

Vår ref.
25/707 - 1

Deres ref

Dato
24.03.2025

Støtteskriv ankesak-saksnummer 25-042941ASD-BORG/0.

1. Sakens tema og ombudets mandat

Saken gjelder påstand om brudd på forbudet mot umenneskelig og nedverdiggende behandling og brudd på retten til privatliv under tvangsinnleggelse i psykiatrisk institusjon. Saksøker mener at tvangsmedisinering, skjerming og de facto isolasjon (skjerming) hun ble utsatt for under flere ulike innleggelser i psykiatrisk institusjon utgjør brudd på Den europeiske menneskerettskonvensjonen (EMK) artikkel 3 og 8 samt tilsvarende artikler i FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter (Sp) artikkel 7 og 17. Saksøker krever fastsettelsesdom for brudd på EMK artikkel 3 og 8, og SP artikkel 7 av 17.

Likestillings og diskrimineringsombudet (ombudet) har som lovfestet mandat å fremme reell likestilling og hindre diskriminering på alle samfunnsområder, blant annet på grunn av funksjonsnedsettelse, og å føre tilsyn med at norsk rett og forvaltningspraksis samsvarer med Norges forpliktelser etter FNs konvensjon om rettighetene til personer med funksjonsnedsettelse (CRPD)¹.

2. Tema for støtteskrivet

Ombudets støtteskriv til ankebehandling av tingrettens dom er avgrenset, slik at det gjelder den delen av tingrettens dom som knytter seg til rettens prøving av tvangsmedisineringen av saksøkte.

Tingsrettens tilnærming til prøving av tvangsmedisinering gjør at det er behov for rettslig avklaring av hvor intensiv prøvingen for norske domstoler skal være ved

¹ [Lov om Likestillings- og diskrimineringsombudet og Diskrimineringsnemnda \(diskrimineringsombudsloven\) - Kapittel 2 Likestillings- og diskrimineringsombudet - Lovdata § 5](#)

påstand om at tvangsmedisinering av personer som anses å ha alvorlig sinnslidelse» utgjør brudd på retten til privatliv og/eller forbudet mot umenneskelig og nedverdiggende behandling i EMK artikkel 8 og 3 og SP artikkel 17 og 7.

3. Hvorfor anken bør slippes inn for behandling

Spørsmålet om hvor intensiv prøving av tvangsmedisinering norske domstoler skal foreta, er et spørsmål av generell karakter som har vesentlig prinsipiell og praktisk betydning for rettsikkerheten og tilgangen til effektivt rettsmiddel for flere tusen personer med psykiske lidelser/ psykososiale funksjonsnedsettelse som hvert år utsettes for tvangsmedisinering. Dette er en behandlingsform som utvilsomt er et alvorlig inngrep i personlig frihet og retten til psykisk og fysisk integritet.

Det fattes hvert år et stadig økende antall vedtak om tvangsmedisinering som gjennomføres overfor personer som anses å ha «alvorlig sinnslidelse». I 2022 ble det rapportert nærmere 10 000 vedtak om behandling uten eget samtykke, fordelt på 3750 pasienter. Vedtak om tvangsbehandling med legemidler er nesten tredoblet etter 2017, og de geografiske forskjellene har økt. Antall klager øker også og statsforvalterembetene mottok 1600 klager på slike vedtak i 2021. 89-90 % av dem ble stadfestet på landsbasis.²

Også Ekspertutvalget som leverte rapporten *Bedre beslutninger bedre behandling* i 2023 stiller spørsmål ved hvordan lovskravet etter psykisk helsevernloven § 4-4 fjerde ledd forstås i praksis. Utvalget skriver på side 103 «Når det gjelder vedtak om behandling uten samtykke, gir innspill utvalget har mottatt fra Statsforvalterne, også grunnlag for å anta uklarheter i forståelsen av lovgrunnlaget for dette området... Utvalget utelukker ikke at slike forhold kan være en delforklaring til veksten i klagesaker».³

Systemet som er etablert for forvaltningsmessig prøving av denne sakstypen har dokumenterte svakheter, og er foreslått endret av flere offentlige utvalg – uten at dette er fulgt opp politisk,⁴ se mer om dette punkt 4 nedenfor.

