta en beslutning som ikke i for stor grad er påvirket av den psykiske lidelsen. Både for å samtykke og for å nekte kreves det et visst nivå av konsekvensinnsikt.**

**Det er tilstrekkelig med såkalt alminnelig forståelse, det vil si at det ikke kan stilles spesielle eller strenge krav til forståelsen. Pasienten kan ha samtykkekompetanse selv om vedkommende ikke forstår medisinske prosedyrer eller årsakssammenhenger. For å vurderes som samtykkekompetent kan det være tilstrekkelig at pasienten forstår nødvendigheten av helsehjelpen."**

- (50) Det kreves altså "et visst nivå av konsekvensinnsikt" for å være samtykkekompetent, og at vedkommende "forstår nødvendigheten av helsehjelpen". Uten en slik innsikt vil det være vanskelig for pasienten å vurdere hva som kan bli følgene av å nekte behandling. Dette er utdypet i rundskrivet på side 17, i tilknytning til det som sies om pasientens evne til "anerkjennelse og anvendelse av informasjonen i egen situasjon":

**"Dersom pasienten ikke erkjenner lidelsen og at vedkommende har det vanskelig, og ikke vurderer eller føler det er behov for hjelp, vil informasjonen ofte ikke kunne sies å være anerkjent i den aktuelle situasjonen."**

- (51) Det er ingen praksis fra Høyesterett om kravet til samtykkekompetanse i det psykiske helsevernet som gir direkte veiledning for vår sak. Både Rt-2010-612 og HR-2016-1286-A omhandler kravet til samtykkekompetanse, men gjelder andre spørsmål enn i vår sak.
- (52) Dommen i Rt-2015-913 er imidlertid av en viss interesse. Høyesterett kom der til at livstruende anoreksi måtte sies å være en alvorlig sinnslidelse. Avgjørende var at pasienten "på grunn av sin sykdom har en alvorlig svikt i evnen til å foreta en realistisk vurdering av egen kropps utseende, vekt og fungering og av de helsemessige konsekvensene av å innta mindre næring enn hun trenger", jf. avsnitt 53.
- (53) Departementet viser i Prop. 147 L til disse uttalelsene under vurderingen av kravet til samtykkekompetanse for pasienter med alvorlig anoreksi, jf. kapittel 6.2.4.3. Selv om saken i Høyesterett ikke gjaldt kravet om samtykkekompetanse, og selv om det her var fare for liv og helse, har uttalelsene i dommen om "evnen til å foreta en realistisk vurdering" av egen situasjon derfor en viss overføringsverdi.

(54) Det har også interesse å se på de medisinske anbefalingene på området. Helsedirektoratet har gitt retningslinjer for "Utredning, behandling og oppfølging av psykoselidelser" i IS-1957. For pasienter som fyller diagnosekriteriene for schizofreni og som har hatt tilbakefall, anbefales "langvarig vedlikeholdsbehandling", eksemplifisert med fem år, jf. side 84. Det samme sies i Statens helsetilsyns utredningsserie "Schizofreni. Kliniske retningslinjer for utredning og behandling" nr. 9-2000. Her heter det om pasienter som har hatt ett eller flere tilbakefall av schizofreni at de bør stå på vedlikeholdsbehandling med antipsykotika i minst fem år.

(55) I retningslinjene IS-1957 side 85 omtales pasienter som er stabilt symptomfrie og som trapper ned legemiddelbruken, men starter opp igjen dersom de får begynnende symptomer. Selv om dette kan oppleves positivt av pasienten, blir slik "på og av"-behandling likevel ikke anbefalt:

**"Studier av intermitterende dosering viser at metoden gir mindre total legemiddeleksponering og oppleves som positivt av mange. Risikoen for symptomoppblomstring og tilbakefall er imidlertid betydelig større enn ved kontinuerlig legemiddelbruk, og intermitterende behandling blir derfor ikke anbefalt."**

(56) Det understrekes her og i mange andre sammenhenger at det beste er å få til frivillig behandling. Ifølge Statens helsetilsyns utredning er pasientenes motivasjon og vilje til samarbeid ofte sterkere nå enn tidligere, siden de nye annengenerasjons medisinene har mindre bivirkninger enn de gamle, jf. utredningsserien side 21.

