

Ekspertutvalg

RAPPORT FRA PASIENTOVERGREPSUTVALGET

Grensekrenkelser i helse- og omsorgstjenesten i perioden 2010 – 2020,
Varhaugsaken og andre saker som grunnlag for endringer av praksis

Utvalget ble oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet 4. juni
2021. Rapporten ble avgitt 29. april 2022

Innholdsfortegnelse

DEL I: Utvalgets arbeid og grunnlag	7
1 Utvalgets arbeid.....	7
1.1 Utvalgets sammensetning, mandat og tolking av mandatet.....	7
1.2 Utvalget arbeidsform og innhenting av informasjon	9
2 Gjennomgangen av Varhaugsaken og læringspunkter	11
2.1 Kort om Varhaugssaken	11
2.2 Utvalgets møter med pasienter og pårørende	14
2.3 Vurderinger og læringspunkter.....	16
3 Utvalgets funn, anbefalinger og sammendrag	19
4 Grunnlaget: systemet og plikter av betydning for behandling av overgrepssaker.....	22
4.1 Oversikt over grunnlaget for utvalgets vurderinger	22
4.2 Pasienter og brukeres rettigheter og ombudsrollen	23
4.3 Plikter for helsevirksomheten i overgrepssaker.....	25
4.4 Helsepersonell underlagt helsepersonelloven og helsetilsyn.....	25
4.4.1 Helsepersonell	25
4.4.2 Økt antall helsepersonell med autorisasjon	26
4.4.3 Antall sysselsatte og helsepersonell med og uten autorisasjon	26
4.5 Helsetilsynets oppgaver og virkemidler i overgrepssaker	29
5 Overgrep og rollesammenblanding som fenomen.....	31
5.1 Rollesammenblanding, grenseoverskridelser og overgrep	31
5.2 Grensekrenkelser og bevisst manipulasjon.....	32
5.3 Grensekrenkelser og ubevisste samspill	33
5.4 Kjennetegn ved helsepersonell som begår grensekrenkelser	34
5.5 Kjennetegn ved pasienter som blir utsatt for grensekrenkende handlinger	35
5.6 Grensekrenkelsenenes konsekvenser	36
5.7 Muligheter for å forhindre grensekrenkelser	37
5.8 Faglige og etiske plikter, profesjonsetikk.....	38

5.8.1	Faglige og etiske plikter	38
5.8.2	Profesjonsetikk	38
5.9	Om tillit og trygghet	39
DEL II: Gjennomgang og vurderinger av praksis i helsetilsynet, helsepersonellnemnda samt politi og påtalemyndighet		41
6	Gjennomgang og vurderinger av helsetilsynets praksis i saker om grensekrenkelser	41
6.1	Totalt antall tilsynssaker i helsetilsynet	41
6.2	Antall saker om rollesammenblanding i helsetilsynet	42
6.3	Saker om rollesammenblanding avsluttet hos statsforvalterne	42
6.4	Saker om rollesammenblanding behandlet av Statens helsetilsyn	44
6.4.1	Bruk av suspensjon	48
6.4.2	Søknader om ny autorisasjon	48
6.5	Utvalgets gjennomgang av saker om rollesammenblanding i helsetilsynet	49
6.6	Funn fra gjennomgang av 25 saker med pliktbrudd avsluttet hos statsforvalterne	51
6.7	Funn fra gjennomgang av 50 tilbakekallsvedtak i Statens helsetilsyn	54
6.7.1	Bruken av suspensjon i de gjennomgåtte sakene	55
6.7.2	Nye og begrensede autorisasjoner i de gjennomgåtte sakene	55
6.8	Søknader om å få autorisasjonen tilbake etter tilbakekall	56
6.8.1	Søknad om ny autorisasjon	56
6.8.2	Faglig veiledning og oppfølging for å redusere risiko i forbindelse med ny autorisasjon	57
6.9	Saksbehandlingstiden totalt sett og i helsetilsynet	59
6.10	Nærmere om utvalgets funn	62
6.10.1	Nødvendig med flere nyanser i tilnærmingene til overgrepssakene	62
6.10.2	Eksempler på at vedtakene burde vært bedre nyansert etter alvorlighet	64
6.10.3	Alvorligheten gjenspeiles ikke i saksbehandling og reaksjoner	67
6.10.4	Suspensjon av autorisasjon og lisens benyttes i liten grad	69
6.10.5	Oppfølging overfor helsepersonell uten autorisasjon	70
6.10.6	Oppfølgingen overfor helsevirksomheter er begrenset	71

7	Statens helsepersonellnemnd, praksis	73
8	Politi og påtalemyndighet, praksis	76
8.1	Straff som en reaksjon etter overgrep.....	76
8.2	Flere overgrepssaker må anmeldes av helsetilsynet.....	77
8.3	Idømmelse av rettighetstap og dom på autorisasjonstap	79
8.4	Informasjon fra påtalemyndighet til helsetilsyn	79
8.5	Politiattest som forhåndskontroll.....	80
DEL III: Vurderinger og forslag om tiltak, samt lovendringer		81
9	Vurderinger av praksis i saker om grensekrenkelser.....	81
9.1	De viktigste funnene ved vurderinger av praksisen i saker om grensekrenkelser	81
9.2	Behovet for flere reaksjonsformer og riktig bruk av reaksjoner.....	83
9.3	Behovet for å utvide dagens meldeplikt	86
9.4	Styrket tilgang til informasjon om at helsepersonell har begått grensekrenkelser	87
9.5	Helsetilsynets varslingsplikter til arbeidsgivere og andre land	88
10	Forslag til tiltak innenfor gjeldende lover	90
10.1	Pasientens rolle bør styrkes. Unntaksvis bør det åpnes for at andre pasienter kontaktes	90
10.1.1	Informasjon til pasienten og tilbud om kontakt.....	90
10.1.2	Kontakt med andre pasienter når overgrep er avdekket	91
10.2	Suspensjon må benyttes systematisk der det er fare for pasientsikkerheten	93
10.3	Økt muntlighet i saksbehandlingen	93
10.4	Flere saker må behandles av politi- og påtalemyndigheten.....	94
10.5	Forslag om krav om fremleggelse av politiattest.....	94
10.6	Bruk av sakkyndige	94
10.7	Forebygging og rehabilitering	94
11	Forslag til tiltak som innebærer endring av lover.....	97
11.1	Ny ordning: varig tilbakekall og tidsgrense før ny søknad	97
11.2	Ny ordning: reaksjon overfor helsepersonell uten autorisasjon	98
11.3	Pasientjournalarkiv ved varig tilbakekall	98
11.4	Etablering av saksbehandlingsregister og av register for autorisasjonsstatus	99

11.4.1	Saksbehandlingsregister	99
11.4.2	Nasjonalt register med opplysning om autorisasjonsstatus	100
11.5	Lovforslag	103
11.5.1	Varslingsplikt for arbeidsgivere til helsetilsynet	103
11.5.2	Varig tilbakekall	105
11.5.3	Karantenetid før søknad om å få tilbake autorisasjonen kan behandles	107
11.5.4	Reaksjoner overfor helsepersonell uten autorisasjon	108
11.5.5	Lovregulering av registre	109
	Litteratur	110
	VEDLEGG I: Helsepersonellets rettssikkerhet og advokatloven.....	111
	VEDLEGG II: Datatilsynet - Redegjørelse for personvernregelverkets betydning for adgangen til å dele informasjon mellom offentlige organer	113

DEL I: Utvalgets arbeid og grunnlag

1 Utvalgets arbeid

1.1 Utvalgets sammensetning, mandat og tolking av mandatet

Helse- og omsorgsdepartementet oppnevnte 4. juni 2021 utvalget for å undersøke saker om overgrep begått av helsepersonell mot pasienter i perioden 2010 til 2020. Utvalget ble opprettet i kjølvannet av den såkalte Varhaugsaken hvor tidligere psykolog Sverre Varhaug hadde forgrepet seg på flere pasienter og påført dem store, til dels ubotelige skader. Disse overgrepene hadde skjedd både før og etter at han ble fradømt sin autorisasjon. Varhaugsakens alvor viser at det samlede system hadde kommet til kort når det gjaldt å forebygge, reagere, gripe inn og forhindre videre skadelig adferd, også etter at Varhaug var fratatt sin autorisasjon. Med det samlede system menes helsetjenesten der vedkommende arbeidet, tilsynsmyndighetene samt politi- og påtalemyndighetene. Utvalget ble bedt om å gjennomgå praksis med sikte på forslag om endringer for å redusere risikoen for overgrep, samt å gjennomgå Varhaugsaken for å se om det var særlige læringspunkter i denne saken.

Utvalget omtaler seg som pasientovergrepsutvalget i rapporten og har hatt følgende sammensetning

- Bjørn Kristian Soknes, utvalgsleder, førstestatsadvokat og leder av Trøndelag statsadvokatembeter
- Anne Kjersti Befring, dr. jur. og førsteamanuensis ved Institutt for offentlig rett, Universitetet i Oslo
- Karsten Hytten, avtalespesialist i psykiatri, dr.med. og tidligere nestleder i Rådet for legeetikkk i Legeforeningen
- Landsleder Jill Arild, Mental Helse Norge
- Mette Ekenes Garmannslund, privatpraktiserende psykologspesialist og nestleder i Psykologforeningens fagetiske råd

Sekretær: Vibeke Eggen Berg, advokat Oslo universitetssykehus HF.

Utvalgets Mandatet er formulert slik:

- Utvalget skal gjøre en gjennomgang og vurdering av daværende fylkesmennenes, Statens helsetilsyns og Statens helsepersonellnemnds behandling i saker som gjelder overgrep begått av helsepersonell mot pasienter i perioden 2010 til 2020. Vurderingen skal skje mot det aktuelle lovverket i perioden.

- Sakskomplekset berører både Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementets ansvarsområder. Den ønskede gjennomgangen skal primært omfatte Helse- og omsorgsdepartementets ansvarsområde, men utvalget må også se på grenseflaten mot Justis- og beredskapsdepartementets ansvarsområde.
- Utvalget skal også gjennomgå Varhaugsaken for å se hvilke læringspunkter som kan trekkes fra denne saken når det gjelder dagens praksis. Denne gjennomgangen skal omfatte kontakt med ofre som er villig til å uttale seg.
- Utvalget skal i tillegg til å vurdere tilsynsmyndighetenes saksbehandling peke på eventuelle svakheter i dagens regelverk. Særlig bør det vurderes om pasienter som er behandlet av helsepersonell som har begått overgrep, i fremtiden bør kontaktes både som ledd i tilsynet og for å hindre at overgrepene fortsetter. Lovgrunnlaget for slik kontakt må vurderes.
- Utvalget skal også vurdere hvordan helsepersonell som mister sin autorisasjon bør følges opp.
- Departementet ber om at det utarbeides forslag til eventuelle lovendringer.

Utvalget benytter begrepet *overgrep* slik det er skissert i mandatet og definerer dette begrepet nærmere til å omfatte helsepersonells seksuelle overgrep og privatisering og seksualisering av behandlingsrelasjonene, ofte kalt rollesammenblanding.¹ Dette omfatter blant annet seksuell omgang med pasienter på fritiden, vennskapskontakt med pasient utenfor arbeidstid, meldingskontakt med pasient av privat karakter, fysisk kontakt av ulik type uten at det er seksuell omgang og kjæresteforhold mellom pasient og helsepersonell. Det kan også være alvorlige straffbare seksuelle handlinger som voldtekt og andre seksuelt krenkende handlinger. Begrepet overgrep slik det her er definert omfatter et stort spenn av sakstiltfeller hvor helsepersonell har gått ut av sin profesjonelle rolle som behandler og inn i en privat rolle for å etablere en privat relasjon til pasienten. Saker hvor helsepersonell utøver ikke-seksualisert vold mot pasienter faller utenfor denne definisjonen og mandatet.

Utvalget benytter dette begrepet for å velge ut saker som undersøkes. De rettslige spørsmålene som behandles er knyttet til mandatet og endringsforslagene fra utvalget. I rapporten gis det faglige analyser av fenomenet *overgrep* begått av helsepersonell og typesituasjoner og krenkelser inndelt i kategorier.

¹ Prop. 215 L (2020-2021)) pkt 7 (merknad til lovens § 1), det vil si forarbeidene til lov om informasjonstilgang m.m. for utvalg som skal undersøke saker om overgrep begått av helsepersonell mot pasienter i perioden 2010 til 2020.

Utvalget har tatt utgangspunkt i at oppdraget gjelder «helsepersonell» slik dette er definert i helsepersonelloven § 3.² Dette er personer som har autorisasjon eller lisens etter helsepersonelloven § 48, og personell, elever og studenter, som gir helsehjelp, definert i helsepersonelloven § 3 tredje ledd, i helse- og omsorgstjenesten og apotek.³

I rapporten benyttes begrepet *helsetilsynet* (med liten «h») som fellesbetegnelse for Statens helsetilsyn (av noen omtalt som Helsetilsynet, med stor «H») og statsforvalterne (tidligere fylkesmennene).

1.2 Utvalget arbeidsform og innhenting av informasjon

Det har vært gjennomført 15 møter med fullt utvalg i perioden 28. juni 2021 til 20. april 2022. Møtene har vært avholdt i Oslo. Medlemmer som ikke har hatt muligheten til å delta fysisk har deltatt digitalt. I tillegg har det vært 5 møter med deler av utvalget.

Utvalget har i sitt arbeid gjennomgått dokumenter som har inneholdt sensitive personopplysninger og som er underlagt taushetsplikt. For at utvalget skulle få tilgang til denne dokumentasjonen ble lov om informasjonstilgang m.m. for utvalg som skal undersøke saker om overgrep begått av helsepersonell mot pasienter i perioden 2010 til 2020 vedtatt (Prop. 215 L (2020-2021)).

Utvalget har hatt tett dialog med Statens helsetilsyn som har vært behjelpelig med å utlevere tallmateriale og enkeltsaker.

Soknes og Befring har hatt et møte med Sundhedsministeriet, Styrelsen for patientsikkerhed og Social- og Ældreministeriet i København. Tema for møtet var tilsynssaker og reaksjonsformer mot helsepersonell ved lovbrudd samt tilgjengeliggjøring av informasjon i saker vedrørende helsepersonell og eventuelle reaksjoner mot disse.

Utvalget har innhentet tall fra Statistisk sentralbyrå over antall sysselsatte i helse- og omsorgstjenesten, samt innhentet uttalelse fra Datatilsynet om rettsgrunnlag for deling av personopplysninger i forvaltningen – se Vedlegg II.

² Lov 2. juli 1999 nr. 64.

³ Oppgavene som beskrives i helsepersonelloven § 3 tredje ledd samsvarer med helsehjelpbegrepet i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 c og som er definert vidt.

For å belyse tematikken har utvalget hatt samtaler med representanter fra ulike etater samt med enkeltpersoner som har innledet om bestemte tema og diskutert ulike problemstillinger som utvalget har formulert. Dette omfatter følgende personer:

- Møte med pasienter og pårørende som har vært utsatt for overgrep i terapi: Eva, Per, Tor og Are (fiktive navn).
- Jan Fredrik Andresen, direktør i Statens helsetilsyn, Anders Haugland, juridisk direktør i Statens helsetilsyn, Anne-Lene Egeland Arnesen, seniorrådgiver i Statens helsetilsyn, Pål Kristian Molin, seniorrådgiver i Statens helsetilsyn, Lisbeth Normann, seniorrådgiver i Statens helsetilsyn og Toril Sagen, fagsjef i Statens helsetilsyn.
- Gunstein Sundene, seniorrådgiver og Eli Hanasand, fagsjef i Statens helsetilsyn.
- Jannicke Bruvik, nasjonalt koordinerende pasient- og brukerombud.
- Lars Weisæth, psykiater.
- Monica Flatabø, journalist i VG.
- Torill Nydal, seniorrådgiver i HELFO
- Arnt Egil Hasfjord, rådgiver i Helse Midt RHF
- Inga Bejer Engh, Barneombud
- Riksadvokatembetet
- Susanne Lie, juridisk seniorrådgiver i Datatilsynet
- Den norske legeforening representert ved Stine Kathrin Tønsaker, Norsk psykologforening representert ved Christian Zimmermann og Norsk sykepleierforbund representert ved Hanne Karen Landbø.
- Helga Arianson, konstituert fylkeslege i Oslo og Viken
- Psykolog Kristin G. Lia og psykolog Fredrik Hansen fra Styret i Stiftelse 99

Statens helsetilsyn har i 2021/22 hatt en intern gjennomgang av tilsynssaker der helsepersonell har hatt en seksuell relasjon til pasient/bruker eller utøvd grenseoverskridende seksuelle handlinger. Denne gjennomgangen har pasientovergrepsutvalget gjort seg kjent med.

I tillegg har Helse- og omsorgsdepartementet foreslått endringer i helsepersonelloven om tilsynsmyndighetens reaksjonsmuligheter mot helsepersonell. Lovforslagene (Prop. 57 L (2021-2022)) ble den 4. februar 2022 godkjent i statsråd og sendt til behandling i Stortinget. Forslagene har betydning for hvordan helsepersonell som ikke praktiserer i tråd med helsepersonelloven skal følges opp.

Både Statens helsetilsynets internrapport og Prop. 57 L (2021-2022) blir omtalt og henvist til i vår rapport hvor dette er relevant.

2 Gjennomgangen av Varhaugsaken og læringspunkter

2.1 Kort om Varhaugssaken

Psykolog Sverre Varhaug (1929-2014) hadde en magistergrad i psykologi fra 1958, og i de to påfølgende årene studerte han ved et universitet i Nebraska i USA. Han ble spesialist i klinisk psykologi 1967. Varhaug var ansatt ved Haukeland sykehus både på barne-, ungdoms- og voksenavdeling i vel seks år fram til 1969. Deretter var han i perioden 1969 til høsten 1976 sjefspsykolog ved Rogaland sykehus, psykiatrisk avdeling. I 1983/1984 var han tilknyttet et legesenter i Oslo, og deretter fram til 1988, da han for alltid ble fradømt retten til å praktisere som psykolog, drev han egen privat praksis i Oslo. I perioden 1988 til 1998 hadde han fortsatt et begrenset antall pasienter deriblant de tre som var fornærmede i saken som ble pådømt i 2002. Virksomheten foregikk da fram til 1995 i hans private leilighet i Oslo, og deretter fram til 1998 i hans hus i Stavanger.

Det foreligger dokumentasjon på at Varhaug utsatte pasienter for mange og grove seksuelle overgrep i perioden 1969 til 1998, det vil si over en periode på omtrent 30 år. Da han i 2002, for tredje – og siste gang – ble domfelt for seksuelle overgrep mot pasienter hadde han hatt en lang og omfattende praksis som psykolog både fra offentlig og privat virksomhet.

Det første varslet Helsedirektoratet fikk vedrørende antatt seksuelle overgrep kom i januar/februar 1976. To pasienter fortalte da om overgrep de var blitt utsatt for av Sverre Varhaug. Varhaug forklarte det som pasientene beskrev som overgrep med at dette var en anerkjent og forsvarlig behandlingsmetode.

Helsedirektoratet konkluderte med at denne teknikken stred mot «fagetiske retningslinjer og norsk lov». Dels grunnet at en av pasientene opplyste at Varhaug skulle ha truet vedkommende til å trekke varselet ble saken oversendt Riksadvokaten hvor Helsedirektøren bad påtalemyndigheten etterforske saken.

I august 1976 forlot Varhaug stillingen ved Rogaland sykehus, og reise til Spania. Saken mot ham ble stilt i bero, men ble gjenopptatt da man i en reportasje i Agderposten mai 1978 fikk kjennskap til at han var ansatt som skolepsykolog i Aust-Agder. Vel et år senere - 15. august 1979 - ble Varhaug for første gang dømt for seksuelle overgrep mot pasienter. Sandnes herredsrett dømte ham da til 6 måneder betinget fengsel og fradømmelse av retten til å praktisere som psykolog i 2 år.

Retten fant bevist at han i forbindelse med behandlingen av to pasienter ved et stort antall ganger hadde onanert deres penis. For den enes vedkommende skjedde dette i perioden 1974/1975, og da på Varhaugs kontor på Rogaland sykehus, og for den andre pasienten skjedde det perioden 1969 – 1975,

både på Haukeland sykehus og ved Rogaland sykehus, samt i hans leilighet i Stavanger. Retten fant bevist at Varhaug overfor pasientene skulle ha anført at onaneringen skjedde av terapeutiske grunner og «at de raskere ville nå målet ved denne behandlingen enn ved mer konvensjonelle metoder». Retten fant det godtgjort at «tiltaltes hensikt var å tilfredsstille eller pirre sin egen kjønnsdrift «og at dette var noe tiltalte var «seg bevisst». Videre anføres at «Varhaug var klar over at det var hans autoritet som fagmann i forholdet psykolog – pasient som fikk pasientene til å gå med på denne behandlingen. Varhaug anket dommen til Gulating lagmannsrett som i oktober 1980 kom til samme resultat som herredsretten. Vedr. rettighetstapet bemerket lagmannsretten flg: «De pasientovergrep som tiltalte er skyldig i er av en slik art at tiltalte har vist seg uskikket til å utøve virksomhet som psykolog. Stilling som psykolog anses også i særlig grad for å være avhengig av at innehaveren av stillingen nyter allmenn tillit». I formildende retning vedrørende straffutmålingen vektlegges at forholdene lå langt tilbake i tid og at tiltalte over en 4-års periode måtte antas å ha vært avskåret fra å utøve sitt yrke som psykolog.

Mens denne saken pågikk i rettssystemet kom det ytterligere varsler om pasientovergrep. En overlege ved Aust-Agder Sentralsykehus varslet i september 1979 om at en av hans pasienter var blitt utsatt for overgrep fra Varhaug tilknyttet behandling ved Rogaland sykehus, men at pasientens tilstand var slik at han ikke burde belastes ytterligere og heller ikke burde kontaktes. Også andre tilgjengelige opplysninger om overgrep mot flere pasienter forelå før ankesaken i lagmannsretten, men disse opplysningene ble ikke etterforsket og således heller ikke medtatt i straffesaken. Hovedårsaken til dette synes og å ha vært at pasientene ikke ønsket å bli involvert og heller ikke ønsket å forklare seg til politiet. Det er få opplysninger om hva Varhaug foretok seg i den perioden på ca. to år han var uten autorisasjon.

I februar 1983 begynte han som psykolog ved Dybwadsgaten legesenter på Majorstua i Oslo og var der fram til august 1984 da han startet egen praksis i Klingenberggaten i Oslo. Nytt varsel til Fagetisk råd i Norsk psykologforening om overgrep ble levert av to leger ved Ullevål sykehus sommeren 1986 og angikk en 35 gammel pasient innlagt ved Ullevål sykehus som siden høsten 1984 hadde gått i behandling hos Varhaug og der var blitt utsatt for grove seksuelle overgrep noe som hadde medført et betydelig tilleggstraume. I tillegg til overgrepene hadde Varhaug oppsøkt pasienten både før og under sykehusopphold for å oppnå kontakt. Helsedirektoratet oversendte saken til Riksadvokaten mars 1987 og straffesaken ble behandlet i Oslo byrett oktober 1988. Retten fant bevist at Varhaug i en periode på ca. 14 måneder (september 1984 – desember 1985) på sitt kontor i Klingenberggaten ca. 2 ganger pr uke hadde masturbert pasientens penis under foregivende av at dette skulle inngå i en psykoterapeutisk behandling og at dette skjedde mens pasienten lå på en benk, delvis avkledd.

Oslo byrett dømte Varhaug til 6 måneder ubetinget fengsel og fradømte han for alltid retten til å utøve virksomhet som psykolog. Om pasientens tilknytning til Varhaug bemerket retten at denne var «overmåte sterk» og at «selv om fornærmede, etter en behandlingstime følte seg syk fortsatt han behandlingen». «Det faktum at pasienten før hver behandling ba om at masturbering skulle skje gir et klart uttrykk for den binding og den tillit fornærmede følte ovenfor tiltalte og som et uttrykk for den makt tiltalte hadde over fornærmede». Vedrørende fradømmelsen «for alltid» begrunnet Byretten dette med at «tiltalte må ansees klart uskikket til å utøve virksomhet som psykolog ved at han gjentatte ganger og på grovt vis hadde misbrukt sin stilling. Hensynet til å beskytte allmenheten ble tillagt vekt i denne sammenhengen. Etter rettens oppfatning må dette skje for alltid idet det er frykt for at tiltalte ellers på ny vil misbruke sin stilling».

Varhaug hadde i denne perioden avtale med Oslo kommune om privat praksis i klinisk psykologi og mottok månedlige utbetalinger. Kommunen ble orientert om dommen og i brev fra Oslo kommune til Helsedirektoratet i desember 1988 ble det spurt om direktoratet hadde foretatt seg noe tilknyttet Varhaugs godkjenning som psykolog. Sommeren 1990 ble det rettet en henvendelse fra Fylkeslegen i Oslo til Oslo trygdekontor for å få avklart om det var utbetalt trygderefusjonen for psykologvirksomhet utført etter dommen i oktober 1988, noe undersøkelsene viste at det ikke hadde vært. Fylkeslegen foretok ingen ytterligere undersøkelser i saken.

Minst to av de pasientene som Varhaug hadde hatt mens han drev klinikk i Klingenberggaten “fulgte” ham inn i det siste tiåret, dvs 1988 til 1998, og det var disse som i 1998 innga en felles anmeldelse. Lagmannsretten la i sin dom datert 11.februar 2002 til grunn at begge i ca. 10 år, og for en tredje pasient vedkommende i ca. 8 år, var blitt utsatt for gjentatte grove seksuelle overgrep fra Varhaug, og at disse hadde skjedd som et resultat av han ovenfor alle tre hadde lansert en traumeteori som begrunnet et behandlingsopplegg som innbefattet innføring av sin penis i to av pasientenes anus, samt masturbasjon og suging av penis. Lagmannsretten var ikke i tvil om at Varhaug hadde skaffet seg seksuell omgang med de tre fornærmede ved misbruk av den stilling som han hadde som deres terapeut. Varhaugs framgangsmåte ovenfor disse fornærmede var langt på vei tilsvarende hva som framkom i de to tidligere sakene. Forskjellen var at overgrepene til dels var betydelig grovere samt forgikk hyppigere og over lengre tid. Lagmannsretten dømte Varhaug - som på dette tidspunkt var 73 år - til ubetinget fengsel i 3 år. Høyesterett reduserte straffen til 2 ½ år fengsel med henvisning til hans alder. I tillegg ble han dømt til å betale de tre fornærmede ca. 8 millioner kroner i erstatning/oppreisning.

Varhaug flyttet til Spania straks etter dommen i lagmannsretten. I 2003 søkte han om soningsutsettelse grunnet sin helsetilstand. Søknaden ble avslått og soningen ble påstartet januar 2004, og han sonet fram til august 2005 da han ble løslatt på prøve. Sverre Varhaug døde i Spania 20.2.2014, 85 år gammel.

Varhaug ble for mange kjent gjennom at ofre for Varhaug sto frem og fortalte om overgrep i VG's podcast «Dukkemannen». Hva overgrepene har medført av livslange belastninger for de enkelte pasientene er dels blitt beskrevet i domspremissene og dels har de framkommet i VG's podcast.

2.2 Utvalgets møter med pasienter og pårørende

For å få et mest mulig realistisk bilde av hva det innebærer å bli utsatt for overgrep i terapi, har utvalget snakket med tre tidligere pasienter. To av disse var pasienter hos Sverre Varhaug i mange år, mens den tredje gikk i langvarig terapi hos en psykiater. Vi har valgt å kalle dem Per, Tor og Eva, alle er ressurssterke mennesker som oppsøkte behandling for moderate psykiske plager i tidlig voksenalder. Tors historie er grundig omtalt i VGs podcast Dukkemannen samt i VG-reportasje.

Alle fortalte rystende historier om lange «behandlingsforløp» som hadde påført stor skade. Vi har valgt å sette terapi og terapirommet i gåsetegn, fordi disse historiene ikke dreier seg om terapi, men om å bruke terapirommet som arena for overgrep.

I tillegg til disse møtene, har utvalget snakket med sønnen (vi har kalt ham Are) til en tidligere pasient hos Varhaug, som tok livet sitt i kjølvannet av «behandlingen». Vi har også samtalt med professor emeritus i psykiatri Lars Weisæth for bedre å forstå hva som skjer når terapi blir overgrep, hvilke konsekvenser det har for ofrene og hva slags behandling som trengs etterpå.

Pers historie

Per oppsøkte hjelp da han var i 20-årene på grunn av utrygghet og lav selvfølelse. Han fikk raskt tilbud om behandling hos Varhaug som de første par årene ble en viktig støtte. Varhaug fortalte at han levde for sine pasienter og tilbød timer hver dag med stort engasjement. Etter en stund begynte Varhaug å hinte om seksuelle forhold og oppfordret Per til å eksperimentere, være modig i «terapien». I den forbindelse ba han Per kle seg naken hvoretter Varhaug mente å se tegn til seksuelt misbruk i Pers historie. Per hadde ingen minner om det. Varhaug mente traumene var fortrent og at det i «terapien» var avgjørende å huske traumene, få dem tilbake. Per var verken enig eller uenig, men hadde ingen å konferere med. Prosessen fortsatte med ulike grove grensekrenkelser i 15 år. Per ble stadig dårligere, noe som ble forklart med at Per nærmet seg traumene. Per tenkte at hvis «terapien» var et blindspor, hadde han kastet bort livet sitt. I tilbakeblikk tenkte Per at han ville gått til grunne om ikke «terapien» var blitt avsluttet i 1998.

Behandlingen Per har trengt i ettertid, har vært svært vanskelig å skaffe seg. Han har vært i mange og ulike behandlinger og får nå helsehjelp i utlandet. Den aktuelle behandlingen som fortsatt pågår, har

ført til en betydelig reduksjon av kroppssmerter, samt bedre selvfølelse og selvhevdelse. Til sammen har Per brukt to millioner kroner til behandling. Som et minimum mener Per at staten bør dekke dokumenterte kostnader til terapi som Varhaugs ofre kan vise til.

Tors historie

Tor oppsøkte hjelp for vansker med å ta store beslutninger. Nokså raskt ble Varhaug opptatt av hvordan Tor hadde hatt det i barndommen og om noen hadde vært stygge mot ham. Psykologen plantet tidlig i terapien en ide om at pasienten måtte gjennom en homofil periode, for å huske fortrenge minner om far som overgriper. Det skapte usikkerhet hos Tor rundt hans egen legning. «Terapien» ble raskt intens og omfattende med lange konsultasjoner flere ganger i uka. Varhaug oppfordret Tor til å isolere seg fra andre, og Varhaug formidlet at alt som var ekspansivt i Tors liv, var feil. Som i Pers tilfelle, ble far sirklet inn som sannsynlig overgriper og mor som passivt vitne. I tillit til at Varhaug visste hva som trengtes for at Tor skulle bli bra, ble Tor utsatt for overgrep i mer enn ti år. Tor opplevde at han ble syk av «terapien». I løpet av sommerferiene kviknet han til og fikk mer energi. Da mente Varhaug at han flyktet fra problematikken. «Terapien» hos Varhaug varte i 13 år fram til 1998.

For å lege skadene har Tor gått sammenhengende i terapi i mer enn tyve år, med et forsøksvis kort opphold på et par måneder. Han har også vært medisinert og går fortsatt ukentlig i terapi. Han har idag også somatiske skader grunnet terapien.

Tor ønsker en offentlig unnskyldning fra høyest mulig hold for det han opplever som systemsvikt i Varhaugsaken.

På bakgrunn av sine erfaringer hadde Tor følgende anbefalinger vedrørende psykoterapi generelt: Den bør innledes med tre vurderingssamtaler. Deretter bør det lages en skriftlig avtale om behandlingen som evalueres hvert halvår. Terapeuten skal alltid ha veiledning, og det bør etableres et kontrollorgan som skal snakke med pasient og terapeut.

Kommentar

Mønsteret i Pers og Tors fortellinger er svært likt. De var begge ressurssterke unge menn med moderate psykiske plager som trolig kunne vært godt hjulpet av en avgrenset psykoterapi. I begge tilfellene melder Varhaug seg intenst på som en oppofrende og engasjert terapeut som raskt skaper tillit og avhengighet. Deretter introduseres den samme forklaringen på pasientenes plager (seksuelle overgrep fra far) som må gjenoppleves i «terapien». Varhaug presenterer seg for begge som den eneste som kan hjelpe dem. Selv om både Tor og Per stusser underveis, er avhengigheten og Varhaugs definisjonsmakt dominerende. Med stor skam knyttet til det unevnelige som skjer i «terapien» og sterk

lojalitet til «terapeuten» blir korrektiv fra andre mennesker utenfor «terapirommet» umulig. Siden Varhaug oppfordrer Per og Tor til å isolere seg fra andre og konsentrere seg om «terapien» blir de berøvet innsyn og andre perspektiver på det de erfarer i «terapirommet».

Både Per og Tor har trengt omfattende behandling for å lindre skadene som overgrepene hos Varhaug har påført dem.

Ares historie

Are har tidligere fortalt sin historie til VG. Ares far gikk i «terapi» hos Varhaug i over fire år.

Behandlingen sluttet brått da Varhaug forsvant fra Stavanger. Fire dager etter dette tok faren sitt liv (da var Are et barn). Faren tok livet sitt da han var i permisjon under en innleggelse på sykehuset.

Permisjonslappen lå i skjortelomma etter hans død. Farens død hadde vært omgitt av hemmelighet inntil avskjedsbrev ble funnet mange år etter selvmordet, og den sanne historien kom fram. Historien om Ares fars «behandling» og senere selvmord, er et stort traume for Are og familien. Hele slekten er rammet. Are har gjort et stort etterforskningsarbeid for å finne ut hvorfor Varhaug ikke ble stoppet tidligere, men fikk holde på med overgrep i «terapirommet» i tre tiår selv om hans ondartede praksis ble oppdaget tidlig. Are er opptatt av at enkeltpersoner og etater som på ulikt vis har hatt befatning med Varhaugsaken, blir stilt til ansvar for sine unnlatelser. Han ønsker en unnskyldning fra høyeste myndighet dvs Statsministeren på grunn av sakens alvorlighet og den store skandalen vedrørende systemsvikten.

2.3 Vurderinger og læringspunkter

Utvalget har i sitt arbeid med overgrepssaker i tiåret 2010 til 2020 ikke registrert saker som er i nærheten av Varhaugsaken når det gjelder alvorlighet og varighet. Det er åpenbart mange ofre for hans overgrep som aldri har fått den oppreisning de fortjener. Med utvalgets mandat som i hovedsak, dreier seg om å se fremover, har utvalget ikke hatt mulighet til å granske Varhaugsaken slik utvalget mener den bør. Utvalget mener det er dokumentert systemsvikt på flere nivåer, og det er et stort omfang av skadelidende pasienter. Det bør vurderes om et eget granskningsutvalg skal gjennomgå alle sider ved Varhaugsaken, det vi si enkeltpersoners, institusjoners, tilsynsmyndighetens og påtalemyndighets roller.

Med utvalgets gjennomgang av Varhaugsaken, vil vi trekke frem læringspunkter som fremgår nedenfor.

Når vi gjennomgår Varhaugsaken så lang tid i etterkant kan det gjøres fra iallfall tre perspektiv:

1. Kritiske punkt i saken hvor man potensielt kunne ha stoppet eller begrenset overgrepene innenfor det regelverk som den gang gjaldt

2. Kritiske punkt hvor dagens regelverk ville økt sannsynligheten for å stoppe overgrepene, og til slutt
3. Forslag til mulige nye tiltak som kan øke sannsynligheten ytterligere for å stoppe en slik overgriper.

Varhaugsaken startet i en tid hvor det fortsatt fantes tankegods i det psykoterapeutiske miljøet som ikke var kritisk nok til fysisk berøring av pasient i terapirommet. Dette kan også ha bidratt til unnvikelsen når det gjaldt mer aktivt å ta tak i varslene om overgrep.

Helsedirektoratet hadde tilsynsansvaret for helsepersonell og helsevirksomheter. I henhold til psykologloven av 1973 § 8 kunne Helsedirektoratet tilbakekalle en offentlige godkjenningen som psykolog, og ved søknad om ny autorisasjon kunne det settes begrensninger.

I 1976 ble Varhaug innkalt til samtale med en psykiater i Helsedirektoratet på bakgrunn av varsel om overgrep fra to pasienter. Varhaug bekreftet da langt på vei forholdene, men erkjente verken faglige eller etiske feil. Samme år ble Helsedirektoratet gjort kjent med at en annen av Varhaugs pasienter begikk selvmord, og hvor pasientens journal gav indikasjoner på et for tett forhold mellom behandler og pasient. Saken ble likevel avsluttet uten videre oppfølging fra helsemyndighetene. Utvalget mener at det ikke ble gjort tilstrekkelig for å opplyse Varhaugsaken og heller ingen naturlige oppfølgninger, eller reaksjoner.

Både gjennomgang av Varhaugsaken og møte med ofrene vitner om stor grad av benekting og unnvikelse hos kolleger, ledere, tilsyn og påtalemyndighet. Ingen har varslet helsetilsynet og tilsynelatende har det vært vanskelig å forestille seg hva Varhaug faktisk utsatte pasientene for. De utvalget har snakket med av ofre uttrykket stor grad av skam og skyldfølelse. Lojalitet til terapeuten kan føre til at det tar tid før det erkjennes hva pasienter har blitt utsatt for.

Varhaug burde fått sin offentlige godkjenning som psykolog suspendert allerede etter de to første varslene som han erkjente (1976). Deretter skulle godkjenningen blitt tilbakekalt av Helsedirektoratet (fra 1994: Statens helsetilsyn). Varhaug ville ikke oppfylt vilkårene for å få den tilbake.

Sannsynligvis ville Varhaug i dag fått en strengere straff enn hva han i 1979/1980 fikk i Sandnes herredsrett/Gulating lagmannsrett som følge av økt bevissthet om overgrep. Det er samtidig lite trolig at en ubetinget fengselsstraff ville ha hindret nye overgrep, jf. også at dommen i Oslo byrett i oktober 1988 ikke hadde denne tilsiktede virkning. Tvert imot eskalerte de senere overgrepene både i antall og i grovhet.

Helsepersonell er i dag underlagt flere strengere former for varslingsplikt. Helsepersonell har en varslingsplikt i helsepersonelloven § 17 om at de skal varsle helsetilsynet om forhold som kan medføre fare for pasienters sikkerhet. En slik varslingsplikt fantes ikke den gang og det er kanskje en av grunnene til at det da ikke ble varslet.

Etiske regler for leger kap. II § 2 lyder som følger: «dersom en lege oppdager tegn til faglig eller etisk svikt hos en kollega eller medarbeider, bør han/hun først ta det direkte opp med vedkommende.

Formen bør være varsom spesielt overfor studenter og leger under utdanning. Hvis dette ikke fører frem, bør legen ta saken opp enten med administrativ overordnet, Dnlfs organer eller vedkommende helsemyndighet». Denne etiske plikten kom imidlertid først inn i legers etiske regler i 1992. Før 1992 var den samme paragrafen kun opptatt av at en skulle være varsom med å kritisere kolleger.

Forhåpentligvis bidrar dagens etiske formulering til at kolleger «tar tak i hverandre» når praksis ikke er slik den bør være. Det er nødvendig for både kolleger, ledere, tilsyn og påtalemyndighet å forsøke og tenke det utenkelige, være konkret og detaljert når en prøver å få tak i hva som skjer eller har skjedd av grensekrenkelser i terapirommet.

Utvalgets forslag til tiltak er beskrevet i kapittel 10 og 11. Blant de tiltakene som utvalget beskriver i kapittel 10 og 11 er det særlig fire tiltak som kunne ha økt sannsynligheten for tidligere å kunne ha stanset de serieovergrepene som Varhaug gjorde seg skyldig, nemlig følgende:

- **Innføring av varig tilbakekall i alvorlige overgrepssaker:** Se kapittel 11.1.
 - Loven åpner i dag ikke for dette, men utvalget mener det bør innføres. Med utvalgets nåværende forslag om varig autorisasjonstap ville en serieovergriper som Varhaug blitt avskiltet tidlig.
- **Kontakt med andre pasienter som kan være utsatt for overgrep:** Se kapittel 10.1.2.
- **Nærmere samarbeid mellom politi/påtalemyndighet:** Se kapittel 8 og kapittel 10.4.
- **Helsepersonell uten autorisasjon må følges opp dersom praksisen videreføres:** Se kapittel 11.2 og 11.4.2 (innføring av nasjonalt register).

3 Utvalgets funn, anbefalinger og sammendrag

Utvalget har ved sin gjennomgang og vurdering av daværende fylkesmennenes, Statens helsetilsyns og Statens helsepersonellnemnds behandling i saker som gjelder overgrep begått av helsepersonell mot pasienter i perioden 2010 til 2020 avdekket *fem funn / hovedutfordringer* som begrunner følgende endringsforslag:

I. Helsetilsynets reaksjoner og saksbehandling er ikke tilstrekkelig når det mistenkes at helsepersonell med og uten autorisasjon misbruker sin rolle til å begå overgrep. Reaksjoner og saksbehandling er ikke godt nok målrettet sakens alvorlighetsgrad.

- Helsetilsynet reagerer ikke raskt og tilstrekkelig nok ved grove og gjentatte seksuelle overgrep.
 - o Suspensjon benyttes ikke systematisk som et umiddelbart tiltak der det er fare for pasientsikkerheten.
 - o Samme reaksjonsform benyttes uavhengig av sakens alvor og om gjentakelsesfaren og risikoen for pasienters sikkerhet er høy eller lav.
- Flere får autorisasjonen tilbake etter relativt kort tid uten det er foretatt en forsvarlig risikovurdering.
- Uten at dette følger av loven blir saker som gjelder helsepersonell uten autorisasjon ikke oversendt til Statens helsetilsyn for vurdering av administrativ reaksjon.
 - o Alle saker med stor risiko for pasientsikkerheten skal etter lovens system oversendes Statens helsetilsyn for vurderinger av reaksjoner og politianmeldes.
- Helsetilsynet må ha bedre oversikt over saker på landsbasis som gjelder overgrep.
 - o Bortsett fra egne saker vedrørende mistanke om overgrep har den enkelte statsforvalter ikke oversikt over andre tilsvarende saker som behandles av andre statsforvaltere.
 - o Dette innebærer blant annet at helsepersonell som mistenkes for overgrep kan flytte mellom fylker uten at kunnskap om tilsynssaken blir kjent for aktuell ny statsforvalter.

II. Involvering av påtalemyndigheten må styrkes, blant annet ved mer systematisk samarbeid. Dette er særlig viktig i saker som angår helsepersonell uten autorisasjon.

- Utvalget har sett at det er store variasjoner i hvordan påtalemyndigheten følger opp overgrepssaker som gjelder helsepersonell både med og uten autorisasjon.
 - o Det har ikke vært mulig å skaffe seg noen klar oppfatning av dette da det er få saker.

- Helsetilsynet har begrenset mulighet for å reagere i saker hvor helsepersonell uten autorisasjon har begått overgrep. Av den grunn er involvering av påtalemyndigheten viktig for å kunne stanse overgrepssaks fra helsepersonell uten autorisasjon ved rettighetstap.
- Påstand om rettighetstap må benyttes i større grad, og er særlig viktig når helsepersonellet ikke har autorisasjon og er til fare for pasientsikkerheten
- Samhandling mellom helsetilsynet og påtalemyndigheten i disse sakene må være forutsigbar og systematisk.

III. Arbeidsgiveres oppfølging og praksis med å oversende saker til helsetilsynet ved mistanke om overgrep virker vilkårlig.

- Arbeidsgivere avslutter arbeidsforholdet til helsepersonell som representerer en risiko for pasienter.
 - Dette innebærer at helsepersonell kan søke seg arbeid i andre helsevirksomheter hos arbeidsgivere som er ukjent med tidligere saker tilknyttet grensekrenkelser.
- Det er nødvendig å melde disse sakene til helsetilsynet for oppfølging.
- Arbeidsgivere bør kunne innhente politiattest for helsepersonell som arbeider innenfor psykiatri og rus, da gjennomgangen av saker viser at det er en overrepresentasjon av overgrepssaker i denne delen av helsetjenesten sammenliknet med andre deler av helsetjenesten.

IV. Pasienters og pårørendes posisjon må styrkes ved mistanke om grenseoverskridende atferd.

- Pasienter må enklere kunne komme i kontakt med helsetilsynet (statsforvalteren) for råd og oppfølging. Flere pasienter har sagt at det er vanskelig å få veiledning.
- Personer som har blitt utsatt for grenseoverskridende atferd kan ha utfordringer med å orientere seg om hvem de skal kontakte. Det bør være tilgjengelig informasjon om at henvendelsen skal rettes til statsforvalterne.
- Pasienter bør kunne henvende seg på telefon for å diskutere situasjonen.

V. Forebyggende arbeid for å motvirke risiko for overgrep og for å rehabilitere helsepersonell må styrkes.

- Utvalget mener det blir gjort for lite for å forebygge overgrep og for å hindre at nye overgrep skjer. Undervisning om etikk og jus for både autorisert og uautorisert helsepersonell må styrkes.

Forslag til endringer av praksis:

- Helsetilsynet må endre sin praksis slik at alvorlige saker med høy risiko for pasienter prioriteres først og bruke suspensjonsordningen mer systematisk og raskt etter at saken er kommet inn til tilsynet.
- Helsetilsynets praksis som gjelder personell uten autorisasjon må endres slik at de alvorlige sakene følges opp av Statens helsetilsyn og påtalemyndighet
- Det er nødvendig å forholde seg konkret til variasjon i alvorlighet når det gjelder grensekrenkelser. Det anbefales å gi mer nyanserte reaksjoner basert på reelle individuelle vurderinger i hver sak. Det er store variasjoner i sakene uten at dette i tilstrekkelig grad gjenspeiles i reaksjonene.

4 Grunnlaget: systemet og plikter av betydning for behandling av overgrepssaker

4.1 Oversikt over grunnlaget for utvalgets vurderinger

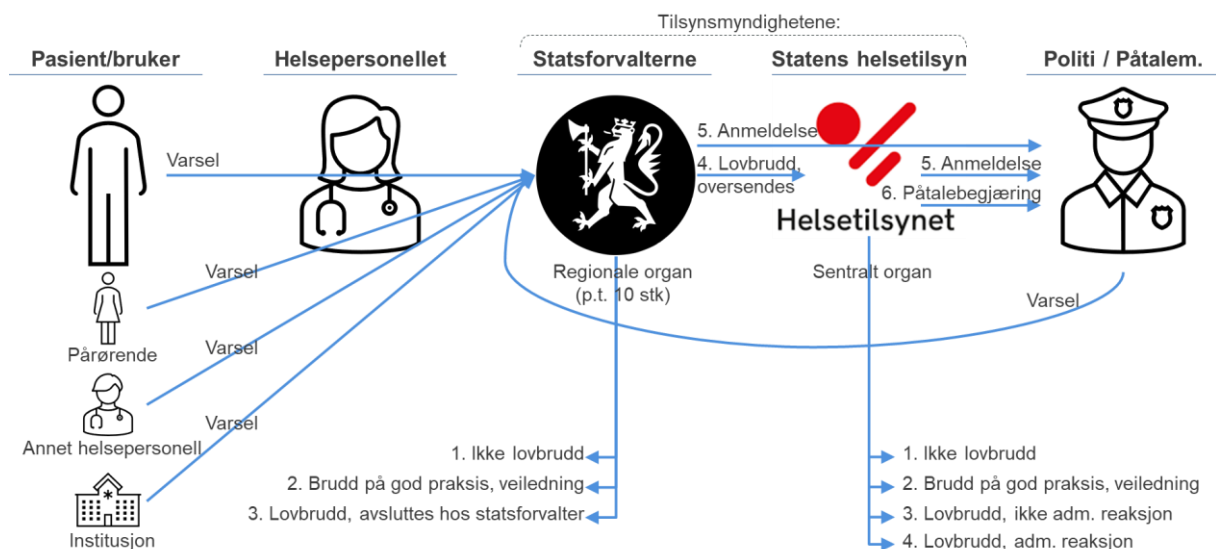
I Norge er det etablert et nasjonalt statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten som er regulert av helsetilsynsloven⁴. Helsetilsynet består i dag av statsforvaltere og et nasjonalt Helsetilsyn: Statens helsetilsyn. Statsforvalterne fører tilsyn med helse- og omsorgstjenesten samt helsepersonell og annet personell som yter helse- og omsorgstjenester i fylket og er direkte underlagt Statens helsetilsyn.

Grunnlaget for utvalgets vurderinger av praksis i overgrepssaker er lovgrunnlaget for helsetilsynet praksis (helsetilsynet: daværende fylkesmennenes, statsforvaltere, Statens helsetilsyn), Statens helsepersonellnemnds praksis og politi og påtalemyndighetens praksis, samt samhandling mellom disse organene. Formålet med tilsynsmyndighetene er å påse at helse- og omsorgstjenesten drives i samsvar med lovgivningen for at pasienters sikkerhet ivaretas og at befolkningen har tillitt til tjenesten.

En tilsynssak vil typisk involvere en rekke ulike aktører, med ulike roller, rettigheter og plikter. Utgangspunktet er at helsepersonell – og helsevirksomhetene - er pålagt lovbestemte plikter som i stor grad korresponderer med pasienter og brukeres rettigheter. Helsetilsynet skal føre tilsyn med at de lovbestemte pliktene overholdes, noe som ikke er tilfellet dersom helsepersonell begår overgrep. Det må da vurderes hvilke virkemidler som skal benyttes overfor helsepersonellet – og ev. overfor helsevirksomhetene som skal sørge for at helsetilbudet er forsvarlig – og med et tilretteleggingsansvar slik at helsepersonellet kan overholde sine plikter.

Denne figuren viser forholdet mellom pasient/bruker, helsepersonellet, helsetilsynet og påtalemyndigheten. Institusjonene, det vil si helsevirksomhetene/arbeidsgivere har på samme måte plikter og myndighet som er sentral dersom helsepersonellet er ansatt i en helsevirksomhet.

⁴ Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten, lov av 15. desember 2017 nr. 107 (forkortet helsetilsynsloven). Loven erstatter lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten av 30. mars 1984 nr. 15



Figur 1: Eksempel på noen av aktørene som kan inngå i en tilsynssak, samt de ulike utfall en tilsynssak kan få.

Dersom en helsevirksomhet/arbeidsgiver mistenker at helsepersonell begår overgrep kreves det umiddelbar oppfølging ved å undersøke forholdet. Det må vurderes om saksforholdet skal oversendes helsetilsynet. Helsetilsynet (statsforvalteren og Statens helsetilsyn) skal følge opp saken som kan komme fra arbeidsgiver, helsepersonell, pasient, pårørende, politiet eller andre.

Ved mistanke om overgrep vil det være aktuelt for tilsynet å vurdere umiddelbar suspensjon, det vil si i løpet av få dager i påvente av vurderingen av om autorisasjonen skal tilbakekalles. Suspensjon skal skje raskt dersom det er fare for pasientsikkerheten.

Helsetilsynet skal ved mistanke om overgrep undersøke mistanken. Det er også aktuelt å undersøke hvordan helsevirksomheten har innrettet seg. Dersom helsepersonellet ikke har autorisasjon og kan ha begått straffbare handlinger er det nødvendig å involvere påtalemyndigheten.

4.2 Pasienter og brukeres rettigheter og ombudsrollen

Utvalgets saksgjennomgang viser at pasienter og brukere er en viktig kilde til at overgrepssaker opprettes. Pasienter og brukere har etter loven rett til å bringe saker inn for statsforvalterne, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 7-4, formulert i loven som en rett til «anmodning». Pasienter kan også varsle tilsynsmyndigheten om alvorlige hendelser i henhold til helsetilsynsloven § 6. Pasienter har rett til informasjon fra helsepersonell dersom helsehjelpen fører til at pasienten blir "påført skade og alvorlige komplikasjoner" i helse- og omsorgstjenesten, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2. Overgrep kan være en slik skade. Pasienter skal også informeres om adgangen til å henvende seg til pasient- og brukerombudet, til tilsynsmyndighetene og til Norsk pasientskadeerstatning.

Dersom skaden eller komplikasjonen er svært alvorlig skal pasienten også tilbys et møte med helse- og omsorgstjenesten.

Statsforvalteren skal undersøke henvendelsen fra pasienten og vurdere om det er grunnlag for å opprette en tilsynssak. Pasienter har rett til å uttale seg og til å få informasjon om avslutningen av saken, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 7-4 A. Dersom Statsforvalteren ble gjort kjent med forholdet fra andre enn pasient/bruker vil det kunne være nødvendig å innhente uttalelse fra pasient/bruker, ev. også ved at pasienten gis anledning til å kommentere helsepersonellens uttalelse.

Statsforvalteren skal vurdere de synspunkter som pasienten har fremsatt. Det innebærer at tilsynsmyndigheten så langt det lar seg gjøre skal besvare de spørsmål som er stilt med det mål at den eller de som har fremsatt anmodningen skal oppleve at deres synspunkter er sett, forstått og besvart, jf. Prop. 100 L (2012-2013) punkt 4.2.4.1.

Sivilombudet har uttalt at det er en snever adgang til ikke å gå videre med saken dersom det ikke foreligger formelle avvisningsgrunner og at saken i så fall må karakteriseres som 'åpenbart grunnløs', noe som tilsier at det må foreligge sikre holdepunkter for at pliktbrudd ikke har funnet sted⁵. Denne forståelsen er også lagt til grunn i flere av Sivilombudets senere uttalelser.

Dersom statsforvalteren avslutter saken er ikke denne avgjørelsen gjenstand for klagerett. Pasienten kan likevel be helsetilsynet om å omgjøre avgjørelsen. Pasienter og brukere har ikke klagerett på en beslutning om ikke å opprette tilsynssak og kan ikke bringe sakene videre i tilsynssystemet eller til Statens helsepersonellnemnd. Pasienten kan politianmelde helsepersonell for brudd på helsepersonellovens straffebestemmelse i § 67 og straffeloven.

Utvalget skal ikke vurdere ombudsrollen. Denne rollen kan likevel få stor betydning for pasienter og brukere som har blitt utsatt for overgrep, ved at pasient- og brukerombudet benyttes som rådgiver og et talerør for pasientgruppen. De totalt 15 pasient- og brukerombudene skal gi råd og veilede den som henvender seg og arbeide med å påvirke kvaliteten på tjenestene på anmodning fra pasient og brukere, men også på eget initiativ, jf. pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 8. Den ene av ombudene er etter 2020 koordinator for alle ombudene for å bidra til at det utvikles en lik tilnærming til, løsning og forståelse av prinsipielle saker, og skal avgi uttalelser om hvordan helse- og omsorgstjenesten kan forbedres. Pasient- og brukerombudet "skal underrette tilsynsmyndighetene om tilstander som det er påkrevet at disse følger opp" jfr. pbrl. § 8-7, 4 ledd.

⁵ SOM-2015-234

4.3 Plikter for helsevirksomheten i overgrepssaker

Virksomheter som yter helsehjelp har et overordnet og helhetlig ansvar for at virksomheten organiseres og drives forsvarlig slik at pasienter mottar forsvarlig helsehjelp⁶. Helsevirksomheter er pålagt plikter i helselovene som skal bidra til å redusere risikoen for pasienter, blant annet ved å tilrettelegge for at helsepersonellet kan oppfylle sine lovbestemte plikter, jf. helsepersonelloven § 16, spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. Plikten til forsvarlighet innebærer at ledelsen skal ha oversikt over egen bemanning og deres aktiviteter, og gripe inn for å stanse aktivitet som kan sette pasienters helse i fare. I tillegg til at helsevirksomhetene skal sørge for oppfølging av helsepersonellet og har et oppfølgingsansvar ved mistanke om overgrep har også virksomhetene en arbeidsgiverrolle overfor helsepersonellet med de rettigheter og plikter som følger av dette ansvaret. God internkontroll og systemer for risikostyring er viktige for å forebygge, forhindre og avdekke uønskede hendelser⁷.

Helsevirksomheter er pålagt meldeplikter ved alvorlige hendelser. Meldeplikten gjelder ikke andre forhold enn hendelser.

4.4 Helsepersonell underlagt helsepersonelloven og helsetilsyn

4.4.1 Helsepersonell

Helsepersonell med og uten autorisasjon er pålagt en rekke plikter i helsepersonelloven⁸. Grensekrenkende atferd vil være i strid med plikten til å gi forsvarlig og omsorgsfull hjelp i helsepersonelloven § 4. Helsepersonell skal varsle statsforvalteren ved mistanke om at kollegaer forgriper seg på pasienter eller driver uforsvarlig virksomhet, jf. helsepersonelloven § 17. Det fremgår av forarbeidene at nærmeste leder skal varsles først.

Helsepersonelloven omfatter også personell uten autorisasjon som gir helsehjelp i helse- og omsorgstjenesten og apotek, og ansatte i helse- og omsorgstjenesten i kommunen, jf. helsepersonelloven § 3 og helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1. Dette innebærer at alt personell, som yter helse- og omsorgstjenester i eksempelvis sykehus, i alders- og sykehjem, i boenheter og i

⁶ Lov om spesialisthelsetjenester, lov 2. juli 1999 nr. 61. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, lov 24. juni 2011 nr. 30. Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

⁷ Forskrift om ledelse og kvalitetskontroll i helse- og omsorgstjenesten, forskrift av 28. oktober 2016 nr. 1250. Forskriften erstatter opphevet forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten

⁸ Lov om helsepersonell mm, lov av 2. juli 1999 nr. 64 (forkortet hpl)

pasientens bolig ansees som helsepersonell uavhengig av om de er autorisert som helsepersonell eller ikke.

Formålet med autorisasjonsordningen er i hovedsak å styrke forutsigbarheten til arbeidsgivere og befolkningen om titler og bakgrunn, samt hvilke felles kvalifikasjoner som kreves for å oppnå autorisasjon for de ulike gruppene. Det er et mål at autorisasjonsordningene skal harmoniseres mellom land.

4.4.2 Økt antall helsepersonell med autorisasjon

For å få forståelsen av omfanget av tilsynets ansvar og oppgaver har utvalget innhentet opplysninger fra Helsepersonellregisteret og Statistisk sentralbyrå (SSB). Utvalget har fått opplyst at det pr. 31.12.2010 totalt var 382.156 helsepersonell registrert i helsepersonellregisteret med gyldig autorisasjon, og at det pr. 31.12.2020 var 522.226. Det har således vært en økning på 37 % på ti år. Noe av økningen skyldes at aldersgrensen for helsepersonell ble endret fra 75 år til 80 år i 2015. Dette forklarer ikke hele økningen, ser man på tallene fra 2010 til 2014 har det uansett vært en økning i antall autorisasjoner blant de helsepersonellgruppene som er omtalt i oversikten nedenfor.

Økningen for leger har vært 48 %, sykepleiere 35 % og psykologer 30 %.

	Lege	Sykepleier	Psykolog	Fysioterapeut	Vernepleier	Omsorgsarbeider	Hjelpepleier	Helsefagarbeider
2010	35069	140549	6395	13510	13207	11593	115938	2142
2011	36586	145837	6728	13925	13867	11730	116207	5086
2012	38219	151769	7076	14381	14622	11728	116102	8355
2013	40915	157978	7450	14671	15400	11439	115672	14991
2014	42885	163506	7814	14963	15952	10220	115233	19464
2015	44662	168811	8424	14768	16447	9922	114840	23836
2016	46143	173418	8633	14829	16586	9731	114167	28965
2017	48208	177828	8981	14821	16950	9553	113006	33703
2018	49668	180910	9327	14787	16745	9399	112103	37901
2019	50870	185054	9729	14758	16952	9230	110654	42199
2020	52073	189195	10101	14689	17213	9060	109175	46952

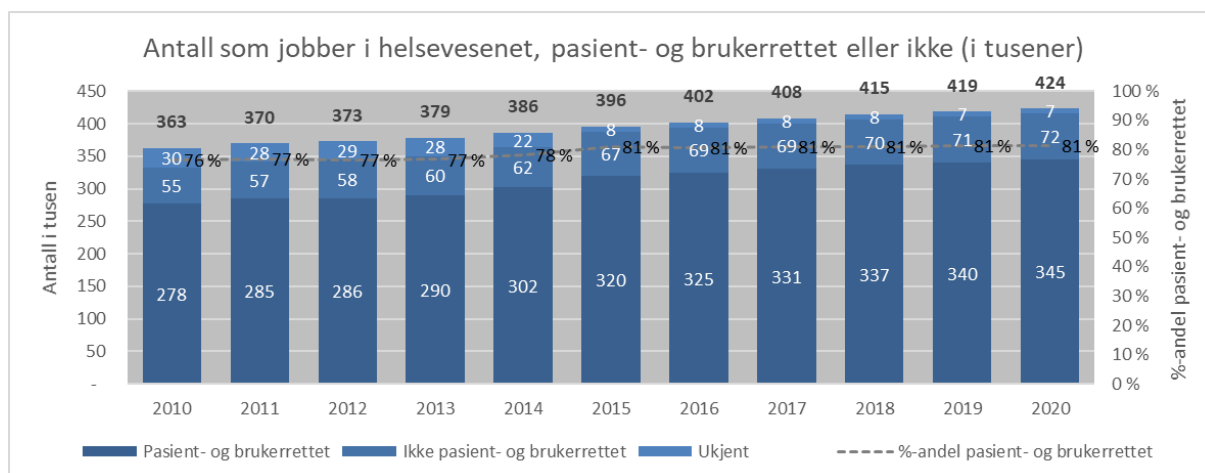
Figur 2: Utvikling i antall autorisasjoner innen utvalgte helsepersonellgrupper.

Merk at denne statistikken på antall autorisasjoner ikke sier noe om hvor mange av disse som faktisk arbeider i helse- og omsorgstjenesten.

4.4.3 Antall sysselsatte og helsepersonell med og uten autorisasjon

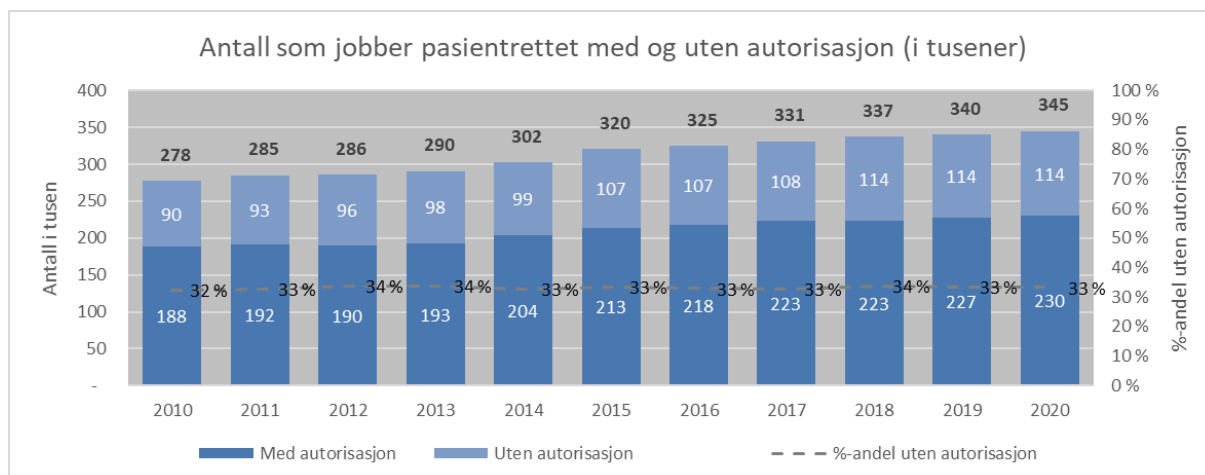
Tallmateriale innhentet fra SSB viser at antall sysselsatte i helse- og omsorgstjenesten har økt fra ca. 363.000 til ca. 424.000 i perioden, som tilsvarer en økning på 17%. De fleste som jobber i

helsevesenet jobber også pasient- og brukerrettet. Som figur 3 viser har andelen som jobber pasient- og brukerrettet ligget stabilt på ca. 81%⁹ de siste årene:



Figur 3: Utvikling i antall som jobber i helsevesenet i hele tusener, brutt ned på om de jobber pasient- og brukerrettet eller ikke. Stiplet linje viser prosentandel av totalen som jobber pasient- og brukerrettet.

Blant de som jobber pasient- og brukerrettet (helsepersonell, jf. hpl. § 3) er det en betydelig andel som ikke har autorisasjon som helsepersonell i henhold til helsepersonelloven §§ 48 flg. Som Figur 4 viser har andelen som jobber pasient- og brukerrettet uten noen autorisasjon ligget stabilt rundt 33% i hele perioden, og utgjør i dag ca. 114.000 personer.

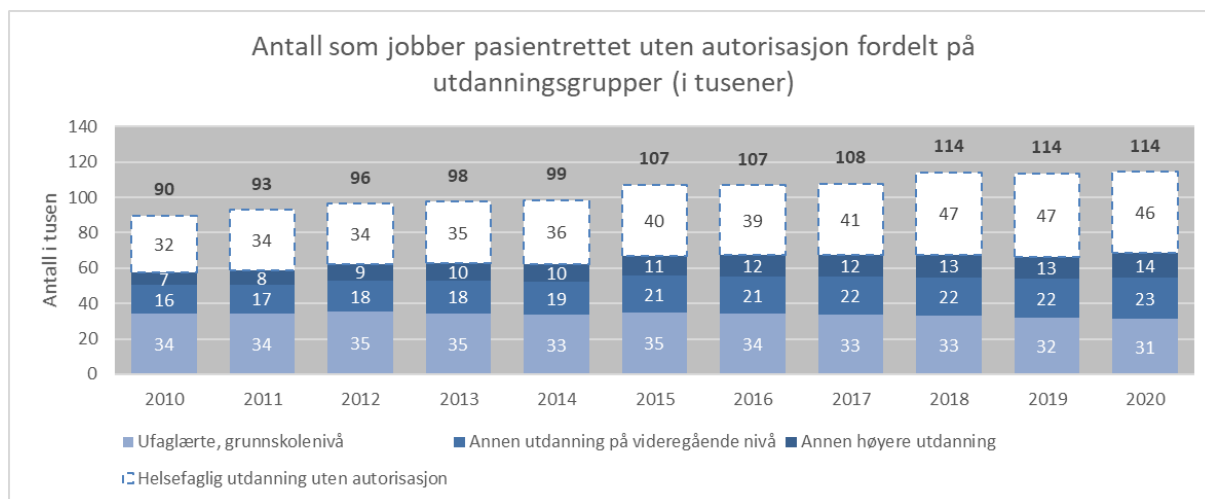


Figur 4: Utvikling i antall som jobber pasientrettet i helsevesenet i hele tusener, brutt ned på om de har en form for autorisasjon eller ikke. Stiplet linje viser prosentandel av totalen uten autorisasjon.

⁹ I 2015 endret Statistisk sentralbyrå kilde for sysselsetting, fra Aa-registeret til a-ordningen. Dette førte blant annet til at antallet med ukjent yrkeskode har sunket betraktelig. Sammenligninger av tall før 2015 kan ikke direkte sammenlignes med tall etter 2015, og bør derfor tolkes med forsiktighet (Kilde Statistisk sentralbyrå).

Den høye andelen uten autorisasjon er relevant for problemstillingene utvalget ser på, ettersom helsetilsynets virkemiddel primært er knyttet til helsepersonell med autorisasjon.

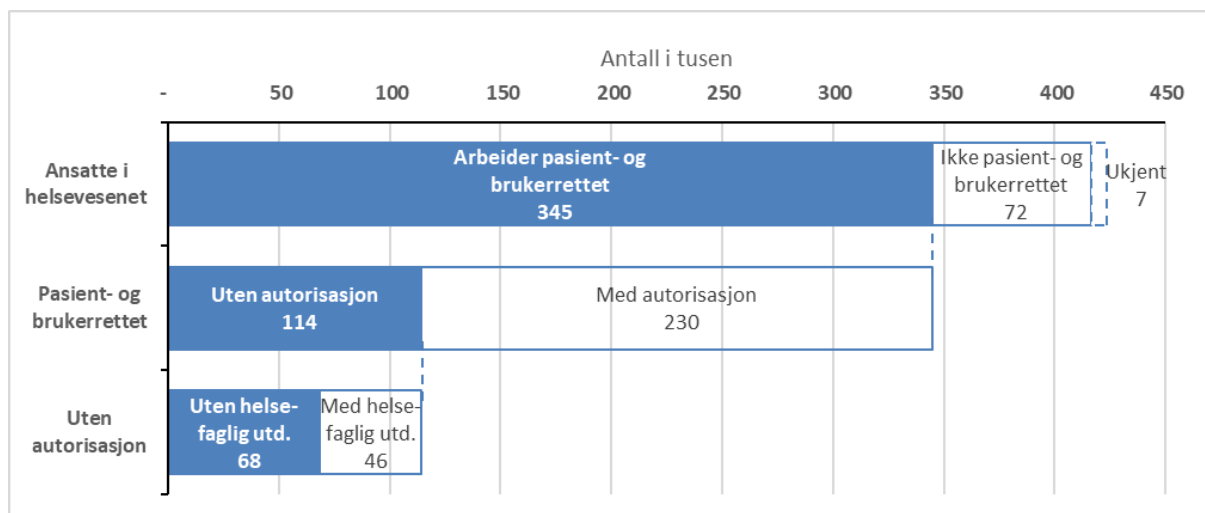
Blant de ca. 114.000 uten autorisasjon som jobber pasient- og brukerrettet har ca. 60% ikke noen helsefaglig utdanning - totalt ca. 68.000 personer se Figur 5.



Figur 5: Utvikling i antall som jobber pasientrettet uten noen form for autorisasjon, for utvalgte ikke-helsefaglige utdanningsgrupper. Stiplet linje viser prosentandel av totalen uten helsefaglig utdanning.

Det tallmaterialet utvalget har innhentet fra Statistisk sentralbyrå viser at blant de som jobber pasient- og brukerrettet har ca. 31.000 kun utdanning på grunnskolenivå, ca. 23.000 har utdanning på videregående nivå (ikke helsefaglig), og ca. 14.000 har annen høyere utdanning (ikke helsefaglig). Disse jobber i all hovedsak som pleieassistenter eller lignende.

Antallet uten helsefaglig utdanning er relevant for problemstillingene utvalget har sett på, da helsetilsynets virkemiddel er begrenset overfor denne gruppen. Det legger også et særlig ansvar på arbeidsgiver med tanke på å vurdere kvalifikasjoner og informere om holdninger til og regelverk rundt grensekrenkende adferd.



Figur 6: Et betydelig antall ansatte som arbeider pasient- og brukerrettet i helsetjenesten har verken autorisasjon eller helsefaglig utdanning (tall for 2020).

Rapporten Kompetanseløft 2020 fra Helsedirektoratet viser en tilsvarende situasjon i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Antall årsverk i hjemmebaserte tjenester og dagsenter mm utført av personell uten helse- og sosialfaglig utdanning økte med 9,7% i perioden 2016-2020 til totalt 21.933¹⁰. Dette utgjør ca. 1 av 4 årsverk innen hjemmebaserte tjenester og dagsenter mm.

Utvalget har inntrykk av at det ikke har vært en økning av ressurser til helsetilsynet som samsvarer med økning av antallet helsepersonell. Når utvalget foreslår at helsetilsynet i større grad skal forholde seg til overgrep begått av uautorisert helsepersonell forutsetter dette også sannsynligvis økte ressurser til helsetilsynet.

4.5 Helsetilsynets oppgaver og virkemidler i overgrepssaker

Statsforvalterne oppretter og behandler de fleste tilsynssakene på bakgrunn av opplysninger fra pasienter, brukere, pårørende, helsevirksomheter, helsepersonell, politi, media mm. Statsforvalteren skal ta stilling til om det er relevant i den enkelte sak å opprette en tilsynssak mot virksomheten og eller mot helsepersonell. Ved mistanke om overgrep vil Statsforvalterne som regel være saksforberedende instans for Statens helsetilsyn som treffer vedtak/avslutter saken, bortsett fra de tilfellene hvor mistanken vurderes til å være grunnløs. Da kan statsforvalteren selv avslutte saken. Statsforvalteren og Statens helsetilsyn skal forberede og avgjøre saken uten utgrunnet opphold jf.

¹⁰ «Kompetanseløft 2020 – Personell og kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene – utviklingstrekk og status» (Helsedirektoratet, 2019), s. 17.

forvaltningsloven § 11a, og må i overgrepssaker vurdere om det må treffes suspensjonsvedtak, dersom helsepersonellet er til fare for pasienters sikkerhet Myndigheten til å treffe suspensjonsvedtak er lagt til Statens helsetilsyn, i likhet med andre reaksjoner etter helsepersonelloven kapittel 11. Dette innebærer at disse sakene må oversendes fra statsforvalteren umiddelbart. I tilfeller hvor Statsforvalteren mener det er begått en straffbar handling skal det tas stilling til om saken skal politianmeldes, se blant annet pkt. 10.4.

Ved mistanke om overgrep skal saken opplyses ved at helsepersonellet, og helsevirksomheten blir bedt om å uttale seg. Statsforvalteren kan også be om opplysninger fra politiet. Når hendelsesforløpet skal klarlegges må Statsforvalteren vurdere alle opplysninger som er innkommet i saken. Statens helsetilsyn kan begjære påtale etter helsepersonelloven § 67 annet ledd, gi pålegg om retting eller stenging til helsevirksomheter etter helsetilsynsloven § 8 og spesialisthelsetjenesteloven § 7-1 eller tvangsmulkt etter § helsetilsynsloven § 9.

5 Overgrep og rollesammenblanding som fenomen

5.1 Rollesammenblanding, grenseoverskridelser og overgrep

Relasjoner mellom helsepersonell og pasienter er kjennetegnet av asymmetriske maktforhold, der helsepersonellet sitter med kunnskap, erfaring og definisjonsmakt som pasientene ikke på samme måte har. Denne asymmetrien gjør pasienten avhengig av helsepersonellets forpliktelse og evne til å sette pasientens behov i fokus, og sikre at behandlingsrelasjonen er trygg. Relasjonen er profesjonell, ikke privat, og hensikten med den er å gi pasienten mulighet til å dra nytte av behandlingen. Profesjonelle grenser kan i denne sammenhengen defineres som skillet mellom passende og upassende profesjonell atferd mellom en behandler og en pasient¹¹.

På samme måte som helsepersonellets makt gir mulighet til å hjelpe, gir den også økt risiko for å krenke og utnytte. Grenser og behandlingsrammer kan overskrides på ulikt vis og med ulike konsekvenser for pasienten som berøres. Noen ganger kan overskridelsene være milde og nødvendige ut fra pasientens tilstand, som for eksempel når psykologen kjører pasienten til legevakt for å sikre øyeblikkelig hjelp mot selvmordsfare. Slike overskridelser vil foregå åpent, drøftes med pasienten, og kan ved etterprøving bli vurdert som faglig og etisk forsvarlige og nødvendige.

Andre overskridelser kan være mer problematiske, og i mindre grad veloverveide og forankret i pasientens behov. Rammene for behandling innebærer også at helsepersonellet og pasienten har ulike roller, der samme handling kan være hensiktsmessig og ligge innenfor rammene for behandlingen dersom det er pasienten som utfører den, mens det vil innebære overskridelse av profesjonelle grenser dersom helsepersonellet gjør det samme. Et eksempel kan være psykoterapeutisk behandling, der det er forventet og ønsket at pasienten deler dypt privat informasjon og tar plass med eget liv. Dersom behandleren gjør det samme, innebærer det en problematisk sammenblanding av roller som kan slå svært negativt ut for pasienten og behandlingen, også når handlingen ytre sett kan fremstå som uskyldig.

Noen ganger medfører rollesammenblandingen krenkelser som kan variere på et kontinuum av omfang og alvorlighet. Ytterpunktet på den ene siden kan være at helsepersonellet deler av eget privatliv uten at dette er planlagt med klart behandlingsformål. Det andre ytterpunktet kan være seksuelt misbruk med regelrette overgrep, slik blant annet Varhaugsaken illustrerer.

¹¹ Hemphill et al., 2021.

Seksuell krenkelse og utnyttning av pasienter forekommer i alle deler av helsetjenesten – fra den ufaglærte helsearbeideren som innleder et seksuelt forhold til en sårbar pasient på avdelingen, til allmennlegen som kommer med utilbørlige seksualiserte kommentarer, sykepleieren som sender seksuelt inviterende tekstmeldinger til en pasient på fritiden, fysioterapeuten eller gynekologen som berører en pasient for egen tilfredsstillelse, psykiateren som skaper et avhengighetsforhold og utnytter pasienten seksuelt, eller psykologen som sier at samleie inngår i behandlingen. Jo lenger en beveger seg i retning fra mildere rollesammenblanding til overgrep, jo mer er det behandlerens behov, ønsker og begjær som står i sentrum, mens pasientens behandlingsbehov tapes av syne og pasienten utnyttes og skades. Utvalget vil i det følgende bruke begrepet grensekrenkelser som samlende begrep for rollesammenblanding, grenseoverskridelser og overgrep.

5.2 Grensekrenkelser og bevisst manipulasjon

Når en leser eller hører om alvorlige grensekrenkelser i behandlingsrelasjoner, kan det være vanskelig å forstå at behandleren har gjort det som blir avdekket og at pasienten har forblitt i en overgriperes makt så lenge. Da er det viktig å forstå at pasienten kan ha vært gjenstand for manipulasjon fra behandlerens side. Nordhelle (2017) definerer manipulasjon som:

..en bevisst falsk/usaklig presentasjon, som på en skjult måte og med hensikt, får andre til å gjøre noe fordelaktig for manipulator, som de ikke er klar over at de ellers ikke ville gjøre (s. 24).

Sentralt i en manipuleringsprosess vil i denne sammenhengen være at behandleren handler strategisk for å få gjennom egen vilje overfor pasienten, slik at pasienten blir lurt til å gi det som behandleren ønsker å oppnå. Gjennom en slik prosess, også omtalt som «grooming» når det kommer til seksuelle grensekrenkelser, kan pasienten oppleve å ha spilt en sentral og aktiv rolle i grensekrenkelser som hun eller han i realiteten er helt uten ansvar for. En slik opplevelse av medvirkning kan gjøre det svært vanskelig både for pasienten og utenforstående å legge ansvaret på behandleren alene, noen ganger også i etterkant av en eventuell avsløring.

Manipulasjon kan utvikle seg gradvis over en kortere eller lengre tidsperiode, og bevege seg fra nærmest umerkelige og upåfallende hendelser til stadig større grensekrenkelser. Det kan starte med handlinger som for pasienten fremstår som tilfeldige, men som egentlig er målrettet, manipulativ utforskning av pasientens sårbarhet, grenser og mottakelighet. Et eksempel kan være at behandleren legger en hånd på pasientens skulder på vei ut fra behandlingsrommet, og at handlingene over tid eskaleres til at det introduseres seksuell kontakt. Pasienten kan noen ganger oppleve denne kontakten som spennende og ønsket på tidspunktet der den skjer, noe som kan øke opplevelsen av medvirkning.

Den manipulerende behandleren vil spille på pasientens behov og ønsker, sier det som pasienten trenger å høre, og understreker pasientens verdi og spesielle viktighet. Behandleren kan også manipulere ved å innta en offerrolle overfor pasienten, og tillegge pasienten ansvar for de grensekrenkelsene som er begått. For behandlere som krenker er det helt nødvendig at relasjonen til pasienten forblir hemmelig for at det hele skal kunne fortsette. Hemmeligholdet om hva som skjer mellom pasient og behandler opprettholder forvirringen og manipulasjonen, fordi pasienten ikke får korrigerende perspektiver på det som skjer i behandlingsrommet. Behandlerens definisjon av virkeligheten blir stående uimotsagt.

Mange pasienter som har vært utsatt for manipulasjon opplever stor forvirring når den skjer. De kan senere beskrive det som at forståelsen av hvem de var, hva de opplevde, mente og ønsket ble «tatt over», utfordret og underkjent, på en slik måte at de ikke lenger kjente seg selv eller hadde kontroll over sine valg og handlinger. De kunne da paradoksalt vende seg mot den samme behandleren som utnyttet dem, og utviklet en sterk avhengighet med et intenst ønske om kontakt, anerkjennelse og forståelse.

Selv om pasienten etter hvert kan bli klar over manipulasjonen, vil det være vanskelig å avsløre den overfor andre. Det er vanskelig å finne beskrivende ord for det som har skjedd. Ofte forblir krenkelsene skjult på grunn av skam, forvirring og frykt for å ikke bli trodd, bli dømt eller møte andre negative konsekvenser. Det gjør det spesielt utfordrende hvor behandleren er en anerkjent og troverdig fagperson med solid kollegial støtte og definisjonsmakt. Dersom pasienten er i et parforhold, kan hendelser mellom helsepersonellet og pasienten feilaktig oppfattes som utroskap heller enn overgrep, og få store konsekvenser for pasientens relasjoner og familieliv. Noen ganger kan pasienten ha deltatt i handlinger som klart avviker fra egne normer, som for eksempel å inngå i seksuell kontakt med en som en vanligvis ikke ville hatt seksuell interesse for. Dette kan utløse ytterligere skam og gjøre erkjennelsen av hva som har skjedd enda vanskeligere. Samlet sett kan risiko, belastning og omkostninger bli så store at det kjennes umulig for pasienten å varsle, noe som kan forklare hvorfor pasienter kan velge å stå alene i slike vonde hemmeligheter i lang tid ofte for alltid.

5.3 Grensekrenkelsene og ubevisste samspill

I saker der det ikke er snakk om behandlere med antisosiale trekk som bruker behandlingsrommet som arena for bevisst manipulasjon og utnyttelse, kan grensekrenkelsene ha årsak i ulike grader av ubevisste samspill. Det er en forenklet tilnærming å se på grensekrenkelsene som noe som bare involverer en håndfull behandlere med dårlige holdninger og slett moral, og flere fagpersoner har advart mot en slik reduksjonistisk holdning (Gabbard, 2017; Plakun, 1999). I en slik endimensjonal forståelse vil utfordringen for helsevesen og tilsynsmyndighet bare være å identifisere disse og fjerne dem fra

pasientbehandling. Det er i seg selv selvsagt viktig, men det er trolig mer realistisk og konstruktivt å tenke at alle behandlere er i potensiell risiko for å overskride og krenke grenser. I dette perspektivet blir faren for grensekrenkelser å anse som en yrkesrisiko.

Det er kanskje særlig på psykoterapifeltet en finner begreper som kan gi hjelp til å forstå grensekrenkende relasjoners destruktive utvikling. I likhet med mye annen behandling foregår psykoterapi i lukkede rom, der det arbeides med kompliserte følelser og tilknytningsforhold, og der etablering av tillit og trygghet er avgjørende for god behandling. I slike møter oppstår følelser hos både pasient og behandler, og i flere behandlingsformer er nettopp arbeid med slike følelser et sentralt fokus (eks. psykoterapi). Pasienten kan overføre holdninger og forventninger knyttet til andre personer i sitt liv på behandleren og tillegge behandleren følelser og intensjoner fra andre relasjoner (overføring). Behandleren kan på sin side overføre holdninger og følelser fra sin egen personlige historie på pasienten (motoverføring). Behandleren kan være blind for slike prosesser og utnytte pasientens tillit og forventninger – ofte godt hjulpet av profesjonens definisjonsmakt. Et scenario kan være pasienten som idealiserer sin behandler, og en behandler med skjør selvfølelse som blir vitalisert av beundringen, mister pasientens beste for øye, finner rasjonale for å tre ut av sin profesjonelle rolle og utnytter situasjonen til sin fordel.

Initiativet til å overskride grenser kan komme både fra både behandler og pasient. Uansett er det behandlerens plikt å holde rammene. Det å kjenne seg tiltrukket av pasienten anses som et normalfenomen, og overskridelsen eller krenkelsen inntreffer først idet behandleren handler på denne tiltrekningen i stedet for å bruke den til å forstå det som skjer i behandlingsprosessen.

Sannsynligheten for at grensekrenkelser kan skje øker når behandlingsrammer og grenser ses bort i fra, mykes opp eller blir uklare. Flere forhold kan her virke inn, som individuelle kjennetegn hos behandleren og dennes livssituasjon, behandlingsarbeidet natur, samt kjennetegn ved pasienten og pasientens forventninger til behandlingen.

5.4 Kjennetegn ved helsepersonell som begår grensekrenkelser

Det foreligger begrenset forskning på hva som kjennetegner helsepersonell som begår grensekrenkelser overfor pasienter. Forskingen som foreligger på kjennetegn ved helsepersonell som begår grensekrenkelser, omhandler oftest helsepersonell innen psykoterapi og rådgivningsarbeid. Slikt arbeid har kjennetegn som gjør deltakerne spesielt sårbare for grenseoverskridelser, ved at relasjonen involverer en grad av åpenhet og intimitet utover det vanlige, samtidig som behandlingen gjennomføres i enerom.

I sjeldne tilfeller kan helsepersonellet være psykotisk eller manisk og ha et svært uklart forhold til realitetene, inklusiv profesjonelle grenser og behandlingsrammer. Noen vil ha klar personlighetspatologi der hensynsløs bruk av makt med utnyttelse av pasient kan forstås på bakgrunn av behandlerens avvikende personlighet. Dette er imidlertid ikke beskrivende for de fleste som begår grenseoverskridelser (Gabbard, 2017). Andre behandlere blir forelsket i pasienten – ofte i en periode der en er i krise – med et sterkt behov for å bli bekreftet, elsket og idealisert av pasienten. Endelig kan en se behandlere som gir etter for pasientens lengsel og nærmest ser på privatisering og seksualisering av relasjonen som et profesjonelt offer gjort i beste hensikt. Ordtaket «Veien til helvete er brolagt med gode intensjoner» kan være beskrivende for en slik prosess som ofte skjer gradvis og subtilt og der hvert skritt blir rasjonalisert som riktig og god behandling. Perioder preget av helsepersonellets egen sorg og tap kan være risikoperioder for grenseoverskridelser.

Gabbard (2017) antyder at så mange som 65% av terapeuter som har inngått i seksuelle forhold med pasienter beskriver seg selv som forelsket i pasienten. Det er likevel slik at de fleste terapeuter evner å motstå fristelsen til å handle på seksuell tiltrekning til pasienter, selv om de fleste terapeuter på et eller annet tidspunkt i sin karriere vil ha kjent på slike følelser (Celenza, 1998, Martin et al).

Andre studier peker på individuelle kjennetegn hos terapeuter som det er kjent at har begått grensekrenkelser, som for eksempel at disse grensekrenkerne ofte er menn sent i yrkeskarrieren, med mangel på intime emosjonelle relasjoner utenfor arbeidet, har egen historie med mishandling/overgrep, egen historie med fraværende foreldrefigurer (neglekt), samt grandiositet knyttet til eget opplevde ansvar og kompetanse som hjelper. Andre funn er utfordringer knyttet til egen seksuelle identitet eller legning, seksuell utilfredshet, angst og skyld, samt stress og usikkerhet knyttet til arbeidssituasjonen. Situasjonelle faktorer relatert til grensekrenkelser kan være livskriser, økonomiske utfordringer, samt utfordringer i arbeidslivet. Det er likevel ikke slik at slike faktorer betyr at behandlere kommer til å begå grensekrenkelser. Behandlere som er i risikozonen kan i tillegg streve med å rette opp egne grenseoverskridelser på et tidlig tidspunkt, unngår gjerne profesjonell videreutvikling, har lite innsikt i begrensninger knyttet til egen rolle, strever med endringer og overganger knyttet til arbeidssituasjonen, samt med å regulere seg selv.¹²

5.5 Kjennetegn ved pasienter som blir utsatt for grensekrenkende handlinger

Det har tidligere også blitt rettet fokus mot kjennetegn ved pasienter som utsettes for grensekrenkelser, herunder pasientens bidrag i prosessen som leder fram til det som ikke skal skje (Gabbard, 2017;

¹² Hemphill et al., 2021.

Sundt Gundersen, 2017). Pasienter vil tre inn i behandlingsrelasjonen med større eller mindre grad av sårbarhet. I rusomsorg og psykisk helsevern kan sårbarheten være ekstra stor, både grunnet de plagene som fordrer behandling, og belastende livserfaringer som kan ha skapt dem. Også i helse- og omsorgstjenester kan pasienter ha varig nedsatt fungering på måter som gjør dem sårbare for utnyttelse, og som gjør det vanskeligere å ivareta grenser og varsle om krenkelser.

Utvalget er enig med Sundt Gundersen (2007) om at det å gå inn i problemstillingen med fokus på pasienters bidrag til grensekrenkelsen lett kan oppfattes som fraskrivelse av ansvar, og være en avsporing fra hva saken egentlig gjelder. Det er ikke tvil om at det for mange ganger har skjedd at pasienter har blitt tillagt ansvar for sine behandleres ugjerninger, at grensekrenkelser har blitt tildekket, og at de negative konsekvensene for pasientene har blitt oversett, tiet i hjel eller bagatellisert.

Utvalget mener likevel at det kan være hensiktsmessig å være oppmerksom på at noen pasienter kan ha med seg sårbarhet, livserfaringer og mestringsstrategier som kan spille seg ut i relasjonen til behandleren, streve med å identifisere og ivareta egne grenser, og handle på måter som en uoppmerksom behandler med fokus på egne behov kan oppleve som klarsignal for seksuell kontakt.

Utvalget vil imidlertid presisere at sårbarhet hos pasienter aldri kan være annet enn svært skjerpene for det ansvaret behandleren har for sine handlinger. Det påligger behandlere et klart og tydelig ansvar for å sikre at behandlingsrommet er trygt for pasienten, uavhengig av hva pasienten måtte gjøre. En pasient kan aldri få ansvar for grenseoverskridelser eller overgrep, selv i situasjoner der hun eller han aktivt tar initiativ til flørt, fysisk kontakt eller sex. Som Gabbard (2016) skriver: «*Patients do not have an ethics code and can express desire as they wish without being held responsible*».

5.6 Grensekrenkelsenes konsekvenser

Sundt Gundersen (2007) peker på flere faktorer som påvirker konsekvensene av grensekrenkelser.

Flere faktorer spiller inn på hvordan utsatte pasienter kan ha det i etterkant av grensekrenkelser, som for eksempel tidsaspektet, hvorvidt overgrepet ble rapportert, reaksjoner fra behandler, reaksjoner fra omgivelsene, bearbeiding av opplevelsene, og offentlige instansers behandling av saken. Senskader kan være; forvirring, skyldfølelse, skam, isolasjon, tap av selvtillit, depresjon, angst, sorg, selvmordstanker, mistillit, ambivalens, humørsvingninger, sinne, kognitive vansker, seksuelle vansker og forverring av opprinnelige problemer.

I etterkant av grensekrenkelser kan pasientens følelser overfor behandleren være både komplekse og ambivalente. Pasienten kan være rasende på behandleren, eller streve med symptomer på posttraumatisk stresslidelse. Det er ikke uvanlig at pasienten fremdeles kjenner en form for tilknytning til behandleren, og ønsker å forhindre at behandleren møter negative konsekvenser etter avsløring.

Pasienten kan ha behov for videre behandling, men streve med å gå inn i en ny behandlingsrelasjon grunnet manglende tillit og økt beredskap for nye krenkelser. I en ny behandlingsrelasjon kan pasienten kjenne usikkerhet om skjulte bindinger eller vennskap mellom tidligere og ny behandler, og dette kan gjøre det vanskelig å formidle seg om vonde behandlingserfaringer.

Utnyttelse av pasienter vil i varierende grad ødelegge behandlingen, og den svekker sikkerheten i og tilliten til helsetjenesten og kan ha dype og alvorlige konsekvenser; mest av alt for pasienten som blir misbrukt, men også for behandleren som utnytter og for tredje parter som de involvertes familier og venner, institusjonen som overgriper har vært knyttet til, og helsevesenet som helhet. For enkelte pasienter ender overgrepshistorien i selvmord.

Mange av fenomenene som omtales her, kommer frem i Evas fortelling.

Evas historie

Eva oppsøkte hjelp hos en terapeut i forbindelse med en krisereaksjon. Hun gikk deretter i terapi i 28 år. Behandlingsmetodene var i stor grad eksperimentelle med elementer fra ulike ikke anerkjente og ikke dokumenterte terapiformer. I tillegg ble det brukt ulike narkotiske stoffer under og etter terapitimene. Underveis ble relasjonen seksualisert og privatisert. På samme måte som i Pers og Tors historier, møtte Eva terapeuten med tillit og aksepterte terapeutens definisjoner av hva plagene skyldtes og hva som måtte gjøres i «terapirommet» for å få det bedre. Det utviklet seg en stor avhengighet til psykiateren parallelt med at Evas tilstand forverret seg. Hemmelighetskremmeri og skam hindret Eva i å fortelle andre om «terapien». Eva har arbeidet hardt for å gjenvinne sin psykiske helse etter skadene hun ble påført.

5.7 Muligheter for å forhindre grensekrenkelser

For å forebygge grensekrenkelser er det avgjørende at behandlere er oppmerksomme på egne følelser og behov som man kan bli fristet til å handle på, og ta dette opp til drøfting med kolleger og i veiledning (eller egenerapi som er mest aktuelt for psykologer og psykiatere). Terskelen for å ta opp slike tema kan bli høy grunnet klinikerens egen skam og skyldfølelse, syn på seg selv som ufeilbarlig eller hevet over risiko, eller manglende oppmerksomhet rundt slike prosesser på arbeidsplassen.

Gabbard (2016) er en av dem som over tid har arbeidet med terapeuter som har begått overgrep mot pasienter, og som formidler en økende pessimisme når det gjelder muligheten til å forhindre seksuelle relasjoner mellom behandlere og pasienter. Behandlere som krenker grenser kan være velutdannede, erfarne og godt opplyst når det gjelder risiko og dynamikk knyttet til seksuelle relasjoner til pasienter. Problemet er ifølge Gabbard at helsepersonellet har en tendens til å vurdere sin egen situasjon som helt annerledes enn andres, og kan rasjonalisere, benekte utfordringer eller finne argumenter for at egne

handlinger holder vann. Behandlere som egentlig har høy moralsk og etisk standard, kan altså rettferdiggjøre egen uetiske atferd. I en situasjon der man ikke opplever å stå overfor en utfordring, søker man heller ikke veiledning, og andre rundt har ikke innsikt i hvilke grenseoverskridelser som foregår. Gabbard fremhever jevnlig veiledning med en kollega som en stolte på som det beste tiltaket for å forhindre grenseoverskridelser.

5.8 Faglige og etiske plikter, profesjonsetikk

5.8.1 Faglige og etiske plikter

Når følelser og prosesser som kan danne grunnlag for grensekrenkelser til en viss grad er normalfenomener i behandling, medfører dette behov for å etablere rammer som gir tilstrekkelig margin til at grensekrenkelser ikke skal kunne skje. Både lovverk og etiske standarder for leger og psykologer understreker at det ikke finnes gråsoner når det kommer til f.eks. seksuell kontakt mellom pasient og behandler.

Til tross for at utvalget åpner for at det forekommer mindre alvorlige tilfeller av grenseoverskridelser mellom behandler og pasient, og at tap av autorisasjon ikke alltid vil være en forholdsmessig konsekvens, vil slike relasjoner aldri være uproblematisk. På grunn av den asymmetriske maktrelasjonen vil man aldri kunne være trygg på at det har oppstått «ekte kjærlighet» mellom behandler og pasient. Her kan etikken og lovverket fremstå som urimelig for befolkningen, og pasienten kan også oppleve å bli fratatt autonomi og råderett over eget privatliv. Spesielt krevende kan det være at etikken fremsetter at behandlingsrelasjonen ikke avsluttes etter siste avtale, men er uten utløpsdato. Her mener utvalget at det kan være grunn til å differensiere noe avhengig av behandlingskontaktens varighet og innhold. Noen ganger kan helsepersonellet hatt svært kortvarig og overflatisk kontakt med pasienten, og en kjærlighetsrelasjon ville like gjerne oppstått dersom partene møttes utenfor behandlingsrommet. Andre behandlingsformer gjør det langt mer problematisk å si at den asymmetriske maktrelasjonen er et tilbakelagt kapittel. Spesielt vil dette gjelde psykoterapi, der forskning knyttet til overføringsprosesser tilsier at disse kan bestå over tid, at de kan intensiveres etter at behandlingen er avsluttet, og reaktiveres ved senere kontakt mellom behandler og pasient selv etter mange års opphold (oppsummert i Gabbard, 2017). Det vil dermed aldri komme en tid der innledning av en privat relasjon vil være faglig eller fagetisk uproblematisk etter psykoterapi.

5.8.2 Profesjonsetikk

Noen helseprofesjoner omtaler rollesammenblanding eller grenseoverskridende atferd i sine yrkesetiske regelverk. Noen eksempler vises i det videre. I etiske regler for leger § 7 står:

«en lege må ikke utnytte en pasient hverken seksuelt, økonomisk, religiøst eller på annen måte. En pasients samtykke fritar ikke legen for ansvar. En lege må ikke innlede et seksuelt forhold til en person han/hun er lege for.»¹³

I etiske prinsipper for nordiske psykologer (vedtatt i NPF i 1998) omtales om rollekonflikter og utnytting:

«psykologen tilstreber bevissthet om sine egne behov, holdninger og vurderinger og om sin rolle i relasjonen. Han/hun misbruker ikke sin makt og stilling gjennom å utnytte klientens avhengighet og tillitt. Psykologen unngår utenomprofesjonelle relasjoner til en klient, som kan redusere den profesjonell distanse og føre til interessekonflikter eller utnyttelse. Psykologen er oppmerksom på hvordan intimitet og seksualitet direkte og indirekte kan påvirke relasjonen mellom psykolog og klient. Psykologen unngår privatisering og seksualisering av klientrelasjoner. Seksuell omgang mellom psykolog og klient skal ikke forekomme.»¹⁴

Sykepleierne har ingen eksplisitt bestemmelse som omhandler seksuell kontakt med pasient. Det nærmeste man kommer er omtalt i pkt. 2.4 i Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2019) at «sykepleieren er bevisst sin profesjonelle rolle. Sykepleieren respekterer pasientens integritet og utnytter ikke pasientens sårbarhet.»¹⁵ Norsk fysioterapiforbunds yrkesetiske retningslinjer (2019) omtaler at «fysioterapeuten må ikke innlede et seksuelt forhold eller gjøre seksuelle tilnærmelser til pasienten. En pasients samtykke fritar ikke fysioterapeuten for ansvar.»¹⁶

5.9 Om tillit og trygghet

Tillit er omtalt i helsepersonellovens formålsbestemmelse. At det er grunnlag for tillitt til sektoren er grunnleggende for at befolkningen oppsøker helsetjenesten og for at den skal fungere etter sin hensikt. Helsepersonelloven pålegger helsepersonell plikter som langt på vei korresponderer med rettigheter for pasienter i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven. Lovgivningen regulerer i stor grad selve behandlerrelasjonen mellom pasient/bruker og helsepersonell, slik at helsepersonell oppfyller de

¹³ Etiske retningslinjer, regler og deklarasjoner (legeforeningen.no)

¹⁴ Etiske prinsipper for nordiske psykologer - Etikk - Medlem - Norsk Psykologforening (psykologforeningen.no)

¹⁵ Yrkesetiske retningslinjer (nsf.no)

¹⁶ NFFs yrkesetiske retningslinjer - Norsk Fysioterapeutforbund

rettighetene pasienter har etter pasient- og brukerrettighetsloven.¹⁷ Det er en forutsetning at pasienter ikke skal risikere eller frykte å bli utsatt for overgrep. Helsepersonell skal gi faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp jfr. helsepersonelloven § 4. Forsvarlighetskravet er en rettslig standard som refererer seg til gjeldende faglige normer for god praksis og til allmenne etiske normer som omtalt over. Videre innebærer kravet til forsvarlighet og omsorgsfullhet at helsepersonell ikke skal bruke sin posisjon i pasientrelasjonen til å dekke egne behov. I lovens forarbeider fremgår at forsvarlighetskravet innebærer at helsepersonell ikke utnytter det avhengighetsforhold som kan oppstå mellom pasient og behandler, at utgangspunktet er at det er helsepersonellens ansvar å skille mellom private og profesjonelle relasjoner og at klienten i en terapeutisk relasjon vil kunne være utsatt for påvirkning som lett vil innebære et avhengighetsforhold til terapeuten. Det er videre vist til yrkesetiske regler for nordiske psykologer hvor det er fastslått som grunnleggende prinsipp at et hvert menneske har krav på respekt for sin personlige integritet. Høyesterett har i flere avgjørelser vist viktigheten at tillitsforholdet ivaretas og ikke krenkes. Dette gjelder både som grunnlag for helsepersonells atferd og ivaretagelse av konfidensialitet. I Rt. 2013 s, 1442 (Narkotikasposedommen) viser hvor mye som var forventet av legen i form av aktive handlinger for å opprettholde taushetsplikten og dermed tilliten til helsetjenesten ved ikke å gi fra seg opplysninger som kunne føre til at pasienten ble identifisert. I en nylig avsagt dom i Rt. 2021 s. 2389 behandlet Høyesterett en sak hvor en helsefagarbeider uten tjenstlig behov (snoking) gjorde oppslag i en journal i strid med helsepersonelloven. Resultatet ble at Høyesterett opprettholdt oppsigelsen. Høyesterett uttaler at manglende tillit kan ha betydning for liv og helse, dersom befolkningen lar være å oppsøke nødvendig medisinsk behandling eller gir nødvendig informasjon fordi man ikke har tillit hvordan sensitive opplysninger behandles.

¹⁷ A.K. Befring. Helseretten. CappelenDamm, 2022, kap. 1.

DEL II: Gjennomgang og vurderinger av praksis i helsetilsynet, helsepersonellnemnda samt politi og påtalemyndighet

6 Gjennomgang og vurderinger av helsetilsynets praksis i saker om grensekrenkelser

6.1 Totalt antall tilsynssaker i helsetilsynet

Utvalgets mandat har vært å gjennomgå og vurdere statsforvalternes, Statens helsetilsyns og Statens helsepersonellnemnds behandling av saker hvor helsepersonell har begått overgrep mot pasienter i perioden 1. januar 2010 til og med 31. desember 2020. Utvalget har vurdert utvalgte saker som ble endelig avsluttet både hos statsforvalterne og i Statens helsetilsyn. Saksutvalget har blitt tilgjengelig for utvalget gjennom uttrekk fra tilsynsetatens registreringssystem, NESTOR.

Statsforvalterne avsluttet til sammen 28 477 *tilsynssaker* i den aktuelle tidsperioden.¹⁸ Det vil si saker der statsforvaltere har opprettet sak på bakgrunn av henvendelser fra pasienter og pårørende, arbeidsgivere, eller andre kilder. Pasienter eller pårørende er oftest kilde for sakene.

Utvalget har fått oppgitt fra Statens helsetilsyn at for tilsynssaker hos statsforvalterne generelt var pasient eller pårørende kilde i 61 % av tilfellene. Når det gjelder saker som omhandlet seksuelle forhold var pasient/pårørende kilde i 33% av sakene. Selv om pasienter og pårørende er kilde i mange av sakene, kan det anses å være barrierer for å gå til statsforvalterne når det foreligger rollesammenblanding, sammenlignet med tilsynssaker generelt.

Av sakene avsluttet hos statsforvalterne ble 3767 saker (13%) oversendt til Statens helsetilsyn for vurdering av administrativ reaksjon eller pålegg til virksomheter¹⁹.

Statens helsetilsyn avsluttet totalt 4463 saker i perioden. Det er flere grunner til at dette tallet avviker fra det antall saker statsforvalteren har sendt over. Noen saker kommer direkte inn til Statens helsetilsyn fra utenlandsk tilsynsmyndighet eller som varsel om alvorlige hendelser etter helsetilsynsloven § 6. Saker kan også opprettes som oppfølging av en tidligere sak. I tillegg ble noen av disse sakene oversendt fra statsforvalterne før 2010.

¹⁸ I tillegg ble 7154 saker løst i minnelighet ved oversendelser til innklaget personell eller virksomhet, såkalt lokal avklaring

¹⁹ Inkluderer man lokal-avklaringssakene blir det 10%

6.2 Antall saker om rollesammenblanding i helsetilsynet

Definisjonen av overgrep i utvalgets mandat er vid, se kapittel 1.1. Disse overgrepssakene er i helsetilsynet delt inn i to kategorier:

- Rollesammenblanding inkludert seksuelle relasjoner, i det videre omtalt som saker som gjelder seksuelle relasjoner.
- Rollesammenblanding ekskludert seksuelle relasjoner, i det videre omtalt som øvrig rollesammenblanding.

Statsforvalterne behandlet i perioden til sammen 415 tilsynssaker med seksuelle relasjoner og øvrig rollesammenblanding der i alt 419 personell var involvert. Av disse sakene ble 253, dvs. 61 % oversendt til Statens helsetilsyn for endelig behandling. Oversendelsesprosenten for saksategorien seksuelle relasjoner er høyere: 67%. Statsforvalterne oversender en langt høyere andel av saker som gjelder seksuelle relasjoner og øvrig rollesammenblanding, sett i forhold til den totale oversendelsesprosenten for tilsynssakene.

Statens helsetilsyn fattet 300²⁰ vedtak i saker med seksuelle relasjoner og øvrig rollesammenblanding i perioden. 181 gjaldt seksuelle relasjoner og 119 øvrig rollesammenblanding. Samlet utgjorde de 7 % av Statens helsetilsyns vedtak i perioden, dvs. et fåtall av Statens helsetilsyns vedtak totalt sett.

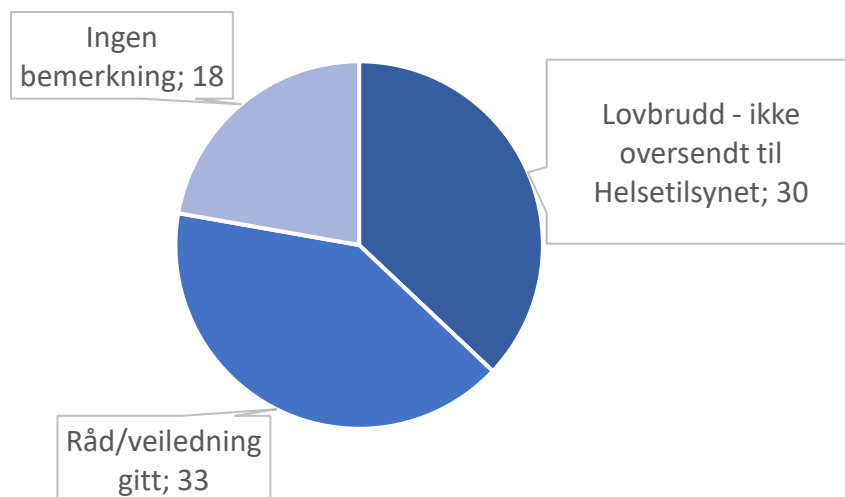
6.3 Saker om rollesammenblanding avsluttet hos statsforvalterne

Statsforvalterne har selv endelig avgjort 162 rollesammenblandingssaker i perioden som gjaldt 165 helsepersonell. 81 av disse gjaldt seksuelle relasjoner og 81 gjaldt øvrig rollesammenblanding.

Når det gjelder øvrig rollesammenblanding ble 18 saker avsluttet uten bemerkning, i 33 saker ble det gitt råd/veiledning til helsepersonellet og i 30 saker ble det påpekt lovbrudd, se figur 7. Disse sakene skal presumtivt være de minst alvorlige med grensekrenkelser som statsforvalterne har behandlet. Utvalget har derfor valgt å ikke gjennomgå disse sakene.

²⁰ Antall vedtak vil være litt høyere enn antall saker fordi det forekommer at helsepersonell har mer enn en autorisasjon, og det fattes ett vedtak per autorisasjon. Det kan også forekomme at en tilsynssak gjelder mer enn ett helsepersonell, men i rollesammenblandingssakene er dette svært sjeldent.

Statsforvalternes avgjørelser i saker som gjelder øvrig rollesammenblanding

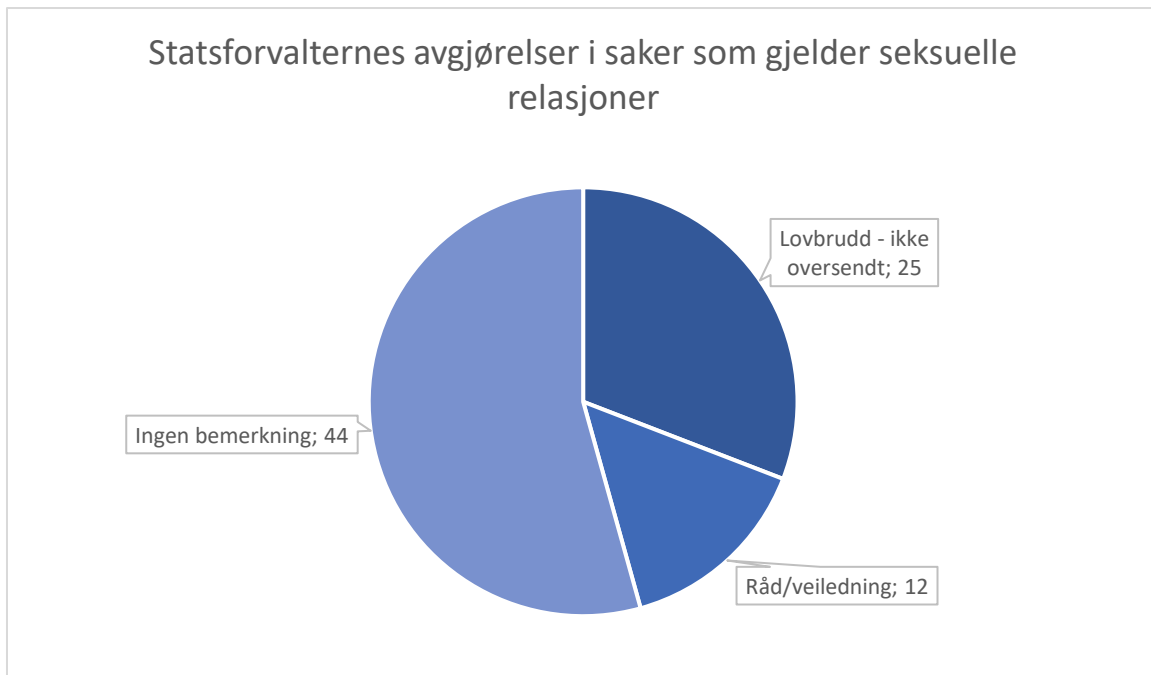


Figur 7: Utfall av statsforvalternes behandling av tilsynssaker som omhandlet øvrig rollesammenblanding - saker som ikke ble oversendt til Statens helsetilsyn (i alt 81).

Når det gjelder sakene som omhandler seksuelle relasjoner var konklusjonen i 44 av disse at det ikke var noen bemerkning i saken dvs. at det verken var lovbrudd eller brudd på god praksis. I 12 av sakene ble det gitt råd/veiledning mens det i 25 av sakene ble påpekt pliktbrudd, dvs. brudd på lovkrav, se figur 8. Disse sakene har utvalget gjennomgått. Grensesnittet mellom statsforvalterne og Statens helsetilsyn er således undersøkt.

I sakene hvor det ikke ble konkludert med brudd på helselovgivningen, fremkom det som regel at helsepersonellet og pasienten hadde ulik fremstilling av hendelsesforløpet, og påstand sto derfor mot påstand. Statsforvalterne har i disse sakene ikke funnet det sannsynliggjort at grensekrenkelser har skjedd. I noen få av disse sakene hvor det ikke ble konkludert med lovbrudd, har statsforvalter uttalt at handlemåten til helsepersonellet ikke har vært i tråd med god praksis²¹ og det er gitt veiledning til helsepersonellet.

²¹ Helsepersonellens handlemåte blir vurdert opp mot god praksis. I saker hvor helsepersonellet har handlet faglig forsvarlig med ikke i tråd med god praksis gir tilsynet veiledning til helsepersonellet.



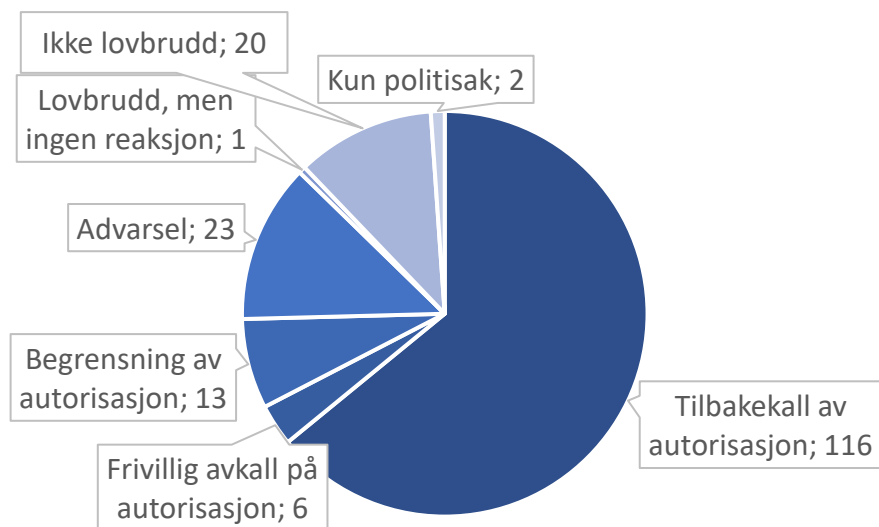
Figur 8: Utfall av statsforvalternes behandling av tilsynssaker som omhandlet seksuelle relasjoner, som ikke ble oversendt til Statens helsetilsyn (i alt 81).

6.4 Saker om rollesammenblanding behandlet av Statens helsetilsyn

I kategorien tilsynssaker med seksuelle relasjoner fattet Statens helsetilsyn i perioden 181 vedtak. 116 vedtak var tilbakekall av helsepersonells autorisasjon, 13 saker førte til en begrensning i autorisasjonen, og det ble gitt 23²² advarsler. Seks helsepersonell gav frivillig avkall på sin autorisasjon, i to saker ble saken utelukkende behandlet hos politi- og påtalemyndigheten og i én sak ble det konkludert med lovbrudd uten at det ble gitt en reaksjon. I 20 av sakene ble det ikke konkludert med lovbrudd, det vil si i 11 % av vedtakene (se Figur 9).

²² 15 av disse var uautorisert helsepersonell og oversendt før beslutning om å ikke oversende saker på uautoriserte i 2014

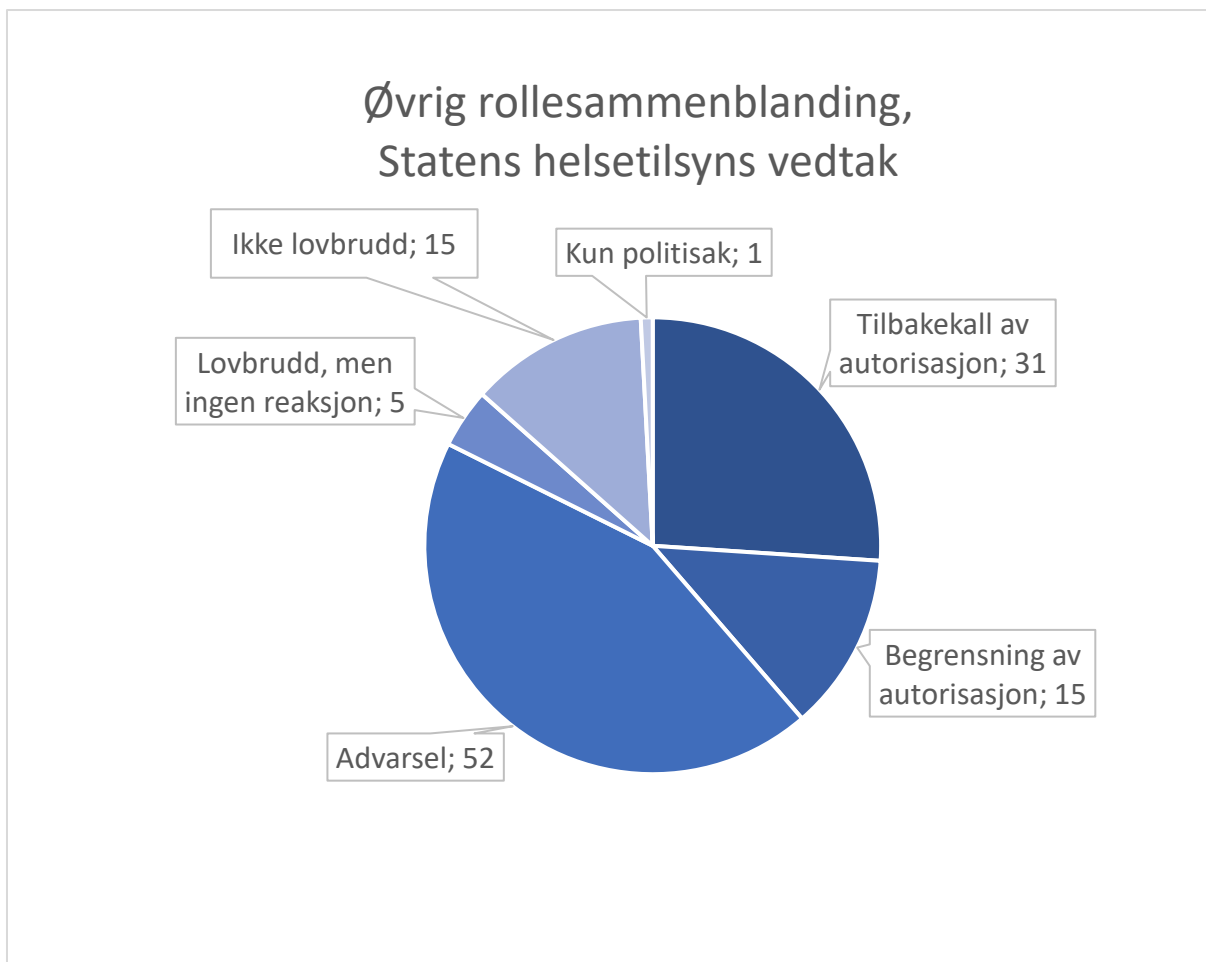
Statens helsetilsyns vedtak i saker som omhandlet seksuelle relasjoner



Figur 9: Utfall av Statens helsetilsyns behandling av tilsynssaker som omhandlet seksuelle relasjoner (181 vedtak i alt).

I saker med øvrig rollesammenblanding fattet Statens helsetilsyn 119 vedtak. Fordi disse sakene presumtivist skal være mindre alvorlige enn sakene med seksuell relasjon, har utvalget valgt å ikke omtale eller gjennomgå disse sakene.

Statens helsetilsyns vedtak i disse sakene fremgår av Figur 10:



Figur 10: Utfall av Statens helsetilsyns behandling av tilsynssaker som omhandlet øvrig rollesammenblanding (119 vedtak i alt).

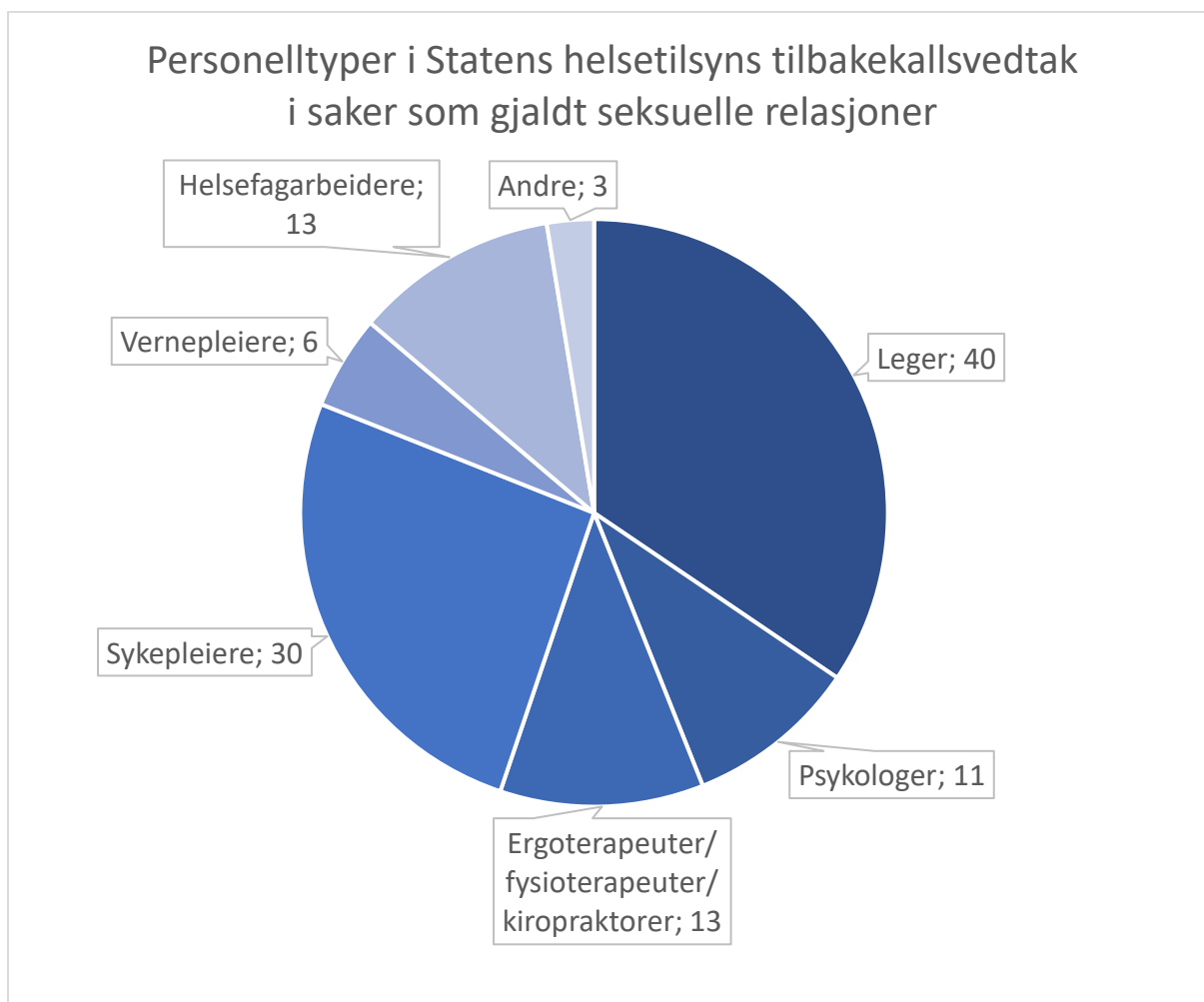
De 116 vedtakene om tilbakekall av autorisasjon i tilsynssaker med seksuelle relasjoner fordelte seg på 113 helsepersonell²³ og gjaldt 40 leger, hvorav 21 av disse var i allmennlegepraksis, 30 var sykepleiere, 13 var helsefagarbeidere, elleve var psykologer, ti var fysioterapeuter, seks var vernepleiere, to var kiropraktorer, én var ergoterapeut og tre andre.²⁴

Merk at helsepersonell som får tilbakekalt sin autorisasjon eller som mottar andre reaksjoner har anledning til å påklage vedtaket til Statens helsepersonellnemnd (Helsepersonellnemnda). Dette drøftes videre i kapittel 7.

²³ Noen helsepersonell hadde flere autorisasjoner

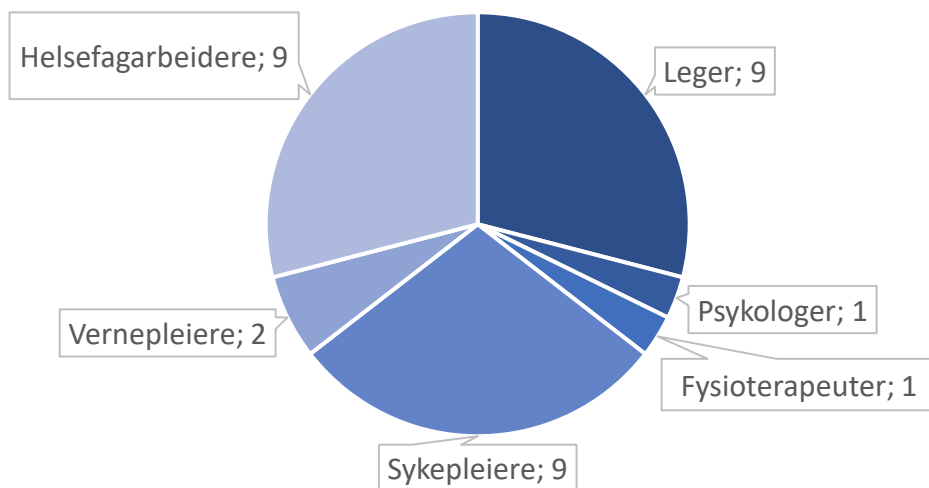
²⁴ Fra 2012 fikk man ikke lenger ny autorisasjon som hjelpepleier og omsorgsarbeider, I denne oversikten omtales både omsorgsarbeidere, hjelpepleiere og helsefagarbeidere som helsefagarbeider

Figur 11 og Figur 12 viser antall av ulike yrkesgrupper som fikk tilbakekalt sin autorisasjon på bakgrunn av rollesammenblanding henholdsvis med og uten seksuell relasjon:



Figur 11: Tilbakekall fordelt på personelltyper i saker som omhandlet seksuelle relasjoner (116 i alt).

Personelltyper i Statens helsetilsyns tilbakekallsvedtak i saker som omhandlet øvrig rollesammenblanding



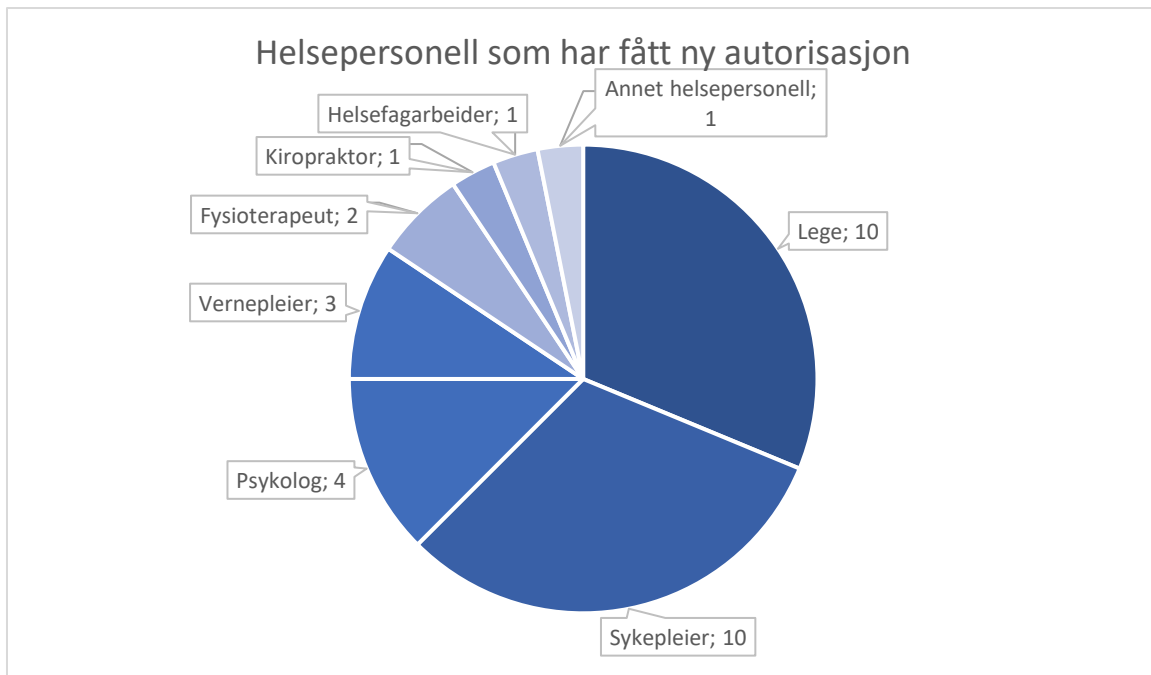
Figur 12: Personelltyper i tilbakekallsvedtak (i alt 31) som omhandlet øvrig rollesammenblanding.

6.4.1 Bruk av suspensjon

I løpet av perioden fattet Statens helsetilsyn 316 suspensjonsvedtak med 6 måneders varighet. Av disse ble kun 36 forlenget med nye 6 måneder noe som delvis skyldes at autorisasjonen allerede i løpet av den første perioden var tilbakekalt. I saker om seksuelle relasjoner var det til sammen 22 suspensjoner i forkant av de 116 vedtakene om tilbakekall av autorisasjon. Det vil si at det ble truffet vedtak om suspensjon i 19 % av sakene som senere medførte tilbakekall. I kategorien for saker med øvrig rollesammenblanding var det i alt to suspensjoner i forkant av de 31 vedtakene om tilbakekall.

6.4.2 Søknader om ny autorisasjon

Utvalget har konstatert at flere av dem som mister sin autorisasjon søker én eller flere ganger om å få den tilbake. Av totalt 116 vedtak om tilbakekall på grunn av seksuelle relasjoner har Statens helsetilsyn i perioden behandlet 104 søknader om ny eller begrenset autorisasjon. Nær halvparten (47%) av disse søknadene ble innvilget mens 53 % ble avslått. Til sammen fikk 32 helsepersonell med opprinnelig 33 autorisasjoner ny eller begrenset autorisasjon, se Figur 13.



Figur 13: Helsepersonell som har fått ny autorisasjon etter søknad(er).

6.5 Utvalgets gjennomgang av saker om rollesammenblanding i helsetilsynet

Utvalget har av ressurs hensyn valgt å begrense den detaljerte gjennomgangen av saker med seksuelle relasjoner til et utvalg av det totale antall.

Av saker avsluttet hos statsforvalterne har utvalget valgt å se nærmere på alle saker om rollesammenblanding med seksuelle relasjoner hvor man konkluderte med brudd på forsvarlighetskravet (25 saker).

Av saker avsluttet hos Statens helsetilsyn har utvalget valgt å se på alle sakene der leger og psykologer mistet sin autorisasjon (til sammen 50 saker²⁵). Utvalget er gjort fordi disse gruppene er høyt utdannet og presumtivt skal være godt rustet til å utøve sin virksomhet uten at private interesser og behov får forrang. Leger og psykologer nyter stor tillit i samfunnet. I 14 av disse 50 sakene fikk helsepersonellet innvilget ny autorisasjon eller begrenset autorisasjon etter søknad. Utvalget har her sett på hvilke kriterier som ble lagt til grunn for å få tilbake autorisasjonen.

Utvalget har i sin gjennomgang av i de til sammen 75 sakene hatt tilgang til tilbakekallsvedtak fra Statens helsetilsyn, avgjørelser fra statsforvalterne om pliktbrudd og innvilgelser av ny autorisasjon.

²⁵ Dette var til sammen 51 saker, men utvalget har sett på 50

Alle disse dokumentene inneholder detaljert informasjon om sakenes innhold, saksbehandlingen og helsetilsynets refleksjoner rundt pliktbruddet.

Utvalget har ønsket å se på hvordan pasientene har vært involvert under saksbehandlingen. Ettersom en tilsynssak i hovedsak er et anliggende mellom helsetilsynet og helsepersonellet, har det ikke latt seg gjøre å ha en oppfatning av pasienters involvering ved å gjennomgå vedtaket eller avsluttende brev i saken. Utvalget foreslår imidlertid noen tiltak for å sikre involveringen og innflytelsen for pasienter, se blant annet pkt. 10.1.

Utvalget har også vurdert tilsynets involvering av politi- og påtalemyndighet. I Nestor er det registrert åtte begjæringer av påtale i saker som omhandler seksuelle relasjoner pluss to politianmeldelser. For øvrig rollesammenblanding er det registrert tre påtalebegjæringer og tre politianmeldelser. Ettersom utvalgets gjennomgang har begrenset seg til å lese avgjørelser i helsetilsynet har det ikke vært foretatt noen systematisk gjennomgang av helsetilsynets samarbeid med politi/ påtalemyndighet. Saksgjennomgangen har likevel etterlatt noen inntrykk som omtales nedenfor, se blant annet pkt. 10.4.

Som nevnt har Statens helsetilsyn hatt en intern gjennomgang av tilsynssaker der helsepersonell har hatt en seksuell relasjon til pasient/bruker eller utøvd grenseoverskridende seksuelle handlinger²⁶. Denne gjennomgangen har både omfattet tilsynssaker som ble avsluttet i perioden 1. januar 2011 til 31. desember 2020 – til sammen 147 saker, og vurdert 46 søknader fra det helsepersonell som helt eller delvis hadde mistet sin autorisasjon. Statens helsetilsyns interne gjennomgang har omfattet mange av de samme sakene som vårt utvalg har sett på.

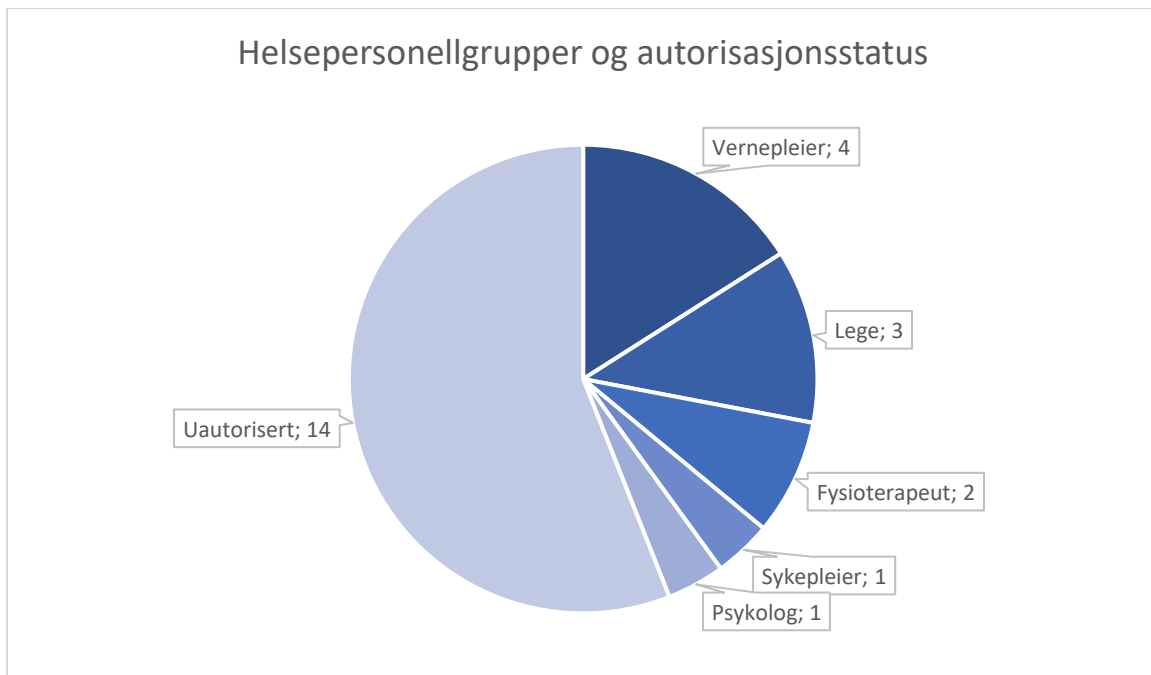
For å få fram graden av alvorlighet i sakene har vi valgt å bruke begrepene rollesammenblanding, grenseoverskridelser og overgrep. Når sakene omtales samlet, benyttes begrepet grensekrenkelser. Der det er et poeng å gradere alvorlighet, benyttes enten rollesammenblanding, grenseoverskridelser eller overgrep. Overgrep benyttes om de alvorligste sakene, mens rollesammenblanding betraktes som minst alvorlig.

²⁶ Tilsynssaker der helsepersonellet har hatt en seksuell relasjon til pasient/bruker eller utøvd grenseoverskridende seksuelle handlinger – rapport fra en intern gjennomgang. Internserien 2/2022 (helsetilsynet.no)

6.6 Funn fra gjennomgang av 25 saker med pliktbrudd avsluttet hos statsforvalterne

Av de 25 sakene som ble avsluttet hos statsforvalterne med pliktbrudd hadde 11 autorisasjon som helsepersonell.

Helsepersonellgruppe og autorisasjonsstatus i de 25 sakene fremgår av Figur 14:

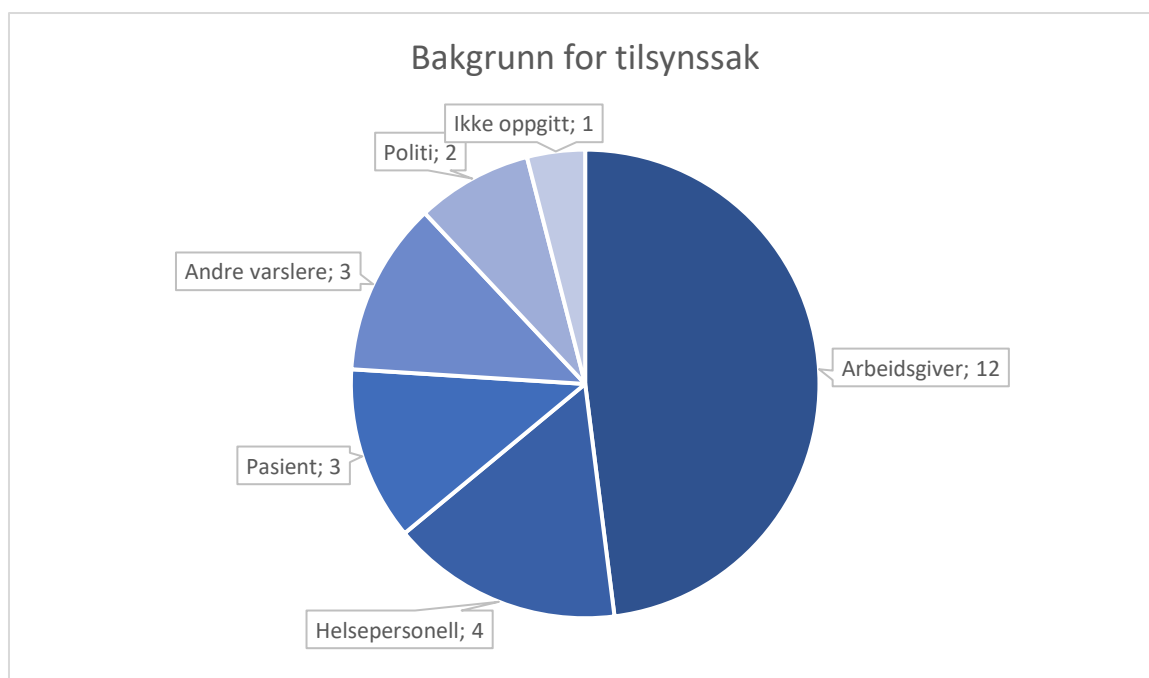


Figur 14: Helsepersonellgrupper og autorisasjonsstatus for saker hos Statsforvalter med lovbrudd (totalt 25).

Av helsepersonell uten autorisasjon hadde to høyskoleutdanning (sosionom og barnevernspedagog). Det fremgikk i tre av sakene at helsepersonellet var under utdanning; to som helsefagarbeider og én som vernepleier. Statsforvalter har i disse sakene varslet Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (Helsedirektoratet) om tilsynssaken for det tilfelle at helsepersonellet senere søker autorisasjon.

I tre av disse 25 sakene har statsforvalter henstilt helsepersonellet til ikke å arbeide i helse- og omsorgstjenesten eller uttrykt at helsepersonellet ikke anses som egnet til å arbeide i sektoren.

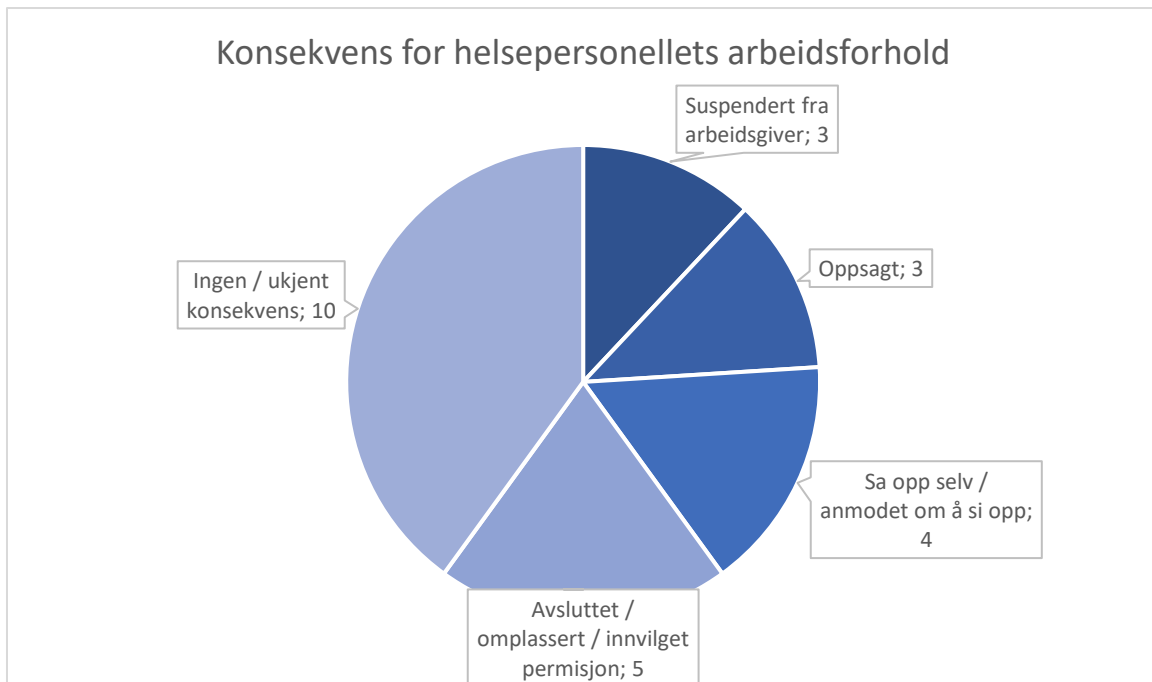
Bakgrunnen for opprettelsen av tilsynssaken ses av Figur 15:



Figur 15: Bakgrunn for opprettelse av tilsynssak for saker hos Statsforvalter med lovbrudd (totalt 25).

Det ble opprettet tilsynssak mot virksomheten der helsepersonellet arbeidet ved hendelsen i ni saker. I tre av disse ble det konkludert med at virksomheten også har brutt plikter i helselovgivningen, mens det i tre saker ikke ble konkludert med pliktbrudd overfor virksomheten. I de øvrige tre sakene kom det frem at tilsynssak mot virksomheten var opprettet (men ikke utfall).

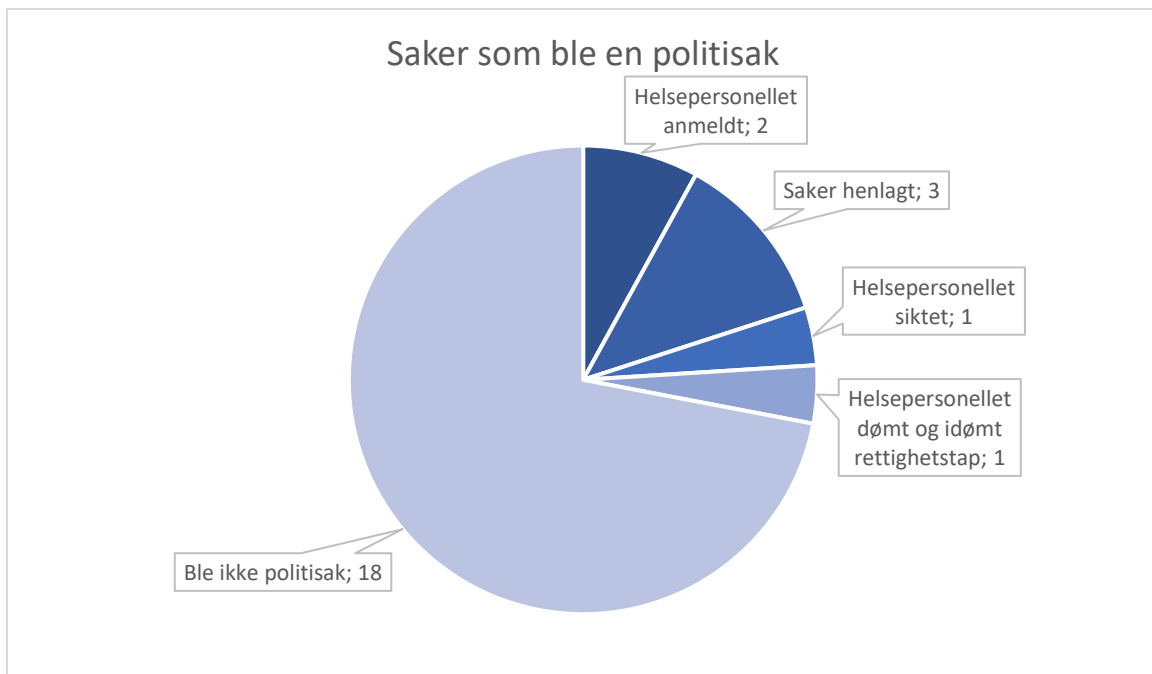
Konsekvens for helsepersonellens arbeidsforhold fremgår av Figur 16:



Figur 16: Konsekvens for helsepersonnellets arbeidsforhold for saker hos Statsforvalter med lovbrudd (totalt 25).

I sju av de 25 sakene ble det en politisak i tillegg til tilsynssaken (se Figur 17).

Det fremgikk ikke at noen av disse var anmeldt av helsetilsynet.



Figur 17: Saker hos statsforvalterne med lovbrudd som også ble en politisak (7 av totalt 25 saker).

Det er angitt ulike grunner for hvorfor sakene ikke ble oversendt til Statens helsetilsyn for vurdering av administrativ reaksjon. I åtte saker med uautorisert helsepersonell fremgikk det at saken ikke ble

oversendt fordi Statens helsetilsyn har besluttet at saker mot uautoriserte ikke skal oversendes. Ellers er det blant annet oppgitt lang tid siden hendelsen, at saken ikke var alvorlig nok, samt at det ikke forelå noen gjentakelsesfare og dermed ikke fare for pasientsikkerheten.

6.7 Funn fra gjennomgang av 50 tilbakekallsvedtak i Statens helsetilsyn

Utvalget har gjennomgått 50 av totalt 116 saker som endte med tilbakekall. Sakene gjaldt 40 leger og 10 psykologer²⁷.

I overgrepssaker er det vanlig å reagere med å tilbakekalle autorisasjonen, lisensen eller spesialistgodkjenningen når helsepersonellet anses uegnet til å utøve sitt yrke forsvarlig. I helsepersonelloven § 57 første ledd er det oppregnet ulike grunner til at helsepersonell kan bli uegnet, dette omfatter alvorlig sinnslidelse, psykisk eller fysisk svekkelse, langt fravær fra yrket, bruk av alkohol, narkotika eller midler med lignende virkning, grov mangel på faglig innsikt, uforsvarlig virksomhet, grove pliktbrudd etter helsepersonelloven eller bestemmelser gitt i medhold av den, eller på grunn av atferd som anses uforenlig med yrkesutøvelsen. Tilbakekall av autorisasjon kan også skje dersom innehaveren til tross for advarsel unnlater å innrette seg etter lovbestemte krav, jf. helsepersonelloven § 57 andre ledd.

Når det gjelder leger og deres spesialisering var elleve spesialist i psykiatri, elleve var spesialist i allmenntilleggsmedisin, én var både spesialist i allmenntilleggsmedisin og psykiatri og én var under utdanning til spesialist i allmenntilleggsmedisin. Én var spesialist i anestesilleggsmedisin, én var spesialist i plastikkirurgi, én i nevrologi og én i fødsels- og kvinnesykdommer. I ti saker var det ikke oppgitt om legen hadde en spesialitet. Én var turnuslege, og i én sak var det oppgitt at legen hadde en spesialitet i utlandet som ikke var godkjent i Norge. Det fremkom ikke om de ti psykologene var psykologspesialister.

Bakgrunnen for opprettelsen av disse 50 tilbakekallsvedtakene var at pasient eller representant for pasienten kontaktet statsforvalter i 18 tilfeller, i elleve tilfeller startet tilsynssaken med varsel fra politi/domstol, i tolv tilfeller var det helsepersonellens arbeidsgiver som varslet. I tolv tilfeller var det helsepersonell med meldeplikt etter helsepersonelloven § 17 som varslet, i én sak var det Statens helsetilsyn selv som varslet, i to saker var det helsepersonellet selv som varslet om saken, og i en sak var varselet inngitt av «andre». I seks saker var det flere enn én kilde for tilsynssaken.

I 21 av sakene fremkom det i tilbakekallsvedtakene at også politi- og påtalemyndighet var involvert.

²⁷ Det var elleve psykologer som mistet autorisasjonen sin i perioden, utvalget har sett på ti av disse

I ni saker ble helsepersonellet dømt for overtredelser av straffeloven.²⁸ En av disse ble dømt i Sverige og det fremkom i saken at dette ikke var kjent for Statens helsetilsyn før svenske tilsynsmyndigheter (IVO) ble tilskrevet. I fem av sakene ble helsepersonellet enten siktet eller tiltalt for overtredelse av straffeloven, fire av sakene ble henlagt på grunn av bevisets stilling, Statens helsetilsyn begjært tiltale i én av sakene, og to saker var anmeldt til politiet.

6.7.1 Bruken av suspensjon i de gjennomgåtte sakene

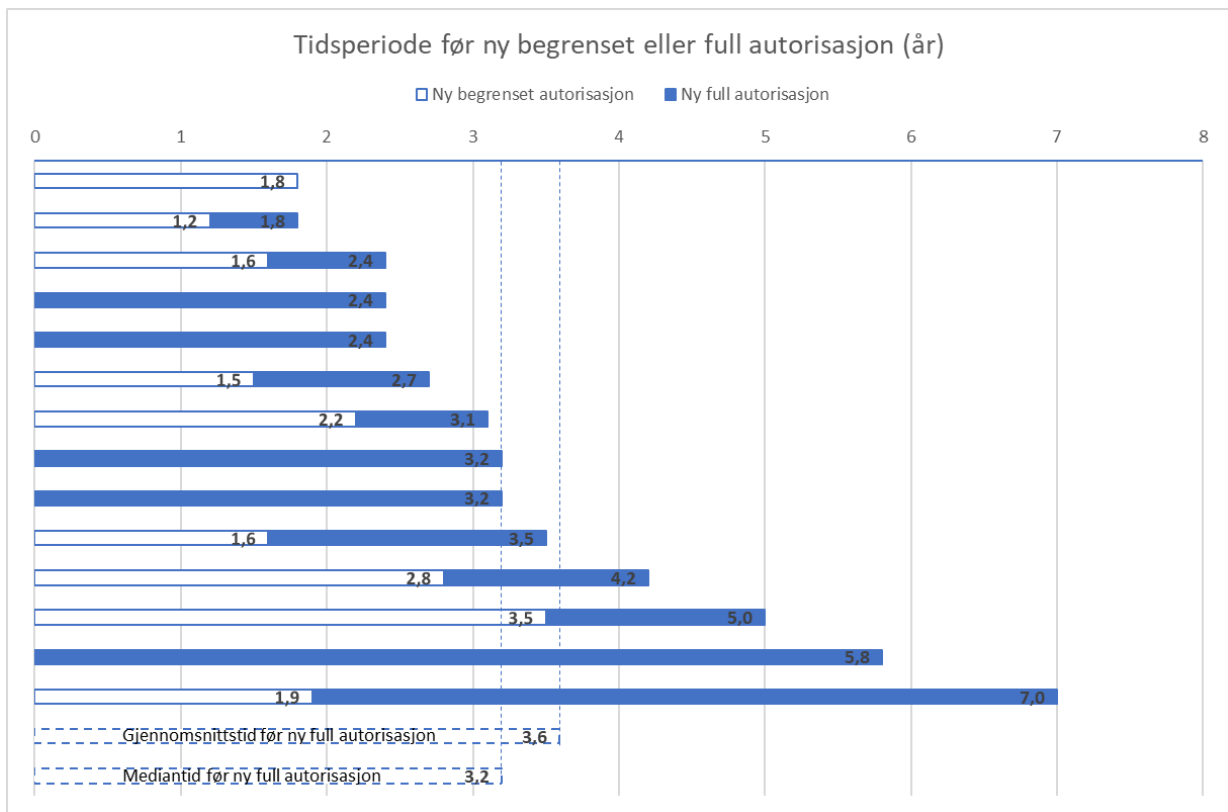
I kun ni av 50 saker ble suspensjon anvendt under saksbehandlingen, og i ett tilfelle var årsaken til suspensjonen rus.

6.7.2 Nye og begrensede autorisasjoner i de gjennomgåtte sakene

Av de 50 sakene med tilbakekall var det totalt 14 som i perioden fikk ny eller begrenset autorisasjon. Av de øvrige var det ti som hadde søkt, men ikke fått innvilget ny eller begrenset autorisasjon i den perioden vi har informasjon fra. Merk at flere av disse hadde søkt flere ganger, to henholdsvis fire og fem ganger, slik at det totale antall søknader er langt høyere.

Av de 13 som fikk tilbake full autorisasjon i perioden hadde ni først fått innvilget en begrenset autorisasjon. Gjennomsnittlig tok det 3,6 år før full autorisasjon ble innvilget, se Figur 18.

²⁸ En av disse ble frikjent i lagmannsretten og 1 dom er ikke rettskraftig



Figur 18: Tidsperiode i år for helsepersonellet fikk begrenset eller full autorisasjon etter søknad(er).

6.8 Søknader om å få autorisasjonen tilbake etter tilbakekall

6.8.1 Søknad om ny autorisasjon

Slik reglene er i dag er et tilbakekall verken tidsbestemt eller varig. Helsepersonell som har fått tilbakekalt sin autorisasjon eller som frivillig har gitt avkall på den etter helsepersonelloven § 61 kan når som helst søke Statens helsetilsyn om å få tilbake autorisasjonen etter helsepersonelloven § 62²⁹. Når helsepersonell søker om å få en autorisasjon tilbake må det grunngis at de forhold som tilsa at autorisasjonen ble tilbakekalt ikke lenger er til stede, jf. formuleringen "hvis vedkommende godtgjør at han/hun er skikket."

²⁹ Se rundskriv IK-2/2017 "Informasjon til deg som har mistet din autorisasjon eller frivillig har gitt avkall den" utgitt av Statens helsetilsyn. Samt i internt fagnotat januar 2016 – støttedokument til saksbehandlingsveilederne for hendelsesbaserte tilsynssaker del I og del II, Internserien 2/2009 og 1/2010 «Momenter ved vurdering av grenseoverskridende intim atferd.

Når det søkes om ny autorisasjon etter å ha mistet den grunnet grensekrenkelser, må helsepersonellet sannsynliggjøre overfor Statens Helsetilsyn at de ikke på nytt vil utøve atferd som er uforenlig med yrkesutøvelsen. En del av denne dokumentasjonen kan være at helsepersonellet har mottatt veiledning og/eller behandling, samt at dette har ført til endring som vil ha avgjørende betydning for mestringsevne og selvkontroll.

Ved tvil om egnethet kan Statens helsetilsyn pålegge helsepersonellet å underkaste seg en sakkyndig vurdering jf. helsepersonelloven § 60.

De fleste som gis ny autorisasjon etter overgrep eller grensekrenkelser gis først en begrenset autorisasjon. Utvalget mener dette kan være en god tilnærming dersom det er usikkerhet om helsepersonellets egnethet ved dokumenterte grensekrenkelser. Se nærmere kapittel 11.1.

Utvalget mener at det går forholdsvis kort tid før helsepersonellet får en begrenset autorisasjon, og for så vidt en full autorisasjon etter et tilbakekall. Innbakt i denne tiden ligger også Statens helsetilsyns behandling av søknaden. Dette kan være en indikasjon på at helsepersonellet ikke var uskikket ved tilbakekallstidspunktet og at en annen reaksjon i stedet kunne vært anvendt i disse sakene.

Utvalget har også registrert at Statens helsetilsyn bruker forholdsvis store ressurser på å behandle søknader om ny autorisasjon som åpenbart ikke kan innvilges. Når et tilbakekall av autorisasjon forutsetter at helsepersonellet var «uegnet til å utøve sitt yrke forsvarlig» på tilbakekallstidspunktet ligger det presumtivt at det vil ta noe tid før helsepersonellet igjen kan anses «egnet». I saker om grensekrenkelser er utvalget av den oppfatning at det minst vil ta to år før helsepersonellet kan sies å være rehabilitert og dermed «egnet».

Et avslag på søknad om ny autorisasjon kan påklages til Statens helsepersonellnemnd jf. helsepersonelloven § 68 andre ledd. Dette innebærer at det ikke er noen rettslige skranker for å kunne søke om å få tilbake en autorisasjon og til å klage på vedtaket uavhengig av hvor alvorlig overgrepet er. Utvalget mener det er nødvendig med slike skranker, noe som utdypes nedenfor.

6.8.2 Faglig veiledning og oppfølging for å redusere risiko i forbindelse med ny autorisasjon

Det at helsepersonell etter et tilbakekallsvedtak kan få ny autorisasjon reiser spørsmålet om hva som skal til for å redusere risiko for senere overskridelser eller overgrep, og hvordan man kan vite at risikoen er tilstrekkelig lav til at det er forsvarlig å gi autorisasjonen tilbake.

Statens helsetilsyns internrapport beskriver at det er en høy risiko for at helsepersonell får ny autorisasjon på feil grunnlag. Dette gir en risiko for pasienter. Statens helsetilsyn viser til at mange

veiledere ikke har forståelse og kunnskap om hva tilsynssaken omhandlet, hva som er tilsynets rolle og mandat og hvilke vurderingskriterier som gjelder ved søknader om ny autorisasjon. I Statens helsetilsyns internrapport pkt. 7.1.3 gis det flere anbefalinger som tilsynet mener vil gi en bedre prosess og inneha tiltak som reduserer denne risikoen.. Det gis her anbefaling om at det stilles eksplisitte krav til gjennomføringen av veiledningen/behandlingen, at det utarbeides egnet retningslinjer til bruk for veiledere/behandlere og at det er dialog mellom Statens helsetilsyn og hjelperen underveis i prosessen. Utvalget støtter disse anbefalingene som også er i tråd med utvalgets egne anbefalinger.

Veiledning er det tiltaket som i størst grad brukes for å skape endringer i helsepersonells praksis. Det er så langt forsket lite på hvilken effekt veiledning har for å forebygge seksuelle overgrep i behandlingsrelasjoner (Schoener, 2021). Det er likevel slik at dette er det mest brukte tiltaket i slike sammenhenger, og er også det tiltaket som relevante fagmiljøer så langt uttrykker størst tiltro til (Gabbard, 2016; Schoener, 2021). En utfordring knyttet til veiledningsrelasjonen er at klinikere kan ha en tendens til å søke råd hos fagfeller som de allerede har en positiv tilknytning til, og at slike relasjoner kan brukes i en prosess der man ønsker å få autorisasjonen tilbake. En annen utfordring kan være at veiledningen ikke bygger på tilstrekkelig kartlegging og forståelse av risikofaktorer i den enkelte sak, og at veiledningen dermed ikke vil adressere sentrale tema og gi ønskede resultater. Det er i dag konsensus om at veiledning bør være et sentralt tiltak i en rehabiliteringsplan for helsepersonell som har mistet autorisasjonen som følge av grenseoverskridelser og krenkelser, og at veiledningen må bygge på en grundig kartlegging av veiledningskandidaten. For å kunne gi virksom hjelp er det viktig at veileder har et klart bilde av omfang og alvorlighetsgrad, hvordan grensekrenkelser foregikk, hvilke faktorer som spilte inn, hvorvidt det var et enkeltstående tilfelle eller del av et mønster, samt helsepersonellens endringspotensiale.

For å sikre en lik, forsvarlig og god prosess om veiledning, bør det utarbeides retningslinjer. Det kan vurderes om fagforeningene bør involveres ved utarbeidelsen av disse retningslinjer. Helsepersonell må få informasjon om hvordan rehabiliteringsprosessen og muligheten til å søke om ny autorisasjon er på tilbakekallstidspunktet. Det bør også gis informasjon om at det ikke noen garanti for at man lykkes med rehabiliteringen og innvilges ny autorisasjon.

Slik utvalget kjenner til synes det som om prosessen med å gjøre seg i stand til å få ny autorisasjon i stor grad er styrt av helsepersonellet selv. Det foreligger foreløpig ikke formelle krav knyttet til innholdet i oppfølgingen eller til hjelperens kompetanse. Konsekvensen av dette er at den hjelpen som gis ikke nødvendigvis er tilstrekkelig kunnskapsbasert eller individuelt tilpasset til å ha sannsynlig effekt. Forslag om endring fremgår i kapittel 10.7.

For at helsepersonell skal kunne rehabiliteres bør det foreligge en individuell kartlegging av risikofaktorer og endringspotensiale.

Det bør vurderes om Statens helsetilsyn i større grad må involveres i rehabiliteringen av helsepersonellet og i veiledning av om helsepersonellet bør fremsette en søknad om ny autorisasjon.

Veiledning av helsepersonellet, ev. også helsehjelp, bør være en forutsetning for å få tilbake en autorisasjon i saker om grensekrenkelser. I de tilfeller hvor det er aktuelt å gi helsepersonellet et faglig pålegg vil det rehabiliterende tiltaket som settes i pålegget måtte innebære veiledning og eller behandling. Se nærmere om dette under kapittel 10.7.

6.9 Saksbehandlingstiden totalt sett og i helsetilsynet

I saker om grensekrenkelser er det saksbehandlingstid både hos statsforvalterne, i Statens helsetilsyn og i noen tilfeller også i politi /påtalemyndigheten. I tillegg kommer eventuelt saksbehandlingstiden ved domstolene.

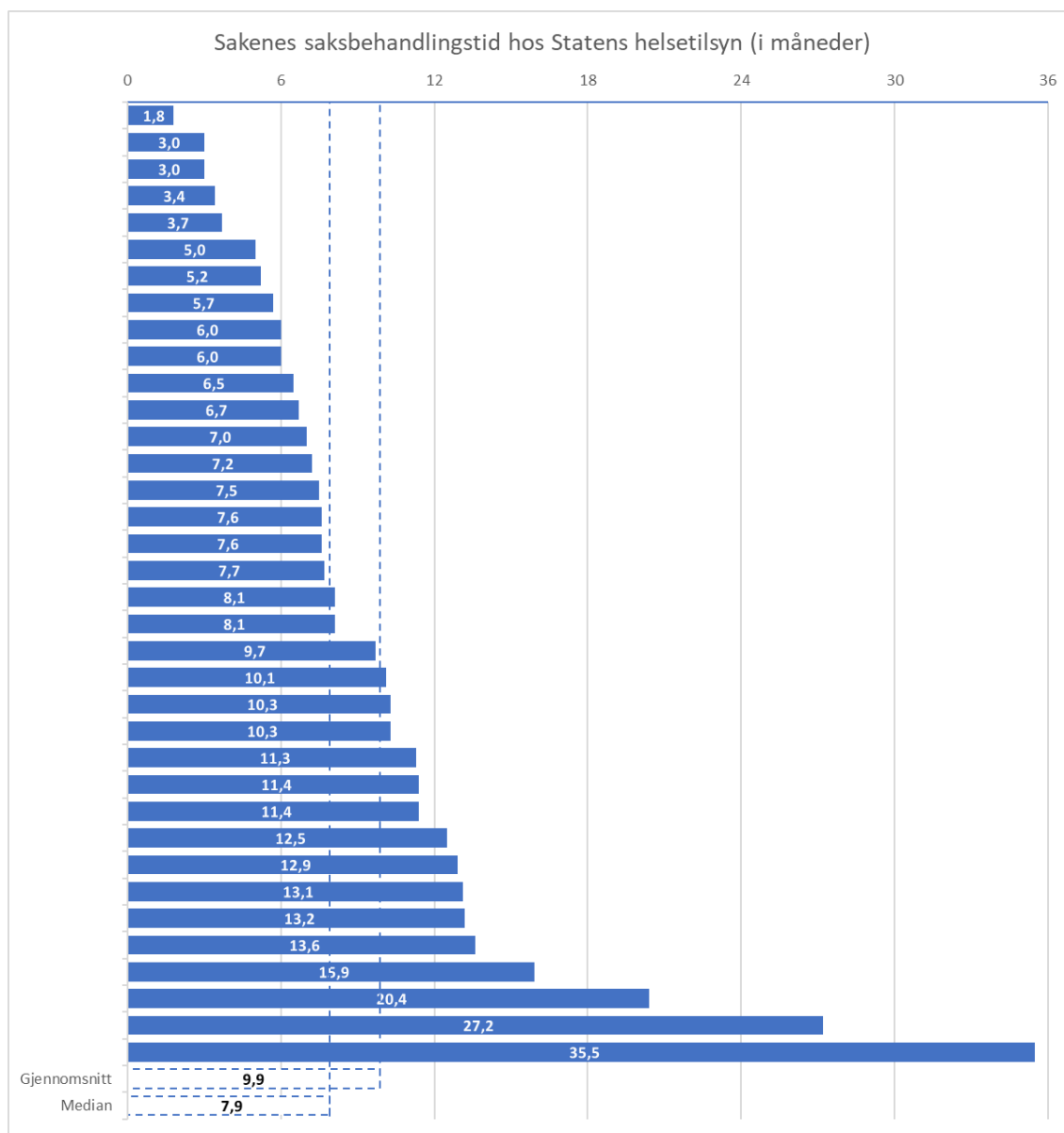
Tabellen nedenfor viser at saksbehandlingstiden hos Statens helsetilsyn fra de får inn en tilsynssak til det er fattet et tilbakekallsvedtak varierer betydelig. Vi ser også at saksbehandlingstiden for saker om grensekrenkelser ligger betydelig over saksbehandlingstiden for tilbakekall av andre årsaker. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid i øvrige saker er 5,5 måneder mens saksbehandlingstiden for grensekrenkelser er 8,5 måneder.

Årsaken til den lange saksbehandlingstiden i enkelte saker kan være begrunnet i at helsetilsynet må hensynte en parallell politietterforskning.

	Antall tilbakekall	Median saksbehandlingstid	Gjennomsnittlig saksbehandlingstid	Spenn
Seksuelle relasjoner	116	7,1 md.	8,5 md.	1,4 - 19,6 md.
Øvrig rollesammenblanding	31	7,7 md.	8,4 md.	1,3 - 47,9 md.
Alle typer tilsynssaker	1431	4,6 md.	5,5 md.	0 - 47,9 md.

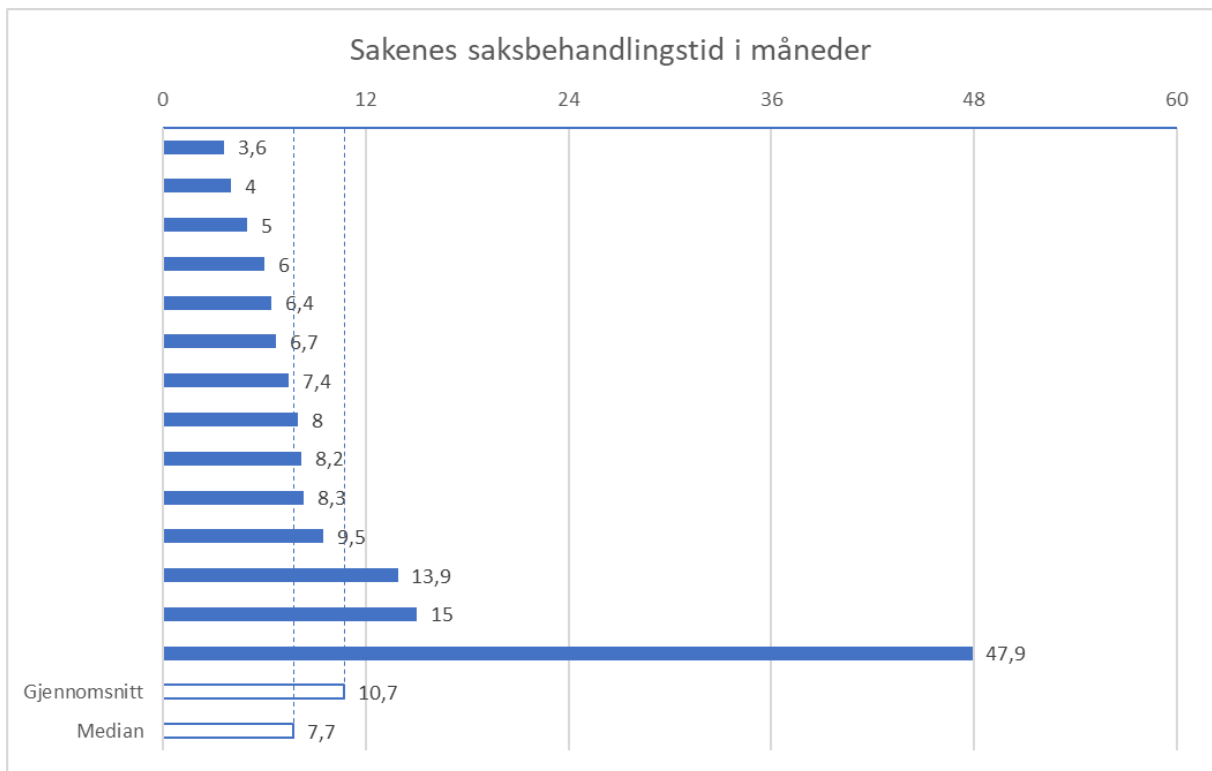
Gjennomgangen utvalget har gjort viser at saksbehandlingstiden i Statens helsetilsyn for tilbakekallsvedtakene varierer. Figur 19 viser at saksbehandlingstiden i måneder for de 36 tilbakekallsvedtakene hvor helsepersonellet enten ikke har søkt om ny autorisasjon eller fått avslag på

søknad om ny autorisasjon varierer fra 1,8 måneder til 35,5 måneder, med en gjennomsnittlig saksbehandlingstid på 9,9 måneder.



Figur 19: Sakenes saksbehandlingstid i Statens helsetilsyn i måneder.

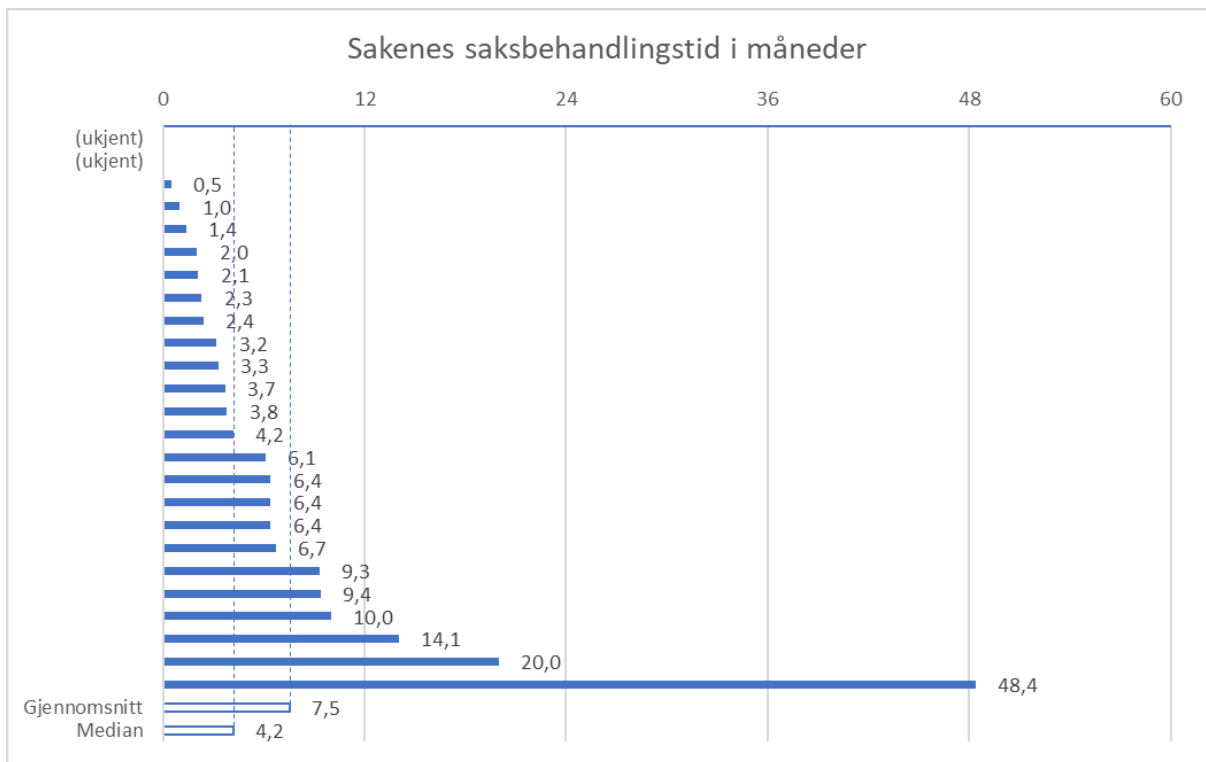
Figur 20 viser saksbehandlingstiden i Statens helsetilsyn i måneder fra det tidspunktet det tok fra tilsynssaken kom inn til tilbakekallsvedtaket i de sakene hvor helsepersonellet etter dette fikk innvilget søknad om ny eller begrenset autorisasjon. Saksbehandlingstiden varierte fra 3,6 måneder til 47,9 måneder med en gjennomsnittlig saksbehandling på 10,7 måneder.



Figur 20: Sakenes saksbehandlingstid hos Statens helsetilsyn i måneder.

Figur 20 viser en sak med uforholdsmessig lang saksbehandlingstid (48,4 måneder). Ut fra utvalgets erfaring skyldes ikke det sendrektig behandling, men flere runder i Statens helsetilsyn og nemnda før saken endte med et tilbakekallsvedtak.

I de 25 sakene med lovbrudd som endelig ble avgjort hos statsforvalterne og ikke oversendt Statens helsetilsyn for vurdering av administrativ reaksjon er det stor variasjon i saksbehandlingstiden. Som tabellen nedenfor viser fra seks måneder til over fire år (48,4 måneder), med en gjennomsnittlig saksbehandlingstid på 7,5 måneder.



Figur 21: Sakenes saksbehandlingstid varierer fra ½ måned til over 4 år (48,4 måneder). Gjennomsnittlig og median behandlingstid er hhv 7,5 og 4,2 måneder.

6.10 Nærmere om utvalgets funn

6.10.1 Nødvendig med flere nyanser i tilnærmingene til overgrepssakene

Utvalget vil bemerke at lovens vilkår og begrunnelser for vedtakene som er gjort er påfallende like, selv om det er stor variasjon i hvor alvorlige sakene er. Med utgangspunkt i fagkunnskap om skadeevnen av ulike former for misbruk har utvalget inndelt og vurdert vedtakene nærmere etter fem kriterier:

- Kjennetegn ved behandlingsrelasjonen (sårbarhet, avhengighet mv.)
- Handlingenes art, grad av gjensidighet og samtykke i relasjonen,
- Om handlingene er overtredelser av straffebestemmelser,
- Om handlingen har konsekvenser for befolkningens tillit til tjenestene,
- Risiko for gjentakelse og befolkningens behov for beskyttelse mot helsepersonellet

Det er utvalgets vurdering at alle disse faktorene må tas i betraktning for å kunne vurdere alvorlighetsgrad, samt møtes med passende reaksjon fra tilsynsmyndighetene.

Sakene utvalget har sett på, er videre kategorisert i fem grader etter grensekrenkelsens alvorlighet. Flere av «gradene» er ikke gjensidig utelukkende. Siden sakene er sammensatte vil flere av dem få flere «grader».

Grad 1:

De minst alvorlige sakene kjennetegnes av at det er innledet kjærlighetsforhold uten åpenbare elementer av tvang, med en begrenset og noe overflattisk profesjonell kontakt som gjør det sannsynlig at forholdet like gjerne kunne oppstått dersom partene møttes i en annen kontekst. Helsepersonellets handlinger vurderes ikke å være til skade for pasienten, befolkningens tillit til helsepersonell forventes ikke å bli negativt påvirket, og det vurderes ikke å foreligge risiko eller beskyttelsesbehov for befolkningen ellers. Utvalget mener at helsetilsynets praksis med å tilbakekalle helsepersonellets autorisasjon blir for gjennomgripende og kan bære preg av straff i slike saker, og mener at mildere konsekvenser vil være mer hensiktsmessig.

Grad 2:

Disse sakene kjennetegnes også av gjensidige varme følelser, et visst samtykke og mangel på åpenbar tvang. Følelsene springer imidlertid ut av en profesjonell behandlingskontakt som gjør at de ikke nødvendigvis ville oppstått i en annen kontekst, men i stor grad kan forklares av behandlingsprosesser (f.eks ubevisste samspill) og det asymmetriske maktforholdet mellom partene. Dette vil etter utvalgets vurdering alltid være tilfelle i psykoterapi eller behandling som omfatter lignende relasjonelle prosesser over noe tid. Parforhold kan innledes tilsynelatende på likefot, men senere kan pasienten oppleve å ha vært utsatt for bevisst eller ubevisst maktmisbruk fra helsepersonellets side. Helsepersonellet vil ha sviktet sitt ansvar for å forstå og håndtere romantiske følelser innenfor faglige rammer, og unngå å privatisere relasjonen. Befolkningens tillit vil ikke nødvendigvis påvirkes negativt, da dette fordrer kunnskap om de prosesser som kan utspille seg mellom helsepersonell og pasienter i denne type behandling. Helsepersonellets handlinger kan være til skade for pasienten, og det kan foreligge risiko for at lignende kan skje i behandlerens kontakt med andre pasienter.

Grad 3:

Sakene kjennetegnes av grensekrenkende seksualiserte handlinger/overgrep i behandlingsrommet, for eksempel metodikk som er avvikende og seksuelt motivert. Dette kan være fysisk/seksuell kontakt forkledt som behandling, beføling, avkledding med mer. Helsepersonellets atferd vil være skadelig og potensielt traumatiserende for pasienten, påvirke befolkningens tillit negativt og medføre beskyttelsesbehov mot gjentatte handlinger. Handlingene kan være overtredelser av straffelovens bestemmelser om seksuell omgang fremskaffet ved ulike misbruks- og utnyttelsessituasjoner og andre seksuelle handlinger uten samtykke samt seksuelt krenkende atferd.

Grad 4:

Sakene kjennetegnes av at helsepersonell begår seksuelt grensekrenkende seksualiserte handlinger/overgrep mot pasienten utenfor arbeidsplass og arbeidstid, som invitasjon eller hentydning til sex, oversendelse av intime bilder, oppsøking av pasienten på andre arenaer, trakassering, osv. Helsepersonellens atferd vil være ubehagelig, skadelig og potensielt traumatiserende for pasienten, befolkningens tillit påvirkes negativt, og det foreligger behov for å beskytte befolkningen mot gjentakelse. Handlingene kan være overtredelser av straffelovens bestemmelser om seksuell omgang fremskaffet ved ulike misbruks- og utnyttelsessituasjoner og andre seksuelle handlinger uten samtykke samt seksuelt krenkende atferd.

Grad 5:

Sakene omhandler alvorlige seksuelle grensekrenkelser i form av overgrep og regelrett voldtekt. Handlingene er svært skadelige og traumatiserende for pasienten, og klare overtredelser av straffelovens bestemmelser som nevnt over. Det foreligger stor fare for gjentakelse og befolkningen har et klart behov for beskyttelse.

6.10.2 Eksempler på at vedtakene burde vært bedre nyansert etter alvorlighet

Tilbakekall benyttes i de fleste saker – men varigheten varierer med hensyn til når helsepersonell får autorisasjonen tilbake. Vedtak om å tilbakekalle en autorisasjon og å ilegge andre reaksjoner, er ikke straff, men skal ivareta de nevnte formålene. Reaksjonssystemet kan likevel ha en allmenn- og individualpreventiv side på samme måte som straffereaksjonene fordi reaksjonene kan gi veiledning og bidra til holdningsdannelse i helse- og omsorgstjenesten generelt.

Utvalget mener at det bør gis mer nyanserte reaksjoner basert på individuelle vurderinger i hver sak. Saksgjennomgangen gir et inntrykk av at tilbakekallsvedtak i enkelte saker bærer preg av sanksjon/straff og ikke med utgangspunkt i gjentagelsesfaren og om allmennhetens tillit til helse- og omsorgstjenesten og helsepersonellet kan anees svekket av handlingen. Sakene som er minst alvorlig og hvor gjentagelsesfare og risikoen for pasienters sikkerhet er lav bør i større grad enn hva praksis er i dag resultere i en begrenset autorisasjon eventuelt en advarsel. Tilbakekall av autorisasjon bør være forbeholdt de mer alvorlige sakene, og de mest alvorlige sakene bør medføre at helsepersonellet ikke kan praktisere igjen.

Utvalget mener at reaksjonsformene burde vært langt mer nyanserte, noe som eksemplifiseres nedenfor. For å illustrere ytterpunktene i sakene, presenterer vi tre saker som for alle legers vedkommende førte til tilbakekall av autorisasjon.

I sak 1 har både pasient og lege gitt samtykke til at saken publiseres i rapporten. Sak 2 er offentlig tilgjengelig på bakgrunn av dommen psykiateren fikk. Hans misbrukskarriere er også omtalt i flere medier der psykiaterens navn også er nevnt. Sak 3 er anonymisert ved å forkorte og utelate konkrete hendelser og detaljer.

Sak 1:

En kvinnelig nyutdannet lege fikk som oppgave å foreta en arbeidshelseundersøkelse. I tilknytning til generell somatisk undersøkelse og samtale, kom det fram at pasienten slet med depressive tanker etter separasjon og ønsket samtale for «hjelp til å sortere tanker». Legen foreslo henvisning til annen behandler, men pasienten ønsket videre samtale med legen. Etter denne første undersøkelsen, hadde legen to samtaler med pasienten som krishjelp med kognitiv atferdsterapi som tilnærming. Tiltaket var godkjent av legens arbeidsgiver. Samtale to skjedde i pasientens hjem for å unngå lang reisevei. Samtalen ble primært brukt til videre kartlegging av pasientens tilstand med relevante psykometriske instrumenter. Neste time forløp ifølge legen normalt inntil slutten av timen da pasienten uttalte at han hadde fått kjærlige følelser for legen. Legen ble overrasket, avbrøt behandlingsrelasjonen etter at legen hadde forsikret seg om at pasienten ikke trengte henvisning til annen instans. Det innebar at den planlagte fjerde timen ikke ble avholdt. I det følgende hadde pasient og lege sporadisk kontakt på sms og e-post i noen uker der pasienten fastholdt sin interesse for legen. Legen søkte deretter råd og veiledning i litteratur og lovverk og hos flere kolleger samt egen fastlege. Uten unntak ga kollegene sin støtte for forholdet med begrunnelse at lege-pasientrelasjonen var kortvarig og avsluttet umiddelbart da pasienten erkjente sine følelser. Legen innledet etter noen uker et kjærlighetsforhold til pasienten. Pasienten erklærte i e-post til legens arbeidsgiver at han var initiativtaker til forholdet etter et tidsavbrudd på noen uker etter siste planlagte samtale.

Legens arbeidsgiver mente at legen hadde vist sviktende vurderingsevne og uttrykte redusert tillit til legen i et møte et par måneder senere. Legen valgte å si opp sin stilling og arbeidsgiver meldte saken til Statsforvalteren. Etter saksbehandling hos statsforvalter og Statens Helsetilsyn ble det fattet vedtak om tilbakekall av autorisasjonen et år senere. Statens helsepersonellnemnd opprettholdt tilsynets avgjørelse.

Utvalget vurderer at tilbakekall av autorisasjon i denne saken var en urimelig streng avgjørelse.

Sak 2:

En psykiater behandlet en kvinnelig pasient i tre år på en psykiatrisk poliklinikk. Pasienten forklarte at psykiateren i time to eller tre tok fram sin penis og forlangte at hun skulle suge den. Det skulle angivelig være en del av behandlingen med økning av endorfiner hos pasienten. Ifølge pasienten hadde psykiateren og pasienten seksuell omgang i hver time. Hun opplyste også at psykiateren en gang oppsøkte hennes hjem og hadde seksuell omgang på hennes soverom. I tillegg ble det sendt en rekke sms-er med seksualisert innhold. Ifølge pasienten var det fast rutine at når hun skulle ha konsultasjoner, ble døren låst, og samleie ble gjennomført før ordinær samtaleterapi.

Psykiateren ble i tingretten dømt for seksuelt overgrep mot sin kvinnelige pasient. Han ble suspendert fra sin stilling da saken nådde helsetilsynet. Legen anket saken til lagmannsretten der han ble dømt til ubetinget fengsel i 18 måneder, fradømt retten til å praktisere som lege eller inneha stilling etter helsepersonelloven på ubestemt tid.

I dommen fra lagmannsretten går det frem at legen benektet seksuell omgang med pasienten. Han fortalte at pasienten hadde vært utsatt for massive overgrep i barndommen og at hun etter hvert ble krevende og erotiserende. Lagretten fant at det var hevet over enhver tvil at legen hadde hatt seksuell omgang med pasienten mens hun var hans pasient. Statens helsetilsyn vedtok kort tid etter dommen i lagmannsretten å tilbakekalle legens autorisasjon.

Etter soning dro psykiateren tilbake til sitt hjemland. Syv år senere fikk han sin tredje dom for seksuelt misbruk av pasienter, denne gang i sitt hjemland. Ett av forholdene gjaldt misbruk av en kvinnelig pasient fra tiden før han kom til Norge.

Helsepersonelloven hjemler ikke varig tilbakekall av autorisasjon. I aktuelle saken dreide det seg om en lege som flere ganger ha brukt legekantoret som arena for regelrette grove overgrep. Utvalget mener varig tilbakekall av autorisasjon hvis mulig skulle ha vært anvendt i denne saken. Saken illustrerer også viktigheten av å sikre at informasjon om leger som overgrepsmenn kommer til aktuelle instanser.

Sak 3:

I sakene vi har studert, finner vi også saker der helsepersonellet har søkt om å få autorisasjonen tilbake flere ganger med avslag. Muligheten for varig tilbakekall hadde kunnet hindret det. Et eksempel er følgende:

Tilsynssaken gjaldt innledning av forhold til en pasient. Den dreide seg også om at legen var anmeldt for å ha utøvd vold mot pasienten og for flere andre brudd på Helsepersonelloven. Politisaken ble etter etterforskning henlagt grunnet bevisets stilling.

Statens helsetilsyn besluttet tilbakekall av autorisasjon. Under klagebehandling til Statens helsepersonellnemnd, fikk nemnda opplysninger om at pasienten hadde anmeldt legen for nye forhold som bl.a. handlet om seksuell trakassering på sosiale medier.

Av sakspapirene kommer det frem at legen har søkt om å få autorisasjonen tilbake tre ganger. Hver gang begrunner Statens helsetilsyn avslaget med variasjoner over samme tema: nemlig at legen ikke i tilstrekkelig grad har godtgjort at han har bearbeidet og forstått det han har gjort, ikke ervervet tilstrekkelig innsikt eller sannsynliggjort at han ikke ville kunne utøve atferd som var uforenlig med yrkesutøvelsen i fremtiden.

Etter utvalgets mening er var dette en alvorlig sak med pliktbrudd og antisosial atferd på flere felt. Med stor sannsynlighet vil legen vedvarende representere en risiko for pasienter og ikke kunne ha tillit. I saken er det brukt mye ressurser til å behandle søknader om å få autorisasjonen tilbake. Ved mulighet for varig tilbakekall allerede i første vedtak ville det vært mulig å spare saksbehandlingsressurser og i stedet hjulpet helsepersonellet i sitt valg til å finne en annen yrkesvei.

6.10.3 Alvorligheten gjenspeiles ikke i saksbehandling og reaksjoner

Tabellen under viser utvalgets vurdering av alvorlighetsgrad i de 36 sakene hvor helsepersonellet ikke har fått tilbake sin autorisasjon.

Sak	Alvorlighetsgrad				
	1	2	3	4	5
1		■			
2		■			
3			■	■	■
4		■			
5		■			
6			■	■	■
7		■			
8				■	
9	■				
10				■	
11			■		
12			■	■	
13			■		
14			■		■
15				■	
16		■	■		
17		■	■	■	
18			■		■
19		■	■	■	
20			■	■	
21		■	■	■	
22		■		■	
23					■
24			■	■	
25			■		
26				■	
27			■	■	■
28			■	■	
29			■	■	
30			■		■
31			■		■
32		■		■	
33			■		■
34				■	
35		■		■	
36		■		■	
Antall saker	1	13	20	20	9

Figur 22: Sakenes alvorlighetsgrad. Merk at mange saker er klassifisert til å tilhøre flere kategorier.

Tabellen under viser utvalgets vurdering av alvorlighetsgrad i de 14 sakene hvor helsepersonellet fikk tilbake sin autorisasjon etter tilbakekall.

Sak	Alvorlighetsgrad				
	1	2	3	4	5
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
Antall saker	1	9	1	4	1

Figur 23: Sakenes alvorlighetsgrad. Merk at én av sakene er kategorisert til å tilhøre flere kategorier (2, 4 og 5).

Utvalgets gjennomgang av saker som endte med tilbakekall av autorisasjon viser at det er stor variasjon i hvor alvorlig sakene er. Mange av sakene utvalget har gjennomgått er svært alvorlige. Varhaugsaken skiller seg ut, både med tanke på varighet og alvorlighet. Denne store variasjonen i hvor alvorlig sakene er gjenspeiles ikke ved at reaksjonene fra Statens helsetilsyn er tilsvarende differensiert. Det er store forskjeller mellom en grensekrenkelse der gjentakelsesfaren vurderes liten eller fraværende til regelrette overgrep utøvd på legekantoret med høy risiko for nye overgrep.

6.10.4 Suspensjon av autorisasjon og lisens benyttes i liten grad

Saksgjennomgangen, som har omfattet noen av de alvorligste sakene i Statens helsetilsyn viste at det kun ble truffet vedtak om suspensjon av autorisasjon i ni av 50 saker. Saksbehandlingstiden er gjennomgående for lang med utgangspunkt i at suspensjoner skal skje umiddelbart ved fare for pasientsikkerheten.

I én av disse sakene ble suspensjon ilagt på grunn av rusmiddelmissbruk hos helsepersonellet og ikke på grunn av overgrep.

Utvalget vil trekke frem særlig én sak hvor helsepersonellet burde ha blitt suspendert av Statens helsetilsyn. Saken var svært alvorlig særlig på grunn av at legen hadde begått grensekrenkelser overfor flere pasienter og det ble etter hvert opprettet flere tilsynssaker. Det fremgår i vedtaket at legen skiftet

arbeidsgiver etter at den første tilsynssaken kom opp og at ny arbeidsgiver ikke var kjent med at det var en tilsynssak på vedkommende.

Innledningsvis handlet tilsynssaken om at legen hadde en seksuell relasjon til en kvinne som var pasient. Legen og kvinnen var blitt kjent i arbeidssammenheng, men kvinnen kontaktet legen (psykiater) senere privat for å få hjelp. Legen rekvirerte beroligende legemidler og innledet et seksuelt forhold som flere ganger foregikk mens kvinnen var overstadig beruset. Legen fikk en advarsel som ble opphevet av Statens helsepersonellnemnd to ganger av ulike grunner. Pasienten anmeldte tidlig legen for brudd på straffelovens §§ 192 og 193. Anmeldelsen førte i første omgang til henleggelse på grunn av bevisets stilling, men etter klage beordret riksadvokaten uttak av tiltale. Legen ble dømt i tingretten for overtredelse av straffelovens § 193 første ledd og ble idømt ubetinget fengsel i 11 måneder for forhold begått tre år tidligere. Dommen ble avsagt under dissens og påanket av legen. Kort tid etter døde pasienten hvoretter Riksadvokaten besluttet å frafalle straffeforfølgning hvoretter lagmannsretten avsa frifinnelsesdom.

I ca. et år, mens saken var under behandling i helsetilsynet og under etterforskning, arbeidet legen som psykiater. Da psykiaterens daværende arbeidsgiver ble kjent med den tidligere tilsynssaken ble han imidlertid suspendert fra sin stilling av arbeidsgiver. Legen sa etter dette opp sin stilling.

Utvalget mener at legens autorisasjon skulle vært suspendert av Statens helsetilsyn allerede da de ble kjent med saken. Utvalget mener at det må iverksettes umiddelbare suspensjonsvedtak ved mistanke om at pasienter utsettes for risiko for nye overgrep. Dette innebærer at det må etableres et system med rask oversendelse av saken fra statsforvaltere til Statens helsetilsyn.

6.10.5 Oppfølging overfor helsepersonell uten autorisasjon

Utvalget har registrert at Statens helsetilsyn ikke lenger behandler saker som gjelder helsepersonell uten autorisasjon og har fått opplyst at Statens helsetilsyn har besluttet (i ledermøtet 17. desember 2014) at saker som gjelder uautorisert personell, uansett alvorlighetsgrad, ikke skal oversendes til Statens helsetilsyn for vurdering av administrativ reaksjon.

Statsforvalterne har i flere saker vist til denne beslutningen som årsak til at sakene avsluttes hos statsforvalter. Statens helsetilsyn har uttalt at arbeidsgivere har et særlig ansvar for å følge opp ansatte som er uautoriserte, av hensyn til pasientsikkerheten.³⁰ Utvalget vil presisere at formålet med

³⁰ Uttalt i møte med utvalget.

tilsynssystemet er at det skal gi en trygghet for pasienter uavhengig av arbeidsgivers oppfølging som kan være ulik.

Utvalget mener at flere av sakene skulle vært oversendt til Statens helsetilsyn, selv om saksgjennomgangen viste at de fleste av sakene som ble avsluttet hos statsforvalter var mindre alvorlige enn de gjennomgatte sakene som medførte tilbakekallsvedtak.³¹

Dette omfatter både saker som gjelder helsepersonell med og uten autorisasjon.

Helsepersonell uten autorisasjon står for en stor del av sakene (60 %) som avsluttes på statsforvalternivå med pliktbrudd. Noen saker mot uautoriserte fremstår som så alvorlige at helsepersonellet etter utvalgets mening burde hatt et forbud mot å arbeide pasientrettet i helse- og omsorgstjenesten, og statsforvalteren har også i et par saker uttalt at helsepersonellet er uegnet til en slik jobb og henstillet vedkommende om å ikke ta arbeid i sektoren.

Antallet helsepersonell uten autorisasjon har økt. Selv om dette helsepersonellet tidvis begår alvorlige overgrep oversendes disse sakene som tidligere nevnt ikke til Statens helsetilsyn i samsvar med helsepersonellovens system.

Både Statsforvalteren og Statens helsetilsyn kan politianmelde helsepersonellet i overgrepssaker og Statens helsetilsyn kan begjære påtale etter hpl § 67.³² Helsepersonell uten autorisasjon kan i denne sammenheng både være helsepersonell som aldri har hatt autorisasjon og autorisert helsepersonell som har fått tilbakekalt sin autorisasjon, men som likevel fortsetter å praktisere i- eller utenfor helsetjenesten.

Utvalget mener det er nødvendig at Statens helsetilsyn får oversendt overgrepssaker for behandling og foreslår en ny reaksjon som kan benyttes overfor denne gruppen – og at forholdet må politianmeldes.

6.10.6 Oppfølgingen overfor helsevirksomheter er begrenset

Utvalget har registrert at helsevirksomhetens systemansvar i liten grad er etterspurt eller vurdert i saker om grensekrenkelser. Dette gjelder både spørsmål fra helsetilsynet om helsevirksomhetens kunnskap om mistanker om overgrep og oppfølgingsansvar. Dette gjelder i særlig grad når det er pasienter som har brakt inn overgrepssaker til helsetilsynet og ikke arbeidsgiver.

³¹ Utvalget har ikke lest andre saksdokumenter en avslutningsbrevet i saken

³² Hpl. § 67 annet ledd er vedtatt opphevet (ved lov av 18. juni 2021 nr. 122)

Bruk av reaksjonsformene begrenset autorisasjon og med vilkår til yrkesutøvelsen, eller kritikk, kan forutsette at arbeidsgivere inkluderes ved oppfølging, jf. helsepersonelloven § 59 og 59 A (som ble tilføyd loven i 2008). For eksempel kan det stilles vilkår om at helsepersonellet bare kan arbeide i en bestemt virksomhet, med avgrensede arbeidsoppgaver og/eller under tilsyn og veiledning. Det kan settes som vilkår at helsepersonell går i terapi eller veiledning for å forebygge overgrep. Ulike rapporteringsforpliktelser for arbeidsgivere og andre involverte kan også settes som vilkår. Autorisasjonen kan begrenses til å gjelde utøvelse av bestemt virksomhet under bestemte vilkår. Stortinget skal i løpet av 2022 ta stilling til om de to bestemmelsene om begrenset autorisasjon skal slås sammen (Prop. 57 L (2021-2022)).

Statens helsetilsyn kan ilegge helsevirksomheter reaksjoner etter helsetilsynsloven dersom den ikke har fulgt opp overgrepssaker på en forsvarlig måte. Reaksjonene vil dreie seg om kritikk og bøter – eventuelt dagsbøter til virksomheten har innrettet seg annerledes.

Utvalget mener det er nødvendig at helsevirksomheten tar en aktiv rolle i oppfølgingen av mistanker om overgrep og bidrar til å forebygge risikoen for grensekrenkende atferd fra helsepersonell. Utvalget foreslår at arbeidsgivere skal pålegges en meldeplikt til helsetilsynet.

7 Statens helsepersonellnemnd, praksis

I kapitel 6 omtales sakene som utvalget har sett spesielt på i forbindelse med helsetilsynets praksis. Dersom Statens helsetilsyn treffer et vedtak om å tilbakekalle eller begrense en autorisasjon, eller andre reaksjoner, kan helsepersonellet påklage vedtaket til Statens helsepersonellnemnd (Helsepersonellnemnda), jf. helsepersonelloven § 68.³³

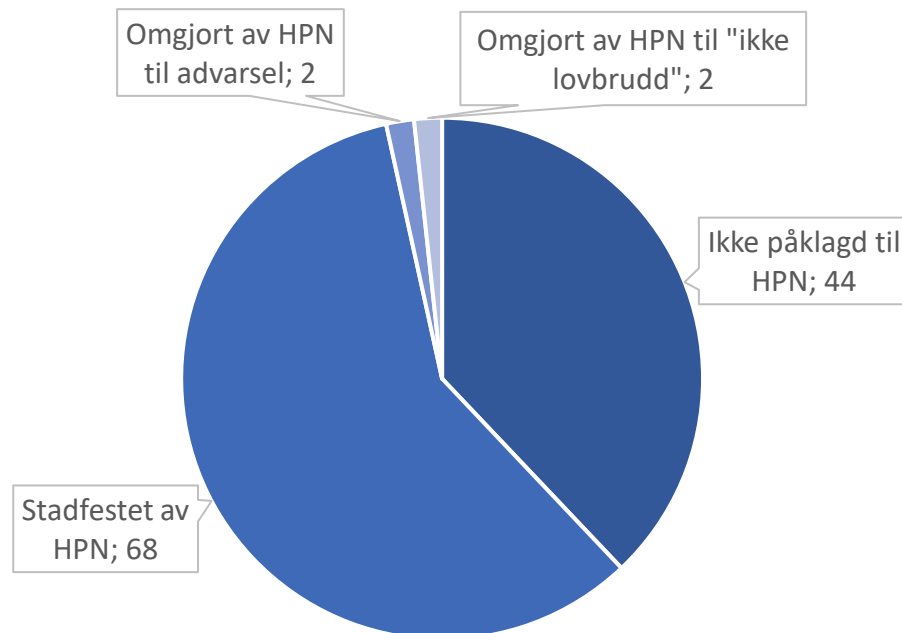
Pasienter som har blitt utsatt for overgrep kan ikke påklage avgjørelser til nemnda. Helsevirksomheter som har mottatt sanksjoner fra Statens helsetilsyn kan heller ikke påklage disse til Helsepersonellnemnda.

Av de 116 tilbakekallsvedtakene på grunn av seksuelle relasjoner ble 72 tilbakekallsvedtak påklaget av helsepersonellet. Totalt 68 av disse ble stadfestet av nemnda, to ble endret til advarsel, og to vedtak ble omgjort til at det ikke forelå lovbrudd.

Totalt 44 vedtak fra Statens helsetilsyn ble ikke påklaget.

³³ HPN ble fra 1. januar 2016 organisert under Nasjonalt organ for helsetjenesten (Helseklage) uten at dette har hatt betydning for oppgaver, myndighetsområde eller funksjon.

Endelig utfall av vedtak om tap av autorisasjon i tilsynssaker som gjaldt seksuelle relasjoner

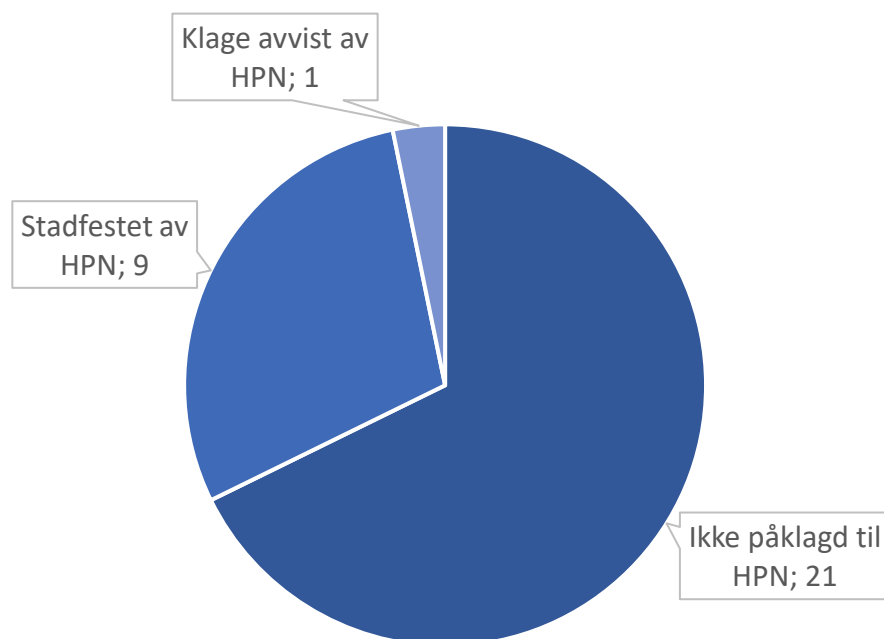


Figur 24: Omfang av påklagde tilbakekallsvedtak pga. seksuelle relasjoner og avgjørelsene til Helsepersonellnemda (HPN).

Statens helsetilsyn traff 31 vedtak om tilbakekall i saker som gjaldt øvrig rollesammenblanding. Av disse ble ti påklagd, hvorav nemnda i ni saker opprettholdt Statens helsetilsyns tilbakekallsvedtak. Én sak ble avvist av nemnda.

Samlet sett gir dette en stadfestingsprosent på 95 %.

Endelig utfall av vedtak om tap av autorisasjon i tilsynssaker som gjaldt øvrig rollesammenblanding



Figur 25: Omfang av påklagde tilbakekallsvedtak for øvrig rollesammenblanding og avgjørelsene til Helsepersonellnemnda (HPN).

Nemnda står fritt til å prøve alle sider av førsteinstansens vedtak etter reglene om forvaltningsorganers kompetanse fvl. § 34. Nemndas vedtak kan bringes inn til domstolen som kan prøve alle sider av saken jf. hpl. § 71. Dersom klageorganet opprettholder Statens helsetilsyns vedtak er avgjørelsen endelig, men kan bringes inn for domstolene i henhold til helsepersonelloven § 71.

Gjennomgangen av de 50 tilbakekallsvedtakene blant leger og psykologer viste at 30 helsepersonell påklagde tilbakekallsvedtaket. Nemnda stadfestet Statens helsetilsyns vedtak i 28 saker og to ble omgjort til en advarsel.

Utvalgets inntrykk etter gjennomgang av enkeltsaker er at klagemyndigheten stort sett opprettholder vedtak fra Statens helsetilsyn. Det kan dermed oppstå spørsmål om prøvningsadgangen er reell.

Dersom vedtak endres bør disse benyttes av Statens helsetilsyn og statsforvalteren, for refleksjoner og for å ivareta lik praksis når det gjelder hvilke saker som oversendes Statens helsetilsyn og hvordan disse skal vurderes.

8 Poli og påtalemyndighet, praksis

8.1 Straff som en reaksjon etter overgrep

Utvalget har gjort en gjennomgang og vurdering av grenseflatene mot Justis- og beredskapsdepartementets ansvarsområde, med andre ord påtalemyndigheten og politiets arbeid med overgrepssaker. Politiets oppgaver er å «avdekke og stanse kriminell virksomhet og straffeforfølge straffbare forhold i samsvar med regler gitt i eller i medhold av lov».

Utvalget mener at samarbeidet mellom helsetilsynet og politi/påtalemyndighet om overgrepssaker må styrkes. Etterforskning av straffbare forhold skal gjøres av politi og påtalemyndighet.³⁴ Formålet med straff er dels et uttrykk for gjengjeldelse fra samfunnets side mot lovovertrederen, dels å virke allmennpreventivt i samfunnet og individualpreventivt overfor den som har begått den straffbare handlingen. I overgrepssaker kan det ha stor signaleffekt dersom saken ikke etterforskes eller følges opp.

For helsepersonell som har begått overgrep mot pasienter kan det være aktuelt med straff etter helsepersonelloven § 67 og etter straffelovens bestemmelser.³⁵ I helsepersonellovens § 67 annet ledd fremgår at offentlig påtale finner sted hvis allmenne hensyn krever det eller etter begjæring fra Statens helsetilsyn.³⁶ Dersom påtale ikke begjæres av Statens helsetilsyn kan påtalemyndigheten kunne påtale forholdet dersom "allmenne hensyn" krever det. Riksadvokaten har uttalt at "terskelen for å anvende straff ved pasientbehandling fortsatt bør være høy, men at det reageres overfor de markante avvik fra forsvarlig virksomhet".³⁷ Poli og påtalemyndighet forventes å samarbeide med helsetilsynet i disse sakene. Helsetilsynet har taushetsplikt etter forvaltningsloven § 13 flg. om forhold de blir gjort kjent med om helsepersonell i sin tilsynsrolle. Det foreligger ingen anmeldelsesplikt, men unntakene i forvaltningsloven § 13 b nr. 5 og 6 kan gi helsetilsynet rett til å anmelde et straffbart forhold. Sakene kan også starte i politiet slik at politiet innhenter råd fra helsetilsynet om etterforskning av en hendelse

³⁴ Prop. 150 L (2016-2017)– Lov om statlig tilsyn i helse- og omsorgstjenesten mv. (helsetilsynsloven) s 26

³⁵ Veileder for behandlingen av tilsynssaker i Statens helsetilsyn: Veileder i behandling av tilsynssaker del 11, internserien 1/2010, se veileder i behandling av hendelsesbaserte tilsynssaker del 1, internserien 2/2009. Ny revidert utgave utgitt høsten 2021

Se Riksadvokatens rundskriv 3/2017 «Lov om helsepersonell – påtalemessige direktiver" gitt føringer for hvordan straffebestemmelsen i helsepersonelloven § 67 skal følges opp påtalemessig og hvordan påtalemyndigheten og tilsynsmyndighetene samarbeider i disse sakene. Se også Rundskriv IK/-1/2018 fra Statens helsetilsyn "Retningslinjer for behandling av saker etter hpl. § 67 – vurdering av spørsmål om etterforskning og påtale".

³⁶ Hpl. § 67, annet ledd er vedtatt opphevet ved lov av 18. juni 2021 nr. 122

³⁷ Rundskriv 3/2017 "Lov om helsepersonell – påtalemessige direktiver"

bør etterforskes eller ikke eller at politiet selv blir kjent med saken på bakgrunn av pasientklage, bekymringsmelding, medieoppslag mm.

Helsepersonell som har begått overgrep mot pasienter kan straffes for sine handlinger. Det må skilles mellom straffebestemmelsen i helsepersonelloven § 67 som kan komme til anvendelse ved forsettlig eller grovt uaktsomme brudd på helsepersonellovens bestemmelser og straffebestemmelsene i straffeloven som gjelder ved overgrep. Det er straffbart om helsepersonell skaffer seg seksuell omgang ved å misbruke sin rolle og overmakt, jf. straffeloven § 295. Det innebærer at den seksuelle omgangen er oppnådd uten at det reelt sett har vært frivillig. Bestemmelsen gjør det straffbart å skaffe seg eller andre seksuell omgang, eller få noen til å utføre handlinger som svarer til seksuell omgang med seg selv eller andre, ved å misbruke et overmaktsforhold. Bokstav a til c oppstiller alternative misbruks- og utnyttelsessituasjoner. Det alternativet som er mest aktuelt for utvalgets arbeid er bokstav a - ved "misbruk av stilling, avhengighetsforhold eller tillitsforhold". Straffeloven § 295 er en videreføring- og utvidelse av straffeloven 1902 § 193 første ledd. Det må være årsakssammenheng mellom overmaktsforholdet og den seksuelle omgangen. Helsepersonell kan også straffes for voldtekt, jf. straffeloven § 291.

Helsepersonell kan straffes for seksuelle handlinger med noen som ikke har samtykket i det, jf. straffeloven § 297 og for seksuelt krenkende eller uanstendig atferd, jf. straffeloven § 298. Det fremgår av sistnevnte bestemmelse at det både gjelder "den som i ord eller handling utviser seksuelt krenkende eller annen uanstendig atferd" på "offentlig sted" (bokstav a) eller "i nærvær av eller overfor noen som ikke har samtykket i det" (bokstav b).

Straff og administrative reaksjoner fra Statens helsetilsyn har ulike formål og rammes derfor ikke av dobbeltstraffforbudet i EMK protokoll 7 artikkel 4 nr. 1. Se for øvrig Rt. 2004 s. 1343 og Befring og Ohnstad (2019) kap. 11.

8.2 Flere overgrepssaker må anmeldes av helsetilsynet

Utvalget har funnet flere alvorlige saker med klart brudd på straffeloven som *ikke* har blitt politianmeldt.

Flere av de 50 tilbakekallsvedtakene utvalget har sett på representerer noen av de mest alvorlige sakene helsetilsynet behandler. Helsetilsynets kontakt med politi- og påtalemyndighetene er i liten grad omtalt i vedtakene. Dette gjelder for eksempel om helsetilsynet har anmeldt eller begjært tiltale i saken.

I saksprosessen er det nevnt i noen saker at politi/påtale er involvert. Av saksbehandlingssystemet NESTOR kan det utledes at det er begjært påtale i åtte saker. I to saker i kategorien seksuelle relasjoner er forholdet politianmeldt. Disse tallene omfatter saker hvor andre helsepersonellgrupper har vært involvert og gjelder ikke bare tilbakekallsvedtak for leger og psykologer som utvalgets gjennomgang har begrenset seg til. Utvalget bemerket at dette er svært få saker i løpet av tidsperioden.

Selv om det ikke er en uttrykkelig anmeldelsesplikt for statsforvalterne og Statens helsetilsyn, kan det utledes av tilsynsansvaret – og slikt det er forstått siden 1984 – at helsetilsynet skal politianmelde straffbare forhold. Dette er begrunnelsen for ordningen i helsepersonelloven § 67.

Det er liten tvil om at Statens helsetilsyn skal begjære påtale mot helsepersonell i overgrepssaker. Endringene av straffeloven på bakgrunn av Seksuallovutvalgets utredning skulle styrke barn og kvinners vern mot seksuelle overgrep. Bestemmelsen som rammer misbruk av stilling, avhengighetsforhold eller tillitsforhold ble tydeliggjort, og flere overgrep ble klassifisert som voldtekt med en høyere strafferamme enn tidligere. Seksuell omgang med noen som er bevisstløs eller av andre grunner er ute av stand til å motsette seg handlingen, straffes også som voldtekt. Lovgiver signaliserte med dette at reaksjonene mot seksuallovbrudd skal ha økt fokus og reaksjonene skal være strengere.

Utvalget vil peke på to hovedutfordringer ved helsetilsynets praksis når det gjelder saker som meldes til politi og påtalemyndigheten. For det første oppstår det ulik anmeldelsespraksis når statsforvalterne skal politianmelde. Utvalget ser ingen grunn til at ikke de alvorlige sakene som gjelder helsepersonell uten autorisasjon oversendes til Statens helsetilsyn, i likhet med de alvorlige sakene som gjelder helsepersonell med autorisasjon.

For det andre at helsetilsynet anmelder for få saker. Denne utfordringen synliggjøres i Statens helsetilsyns interne utredning (gjennomgangen av 147 saker) når helsetilsynet benytter politianmeldelse sjeldent selv om det mistenkes brudd på straffeloven. I over 40 % av sakene er det informasjon om at overgrep anmeldes av andre enn helsetilsynet, i all hovedsak av pasienter og pårørende. Utvalget mener at helsetilsynet må innta en langt mer aktiv rolle med å politianmelde overgrep. Det gir en nødvendig tyngde til saken at helsetilsynet anmelder denne.

Utvalget viser for øvrig til Statens helsetilsyns interne gjennomgang pkt. 6.3.5 hvor det foreslås flere anbefalinger for å øke bevisstheten på å vurdere sakene med tanke på anmeldelser. Det foreslås blant annet å innføre en policy i spørsmålet om anmeldelse i saker som gjelder grenseoverskridende atferd. Disse anbefalingene støttes av utvalget.

Det bør etter utvalgets vurdering nedlegges påstand om rettighetstap dersom helsepersonell uten autorisasjon har begått overgrep mot pasienter. Rettighetstap brukes når retten kommer til at den straffbare handlingen viser at vedkommende er uskikket til, eller kan misbruke en stilling.

8.3 Idømmelse av rettighetstap og dom på autorisasjonstap

Utvalget vil vise til de særskilte utfordringene som oppstår når helsepersonell uten autorisasjon gir helsehjelp til fare for pasientsikkerheten. Dette kan være helsepersonell som aldri har hatt autorisasjon og helsepersonell som er fratatt autorisasjonen. Utvalget vil fremheve at det er avgjørende at mistanke om straffbare overgrep bringes inn for påtalemyndigheten som bringer den videre til domstolene med sikte på å ilegge rettighetstap. Bestemmelsen om rettighetstap som inntil 2015 sto i straffeloven § 29 – og som i den nye straffeloven står i §§ 56 flg. er særlig aktuelt for å stanse helsepersonell uten autorisasjon og andre som begår overgrep. I medhold av straffeloven §56 første ledd kan domfelte "fratas stillingen" (bokstav a) eller "fratas retten til for fremtiden å ha en stilling eller utøve virksomhet eller aktivitet" (bokstav b) når den straffbare handlingen viser at vedkommende er uskikket til å ha stillingen eller kan misbruke den. Allmenne hensyn må også tilsi at rettighetstap er nødvendig. Rettighetstapet trer i kraft ved endelig dom eller forelegg. Tap av retten til i fremtiden å inneha en bestemt stilling ilegges "for en bestemt tid inntil 5 år". Når særlige grunner tilsier det kan rettighetstap være på ubestemt tid, jfr. strl. § 58. Rettighetstap kan også være aktuelt å idømme overfor personer med autorisasjon.

Dersom et tilbakekallsvedtak fra Helsepersonellnemnda bringes inn for domstolene, må domstolene ta stilling til saken konkret – altså ikke bare om forvaltningsvedtaket var gyldig. Dommene har betydning for pasientsikkerheten og rettsikkerheten og må føre til etterarbeid i helsetilsynet. Selv om det er en annen bevisvurdering i straffesakene enn ved en administrativ behandling, vil vurderingene likevel være retningsgivende for helsetilsynets vurderinger, for eksempel HR-2017-2327-A og dom fra Borgarting lagmannsrett i LB-2021-2224. Det er få rettsavgjørelser, noe som gjør det vanskelig å vurdere om Statens helsetilsyns praksis er samstemt med rettspraksis. Skyldkrav og bevis er forskjellige i tilsynsvedtak og straffedommer. Påtalemyndigheten må bevise «utover enhver rimelig tvil» at det har skjedd en straffbar handling, mens det gjelder en sannsynlighetsovervekt i tilsynssakene. Helsepersonellet kan dermed bli frifunnet i straffesaken, selv om de mister autorisasjonen som følge av overgrep.

8.4 Informasjon fra påtalemyndighet til helsetilsyn

Utvalget mener at samarbeidet og informasjonsutvekslingen i saker med mistanke om overgrep må styrkes. Politi og påtalemyndighet kan utlevere opplysninger til helsetilsynet når det er i

mottakerorganets interesse jf. lov om behandling av opplysninger i politiet og påtalemyndigheten (politiregisterloven) § 30 jf. politiregisterforskriften § 9-6. Etter forskriftens § 9-6 nr. 5 kan det utleveres opplysninger til tilsynsorganer "for å fremme deres oppgaver etter lov og forskrifter gitt i medhold av lov". Etter politiregisterforskriften § 10-7 plikter politiet straks å underrette offentlig myndighet når en person som driver virksomhet med offentlig tillatelse blir siktet for et lovbrudd som kan ha betydning for tillatelsen. I alvorlige tilfeller skal underretning skje når etterforskning iverksettes. Videre skal det etter forskriftens § 10-8 underrettes om rettighetstap etter strl. § 56 når det foreligger endelig dom på tap av rettighet.

8.5 Politiattest som forhåndskontroll

Utvalget mener at det er nødvendig at det stilles krav om politiattest i flere tilfeller enn i dag. Et krav om politiattest kan innebære at arbeidsgivere får informasjon om straffbare overgrep av helsepersonell. I dag kan et slikt krav stilles dersom helsepersonell skal gi helsehjelp til barn og/eller til personer med utviklingshemming. jf. helsepersonelloven § 20 a. Pålegget gjelder alt helsepersonell.

Fremleggelsen av politiattest skal skje ved tilbud om stilling, ved inngåelse av avtale om levering av helsetjenester til det offentlige og ved åpning, overtagelse og inntreden i privat virksomhet. Når det gjelder kommunale helse- og omsorgstjenester stilles det krav til fremleggelse av politiattest for den som skal yte tjenester etter loven jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 5-4. Bestemmelsen er ikke begrenset til tjenesteyting for bestemte pasientgrupper og gjelder for alle kommunale tjenester etter loven.

Utvalget vil vise til at et stort antall av overgrepssakene skjer innenfor behandling for rus- og psykiatri og overfor pasienter som tidligere har opplevd krenkelser og har problemer med å vokte egne grenser. I dag kreves det ikke fremleggelse av politiattest for å arbeide innenfor rus- og psykiatri for voksne innenfor spesialisthelsetjenesten.

DEL III: Vurderinger og forslag om tiltak, samt lovendringer

9 Vurderinger av praksis i saker om grensekrenkelser

9.1 De viktigste funnene ved vurderinger av praksisen i saker om grensekrenkelser

Utvalget mener det foreligger flere utfordringer i hvordan saker om grensekrenkelser kommer til helsetilsynet og blir fulgt opp i helsetilsynet, nemnda samt i politi/påtalemyndighet.

1. Utvalget har grunn til å tro at mange saker om grensekrenkelser ikke blir meldt eller behandlet av helsetilsynet og politi/påtalemyndighet. De fleste saker meldes inn til helsetilsynet av pasienter, men det er færre når det gjelder grensekrenkelser enn andre tilsynssaker. Helsevirksomheter/arbeidsgivere bringer ikke systematisk inn saker til helsetilsynet og er for lite involvert. Dersom en sak avsluttes på en arbeidsplass, kan en overgriper fortsette sin aktivitet i andre helsevirksomheter.
2. Når saker kommer inn til statsforvalteren varierer det i hvilken grad saken oversendes til Statens helsetilsyn eller politianmeldes. Statsforvalteren har ikke oversikt over hverandres saker, slik at overgripere kan flytte mellom arbeidsgivere og fylker uten at informasjon om en aktuell tilsynssak blir kjent.
3. Overgrepssaker som gjelder helsepersonell uten autorisasjon stanses hos statsforvaltere som følge av en intern instruks vedtatt av Statens helsetilsyn. Utvalget mener at alvorlige saker bør oversendes til Statens helsetilsyn og til politi/påtalemyndighet dersom det er mistanke om straffbare forhold.
4. Suspensjon benyttes i liten grad selv hvor det kan være fare for pasientsikkerheten. I helsetilsynets saksbehandling skilles det ikke tilstrekkelig mellom sakenes alvorlighetsgrad, slik det er omtalt i rapporten kapittel 6. Helsevirksomhetene involveres i liten grad, selv om svikt kan skyldes at helsepersonell ikke er fulgt opp på tilstrekkelig måte.
5. Flere av de som har fått tilbakekalt sin autorisasjon søker allerede etter kort tid om å få den tilbake og i en del tilfeller blir søknaden innvilget.
6. Straffbare forhold meldes i liten grad til politiet.

7. Statens helsepersonellnemnd kan benyttes av helsepersonell som klageinstans på vedtak om reaksjoner. Nemnda opprettholder i all hovedsak Statens helsetilsyns vedtak.

Utvalget mener at det er grunn til å tro at det er langt flere tilfeller av grensekrenkelses enn de som har kommet inn til helsetilsynet og til påtalemyndigheten blant annet er erfaringen fra Varhaugsaken et eksempel på dette. Pasienter er en viktig kilde til at saker om grensekrenkelses avdekkes, men færre pasienter varsler statsforvalter om disse krenkelsene enn saker som gjelder andre forhold. Utvalget mener at terskelen for at pasienter kan ta kontakt med helsetilsynet bør senkes og at arbeidsgivere bør pålegges en meldeplikt.

Det er et begrenset antall av sakene som er meldt inn fra arbeidsgivere. Dette kan tyde på at arbeidsgivere søker å løse utfordringene på det enkelte arbeidssted. Utvalget har ved saksgjennomgangen registrert at det er ulik praksis i helsevirksomhetene når det gjelder å varsle helsetilsynet og i oppfølgingen av overgripere. Helsepersonellens arbeidsgiver blir i ulik grad trukket inn i saken. Inntrykket er også at helsetilsynet i liten grad har reagert overfor helsevirksomhetens ledelse og arbeidsgivere, utover å be om oppfølging. I saker med grensekrenkelses i helsevirksomheter bør helsetilsynet også vurdere konkret om helsevirksomheten har overholdt sine plikter, ev. om det er grunnlag for å reagere overfor dette nivået. Det er tilsynelatende uproporsjonalt at det dels overlates til arbeidsgivere å ta ansvar for saker og dels at helsetilsynet er tilbakeholdende med å reagere overfor helsevirksomhetene. Helsetilsynet har i liten grad oppmerksomheten rettet mot hva helsevirksomheten bør gjøre.

Utvalget mener at reaksjoner kun fra arbeidsgiver ofte vil være utilstrekkelig i og med at helsepersonellet kan ta arbeid i nye helsevirksomheter. Etter utvalgets oppfatning er arbeidsgivers rolle i disse sakene tillagt for liten vekt. Dette gjelder særlig arbeidsgivers informasjon til helsetilsynet om helsepersonell som kan være til fare for pasientsikkerheten. Utvalget mener derfor det er viktig å vurdere helsevirksomhetenes rolle i disse sakene. Det foreligger ingen sikringsmekanismer som kan gjøre ny arbeidsgiver kjent med en eventuell tilsynssak og den nærmere bakgrunnen for denne, og det er utvalgets oppfatning at det etter dagens praksis vil være en stor risiko for at ny arbeidsgiver ikke er kjent med denne. Konsekvensen kan dermed bli at pasienter ikke blir godt nok beskyttet mot mulige nye overgrep.

Statsforvaltere får ikke tilgang til opplysninger om det er opprettet saker på helsepersonellet hos andre statsforvaltere noe som kan få uheldige konsekvenser dersom helsepersonellet bytter arbeidssted og fylke.

Utvalget vil understreke at det ved mistanke om at helsepersonell utsetter pasienter for overgrep kan være nødvendig at helsetilsynet reagerer umiddelbart for å motvirke nye overgrep. Dette innebærer at Statens helsetilsyn må etablere en saksbehandlingsrutine for umiddelbar oversendelse av disse sakene for vurdering av om det skal treffes vedtak om suspensjon.

Overfor helsepersonell uten autorisasjon har Statens helsetilsyn mer begrensede virkemidler.

Utvalget har fått dokumentert at det er etablert en praksis der disse sakene ikke blir oversendt til Statens helsetilsyn. For å stanse mulige overgrep må helsetilsynet oftere i disse sakene samarbeide med påtalemyndigheten slik at rettighetstap etter straffeloven kan vurderes. Når arbeidsforholdet for uautorisert helsepersonell opphører som følge av en grensekrenkelse medfører dette at så vel arbeidsgiver som helsetilsynet har begrensede muligheter for en oppfølging og kontroll av helsepersonellet. Utvalget foreslår at det bør være adgang til å gi pålegg om forbud mot å gi helsehjelp til uautoriserte og autoriserte som har mistet sin autorisasjon se forslag til tillegg til helsetilsynsloven § 8 i rapportens pkt 11.5.4.

9.2 Behovet for flere reaksjonsformer og riktig bruk av reaksjoner

Gjennomgangen viser etter utvalgets vurdering at dagens reaksjonsformer må benyttes mer målrettet, blant annet suspensjon og politianmeldelse, og at det er behov for flere reaksjonsformer. Utvalget mener også at tilbakekall har blitt benyttet der vilkårene ikke er oppfylt. Tallmaterialet fra Statens helsetilsyn viser at de fleste sakene som omhandler seksuelle relasjoner har ført til tilbakekall av autorisasjonen.³⁸ Dette fremgår også av Statens helsetilsyns internrapport. Statens helsetilsyns praksis i disse sakene samsvarer i stor grad med nemndsavgjørelsene,³⁹ også i saker der utvalget mener at vilkårene for tilbakekall ikke var oppfylt. Det vil som hovedregel være brudd på helsepersonelloven § 4 om forsvarlig yrkesutøvelse når det inngås en seksuell relasjon med en pasient, både mens behandlingsrelasjonen pågår og etter endt behandling. Men helsepersonellet er ikke nødvendigvis av den grunn «uegnet til å utøve sitt yrke forsvarlig» eller at handlingen nødvendigvis «anses uforenlig med yrkesutførelsen». Når helsepersonell blir fratatt autorisasjonen som følge av alvorlige pliktbrudd er hovedformålet med autorisasjonstapet å hindre at helsepersonellet fortsatt praktiserer for å ivareta pasienters sikkerhet se Ot. prp. nr. 13 (1998-99) s. 170. Det stor variasjon i hvor alvorlig sakene er sett i forhold til gjentagelsfare og pasienters sikkerhet. Andre omstendigheter i saken vil også påvirke hvor alvorlig folk i alminnelighet vil se på saken og hvordan befolkningens tillit til helse- og omsorgstjenesten generelt og til helsepersonellet spesielt vil være påvirket som følge av hendelsen.

³⁸ Av 180 vedtak endte 116 med tilbakekall av autorisasjon

³⁹ Statens helsetilsyns internrapport pkt. 7.2.

For å få fram graden av alvorlighet i sakene har utvalget som tidligere nevnt valgt å omtale sakene som rollesammenblanding, grenseoverskridelser og overgrep, se blant annet kapittel 6.10.1.

Grensekrenkelser er benyttet som et samlebegrep, overgrep er brukt om de mest alvorlige sakene, mens rollesammenblanding er brukt i saker som er betraktet som minst alvorlig. Den store variasjonen i hvor alvorlig sakene er gjenspeiles ikke alltid ved at reaksjonene fra Statens helsetilsyn er tilsvarende differensiert. Etter utvalgets vurdering kan det synes som om noen av vedtakene er noe for unyanserte. Det er tre aktuelle og alternative tapsgrunner i saker om grensekrenkelser nemlig «vesentlig mangel på faglig innsikt», «uforsvarlig virksomhet» og «atferd som er uforenlig med yrkesutførelsen», jf. helsepersonelloven § 57. Førstnevnte tapsgrunn ble endret fra «grov mangel på faglig innsikt» til «vesentlig mangel på faglig innsikt» i 2019. Bakgrunnen for endringen var at man ønsket å senke terskelen for tilbakekall i saker hvor helsepersonell sviktet faglig sett.⁴⁰ Det fremgår i lovforarbeidene at Statens helsetilsyns praksis hadde lav toleranse for rusmiddelmissbruk, nulltoleranse for seksuelt misbruk av pasienter og at toleransen for faglig forsvarlighet var høy, og at man med lovendringen ønsket å få ned terskelen for autorisasjonstap eller begrensning av autorisasjon ved forsømmelser av faglig karakter.

Stortinget skal i løpet av kort tid ta stilling til en ny form for reaksjon, nemlig faglig pålegg, hvor det i helsepersonellovens § 56 første ledd framgår at: «Tilsynsmyndigheten kan gi pålegg til helsepersonell om å gjennomføre tiltak for å heve sin kompetanse». Denne bestemmelsen erstatter dagens ordning med advarsel. Det fremgår at faglig pålegg er tenkt brukt på enkelte av tilsynssakene som i dag avgjøres med advarsel og at det i de øvrige sakene i stedet kan bli gitt en begrenset autorisasjon.

Utvalgets er av den oppfatning at både faglig pålegg og en begrenset autorisasjon i noen tilfeller vil være en hensiktsmessig reaksjon i saker om grensekrenkelser. Det fremgår ikke tydelig i lovforarbeidene at faglig pålegg kan gis utover de «rene» faglige svikt sakene. Utvalget er av den oppfatning at faglig pålegg kan gis i enkelte av de mindre alvorlige sakene hvor det foreligger manglende rolleforståelse. I tillegg vil det i saker om grensekrenkelser også kunne være behov for å pålegge helsepersonell å gå i behandling og/eller veiledning. Reaksjonen gjelder både helsepersonell med og uten autorisasjon. Det forutsettes at denne reaksjonsformen ikke benyttes i de mer alvorlige sakene hvor tilliten til helsepersonellet er betydelig svekket noe som også fremgår av lovens forarbeider.

⁴⁰ Pop. 150L (2016-2017)

Lovforslaget innebærer at både statsforvalterne og Statens helsetilsyn får kompetanse til å ilegge faglig pålegg. Det inntrykk utvalget har etter å ha gjennomgått saker med lovbrudd som ble endelig avsluttet hos statsforvalterne⁴¹, er at oversendelsespraksis og vurderinger er noe forskjellige. Når den nye reaksjonsformen innføres antar utvalget at det vil oppstå utfordringer med hensyn til å oppnå en likebehandling.

Utvalget foreslår i kapittel 11.1 at Statens helsetilsyn skal kunne tilbakekalle autorisasjonen med varig virkning, og at det etableres en ny reaksjon overfor helsepersonell uten autorisasjon se kapittel 11.2.

Som tidligere nevnt har utvalgets gjennomgang av saker som endte med tilbakekall av autorisasjon vist at det er stor variasjon i hvor alvorlig disse sakene har vært. Det er stor avstand fra en grensekrenkelse der gjentakelsesfaren vurderes som liten eller fraværende til regelrette overgrep der risiko for gjentakelse vurderes til å være høy, og denne variasjonen i sakenes alvor gjenspeiles ikke alltid i reaksjonene fra Statens helsetilsyn. Blant annet av denne grunn foreslår utvalget at det innføres en lovbestemmelse om varig tilbakekall i de alvorligste sakene og at det i flere tilfeller enn hva som hittil har vært gitt gis en begrenset autorisasjon eller faglig pålegg i form av kompetansehevning i stedet for et autorisasjonstap.

Som eksempel vises til sak 2 som ovenfor beskrevet i kapittel 6.10.2, som dreide seg om en lege som flere ganger har brukt legekontoret som arena for regelrette grove overgrep. Utvalget mener at varig tilbakekall av autorisasjon burde vært mulig og anvende i denne saken. Saken illustrerer også viktigheten av å sikre at informasjon om leger som overgrepsmenn tilflyter aktuelle instanser.

Videre vises til sak 3 i kapittel 6.10.2 hvor en lege gjentatte ganger hadde søkt om å få autorisasjonen tilbake. Statens helsetilsyn begrunnet hver gang sine avslag med variasjoner over samme tema: nemlig at legen ikke i tilstrekkelig grad hadde bearbeidet og forstått det han hadde gjort og heller ikke ervervet tilstrekkelig innsikt eller sannsynliggjort at han ikke ville kunne utøve atferd som var uforenlig med framtidig yrkesutøvelse.

Etter utvalgets mening er dette en alvorlig sak med pliktbrudd på flere felt og der det initialt ville vært aktuelt å bruke varig tilbakekall av autorisasjon hvis denne sanksjonsformen da hadde vært mulig.

⁴¹ Utvalget har gjennomgått 25 saker med lovbrudd som endelig ble avsluttet hos statsforvalter

9.3 Behovet for å utvide dagens meldeplikt

Utvalget mener at det er nødvendig at helsevirksomheter melder fra til helsetilsynet dersom helsepersonell er til fare for pasienters sikkerhet som følge av risiko for overgrep. Arbeidsgiver skal ha oversikt over helsepersonellens yrkesutøvelse. I flere av sakene utvalget har gjennomgått har arbeidsgivere i liten grad involvert seg i saker om overgrep. Saksgjennomgangen viser at det er tilfeller hvor arbeidsgivere ikke har meldt fra om overgrep til helsetilsynet, og også har inntatt en passiv rolle når det avdekkes overgrep. Utvalget har inntrykk av at for få saker meldes fra arbeidsgivere i helsevirksomheten til helsetilsynet.

Samtlige av de uautoriserte som var involvert i grensekrenkelsessaker hadde en arbeidsgiver, og gjennomgangen viste også at dette ansettelsesforholdet i de fleste sakene opphørte som følge hendelsen.⁴² Som tidligere nevnt vil derfor verken arbeidsgiver eller helsetilsynet etter dagens regelverk være i en posisjon hvor muligheten for å følge opp helsepersonellet videre. Som også tidligere nevnt foreligger det i dag ingen rutiner som enkelt tilsier at en mulig ny arbeidsgiver vil bli kjent med tilsynssaken og bakgrunnen for denne.

Risiko for nye hendelser vil kunne vedvare. Den risikoen for pasienter dette innebærer gjelder spesielt, men ikke utelukkende, særlig for saker som angår uautorisert helsepersonell.

Utvalget mener at varslingsplikten for helsevirksomheter og arbeidsgivere til helsetilsynet bør utvides til å gjelde alle alvorlige saker hvor pasientsikkerheten er i fare, og at grunnlaget for varsling inntreffer når et helsepersonell har en atferd som gjør vedkommende uskikket. Det vil være risikoen for at pasientsikkerheten er i fare som vil være avgjørende for at varslingsplikten inntreffer, med andre ord så kreves det ikke at det har vært en svikt ved helsehjelpen som har medført alvorlig skade på pasient. At enkelte av de som mistenkes for grensekrenkelser «flytter på seg» mellom arbeidssteder vil kunne gjøre det vanskelig for arbeidsgivere å avdekke mulige overgrep.

Viktigheten om et raskt varsel om forhold som har betydning for pasientsikkerheten er særlig viktig i slike tilfeller og utvalget har av den grunn forslag til ny varslingsplikt inntatt i helsetilsynslovens § 6 annet ledd se kapittel 11.5.1.

Helsepersonell er allerede i dag pålagt å varsle statsforvaltere om situasjoner som kan være til fare for pasienters sikkerhet, jf. helsepersonelloven § 17, «om forhold som kan medføre fare for pasienters eller brukeres sikkerhet». Helsevirksomheters varslingsplikt er mer begrenset, den rettes til Statens helsetilsyn og kommer til anvendelse først ved dødsfall eller svært alvorlig skade på pasient- eller bruker som følge av tjenesteytelsen» i spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a og tilsvarende i helse- og

⁴² Alle sakene gir ikke opplysninger om dette, det er i disse sakene usikkert om arbeidsforholdet ble avsluttet

omsorgsloven § 12-3a. For at varslingsplikten skal inntre må utfallet være uventet ut fra påregnelig risiko.

Til sammenligning foretar enkelte utdanningsinstitusjoner skikkethetsvurderinger av studentene gjennom studiet jf. lov om universiteter og høyskoler (universitets- og høyskoleloven) § 4-10. Student som er vurdert til å være uskikket kan utestenges fra studiet. Etter forskrift om skikkethetsvurdering i høyere utdanning skal det foretas skikkethetsvurderinger ved flere utdanninger innen helsefagene.

9.4 Styrket tilgang til informasjon om at helsepersonell har begått grensekrenkelser

Tilgang til opplysninger om helsepersonell som har utsatt pasienter for grensekrenkelser er begrenset. Allmennheten har tilgang til hvilket helsepersonell har autorisasjon, lisens eller rekvireringsrett gjennom Helsepersonellregisteret (HPR).⁴³ For allmennheten er dette registeret lite tilgjengelig da et søk forutsetter kjennskap til helsepersonellets fødselsdato og etternavn eller helsepersonellets HPR-nummer. Utvalget foreslår i kapittel 11.4.2 et utvidet saksbehandlingsregister for helsetilsynet og et nasjonalt register som kan benyttes av allmennheten.

Det knyttes et par kommentarer til det nasjonale registeret:

Dersom helsepersonell får ny autorisasjon etter et tilbakekall, vil det fremgå at helsepersonellet har autorisasjon fra tidspunktet for ny autorisasjon. Det vil ikke fremgå av registeret at vedkommende tidligere har fått tilbakekalt sin autorisasjon. Selv om vedtak om reaksjoner ikke er unntatt offentlighet etter offentleglova, er helsepersonellets «personlige forhold» taushetsbelagt og unntatt fra innsynsrett, for eksempel opplysninger om rusmiddelmissbruk, psykiske lidelser eller personlig overgrepshistorikk. Statens helsetilsyn legger til grunn at seksuelle handlinger overfor en pasient alltid vil vurderes å være uforsvarlig virksomhet, slik at opplysninger om at et helsepersonellet har begått denne typen grensekrenkelser i prinsippet skal utleveres. Det er uklart om grensekrenkelsen kan anses som «personlige opplysninger» om helsepersonellet og om opplysningene således dermed må unntas fra offentlighet slik at navnet på helsepersonellet og saksforholdet ikke kan utleveres. Det bør klargjøres hvor grensen skal trekkes.⁴⁴

Når det gjelder å kunne opplyse om at et tilbakekallsvedtak er begrunnet i grensekrenkelser overfor pasienter, er det opplyst at Statens helsetilsyn vurderer at dette ikke er en taushetsbelagt opplysning,

⁴³ Helsepersonellregisteret - HPR (helsedirektoratet.no)

⁴⁴ Helse- og omsorgsdepartementet er klageorgan for Statens helsetilsyns vedtak etter offentleglova.

men at opplysningen ikke utleveres når dette kan medføre at pasienter blir identifisert. Det er opplyst at det som oftest gis avslag på innsyn i disse sakene. Statens helsetilsyn legger ut enkelte vedtak om administrative reaksjoner på sin hjemmeside.⁴⁵ Helsepersonellens navn er da utelatt. Saker om grensekrenkelser blir ikke tilgjengeliggjort.⁴⁶ Hvor et helsepersonell har fått en dom vedrørende overgrep mot pasienter vil allmennheten som et utgangspunkt kunne få innsyn i denne.

Autorisasjonsregisteret i Danmark er til sammenlikning, offentlig. Det inneholder opplysninger om autorisasjonsstatus for helsepersonell og er søkbart på navn. Det vil stå at autorisasjonen er ugyldig dersom den er tilbakekalt men uten begrunnelse. Dersom et helsepersonell har fått en begrensning i sin autorisasjon, vil også dette fremgå av registeret med tillegg om hva begrensningen består i. Hvorfor helsepersonellet er ilagt en begrenset autorisasjon vil ikke fremgå. Opplysningene endres ved endret autorisasjonsstatus.

9.5 Helsetilsynets varslingsplikter til arbeidsgivere og andre land

Statens helsetilsyn skal varsle helsepersonellens arbeidsgiver ved ileggelse av en administrativ reaksjon, jf. helsepersonelloven § 66. Formålet med bestemmelsen er å gjøre arbeidsgiver kjent med forhold slik at arbeidsgiveransvaret ivaretas samt sikre at helsehjelpen som ytes er forsvarlig. For næringsdrivende helsepersonell med offentlig finansiering (driftsavtale og fastlegeavtale) skal avtaleparten varsles, det vil si det regionale helseforetaket eller kommunen.

Statens helsetilsyn har en varslingsplikt overfor "de landene Norge er folkerettslig forpliktet til å informere" ved ileggelse av administrative reaksjoner, jf. helsepersonelloven § 66.⁴⁷ I Norden er det innført samarbeid med gjensidig utveksling av informasjon. Overenskomst om felles nordisk arbeidsmarked for visse yrkesgrupper innen helsevesenet og for veterinærer (Arjeplogavtalen) har bestemmelser om utveksling av tilsynsopplysninger om helsepersonell. Når det gjelder samarbeidet i EØS har Statens helsetilsyn etter forskrift 8. oktober 2008 nr. 1130 om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land eller fra Sveits § 28 plikt til å varsle om tilsynsreaksjoner til autorisasjonsmyndighetene i andre land (ansvarlige myndigheter etter EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv). Varsling skal skje gjennom Internal Market Information System (IMI), som er EUs database for informasjonsutveksling mellom EØS-statene.

⁴⁵ Sakene vaskes for taushetsbelagte opplysninger og andre opplysninger som skal unntas fra offentligheten

⁴⁶ Dette er uttalt i møte med utvalget.

⁴⁷ Bestemmelsen ble endret ved lov 7 mai 2021 (ikr 1 juli 2021) hvor varslingsplikten ble utvidet til også å gjelde ved ileggelse av advarsel.

Utvæksling av informasjon om forhold som har betydning for pasientsikkerheten mellom land er avgjørende for å hindre at helsepersonellet tar seg arbeid og forsetter sin praksis i andre land.

Under saksbehandlingen av en tilsynssak vil ofte helsepersonellens arbeidsgiver være kjent med og også involvert i saken.

Hvor arbeidsgiver sier opp helsepersonell som representerer en alvorlig risiko for pasienter uten samtidig å varsle helsetilsynet kan dette lett føre til at helsepersonellet fortsetter sitt arbeid som helsepersonell uten at ny arbeidsgiver blir kjent med forholdet.

Utvæksling av informasjon om forhold som har betydning for pasientsikkerheten mellom land er avgjørende for å hindre at helsepersonellet tar seg arbeid og forsetter sin praksis i andre land.

10 Forslag til tiltak innenfor gjeldende lover

10.1 Pasientens rolle bør styrkes. Unntaksvis bør det åpnes for at andre pasienter kontaktes

10.1.1 Informasjon til pasienten og tilbud om kontakt

Pasient eller en representant for pasienten var kilde i 61 % av statsforvalterne totale antall tilsynssaker mens de kun var kilde i 28 % i saker som angikk grensekrenkelser. Det at pasienten ikke oftere melder fra om grensekrenkelser begått av helsepersonell kan ha flere forklaringer. En forklaring kan være at pasienten enten ikke har forstått at vedkommende har blitt utsatt for grensekrenkelser og/eller at dette kan ha blitt opplevd skambelagt og gitt følelse av skyld og derfor ikke er blitt meldt. For å motvirke dette anbefaler utvalget en tydeligere kommunikasjon om temaet grensekrenkelser, herunder både hva slike krenkelser omfatter, og hvor personer eventuelt kan henvende seg med spørsmål om – og klager på grensekrenkelser.

Det er mulig at enkelte lettere vil henvende seg til helsetilsynet om dette gjøres digitalt noe som dagens system synes å gi mulighet for. Pasienter og pårørende kan melde ifra om alvorlige hendelser: www.helsenorge.no.⁴⁸ Dette nettstedet benyttes i økende grad av befolkningen blant annet bestilling av koronatest, fornyelse av resept, informasjon om pasient- og brukerrettigheter, om ulike helsetjenester, og om ventetider for ulike behandlingsformer. Det bør vurderes om også henvendelser til statsforvalteren kan kanaliseres via dette nettstedet.

Helsepersonell og helsevirksomheter kan melde om alvorlige hendelser på www.melde.no I Danmark kan pasienter klage på helsepersonell digitalt, Klage over sundhedsfaglig behandling (borger.dk).

Statsforvalterne bør også tilby at pasienter over telefon kan varsle om at man har vært utsatt for grensekrenkelser. En slik ordning vil forutsette et system med telefonvakt.

Utvalget mener at pasientene bør involveres mer under saksbehandlingen og alltid tilbys et møte med statsforvalterne. Et møte vil kunne gi verdifull informasjon for bedre å belyse hva som har skjedd. I denne type saker vil det kunne være lettere for enkelte pasienter å fortelle hva man har vært utsatt for enn å formulere det skriftlig. For saksbehandlerne kan en samtale gi en annen og bedre innsikt og forståelse av saken enn kun en skriftlig henvendelse fra pasienten. Dersom det er ulik oppfatning

⁴⁸ Helsetilsynsloven § 6 annet ledd

mellom helsepersonellet og pasienten om hva som skal ha skjedd, bør alltid pasienten bli gjort kjent med helsepersonellets tilsvarende og få mulighet til å kommentere dette. Involveringen av pasienten under saksbehandlingen er spesielt av stor betydning da pasienten ikke er «part» i saken med partsrettigheter som for eksempel klageadgang på helsetilsynets avgjørelser. Pasienten kan også ha behov for veiledning mens saken pågår, for eksempel om saksprosessen, veiledning om hvor pasienten kan henvende seg ved behov for helsehjelp og veiledning/informasjon knyttet til spørsmål om anmeldelse. Straffeprosessloven og Påtaleinstruksen har bestemmelser vedrørende kontakt mellom fornærmede og politi/påtalemyndighet både under etterforskningen og domstolsbehandlingen jf. stpl. § 93 e og Påtaleinstruksens kap. 7A.

I de tilfeller helsetilsynet konkluderer med at det er begått en grensekrenkelse, bør helsetilsynet gi pasienten en bekreftelse på- og anerkjennelse av den uretten som er begått mot pasienten. Utvalget erfarer etter samtaler med offer i slike saker at en slik anerkjennelse kan være av stor verdi.

10.1.2 Kontakt med andre pasienter når overgrep er avdekket

Utvalgets gjennomgang av de mest alvorlige sakene om overgrep (bl.a. gjentatte overgrep) har gitt grunnlag for å diskutere om pasientene burde kontaktes for å avklare om flere kan ha blitt utsatt for overgrep. Det å innføre en praksis med å kontakte andre pasienter reiser en rekke faglige, etiske og juridiske problemstillinger. Hensikten med å kontakte andre pasienter, vil være å avdekke mulige overgrep, kunne bistå rammede pasienter og i neste omgang sørge for at overgreper blir stanset. Det at flere utsatte pasienter forteller om overgrep vil også kunne styrke bevisene.

Utvalget ser at det kan være urimelig og uetisk å kontakte pasienter dersom det ikke er tilstrekkelig grunn til å tro at flere kan ha blitt utsatt for overgrep. Overgrepets karakter, varighet og alvor kan gi indikasjoner på om flere pasienter kan ha blitt utsatt for overgrep fra det aktuelle helsepersonellet. Utvalget mener at sak 2 nevnt under kapittel 6.10.2 er et eksempel på at det var forelå skjellig grunn til å mistenke at også flere pasienter kunne ha vært utsatt for overgrep, tilsvarende i «Varhaughaugsaken» hvor hans spesielle teoretiske forståelse og kliniske tilnærming til pasientene gav en tydelig indikasjon på at også andre pasienter kunne ha vært utsatt for overgrep.

Å kontakte andre pasienter vil kunne kaste et mistankens lys over den aktuelle behandler – noe som vil kunne svekke pasienters tillit til denne. Dersom resultatet blir at man ikke avdekker nye overgrep, kan en hevde at det er blitt gjort urett mot behandleren og det kan hevdes at vedkommendes omdømme vil være svekket.

Også for pasienter kan det ha uheldige sider å bli kontaktet med spørsmål om overgrep. For det første vil pasienten da vite at andre dvs. helsetilsynet eller politi har fått tilgang til et journalarkiv, og

informasjon om behandlingen ikke lenger bare er mellom behandler og pasient. Pasienter kan oppleve det som integritetskrenkende at flere har blitt kjent med konfidensielle opplysninger fra behandlingen samt å bli kontaktet.

Dernest vil det kunne være uheldig for en pasient, som har opplevd å motta god helsehjelp og omsorg, å få høre om sin beholders mulige malpraksis. En god behandlingsopplevelse kan dermed stå i fare for å bli vesentlig svekket eller ødelagt.

Som et utgangspunkt er det helsetilsynet som har adgang til å innhente opplysninger om pasienter når et helsepersonell er underlagt tilsyn, som eksempelvis tilgang til en beholders pasientliste og pasientjournaler dersom det er nødvendig for utøvelsen av tilsynet jf. helsetilsynsloven § 7. Hva som er nødvendig må avgjøres konkret i hver enkelt sak. Det ligger i sakens natur at en overgriper vil holde sine mulige overgrep skjult. Tilgang til journalen vil derfor i seg selv ikke være tilstrekkelig til å avdekke eventuelle overgrep. Når et overgrep mot en pasient er avdekket bør helsetilsynet vurdere om helsepersonellets øvrige pasienter skal orienteres om dette.

Når helsepersonell er involvert i en straffesak, har ikke politi eller påtalemyndighet hjemmel til å få tilgang til helsepersonells pasientliste.

Innad i en helsevirksomhet er det ikke adgang for å andre å gjøre oppslag i pasientjournaler, heller ikke for ledere, jf. helsepersonelloven § 21 A, hvis man ikke har rettmessig adgang for å tilegne seg taushetsbelagt informasjon.

Selv om kontakt med andre pasienter kan få negative effekter, mener utvalget likevel samlet sett at det å kontakte tidligere pasienter bør kunne gjøres når det allerede er avdekket spesielt alvorlige overgrep mot en pasient. Det er trolig slik at jo mer overgrepet og behandlerens livsførsel for øvrig er preget av antisosial atferd, desto større er sannsynligheten for at behandleren kan ha begått/begår flere overgrep. I slike tilfeller mener utvalget at hensynet til å beskytte pasienter veier tyngre enn øvrige hensyn overfor henholdsvis behandler og pasienter som nevnt over. Utvalget mener at denne muligheten dvs. kontakt med andre pasienter må forbeholdes svært alvorlige forhold hvor vurderingstema i saken har vært eller er om helsepersonellet skal ilegges et varig tilbakekall av autorisasjon. Dersom virkeområdet for en slik praksis blir for vid, vil pasienter kunne miste tilliten til helse- og omsorgstjenesten.

Utvalget har diskutert hvem som i så fall bør kontakte pasienter og hvordan dette i så fall skal skje. Det kan tenkes at pasienter av frykt, lojalitet og skam vil holde informasjon tilbake hvis den som tar kontakt ikke er tilstrekkelig nennsom og «klinisk» i sin tilnærming. Mye kan derfor tale for at det er

helsevirksomheten som bør ta kontakt med pasienten. Det er nødvendig å diskutere hvordan dette kan gjøres samtidig som at taushetsplikten blir tilstrekkelig ivaretatt.

Gjennomgangen av utvalgte tilsynssaker har vist at helsepersonellets arbeidsgiver/helsevirksomheten ikke alltid er kjent med forholdet når det opprettes en tilsynssak. Helsepersonell som arbeider privat og i solopraksis vil ikke være knyttet til noen helsevirksomhet. Spørsmålet blir om det er helsetilsynet som i slike tilfeller bør kontakte øvrige pasienter som det er grunn til å tro også kan ha blitt utsatt for overgrep.

Når det gjelder hvordan dette skal lovreguleres har det vært reist spørsmål om pasienters rett til informasjon etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 syvende ledd, hvor pasienter skal orienteres dersom helsehjelpen har påført pasienten en betydelig skade, også skal utvides til å gjelde tilfeller hvor det er grunn til å tro at en pasient som følge av helsehjelpen kan ha blitt utsatt for overgrep. En slik orienteringsplikt må i så fall påhvile virksomheten eller helsepersonellets arbeidsgiver. En tydeliggjøring av helsetilsynets hjemmel til i visse situasjoner å kontakte mulige utsatte pasienter må lovreguleres i helsetilsynsloven.

10.2 Suspensjon må benyttes systematisk der det er fare for pasientsikkerheten

Utvalget har dokumentert at suspensjon ikke benyttes på en systematisk måte der det er fare for pasientsikkerheten, se kapittel 6.10.4. Det foreslås at helsetilsynet må endre sine saksbehandlingsrutiner slik at autorisasjonen kan suspenderes umiddelbart ved fare for pasientsikkerheten.

10.3 Økt muntlighet i saksbehandlingen

Deler av saksbehandlingen bør tilbys muntlig hos statsforvalterne og i Statens helsetilsyn. Møter med pasienter og helsepersonellet vil kunne gi tilsynet et bredere grunnlag for å vurdere saken samt å identifisere sakens alvorlighet og om helsepersonellet representerer en fare for pasienters sikkerhet. Et møte vil kunne gi et bedre grunnlag for å vurdere hva som vil være en riktig reaksjon i saken, og om helsepersonellets yrkesutøvelse må stanses og autorisasjonen suspenderes.

Samtalens formål og struktur bør være lik hos de ulike statsforvalterne. Dette kan man søke å sikre ved at det benyttes en samtaleguide. Statens helsetilsyns internrapport pkt. 5.4 anbefaler som en forbedring av saksbehandlingen hos statsforvalterne og i Statens helsetilsyn at det utarbeides standardformuleringer til helsepersonell ved varsel om tilsynssak og at statsforvalter bør bruke vedlegget til saksbehandlingsveiledning «Momenter ved vurdering av grenseoverskridende intim

atferd» samt at momenter i saken som har hatt betydning for vurderingen må dokumenteres. Utvalget støtter disse anbefalingene.

10.4 Flere saker må behandles av politi- og påtalemyndigheten

Utvalget mener at helsetilsynet involverer politi- og påtalemyndighet i for liten grad, se rapporten kapittel 8. Flere av sakene som ble vurdert var ikke politianmeldt selv om det dreide seg om til dels alvorlige straffbare overgrep. Se også internrapporten fra Statens helsetilsyn som i pkt. 6.3. som konkluderer på samme måte. Helsetilsynet må på samme måte få informasjon fra politi- og påtalemyndigheten om straffesaker mot helsepersonell. Det bør være samsvar mellom påtalemyndighetens økte innsats når det gjelder seksuelle overgrep i samfunnet generelt sett og i behandlingssammenhenger.

10.5 Forslag om krav om fremleggelse av politiattest

Utvalget mener at det må kreves politiattest i flere tilfeller enn i dag, se kapittel 8.5. Som et tiltak for å beskytte pasienter bør det vurderes om helsepersonelloven § 20 a skal utvides slik at ytelse av helsehjelp innenfor fagfeltet rus- og psykiatri i spesialisthelsetjenesten også skal omfattes av bestemmelsen. Hvilke overtredelser av straffelovens bestemmelser politiattesten skal vise må i så fall vurderes.

10.6 Bruk av sakkyndige

Tilsynsmyndigheten bør inngå samarbeid med sakkyndige med nødvendig kompetanse om grensekrenkelser. Sakkyndige kan involveres mer i saksbehandlingen enn hva man tradisjonelt har gjort hittil, eksempelvis ved at den sakkyndige inviteres med i samtaler både med pasient og med helsepersonell. Vårt forslag om innføring av en bestemmelse om varig tilbakekall vil kreve at det benyttes kvalifiserte helsefaglige saksbehandlere/sakkyndige.

10.7 Forebygging og rehabilitering

Som forebyggende tiltak foreslår utvalget at utdanningsinstitusjonene legger økt vekt på kompetansebygging når det gjelder fagetikk og rolleforståelse, inkludert konkret kunnskap om og forståelse av rollesammenblanding og grensoverskridende atferd. Dette bør inngå i grunn- og videreutdanninger ved utdanningsinstitusjonene innenfor helsefagene. Resertifisering av spesialiteter bør vurderes. Helsevirksomheter og fagforeningene bør øke fokus på kollegial veiledning og støtte gjennom hele yrkeskarrieren.

Vurdering av forebyggende tiltak mot grensekrenkelses ligger utenfor utvalgets mandat, men departementet oppfordres til å se nærmere på dette.

Når det gjelder rehabilitering av helsepersonell som har begått overgrep må det vurderes hvordan helsetilsynet og for så vidt også hvordan den enkelte helsevirksomhet hvor helsepersonellet er ansatt kan bidra. Det foreslås innført et overordnet rammeverk rundt veiledning og behandling av helsepersonellet.

I dag kan helsepersonell som enten har fått sin autorisasjon tilbakekalt eller som har fått en begrensning i autorisasjonen søke om å få den tilbake. Krav om veiledning av helsepersonellet er det tiltaket som er mest brukt av helsetilsynet for å rehabilitere helsepersonellet og derigjennom forebygge at nye grensekrenkelses vil forekomme dersom helsepersonellet på ny starter å praktisere. Det må også i noen tilfelle dokumenteres at helsepersonellet har gjennomført behandling. Ved søknad om ny eller begrenset autorisasjon må helsepersonellet godtgjøre at han eller hun er skikket, noe som i denne sammenheng betyr at veiledningen og/eller behandlingen har ført til en endring i form av bedre innsikt, mestringsevne og selvkontroll.

Utvalgets gjennomgang av saker viser at denne rehabiliteringsprosessen av helsepersonellet i stor grad er styrt av helsepersonellet selv, og at man ikke overordnet kan se at det stilles formelle krav knyttet til innholdet i oppfølgingen eller til hjelperens kompetanse. Konsekvensene av dette er at den hjelpen som gis ikke nødvendigvis er tilstrekkelig kunnskapsbasert eller individuelt tilpasset til å ha sannsynlig effekt. For å kunne gi virksom hjelp, må tiltaket bygge på en individuell kartlegging av risikofaktorer og endringspotensiale. Det er derfor et spørsmål om Statens helsetilsyn i større grad må involveres i, og ta regien for rehabiliteringen av helsepersonellet før søknad om ny autorisasjon. Det må sikres at veileder eller behandler er nøytral (dvs. ikke inhabil) overfor helsepersonellet, og at vedkommende er godt kjent med tilsynssaken og den nærmere bakgrunnen for denne. På denne måten vil man i større grad sikre at ordningen fungerer etter sin intensjon.

Det bør vurderes om fagforeningene kan ta et delansvar for veiledning og oppfølging av sine medlemmer, tilknyttet rehabiliteringen, særlig gjennom utformingen av fagetiske retningslinjer. Som det er vist til i kapittel 5.8.2 er det variasjoner mellom foreningene når det gjelder utformingen av de etiske retningslinjene.

Helsepersonell er sårbare når en tilsynssak er i gang, og det kan være behov for å beskytte helsepersonell mot uriktige anklager og ivareta helsepersonellens rettssikkerhet. Et møte vil gi helsetilsynet mulighet til å avdekke et eventuelt behov for hjelp og veiledning av helsepersonellet. Dersom varig tilbakekall vurderes må alltid helsepersonellet tilbys en samtale.

Tilsyn utsetter helsepersonellet for stor påkjenning. Det at disse sakene blir kjent gir helsepersonellet et stort fall i anseelse, og noen må ivareta helsepersonellet. Både Psykologforeningen og Legeforeningen har ordninger som til en viss grad ivaretar helsepersonellet. Disse ordningene er imidlertid ikke tilstrekkelige, og det kan for eksempel vurderes om de som benyttes som sakkyndige også kan brukes til å ivareta helsepersonellet.

11 Forslag til tiltak som innebærer endring av lover

11.1 Ny ordning: varig tilbakekall og tidsgrense før ny søknad

Det er et sentralt spørsmål hvorvidt helsepersonell som har begått grensekrenkelser og som konsekvens av dette har mistet sin autorisasjonen, etter søknad bør kunne få ny autorisasjon eller varig utestenges fra klinisk virksomhet. Befolkningens behov for beskyttelse må veies opp mot helsepersonellens interesser og behov for livsopphold. I dag åpner ikke loven for varig tilbakekall av autorisasjon.

Flere saker som utvalget har sett på er så alvorlige at det er vanskelig å se for seg at det er mulig å gjenopprette tillitt til det aktuelle helsepersonellet, selv om rehabiliterende tiltak som veiledning og behandling kunne medføre en redusert risiko for nye grensekrenkelser.

For at helsepersonellet skal kunne få ny autorisasjon må det godtgjøre skikkethet, og skikkethet forutsetter også at tillitt er gjenvunnet. Utvalget mener at flere av de gjennomgåtte saker er såpass alvorlige at helsepersonellet varig burde ha fått tilbakekalt sin autorisasjon. Dette gjelder samtlige saker vurdert med grad 5. For saker i kategori 3 og 4 bør det også vurderes om et tilbakekall av autorisasjon bør gjøres varig, se kapittel 6.

Utvalget mener derfor at loven bør endres slik at et tilbakekall av autorisasjon kan være varig for de alvorligste tilfellene. Det er avgjørende at de som skal vurdere om lovens vilkår for varig tilbakekall er oppfylt har nødvendig kompetanse til å vurdere denne type saker. Det er utvalgets oppfatning at en bestemmelse om varig tilbakekall vil kunne bidra til å ivareta befolkningens tillit til helsesektoren som sådan og gi en økt beskyttelse mot overgrep. En lovbestemmelse om varig tilbakekall vil ha preventiv effekt for helsepersonell og gi en tydelig forventningsavklaring til helsepersonell som varig får tilbakekalt sin autorisasjon om at han eller hun ikke kan søke om å få ny. Derigjennom vil Statens helsetilsyn få frigjort tid som i dag brukes til unødvendig behandling av søknader om ny autorisasjon.

Varig tilbakekall av autorisasjon er et dramatisk inngrep overfor et helsepersonell. I dette ligger at det må foreligge gode rettssikkerhetsgarantier. Sakene må differensieres bedre enn i dag slik at avgjørelsene ikke bærer noe preg av å være sjablonmessig behandlet. Det må etableres gode materielle og prosessuelle vilkår spesielt målrettet mot disse avgjørelsene.

Ved tilbakekall som ikke er varige bør det kunne settes en frist for når det tidligst kan fremsettes en søknad om ny autorisasjon. Flere søker om ny autorisasjon gjentatte ganger og gjerne kort tid etter tilbakekallsvedtaket. Gjennomgangen av saker hvor helsepersonell har fått ny autorisasjon viser at det

ofte tar forholdsvis kort tid før helsepersonellet igjen anses «egnet» og gis ny autorisasjon.⁴⁹ At det i enkelte saker tar kort tid fra autorisasjonstapet inntil det gis ny autorisasjon kan være en indikasjon på at helsepersonellet egentlig ikke var «uegnet» på tilbakekallstidspunktet og at det i stedet burde vært gitt andre reaksjoner enn et autorisasjonstap. Utvalget foreslår derfor at helsepersonell som søker om ny autorisasjon etter et tilbakekall ikke får sin søknad vurdert før en viss tid er gått. Utvalget foreslår at denne fristen settes til to år etter tilbakekallsvedtaket. En slik regel vil også ha den effekt at det sparer Statens helsetilsyn for ressurser tilknyttet søknader om ny autorisasjon som åpenbart på det aktuelle tidspunkt ikke vil bli innvilget. Dette er også omtalt og foreslått vurdert i Statens helsetilsyns internrapport pkt. 7.1.3 og 7.1.2.

11.2 Ny ordning: reaksjon overfor helsepersonell uten autorisasjon

Utvalget har vist til det økende antall helsepersonell uten autorisasjon og utfordringer med at det overfor disse er begrensede reaksjonsmuligheter se kapitlene 6 og 8. Utvalget foreslår at alvorlige saker alltid skal oversendes til Statens helsetilsyn og at det innføres en ny reaksjonsbestemmelse som kan benyttes overfor helsepersonell uten autorisasjon og for helsepersonell som har blitt fratatt sin autorisasjon og som likevel fortsetter sin praksis.

I flere av de sakene utvalget har gjennomgått arbeidet helsepersonell uten autorisasjon i deler av helsetjenesten, eller i pasientens hjem, der pasienter er særlig sårbare og utsatte.

Gjennomgangen av saker har avdekket at alvorlige forhold begått av helsepersonell uten autorisasjon ikke har medført noen reaksjon fra helsetilsynet, mens en tilvarende sak begått av et helsepersonell med autorisasjon ville med stor sannsynlighet ha medført et autorisasjonstap. Dersom man ser bort fra reaksjonen advarsel har man i dag en svært begrenset mulighet til å reagere i forvaltningssporet mot helsepersonell uten autorisasjon som begår alvorlige overgrep. Derfor foreslår utvalget en ny reaksjonsbestemmelse se pkt. 11.5.4.

11.3 Pasientjournalarkiv ved varig tilbakekall

Utvalget mener det er nødvendig å vurdere nærmere hvordan pasientjournalarkivet til helsepersonell som varig har fått tilbakekalt sin autorisasjon som følge av overgrep skal håndteres. Statens helsetilsyn kan ved tilbakekall og suspensjon av autorisasjon pålegge helsepersonell å levere inn sitt pasientjournalarkiv til Helsedirektoratet jf. helsepersonelloven § 62 a. Denne ordningen skal ivareta

⁴⁹ Median tid før ny autorisasjon 3,2 år. Innebakt her er også saksbehandlingstiden av søknaden.

pasientens rettigheter om innsyn i, retting- og sletting av journalopplysninger i tillegg skal det ivareta forsvarlig håndtering av de taushetsbelagte opplysningene, samt at det gir muligheter for flytting av journal til en ny behandler. Etter utvalgets vurdering må hovedregelen være at pasientjournalen alltid innleveres dersom praksisen ikke overtas av andre.

11.4 Etablering av saksbehandlingsregister og av register for autorisasjonsstatus

11.4.1 Saksbehandlingsregister

Utvalget foreslår at det etableres et saksbehandlingsregister internt i helsetilsynet, slik at statsforvaltere kan få oversikt over hverandres saker. Det er avdekket at opplysninger om at helsepersonell har begått grensekrenkelser overfor pasienter i en region er vanskelig tilgjengelig for ansatte hos statsforvalterne i andre regioner (på tvers innad i helsetilsynet).

Utvalget mener at det er nødvendig at statsforvaltere skal kan dele saksbehandlingsinformasjon i saker om grensekrenkelser.

Tilsynsmyndigheten har et felles registreringssystem NESTOR hvor konklusjoner i tidligere saker fremgår – eksempelvis lovbrudd/ikke lovbrudd. For å få nærmere kjennskap til sakens innhold må saksbehandler kontakte den aktuelle statsforvalter.

Statens helsetilsyn har opplyst i møte med utvalget at denne muligheten til å gjenfinne saker fra andre embeter i NESTOR ikke er mulig når den aktuelle saken gjelder rusmiddelmissbruk hos helsepersonellet, sykdom hos helsepersonellet eller saken omhandler grensekrenkelser. For å få kjennskap til om andre statsforvaltere har eller har hatt saker om grensekrenkelser knyttet til et konkret helsepersonell må i dag samtlige av de øvrige statsforvalterne kontaktes. Utvalget mener at dette må endres slik at nødvendig informasjon blir mye lettere tilgjengelig.

Med unntak for taushetsplikten kan forvaltningsorganer dele taushetsbelagt informasjon seg imellom. Unntakene fra taushetsplikten fremgår av forvaltningsloven §§ 13 flg. Se også vedlagte redegjørelse fra Datatilsynet vedrørende GDPR.⁵⁰

Det vises til Statens helsetilsyns internrapport pkt. 5.2.3 der det fremgår at det er ønskelig med tekniske løsninger som gir slik informasjon og oversikt uansett hvor helsepersonellet befinner seg

⁵⁰ Datatilsynets redegjørelse til Pasientovergrepsutvalget av 25.01.22 (ref. 22/00248-2). Redegjørelsen ligger som vedlegg til denne rapporten.

geografisk, og at det bør vurderes om det er rettslig handlingsrom for ytterligere registrering og dermed tilgjengeliggjøring av flere opplysninger enn dagens NESTOR legger opp til.

Utvalgets gjennomgang har avdekket at helsepersonellets arbeidsforhold i mange tilfeller avvikes når det avdekkes at helsepersonell kan ha begått grensekrenkelser. Utvalget har også erfart at helsepersonell i slike saker ofte flytter, gjerne til andre fylker eller ut av landet. Utvalget er av den oppfatning at ansatte med tjenstlig behov skal få tilgang til nødvendig informasjon som andre statsforvaltere har eller har hatt i saker vedrørende grensekrenkelser på et navngitt helsepersonell. Dersom en slik opplysninger blir gjort tilgjengelig kan den aktuelle saksbehandler ta kontakt med den aktuelle statsforvaltere for eventuelt å få ytterligere informasjon om den aktuelle saken. Det antas at det bør være begrenset hvor mye informasjon som skal ligge tilgjengelig i det aktuelle registeret. Tilgangen til opplysningene må forbeholdes ansatte som har et nødvendig behov for tilgang til saksbehandlingsregisteret. Helsetilsynet må selv vurdere hvilke opplysninger det er nødvendig å tilgjengeliggjøre i saksbehandlingssystemet og hvordan prinsippene for tilgang til saksbehandlingsregisteret blant ansatte skal være.

11.4.2 Nasjonalt register med opplysning om autorisasjonsstatus

Utvalgets arbeid har avdekket at befolkningens faktiske tilgang til opplysninger om helsepersonell har en gyldig autorisasjon er begrenset. Denne informasjonen bør gjøres tilgjengelig. Utvalget foreslår at det innføres ett nasjonalt register som skal inneholde opplysninger om helsepersonell har gyldig autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning og at dette registeret er søkbart for allmennheten på helsepersonellets navn.

Økt tilgjengeliggjøring av slike opplysninger i et nasjonalt register for allmennheten har flere formål. Utvalget har sett at grensekrenkelser kan pågå i svært lang tid, og også etter at helsepersonellet er avslørt. For det første vil arbeidsgivere som ikke er kjent med tilsynssaken ha en legitim interesse i å kunne få informasjon. Nødvendig informasjon kan forhindre eventuelle nye grensekrenkelser og har betydning for pasientsikkerheten. For det andre kan pasienters tilgang til opplysninger medføre at nye grensekrenkelser blir avverget eller at pågående grensekrenkelser stoppes. For fremtidige pasienter, som trenger helsehjelp, vil tilgangen på informasjon være en form for brukerinvolvering. For det tredje kan registerets eksistens virke preventivt for helsepersonellets opptreden.

Et nasjonalt tilgjengelig register med personopplysninger om helsepersonellet har sider til helsepersonellets rettssikkerhet og hensynet til konfidensialitet.

Av hensyn til helsepersonellens rettssikkerhet bør ikke flere opplysninger enn de som er relevante og nødvendige for formålet tilgjengeliggjøres i registeret. Utvalget mener at registeret kun må inneholde opplysninger om helsepersonellet har autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning. Dersom autorisasjonen er suspendert eller tilbakekalt må det fremgå at vedkommende ikke har gyldig autorisasjon. Bakgrunnen for tilbakekallet skal ikke fremgå. Utvalget mener at opplysninger om at en autorisasjon er begrenset som en hovedregel ikke skal fremgå av registeret. Bakgrunnen for dette er at Statens helsetilsyn i disse tilfellene har vurdert at helsepersonellet er skikket til å arbeide klinisk med de begrensningene som ligger til grunn i vedtaket. Det kan imidlertid tenkes tilfeller hvor begrensningen bør fremgå da dette kan ha betydning for pasienters behov for opplysninger vedørende det aktuelle helsepersonellet.

Når en autorisasjon er tilbakelevert etter et autorisasjonstap mener utvalget at det ikke skal fremgå at autorisasjonen tidligere har vært tilbakekalt. Med andre ord så er det kun informasjon om helsepersonellens aktuelle autorisasjonsstatus som skal fremgå. Opplysninger om andre administrative vedtak, for eksempel faglig pålegg bør ikke fremgå.

Utvalgets arbeid har avdekket at administrative reaksjoner og andre avgjørelser fra helsetilsynet i stor grad er en "stille" reaksjon mellom helsetilsynet og helsepersonellet. I noen saker er helsepersonellens arbeidsgiver både kjent med, og involvert i tilsynssaken, men utfordringen i flere saker er gjerne at helsepersonellens arbeidsforhold opphører i saker tilknyttet grensekrenkelser. Ny mulig arbeidsgiver vil ofte ha manglende kunnskap om en pågående eller avsluttet tilsynssak. Av den grunn er det viktig at disse - særlig i tilknytning til en ansettelsesprosess på en trygg og enkel måte bør kunne få nødvendig informasjon om det aktuelle helsepersonellet. Dette gjelder uavhengig av om vedkommede helsepersonell har autorisasjon eller ikke. Det er nødvendig av hensyn til pasienters sikkerhet at helsepersonellens arbeidsgivere, nåværende- og fremtidige skal få tilgang til mer informasjon enn hva offentligheten som nevnt over skal ha tilgang til. En arbeidsgiver må eksempelvis kjenne til hva en eventuell begrenset autorisasjon består i, hvilke faglige pålegg et helsepersonell er gitt, samt vedtak om eventuell ny reaksjonsform overfor uautoriserte (se lovforslag om dette i kapittel 11).

Utvalget er av den oppfatning at idømte tap av retten til å inneha en stilling eller til for fremtiden å inneha en stilling (rettighetstap) fastsatt i en dom også bør også registreres og tilgjengeliggjøres for allmennheten i registeret. Informasjon om rettighetstap bør være tilgjengelig så lenge tapet gjelder.

Til sammenligning er det i forarbeidene til ny lov om advokater og andre som yter rettslig bistand (advokatloven) foreslått at opplysninger om advokater og advokatfullmektiger i større grad enn i dag bør gjøres tilgjengelige for allmennheten i et offentlig søkbart register.⁵¹

Behovet for et slik offentlig register og intensjonen bak det er nå beskrevet. Utvalget overlater til departementet å arbeide videre med dette.

⁵¹ Prop.214 L (2020-2021)

11.5 Lovforslag

11.5.1 Varslingsplikt for arbeidsgivere til helsetilsynet

Utvalget mener at mistanke om overgrep og andre alvorlige trusler mot pasientsikkerheten må omfattes av varslingsplikten i helsetilsynsloven § 6 og tilsvarende bestemmelser i spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a og helse- og omsorgstjenesteloven § 12-4.

Utvalgets forslag til endring i helsetilsynsloven (og tilsvarende i spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven):

Forklaring: Utvalgets forslag til lovendring er i *kursiv og understreket*, i overskrift og lovtekst:

Helsetilsynslovens § 6. Varsel til tilsynsmyndigheten om alvorlige hendelser og forhold av betydning for pasientsikkerheten

En virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester, skal straks varsle Statens helsetilsyn om dødsfall eller svært alvorlig skade på pasient eller bruker som følge av tjenesteytelsen eller ved at en pasient eller bruker skader en annen.

Varslingsplikten gjelder dersom utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko.

Virksomheten skal straks varsle om alvorlige forhold av betydning for pasientsikkerheten.

En pasient, bruker eller nærmeste pårørende kan varsle Statens helsetilsyn om hendelser og forhold som nevnt i første og andre ledd.

Når Statens helsetilsyn mottar varsel etter første, andre og tredje ledd, skal tilsynet snarest mulig foreta stedlig tilsyn dersom dette er nødvendig for at tilsynssaken skal bli tilstrekkelig opplyst.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om varsling som nevnt i første ledd, herunder om innholdet i varslene

Kommentar til lovendringsforslaget:

Alvorlige forhold etter andre ledd omfatter betydelig risiko i helsevirksomheten som følge av helsepersonells atferd, svikt i faglig kompetanse eller andre forhold av betydning for pasientsikkerheten. Kunnskap om at helsepersonell har begått overgrep overfor pasienter vil være et

eksempel på et forhold som skal varsles. I denne situasjonen er det ikke tilstrekkelig med oppfølging i den enkelte helsevirksomhet da helsepersonellet kan søke arbeid i andre virksomheter.

11.5.2 Varig tilbakekall

Utvalget mener det er nødvendig å unntaksvis vedta et varig tilbakekall av autorisasjon dersom forholdet viser at helsepersonellet vil fortsette å være en fare for pasientsikkerheten i fremtiden.

Utvalgets forslag til endring i helsepersonelloven:

Forklaring: Utvalgets forslag til lovendring i lovteksten er i *kursiv og understreket*:

Helsepersonelloven § 57. Tilbakekall av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning

Statens helsetilsyn kan kalle tilbake autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning dersom innehaveren er uegnet til å utøve sitt yrke forsvarlig på grunn av alvorlig sinnslidelse, psykisk eller fysisk svekkelse, langt fravær fra yrket, bruk av alkohol, narkotika eller midler med lignende virkning, vesentlig mangel på faglig innsikt, uforsvarlig virksomhet, vesentlige pliktbrudd etter denne lov eller bestemmelser gitt i medhold av den, eller på grunn av atferd som anses uforenlig med yrkesutøvelsen.

Autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning kan, når særlige grunner tilsier, det kalles tilbake for alltid.

Autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning kan kalles tilbake dersom innehaveren til tross for advarsel unnlater å innrette seg etter lovbestemte krav.

Autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning kan kalles tilbake også dersom vilkår fastsatt i forskrift etter §§ 48 a, 49 eller 51 ikke er oppfylt.

Autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning gitt på grunnlag av tilsvarende godkjenning i et annet land, kan kalles tilbake dersom godkjenningen i dette landet mister sin gyldighet.

Tilbakekall er enkeltvedtak etter forvaltningsloven

Kommentar til lovendringsforslaget:

Med særlige grunner menes her grunner som innebærer at det er overveiende sannsynlig at helsepersonellet vil være en fare for pasientsikkerheten fremover i tid.

Selv om formålet med å illegge et varig tilbakekall ikke er å straffe helsepersonellet, men av hensyn til pasienters sikkerhet kan man i lovkommentaren vise til an man har sett på ordlyden i straffeloven § 56 1 ledd litra b) jf. straffeloven § 58 annet ledd hvor domstolen skal ta stilling til rettighetstap og varigheten er regulert til inntil 5 år eller ved særlige tilfeller på ubestemt tid.

11.5.3 Karantenetid før søknad om å få tilbake autorisasjonen kan behandles

Utvalget mener det bør inntas en karantenetid før det kan søkes om å få autorisasjonen tilbake.

Utvalgets forslag til endring i helsepersonelloven:

Forklaring: Utvalgets forslag til lovendring i lovteksten er i *kursiv og understreket*:

Helsepersonelloven § 62. Ny autorisasjon eller lisens

Statens helsetilsyn kan gi helsepersonell som har mistet autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning ved tilbakekall eller frivillig avkall, ny autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning hvis vedkommende godtgjør at han/hun er skikket. Ny autorisasjon kan begrenses etter § 59.

Ny søknad om autorisasjon kan tidligst behandles to år etter vedtaket om tilbakekall.

Avslag på søknad om ny autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning er enkeltvedtak etter forvaltningsloven

Kommentar til lovendringsforslaget:

Tilbakekallsvilkårene tilsier at det ikke kan søkes om ny autorisasjon kort tid etter vedtaket. Dette at et tilbakekall ikke kan vedtas uten at uegnetheten har en viss varighet.

11.5.4 Reaksjoner overfor helsepersonell uten autorisasjon

Utvalget mener det er nødvendig å vedta flere reaksjonsformer overfor helsepersonell uten autorisasjon og helsepersonell som er fratatt autorisasjonen og fortsetter med praksis. Gruppen uten autorisasjon har blitt større og kan ha stor betydning for pasienters sikkerhet. Det er få straffesaker de senere årene og det virker vilkårlig om det idømmes rettighetstap.

Utvalget foreslår et tillegg i helsetilsynsloven som også kan tas inn i helsepersonelloven kap. 11.

Utvalgets forslag til endring i helsetilsynsloven (må også reguleres i helsepersonelloven):

Forklaring: Utvalgets forslag til lovendring i lovteksten er i *kursiv og understreket*:

Helsetilsynsloven § 8. Pålegg om retting og stenging

Hvis en virksomhet innen helse- og omsorgstjenesten drives på en måte som kan ha skadelige følger for pasienter, brukere eller andre eller på annen måte er uforsvarlig, kan Statens helsetilsyn gi pålegg om å rette forholdene. Pålegget skal inneholde en frist for oppfyllelse.

Dersom virksomheten drives uforsvarlig med fare for liv og helse til pasienter eller brukere, og pålegg om retting ikke etterkommes innen fristen, kan Statens helsetilsyn gi pålegg om stenging.

Dersom helsepersonell uten autorisasjon eller som er fratatt autorisasjonen er til fare for liv og helse til pasienter eller brukere, kan det gis et pålegg med forbud mot at de gir helsehjelp. Dette pålegget skal fremgå av helsepersonellregisteret. Dersom det ikke etterkommes, kan Statens helsetilsyn ilegge tvangsmulkt i samsvar med § 9.

Helsetilsynsloven § 9. Tvangsmulkt

I pålegg etter § 7 fjerde ledd og § 8 kan Statens helsetilsyn fastsette en løpende tvangsmulkt for hver dag, uke eller måned som går etter utløpet av den frist som er satt for oppfyllelse av pålegget, inntil pålegget er oppfylt. Tvangsmulkt kan kun gis overfor virksomheter som yter spesialisthelsetjenester, *jf. spesialisthelsetjenesteloven § 1-2 og overfor helsepersonell uten autorisasjon som ikke etterkommer pålegg, jf. § 8.*

Tvangsmulkt kan fastsettes som engangsmulkt. Tvangsmulkt kan fastsettes etter at fristen for å oppfylle pålegget er utløpt. Tilsynsmyndigheten kan redusere eller frafalle påløpt tvangsmulkt.

Endelig vedtak om tvangsmulkt er tvangsgrunnlag for utlegg. Tvangsmulkten tilfaller statskassen.

Kommentar til lovendringsforslaget:

Utvalget har merket seg at bestemmelsen om tvangsmulkt benyttes i liten grad overfor virksomheter.

Dette bør vurderes nærmere.

Statens helsetilsyn har ingen effektive reaksjonsformer mot helsepersonell som er til fare for pasientsikkerheten.

11.5.5 Lovregulering av registre

Utvalget har foreslått at saksbehandlingsregisteret innrettes slik at statsforvaltere kan få kunnskap om alvorlige saker opprettet mot helsepersonell i andre fylker. Det må vurderes om dette forutsetter lovendringer.

Utvalget har foreslått at opplysninger om helsepersonell har autorisasjon i helsepersonellregisteret skal gjøres tilgjengelig for befolkningen. Det må vurderes lovendringer.

Litteratur

Befring, A.K og Ohnstad B. Helsepersonelloven. Kommentarutgave. Fagbokforlaget, Bergen 2019.

Befring, A.K. Helse- og omsorgsrett, CappelenDamm, Oslo, 2017.

Sundt Gundersen M. Det skal ikke hende. Grenseoverskridelser og seksuelle overgrep i terapi. Oslo: Fagbokforlaget, 2007.

Gabbard GO. Boundaries and boundary violations in psychoanalysis. American Psychiatric Association Publishing, 2016.

Gabbard OG, Hobday GS. A psychoanalytic perspective on ethics, self-deception and the corrupt physician. British Journal of Psychotherapy 2012; 28(2): 235-248.

VEDLEGG I: Helsepersonellens rettssikkerhet og advokatloven

Om advokaters rettssikkerhet og personvern skriver departementet på side 196 at de ser at en offentliggjøring av disiplinærreaksjoner kan være belastende, og at hensynet til advokatens personvern og rettssikkerhet kan tale imot. «*Departementet mener likevel at hensynet til klienten veier tyngre enn belastningen offentliggjøringen eventuelt vil kunne medføre for den enkelte advokat. I tillegg til å gi allmennheten tilgang til informasjonene, vil en slik registrering også kunne virke preventivt for advokatens opptreden*».

I forarbeidene til advokatloven foreslår departementet at det fremgår av registeret at vedkommende er ilagt en disiplinæravgjørelse og hvilke bestemmelser som er overtrådt, at advokatbevillingen er tilbakekalt eller suspendert og hjemmelen for dette, men at man må be om innsyn dersom man ønsker mer opplysninger.

Utvalget har registrert at Høyesterett går langt i å akseptere pasienters subjektive oppfatninger av navngitt helsepersonell på internett. Høyesterett har tatt stilling til om Legelisten har behandlingsgrunnlag for sin registrering og publisering av pasienters omtale av navngitt helsepersonellet og her om Personvernnemndas vedtak var gyldig i R-2021-2403-A, (sak nr. 21-055809SIV-HRET). Etter en samlet vurdering kom Høyesterett til at de berettigede hensyn som ligger til grunn for Legelisten.no og da særlig allmennhetens behov for informasjon om tilbydere av helsetjenester må veie tyngre enn hensynet til helsepersonellens personvern. Dette innebærer at navngitte leger kan omtales fritt på internettet av befolkningen.

Opplysningene som utvalget foreslår å tilgjengeliggjøre er lagt til grunn i enkeltvedtak hos tilsynsmyndigheten med de lovkrav forvaltningsloven oppstiller for dette. Saksgangen er etterrettelig og det er stilt høye krav til saksbehandlingen. Helsepersonellens rettssikkerhet ivaretas gjennom klageadgang til nemda i tillegg til at helsepersonellet kan bringe vedtaket i nemda inn for retten.

Grensekrenkelser overfor pasienter er overtredelse av helsepersonelloven og i noen tilfeller overtredelse av straffelovens bestemmelser. Grensekrenkelser vil alltid være en del av behandlingsinstrumentet og dermed en del av behandlingen selv om graden av dette vil variere i sakene. Utvalget mener at opplysninger om at grensekrenkelser er årsaken til autorisasjonstap/begrensning og et faglig pålegg ikke kan anse som en taushetsbelagt opplysning om helsepersonellet

Lovavdelingen har uttalt⁵² at opplysninger om straffbare handlinger eller andre lovbrudd begått av helsepersonell under utførelsen eller i forbindelse med tjenesten i utgangspunktet ikke er underlagt taushetsplikt. Når det gjelder opplysninger om misligheter som er begått uttales det at taushetsplikten vil kunne svekkes i tilfeller hvor allmennhetens tillitt til yrkesgruppen er særlig viktig, og det er nevnt at opplysninger om overgrep mot pasienter ikke er underlagt taushetsplikt når forholdet er bekreftet. Videre fremgår *«dersom vedkommendes handlinger begått i den private sfære sier noe om hans egnethet som lege e.l., vil imidlertid dette tilsi at taushetsplikten er snevrere enn den ellers ville vært, f.eks. i et tilfelle der en barnelege begår seksuelle overgrep mot egne eller andres barn på fritiden»*.

Utvalget mener at gjeldende lovforslag til ny advokatlov og avgjørelsen fra Høyesterett om Legelisten også taler for at helt begrensede- og nødvendige opplysninger fra tilsynets vedtak om administrative reaksjoner kan tilgjengeliggjøres i et nasjonalt søkbart register når helsepersonellens atferd eller handlemåte har vist å være til fare for pasientsikkerheten.

⁵² Lovavdelingens uttalelser - JDLOV-2005-3575

VEDLEGG II: Datatilsynet - Redegjørelse for personvernregelverkets betydning for adgangen til å dele informasjon mellom offentlige organer

<klipp inn vedlegget her>