EMD har i flere dommer lagt til grunn at det er behov for intensiv prøving ved spørsmål om brudd på menneskerettighetene til særlige sårbare grupper, slik som personer med psykiske lidelser som er innlagt i psykiatrisk institusjon, og at dette

² Se bla *Bedre behandling bedre beslutning*, rapport juni 2023 side 102, og Ombudets rapport *Inkorporering av CRPD*, LDO2023 side 68.

³ bla *Bedre behandling bedre beslutning*, rapport juni 2023 Side 103

⁴ Se NOU 2011:9 kapittel 16 og NOU 2019: 14 kapittel 28.

tilsier at statens skjønnsmargin innsnevres. Se også nærmere omtale av EMDs dom *X mot Finland* (2012), og *Herzegovina mot Østerrike* (1992), nedenfor punkt 7. Det faktum at EMD har en særlig intensiv prøving når det gjelder spørsmål om inngrep i rettighetene til personer med funksjonsnedsettelse er i tråd med EMK, taler for minst like intensiv prøving av norske domstoler i slike saker, jf. subsidiaritetsprinsippet.

Det er erkjent av lovgiver at tvangsmedisinering medfører risiko for brudd på EMK artikkel 3. Det er uttalt i forarbeidene til psykisk helsevernloven at «De reglene som departementet har foreslått inneholder flere elementer som etter departementets oppfatning vil sikre mot overtredelse av EMK art 3 ... ved at den bare kan anvendes når den med *stor sannsynlighet* kan føre til helbredelse eller vesentlig bedring av pasientens tilstand eller at pasienten unngår en vesentlig forverring av sykdommen.»⁵

Det fremgår ikke av tingrettsdommen at full prøving av tvangsmedisineringen åpenbart ville vært uten betydning for resultatet. En mer intensiv prøving av om medisineren er i tråd med kravene for inngrep etter EMK artikkel 8 og i tråd med EMK artikkel 3 ville derfor være mer enn en teoretisk øvelse.

Saken reiser videre rettslige spørsmål hvor Norges forpliktelser etter CRPD er relevant som tolkningsfaktor for å klargjøre innholdet i pliktene som følger av EMK.⁶ CRPD artikkel 15 speiler forbudet mot umenneskelig og nedverdiggende behandling i EMK artikkel 3, og pålegger staten å sikre at personer med funksjonsnedsettelse på lik linje med andre ikke utsettes for tortur, grusom eller umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff. CRPD-komiteen har i sine avsluttende merknader til Norge i 2019 anbefalt Norge å slutte med tvangsmedisinering av personer med psykososiale funksjonsnedsettelse, se avsnitt 24 b og har i tilknytning til artikkel 15 anbefalt tilgang til effektive klagemekanismer.⁷

4. Om den forvaltningsmessige prøvingen av tvangsmedisinering

Tvangsbehandling er svært inngripende og det faglige skjønn vil i praksis være utslagsgivende for vurderingen av avgjørelsens gyldighet i de langt fleste situasjoner. Det er derfor helt avgjørende for pasientens rettsikkerhet at det foretas

⁵ [Ot.prp. nr. 11 \(1998-99\) - regjeringen.no](#) pkt 8.4.6

⁶ Bedre behandling bedre beslutninger side 101

⁷ [Document Viewer](#)

en grundig kvalitetssikring av både grunnlaget for vedtaket og de faglige vurderingene det bygger på.⁸

Det er ikke tvil om at statsforvalter ved vedtak om tvangsmedisinering *kan prøve alle sider av saken*, også det helsefaglige skjønnet i henhold til forvaltningsloven § 34 annet ledd, jf. psykisk helsevernloven § 1-6.

Spørsmålet er imidlertid hva som skjer i praksis når det gjelder intensitet i prøving av tvangsmedisineringen. I NOU 2011:9 uttrykker utvalget i kapittel 16 følgende om praksis «Utvalget kan ikke se at kontrollen regelmessig innebærer en full prøving av alle sider av saken så lenge fylkeslegen, etter opplysninger utvalget har fått, ikke alltid har nødvendig psykiatrisk kompetanse (...) Pasientenes rettsikkerhet er i dag svært dårlig ivaretatt, både når det gjelder klageinstansens kompetanse og pasientens muligheter for å få gjort sine synspunkter gjeldende ...⁹».

Saksøkers påstand om tvangsmedisineringen av henne utgjør brudd på EMK artikkel 3 og ikke er i samsvar med det strenge beviskrav psykisk helsevernloven i § 4-4 om «stor sannsynlighet» for positiv effekt ikke er etterlevd i saksøkers sak, må dessuten vurderes i lys av det som fremkommer i NOU 2019:14 s 576 med henvisning til NOU 2011: 9 «dagens beviskrav i liten grad har fungert som en effektiv skranke i praksis». Nettopp fordi den administrative forvaltningskontrollen har kjente svakheter i praksis, er det avgjørende at domstolskontrollen har tilstrekkelig intensitet, slik at det foretas en reell overprøving av tvangsmedisinering skjer i henhold til vilkårene etter phvl. § 4-4 og EMK artikkel 8. 2 og er forenlig med artikkel 3.¹⁰

5. Hvilken prøving er foretatt av tvangsmedisineringen av saksøkte?

Tingrettens og fylkesmannens tilnærming i prøvingen av tvangsmedisineringen av saksøkte i de ulike periodene, tilsier at det er behov for at lagmannsretten tar stilling

⁸ [NOU 2011: 9 - regjeringen.no](#) kap 16

⁹ I [NOU 2011: 9 - regjeringen.no](#) kap 16 foreslår utvalget derfor også ny klageordning. «Etter en samlet vurdering har utvalget kommet til at det bør etableres en ny felles kontrollinstans for alle vedtak som fattes med hjemmel i psykisk helsevernloven. Det må dermed sikres at kontrollinstansen har tilstrekkelig kompetanse til å foreta en forsvarlig overprøving av tvangsbehandlingsvedtak». Dette er ikke fulgt opp foreløpig.

¹⁰ Svakheter i rettsikkerheten ved at statsforvalter (tidl. fylkeslege) er klageinstans var drøftet allerede i Prop. 11(1998 -99) og daværende fylkeslege i Buskerud beskrev et rettssikkerhetsproblem ved klagebehandling v tvangsmedisinering som er desto mer relevant i dag i 2025: «De færreste kontorer har for øvrig i dag fylkespsykiater. Et eventuelt argument om at fylkeslegekontorene innehar særskilt kompetanse på dette felt vil derfor ikke alltid være til stede. Av *rettsikkerhetsmessige* hensyn kan det etter vår oppfatning stilles spørsmål om også denne klagebehandlingen burde vært overlatt til et særskilt kontrollorgan, f.eks. kontrollkommisjonene for det psykiske helsevern.»

til hvor intensiv prøving av tvangsmedisinering skal være, på prinsipielt grunnlag og i den konkrete saken.

Samlet sett forstår vi tingrettsdommen slik at den legger til grunn at systemet er i tråd med EMK så lenge det ikke foreligger åpenbare feil i lovforståelse eller saksbehandlingsfeil eller feil i vurdering av faktum. Slik dommen kan forstås, gjelder dette da også i tilfeller hvor hverken fylkeslegen eller retten foretar en selvstendig vurdering av om de ulike kravene som følger av psykisk helsevernloven og av EMK er oppfylt.

Ombudet viser konkret til følgende som viser hvordan tingrettsdommen har forholdt seg til sin prøvingskompetanse:

Perioden februar/mars 2014:

På side 29-31 står det at det retten har vurdert er avgrenset til å gjelde: Om ansvarlig ved institusjonen har «forholdt seg til lovverket ved bruk av tvangsmedisinering»...se tredje avsnitt side 29 og videre på side 31: «Retten kan ikke se at det hefter saksbehandlingsfeil ved vedtaket, at det er lagt til grunn feil lovforståelse eller at vedtaket ikke bygger på korrekte og faktiske vurderinger» se dommen nederst side 31. Tilsvarende tilnærming til hvilken prøving retten skal foreta av tvangsmedisinering fremgår på dommens side 40-41 og side 50.

Vi kan ikke lese ut av dommen om domstolen nærmere undersøker hvordan fylkeslegen har forstått og anvendt lovkravet om «stor sannsynlighet for effekt», eller selv foretar en prøving av om tvangsmedisineringen oppfylder beviskravet om «stor sannsynlighet for effekt» som følger av § 4-4 fjerde ledd eller en selvstendig prøving av om tvangsmedisineringen oppfylder kravene i EMK artikkel 8. 2 og er i samsvar med EMK artikkel 3.

Perioden oktober /november 2014:

Rettens prøving av tvangsmedisineringen i denne perioden, slik den fremgår av side 40 i dommen, begrenser seg på samme måte som omtalt ovenfor til å gjelde om de faglige ansvarlige har vurdert alle vilkårene etter psykisk helsevernloven.

I tillegg fremkommer det at fylkesmannens vurdering av saksøkers klage i dette tilfellet innebærer at «det gis *tilslutning* til overlegens vurdering av at behandling med legemidler med stor grad av sannsynlighet vil føre til helbredelse eller vesentlig bedring av hennes tilstand» (vår utheving), uten at det er vist til i dommen hva denne tilslutningen bygger på.

Tredje periode 7 mars- 31 mai 2016

Det fremkommer heller ikke i denne perioden hvordan fylkeslegen og/eller domstolen har foretatt en prøving av lovkravet om «stor sannsynlighet» for effekt. Tingrettsdommen vurderer heller ikke her tvangsmedisineringen opp mot inngrepsvilkårene i EMK artikkel 8 eller kravet i EMK artikkel 3.

Det fremkommer at da fylkesmannen behandlet saksøkers klage på nytt tvangsmedisineringsvedtak i mai 2016, får saksøker ikke medhold. Fra fylkesmannens vedtak siteres i dommen ...«i vår samtale kom det ikke frem like tydelige psykotiske symptomer som de som er beskrevet i journalen, men fylkesmannen vurderer deg som fortsatt behandlingstrengende, og aksepterer overlegens vurdering av at behandling med legemidler med en stor grad av sannsynlighet vil føre til ytterligere bedring av din tilstand», se dommen side 50. Et tilleggsproblem i den tredje medisineringsfasen er at faglig ansvarlige ved innleggelse i mars har lagt til grunn at «det ikke er noe å tjene på avvente oppstart av medikamentell behandling» og det fattes vedtak etter 4-4 a), se side 43 i dommen. På side 45 fremkommer det at faglig ansvarlig har fraveket kravet om to dagers klagefrist, og ikke avventer to døgn før tvangsmedisinering iverksettes. Tvangsmedisinering iverksettes ved sprøyter - selv om det er kjent at saksøkte opplever dette særlig traumatiserende.

6. Særlig om risiko for skader ved tvangsmedisinering

Det er ikke tvil om at tvangsbehandling rammer en ekstra særskilt sårbar gruppe; personer som anses å ha personer som antas å ha «alvorlig sinnslidelse» i psykisk helsevernlovens forstand, det vil si i hovedsak personer med psykoselidelser og lidelser som etter sin art og karakter anses å medføre tilsvarende funksjonssvikt. At behandling med nevroleptika/antipsykotika kan medføre omfattende og alvorlige bivirkninger er godt dokumentert.¹¹

Bivirkninger og komplikasjoner ved nevroleptika/antipsykotika er grundig beskrevet i NOU 2019:14 kap10.1.13 på side 247-249:

«Antipsykotiske midler kan ha mange og til dels alvorlige bivirkninger. De ulike preparatene har svært ulik bivirkningsprofil. De viktigste bivirkningene av antipsykotika er psykiske, metabolske og motoriske.

Psykiske bivirkninger. «Alle antipsykotiske midler kan gjøre pasienten sløv, uopplagt og apatisk, særlig ved høy dose eller langvarig bruk. Økt ro og likegyldighet kan være

¹¹ Se bla [NOU 2011: 9 - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no) kapittel 9 og kapittel 10

en ønsket virkning i, men likegyldigheten er ellers vanligvis uønsket. Også positive følelser som motivasjon, gleder, entusiasme, sympati, interesse og seksuallyst kan bli dempet. Det kan være vanskelig å skille disse bivirkningene fra grunnlidelsen, særlig dersom pasienten blir likegyldig til avflatningen av følelsene Mange kjenner seg nedstemte når de tar antipsykotiske midler. Å trappe ned eller slutte med antipsykotika er det beste tiltaket mot likegyldighet. Det er også velkjent at antipsykotika kan redusere den kognitive funksjonen.

Metabolske bivirkninger. Alle antipsykotiske midler kan gi vektøkning, høyt blodsukker og forhøyet nivå av kolesterol og triglyserider i serum. Disse bivirkningene kan komme etter noen få uker og bli et økende problem gjennom det første året man tar medisinen ... Disse bivirkningene øker faren for å utvikle diabetes og hjertesykdom og kan være til hinder for fortsatt bruk av midler...

Antipsykotiske midler kan gi *motoriske* bivirkninger. Faren er størst ved bruken av noe av de eldre preparatene. Bivirkningene kan komme i form av akutte dystonier der pasienten får ukontrollerte muskelrykninger, oftest i hals eller ansikt. Dette oppleves som skremmende, Men går vanligvis over av seg selv dersom man ikke tar mer medisin. Vanligere er bivirkninger som minner om symptomer på Parkinsons sykdom ...»

Hvilken risiko for skader som følger av tvang og tvangsmedisinering mer generelt er også grundig omtalt i NOU 2011: 9 kapittel 10:

«Skader ved bruk av tvang kan være emosjonelle, kognitive eller fysiske skader. En mer finmasket oversikt beskriver ti ulike former for skade som kan oppstå ved bruk av tvang i psykisk helsevern: fysisk skade og død, vold og overgrep, traume (i diagnostisk forstand), retraumatisering og posttraumatisk stressyndrom (PTSD), krenkelse av autonomi og psykisk og fysisk integritet, samt begrensninger i bevegelsesfriheten (frihetsberøvelse), krenkelser, tap av verdighet og opplevelser av straff, psykisk ubehag i form av skam, angst, sinne, avmakt, depresjon og fall i selvtillit, sosiale belastninger, skade av sosial identitet og redusert mulighet for senere deltagelse i vanlig sosialt liv, tap av tilgang til egne mestringsressurser og selvutviklingsmuligheter, skade på behandlingsrelasjon og mistillit til psykiske helsetjenester.»

Denne skaderisikoen krever at prøvingen av tvangsmedisineringsvedtak skjer med tilstrekkelig intensitet - som et minimumsvilkår for å sikre rettssikkerhet.

Tilstrekkelig rettssikkerhet betyr nasjonale domstoler må prøve om såvel norsk lov som de menneskerettslige vilkårene for å iverksette dette alvorlige inngrepet er oppfylt i hvert konkrete tilfelle.

7. Kort om aktuelle dommer fra EMD som belyser krav til nasjonal prøving av tvangsmedisinering

EMK er inkorporert i norsk rett med forrang fremfor annen lovgivning, jf. menneskerettsloven § 3.

Subsidiaritetsprinsippet tilsier som nevnt ovenfor at norske domstoler som et minimum foretar en like intensiv prøving som EMD av om tvangsmedisinering av person som anses å ha «alvorlig sinnslidelse» i den konkrete saken oppfyller inngrepsvilkårene i EMK artikkel 8. 2, eller utgjør brudd på forbudet mot umenneskelig og nedverdiggende behandling i EMK artikkel 3.

I saken *X mot Finland*¹² konkluderer EMD ved at tvangsmedisinering av en kvinnelig pasient ble foretatt uten tilstrekkelig rettsikkerhetsmekanismer. Selv om systemet i Finland på den tiden på et par punkter skiller seg fra det norske systemet¹³, taler EMDs uttalelser i saken for at nasjonale domstoler må foreta en selvstendig prøving av om tvangsmedisinering i den konkrete saken oppfyller vilkårene for inngrep i artikkel 8. 2.

Vi viser til følgende:

I para 215 viser først EMD til de nasjonale domstolenes primære rolle i tolkning og anvendelse av nasjonal rett at *«its power to review compliance with domestic law is limited, it being in the first place for the national authorities, notably the courts, to interpret and apply that law ...*

I para 220 viser EMD til at den type alvorlig inngrep som tvangsmedisinering utgjør forutsetter sterke rettssikkerhetsmekanismer som kan vurdere om inngrepet var lovmessig herunder proporsjonalt *“the court considers that the first administration of medication represents a serious interference with a person's physical integrity and must accordingly be based on a law that guarantees proper safeguards against arbitrariness. ... The decision making was solely in the hands of the doctors treating the patient, who could take even quite radical measures regardless of the applicants wishes. Moreover, their decision making was free from any kind of immediate judicial scrutiny: the applicant did not have any remedy available whereby she could require a court to rule on the lawfulness in, including proportionality, of the first administration of medication, or to have it discontinued.*

Para 221 On these grounds the court finds that the forced administration of medication in the present case was implemented without proper legal safeguards. The court

¹² X mot Finland, 2012, saksnr 34/806 04.

¹³ Blant annet ved at det i norsk rett må fattes særskilt vedtak om tvangsmedisinering og at det foreligger klagerett til statsforvalter,

*concludes that, even if there could be said to be general legal basis for the measures provided for in Finnish law, **the absence of sufficient safeguards against forced medication by doctors deprived the applicant of the minimum degree of protection to which she was entitled under the rule of law in a democratic society.***" (vår utheving)

Hvilken prøvingsintensitet EMD legger til grunn ved spørsmål om psykiatrisk behandling er i strid med EMK artikkel fremkommer i bl.a. *Herzegfalvy mot Østerrike*¹⁴ para 82:

*«The Court considers that the position of inferiority and powerlessness which is typical of patients confined in psychiatric hospitals calls for increased vigilance in reviewing whether the Convention has been complied with... The established principles of medicine are admittedly in principle decisive in such cases; as a general rule, a measure which is a therapeutic necessity cannot be regarded as inhuman or degrading. **The Court must nevertheless satisfy itself that the medical necessity has been convincingly shown to exist.*** (vår utheving).

Vi mener på bakgrunn av dette at spørsmålet om kravet til domstolenes prøvingsintensitet må vurderes på nytt av ankeinstansen

Vennlig hilsen

Guri Hestflått Gabrielsen
fagdirektør

Dokumentet er elektronisk godkjent, og gyldig uten signatur.

¹⁴ Herczegfalvy mot Østerrike, 1992, saksnr 10533/83