(57) Hva kan man så trekke ut av disse generelle anvisningene for innholdet i kravet til samtykkekompetanse?

(58) Ønsket om å styrke pasienters selvbestemmelse har vært sentralt for at lovgiver innførte regler om samtykkekompetanse også i det psykiske helsevernet. I dette ligger et ønske om mindre bruk av tvang og større grad av frivillig behandling enn tidligere. De nye reglene må derfor også leses som en oppfordring til helsepersonell om i sterkere grad enn før å forsøke å få til frivillig behandling.

(59) Frivillighet er likevel ikke alltid mulig å oppnå. Slik jeg forstår uttalelsene i forarbeidene og i rundskrivet, er det avgjørende da om pasienten har evne til å treffe et behandlingsvalg basert på noenlunde realistiske forutsetninger.

(60) Jeg er derfor ikke enig med ankende part i at en person som er "ferdigbehandlet" og bare får vedlikeholdsbehandling, uten videre har fått sin samtykkekompetanse tilbake. Når departementet omtaler denne pasientgruppen som særlig aktuell for utskrivning etter de nye reglene, antar jeg at man først og fremst sikter til pasienter som har oppnådd en viss sykdomsinnsikt. En annen forståelse rimer dårlig med ordlyden i pbrl. § 4-3 andre ledd, som krever at vedkommende er i stand til å forstå hva samtykket omfatter. Det samme følger av rundskrivet, hvor det blant annet legges vekt på "evnen til å anerkjenne informasjonen i sin egen situasjon, spesielt i forhold til egen lidelse".

(61) Reglene om samtykkekompetanse må her ses i sammenheng med hva som kreves for å gi et *gyldig samtykke* til helsehjelp. Etter pbrl. § 4-1 forutsetter et gyldig samtykke at pasienten har "fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen". Poenget er altså at pasienten skal kunne treffe et *informert valg* med hensyn



til fortsatt behandling. Da må pasienten være i stand til å forstå informasjonen som gis og hva som kan bli konsekvensene av å nekte behandling.

- (62) Ankende parts syn ville kunne bety at man oftere får et behandlingsregime i strid med de medisinskfaglige retningslinjene på området. Som nevnt tidligere, sies det her at personer med schizofreni som har hatt tilbakefall, vil kunne ha behov for minst fem års vedlikeholdsmedisinering. "På og av"-behandling anbefales ikke på grunn av den økte faren for tilbakefall. Noe av siktemålet med behandlingen er nettopp at pasienten skal oppnå større grad av sykdomsinnsikt. Jeg viser her til det departementet uttaler i de opprinnelige forarbeidene til reglene om psykisk helsevern i Ot.prp. nr. 11 (1998–1999), kapittel 5.3.1:
- "Hensikten med å etablere tvungent psykisk helsevern er nettopp å få den sinnslidende under behandling slik at vedkommende kommer i en sinnstilstand der han eller hun er i stand til å foreta rasjonelle valg og følge en bevisst kurs. En ubehandlet alvorlig sinnslidelse kan føre til at den sinnslidende blir kraftig invalidisert og aldri får sjansen til å gjøre noe meningsfullt ut av livet."**
- (63) Det å nekte å motta behandling kan få store helsemessige konsekvenser – ikke minst for personer med alvorlig sinnslidelse. Det avgjørende må derfor være i hvilken grad sykdommen påvirker personens evne til å foreta en realistisk vurdering av egen tilstand og konsekvensene av behandlingsvalget. En person som på grunn av sykdommen ikke evner å forstå følgene av å motsette seg behandling, vil derfor ikke ha samtykkekompetanse. Det gjelder uavhengig av om vedkommende er i en aktiv sykdomsfase, eller om symptomene er avbleket på grunn av medisiner.
- (64) På den annen side forstår jeg forarbeidene slik at pasienter med alvorlig sinnslidelse som har noenlunde realistisk innsikt i sin situasjon, selv kan avgjøre om de vil ha helsehjelp. Det gjelder også der det er langvarig medisinering som har gitt vedkommende forståelseevnen tilbake. I motsetning til tidligere vil altså disse personene kunne velge å avslutte behandlingen, selv om helsepersonellet vurderer dette som uheldig.
- (65) Etter pbrl. § 4-3 andre ledd er det som nevnt et vilkår at vedkommende *åpenbart* ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter. Hvorvidt dette beviskravet er oppfylt, må vurderes ut fra hvordan den enkelte personen fremstår og hva vedkommende gir uttrykk for.
- (66) Jeg går da over til å se på om vilkåret er oppfylt for As del.
- (67) A har hatt en meget positiv utvikling de siste årene. Sammenlignet med hvordan hun var som umedisinert, med paranoide vrangforestillinger og store stemningsskifter, er det en betydelig forskjell.
- (68) Hun har imidlertid vært fast i sin oppfatning om at hun ikke har en alvorlig sinnslidelse. Av journalnotatene går det fram at hun har sterkt fokus på den uretten som hun mener er begått mot henne av ulike instanser, herunder helsevesenet. Jeg finner ikke grunn til å gå inn på dette i detalj.
- (69) I sin skriftlige erklæring til Høyesterett sier hun på spørsmål om medisinen har noen betydning for hvordan hun har det i hverdagen:

