



Tilsynssaker om seksuelle relasjoner og seksuelt grenseoverskridende adferd

Oppsummering av funn, tiltak og anbefalinger

[\[Pdf-versjon for print av Internserien 9/2024\]](#)

14. oktober 2024

Innhold

1	Innledning	2
2	Bakgrunn og oversikt	2
3	Gjennomførte tiltak	3
4	Videre oppfølging.....	4
4.1	<i>Tilsynsmyndigheten</i>	4
4.2	<i>Anbefalinger til tjenestene?</i>	6
5	Aktuell litteratur.....	7

1 Innledning

Over de siste årene er det gjort flere endringer i tilsynsmyndighetens arbeid med saker om mulige seksuelle relasjoner og seksuelt grenseoverskridende adferd fra helsepersonell mot brukere og pasienter. Etter Pasientovergrepsutvalgets rapport (2022) er det vedtatt endringer i lovgivningen. Det er også gjort endringer i interne rutiner i Statens helsetilsyn, og gitt nye føringer til statsforvalterne.

Saken om seksuelle overgrep gjort av tidligere lege Arne Bye mot kvinner i Frosta, har på ny aktualisert om tilsynsarbeidet på dette feltet bør bli bedre. Statens helsetilsyn vurderer at saken viser behov for ytterligere endring av tilsynspraksis, oppfølging av forventet praksis, planmessig implementering av endringer, samt et mer omfattende arbeid rettet mot samfunn og tjenester.

Tilsynsmyndigheten tar ikke stilling til strafferettslig skyld. Formålet med tilsynsarbeid er å bidra til tillit, kvalitet og sikkerhet i tjenestene, der formelle reaksjoner overfor helsepersonell er et viktig virkemiddel. Det gjelder også for de saksforholdene som dette dokumentet omtaler. Men tilsynsmyndigheten, som offentlig instans, skal ta ansvar for at saker blir anmeldt til politiet.

Noen av avveiningene, særlig når det gjelder bevisvurderinger og rettssikkerhet, kan imidlertid være vanskelige. Feltet preges av at de konkrete forholdene kan variere mye fra sak til sak. Pasientovergrepsutvalget drøftet dette systematisk, med en informativ analyse av undergrupper og typetilfeller. I dette notatet omtales særlig mulige seksuelle handlinger under dekke av å være helsehjelp.

I notatet omtales også særlig tilsynsarbeidet med helsepersonell. Vi har også funnet grunn til å evaluere vårt tilsyn med Frosta kommune, som ble initiert med utgangspunkt i systemansvaret. Her er det også klare læringspunkter for tilsynsmyndigheten. Kvalitetssikrede, gode arbeidsprosesser i møte med mennesker og organisasjoner i krise, blir et viktig område for utvikling og forbedring av tilsynsarbeidet.

2 Bakgrunn og oversikt

Tillit er grunnlaget for god helsehjelp. Men maktforholdet mellom behandler og pasient er i utgangspunktet asymmetrisk, og det er helt sentralt at behandler ikke utnytter pasienten til egne formål. Seksuelle handlinger overfor pasienter under dekke av å være helsehjelp, er svært tillitsnedbrytende både for den enkelte pasient og for samfunnet som helhet. Slike handlinger vil kunne påføre pasienter alvorlig skade, og vil også måtte anses som en markør for fremtidig risiko og gjentakelsesfare.

Nødvendig og velbegrunnet helsehjelp er regelmessig av intim karakter, som samtaler om svært personlige forhold, undersøkelse av kjønnsorganer, rektaleksplorasjon og palpasjon av bryst. Annen helsehjelp kan også oppfattes som eksponerende.

Helsepersonellet har krav på rettssikkerhet i saksbehandlingen. I en del tilfeller kan det være vanskelige bevisvurderinger i denne type saker, når helsepersonellet benekter forholdene en pasient beskriver i en klage. Utgangspunktet er at den mest sannsynlige versjonen av et hendelsesforløp skal legges til grunn. Saker om seksuell opptreden i behandlingssituasjoner

preges av at det som regel ikke har vært andre til stede, og ofte foreligger det ikke dokumentasjon ut over journalnotatene.

Det kan ta tid for en pasient å forstå at noe ikke er riktig, og det kan være vanskelig å sannsynliggjøre i ettertid hva som har skjedd, særlig når det har gått lang tid. Det er ikke uvanlig at det tar lang tid for pasienter å stå frem med opplysninger om opplevd grenseoverskridende atferd.

Det er derfor viktig at slike saker vurderes i en større sammenheng, for eksempel om det foreligger liknende klager fra tidligere, omstendighetene omkring hendelsene og om pasienten har formidlet sine opplevelser til for eksempel andre behandlere, pårørende eller lignende. Det vil som regel styrke saksbehandlingen å ha direkte kontakt med involvert pasient og helsepersonellet.

Pasientovergrepsutvalgets rapport har ført til lovendringer og endret saksbehandling i denne type saker. I tilslutning til dette gjennomgikk Statens helsetilsyn på eget initiativ et stort antall saker med dette temaet, noe som ga verdifull oversikt og grunnlag for endringsarbeid. Vår interne evaluering av individsakene som gjaldt Arne Bye (vedlegg a) og tilsyn med kommunen (vedlegg b), har vist flere svakheter og gitt oss viktige læringspunkter. Disse gir grunnlag for videre endring av tilsynsarbeidet, og systematisk implementering, både hos statsforvalterne og i Statens helsetilsyn.

Nedenfor følger en oversikt over hva som allerede er gjennomført (pkt. 3), og videre oppfølgingspunkter (pkt. 4). Noen av oppfølgingspunktene forutsetter et mer langsiktig arbeid, sammen med andre myndighetsorganer.

Statens helsetilsyn mener at Arne Bye saken, sett i perspektiv av tidligere saker, kan være uttrykk for risiko i tjenestene som ikke er tilstrekkelig ivaretatt ved kjente anbefalinger og prosedyrer og kompetansebygging. Vi tar derfor også med et punkt om dette (pkt. 4.2). Det er etter vårt syn blant annet behov for tydeligere informasjon til pasienter og publikum.

Det kan også være et emne som bør ha mer oppmerksomhet i profesjonsutdanninger, veiledning og spesialisering. Der er begrenset evidens om forebygging og avdekking på feltet, vi medtar til slutt en oversikt over aktuell litteratur som vi oppfatter bidrar til forståelse av saksfeltet (pkt. 5).

3 Gjennomførte tiltak

Siden høsten 2021 har Statens helsetilsyn tilbudt frivillige møter med pasienter, brukere og ev. pårørende i rollesammenblandingssaker (privatisering og/eller grenseoverskridende atferd) vi mottar. Det (fysiske eller digitale) møtet kommer i tillegg til at de kan uttale seg skriftlig til Helsetilsynet eller kontakte oss for spørsmål, dette informeres om i eget brev ved oppstart av saken i Helsetilsynet. Samtale med pasient, gitt at pasienten ønsker dette, bør være en del av alle tilsynssaker med dette temaet.

Etter dialog med Riksadvokaten anmelder vi nå saker (gitt at vi vurderer det nødvendig) til politiet som vi ikke gjorde tidligere, da den tidligere begrunnelsen om at sakene allerede var anmeldt ikke er relevant. Riksadvokaten var tydelig på at signaleffekten er annerledes om det er en tilsynsmyndighet som anmelder. Vi vurderer nå også mer systematisk anmeldelse i alle saker av denne typen, og dokumenterer vurderingene i vårt eget arbeid.

Med bakgrunn i klare anbefalinger fra Pasientovergrepsutvalget om å suspendere helsepersonellet oftere i alvorlige saker, gjør vi nå mer rutinemessige vurderinger av suspensjon enn det som var praksis tidligere. Vi har foreløpig ikke tall på om dette endrer antallet suspensjoner, men det er sannsynlig at det vil være en økning fremover.

Den administrative reaksjonen advarsel gis ikke lengre, mens reaksjonen faglig pålegg har kommet som en ny reaksjon. Denne er ikke aktuell i alvorlige saker med grenseoverskridende atferd eller andre former for rollesammenblanding, men vil mulig bedre enn advarsel kunne fange opp helsepersonell som ikke innretter seg/enderer praksis etter de tilbakemeldingene om behov for kompetanseheving og endring av faglig praksis som tilsynsmyndighetene gir.

Helsetilsynet har utarbeidet ny veiledning til statsforvalterne og Helsetilsynets egen saksbehandling av denne sakstypen. Veiledningen beskriver sentrale sider ved tilsynssaker med rollesammenblanding, vurderinger knyttet til anmeldelse og suspensjon, vurderingstemaene i saksbehandlingen, dokumentasjon og bevisvurdering m.m.

Det er også utarbeidet ny veiledning for statsforvalterne og Helsetilsynet knyttet til begrensede autorisasjoner og søknader etter tilbakekall av autorisasjon. Det er også utviklet en ny retningslinje til bruken av veiledere i de tilfeller helsepersonellet må, eller selv ønsker å oppsøke dette knyttet til grenseoverskridende atferd eller privatisering av pasientrelasjoner. Vi stiller nå eksplisitte krav til veilederen og veiledningens/behandlingsinnhold.

Helsetilsynets egen gjennomgang av 10 år med tilsynssaker og hvordan disse har vært saksbehandlet, samt Pasientovergrepsutvalgets rapport har dannet grunnlaget for en oppfølgingsplan med flere aktiviteter og endringer i praksis. Gjennomføringen av tiltakene har skjedd i perioden høsten 2022-høsten 2024. Som et eksempel på et konkret tiltak har vært en egen gjennomgang av tilsynssaker ikke oversendt Helsetilsynet fra statsforvalterne, med en vurdering om det var feil i vurderingene om ikke å oversende sakene.

4 Videre oppfølging

4.1 Tilsynsmyndigheten

a. Prioritering og sikring av fremdrift

Saker om seksuelle relasjoner og grenseoverskridende adferd utgjør en forholdsvis liten andel av pasientklager og meldinger. Tilsynsmyndigheten behandlet i 2023 over 9000 tilsynssaker. Mange av disse omfattet kjent faglig risiko og svikt som det forventes at tjenestene følger opp, og der tilsynsmyndigheten først og fremst har en veilednings- og dialogrolle. Saker om grenseoverskridende adferd som meldes til tilsynsmyndigheten, er imidlertid lite egnet for dialogbaserte tilsynsmetoder fordi de som regel omhandler alvorlige handlinger og grunnleggende brudd på profesjonsetikk og helselovgivning.

Slike saker må derfor prioriteres for grundig og effektiv opplysning, og vurderes opp mot gjeldende regelverk av tilsynsmyndigheten selv. På grunn av mulig pågående fare for pasienter og tillit til tjenestene, må suspensjon og anmeldelse vurderes tidlig.

Helsetilsynet vil regelmessig gjennomgå saksflyten, med tanke på etterlevelse av føringen om oversendelse av sakstypen fra statsforvalterne, lav terskel for politianmeldelse, samt for å identifisere mulig risiko for forsinkelser og feil i saksbehandlingen i hele tilsynskjeden.

b. Utvikling av digitale verktøy og prosesser

Statens helsetilsyn ser et sterkt behov for å forbedre digitale verktøy og arbeidsprosesser i tilsynsmyndigheten som helhet. Dette vil lette søk og sammenstilling av opplysninger over tid, på tvers av fylker og mellom nivåer. Vi vil prioritere utvikling av et nytt fagsystem for tilsynssaker og varsler, som vil støtte saksbehandlingen og gi bedre mulighet for nasjonal oversikt.

Innenfor eksisterende fagsystem for tilsynssaker er det innført økt mulighet for søk mellom fylker i saker som gjelder grenseoverskridende adferd overfor pasienter, men funksjonaliteten er begrenset av systemets alder, og det er behov for å følge opp at mulighetene brukes i behandlingen av den enkelte sak, særlig ved å innhente oversikt over gamle saker som angår det aktuelle helsepersonellet fra andre fylker.

Helsepersonellregisteret (HPR) har i dag ikke funksjonalitet for fullstendig registrering av alle reaksjonstyper. Helsetilsynet vil bidra til fortgang i dette arbeidet, og i mellomtiden foreslå kompensierende tiltak for å sikre at brukere (f.eks. arbeidsgivere) har nødvendig tilgang til opplysninger om autorisasjonsstatus.

Hvis helsepersonell i en tilsynssak har tilknytning til utlandet, utenfor eksisterende internasjonale varslingsordninger, vil vi heretter vurdere konkret, ut fra sakens karakter, om forholdene tilsier varslingsordning av andre lands myndigheter.

c. Bedre organisering og kompetanseheving

Helsetilsynet vil videreføre og styrke en kompetansegruppe på feltet, innenfor avdeling for tilsyns- og klagesaker i helse- og omsorgstjenesten. Avdelingen vil også ha oppgaver med å bistå og følge opp statsforvalterenes arbeid på feltet. Vi vil ta initiativ til et program for kompetanseheving innenfor helseforvaltningen, fortrinnsvis i samarbeid med andre myndigheter og aktører. Vi vil be hver statsforvalter utpeke en kontaktperson for feltet.

d. Bedre innledende saksopplysning og samhandling med politiet

I saker som gjelder grenseoverskridende atferd eller privatisering, må klager tilbys et frivillig møte tidlig i saksbehandlingen. Dette i første rekke for å opplyse saken og gi best mulig grunnlag for vurdering av videre fremgangsmåte, derunder eventuell politianmeldelse. I slike møter bør imidlertid også behovet for oppfølging etter hendelsen(e) tematiseres.

Det er i dag ingen egen rutine for å opplyse saker der det kan være mistanke om ytterligere involverte. Vi vil utrede en ny praksis og rutine for undersøkelse om andre pasienter er berørt, særlig knyttet til konkrete mistanker. Det må utvikles tydeligere rutiner og praksis for hensiktsmessig tidlig dialog med arbeidsgiver / avtalepartnere.

Vi har erfart at samarbeidsformer med politiet varierer mellom statsforvalterne. Sammen med statsforvalterne vil vi etablere en mer samordnet praksis for samarbeid og kontakt med

politiet, både i enkeltsaker og generelt. Vi vil følge opp at statsforvalterne har lav terskel for politianmeldelse tidlig.

e. Dialog og oversending av saker

Ifølge aktuell veiledning for behandling av tilsynssaker, skal saker om seksualisert grenseoverskridende adferd fra helsepersonell oversendes Helsetilsynet for vurdering, jfr. ovenfor. Vi vil følge dette opp i styringsmøter, rapportering og løpende faglig styring. Vi legger opp til lav terskel for dialogmøter om enkeltsaker, og jevnlig dialogmøter om saksfeltet.

4.2 Anbefalinger til tjenestene?

Som regel står individuelle forhold sentralt ved grenseoverskridende adferd overfor pasienter, for eksempel viktende holdninger, manglende vurderingsevne og svak impuls kontroll hos enkelte helsepersonell det sentrale aspektet ved grenseoverskridende adferd overfor pasienter. Formelle reaksjoner vil kunne hindre den enkelte i å fortsette som helsepersonell. Forebygging, oppdagelse, håndtering og varsling har imidlertid også en side mot organisering av tjenestene. For å forebygge og oppdage tidligst mulig, trengs det tiltak i tjenestene og samfunnet ellers.

Utgangspunktet er at anbefalinger og normeringer fra helseforvaltningen innenfor et saksområde helst skal være evidensbaserte, og i det minste konsensus- og erfaringsbaserte. På dette området finnes det imidlertid begrenset spesifikk evidens i retning av dokumentert effektive tiltak. De fleste empiriske studier har sett på omfanget av slike handlinger, eller en forståelse av årsaker til handlingene.

Der finnes noen internasjonale publiserte studier og oversiktslitteratur. Vi er kjent med én norsk bok om emnet. I tillegg kommer det frem relevant informasjon og analyse i rapporten fra Pasientovergrepsutvalget. Vi mener også at våre sammenstillinger av tilsynssaker og interne evalueringer, kombinert med observasjoner i kasuistikker, kan gi grunnlag for anbefalinger på et mer overordnet nivå.

Fra enkeltsaker og litteratur har vi også holdepunkt for at visse forhold knyttet til helsepersonellet og situasjonen kan være en del av bildet, for eksempel psykiske helseutfordringer, livskriser og manglende fagfellesskap. Helsetilsynet er imidlertid ikke kjent med individuelle faktorer som generelt kan predikere grenseoverskridende atferd fra et helsepersonell.

Ut fra våre erfaringer fra tilsynssaker og på grunnlag av egne evalueringer og anbefalinger fra pasientovergrepsutvalgets, anser Helsetilsynet anser at det trengs et mer strukturert og grundig arbeid fra helsetjenesten og helseforvaltningen på systemnivå for å forebygge, avklare og håndtere grenseoverskridende atferd overfor pasienter og brukere. Vi vil som faglig overordnet fremme dette i tilsynsmyndigheten, men også innen andre aktuelle arenaer, kontaktpunkter og rammeverk for kvalitet og sikkerhet i tjenestene.

Nedenfor følger derfor noen foreløpige vurderinger og forslag, som vi i fortsettelsen vil ønske å drøfte videre med andre helsemyndigheter, profesjonsorganisasjoner, tjenesteytere, utdanningsinstitusjoner, brukerorganisasjoner og i offentligheten:

- Arbeidsgivere og avtaleparter bør ha tydelige rutiner for referanseinnhenting ved ansettelse/avtaleinngåelse.
- Arbeidsgivere og avtaleparter bør ha tydelige rutiner for håndtering av klager, opplysninger og bekymringer som gjelder helsepersonells opptreden.
- Ledelsesansvaret for oppfølging bør være klart plassert.
- Det bør være lav terskel for å drøfte/melde til tilsynsmyndigheten. Rutiner for oppfølging bør også klargjøre hvordan brukere/pasienter skal ivaretas.
- Ved intime undersøkelser og prosedyrer bør virksomheten organiseres slik at pasient/bruker som hovedregel kan ha noen med seg, og at det er mulighet for hjelp fra assistent. Pasient/bruker bør informeres om muligheten for dette.
- Kunnskap om grenseoverskridende atferd og privatisering av pasientrelasjoner bør inn som tema i kompetanseheving i virksomhetene, og være en tydelig del av helsepersonells fagutvikling, profesjonsutdanning, spesialisering og veiledning.
- Det bør være lav terskel for å ta opp eventuelle bekymringer i virksomheten knyttet til dette temaet, og det bør jevnlig tas initiativ til felles refleksjon, for eksempel hva som kan være bekymringsverdige observasjoner, hva er særlige risikosituasjoner og hvordan dette i så fall skal håndteres.
- Pasienter og brukere bør gis god informasjon om indikasjonen for bestemte tiltak, for eksempel gynekologiske undersøkelser, rektaleksplorasjon og brystundersøkelse. Dette gjelder både generelt og i tilslutning til den aktuelle helsehjelpen.
- Pasienter og brukere bør gis god informasjon om hva som er vanlig opptreden og fremgangsmåte ved ulike undersøkelser og behandlinger. Dette gjelder både generelt og i tilslutning til den aktuelle helsehjelpen.
- Pasienter og brukere bør rådes til å melde ifra om opplevd grenseoverskridende atferd så raskt som mulig etter hendelsen, og det bør foreligge lett tilgjengelig informasjon om fremgangsmåten for dette.
- Helsepersonell som er bekymret for seg selv og sine handlinger, følelser eller tanker knyttet til pasienter, bør ha et kontaktpunkt og tilgang til råd og veiledning.
- Mottak av meldinger, klager og bekymringer må bekreftes raskt, med avtale om videre oppfølging.

5 Aktuell litteratur

Blechner, M. J. (2014). Dissociation among psychoanalysts about sexual boundary violations. *Contemporary Psychoanalysis*, 50(1–2), 23–33. <https://doi.org/10.1080/00107530.2014.868299>

Courtois, C. A., Alpert, J. L. & Eder, G. (2021). Three survivors speak. Stories of confusion, shame, anguish, and resilience. I A. Steinberg, J. L. Alpert & C. A. Courtois (Red.), *Sexual boundary violations in psychotherapy: Facing therapist indiscretions, transgressions, and misconduct*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000247-000>

Ekenes Garmannslund, M. & Hytten, K. (2023). Seksuelle grensekrenkelser i behandlingsrelasjoner. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(2), 96–101. <https://psykologtidsskriftet.no/fagessay/2023/01/seksuelle-grensekrenkelser-i-behandlingsrelasjoner>

Gabbard, G. O. (2016). *Boundaries and boundary violations in psychoanalysis*. American Psychiatric Association Publishing.

Gonyea, J. L., Wright, D. W. & Earl-Kulkosky, T. (2014). Navigating dual relationships in rural communities. *Journal of Marital and Family Therapy*, 40(1), 125–136. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2012.00335.x>

Helse- og omsorgsdepartementet (2022). Rapport fra pasientovergrepsutvalget. Grensekrenkelser i helse- og omsorgstjenesten i perioden 2010–2020. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rapport-fra-pasientovergrepsutvalget/id2911086/>

Helse og omsorgsdepartement (2023–2024) Stortingsmelding nr 9 Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 — Vår felles helsetjeneste

Hemphill, P., Courtois, C. A., Gold, M. S., Polles, A. & Edwards, D. (2021). The treatment of therapists who sexually offend. I A. Steinberg, J. L. Alpert & C. A. Courtois (Red.), *Sexual boundary violations in psychotherapy: Facing therapist indiscretions, transgressions, and misconduct*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000247-000>

Molin, P. K. (2023). Etablering av seksuelle relasjoner mellom behandler og pasient. Tidsskrift for Norsk Psykologforening. <https://psykologtidsskriftet.no/fagessay/2023/07/etablering-av-seksuelle-relasjoner-mellom-behandler-og-pasient>

Molin, P. K. (2024). Grenseoverskridende behandlere – meg, deg eller overgripere? Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 61(4), s. 246-249.

<https://psykologtidsskriftet.no/etikspanelet/2024/03/grenseoverskridende-behandlere-meg-deg-eller-overgripere> Molin, P. K. & Normann, L. (2023). Venn med pasienten? Dette sier loven og etikken. *Sykepleien*, 111, Artikkel e93817

Somer, E. & Nachmani, I. (2005). Constructions of Therapist-Client Sex: A Comparative Analysis of Retrospective Victim Reports. *Sexual Abuse*, 17(1), 47–62. <https://doi.org/10.1007/s11194-005-1210-z>

Somer, E. & Saadon, M. (1999). Therapist-client sex: Clients' retrospective reports. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30(5), 504–509. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.30.5.504>

Statens helsetilsyn. (2022). *Tilsynssaker der helsepersonellet har hatt en seksuell relasjon til pasient/bruker eller utøvd grenseoverskridende seksuelle handlinger – rapport fra en intern gjennomgang* (Internserien 2/2022). https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/internserien/2022/helsepersonell_grenseoverskriden Statens helsetilsyn (2023). Arbeidsgivers ansvar for forebygging og oppfølging av rollesammenblanding. Tilsynsmeldingen. <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/tilsynsmeldingen/2023/arbeidsgivers-ansvar-for-forebygging-og-oppfoelging-av-rollesammenblanding/>

Subotsky, F, Bewley, S, Crowe, M., *Abuse of the Doctor-Patient Relationship*. RCPsych Publications, London, UK, 2010. (ISBN-10: 1904671373)

Sundt Gundersen, M. (2007). Det skal ikke hende. Grenseoverskridelser og seksuelle overgrep i terapi. Tapir Akademisk.

Tschan, W., *Professional Sexual Misconduct in Institutions: Causes and Consequences, Prevention and Intervention*. Hogrefe, Germany, 2013. (ISBN-10: 0889374449)

Tønsaker, S. K. & Hytten, K. (2023). Seksuelle grensekrenkelser overfor pasienter – å tenke det utenkelige. Tidsskrift for den norske legeförening, 143(12).