**"Kroppen min hadde det mye bedre når jeg var uten medisiner. Jeg er noe avstumpet følelsesmessig av denne medisinen."**

- (70) Både den behandlingsansvarlige overlegen og kontrollkommisjonen, samt tingretten og lagmannsretten – som begge var satt med en fagkyndig meddommer – konkluderer med at A åpenbart ikke har reell innsikt i sin situasjon eller forståelse for konsekvensene av å avslutte behandlingen. Samtlige av disse har hørt As forklaring direkte. De har dermed et langt bedre grunnlag for å vurdere spørsmålet enn det Høyesterett har. Det er etter mitt syn ikke noe som tilsier at de har avgjort spørsmålet ut fra en uriktig rettslig norm.
- (71) Det har ikke kommet fram noe for Høyesterett som gjør at jeg har grunnlag for komme til en annen slutning. Også jeg har derfor kommet til at vilkåret om manglende samtykkekompetanse er oppfylt i dag.
- (72) *Forverringskriteriet*
- (73) Lagmannsrettens flertall kom – som tingretten – til at A ville slutte med medisiner "nokså umiddelbart hvis tvunget vern bortfaller". De fant at hun da "etter relativt kort tid ... vil utvikle betydelige psykotiske symptomer som vil innebære en vesentlig forverring av hennes helsetilstand og vil medføre funksjonsbortfall". Vilkåret etter psykisk helsevernloven § 3-3 nr. 3 bokstav a om at tvungent psykisk helsevern er nødvendig fordi "det er stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær framtid får sin tilstand vesentlig forverret", ble derfor ansett oppfylt.
- (74) Hva som ligger i kriteriet "*meget nær framtid*", er behandlet av Høyesterett i Rt-2014-801 og HR-2016-1286-A. Hovedregelen etter gjeldende lov er at en forverring må skje innen en tidsramme på tre til fire måneder.
- (75) Hvorvidt forverringskriteriet er oppfylt for den enkelte pasients del, beror på en vurdering av hva som vil skje dersom vedkommende skrives ut, herunder om pasienten vil starte med medisiner igjen ved et eventuelt tilbakefall.
- (76) Hvor *raskt* A vil slutte med medisiner ved utskrivning, har hun kommet med ulike utsagn om. Dels har hun sagt at hun vil avslutte i løpet av en måned, og dels at hun vil trappe ned i løpet av ett år. Tidligere erfaring, blant annet fra tiden før 2005, viser at hun sluttet med medisin etter utskrivning. Det skjedde sist i 2009 da hun fikk medhold i klage til fylkeslegen, til tross for at hun på forhånd sa seg villig til å fortsette med medisiner. Hvor lang tid som gikk, er imidlertid ikke helt klart.
- (77) Det kreves videre at det med stor sannsynlighet skjer en *vesentlig forverring* av tilstanden sammenlignet med den helsetilstanden A er i ved utskrivning. Om prognosen for A uten medisiner viser jeg til 3-måneders vurderingen foretatt av overlege B den 12. september 2018, hvor han skriver:
- "Det kan forventes at pasienten går tilbake til det samme fungeringsnivå når [som] lidelsen ikke ble behandlet. Hun har en historikk der hun ved flere anledninger har seponert medisiner med påfølgende økende paranoide vrangforestillinger og funksjonssvikt."**
- (78) Overlegen fortsetter med å beskrive hvordan A tidligere har unndratt seg behandling ved tilbakefall og dermed blitt svært syk før hun har fått adekvat behandling på nytt.

- (79) Også tingretten og lagmannsretten konkluderte med at det er stor sannsynlighet for at A ved seponering av medisin vil få sin tilstand vesentlig forverret. Jeg er enig i det.
- (80) Det er vanskeligere å vite om forverringen vil inntre innen tre til fire måneder etter utskrivning, slik loven krever. A går på Xeplion som depotmedisin, som har en halveringstid på 25–49 dager og som dermed vil ha virkning i lengre tid etter at hun avslutter regelmessig depotmedisinering. Videre har hun nå et godt forhold til ACT-teamet, som kanskje vil kunne påvirke henne til å trappe ned medisinene mer gradvis. Hun har som nevnt i lengre tid vært godt fungerende med egen leilighet og med en omgangskrets i form av arbeidskolleger mv, noe som også kan ha en stabiliserende betydning.
- (81) Jeg finner ikke grunn til å ta endelig standpunkt til dette spørsmålet, men går over til å vurdere om A må få medhold i sitt krav om utskrivning som følge av en helhetsvurdering.
- (82) *Helhetsvurderingen*
- (83) Etter psykisk helsevernloven § 3-3 nr. 7 kreves det for fortsatt tvungent psykisk helsevern at dette etter en helhetsvurdering framtrer som den klart beste løsningen. Ved vurderingen skal det særlig legges vekt på hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet medfører for vedkommende.
- (84) Tvangsinngrepet overfor A er relativt moderat. Det består som nevnt i at hun må møte hver fjerde uke for depotinjeksjon av en lav dose antipsykotika. Hun har nå gått sammenhengende på antipsykotisk medisin siden desember 2011, og på vedlikeholdsbehandling i snart fem år. Hun oppgir selv bivirkninger i form av dårlig mage, vektøkning, stivhet i muskulaturen og avstumpet følelsesliv.
- (85) Som nevnt tidligere har hun hatt god effekt av medisinene og har et langt mer ordnet og fredelig liv nå enn før. Gjennom arbeidet i X og som støttekontakt og ved kontakten med behandlingsapparatet har hun fått et større nettverk enn tidligere. Hun har i tillegg kontakt med sine søstre.
- (86) Faren ved å oppheve vernet er at hun får et alvorlig tilbakefall. Det vil kunne få konsekvenser i form av forverring av sykdommen hennes, og tap av den struktur og det nettverk hun nå møysommelig har opparbeidet seg. I tillegg vil en ny tvangsinnleggelse kunne påføre henne store belastninger. Det vil kunne ta lang tid før hun igjen kommer tilbake til der hun er i dag.
- (87) På den annen side vil utskrivning nå, etter at A har vært underlagt tvang såpass lenge, kunne gi mulighet for at hun innser at hun trenger medisin, og at det etableres et samarbeid om frivillig behandling. Med den motstanden hun til nå har hatt mot medisiner er dette kanskje lite realistisk. Dersom det inntreir tilbakefall, er det å håpe at hun fanges opp slik at behandling kan starte relativt raskt.
- (88) Ved avveiningen viser jeg til at det knytter seg en viss usikkerhet til om tidskravet under forverringsvilkåret er oppfylt, og at A nå har vært under vedlikeholdsbehandling i nærmere fem år. Jeg legger også vekt på den sterke understrekningen av pasientens selvbestemmelse

i forarbeidene. På denne bakgrunn har jeg – under betydelig tvil – kommet til at A må få medhold i sitt krav om utskrivning.

(89) Jeg stemmer for slik

D O M :

A skrives ut fra tvungent psykisk helsevern.

(90) Dommar **Høgetveit Berg:** Eg er i det hovudsaklege og i resultatet einig med førstvoterande.

(91) Dommer **Arntzen:** Likeså.

(92) Dommer **Møse:** Likeså.

(93) Dommer **Endresen:** Likeså.

(94) Etter stemmegivningen avsa Høyesterett denne

D O M :

A skrives ut fra tvungent psykisk helsevern.

Riktig utskrift bekreftes: