

# Tilsynssaker der helsepersonellet har hatt en seksuell relasjon til pasient/bruker eller utøvd grenseoverskridende seksuelle handlinger – rapport fra en intern gjennomgang

**Saksbehandler:** Seniorrådgiver Lisbeth Normann

**Godkjent av:** Direktør Jan Fredrik Andresen, 14. februar 2022

**Ansvarlig avdeling:** Avdeling for tilsyns- og klagesaker i helse- og omsorgstjenesten

**Saksnummer:** 2021/1404

I Internserien publiseres veiledere, prosedyrer og andre dokumenter ment for ansatte i Statens helsetilsyn og statsforvalteren. Alle utgivelser finnes på intranettet Losen i web-format. Her på internett publiseres et utvalg utgivelser som har interesse for en bredere leserkrets. Dokumentet kan inneholde lenker som bare går til intranettet, og derfor ikke vil virke.

## Forord

Gode og trygge tjenester forutsetter at helsepersonell og hjelpere er seg bevisst sin rolle og etterlever krav til etisk adferd og faglig standard. Alle som søker og får hjelp skal kunne være trygge på at de ikke vil bli utsatt for grenseoverskridende adferd eller at helsepersonell misbruker den makten de har til å oppnå egen nytte/vinning. Og, de aller, aller fleste behandlere opptrer slik de skal, profesjonelt med klare holdninger og praksis for hvor grensene går.

I noen sammenhenger går det imidlertid galt, slik at behandler-pasient forholdet utvikler seg til en privat, seksuell relasjon eller at pasienten utsettes for grenseoverskridende handlinger fra behandleren. Disse sakene er alvorlige og har som regel et stort skadepotensial for pasienten som ofte får dårligere helse og livsutsikter, og det svekker tilliten til helsetjenesten. Det er alvorlig

Flere av disse sakene har fått betydelig oppmerksomhet i den senere tid, og det er stilt spørsmål ved tilsynsmyndighetens håndtering av slike saker. Vi fant det derfor nødvendig å gjøre en gjennomgang av alle saker med slik tematikk som Helsetilsynet har behandlet de siste 10 årene. Det ble nedsatt en tverrfaglig sammensatt arbeidsgruppe i Helsetilsynet, som fikk i oppgave å gjennomgå sakene og lete etter forbedringspunkter. Resultatet av deres arbeid presenteres i denne rapporten.

Arbeidsgruppen slår fast at Helsetilsynet har en klar og tydelig praksis i disse sakene, og at sakene stort sett ender med bruk av den sterkeste reaksjonsformen vi har: tap av autorisasjon.

Arbeidsgruppen har imidlertid også funnet forbedringspunkter og kommet med anbefalinger. De dreier seg til dels om å befeste og tydeliggjøre dagens praksis, men også om nye/andre tiltak for eksempel når det gjelder brukerinvolvering.

Arbeidsgruppens anbefalinger vil bli fulgt opp og blant annet innarbeidet i ny veileder for behandling av tilsynssaker i Helsetilsynet. Tilsynssakbehandlingen skal bidra til økt sikkerhet og kvalitet i tjenestene, og rettsikkerheten til alle involverte skal ivaretas. Det er viktig for befolkningens tillit til tjenesten og tilsynsmyndighetene at disse sakene behandles på en god måte.

Når slike saker kommer til tilsynsmyndigheten, har imidlertid skaden skjedd. Målet må være å forebygge slike saker. Det utfordrer langt flere enn tilsynsmyndigheten, og vi slutter oss til arbeidsgruppens betraktninger og anbefalinger som rettes til andre aktører. Helsetilsynet vil ta initiativ til dialog med disse aktørene om hva vi ser i våre saker for å kunne bidra med kunnskap som andre kan ha nytte av når de skal løse sine samfunnsoppdrag. Trygge tjenester krever innsats fra mange.

Jeg takker arbeidsgruppen for god innsats!

Jan Fredrik Andresen

direktør



## Innhold

<b>1</b>	<b>Sammendrag .....</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>7</b>
2.1	<i>Bakgrunnen for den interne gjennomgangen.....</i>	<i>7</i>
2.2	<i>Arbeidsgruppens mandat .....</i>	<i>7</i>
2.3	<i>Arbeidsprosess.....</i>	<i>9</i>
2.4	<i>Tilsynsmyndighetenes organisering og oppdrag .....</i>	<i>9</i>
2.5	<i>Begrepsavklaring.....</i>	<i>10</i>
<b>3</b>	<b>Hva er rollesammenblanding og grenseoverskridende atferd?.....</b>	<b>10</b>
3.1	<i>Historikk .....</i>	<i>12</i>
3.2	<i>Omfang og forståelse av helsepersonell og pasient/bruker.....</i>	<i>12</i>
3.2.1	<i>Omfangsundersøkelser .....</i>	<i>12</i>
3.2.2	<i>Hvem er helsepersonellet? .....</i>	<i>13</i>
3.2.3	<i>Hvem er pasientene/brukerne? .....</i>	<i>14</i>
3.3	<i>Hva er konsekvensene? .....</i>	<i>15</i>
<b>4</b>	<b>Rettsgrunnlag og profesjonenes etiske regelverk .....</b>	<b>16</b>
4.1	<i>Hva sier helsepersonelloven? .....</i>	<i>16</i>
4.1.1	<i>Administrative reaksjoner overfor helsepersonell.....</i>	<i>16</i>
4.2	<i>Profesjonenes yrkesetiske regelverk .....</i>	<i>19</i>
<b>5</b>	<b>Saksbehandlingen hos statsforvalterne og Statens helsetilsyn.....</b>	<b>20</b>
5.1	<i>Saksbehandlingen generelt .....</i>	<i>20</i>
5.2	<i>Beskrivelse av saksbehandlingen.....</i>	<i>21</i>
5.2.1	<i>Statsforvalteren.....</i>	<i>21</i>
5.2.2	<i>Statens helsetilsyn.....</i>	<i>24</i>
5.2.3	<i>Vurdering .....</i>	<i>26</i>
5.2.4	<i>Anbefalinger.....</i>	<i>28</i>
<b>6</b>	<b>Arbeidsgruppens vurderinger av tilsynssaker i en periode på 10 år. 28</b>	
6.1	<i>Beskrivelse av utvalget av tilsynssaker og tilhørende søknader.....</i>	<i>28</i>
6.1.1	<i>Kjønn .....</i>	<i>29</i>
6.1.2	<i>Autorisasjon .....</i>	<i>29</i>
6.1.3	<i>Reaksjon .....</i>	<i>30</i>
6.1.4	<i>Var saken anmeldt eller ble det begjært påtale av Helsetilsynet? .....</i>	<i>30</i>
6.1.5	<i>Ble vedtaket påklaget? .....</i>	<i>31</i>
6.1.6	<i>Ble det søkt om ny eller begrenset autorisasjon? .....</i>	<i>31</i>
6.1.7	<i>En kategorisering av ulike typer tilsynssaker .....</i>	<i>32</i>
6.2	<i>Involvering av pasienter, brukere og pårørende .....</i>	<i>33</i>
6.2.1	<i>Brukerinvolvering hos statsforvalterne .....</i>	<i>35</i>



6.2.2	<i>Brukerinvolvering hos Helsetilsynet.....</i>	35
6.2.3	<i>Vurdering .....</i>	36
6.2.4	<i>Anbefalinger.....</i>	39
<b>6.3</b>	<b><i>Anmeldelse og offentlig påtale i tilsynssaker.....</i></b>	<b>39</b>
6.3.1	<i>Praksis og rutiner ved anmeldelse og begjæring om påtale .....</i>	41
6.3.2	<i>Inntrykk basert på drøftinger og informasjon fra saksbehandlere i Helsetilsynet.....</i>	42
6.3.3	<i>Gjennomgang av enkeltsaker.....</i>	43
6.3.4	<i>Vurdering .....</i>	44
6.3.5	<i>Anbefalinger.....</i>	45
<b>6.4</b>	<b><i>Er vilkårene i begrensede autorisasjoner tilstrekkelig utformede? .....</i></b>	<b>46</b>
6.4.1	<i>Begrensning i autorisasjon som reaksjon.....</i>	46
6.4.2	<i>Utvalg.....</i>	47
6.4.3	<i>Vurdering .....</i>	49
6.4.4	<i>Anbefalinger.....</i>	51
<b>7</b>	<b><i>Arbeidsgruppens vurderinger av søknader i en periode på 10 år .....</i></b>	<b>52</b>
<b>7.1</b>	<b><i>Vurderinger av enhetlig praksis i saksbehandlingen av søknader, og om vurderingene av skikkethet er godt tematisk og metodisk utformet .....</i></b>	<b>52</b>
7.1.1	<i>Gjennomgang av søknader om ny autorisasjon eller begrenset autorisasjon .....</i>	55
7.1.2	<i>Vurdering .....</i>	56
7.1.3	<i>Anbefalinger.....</i>	58
<b>7.2</b>	<b><i>Samsvarsmåling mellom vår praksis/normering ved behandling av tilsynssaker og søknader og Helsepersonellnemndas avgjørelser/rettsavgjørelser i de samme sakene .....</i></b>	<b>59</b>
7.2.1	<i>Helsetilsynets behandling av klager på vedtak i tilsynssaker og søknader .....</i>	60
7.2.2	<i>Oppfølging i Helsetilsynet av vedtak i Helsepersonellnemnda .....</i>	60
7.2.3	<i>Oppfølging i Helsetilsynet av rettsavgjørelser knyttet til tilsynssaker og søknader.....</i>	60
7.2.4	<i>Omgjøringer og opphevinger av tilsynssaker .....</i>	61
7.2.5	<i>Omgjøringer og opphevinger – søknader.....</i>	62
7.2.6	<i>Vurdering av praksis/normering i tilsynssaker og behandling av søknader .....</i>	62
7.2.7	<i>Vurdering av samsvar mellom rettsavgjørelser/vedtak i klageinstans og tilsynsmyndighetens praksis.....</i>	62
7.2.8	<i>Anbefalinger.....</i>	63
<b>8</b>	<b><i>Andre anbefalinger.....</i></b>	<b>64</b>
<b>9</b>	<b><i>Referanser .....</i></b>	<b>65</b>
<b>10</b>	<b><i>Vedlegg – arbeidsgruppens mandat.....</i></b>	<b>65</b>
	<i>Bakgrunn for arbeidet.....</i>	65
	<i>Oppgavens formål og innhold .....</i>	66
	<i>Omfang/avgrensing .....</i>	66



## 1 Sammendrag

Denne rapporten beskriver og vurderer tilsynsmyndighetens praksis i saker der helsepersonellet har hatt en seksuell relasjon til pasient, bruker eller begått seksuelt grenseoverskridende handlinger. En arbeidsgruppe med deltakere fra statsforvalteren og Helsetilsynet har gjennomgått 147 tilsynssaker som omhandlet dette og som ble avsluttet i Helsetilsynet i perioden 1. januar 2011–31. desember 2020. For denne perioden har arbeidsgruppen også vurdert saksbehandlingen av søknader fra det samme helsepersonellet om ny autorisasjon etter tilbakekall, eller begrensning i autorisasjonen.

Saker av denne typen er alvorlige, og de skaper bekymring i samfunnet. Det er avgjørende at befolkningen har tillit det helsepersonellet de skal ha hjelp fra når de har behov for det. Helsetilsynet har en uttalt holdning til dette og i forbindelse med ny helsetilsynslov i 2017, la departementet til grunn Helsetilsynets uttalelse om at det er: «nulltoleranse for seksuelt misbruk av pasienter hos helsepersonell». Denne holdningen gjenspeiler seg også i de faglige vurderingene og de ressursene tilsynsmyndigheten bruker på disse sakene. Når det er risiko for at pasienter eller brukere kan bli utsatt for slike handlinger, er tilsynsmyndighetens samfunnsoppdrag å beskytte og trygge pasienter, brukere og pårørende. I tillegg til å sørge for at tilliten til tilsynsmyndigheten og helsepersonell ikke svekkes.

Rapporten inneholder vurderinger og anbefalinger om endringer i praksis for tilsynsmyndigheten (både statsforvalterne og Helsetilsynet). Saksbehandlingen er viktig for pasient- og brukersikkerheten, og for befolkningens tillit til både helse- og omsorgstjenestene og tilsynsmyndigheten. Anbefalingene er gjennomgående relatert til en forventning om at saksbehandlingen hos tilsynsmyndigheten er rigget slik at den er forutsigbar, transparent og med så liten risiko for vilkårlighet som mulig.

I ettertid kan det som burde ha vært gjort av vurderinger og beslutninger i enkeltsaker fremstå som enklere enn når sakene ble behandlet. Arbeidsgruppen har sett på hvordan temaer som brukerinvolvering, politianmeldelse/offentlig påtale, begrensninger i autorisasjon og behandling av søknader om ny autorisasjon er håndtert i enkeltsakene. I tillegg har arbeidsgruppen vist til eksempler fra sakene som vi mener underbygger våre vurderinger og forslag til endringer.

I vårt utvalg av saker der helsepersonell har hatt en seksuell relasjon til pasient/bruker eller utøvd grenseoverskridende seksuelle handlinger, ser vi at de fleste sakene resulterer i en administrativ reaksjon, som regel tilbakekall av autorisasjonen. Vedtak som Helsetilsynet fatter er begrunnet i svikt i fagetisk forståelse, og mangel på faglig innsikt, som gjør at helsepersonellets autorisasjon må tilbakekalles. Helsetilsynet følger her en klar og streng praksis.

Pasientens, brukerens og ev. pårørendes involvering er avgjørende i disse sakene. Vi ser at Helsetilsynet legger stor vekt på pasienten, brukeren eller pårørendes beskrivelse av hendelsen. Dette gjenspeiles i vedtakene der det er gitt gode beskrivelser av pasienten/brukerens opplevelse, som igjen danner et viktig grunnlag for de vedtakene Helsetilsynet fatter.

Når det gjelder Helsetilsynets praksis i behandlingen av søknader om ny eller begrenset autorisasjon ser vi at vurderingene som er gjort i stor grad anvender de kravene til skikkethet som stilles til søkeren. Dette gjelder også de sakene som omhandler alvorlige seksuelle overgrep der begrenset autorisasjon ikke er aktuelt, og heller ikke gis.

Vi ser at Statens helsepersonellnemnd stadfester de aller fleste vedtak som Helsetilsynet har fattet og som er påklaget til nemnda. Vi kan derfor ikke se at Helsetilsynet har en lovforståelse eller skjønnsutøvelse som avviker fra nemnds- og/eller rettspraksis.

I vårt utvalg er det, når det gjelder politianmeldelse eller begjæring om påtale, få saker som blir politianmeldt av tilsynsmyndigheten. Dette gjelder både for statsforvalteren og for Helsetilsynet. Det er nylig uttrykt fra Riksadvokaten (i et møte med Helsetilsynet) at det er ønskelig at vi anmelder saker selv om de er anmeldt av andre. Det er begrunnet i at tilsynsmyndighetens vurderinger har betydning for politiets arbeid med disse sakene.

Arbeidsgruppens anbefalinger bygger ikke på funn som representerer stor svikt eller feilaktig praksis i saksbehandlingen, regelforståelsen eller skjønnsutøvelsen. Vi mener likevel at det er nødvendig med forbedringer og endringer på flere områder. Det er nødvendig for å opprettholde tillit, og av hensynet til kvalitet og pasient- og brukersikkerhet.

Anbefalingene spenner vidt; fra direkte anbefalinger om ny praksis, etablering av skriftlige rutiner, nærmere utredninger og vurderinger, overordnede beslutninger, overordnet faglig styring og kontakt inn mot andre aktører som har et medansvar for den samlede kvaliteten og pasientsikkerheten.

Vi har, gjennom vårt arbeid, sett at det i tillegg til det som ligger innenfor vårt mandat å vurdere, er forhold og store temaer som andre instanser og aktører må ta et medansvar for å engasjere seg i. Dette for å forebygge denne typen hendelser og for å sikre trygge og gode tjenester. Dette gjelder særlig virksomheter/arbeidsgivers ansvar, utdanningsinstitusjonen i opplæring av helsepersonell og fagorganisasjonene når det gjelder rolleforståelse og fagetiske retningslinjer. Vi kommer med betraktninger om dette avslutningsvis i rapporten.

Oppsummert er dette arbeidsgruppens viktigste vurderinger og anbefalinger:

- **Brukerinvolvering:** Det må arbeides for god, ivaretagende og tilpasset informasjon til pasient/bruker/pårørende under hele tilsynssaken. Det må legges til rette for at pasienter/brukere/pårørende kan tilbys digitale eller fysiske møter med statsforvalteren og Helsetilsynet.
- **Anmeldelse/påtale:** Helsetilsynet bør beslutte en tydelig policy og klare kriterier for vurdering av om sakene skal anmeldelse eller begjæres påtalt. Drøftelsene og beslutningene tilsynsmyndigheten gjør om dette spørsmålet må dokumenteres i sakene.
- **Begrenset autorisasjon som reaksjon:** Veiledning av helsepersonellet skal som hovedregel være et obligatorisk vilkår. Ordningen med bruk av eksterne veiledere må gjennomgås og det er viktig at det stilles tydelige krav når det gjelder habilitet, samarbeid med Helsetilsynet underveis i veiledningen og innholdet i rapporteringen.
- **Behandling av søknader i etterkant av tilbakekall eller begrensning av autorisasjon:** Det må gjennomføres flere endringer, slik som at kravene som stilles til skikkethet på søknadstidspunktet må tydeliggjøres og at det som hovedregel gis en begrenset autorisasjon før en ny autorisasjon. Karenstid bør vurderes før det kan søkes om ny autorisasjon.
- **Lovendringer:** Statens helsetilsyn bør ta initiativ overfor lovgiver om å utrede og vurdere regelendringer når det gjelder muligheten til å gi varig tilbakekall av autorisasjon, og en utvidelse av helsepersonelloven § 20a femte ledd til flere pasient- og brukergrupper.

## 2 Innledning

### 2.1 Bakgrunnen for den interne gjennomgangen

Etter en periode med særlig offentlig oppmerksomhet knyttet til tilsynssaker og søknader behandlet av Helsetilsynet der helsepersonellet har hatt en seksuell relasjon til eller utøvd grenseoverskridende seksuelle handlinger overfor pasient/bruker, ble det besluttet å gjøre en vurdering av tilsynsmyndighetenes arbeid med disse sakene, herunder praksis i saksbehandlingen. Slike tilsynssaker kan være svært alvorlige og har store implikasjoner for pasient og bruker, men også for helsepersonellet og andre berørte.

Helsetilsynet nedsatte en intern arbeidsgruppe med oppstart medio 2021. Hovedformålet med arbeidet er å gjøre en gjennomgang av et utvalg tilsynssaker og søknader i etterkant av tap av autorisasjon, der hovedtemaene for tilsynssakene er at helsepersonellet har hatt en seksuell relasjon med brukeren, eller utøvd annen grenseoverskridende seksuell atferd (se vedlagt mandat, samt begrepsavklaringer i kapittel 2.5). Arbeidsgruppen skal vurdere konkrete områder beskrevet i mandatet, og påpeke eventuelle andre områder med behov for endringer. Hovedformålet med en gjennomgang er å sikre at dagens praksis er i henhold til helsetilsynslovens formål.

Parallelt med det interne arbeidet hos tilsynsmyndighetene har Helse- og omsorgsdepartementet nedsatt et utvalg som skal undersøke saker om overgrep begått av helsepersonell mot pasienter. Utvalget skal levere sin rapport i april 2022.

### 2.2 Arbeidsgruppens mandat

Arbeidsgruppens mandat ble besluttet i juli 2021, og arbeidet skal omfatte følgende hovedtemaer:

- A. En vurdering av om vi har enhetlig praksis i håndtering av tilsynssakene.
- B. En vurdering av om vi har enhetlig praksis i håndtering av søknader etter tilbakekall.

Mandatet er i sin helhet vedlagt denne rapporten (kapittel 10). Arbeidsgruppen er sammensatt av ansatte i Statens helsetilsyn og representanter fra statsforvalteren. Underveis i arbeidet ble det besluttet at arbeidsgruppen også skulle innhente informasjon om saksbehandlingspraksisen hos statsforvalterne.

Innholdet i mandatet gjenspeiles i rapportens struktur. To av oppgavene som omhandler søknader er slått sammen i dokumentet til en drøftingsdel med anbefalinger, det samme gjelder samsvarsmålingen på praksis og normering i tilsynssaker og søknader.

Saken som i media er omtalt som «Varhaugsaken» er ikke spesifikt vurdert i arbeidsgruppens interne gjennomgang. Mye har skjedd i helselovgivning og samfunnet siden disse hendelsene fant sted, med blant annet økt oppmerksomhet på pasientsikkerhet, kvalitet, tillit, kontrollmekanismer og reaksjoner. Dagens pasienter, brukere og pårørende er mer opplyste om egne rettigheter, og de stiller oftere spørsmål om behandlingsvalg og effekt av behandling. Det er vanskelig å etablere et system og et regelverk som fanger opp personlige avvik og fryktelige handlinger som enkeltpersoner – også helsepersonell – utøver mot andre mennesker. Arbeidsgruppen har likevel drøftet og reflektert over saken og tatt med oss elementer fra denne inn i arbeidet. Dette gjelder særlig spørsmålet om generell tillit til tilsynsmyndigheten, brukerinvolvering, samarbeid med politi- og påtalemyndighet og ikke minst saksbehandlingen ved søknader om ny autorisasjon etter tilbakekall.

Et tema som ikke er berørt i gjennomgangen, men som vi ser på med stor bekymring, er samfunnets kontroll og oppfølging i saker med helsepersonell uten autorisasjon, eller der helsepersonell er fratatt sin autorisasjon. Helsetilsynet har et begrenset virkemiddelapparat overfor disse to gruppene. Eksempler på at dette kan være problematisk er dersom arbeidsgivere i kommuner og spesialisthelsetjenesten ansetter helsepersonell uten autorisasjon eller helsepersonell som er fratatt sin autorisasjon, uten å etablere tilstrekkelige sikringsmekanismer som minimerer risikoen for at det oppstår hendelser eller at atferd gjentas.

Helsetilsynet besluttet i desember 2014 at alle saker mot uautorisert helsepersonell, uansett alvorlighetsgrad, skal avsluttes hos statsforvalteren, jfr. 5.2.1.6. Denne beslutningen om at saker med ansatte i helse- og omsorgstjenesten som ikke er autorisert helsepersonell, ikke skal oversendes Helsetilsynet, kan få en utilsiktet konsekvens at statsforvalterne ikke følger opp disse sakene i tilstrekkelig grad slik det er forutsatt. I 2019 utgjorde helsepersonell uten autorisasjon 22,5 % av årsverkene og 30,1 % av alle sysselsatte i brukerrettete omsorgstjenester. Denne andelen har holdt seg relativt stabil over flere år. Helsedirektoratet har uttrykt bekymring for den høye andelen helsepersonell uten autorisasjon og at disse utfører en så høy andel av årsverk i disse tjenestene. Overføring av oppgaver fra helseforetakene til kommunene har økt parallelt med kompetansebehovet i tjenestene<sup>1</sup>. Arbeidsgruppen mener dette temaet må settes på dagsorden for å se hvordan vi best kan skape trygghet og tillit til helse- og omsorgstjenesten. Eksempelvis kan det være nødvendig med ny lovgivning.

Det ligger utenfor arbeidsgruppens mandat å gjøre en samlet gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget på temaet rollesammenblandinger og grenseoverskridende handlinger i kontakt mellom helsepersonell og pasienter/brukere. Allikevel er det sentralt for oss å påpeke at kunnskapsgrunnlaget, slik vi kjenner det, fremstår som svært mangelfullt, lite oppdatert og fragmentert. Kunnskapen som finnes, er også for snever på profesjoner og behandlingskontekster. Det er gjennomført lite forskning på området, eksempelvis på omfanget av det, hvordan dette oppleves av de det gjelder og ikke minst på konsekvensene av de svært ulike handlingene disse begrepene forsøker å romme. Dette er uheldig på flere måter, men det er særlig ett område vi mener kan bli skadelidende av at det er et begrenset faglig fokus på rollesammenblandinger og grenseoverskridende atferd: grunn- og videreutdanning av helsepersonell. For disse betyr det en begrenset tilgang til oppdatert, norsk eller nordisk kunnskap om temaet som kan brukes som faglige kilder i utdanning og veiledning.

I rapportens siste kapittel (8) gir arbeidsgruppen noen generelle anbefalinger på enkelte andre områder eller sektorer, som likevel kan knyttes til denne rapportens tema. Dette er anbefalinger som er utenfor arbeidsgruppens konkrete mandat, men også i stor grad tilsynsmyndighetenes ansvars- og virkeområder, som arbeidsgruppen har blitt opptatt av underveis i arbeidet.

---

<sup>1</sup> Kompetanseløft 2020 – Personell og kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene – utviklingstrekk og status» (Helsedirektoratet, 2019) s. 17.



### **2.3 Arbeidsprosess**

Arbeidsgruppen har deltatt i ett møte med utvalget nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet (16. september 2021). Vi har diskutert deler av mandatet i det årlige dialogmøtet med Riksadvokaten (22. november 2021), og vi har hatt dialog og to møter med Brukerrådet i Helsetilsynet. De har gitt gode og nyttige innspill og synspunkter på ulike problemstillinger. Tilbakemeldingene er innarbeidet i rapporten under de aktuelle temaområdene.

For å avklare hvordan rutiner og praksis er ved behandlingen av disse sakene hos alle statsforvalterne, ble redegjørelsen om statsforvalterens arbeid forelagt alle embetene. Fire embeter har gitt tilbakemeldinger og innspill i tillegg til de to embetene som har vært en del av arbeidsgruppen.

Det er i rapporten viet stor plass til beskrivelse av saksgangen hos både statsforvalterne og internt i Helsetilsynet. Arbeidsgruppen mener dette har vært nødvendig for å synliggjøre saksflyten og få en fullstendig oversikt over saksgangen, samtidig som det er lettere å forstå de forbedringsområdene vi påpeker.

### **2.4 Tilsynsmyndighetenes organisering og oppdrag**

Tilsynsmyndigheten består av Statens helsetilsyn (Helsetilsynet) som overordnet organ, og statsforvalteren som regionalt organ. Helsetilsynet har det overordnede faglige tilsynet med helse- og omsorgstjenestene i landet, mens statsforvalteren står for hoveddelen av det utøvende tilsynet med helse- og omsorgstjenesten og med alt helsepersonell og annet personell som yter helse- og omsorgstjenester i fylket.

Formålet med tilsynet er å bidra til å styrke sikkerheten og kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten og styrke befolkningens tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten. Dette sikres ved at tilsynet fører kontroll med om helsepersonell og virksomheter følger de kravene som loven stiller. Staten kan ikke kontrollere om helsepersonell og virksomheter følger kravene som stilles i helselovgivningen. Staten har ikke myndighet til å kontrollere eller sanksjonere tilsynsobjekter uten lovhjemmel.

Behandlingen av tilsynssaker starter som hovedregel hos statsforvalteren. Utfallet kan være at statsforvalteren ikke finner brudd på helselovgivningen (brudd på helselovgivningen angis som «pliktkrudd» eller «lovbrudd», i det følgende benyttes «lovbrudd») eller at det foreligger lovbrudd uten at det er grunnlag for administrativ reaksjon mot helsepersonellet. Det kan likevel gis veiledning og råd til helsepersonell eller virksomhet om hva som ville vært god praksis.

Saker som statsforvalteren har behandlet og på bakgrunn av sin saksbehandling konkludert med at det er grunnlag for å vurdere å gi administrativ reaksjon til helsepersonell, oversendes Helsetilsynet. De administrative reaksjoner Helsetilsynet kan gi i saker om rollesammenblanding og grenseoverskridende atferd er advarsel, begrenset autorisasjon, suspensjon eller tilbakekall av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning.

Administrative reaksjoner er enkeltvedtak overfor helsepersonellet, og skal derfor følge forvaltningslovens bestemmelser om saksbehandling og klageadgang<sup>2</sup>. Det innebærer at vedkommende skal forhåndsvarsles og gis rett til å uttale seg før vedtak fattes, at saken skal være så godt opplyst som mulig før vedtak fattes, at parten har innsynsrett, at vedtaket skal

---

<sup>2</sup> LOV-1999-07-02-64. Lov om helsepersonell mv. (helsepersonelloven) § 57 femte ledd.

være skriftlig og begrunnet, og kan påklages. Klageinstans i disse sakene er Statens helsepersonellnemnd<sup>3</sup>. Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage) er sekretariat for nemnda. Dersom klageinstansen opprettholder Statens helsetilsyns vedtak, er avgjørelsen endelig, men helsepersonellet kan bringe saken inn for domstolene.

## 2.5 Begrepsavklaring

Kapittel 3 beskriver en forståelse av rollesammenblanding der helsepersonellet har en seksuell relasjon til en bruker eller pasient, eller har utøvd handlinger overfor pasient eller bruker som kan ses på som seksuelle handlinger. Som kapitlet viser til, er sakene som arbeidsgruppen har vurdert svært uensartede med hensyn til flere forhold:

- Om helsepersonellet og pasient/bruker har etablert en privat seksuell eller privat intim relasjon (inkludert ev. et kjæresteforhold, parforhold e.l. Se kapittel 3 for bemerkninger om *intimt*).
- Om det tilsynssaken omhandler er grenseoverskridende seksuelle (ev. seksualiserte) handlinger overfor pasienten eller brukeren, primært i en behandlingskontekst. Her er det ikke nødvendigvis slik at helsepersonellet og pasienten/brukeren vurderes å ha en privatisert *relasjon*.
- Andre forhold; som grad av overmakt, asymmetri i relasjonen, at handlingene utført kan betraktes som seksuell/seksualisert vold, grad av utnyttelse av en profesjonell relasjon, og andre faktorer.

Arbeidsgruppen har valgt å omtale sakene samlet som «tilsynssaker der helsepersonellet har en seksuell relasjon til pasient/bruker og/eller helsepersonellet har utøvd grenseoverskridende seksuelle handlinger (mot brukeren/pasienten)». Dette er et praktisk valg som ikke rommer alle dimensjoner av sakene, eksempelvis sakenes alvorlighetsgrad.

## 3 Hva er rollesammenblanding og grenseoverskridende atferd?

Saksbehandlingsveilederne for hendelsesbaserte tilsynssaker (både for Statens helsetilsyn og statsforvalteren) har som vedlegg et internt fagnotat, «Momenter ved vurdering av grenseoverskridende intim atferd». Notatet er ment å gi beslutningsstøtte for saksbehandling av «saker med grenseoverskridende intim karakter» hos statsforvalteren og Helsetilsynet. Notatet bygger på flere tidligere gjennomganger av tilsynssaker, og gir blant annet en beskrivelse av sentrale begreper som kan betegne denne typen tilsynssaker, og eventuelt også skille imellom dem.

Fagnotatet beskriver som overordnet begrep *rollesammenblanding* som et forhold som oppstår mellom en pasient og helsepersonellet «ved at helsepersonellet ikke skiller mellom private og profesjonelle relasjoner». Notatet beskriver videre at rollesammenblanding kan ha form av *privatisering* (kontakt ut over en profesjonell ramme) og *grenseoverskridende atferd* (intime<sup>4</sup> handlinger som bryter med grensene pasienten har til beskyttelse av sin integritet, og som ofte oppleves som ydmykende og/eller invaderende). Det påpekes at begrepene omtalt her brukes noe om hverandre, og at privatisering ikke trenger å være seksualisert.

---

<sup>3</sup> Helsepersonelloven § 68 annet ledd

<sup>4</sup> Fagnotatet viser til at lovforarbeidene benytter uttrykket «privat intimt forhold», og at «intimt» i lovens forstand er et vidt begrep og dekker ulike grader av fysisk og emosjonell kontakt.

Både dette fagnotatet og arbeidsgruppens arbeid i henhold til mandat, ser kun på saker der det enten har oppstått en seksuell relasjon mellom pasienten/brukeren og helsepersonellet, eller at helsepersonellet har utøvd grenseoverskridende handlinger med seksuelt innhold.

Eksempler på ikke-seksuelle rollesammenblandinger kan være krysninger av den terapeutiske relasjonen som overdreven personlig utlevering/selvavsløring, hjemmebesøk uten faglig relevans, overnattingsturer m.m. Man kan både ved seksuelle og ikke-seksuelle rollesammenblandinger skille mellom handlinger som virker å ha et utspring i et overengasjement/involvering (eksempelvis at helsepersonellet gjør oppgaver som ligger utenfor den profesjonelle relasjonen) eller et underengasjement/involvering fra helsepersonellens side (eksempelvis fravær av nødvendig omsorg).

Sundt Gundersen (1) beskriver ulike type handlinger helsepersonell kan utøve ut over nevnte overengasjement, underengasjement og det hun omtaler som «*doble forhold*» (relasjoner): seksuelle overgrep forkledd som behandling, voldtekt, seksuelle tilsnikelser, seksuell trakassering, intens seksuell interaksjon (verbalt eller fantasier), romantisering av terapi, m.m. Sundt Gundersen viser også til de tilfeller som ofte kalles «*den ekte kjærligheten*», der helsepersonellet og pasienten eller brukeren har innledet et (noen ganger langvarig) parforhold og eksempelvis etablert seg og fått barn sammen.

Oppsummert kan vi konkludere med at begrepene rollesammenblanding og grenseoverskridende atferd er relativt vide begreper som rommer mange ulike handlinger og relasjoner. Et sentralt skille vil mange si er mellom på den ene siden rollesammenblandingssaker der pasient og helsepersonell i utgangspunktet har innledet et parforhold eller en seksuell relasjon uten at det er åpenbare elementer av tvang, utnyttelse, påvirkning eller utøvelse av makt fra helsepersonellens side, men der de grunnleggende menneskelige, faglige og fagetiske utfordringene ved en rollesammenblanding likevel er til stede. På den andre siden har vi saker med grenseoverskridende atferd fra helsepersonellens side, der eksempelvis seksuelle handlinger utøves av helsepersonellet under en behandlingstime. Sundt Gundersen (1) viser til at dette kan omtales som «*seksuelle overgrep forkledd som behandling*». Et eksempel på dette kan være en fysioterapeut som masserer pasientens bryster, uten tilstrekkelig faglig indikasjon eller at dette er en anerkjent behandlingsmetodikk for pasientens utfordringer. I det interne fagnotatet omtales slike handlinger som «*avvikende, seksuelt motivert metodikk*».

I andre tilfeller kan det være snakk om handlinger som kan kategoriseres som ulike grader av seksuell vold eller trakassering, men som ikke er utøvd som en påstått del av en behandling, og fremstår som mer ensartede seksuelt motiverte (eksempler kan være at helsepersonellet beføler pasienten eller kommer med verbale invitasjoner til sex).

Gabbard (2) oppsummerer grenseoverskridende seksuelle handlinger slik: «*At one end of the continuum are forcible rapes, with the patient either anesthetized or fully awake, and highly perverse sex acts involving humiliation of the patient. At the other end of the continuum are verbal forms of sexual misconduct*».

En annen kategori av handlinger kan være alvorlige seksuelle overgrep som voldtekt eller andre seksuelle handlinger som er utøvd av helsepersonellet mot pasienter og brukere i en institusjon eller lignende. Dette er handlinger som er utført mot særlig sårbare pasienter og brukere med store hjelpebehov og helseutfordringer.

Selv om fellesfaktoren i sakene utgjør en form for seksuell kontakt eller seksuelt innhold i denne mellom pasienten/brukeren og helsepersonellet, er sakene svært ulike når det gjelder

alvorlighet, skadepotensiale, men også i hvilken grad handlingene påvirker befolkningens allmenne tillit til helsepersonellet spesielt, og/eller helse- og omsorgstjenestene generelt.

### **3.1 Historikk**

Sundt Gundersen (1) viser til flere historiske eksempler på rollesammenblandinger begått av helsepersonell og profesjonelle hjelpere, særlig med fokus på praktiserende psykologer, psykiatere og psykoterapeuter. En oppmerksomhet på problemstillingen med sammenblanding og profesjonell og private roller må sies å være omtrent like gammel som opprinnelsen av de ulike helsefaglige rollene/profesjonene, eksempelvis legeyrket. Sundt Gundersen (1) viser til Hippokrates som ca. 460 år f. kr omtalte at «En lege, uansett hvilket hus han besøker, skal komme for å yte den syke tjenester, og i alle tilfelle avstå fra seksuelle forhold, med vel så mannlige som kvinnelige personer, være de seg slaver eller frie». Det er naturlig å tenke seg at reguleringen av hvilke handlinger legen eller annet helsepersonell kunne tillate seg kom både av en oppstått forståelse av behovet for etiske retningslinjer, men også basert på erfaringer.

Oppmerksomheten på rollesammenblandinger og seksuelt grenseoverskridende atferd kan sies å øke kraftig samtidig med etableringen av en moderne forståelse av vold generelt og seksuelle overgrep spesielt, henholdsvis på 1960- og 1970-tallet. Man ser eksempler på at dette også har en samtidighet med etablering av lovverk og profesjonenes fagetiske regelverk, eller at disse mer eksplisitt tematiserer seksuelle relasjoner mellom helsepersonell og pasient (eller andre forhold ved grenser og pasientens integritet).

På 1970- og 1980-tallet kommer også noen av de første undersøkelsene som forsøkte å kartlegge omfanget av seksuelle relasjoner mellom helsepersonell og pasienter, og temaet blir i noe økende grad omtalt i faglitteraturen, da med klar hovedvekt på helseprofesjoner som utøver psykoterapi eller samtalebehandling. Johansen og Cordt-Hansen (3) viser til at temaet ble særlig aktuelt på 1980-tallet etter flere saker ble avdekket der psykologen hadde en seksuell relasjon til en eller flere av sine pasienter, og i mange land har dette handlet om fremstående medlemmer av ulike profesjonsforeninger.

### **3.2 Omfang og forståelse av helsepersonell og pasient/bruker**

#### **3.2.1 Omfangsundersøkelser**

Selv om oppmerksomheten på seksuelle relasjoner mellom helsepersonell og pasienter og seksuelle overgrep begått av helsepersonell har økt, er kunnskapsgrunnlaget på temaet grenseoverskridende atferd og rollesammenblandinger som tidligere omtalt både nasjonalt og internasjonalt fremdeles svært begrenset. Det er gjennomført enkelte omfangsundersøkelser, som regel på enkelte profesjonsgrupper. Forskning og tilhørende faglitteratur på temaet omhandler igjen i stor grad omtale av enkeltgrupper av helsepersonell eller hjelpere (hovedsakelig psykologer og psykiatere, men også eksempelvis psykoterapeuter).

I tillegg er det begrenset med studier som oppsummerer kunnskap innhentet fra større grupper av helsepersonell (eller pasienter) som har opplevd å inngå i seksuelle relasjoner eller har utøvd eller blitt utsatt for seksuelt grenseoverskridende handlinger. Eksempelvis gir Gabbard (2) en omfattende forståelse av grenseoverskridelser i psykoterapeutisk kontekst, mens et flertall av studiene og de kliniske erfaringene Gabbard og kolleger bygger på, er på utvalg av psykoanalytisk orienterte psykoterapeuter, som ikke nødvendigvis regnes som helsepersonell i en norsk kontekst eller som har en autorisasjon som helsepersonell. De fleste omfangsundersøkelser hittil har omhandlet psykologer, psykiatere eller unntaksvis leger

generelt. Andre yrkesgrupper er i svært liten grad deltakere. Dette gir en mulig svakhet i overføringsverdien når man ønsker innsikt i rollesammenblanding og grenseoverskridende seksuelle handlinger hos helsepersonell med andre profesjonsbakgrunner, eksempelvis sykepleiere og fysioterapeuter.

Johansen og Cordt-Hansen (3) viser til en undersøkelse fra 2001 der 6,8 % av mannlige og 1,6 % av kvinnelige terapeuter som deltok i undersøkelsen hadde vært «*seksuelt involvert med sine pasienter*». Johansen og Cordt-Hansen (3) omtaler også en norsk undersøkelse fra 1992, som fant at 5 % av psykologene som besvarte oppgave seksuell kontakt med pasienter. Sundt Gundersen (1) mener at omfanget på 5 % likevel står i kontrast til omfanget av behandlere som har møtt pasienter som kunne ses på som ofre for «*profesjonell incest*», hele 30 %. I en upublisert intern gjennomgang i Helsetilsynet av tilsynssaker mot psykologer over en periode på ti år, førte 25 av 101 mottatte tilsynssaker til et tilbakekall av autorisasjon. Av de 25 tilbakekallene omhandlet 10 av sakene at psykologen hadde en seksuell relasjon / seksuelt grenseoverskridende atferd. For 7 av disse sakene var psykologen en mann.

### 3.2.2 Hvem er helsepersonellet?

Sundt Gundersen (1) viser til at norske og utenlandske undersøkelser peker mot at det utøves flere overgrep ved høyere alder hos helsepersonellet. Pope, gjengitt i Sundt Gundersen (1), påstår at det er flere menn enn kvinner dette angår, og gjerne en eldre mann med høy status og at pasienten er en noe yngre kvinne. Kjønnforskjellen er noe som også gjenspeiler seg i Helsetilsynets omtalte upubliserte gjennomgang av tilsynssaker mot psykologer. Her er det imidlertid viktig å påpeke at dette er begrensede utvalg av allerede kjente tilfeller, og som tidligere omtalt er store deler av forskningen på omfanget av seksuelle relasjoner begrenset til helseprofesjoner som gir psykoterapeutisk behandling eller gjennomfører samtalebehandling. Dette betyr at store yrkesgrupper som eksempelvis sykepleiere, fysioterapeuter og tannleger ikke gjenspeiles i disse omfangsstudiene, og dette kan også påvirke eksempelvis fordelingen av kjønn og alder i disse sakene.

I Helsetilsynets «Helsepersonell som ikke har forstått sin rolle (rollesammenblanding)»<sup>5</sup> påpekes det sider ved profesjonene og aktuell behandlingskontekst som begrunner dette særlige fokuset på enkelte profesjoner/helseautorisasjoner:

«Risikoen for rollesammenblanding er større der behandlingen innebærer og forutsetter at pasient og personellet deler intime, skyldbetente og skamfulle forhold hos pasienten på tomannshånd, da spesielt hvis behandlingen varer over tid (eks samtaleterapi), i situasjoner der pasienten er uvanlig sårbar og har vanskeligheter med å opprettholde autonomi og ivareta egne grenser i forhold til andre mennesker (psykisk ubalanse, tidligere utsatt for overgrep, psykisk utviklingshemmet), der behandleren har mye fysisk kontakt med pasienten (eks fysioterapi) og der behandleren er mye alene med pasienten».

Sundt Gundersen (1) omtaler at det er vanskelig å se klare enkeltfaktorer som peker seg ut, men viser også til at mangelen på kontroll fra omgivelsene virker å være en fellesnevner (jamfør «*lukkede rom*»). Mangelen på enkeltfaktorer sammenfaller med Gabbard og Hobday (4) sin beskrivelse av muligheten til å predikere hvilke (her: leger) som vil begå etiske grenseoverskridende handlinger slik: «Years of work in this area have convinced us that it is virtually impossible to predict prospectively which physicians will commit ethics transgressions and which will not.»

---

<sup>5</sup> [Helsepersonell som ikke har forstått sin rolle \(rollesammenblanding\)](https://helsetilsynet.no) helsetilsynet.no

Samtidig gir Gabbard og Hobday (4) omfattende beskrivelser av hvordan den samme gruppen helsepersonell kan grupperes med hensyn til hvordan de forklarer sin (her: som regel seksuelt) grenseoverskridende atferd. Enkelte leger vil nekte å anerkjenne at gjeldende lov- eller regelverk angår dem selv, og kan sies å være mer opptatt av hvilken skade saken eventuelt gjør på eget rykte enn på pasienten. Andre vil nekte å anerkjenne maktforskjellen mellom legen og pasienten, eller at det er klare egeninteresser i relasjonen. Tilhørende denne kategorien vil være leger som mener at maktubalansen eller asymmetrien i relasjonen er «korrigert». Videre vil man finne varianter av benektelse («dette er ikke den jeg er»), berettigelse («jeg har fortjent dette»), bagatellisering eller at det fremheves at legen hadde «gode intensjoner». Et beskrivende eksempel på «gode intensjoner» omtales i Gabbard og Hobday (4) der legen som ga en tenåringsjente komplimenter for at hun hadde «utviklet pene bryster» mente dette var kun et kompliment og at jenta skulle føle seg «mer som en ung kvinne».

Gabbard (2) viser også til at psykoterapeuter som inngår seksuelle relasjoner med pasienter er ulike med hensyn til faktorer som egen psykisk lidelse eller svekkelse, i hvilken grad de er seksuelt predatoriske (og da oftere har personlighetsforstyrrelser), eller hvorvidt handlingene kan ses i sammenheng med egne behov for kjærlighet eller nærhet. For enkelte behandlere kan rollesammenblandingen omhandle at terapeuten ønsker å arbeide med pasienter som oppleves som svært krevende og eventuelt er «oppgitte» av mange andre, og at starten på grenseoverskridelsene skjer i en kontekst av overengasjement eller overinvolvering for pasienten. Slike typologier eller grupperinger av helsepersonell som begår rollesammenblandinger eller seksuelt grenseoverskridende handlinger kan gi noe innledende forståelse av hovedgrunnlaget for handlingene, men har igjen en mulig begrenset overføringsverdi til situasjoner som gjelder alle typer helsepersonell.

Erfaringer fra tilsynssaker mot helsepersonell, men også forskningen på området, tilsier at de fleste seksuelle relasjoner eller forhold mellom helsepersonell og pasienter eller brukere starter med mindre, gjerne tilsynelatende ikke seksuelt-motiverte grenseoverskridelser. Eksempler på dette kan være kafebesøk, kontakt på sosiale medier, selvavsløringer i en behandlingskontekst og så videre. Gabbard (2) benevner dette som «*the slippery slope phenomenon*», og påpeker at disse «mindre» handlingene ganske raskt øker sjansen for nye grenseoverskridelser eller ytterligere sammenblandinger av private og profesjonelle roller. Gabbard (2) konkluderer med at mye av det vi vet om ikke-seksuelle grenseoverskridelser kommer av å arbeide seg bakover i saker med seksuelle relasjoner mellom terapeut og pasient – og at man da finner at den seksuelle relasjonen oppsto med tydelig bakgrunn i en «*gradual erosion of nonsexual boundaries*».

Oppsummert kan man si at kunnskapen om hvilke helsepersonell som utøver grenseoverskridende seksuelle handlinger eller inngår i seksuelle relasjoner er begrenset til omtale av enkeltgrupper av helsepersonell, og da særlig med vekt på psykologer og psykiatere. Innenfor disse gruppene er eksempelvis alder og kjønn ulikt fordelt i registrerte saker og enkelte spørreundersøkelser, men dette gjelder særlig for de mer omtalte yrkesgruppene/profesjonene. Som for forståelsen av rollesammenblanding generelt, er kunnskapsgrunnlaget for mangelfullt og begrenset, særlig for norske forhold.

### 3.2.3 Hvem er pasientene/brukerne?

Sundt Gundersen (1) viser til ulike forskere og klinikere som noe tilbake i tid omtalte dem som ble utsatt for seksuelt grenseoverskridende handlinger i en psykoterapeutisk kontekst som at de (eksempelvis Stone i 1976): «opptrer provokativt for å teste ut behandlerens

grenser». Andre historiske eksempler gjengitt i Sundt Gundersen (1) er at pasientene har en «*gjentakelseskompulsjon*» (Holzman, 1984) og derav et driv mot å gjenoppleve tidligere uavklarte livshendelser. Et nyere eksempel av Eymann og Gabbard fra 1991, gjengitt i Sundt Gundersen (1), er at «enkelte pasienttyper (borderline- suicidale) er spesielt effektive i å manipulere fram erotisk atferd hos sin terapeut».

Det er arbeidsgruppens oppfatning at disse beskrivelsene i dag fremstår som åpenbart faglig utdaterte, etisk svært problematiske og ikke minst som potensielt skyldpåførende for pasienter/brukere som måtte bli utsatt for overgrep eller grenseoverskridende atferd av et helsepersonell.

Sundt Gundersen (1) og Johansen og Cordt-Hansen (3) viser til undersøkelser som både støtter og avviser at det i noe større grad er pasienter med overgrepserfaringer i populasjonen av de som opplever overgrep fra helsepersonell. Igjen vil det uansett være viktig å presisere at den svært begrensede kunnskapen vi har på dette området i svært stor grad kun omhandler pasienter som har vært i kontakt med psykologer og psykiatere eller i rammene av en psykoterapeutisk behandling. Det virker å være nyttig å konkludere med slik Sundt Gundersen (1) gjør ved å sitere Schoener (1989): «ingen klientkarakteristika kan predikere seksuelt samkvem med terapeut» og Notman og Nadelson (1994): «det er ingen enestående pasientprofil».

### **3.3 Hva er konsekvensene?**

Konsekvensene av rollesammenblanding og grenseoverskridende atferd fra helsepersonellet har nær sammenheng med hvilken type rollesammenblanding/atferd som er begått, og hvilke konkrete handlinger helsepersonellet har utført. Vi vil vise til enkelte sider ved vurderinger av slike saker, slik beskrevet i saksbehandlingsveiledernes fagnotat.

Det kan forventes at man kan anta forskjellige reaksjoner og konsekvenser mellom et seksuelt forhold / parforhold mellom helsepersonell og pasient/bruker, et helsepersonell som utøver seksuelt krenkende atferd under en konsultasjon, og klare seksuelle overgrep utøvd av helsepersonellet. For de to sistnevnte vil mange av konsekvensene og reaksjonene være tilsvarende som for andre utsatte for vold eller seksuell vold/overgrep.

Tidsaspektet for konsekvensene er også viktig i situasjoner der helsepersonellet innleder eksempelvis et parforhold med pasienten. Ved opplevd symmetri i relasjonen, manglende påvirkning eller maktbruk eller andre former for utnyttelse fra helsepersonellens side, er det ikke nødvendigvis slik at klare negative reaksjoner hos pasienten/brukeren er til stede før ved et eventuelt brudd eller komplikasjoner i relasjonen. For enkelte pasienter vil opplevelsen og forståelsen av at relasjonen hadde skadelige sider forekomme først i etterkant av et slikt brudd.

Fagnotatet viser likevel til noen overordnede reaksjoner som kan forekomme: redusert psykisk helse, avhengighet av andre, opplevelse av avmakt, ambivalens og skam og en redusert mestringssevne. I tillegg vil alle negative opplevelser med helsepersonell kunne redusere tilliten til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten generelt, og kunne påvirke hvorvidt vedkommende oppsøker nødvendig hjelp og behandling i fremtiden. Fagnotatet omtaler også Pope, som peker på blant annet emosjonell labilitet, tomhetsfølelse/isolasjon og skyldfølelse som mulige konsekvenser. Pope antyder også en mulig økt selvmordsrisiko og seksuell forvirring som andre mulige konsekvenser. Se også Johansen & Cordt-Hansen (3) for beskrivelser av skadevirkningene av seksualisering av behandlingsrelasjonen.

Som ved de konkrete handlingene ved grenseoverskridende seksuell atferd og rollesammenblandinger som er seksuelle, er nok konsekvensene for den enkelte uensartede og vil også kunne henge sammen med pasientens egne forutsetninger og sårbarheter. Sistnevnte er relevant ved Helsetilsynets vurderinger av tilsynssaken, eksempelvis om pasienten har tidligere overgrepserfaringer eller har omfattende psykiske lidelser eller rusmiddelmissbruk.

## 4 Rettsgrunnlag og profesjonenes etiske regelverk

### 4.1 Hva sier helsepersonelloven?

#### 4.1.1 Administrative reaksjoner overfor helsepersonell

Helsepersonell kan få ulike reaksjoner dersom de bryter helsepersonelloven. Begreper som «rollesammenblanding» og «seksuelle, private eller intime relasjoner» er ikke eksplisitt nevnt i helselovgivningen, men disse handlingene vurderes opp mot vilkårene for administrativ reaksjon<sup>6</sup>.

De administrative reaksjonene Helsetilsynet rår over er advarsel, begrensning, suspensjon eller tilbakekall av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning. I tillegg kan legers og tannlegers rett til å rekvirere visse legemidler også suspenderes eller helt eller delvis tilbakekalles. Virkningen av et tilbakekallsvedtak er at helsepersonellet får et yrkesforbud som får større konsekvenser enn oppsigelse av et arbeidsforhold. Formålet med tilsynsmyndighetenes reaksjoner er først og fremst å ivareta sikkerheten i helse- og omsorgstjenestene. Et annet formål er å unngå at tilliten til tjenestene og helsepersonellet svekkes i betydelig grad.<sup>7 8</sup> Reaksjonsbestemmelsene har også allmenn- og individualpreventive hensyn fordi de antas å ha en viss avskrekkende og holdningsskapende effekt.<sup>9</sup>

Dersom helsepersonellet har hatt en seksuell relasjon til pasient/bruker eller utøvd grenseoverskridende seksuelle handlinger, vurderer Helsetilsynet om vedkommende er uegnet til å utøve sitt yrke på en forsvarlig måte, eller om vedkommende har utvist en atferd som anses uforenlig med yrkesutøvelsen.<sup>10</sup>

Den mildeste formen for reaksjon er advarsel<sup>11</sup>. Advarsel kan også gis ved brudd på andre bestemmelser i helsepersonelloven, for eksempel brudd på kravet til omsorgsfull hjelp.

#### 4.1.1.1 Hvordan bestemmelsene forstås og praktiseres

Forarbeidene til helsepersonelloven<sup>12</sup> viser til at «uskikkethet» er et grunnvilkår for tilbakekall av autorisasjon. Dersom det er tvil om vilkåret uskikkethet er oppfylt i relasjon til et av tapsvilkårene, men helsepersonellet samlet sett anses uskikket knyttet opp til flere av tapsgrunnene, foreligger det grunnlag for tilbakekall av autorisasjonen.

---

<sup>6</sup> Helsepersonelloven kap. 11

<sup>7</sup> Prop. 150 L (2016–2017) – Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv (helsetilsynsloven)

<sup>8</sup> LOV-2017-12-15-107. Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv (helsetilsynsloven) § 1

<sup>9</sup> Ot prp nr 13 (1998-99) Lov om helsepersonell mv (helsepersonelloven) s. 163

<sup>10</sup> Helsepersonelloven § 57

<sup>11</sup> Helsepersonelloven § 56

<sup>12</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998–99) – Lov om helsepersonell mv (helsepersonelloven)



Det er tre alternative tapsgrunner som enkeltvis eller samlet kan føre til at helsepersonell fratas autorisasjonen som følge av seksuelle relasjoner eller seksuelt grenseoverskridende atferd, det vil si at de ikke kan jobbe eller titulere seg som helsepersonell:

**Vesentlig mangel på faglig innsikt** (Helsepersonellet skiller ikke mellom private og profesjonelle relasjoner. Dette indikerer en manglende dømmekraft og forståelse av etiske vurderinger med hensyn til roller og relasjoner). Før 1. juli 2019 lød vilkåret «grov mangel på faglig innsikt». Ved endring av ordlyden ønsket man å signalisere en lavere terskel for å tilbakekalle på dette vilkåret. Vilkåret kan foreligge om helsepersonell i vesentlig grad svikter i forhold til grunnleggende kompetansekrav. Det legges vekt på om det dreier seg om alvorlig brist i kunnskap og hvilken risiko den manglende faglige innsikt utsetter pasientene for. Det forventes av helsepersonell at de gjennom sin utdanning har grunnleggende kjennskap til at man ikke skal innlede private relasjoner til pasienter. Det vil stilles noe ulike krav til kunnskap avhengig av profesjon på temaene rolleforståelse og grenseoverskridelser, for eksempel forventes det en større grad av kunnskap og bevissthet om temaet hos en psykolog eller en psykiater. Graden av involvering, opplæring fra arbeidsgivers side, vil også være momenter som spiller inn i vurderingen av om helsepersonellet har vist vesentlig mangel på faglig innsikt. Selv om tapsvilkåret «*vesentlig mangel på faglig innsikt*» i mange tilfeller også omfatter de samme situasjoner som rammes av «*uforsvarlig virksomhet*», har det vært ønskelig fra lovgivers side at det skal være en nyansering som gir tilsynsmyndigheten et skjønsmessig handlingsrom i tilbakekallskriteriene.

**Uforsvarlig virksomhet** «Et mønster der helsepersonellet gjør store og små feil eller driver vedvarende i strid med gjeldende lovgivning» (5). Dette er et vidt begrep som brukes om virksomhet som strider med de til enhver tid gjeldende faglige krav og regler. Privatisering av kontakt mellom helsepersonell og pasient vil som regel anses som uforsvarlig virksomhet. Ikke bare seksuelle relasjoner, men også andre private relasjoner som vennskap, overinvolvering o.l. vil omfattes av dette vilkåret. Begrepet «uforsvarlig virksomhet» i helsepersonelloven må ses i sammenheng med plikten til å yte «forsvarlig og omsorgsfull hjelp» i samme lov<sup>13</sup>.

**Atferd som er uforenlig med yrkesutøvelsen** (Forholdene indikerer uegnethet og svekker tilliten til vedkommende som helsepersonell – allmenn tillit). Vilkåret er i hovedsak ment å skulle benyttes dersom helsepersonellet utviser en atferd som ikke nødvendigvis er knyttet til yrkesutøvelsen, men der den allmenne tilliten tilsier at det bør reageres med tilbakekall.

Helsepersonell som innleder en seksuell relasjon til en de har eller nettopp har hatt et pasientforhold til, vurderes å drive uforsvarlig virksomhet, i tillegg til at dette kan være utslag av vesentlig mangel på faglig innsikt. I slike saker blir det lagt vekt på hvilken rolle helsepersonellet hadde i forhold til pasient/bruker, og atferden de har utvist overfor disse kan vurderes å være av en slik karakter at autorisasjonen av hensyn til den allmenne tilliten, bør tilbakekalles.

Saksbehandlingsveiledernes vedlagte fagnotat omtaler temaet «tidsforløp mellom profesjonell og privat kontakt». Det vises her til at forarbeidene til helsepersonelloven påpeker at helsepersonell som innleder «et privat, intimt forhold» til «pasienter de har eller nettopp har

---

<sup>13</sup> Helsepersonelloven § 4

hatt et pasientforhold til» driver uforsvarlig virksomhet. «Samtidige» relasjoner rammes derav av loven.

Fagnotatet påpeker at «nettopp» er et uklart begrep, og at det er et omstridt spørsmål også internasjonalt. Det vil åpenbart være ulikheter i en privat relasjon som utvikles en stund etter avsluttet kortvarig behandling hos en manuellterapeut, kontra et seksuelt forhold som utvikler seg i etterkant av langvarig psykoterapeutisk behandling hos en psykolog eller psykiater. Ved sistnevnte eksempel kan man stille spørsmål om asymmetrien og andre momenter gjør private seksuelle relasjoner potensielt skadelige for resten av pasientens liv. Med tanke på at mange pasienter i psykoterapi etter avslutning senere tar kontakt med sin behandler for kortere eller lengre oppfølgingsforløp, kan en slik risiko/naturlige praksis underbygge sistnevnte argument. Som det interne fagnotatet påpeker, er Helsetilsynets praksis streng på dette området, også strengere enn i mange andre land.

Bestemmelsene om tilbakekall er en *kan-bestemmelse*. Det betyr at i de tilfellene vilkårene for å tilbakekalle autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning er oppfylt, må Helsetilsynet alltid foreta en skjønnsmessig vurdering av om reaksjonen skal ilegges eller ikke. Skjønn kan forstås som den prosessen man benytter for å komme fram til en vurdering eller treffe en avgjørelse der regler og retningslinjer ikke gir entydige svar. Skjønnsutøvelse handler om å benytte tilgjengelig kunnskap, kombinert med mer eller mindre tydelige krav og forventninger til vurderinger og beslutninger knyttet til helt konkrete situasjoner eller saksforhold. Et godt skjønn må være etterrettelig, og det må bygge på relevant kunnskap som gjøres synlig. Dette er nødvendig dersom skjønnsutøvelsen skal kunne etterprøves på en forsvarlig måte, og fremstå som noe mer enn tilfeldig «synsing» eller en helt situasjonsbetinget avveining. I tillegg må prosessen skje på en mest mulig forutsigbar måte, slik at vilkårligheten reduseres til et minimum (6).

Helsepersonelloven har virket i 20 år, og det har i denne perioden utviklet seg en omfattende forvaltningspraksis gjennom Helsetilsynets og Helsepersonellnemndas behandling av tilsynssaker. Denne forvaltningspraksisen er en viktig rettskilde for skjønnsutøvelsen i sakene. En liten andel av sakene er også behandlet og avgjort av tingrett og lagmannsrett, og bare et fåtall er behandlet i Høyesterett. Eidsivating lagmannsrett slo for eksempel i 2015<sup>14</sup> fast at selv om en relasjon mellom lege og pasient bærer preg av å være en engangshendelse, legen beklaget det som skjedde og avsluttet pasientforholdet, var tilbakekall av autorisasjon likevel riktig fordi det var en sårbar pasient som hadde en tett behandlingsrelasjon til legen i flere år, og som hadde et sterkt avhengighetsforhold til vedkommende.

Tilbakekall av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning skal bare foretas når det er tjenlig ut fra formålet å reagere, og ellers ikke. Det følger av en entydig rettspraksis at de to hensynene som det særlig skal legges vekt på, er om helsepersonellet i dag representerer en fare for pasientsikkerheten, og om tilliten til helsetjenesten vil bli svekket om vedkommende gis anledning til fortsatt å praktisere på tross av det aktuelle forholdet<sup>15</sup>. I hver sak må det derfor vurderes om tilbakekall er egnet til å fremme sikkerhet og kvalitet i helsetjenesten og tillit til denne. Helsedirektoratet har i samarbeid med Statens helsetilsyn utarbeidet rundskriv med nærmere fortolkning av bestemmelsene.<sup>16</sup> Innholdet i dette rundskrivet er mer tilpasset

---

<sup>14</sup> LE-2015-81248. Eidsivating lagmannsrett

<sup>15</sup> HR-2007-2162-A-Rt-2007-1851

<sup>16</sup> [Helsedirektoratet \(2018\). Helsepersonelloven med kommentarer, § 57. Rundskriv.](#)

og egnet for vurderinger av om det skal gis advarsler der helsepersonellet har begått andre former for pliktbrudd enn ved grenseoverskridende atferd og rollesammenblanding.

Helsetilsynet har bevisbyrden for at det foreligger en tilbakekallsgrunn i saken. Som hovedregel er beviskravet alminnelig sannsynlighetsovervekt, og avgjørelsen skal da bygge på det faktum som Helsetilsynet finner mest sannsynlig i saken.

#### 4.1.1.2 Valg av reaksjonsform

Rollesammenblanding med en seksuell relasjon til pasient/bruker eller seksuelt grenseoverskridende atferd fører i de fleste tilfeller til tap av autorisasjon.

I forbindelse med forslag til ny helsetilsynslov<sup>17</sup> i 2017, la departementet til grunn Helsetilsynets uttalelse om at det er «nulltoleranse for seksuelt misbruk av pasienter hos helsepersonell», men det fremgår ikke om dette betyr autorisasjonstap, begrensning i autorisasjonen eller advarsel. Dette er heller ikke problematisert i proposisjonen, men det synes å være aksept for at slik atferd skal få konsekvenser for involvert helsepersonell, og at det ikke skal være justeringer av terskel for reaksjoner i disse tilfellene. Selv om departementet legger opp til en dreining fra individ til systemperspektiv, og anser dette som en ønsket utvikling, påpekes det at denne utviklingen ikke skal frata det enkelte helsepersonell ansvar i tilfeller hvor det avdekkes uforsvarlig yrkesutøvelse. Særlig av hensyn til pasientsikkerheten, er tilsyn og administrative reaksjoner overfor helsepersonell viktig når uforsvarlighet er påvist. I påfølgende endring i helsepersonelloven som trådte i kraft 1. juli 2019<sup>18</sup> ble terskelen senket for bruk av autorisasjonstap og bruken av begrensning av autorisasjon når grunnlaget for reaksjon gjelder mangel på faglig innsikt ved at begrepet «grov» mangel ble erstattet med «vesentlig» mangel. Departementet er tydelig på at det uansett og fortsatt bare skal gis reaksjoner i de alvorlige tilfellene, men det vil gi Helsetilsynet større handlingsrom.

I høringsnotatet fra Helse- og omsorgsdepartementet<sup>19</sup> med høringsfrist 3. mai 2021 ble det foreslått endringer i reaksjonssystemet slik at pliktbrudd følges opp raskere, og at reaksjonene skal være mer treffende og hensiktsmessige relatert til den aktuelle hendelsen. Også her vises det til at reaksjonssystemet skal bidra til at helsepersonell korrigerer adferden slik at pasientsikkerheten blir bedre og slik at allmennheten har tillit til helse- og omsorgstjenestene.

## 4.2 Profesjonenes yrkesetiske regelverk

I tillegg til lovverk, arbeidsgiveres rutiner og retningslinjer og kunnskap formidlet i helsepersonellens grunn- og videreutdanninger, er også profesjonenes yrkesetiske regelverk relevante å se til når det gjelder temaet rollesammenblanding eller grenseoverskridende atferd. Slike yrkesetiske regler vil legge klare føringer for hva som forventes av det enkelte helsepersonell, og vil kunne bli brukt i alt fra undervisning til konkret veiledning av helsepersonell som står i vanskelige situasjoner der eksempelvis private relasjoner allerede er inngått med pasienten eller brukeren. Til sist er dette relevant informasjon for tilsynsmyndighetene. Yrkesetisk regelverk påvirker også normgrunnlaget Helsetilsynet benytter som en del av sine vurderinger.

---

<sup>17</sup> Prop. 150 L (2016–2017) - Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenestene m.v (helsetilsynsloven)

<sup>18</sup> Helsepersonelloven § 57

<sup>19</sup> HOD. Høringsnotat: Endringer i helsepersonelloven, pasient- og brukerrettighetsloven mv. Ref. HOD 21/387

Kun enkelte av norske helseprofesjoner/faggrupper omtaler rollesammenblanding i sine yrkesetiske regelverk. Her presenteres noen eksempler, som ikke må ses på som en utfyllende gjennomgang av alle.

- § 7 i etiske regler for leger (2015)<sup>20</sup> lyder: «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.»
- 2.4 i «Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere»<sup>21</sup> (2019) omtaler: «Sykepleieren er bevisst sin profesjonelle rolle. Sykepleieren respekterer pasientens integritet og utnytter ikke pasientens sårbarhet.»
- 3.7 i Norsk fysioterapiforbunds yrkesetiske retningslinjer (2019)<sup>22</sup> omtaler: «Fysioterapeuten må ikke innlede et seksuelt forhold eller gjøre seksuelle tilnærmelser til pasienten. En pasients samtykke fritar ikke fysioterapeuten for ansvar.»
- Etiske prinsipper for nordiske psykologer (vedtatt i NPF i 1998)<sup>23</sup> omtaler følgende:

«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 tillit. Psykologen unngår utenomprofesjonelle relasjoner til en klient, som kan redusere den profesjonelle 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.»

## 5 Saksbehandlingen hos statsforvalterne og Statens helsetilsyn

### 5.1 Saksbehandlingen generelt

De mest aktuelle virkemidlene det offentlige rår over er forbud/påbud og tillatelse/fritak. Også kvalitetssikring i form av autorisasjon er et rettslig virkemiddel. Forvaltningsloven stiller generelle krav til saksbehandlingen i offentlig forvaltning, for eksempel reglene om habilitet, veiledningsplikt, taushetsplikt og konkrete regler om saksbehandlingen og klageregler. Kravene skal realisere verdier som rettssikkerhet og effektivitet. Hensynet til rettssikkerhet har først og fremst betydning i den enkelte sak, men bidrar også til å styrke tilliten til forvaltningsorganet og til forvaltningen mer allment ved at avgjørelsene oppfattes som legitime.

---

<sup>20</sup> [Etiske regler for leger](https://www.legeforening.no/etiske-regler-for-leger). Legeforeningen.no

<sup>21</sup> [Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere](https://www.nsf.no/yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere) Nsf.no

<sup>22</sup> [NFFs yrkesetiske retningslinjer](https://www.fysio.no/nffs-yrkesetiske-retningslinjer). Fysio.no

<sup>23</sup> [Etiske prinsipper for nordiske psykologer](https://www.psykologforening.no/etiske-prinsipper-for-nordiske-psykologer) psykologforening.no

Med rettssikkerhet menes «den sikkerhet og trygghet som ligger i at samfunnet er regulert av rettsregler og at myndighetene håndhever dem».<sup>24</sup> Dette beskriver sentrale egenskaper ved en rettsstat, i motsetning til en stat hvor den sterkeste rett gjelder. Begrepet rettssikkerhet blir ofte en samlebetegnelse for å beskytte mot overgrep og vilkårlighet fra myndighetens side og til å kunne forutberegne egen rettsstilling og forsvare sine interesser.<sup>25</sup>

Tillit bygger på en subjektiv opplevelse av at andre sannsynligvis vil handle på en måte som er god og nyttig for oss, eller som i det minste ikke er skadelig. En sterk tillitskultur muliggjør en velfungerende forvaltning. Høy grad av tillit mellom borger og forvaltningen gir større aksept for forvaltningens beslutninger. Hva som skaper tillit til forvaltningen er et komplekst tema, men det er viktig å være bevisst på betydningen av å opprettholde og øke tillitsnivået. Når tilliten er brutt ned, kan den være vanskelig å bygge opp. En grunnleggende forutsetning for å kunne utøve virksomhet i helsetjenesten, er at allmennheten har stor grad av tillit både til det enkelte helsepersonellet og til helse- og omsorgstjenesten som sådan.

Hvordan saksbehandlingsprosessen oppleves, kan ha vel så stor betydning som innholdet og konklusjonen i avgjørelsene. Opplevelsen av en rettferdig saksbehandling øker sannsynligheten for at utfallet aksepteres selv om det er negativt.<sup>26</sup> Motsatt kan en saksbehandling som oppleves som urett gjøre borgerne mer skeptiske og negativt innstilt, og føre til manglende samarbeidsvilje, som i sin tur går ut over forvaltningens evne til å levere rettsriktige og gode resultater.

I løpet av de siste tiårene har innbyggerne i større grad blitt behandlet som brukere, og vi har alle høyere forventninger om å bli inkludert og motta forståelig informasjon som vi selv kan vurdere. Denne utviklingen skjerper kravet til at forvaltningen må arbeide på en måte som vi forstår og kan akseptere, noe som igjen innebærer at forvaltningen må være åpen, tilgjengelig og forståelig. De som er involvert i saken skal behandles hensynsfullt og med respekt, og de skal oppleve å bli hørt og tatt på alvor.

Mange saksbehandlingsregler i forvaltningsloven har som formål å legge til rette for materielt riktige resultater. Dette gjelder for eksempel krav til utredning, forhåndsvarsling, aktiv informasjonsplikt og regler om innhenting og foreleggelse av opplysninger. Andre regler søker å forhindre misbruk av posisjon eller vektlegging av usaklige hensyn under saksbehandlingen, for eksempel inhabilitetsreglene og «læren om myndighetsmisbruk». Forvaltningen vil gjøre feil i noen av sine avgjørelser, og det er derfor viktig med mekanismer som gjør det mulig å rette opp slike feil. Reglene om klage, omgjøring og ugyldighet legger til rette for at gale eller uheldige avgjørelser kan endres.<sup>27</sup>

## **5.2 Beskrivelse av saksbehandlingen**

### **5.2.1 Statsforvalteren**

Bekymringer eller påstander om at helsepersonell har hatt en seksuell relasjon til pasient/bruker, eller utøvd grenseoverskridende seksuelle handlinger, kommer inn til

---

<sup>24</sup> Se <https://ordbokene.no>

<sup>25</sup> St.meld nr 32 (1976-77): Rettssikkerhet i sosial og helseinstitusjoner s. 6

<sup>26</sup> OECD 2017. Public Governance Reviews: Trust and Public Policy: How Better Governance can Help Rebuild Public Trust. s.69

<sup>27</sup>Ny forvaltningslov. NOU 2019:5

statsforvalteren via telefonoppringning(er) eller skriftlige melding (er) fra flere ulike kilder som:

- pasienten/brukeren selv eller noen som representerer denne, eksempelvis pårørende, pasient- og brukerombud eller annet behandlende helsepersonell
- helsepersonell eller arbeidsgivere melder i tråd med helsepersonelloven § 17
- politiet med hjemmel i politiregisterforskriften § 10-7, jf. politiregisterloven § 30
- medieoppslag eller tips fra andre

Henvendelser med bekymringer eller påstander om at helsepersonell har hatt en seksuell relasjon til pasient/bruker eller utøvd grenseoverskridende seksuelle handlinger ser statsforvalteren alvorlig på, og sakene prioriteres for rask igangsettelse og oppfølging, også når forholdet ligger langt tilbake i tid.

Dersom pasienten/brukeren av ulike grunner ikke klarer å skriftliggjøre sin klage eller beskrivelse av hendelsen, og heller ikke har noen som kan bistå han/henne i dette, kan statsforvalteren tilby et møte. Statsforvalteren oppfordrer pasienten/brukeren til å ha med seg en eller flere tillitspersoner under møtet. Det utarbeides et skriftlig referat etter samtalen. Noen statsforvaltere sender referatet til gjennomgang og godkjenning hos pasienten/brukeren. Møtereferatet fungerer etter dette som pasientens/brukerens/pårørendes klage.

Ved skriftlige henvendelser har statsforvalteren klare rutiner for mottak og avklaring. Som regel tas saken først opp i egen fordelingsinstans hvor ledelsen er representert. Fordelingsinstansen fordeler saken til ett saksbehandlingsteam i avdelingen med juridisk og helsefaglig kompetanse. For å sikre nødvendig kompetanse og erfaring, er det ofte forhåndsbestemt hvilke saksbehandlere som får ansvaret for saken. Tilrådinger til saksbehandlingsteamet om hvordan forholdet bør følges opp videre kommer eksempelvis muntlig i et tilsynsforum-møte eller skriftlig i et saksbehandlingsnotat/fordelings-epost, eller en merknad i saken.

Det gjøres rutinemessig søk etter tidligere bekymringsmeldinger/saker på det aktuelle helsepersonellet i statsforvalterens eget saksbehandlingssystem, ePhorte. Det foretas tilsvarende søk i tilsynsmyndighetens felles registreringssystem, NESTOR. Her fremkommer bare konklusjonen i tidligere saker – for eksempel lovbrudd/ikke lovbrudd. Saksbehandler må ta kontakt med den statsforvalteren som har behandlet tilsynssaken for å få informasjon om hva tidligere tilsynssak har omhandlet.

Statsforvalteren baserer seg først og fremst på skriftlig saksdokumentasjon, men dersom mottatt bekymringsmelding eller klage er kortfattet og det ikke har vært avholdt noen dialog med avsender som beskrevet ovenfor, vil ofte statsforvalteren søke å opplyse forholdet nærmere i dialog før det åpnes tilsynssak mot helsepersonellet. Denne dialogen kan gjennomføres på telefon, digital plattform eller i et fysisk møte.

Involvert helsepersonell varsles om saken i brev. Hver statsforvalter velger selv hvordan innholdet i brevet skal utformes. I varselbrevet tilbyr statsforvalteren som hovedregel et møte med helsepersonellet. Eventuelt møte avholdes som hovedregel etter at helsepersonellet har svart skriftlig i saken i henhold til pålegget fra statsforvalteren. Det varierer om helsepersonellet ønsker møte eller ikke. Dersom det avholdes møter, referatføres disse og helsepersonellet får anledning til å godkjenne referatet. Det kan være nødvendig å be helsepersonellet om ytterligere skriftlig dokumentasjon som er relevant for saksvurderingen,

eksempelvis utskrift fra journal eller opplysninger fra arbeidsgiver. Praksis her varierer mellom statsforvalterne.

Statsforvalteren bestreber å opplyse saken så raskt som mulig og slik at man får en reell oversikt over situasjonen. Når saksforholdet er vurdert opp mot aktuelt rettsgrunnlag, har statsforvalteren tre handlingsalternativer: avslutte tilsynssaken, oversendelse til Statens helsetilsyn etter nødvendig saksutredning, eller oversendelse til Statens helsetilsyn uten ferdigstillelse av saksutredningen for vurdering av suspensjon.

#### 5.2.1.1 Vurdering av saksforholdet

Det sentrale i statsforvalterens vurdering er om det foreligger alminnelig sannsynlighetsovervekt for om helsepersonellet har hatt eller har en pågående seksuell relasjon til pasienten/brukeren, eller utøvd seksuelt grenseoverskridende handlinger. Det er saksbehandlingsteamet som først tar stilling til dette, men ledelsen er alltid involvert underveis i prosessen. Vedlegget til statsforvalterens saksbehandlingsveiledning, «Momenter ved vurdering av grenseoverskridende intim atferd» er til hjelp i denne vurderingen og skal bidra til at det ikke blir utilsiktede ulikheter ved statsforvalternes saksbehandling.

#### 5.2.1.2 Statsforvalteren avslutter saken uten oversendelse

Statsforvalterne har en oppfatning av at de fleste saker der en pasient eller bruker hevder at et autorisert helsepersonell har hatt en seksuell relasjon til han/henne, eller at helsepersonellet har utøvd grenseoverskridende seksuell atferd, oversendes Helsetilsynet for vurdering av administrativ reaksjon. Det kan være en alvorlig saksbehandlingsfeil å konkludere med lovbrudd uten å oversende saken til Helsetilsynet.

Dersom statsforvalteren konkluderer med at det ikke er sannsynliggjort at helsepersonellet har begått et lovbrudd, kan det være fordi kravet til en forsvarlig saksbehandling og vurdering ikke gjør det mulig å legge til grunn pasientens eller brukerens forklaring uten annen informasjon eller dokumentasjon som støtter opp under denne. Et eksempel kan være en pasient som gjentakende ganger melder inn samme forhold, men mot ulike personer, og disse forholdene trolig kan relateres til pasientens tidligere overgrepserfaringer. Et annet eksempel er at politiet etter grundig etterforskning ikke finner bevis for anklagene mot helsepersonellet, og pasienten eller brukeren er inkonsekvent i sine forklaringer, eller ikke virker å skille mellom fantasi og virkelighet. I slike tilfeller vil det være vanskelig for statsforvalteren å konkludere med sannsynlighetsovervekt for påstandene som er fremsatt. Andre eksempler kan være der det er avdekket et klart hevnmotiv fra pasienten/brukeren mot helsepersonellet av ulike årsaker. Dersom det oppstår uenigheter internt hos statsforvalteren knyttet til sannsynlighetsvurderingen, er det ledelsen som treffer endelig beslutning om konklusjonen i saken.

#### 5.2.1.3 Statsforvalteren oversender saken til Statens helsetilsyn for vurdering av administrativ reaksjon

Ved oversendelse har statsforvalteren vurdert og konkludert med at det er sannsynlig at det foreligger et lovbrudd som kan resultere i en administrativ reaksjon, for eksempel tilbakekall av autorisasjonen. Saksbehandlerveiledningen er styrende for oversendelse av saken til Helsetilsynet.

#### 5.2.1.4 Statsforvalteren sender over saken til Statens helsetilsyn før det er konkludert med lovbrudd

Dersom statsforvalteren vurderer at helsepersonellet kan være en fare for pasientsikkerheten, sender statsforvalteren saken over til Helsetilsynet før den er ferdig utredet for vurdering av suspensjon av autorisasjon med umiddelbar virkning. Dette kan være saker der det allerede er avsagt dom i saken og tilsynsmyndighetene mener det er nødvendig å vurdere suspensjon som følge av denne.

#### 5.2.1.5 Saker hvor helsepersonell har gitt frivillig avkall på sin autorisasjon

Det skilles mellom frivillig avkall uten pågående tilsynssak og i pågående tilsynssak.

For førstnevnte plikter statsforvalteren å avklare bakgrunnen for frivillig avkall og informere helsepersonellet om konsekvensen av frivillig avkall. Etter dette må statsforvalteren oversende informasjon om forholdet til Statens helsetilsyn for videre oppfølging og registrering der.

Dersom helsepersonellet nekter å oppgi årsaken til frivillig avkall, må statsforvalteren «vurdere å innhente opplysninger eller uttalelse fra arbeidsgiver eller andre».

Når det gjelder frivillig avkall i en pågående tilsynssak, «skal saken oversendes til Statens helsetilsyn uten videre saksbehandling», men statsforvalteren plikter å blant annet legge ved alle sakens dokumenter.

#### 5.2.1.6 Saker som omhandler uautorisert helsepersonell

Helsetilsynet besluttet i desember 2014 at alle saker mot uautorisert helsepersonell, uansett alvorlighetsgrad, skal avsluttes hos statsforvalteren. Det innebærer at statsforvalteren skal behandle tilsynssaken, eventuelt konstatere lovbrudd, gi råd/veiledning og presisere forventninger. Statsforvalteren kan også undersøke og følge opp hvordan arbeidsgiveren håndterer saken og ivaretar pasientsikkerheten. Statsforvalteren kan også anmelde saken og anbefale etterforskning dersom det er grunn for det.

Bakgrunnen for beslutningen om at slike saker skal avsluttes hos statsforvalteren var at Helsetilsynet ikke har andre reaksjonsformer enn advarsel, og at en slik mild reaksjon mot alvorlige lovbrudd vil kunne svekke tilliten til tilsynsmyndigheten fordi autorisert helsepersonell utvilsomt ville bli fratatt autorisasjonen for samme forhold. Det er heller ikke etablert et register over advarsler. Det kan være aktuelt å informere Helsedirektoratets autorisasjonsavdeling der det kan tenkes at vedkommende kan komme til å søke om autorisasjon i framtiden. Det *kan* også være aktuelt å oversende saken til Helsetilsynet for begjæring av offentlig påtale for brudd på helsepersonelloven i tillegg til administrative reaksjoner.<sup>28</sup>

### 5.2.2 Statens helsetilsyn

#### 5.2.2.1 Tilsynssaker

Før oversendelse har statsforvalteren gjennom sin saksbehandling vurdert om det er sannsynlig at det har vært en seksuell relasjon mellom helsepersonell og pasient eller andre seksuelt grenseoverskridende handlinger. Det er konkludert med at helsepersonellet har brutt

---

<sup>28</sup> Statens helsetilsyns hjemmel til å begjære offentlig påtale bortfaller som følge av endringer i straffeprosessloven. LOV-2021-06-18-122. Endringslov til straffeprosessloven.



helselovgivningen. Oversendelsen skjer når statsforvalteren mener det i tillegg må vurderes om det skal reageres med advarsel, begrensning i autorisasjonen eller tilbakekall av autorisasjonen som helsepersonell. Saken skal med andre ord allerede være godt dokumentert og vurdert når Helsetilsynet starter sin behandling.

Saksbehandlingen i Helsetilsynet følger saksbehandlingsveilederen for tilsynssaker. Saken fordeles internt til riktig avdeling og derfra videre til aktuelle saksbehandlere, det vil si en juridisk saksbehandler og en helsefaglig saksbehandler. Saksbehandlerne gjennomgår saken og legger som hovedregel saken fram på et åpningsmøte, som er et drøftingsmøte for nye tilsynssaker. Formålet med åpningsmøtene er å påse at saken så fort som mulig kommer inn i et tilsynsmessig riktig spor. I åpningsmøtet tas det som hovedregel stilling til hvilken administrativ reaksjon som er aktuell å varsle helsepersonellet om. Det kan også konkluderes med at saken sendes tilbake til statsforvalteren eller avsluttes uten at det orienteres om mulig administrativ reaksjon.

Saksbehandlingen i Helsetilsynet følger hovedregelen om skriftlig saksbehandling i offentlig forvaltning. Det betyr at det innhentes skriftlig dokumentasjon dersom det som allerede er oversendt ikke er tilstrekkelig. I tillegg tilbys helsepersonellet et møte med Helsetilsynet der vedkommende kan belyse saken. Tilbud om møtet er begrenset til saker der det er aktuelt å tilbakekalle en autorisasjon.

Ved saksbehandlingen av denne sakstypen anvendes omtalte vedlegg til saksbehandlerveilederen, «Momenter ved vurdering av grenseoverskridende intim atferd», som er samme verktøy som statsforvalteren skal bruke i sine vurderinger. Overordnet beskriver notatet fem områder ved saken som bør vurderes:

- helsehjelpens art, omfang og kvalitet
- grenseoverskridelsens art og omfang (fysisk, seksuell, m.m.)
- personell/pasient-relasjonen – art og omfang (asymmetri m.m.)
- pasientens sårbarhet (psykiske lidelser, rus, overgrepserfaringer m.m.)
- skadepotensial

Vedlegget har også en oppsummerende momentliste som kan fungere som et praktisk verktøy i hver enkelt sak, og som gjør at man kan vurdere hver enkelt av de totalt 32 momentene som eksempelvis skjerpene eller formildende momenter i vurderingen av handlingene/hendelsene i tilsynssaken. Momentlisten ser også på vurderinger av helsepersonellens håndtering av sin grenseoverskridende atferd (om vedkommende eksempelvis informerer arbeidsgiver), gjentakelsesfare og egne forhold som bør vurderes ved søknad om ny autorisasjon.

I tillegg til beskrivelsene i vedlegget må saksbehandlerne, i særdeleshet helsefaglig saksbehandler, ta i bruk relevant kunnskap om grenseoverskridelser, rollesammenblanding og utøvelse av vold og overgrep (både forståelse av helsepersonellet og opplevelse for pasient/bruker). Behovet for kunnskap kan også berøre områder som traumeforståelse, psykiske lidelser og rusmiddelmissbruk.

### 5.2.2.2 Søknader

Behandlingen av søknader om ny eller begrenset autorisasjon følger saksbehandlingsveileder og vurdering av kriterier som er omtalt i rundskriv IK-2/2017<sup>29</sup>. Vedlegget til saksbehandlingsveilederne viser også til enkelte av disse momentene, men da til en tidligere utgave av rundskrivet (IK-1/2009).

Beskrivelse av brukerinvolvering under saksbehandlingen både hos statsforvalteren og i Helsetilsynet er gitt i kapittel 6.2. Anbefalinger knyttet til brukerinvolvering i punkt 6.2.4.

### 5.2.3 Vurdering

Det ligger utenfor gruppens mandat å vurdere om saksbehandlingspraksisen hos tilsynsmyndigheten er i henhold til forvaltningslovens bestemmelser, men vi har likevel valgt å ta med noen observasjoner og betraktninger rundt det vi mener er fundamentet for den generelle tilliten til at de beslutningene som tilsynsmyndigheten tar, er riktige og at rettssikkerheten for de som er involvert, er ivaretatt.

De fleste tilsynssaker starter hos statsforvalterne. Arbeidsgruppen har ikke gjennomgått saker som ikke er oversendt for å vurdere om statsforvalterne har en riktig forståelse av regelverk og sannsynlighetsvurdering, eller om det er saker som burde vært oversendt som ikke er det. Tall innhentet fra statsforvalterne i perioden 1. januar 2010 til 31. desember 2020 viser at det er 83 saker som ble avsluttet på regionalt nivå. 19 saker (ca. 23 %) omhandlet uautorisert helsepersonell som ikke skulle vært oversendt. Det er med andre ord 64 saker over en periode på 10 år der statsforvalteren har besluttet å ikke oversende saken til Helsetilsynet for vurdering av administrativ reaksjon. Dette er et så lavt antall at arbeidsgruppen ikke er særlig bekymret for at det er saker som skulle vært oversendt. Som ledd i et arbeid for større likhet og ensartet praksis imellom statsforvalterne, kan det likevel være nyttig, som oppfølging av dette arbeidet, å se nærmere på vurderingene som er gjort i disse sakene.

På bakgrunn av statsforvalternes beskrivelse av egen praksis, ser arbeidsgruppen at det bør vurderes en egen gjennomgang for å påse at det ikke er uønsket variasjon eller ulikheter i saksbehandlingen som kan svekke tilliten til tilsynsmyndigheten.

Det er viktig at alle statsforvaltere organiserer mottak av muntlige henvendelser på en slik måte at de som melder inn en bekymring eller klage over telefon, får snakke med saksbehandlere som har erfaring med slike saker og som gir informasjon og veiledning på en lik måte. Denne sakstypen er sensitiv for de som er berørte, og det er derfor ekstra viktig å bli møtt med respekt og få tydelig og ivaretagende informasjon fra saksbehandlere som har kunnskap om og erfaring fra slike saker.

Gjennomgangen viser at helsepersonellet får anledning til å komme med sin redegjørelse muntlig hos noen statsforvaltere, mens andre nærmest aldri åpner for dette. Saksbehandlingen i det offentlige er skriftlig, men det kan være nødvendig med muntlig informasjonsoverlevering på telefon eller i et møte. Prioritering er viktig for å bruke ressursene riktig og for å ha en så kort saksbehandlingstid som mulig. Vi anbefaler skriftlige kriterier for når helsepersonellet skal få anledning til personlig møte med saksbehandler hos statsforvalteren, og disse kriteriene bør være de samme hos alle statsforvaltere.

---

<sup>29</sup> [Informasjon til deg som har mistet din autorisasjon eller som har gitt frivillig avkall på den. Rundskriv IK-2/2017](#) Helsetilsynet.no

Brevene som sendes helsepersonellet med varsel om igangsatt tilsynssak kan med fordel standardiseres så langt det er mulig. Dette vil både skape tillit, lette saksbehandlingen og fremme likebehandling. Det må skilles tydelig mellom hva helsepersonellet plikter å uttale seg om, og hva de frivillig redegjør for. Det er også viktig å være presis om hva som trengs av opplysninger om pasienten, for at helsepersonellet ikke oversender mer informasjon om pasienten enn det som er nødvendig og aktuelt for pågående sak.

Dersom det er opplysninger i saken om at forholdet er politianmeldt, eller saken allerede er under etterforskning, er det viktig å avklare med politiet om statsforvalteren skal avvente å kontakte helsepersonellet til politiet for eksempel har avsluttet sine innledende undersøkelser eller avhør.

Arbeidsgruppen registrerer at det ved vurderingen av saken varierer mellom statsforvalterne om de bruker vedlegget til saksbehandlingsveiledningen - «Momenter ved vurdering av grenseoverskridende intim atferd». Vi mener dette må brukes systematisk og vurderingene dokumenteres fordi det vil skape forutsigbarhet, redusere ulikhetene og gjøre saksbehandlingen mer effektiv og kunnskapsbasert.

Når statsforvalteren mottar en sak, er det vanskelig å få rask oversikt over hendelser eller klager helsepersonellet har vært involvert i andre steder og som kan gjenfinnes i saker hos andre statsforvaltere. Dette kan for eksempel være helsepersonell som reiser rundt på oppdrag fra bemanningsbyrå. Selv om det ikke har resultert i administrative reaksjoner, kan opplysningene være relevante ved senere klager. Med utgangspunkt i både pasientsikkerheten og tilliten til tilsynsmyndigheten, er det ønskelig med tekniske løsninger og verktøy som gir informasjon og oversikt, uansett hvor helsepersonellet befinner seg geografisk. Det bør vurderes om det er mulig å registrere mer utfyllende informasjon innenfor begrensningene som Personvernforordningen (GDPR) setter.

Selv om prinsippet om skriftlig saksbehandling også gjelder for Helsetilsynet, er det etablert en praksis der helsepersonellet som står i fare for tilbakekall av autorisasjonen, tilbys et møte med Helsetilsynet for å legge fram sine synspunkter muntlig. Dette er en utvidelse av den begrensede samtaleretten helsepersonellet har som part etter forvaltningsloven<sup>30</sup>. Dersom en part ber om møte før saken avgjøres, må forvaltningsorganet ta stilling til om dette skal imøtekommes. Praksis i Helsetilsynet er at helsepersonell, der det vurderes tilbakekall av autorisasjonen, tilbys et møte, uten at helsepersonellet spesifikt har bedt om en samtale og uten at Helsetilsynet har vurdert om møte er nødvendig for å opplyse saken før det tas en beslutning.

Det fremgår av den interne rutinen for møter med helsepersonell,<sup>31</sup> at hovedformålet med møtene er at helsepersonellet skal få anledning til å gi en muntlig uttalelse og dermed større anledning til å forklare seg/opplyse saken. Møtet skal ikke erstatte den skriftlige saksbehandlingen, men er et tillegg til det som innhentes av skriftlig dokumentasjon og informasjon.

Følgende informasjon sendes ut i alle saker der det vurderes tilbakekall av autorisasjonen:

---

<sup>30</sup> LOV-1967-02-10. Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven) § 11d

<sup>31</sup> [Rutine for møter med helsepersonell som risikerer å miste sin autorisasjon](#). Styrende dokument, sist vedtatt 1.4.2020 Losen (Helsetilsynets intranett)

## «Tilbud om møte med Statens helsetilsyn

Statens helsetilsyn har skriftlig saksbehandling. I saker hvor vi vurderer tilbakekall av autorisasjon, tilbyr vi likevel helsepersonellet et møte med Statens helsetilsyn. Hovedformålet med møtet er å gi helsepersonellet anledning til å forklare seg muntlig. Dersom du ønsker et slikt møte, ber vi deg gi beskjed innen fristen på tre uker. Du kan møte personlig i Statens helsetilsyn eller til et video- eller telefonmøte fra kontoret til Statsforvalteren i ditt bostedsfylke. Du kan møte sammen med en annen person, for eksempel en advokat. Møtet skal ikke erstatte den skriftlige saksbehandlingen, og vi ber deg sende inn skriftlig uttalelse og eventuell annen dokumentasjon til saken i forkant av møtet.»

Muntlige samtaler med saksbehandlere i forvaltningen er ressurskrevende. Møter er ekstra krevende fordi det legger beslag på tjenestepersoners tid og kapasitet. Arbeidsgruppen har stor forståelse for at det er inngripende og alvorlig for helsepersonell å bli fratatt autorisasjonen, men vi mener hensynet til raskere saksbehandling og avgjørelse av saken er viktig. Samtaler med helsepersonell kan utfordre tilliten til en upartisk og transparent saksbehandlingsprosess hos tilsynsmyndighetene.

Statsforvalteren har som regel, i disse sakene, konkludert med lovbrudd før saken oversendes Helsetilsynet. Helsetilsynet erfarer at møtet med helsepersonellet sjelden gir ny informasjon i saken. Rettssikkerheten til helsepersonellet er godt ivaretatt gjennom de ordinære saksbehandlingsreglene og en klageordning. Det er viktig for alle involverte at saken får en korrekt, men også rask avgjørelse. Det er svært belastende å vente på konklusjonene i saker som dette, og lang saksbehandlingstid kan få betydning for pasienten/brukerens mulighet til å bearbeide det som har skjedd og komme videre.

### 5.2.4 Anbefalinger

- Det bør utarbeides kriterier for statsforvalternes møter med helsepersonell i tilsynssaker.
- Det bør utarbeides standardformuleringer som kan brukes når helsepersonellet varsles om tilsynssak og pålegges uttalelse og utlevering av dokumentasjon.
- Statsforvalterne bør bruke vedlegget til saksbehandlingsveiledningen - «Momenter ved vurdering av grenseoverskridende intim atferd». Momenter i saken som har hatt betydning for vurderingen må dokumenteres.
- Helsetilsynet bør vurdere å endre sin praksis med å tilby helsepersonell møte med saksbehandlerne i saken.

## 6 Arbeidsgruppens vurderinger av tilsynssaker i en periode på 10 år

### 6.1 Beskrivelse av utvalget av tilsynssaker og tilhørende søknader

Det ble gjennomført et søk i databasen for tilsynssaker og søknader i Statens helsetilsyn, NESTOR. Søket ble gjennomført på avsluttede tilsynssaker i perioden 1. januar 2011 til 31. desember 2020, der vurderte bestemmelser var hpl. § 4 Seksuelle relasjoner og hpl. § 57 Uegnet - Uforsvarlig virksomhet - seksuell relasjon. Søket ga etter korrigeringer 147 tilsynssaker for denne perioden.



I tillegg ble det også vurdert 46 søknader fra helsepersonell som i de 147 tilsynssakene hadde mistet sin autorisasjon eller fått vedtak om begrenset autorisasjon i tilsynssaken i den samme perioden. Søket vurderes som representativt for alle saker i tidsperioden, men inneholder ikke eventuelle nye søknader fra helsepersonell som fikk tilbakekalt autorisasjon eller begrenset sin autorisasjon i tilsynssaker som ble avsluttet før 1. januar 2011. Søknadene som er vurdert er altså knyttet til tilsynssaker for samme tidsperiode, noe som ble vurdert innledningsvis som en klar fordel mht. vurderingstemaene i arbeidsgruppens mandat.

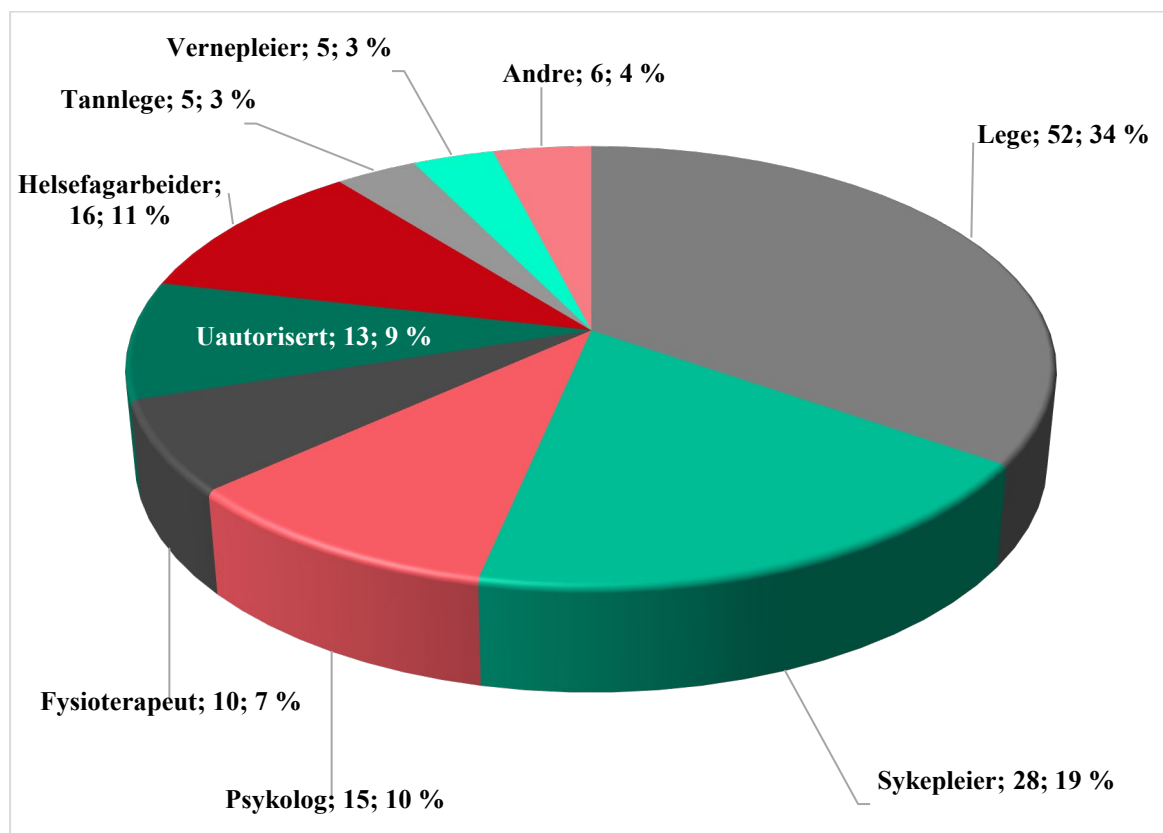
Herunder beskrives enkelte deskriptive trekk ved de 147 tilsynssakene som ble vurdert.

### 6.1.1 Kjønn

I de 147 tilsynssakene var det 115 menn og 32 kvinner, det vil si at i 78 % av tilsynssakene var tilsynsobjektet en mann.

### 6.1.2 Autorisasjon

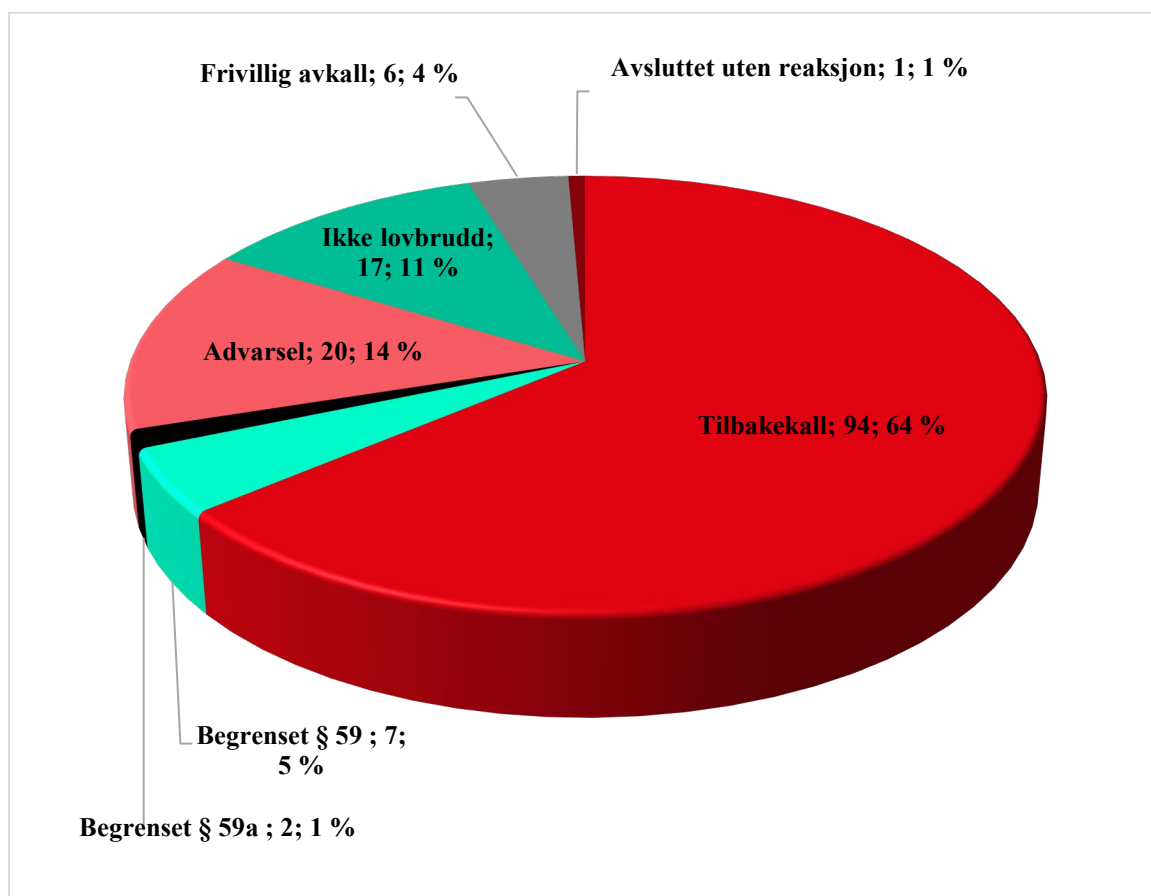
I de 147 tilsynssakene var 13 personer uautorisert helsepersonell, og 134 autorisert. Vi har inkludert de 13 uten autorisasjon i gjennomgangen, da det også her ble gjort relevante vurderinger av grenseoverskridende atferd, selv om muligheten for å gi en administrativ reaksjon var begrenset til advarsel (etter 2014 en personellgruppe som ikke lengre gis noen reaksjon). Arbeidsgiver har imidlertid et stort ansvar for å følge opp disse. I tillegg behandler statsforvalterne disse sakene og gjør tilsynsmessige vurderinger som følges opp med råd, veiledning og ev. anmeldelse. Autorisasjoner fordelte seg slik i utvalget av tilsynssaker:



Figur 1 Fordeling på helsepersonellkategori

### 6.1.3 Reaksjon

I de 147 tilsynssakene fordelte administrative reaksjoner seg slik:



Figur 2 Fordeling av administrative reaksjoner

Merk at for de uten autorisasjon i utvalget var eneste mulige reaksjonsform fram til 2014 en advarsel. For de 13 i utvalget uten autorisasjon mottok alle en advarsel, noe som gjør at det tallet på advarsler gitt til helsepersonell med autorisasjon er syv for tidsperioden. For 110 av de 134 med autorisasjon ble det gitt en reaksjon; advarsel, begrensning etter § 59a, § 59 eller tilbakekall etter § 57.

Vi vil bemerke at advarsel gitt til uautoriserte helsepersonell ikke gir et godt inntrykk av alvorligheten i sakene, da mange av disse sakene ville medført tilbakekall av autorisasjon, derom de hadde vært autorisert.

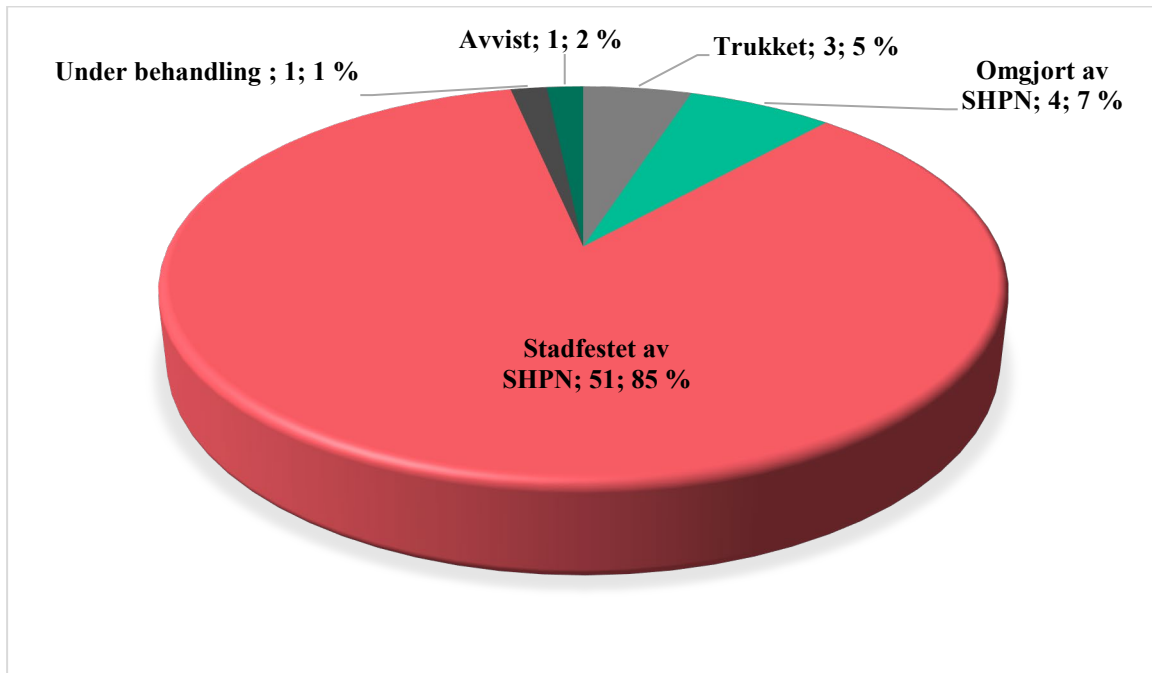
### 6.1.4 Var saken anmeldt eller ble det begjært påtale av Helsetilsynet?

I fem av de 147 tilsynssakene begjærte Statens helsetilsyn påtale.

Statens helsetilsyn anmeldte selv tre saker (og begjærte også påtale i en av disse tre), mens 68 saker var anmeldt av andre ved oversendelse (tallet inkluderer en anmeldelse av daværende fylkesmannen).

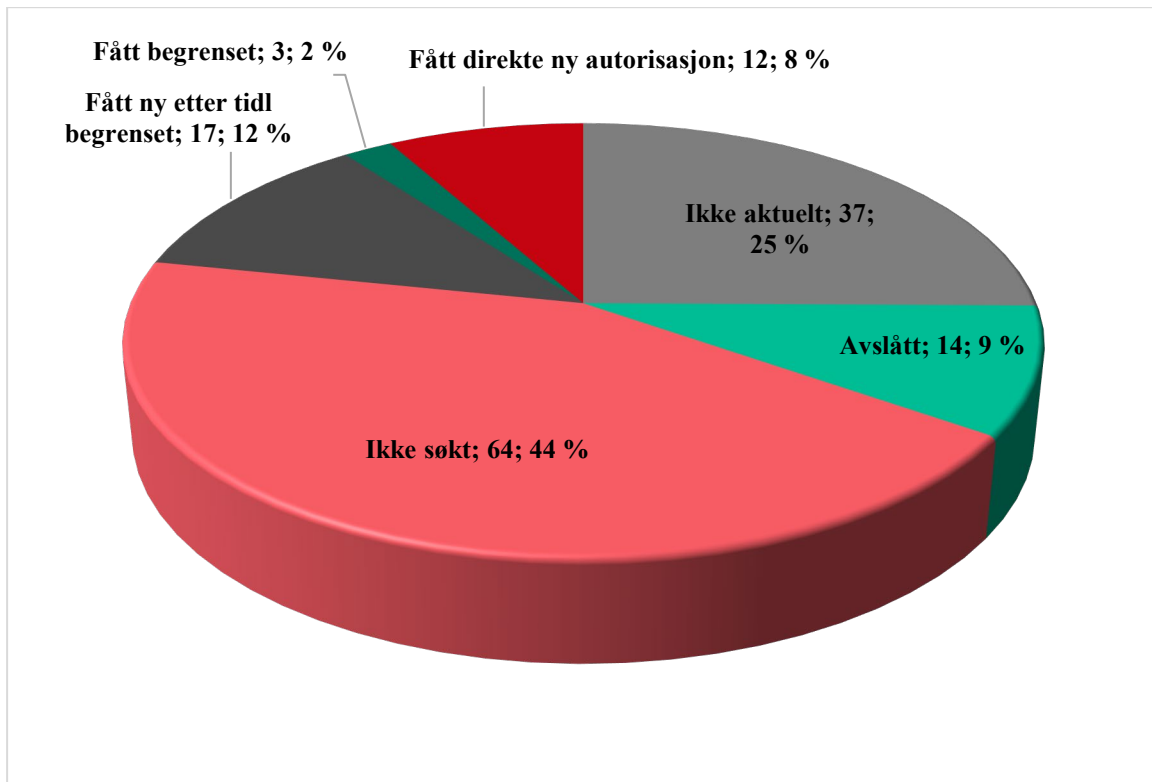
### 6.1.5 Ble vedtaket påklaget?

Administrative reaksjoner inkludert advarsler kan påklages. Flere av de 123 aktuelle vedtakene som Statens helsetilsyn fattet, ble påklaget. Utfallet av klagesaksbehandlingen fordelte seg slik:



Figur 3 Ble vedtaket i tilsynssaken påklaget?

### 6.1.6 Ble det søkt om ny eller begrenset autorisasjon?



Figur 4 Ble det søkt om ny eller begrenset autorisasjon?

For noen av sakene der Statens helsetilsyn tilbakekalte autorisasjonen, ble det først gitt begrenset autorisasjon og senere en ny autorisasjon uten begrensninger. Noen fikk også direkte ny autorisasjon ved søknad etter tidligere tilbakekall, her varierer tidsrommet en god del mellom opprinnelig tap av autorisasjon og ny autorisasjon. For en del av søknadene har Helsetilsynet avslått søknad om ny og/eller begrenset autorisasjon, og det er ikke søkt på nytt igjen etter dette avslaget.

Om lag 44 % av de som har mistet sin autorisasjon i denne tidsperioden på grunn av rollesammenblanding med en seksuell relasjon eller grenseoverskridende seksuell atferd har (per medio 2021) ikke søkt om å få ny autorisasjon. Ser man bort fra sakene der søknad ikke er aktuelt (25 %) da helsepersonellet ikke mistet eller fikk begrenset sin autorisasjon, kan man si at den reelle andelen som ikke har søkt om ny og/eller begrenset autorisasjon i utvalget er 58 %.

For 9 % av sakene har Helsetilsynet avslått søknad om ny og/eller begrenset autorisasjon. Videre fordeler sakene seg i tilfeller der helsepersonellet har fått en direkte ny autorisasjon ved søknad (det kan være flere søknader før dette skjer), tilfeller det ble først gitt begrenset autorisasjon så senere en ny autorisasjon, eller at helsepersonellet p.t. har en begrenset autorisasjon.

Det kan forventes noe endring i disse tallene da søknader om ny og/eller begrenset autorisasjon kan komme lenge etter et tilbakekall eller et vedtak om en begrenset autorisasjon.

#### 6.1.7 En kategorisering av ulike typer tilsynssaker

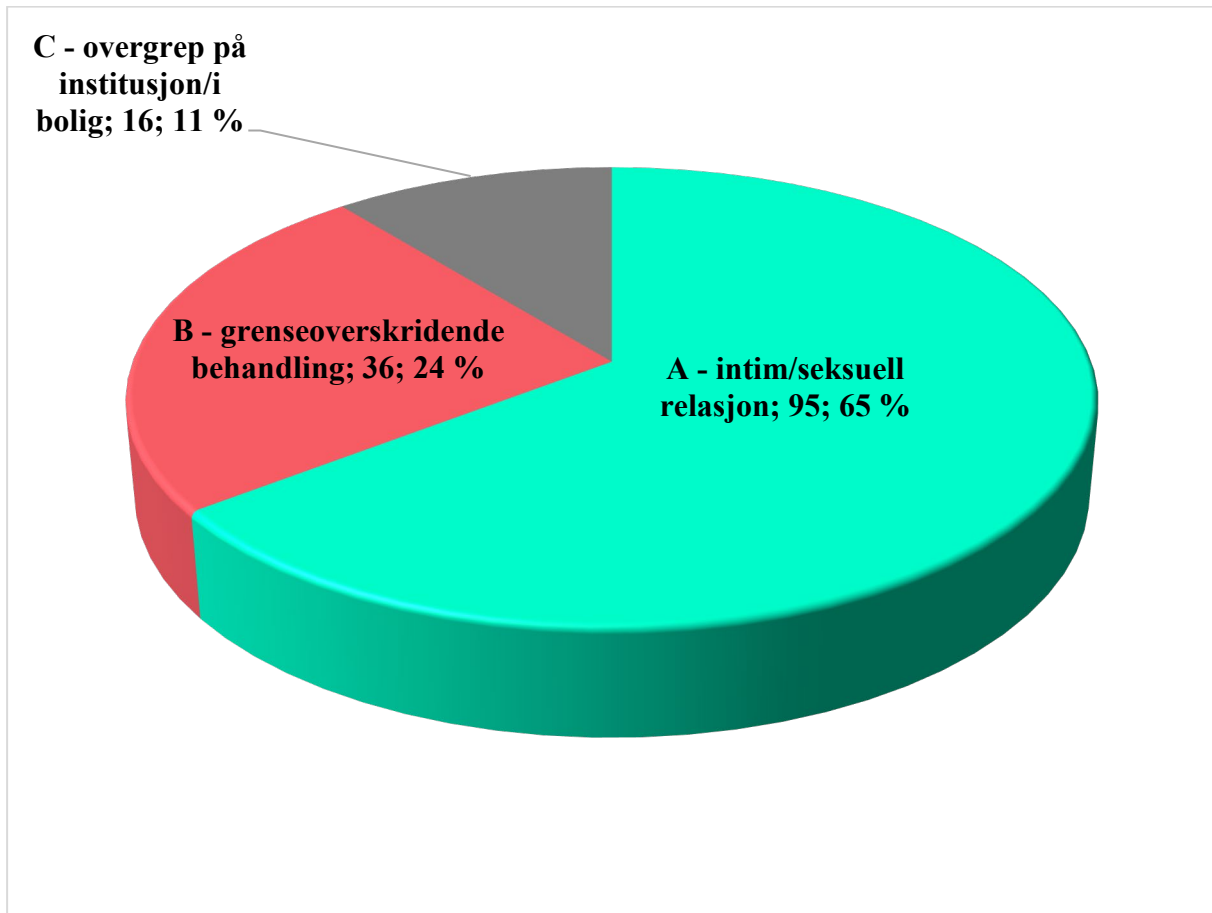
For å vise hvor ulike de enkelte saker vurdert under hpl § 4 og § 57 – seksuell relasjon er, men også på gruppenivå å gi en større forståelse av hva sakene konkret omhandler, har vi sortert de 147 sakene på følgende måte:

- A. Helsepersonellet innleder en seksuell *relasjon* til pasienten enten før, under eller etter behandlingskontakten. Varigheten av relasjonen varierer, men kategorien dekker alle seksuelle relasjoner mellom helsepersonell og pasient/bruker. Dette inkluderer saker der helsepersonellet og pasient/bruker etablerer et langvarig forhold.
- B. Helsepersonellet utøver grenseoverskridende seksuelle handlinger under pasientkontakt (også eksempelvis ved kommunikasjon pr SMS/e-post). Dette kan for eksempel være fysioterapeut eller lege som unødvendig undersøker bryster, eller har kommentarer med seksuelt innhold i kommunikasjon med pasient eller bruker. Atferden kan knyttes til behandlingen (gjørne slik helsepersonellet beskriver det) eller komme uavhengig av behandlingen som gis. Kategorien inkluderer seksuell omgang/handlinger. Helsepersonellet og pasienten etablerer ikke en privat seksuell relasjon.
- C. Helsepersonellet begår seksuelle overgrep/handlinger mot pasient/bruker i institusjon eller lignende. Dette kan eksempelvis være sykehjem, psykiatrisk avdeling eller bofelleskap for utviklingshemmede. Fellestrekk her er (ofte) at det er klare/grove seksuelle overgrep, og det er ingen privat/intim relasjon mellom helsepersonellet og pasienten (vennskapsforhold, kjæresteforhold e.a.).

Inndelingen indikerer på ingen måte en vurdering av alvorlighet i saken, og det er en stor spennvidde i handlinger som er begått og eventuell skade som er påført/skadepotensiale i de ulike sakene på tvers av kategoriene A, B og C. Eksempelvis kan et parforhold etablert i kategori A inneholde grenseoverskridende handlinger under konsultasjoner eller seksuelle



overgrep. Kategoriseringen er en grovsortering av det primære forholdet ved saken, for å bedre vise at annen koding, vilkår og beskrivelser av saker med grenseoverskridelser og rollesammenblanding inneholder svært ulike sakstyper.



Figur 5 En kategorisering av tilsynssakene

## 6.2 Involvering av pasienter, brukere og pårørende

Fram til lovendringen i pasient- og brukerrettighetsloven i 2013 ble tilsynssaker ansett som et anliggende mellom tilsynsmyndigheten og helsepersonellet eller virksomheten. Pasienter, brukere og pårørende var kun en kilde til kunnskap om det eventuelle pliktbruddet som ble vurdert av tilsynsmyndigheten. For å opplyse saken tilstrekkelig etter forvaltningsloven,<sup>32</sup> var det i noen saker nødvendig å innhente supplerende opplysninger fra pasienter, brukere eller pårørende. Pasienter, brukere og pårørende ble også kjent med saksopplysningene, for eksempel hva helsepersonellet hadde uttalt om en konkret hendelse slik at de kunne knytte sine kommentarer til denne. De ble bare involvert dersom tilsynsmyndigheten mente dette var nødvendig for å belyse saken tilstrekkelig.

Med virkning fra 1. januar 2014 har pasienter, brukere og pårørende fått en direkte innsyns- og uttalerett i tilsynssaker som er til behandling hos statsforvalteren<sup>33</sup>, og en tilsvarende rett dersom saken utredes av Helsetilsynet på bakgrunn av varsler om alvorlige hendelser. Det påpekes at innsyns- og uttaleretten begrenses til utredningsfasen av tilsynssaken, og at

<sup>32</sup> Forvaltningsloven § 17

<sup>33</sup> LOV-1999-07-02-63. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) § 7-4 a

spørsmålet om og eventuell hvilken administrativ reaksjon det skal reageres med, fremdeles, først og fremst er en sak mellom helsepersonellet/tjenesten og Helsetilsynet.<sup>34</sup> Innsyns- og uttaleretten innebærer at pasienter, brukere eller pårørende skal få tilsendt relevante saksdokumenter, uoppfordret. Lovendringen ble begrunnet i følgende forhold:

- Større involvering av pasienter, brukere og pårørende vil kunne bidra til en mer dekkende og balansert saksutredning og fremstilling av fakta.
- Det er positivt for tilliten til helse- og omsorgstjenesten og tilsynsmyndigheten.
- Det kan være lettere for de involverte å akseptere beslutningen og utfallet i saken dersom det er gitt anledning til å påvirke saksutredningen.
- Det er ønskelig med lik praksis hos statsforvalterne når det gjelder pasient/bruker-involvering.
- Det ble i samme proposisjon vurdert om det skulle gis klagerett på avgjørelsene hos statsforvalteren, men det ble konkludert med at departementet fant det tvilsomt hvorvidt en slik klagerett vil bidra til å bedre kvaliteten og pasientsikkerheten.

Det er et kontinuerlig fokus på forbedring i helse- og omsorgstjenesten når det gjelder ivaretagelse og involvering av pasienter, brukere og pårørende. I de årlige styringsdokumentene til Statens helsetilsyn understrekes viktigheten av at de rettighetene pasienter, brukere og pårørende allerede har i forbindelse med tilsynssaker (innsyns- og uttalerett), praktiseres på en hensiktsmessig måte.

Brukerinvolvering er et gjennomgående tema og fokusområde på systemnivå hos tilsynsmyndigheten. Dette ser vi for eksempel i eget punkt i «*Policy for tilsynssaker i helse- og omsorgstjenesten*» som ble vedtatt i september 2020.

«Involvering av pasienter, brukere og pårørende er viktig i alt tilsyn. Informasjon om deres erfaringer og opplevelser er avgjørende for å få et riktig bilde av det som har skjedd... Alle som tar kontakt skal få svar og bli møtt med forståelse og respekt.... Vi må formidle tydelig hvilken rolle vi har og forklare hvorfor vi prioriterer som vi gjør»

Involvering av pasienter, brukere og pårørende er også sentralt i det strategiske planarbeidet, både for perioden 2015–2018 og 2020–2025. I strategisk plan for 2020–2025 finner vi følgende mål:

«Mål IV: Brukerinvolvering skal gi best mulig tilsyn

For å sikre at befolkningen får gode tjenester skal vi arbeide med de forholdene som er viktige for brukerne. Vi skal derfor sikre at brukernes erfaringer er en sentral del av kunnskapen i tilsynsarbeidet. Erfaringene fra brukernes møter med tjenestene vil legge grunnlag for bedre risikovurderinger og prioriteringer, slik at tilsynet blir relevant og bidrar til forbedring. Brukernes erfaringer med tilsynet vil nære utvikling og forbedring av arbeidsmåtene våre. Brukere skal være involvert i alle tilsynsaktiviteter, gjennom dette skapes et bedre tilsyn. Vi skal i arbeidet vårt ha optimale og hensiktsmessige former for brukerinvolvering. Vi skal kommunisere tydelig til brukere hvilke forventninger de kan ha både til tilsynet og tjenestene.»

---

<sup>34</sup> Prop. 100 L (2012–2013). Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv s. 29

### 6.2.1 Brukerinvolvering hos statsforvalterne

Det er hovedsakelig statsforvalterne som har ansvaret for at pasienter og brukere er involvert, gjennom innsyn i dokumenter og muligheten de har til å uttale seg. Ivaretagelse av brukere og pasienter som har negative opplevelser i møtet med helsetjenesten er viktig. Dette handler både om å støtte, bistå, og trygge under saksgangen. Kravet til upartisk og transparent saksbehandling må balanseres mot pasienter og brukeres behov for ivaretagelse i krevende og for mange, kompliserte prosesser. Ordningen med pasient- og brukerombud i alle landets fylker er etablert nettopp for å gi pasienter, brukere og pårørende den informasjon, trygghet og bistand de trenger i saker som dette.

Det er ikke krav til statsforvalteren om å ha møter med pasienten/brukeren/pårørende, men dette kan være hensiktsmessig for å få saken best mulig opplyst, samtidig som det ivaretar de som ikke kan eller vil formulere seg skriftlig.

### 6.2.2 Brukerinvolvering hos Helsetilsynet

Sakene som oversendes fra statsforvalterne skal være så godt opplyste og dokumenterte at Helsetilsynet bare unntaksvis må kontakte pasient eller bruker for mer utfyllende informasjon.<sup>35</sup> Dersom dette er nødvendig sendes det eget brev til pasient/bruker.

Helsetilsynet blir også kjent med pasienten eller brukerens beskrivelse av hendelsen gjennom eventuelle politidokumenter. Praksis har vært å ikke be om tilsvarende informasjon på nytt, dersom det Helsetilsynet trenger allerede er beskrevet gjennom et politiavhør.

Et godt pasient- og brukerperspektiv beskytter og ivaretar pasientene underveis i saksbehandlingen. Det er derfor praksis i Helsetilsynet at minst mulig av informasjonen om pasienten tas med i avgjørelsen selv om helsepersonellet ofte viser til at det er diagnoser eller atferd hos pasient eller bruker som er årsaken til handlingen eller situasjonen. Vedtakene viser at Helsetilsynet sjelden kommenterer eller foretar en sannsynlighetsvurdering av disse påstandene fordi det er de objektive handlingene som leder til en eventuell administrativ reaksjon, ikke de bakenforliggende årsakene til at handlingene fant sted.

Selv om plikten til å sørge for at pasienten eller brukerens innsyns- og uttalerett er ivarettet ligger hos statsforvalteren, har Helsetilsynet i sin interne saksbehandlerveileder (4.2.7 og 4.2.8) besluttet at:

«Selv om Statens helsetilsyn ikke har en tilsvarende lovpålagt plikt, er vår praksis at vi også som hovedregel uoppfordret skal oversende relevante saksdokumenter som innkommer under vår behandling av saken til pasient/bruker/nærmeste pårørende. Vi skal også gi dem anledning til å uttale seg til de nye opplysningene. Hva som er ”relevante saksdokumenter” må vi avgjøre etter en konkret vurdering på linje med bestemmelsene om innsyns og uttalerett som gjelder for ”parter” etter forvaltningsloven. Opplysninger av vesentlig betydning som det må forutsettes at den som har fremsatt anmodning har grunnlag og interesse å uttale seg om, må sendes.»

De fleste sakene i vårt utvalg resulterer i en administrativ reaksjon, som regel tilbakekall av autorisasjon. Ved gjennomgangen av vedtakene ser vi at Helsetilsynet legger stor vekt på pasienten, brukeren eller pårørendes beskrivelse av hendelsen, fordi den ofte samsvarer med annen dokumentasjon og opplysninger i saken.

---

<sup>35</sup> Forvaltningsloven § 17

I perioden 1. januar 2011 – 31. desember 2020 ble det i litt over 11 % av sakene konkludert med at helsepersonellet ikke hadde begått noe form for lovbrudd som kunne lede til en reaksjon. I disse sakene ble ikke pasienten eller brukerens beskrivelse av situasjonen eller hendelsen funnet å kunne tillegges så stor vekt at Helsetilsynet hadde hjemmel til å reagere overfor helsepersonellet. Dette er et forholdsvis lite antall saker.

Dersom det ikke gis en administrativ reaksjon, blir kommunikasjonen og formuleringene i vedtakene av stor betydning fordi det betyr at tilsynsmyndigheten ikke finner det sannsynliggjort at det foreligger et lovbrudd.

Eksempler på formuleringer i vedtak:

«Ut fra de foreliggende opplysningene finner vi likevel ikke tilstrekkelig grunnlag for å si at pasientens forklaring er mer sannsynlig enn din. Statens helsetilsyn har etter en konkret helhetsvurdering kommet til at det ikke foreligger alminnelig sannsynlighetsovervekt for at du handlet slik pasienten har hevdet og derved utførte en seksualisert og grenseoverskridende undersøkelse av pasienten. Vilkårene for å tilbakekalle din autorisasjon som lege er derfor ikke oppfylt.»

«I denne saken er det påstand mot påstand, og vi har etter en grundig vurdering ikke funnet grunnlag for å si at pasientenes versjon er mer sannsynlig enn din versjon. Vi har i denne vurderingen også sett hen til tilsynssaken mot deg i 2002. Det foreligger på denne bakgrunn ikke alminnelig sannsynlighetsovervekt for at vilkårene for tilbakekall av autorisasjonen er oppfylt, jf. beviskravene som er omtalt over.»

Eksempel på formulering i avsluttende brev til pasienten:

**«Informasjon om tilsynssak**

Statens helsetilsyn viser til brev datert \*\*\* fra Fylkesmannen i Oslo og Akershus, hvor du ble informert om at tilsynssaken mot \*\*\* er oversendt til Statens helsetilsyn.

Statens helsetilsyn har i brev datert \*\*\* avsluttet tilsynssaken mot legen. I denne saken har det vært påstand mot påstand. Vi har etter en konkret vurdering ikke funnet alminnelig sannsynlighetsovervekt for at vilkårene for tilbakekall av autorisasjon som lege er oppfylt. Saken er avsluttet uten administrativ reaksjon mot legen. Da avgjørelsen også omhandler en annen pasient, oversendes ikke brevet i kopi. Dersom du ønsker innsyn i avgjørelsen, kan du kontakte Statens helsetilsyn.»

### 6.2.3 Vurdering

Sett fra et pasient-, bruker- og pårørendeperspektiv er det positivt og tillitsvekkende at Helsetilsynet i de fleste sakene treffer beslutning om en administrativ reaksjon overfor helsepersonellet. Med denne innfallsvinkelen kan vi si at pasientens eller brukerens beskrivelse blir lagt til grunn og tillagt vekt. Eventuell bekymring eller påstand om at terskelen for reaksjon er for høy, eller at «helsepersonell beskytter hverandre» stemmer ikke med det vi har funnet ved gjennomgang av sakene. Vi ser også i vedtakene at det er gitt en god beskrivelse av pasientens eller brukerens opplevelse av hendelsen, og at Helsetilsynet

finner denne sannsynliggjort sammenholdt med annen informasjon og dokumentasjon. Likevel mener vi det er andre sider ved brukerperspektiv og brukerinvolvering som det bør ses nærmere på.

Det er vanskelig å definere og angi nøyaktig hva som er riktig, tilstrekkelig og nødvendig brukerinvolvering i de sakene arbeidsgruppen har vurdert. Vi har derfor hatt nyttig dialog med Brukerrådet i Helsetilsynet og fått viktige innspill.

Vi har i vårt arbeid valgt å fokusere på disse tre punktene:

- I hvor stor grad er pasienter/brukere informert om saksgangen i en tilsynssak og hvor og når de eventuelt kan ta kontakt dersom de har spørsmål eller ny informasjon i saken?
- I hvor stor grad får pasienter/brukere informasjon og muligheten til å uttale seg under behandlingen av tilsynssaken?
- I hvilken grad blir deres beskrivelse av hendelsen og situasjonen tillagt vekt?

Vi mener disse områdene er like viktige. God, tydelig og betryggende informasjon om saksgangen, hvor bruker eller pasient kan henvende seg dersom de har spørsmål eller ønsker informasjon etter at saken er oversendt Helsetilsynet, er en forutsetning for i det hele tatt å kunne medvirke og føle seg ivaretatt og inkludert når saken er under behandling. Det har også liten hensikt å bli involvert dersom det som fremlegges av informasjon og dokumentasjon ikke blir vektlagt eller ikke oppleves å ha noen betydning.

Enkelte ønsker sterk og kontinuerlig involvering og informasjon under hele saken. Andre ønsker verken å bli kontaktet eller å benytte seg av muligheten til å komme med en uttalelse. Noen kan oppleve en form for retraumatisering av hendelsen dersom de stadig får informasjon som bringer opplevelsen og detaljene i denne tilbake. I noen saker som varsles fra pasientens nye behandler eller arbeidsgiver, er ikke navnet på pasient eller bruker oppgitt fordi de ikke samtykker til utlevering av opplysninger. Det må da pålegges utlevering av journal for å få tilstrekkelig informasjon til å kunne avgjøre saken. Andre igjen opplever store belastninger dersom de *ikke* opplever å bli hørt, sett eller involvert i tilsynssaken.

Det kan være vanskelig å ha regler for saksbehandling og praksis som ivaretar begge disse ytterpunktene på en respektfull og ryddig måte. Brukerrådet er imidlertid tydelige på at det må tas hensyn til begge perspektivene, og at brukerinvolveringen må defineres, tilpasses og justeres i hver enkelt sak, samtidig som det er viktig å dokumentere i saken hva som er tenkt og besluttet rundt brukerinvolvering. Brukerrådet er også tydelige på at kontakten med de involverte må være tilpasset den enkeltes muligheter, behov og forutsetninger. Det bør åpnes for alternative muligheter til å kunne redegjøre for hendelsen og konsekvensene av denne.

Arbeidsgruppen har et klart inntrykk av at rett til innsyn i saksdokumentene og rett til å kommentere disse er ivaretatt når saken er under behandling hos statsforvalteren. Om pasientene eller brukerne opplever at dette er en reell involvering, ligger utenfor arbeidsgruppens mandat å vurdere, men det er områder vi mener statsforvalteren må være spesielt oppmerksomme på når det gjelder brukerperspektivet og brukerinvolveringen.

Det er varierende praksis hos statsforvalterne når det gjelder tilbudet om og omfanget av møter med pasienter/brukere/pårørende i disse sakene. Arbeidsgruppen mener ulikheter må minimeres slik at pasienter og brukere kan få anledning til å gi sin redegjørelse i saken muntlig i et møte dersom de ønsker det, uavhengig av hvor de er bosatt i landet. Med den informasjonen vi har om sårbarheten og utfordringene mange pasienter og brukere har som er involvert i disse sakene, er det viktig at statsforvalterne legger til rette for dette, uten å bli så

involvert i saken at de fremstår som representanter for pasienten. Disse sakene er ofte både skambelagte og intime for pasienten eller brukeren. Dette må det tas særlig hensyn til både i den skriftlige informasjonen som sendes ut, og under møtene med de som tar imot et slikt tilbud. Statsforvalteren bør her være særlig oppmerksomme på og sørge for at ansatte som deltar i disse møtene er godt egnet til en slik oppgave. Informasjonen som mottas må nedtegnes og gjennomgås med pasienten eller brukeren for å påse at informasjonen er forstått og dokumentert på riktig måte.

Brukerperspektivet og eventuell brukerinvolveringen må komme frem i avgjørelsene av tilsynssakene. Arbeidsgruppen mener formuleringer, ordvalg og språkbruk er særlig viktig i dokumenter som sendes til pasienter og brukere. Dersom innholdet i klagen ikke er sannsynliggjort eller har fått noen betydning for vurderingen av mulige reksjoner, må dette skrives med klokskap slik at tilliten til tilsynsmyndigheten opprettholdes.

Arbeidsgruppen ser i vår gjennomgang av Helsetilsynets åpningsmøtenotat at brukerinvolvering ikke er et eget punkt i skjemaet som brukes. Siden saken allerede er utredet hos statsforvalteren og det er naturlig at kontakten med pasienten eller brukeren har foregått regionalt, er det i utgangspunktet ikke nødvendig å ha dette som eget drøftingspunkt på åpningsmøtene. Arbeidsgruppen har likevel vurdert og konkludert med at dette bør inn som eget punkt. Vi viser her særlig til policydokumentet som gir et tydelig signal om at involvering er viktig i alt tilsyn, og at informasjon om erfaringer og opplevelser er avgjørende for å få et riktig bilde.

Brukerinvolveringen og brukerperspektivet bør tas inn som eget drøftingspunkt i åpningsmøtene, for å synliggjøre at dette tas på alvor i alle ledd i saksbehandlingen, og ikke minst for å kvalitetssikre og vurdere om det er spesielle hensyn eller spesielle forhold som krever særlig aktsomhet eller oppmerksomhet i den videre saksbehandlingen. En slik løsning vil også åpne for å vurdere og beslutte om det er aktuelt med direkte kontakt med pasienten eller brukeren, og hvordan dette i tilfelle skal skje. Brukerrådet i Helsetilsynet er tydelige på at det ikke må velges standardiserte løsninger, men at det i hver sak må vurderes om og på hvilken måte pasienten eller brukeren skal involveres utover det statsforvalteren allerede har gjort eller det som er dokumentert i saken.

Det er viktig at pasienter og brukere har oversikt og informasjon om hva som skjer videre ved saksbehandlingen i Helsetilsynet, saksbehandlingstid, at de kan og bør ta kontakt om de har ny informasjon i saken eller har spørsmål, og hvordan og hvem de kan henvende seg til. Det er viktig at denne informasjonen er tilpasset hver sak, jamfør Brukerrådets anbefalinger.

Selv om arbeidsgruppens mandat ikke omfatter en vurdering av praksis etter 1. januar 2021, vil vi likevel påpeke at en nylig innført rutine med å tilby *alle* involverte pasienter og brukere i denne type saker et møte med Helsetilsynet, ikke uten videre er i tråd med Brukerrådets anbefalinger. Brukerrådet er tydelige på at det må foretas konkrete og individuelle vurderinger av *når* slike møter er hensiktsmessige og hvordan de eventuelt kan tilrettelegges og gjennomføres.

Selv om Helsetilsynet har en egen rutine i saksbehandlerveilederen om at rettighetene i pasient- og brukerrettighetsloven § 7-4a også skal videreføres inn i Helsetilsynets saksbehandling i visse tilfeller, er arbeidsgruppen usikker på om disse rutinene følges i alle sakene. Veilederen er under revidering og vi anbefaler at rutinene tydeliggjøres.

Det er viktig at begrunnelsene som er gitt i saker der det konkluderes med at helsepersonellet *ikke* har begått lovbrudd, er utformet på en ivaretakende og informativ måte. Saksbehandlerne bestreber seg på å være korrekte, presise og etterprøvbare, men respekten for pasienten eller

brukeren kommer ikke alltid tydelig frem når deres påstander ikke ble sannsynliggjort. Ordbruk og formuleringer som «bevisvurdering», «ord mot ord» og «påstand mot påstand» oppfattes ikke som egnede informative og ivaretagende.

#### 6.2.4 *Anbefalinger*

- Tilsynsmyndigheten må ha felles forståelse og enhetlig praksis knyttet til begrepene brukerperspektiv og brukerinvolvering ved behandlingen av tilsynssaker.
- Informasjonen fra statsforvalteren til pasient/bruker/pårørende må være informativ og tydelig utformet. Den må også inneholde informasjon om hva som skjer dersom saken oversendes Helsetilsynet, og at de vil få nærmere informasjon fra Helsetilsynet om saksgangen der og kontaktinformasjon.
- Det må være kriterier for når og hvordan pasienter/brukere/pårørende skal tilbys digitale eller fysiske møter med statsforvalteren og Helsetilsynet.
- Ordningen med pasient- og brukerombud må være godt kjent hos ansatte hos statsforvalteren, og informasjon om ordningen må gis pasienter/brukere/pårørende systematisk og standardisert. I tillegg bør informasjonen gjentas muntlig dersom saksbehandler vurderer at det er behov for å forklare det som er sendt skriftlig.
- Helsetilsynet må sende informasjon om behandlingen av saken til pasient, bruker eller pårørende når de har mottatt saken. Informasjonen må tilpasses hver sak.
- «Hvordan ivareta brukerperspektiv og brukerinvolvering» må være et av drøftingspunktene under åpningsmøtene. Konklusjonene må dokumenteres.
- Brukerperspektivet og informasjonsutveksling med pasienter og brukere under Helsetilsynets saksbehandling, må presiseres, tydeliggjøres og innarbeides i ny saksbehandlingsveileder
- Ordbruk og formuleringer i saker der det ikke konkluderes med lovbrudd, må være respektfulle og ivaretagende overfor pasienter og brukere. Dette gjelder både statsforvalterne og Helsetilsynet.

#### 6.3 *Anmeldelse og offentlig påtale i tilsynssaker*

Statens helsetilsyn kan gripe inn direkte i den enkeltes yrkesutøvelse ved å ilegge administrative reaksjoner, for eksempel suspensjon eller tilbakekall av autorisasjon dersom helsepersonellet bryter bestemmelsene i helselovgivningen. I tillegg har arbeidsgiver – for helsepersonell som er i et ansettelsesforhold – gjennom sin styrings- og instruksjonsmyndighet en kontrollfunksjon for å sikre at ansatte opptrer i samsvar med arbeidsgivers krav. Den strafferettslige håndteringen av lovbrudd ligger hos politi, påtalemyndighet og domstol. Disse tre reaksjonssystemene løper parallelt, det vil si arbeidsgiver, tilsynsmyndighet og påtalemyndighet kan vurdere samme handling eller hendelse, men etter forskjellig lovverk og med ulikt formål, samfunnsoppdrag og reaksjonssystem.

Handlinger eller hendelser tilsynsmyndigheten har til vurdering, som også rammes av straffeloven, kan være situasjoner der helsepersonellet har utvist grenseoverskridende atferd, for eksempel hatt et seksuelt forhold til pasient eller bruker. De mest aktuelle straffebestemmelsene for slike handlinger er Straffeloven (2005) § 295 – misbruk av overmaktsforhold og lignende, og § 291 – voldtekt

Beviskravene er ulike i helsepersonelloven og straffeloven. Ved brudd på helselovgivningen er det et krav til alminnelig sannsynlighetsovervekt, mens påtalemyndigheten må bevise «utover enhver rimelig tvil» at det har skjedd en straffbar handling. Det kan dermed oppstå situasjoner der helsepersonellet blir frifunnet i straffesaken, men likevel får en administrativ reaksjon fra tilsynsmyndigheten.

En av politiets oppgaver er å «avdekke og stanse kriminell virksomhet og straffeforfølge straffbare forhold i samsvar med regler gitt i eller i medhold av lov». Etterforskning av straffbare forhold etterforskes og utføres av politiet<sup>36</sup>. 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.

En administrativ reaksjon fra tilsynsmyndigheten har som mål å beskytte pasientene, og skal også bidra til å gjenopprette den tapte tilliten til helsetjenesten som et pliktbrudd medfører, både overfor pasienter, deres pårørende og samfunnet for øvrig. Tilbakekall av autorisasjon skjer ikke for å straffe helsepersonellet, men for å beskytte framtidige pasienter. Det betyr at et ønske om å straffe helsepersonellet for handlingene vedkommende har begått, ikke er et moment ved vurderingen av tilbakekall av autorisasjon. Det administrative reaksjonssystemet har likevel også en allmenn- og individualpreventiv side på samme måte som straffereaksjonene fordi reaksjonene skal ha en viss avskrekkende og holdningsskapende effekt både overfor det enkelte helsepersonell og overfor ansatte i helse- og omsorgstjenesten generelt.

De administrative reaksjonene gis som nevnt ikke for å straffe helsepersonellet, og det er heller ingen lovpålagt anmeldelsesplikt selv om det er stor sannsynlighet for at handlingene også rammes av straffelovens bestemmelser. Likevel kan tilsynsmyndigheten politianmelde forhold de antar kan rammes av straffelovens bestemmelser.

Ved de mest alvorlige (markante) bruddene på helselovgivningen, og der helsepersonellet har utvist grov uaktsomhet eller forsett, har Helsetilsynet mulighet for å begjære påtale mot helsepersonellet<sup>37</sup>. Kravet til kvalifisert skyld (grov uaktsomhet eller forsett) er et signal fra lovgivers side om at det skal skilles mellom de overtredelser og pliktbrudd som naturlig hører under tilsynsmyndighetens ansvar, og de mer klanderverdige forhold som bør foranledige en påtalemessig oppfølging *i tillegg* til det administrative sporet.

I etterkant av Seksuallovutvalgets utredning ble det gjort endringer i straffeloven for å 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

---

<sup>36</sup> Prop. 150 L (2016–2017) Lov om statlig tilsyn i helse- og omsorgstjenesten mv. (helsetilsynsloven) s. 26

<sup>37</sup> Helsepersonelloven § 67



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.

Den menneskerettslige beskyttelsen mot vold og overgrep følger av en rekke menneskerettighetskonvensjoner som for eksempel Den europeiske menneskerettskonvensjonen (EMK) eller FNs kvinnekonvensjon. De mest utstrakte og konkrete forebyggingsforpliktelsene er imidlertid utformet i Istanbulkonvensjonen (CETS 210). Arbeidsgruppen viser her særlig til artikkel 40. Seksuell trakassering:

«Partane skal ved lovgiving eller på annan måte treffe dei tiltaka som er nødvendige for å sikre straffeforfølgning eller anna rettsforfølgning av ei kvar form for uønskt verbal, ikkje-verbal eller fysisk åtferd av seksuell art som har som føremål eller verknad å krenkje ein person sin vørnads, særleg når åtferda skaper eit truande, fiendtleg, fornedrande, admjukande eller ubehageleg miljø.»

### 6.3.1 *Praksis og rutiner ved anmeldelse og begjæring om påtale*

Statsforvalteren og Helsetilsynet må innenfor sine ansvarsområder i en tilsynssak som gjelder grenseoverskridende seksuell atferd eller rollesammenblanding med seksuell relasjon til pasient eller bruker:

1. Vurdere og avgjøre spørsmålet om administrativ reaksjon overfor helsepersonellet.
2. Vurdere og beslutte om det er grunnlag for politianmeldelse basert på mistanke om brudd på straffeloven.
3. Vurdere og beslutte om det er grunnlag for å begjære påtale for brudd på helselovgivningen.

Ved vurdering av spørsmålet om det skal begjæres påtale, er det utarbeidet retningslinjer i rundskriv IK-1/2018. Rundskrivet omhandler begjæring av påtale etter helsepersonelloven § 67, for brudd på bestemmelser i helsepersonelloven eller i medhold av loven. Dersom forholdet gjelder brudd på andre straffebud, for eksempel seksuelle overgrep mot pasienter, må «tilsynsmyndigheten alltid vurdere om forholdet skal anmeldes for brudd på bestemmelser i straffeloven». Seksuelle overgrep mot pasienter rammes av både helsepersonelloven og straffeloven. Helsetilsynet kan således begjære påtale for brudd på helsepersonelloven og samtidig anmelde helsepersonellet for brudd på straffeloven. Det er ikke gitt nærmere retningslinjer eller kriterier for når og hvordan spørsmål om anmeldelse skal vurderes.

Riksadvokaten har også utarbeidet eget rundskriv (Rundskriv nr 3/2017) som beskriver de påtalemessige sidene når politiet mottar begjæring om påtale fra tilsynsmyndigheten for brudd på helselovgivningen. De to rundskrivene er utarbeidet i samarbeid mellom Riksadvokaten og Helsetilsynet.

I ny veiledning til statsforvalterne er det under temaet: Anmeldelse, etterforskning og påtale vist til følgende:

«Statsforvalteren må være oppmerksom på forhold som faller inn under politiets myndighetsområde, og som kan være straffbart. I slike tilfeller må statsforvalteren vurdere om forholdet skal politianmeldes, enten som alternativ til eller i tillegg til tilsyn.

Politianmeldelse er en melding til politiet om en antatt straffbar handling. Politiet vil på bakgrunn av anmeldelsen vurdere om de skal starte etterforskning.

Når statsforvalteren mener helsepersonell kan ha begått en straffbar handling, skal statsforvalteren vurdere om forholdet skal politianmeldes. Politianmeldelse er mest aktuelt ved antatt brudd på straffeloven, men kan også være aktuelt ved grove brudd på helselovgivningen.

Politianmeldelse av antatte brudd på straffeloven kan være aktuelt der det er pasient/bruker som vil få status som fornærmet i en eventuell straffesak, for eksempel ved vold/overgrep mot pasient, underslag fra pasienter med videre.

Før statsforvalteren anmelder antatt brudd på straffeloven, bør det undersøkes om forholdet allerede er anmeldt av virksomheten. Dersom virksomheten har anmeldt forholdet er det ikke nødvendig at statsforvalteren også gjør dette. Statsforvalteren bør imidlertid vurdere anmeldelse uavhengig av om forholdet er anmeldt av *pasienten/brukeren*. Dette er fordi en anmeldelse fra tilsynsmyndigheten kan veie tyngre enn fra pasienten.

Det er viktig at terskelen for å anmelde praktiseres likt. Dersom statsforvalteren vurderer å anmelde antatt brudd på straffeloven eller antatt brudd på helselovgivningen *skal* statsforvalteren drøfte saken med Statens helsetilsyn.»

Vi er ikke kjent med om dette er undersøkt på en systematisk måte for å avklare hvordan praksis er hos statsforvalterne. Det er arbeidsgruppens inntrykk at det er variasjon hos statsforvalteren når det gjelder dette spørsmålet. For dem som sjelden politianmelder en sak, forstår vi at det er ulike begrunnelser, slik som:

- Andre har allerede anmeldt forholdet.
- Statsforvalteren overlater vurderingen til Helsetilsynet dersom saken uansett skal oversendes for vurdering av administrativ reaksjon. Påtalemyndigheten ligger også hos Helsetilsynet.
- Statsforvalteren lar hensynet og ønsket til pasient/bruker være avgjørende fordi de ikke vil øke belastningen mer enn nødvendig.
- Erfaringer fra statsforvalteren med at det er arbeidskrevende å anmelde og stor henleggelsesprosent hos politiet, samt manglende interne rutiner, bidrar til at statsforvalteren unnlater å anmelde.

I den interne veilederen for behandling av tilsynssaker i Helsetilsynet - er det i kapittel 23.8, 23.9 og i Rundskriv IK-2/2008 kun gitt retningslinjer for vurdering av spørsmål om påtale. Når det gjelder anmeldelse er det innledningsvis under punkt 1 i Rundskrivet sagt følgende: «I saker som gjelder brudd på andre straffebud, for eksempel...seksuelle overgrep mot pasienter, må tilsynsmyndigheten alltid vurdere om forholdet skal anmeldes for brudd på bestemmelser i straffeloven». (Gjentagelse) I kapittel 23.11 fremgår det at:

«Vi anmelder som hovedregel straffbare forhold vi får kunnskap om i tilsynssaken, og som ikke allerede er anmeldt eller på annen måte kjent for politiet. Det er et vilkår for å anmelde eller gi opplysninger til påtalemyndigheten at forfølgningen av lovbruddet har naturlig sammenheng med våre oppgaver, eller er ønskelig av allmenne hensyn.»

### 6.3.2 Inntrykk basert på drøftinger og informasjon fra saksbehandlere i Helsetilsynet

- Det er en antakelse om at statsforvalteren har fulgt opp dette spørsmålet og eventuelt anmeldt ved behov, men det er arbeidskrevende å finne konkret svar på dette i dokumentene som er oversendt.
- Den interne saksbehandlerveilederen i Helsetilsynet gir ikke god nok informasjon eller angir momenter ved vurderingen av om en sak bør anmeldes eller ikke.

- Beskrivelsene av anmeldelse og påtale er ikke godt nok kjent for saksbehandlerne.
- Dersom saken allerede er aktiv hos politiet påvirker det vurderingen av spørsmålet om behov for anmeldelse.
- Det er ønskelig å ha en varsomhet for anmeldelse eller påtale i saker som involverer særlige sårbare pasienter.
- Det er lite opplæring i disse spørsmålene, og ansatte kan oppleve tematikken som komplisert og vanskelig å håndtere.
- Det er en oppfatning av at anmeldelse og påtale ikke alltid er forenlig med formålet med tilsynsmyndighetens oppdrag (straffeforfølgning er ikke tilsynets oppgave).
- Det vurderes ofte som tilstrekkelig om andre har anmeldt forholdet, og det er ofte en antakelse om at en anmeldelse fra Helsetilsynet ikke vil tilføre straffesaken noe.
- Det er i mange av sakene en aktiv dialog med politiet selv om det ikke inngis en formell anmeldelse.
- Det kan være vanskelig å anmelde når pasient eller bruker aktivt motsetter seg dette og ikke vil gi nødvendige personopplysninger.
- Sakene henlegges ofte av politiet.

### 6.3.3 Gjennomgang av enkeltsaker

Gjennomgangen av de 147 sakene viser at det er svært sjelden Helsetilsynet politianmelder helsepersonellet for handlinger som kan være et brudd på straffeloven. I over 40 % av sakene er det informasjon om at forholdet er anmeldt av andre enn tilsynsmyndigheten. Først og fremst er det fornærmede selv som har anmeldt, eller deres pårørende. Dette gjelder også sakene som kan karakteriseres som overgrep mot pasienter eller brukere.

I den største andelen saker er det så vidt vi kan se av saksdokumentene ikke opplyst at forholdet er anmeldt av noen. De fleste av disse sakene rammes heller ikke av straffeloven fordi det ikke foreligger misbruk av overmaktsforhold (misbruk av stilling, avhengighetsforhold eller tillitsforhold). Det mer vanlige er at helsepersonellet og pasient/bruker utvikler følelser for hverandre og innleder et forhold. Behandlingsrelasjonen ble da ofte avsluttet ved etablering av forholdet.

For å få et sikkert vurderingsgrunnlag, har vi foretatt en grundig gjennomgang av 19 saker de siste fem årene (2016 til og med 2020). Vi har her sett på alvorlige hendelser der det:

- Foreligger anmeldelse fra andre, men ikke fra Helsetilsynet.
- Saker der ingen har anmeldt forholdet.
- Saker hvor det ut fra saksdokumentene er vanskelig å se om noen har anmeldt saken.

Oppsummert konkluderer vi med at det i dette materialet er saker som arbeidsgruppen mener burde ha resultert i en anmeldelse fra Helsetilsynet. Dette gjelder særlig sakene hvor det ikke foreligger anmeldelse fra noen, men der det er grunn til politietterforskning med tanke på eventuelt misbruk av overmaktsforhold. I sakene som allerede er anmeldt, har noen en alvorlighetsgrad som tilsier at Helsetilsynet gjennom en anmeldelse bør signalisere at dette er en atferd som tilsynsmyndigheten mener må etterforskes av politiet i tillegg til administrative reaksjoner.

Saksgjennomgangen bekrefter det inntrykket vi har fått om at saker som allerede er anmeldt av andre, ikke anmeldes av tilsynsmyndigheten, og praksis er i samsvar med den interne saksbehandlerveilederen.

Helsetilsynet har siden 2014 hatt spørsmålet om anmeldelse og påtale på dagsorden gjennom eget punkt som skal drøftes under åpningsmøtene når saken igangsettes i Helsetilsynet. Det er egne rubrikker hvor det skal krysses av om forholdet skal politianmeldes eller ikke, og vurderingene som er gjort skal fremkomme. En gjennomgang av åpningsmøtenotatene de siste årene viser at dette punktet i svært liten grad benyttes. Det er sjelden krysset av i noen rubrikker som gjelder spørsmål om anmeldelse eller påtale. I de få sakene der det er krysset ja/nei, er det ikke dokumentert hva som har vært drøftingstemaene og hva som har ledet til konklusjonene om anmeldelse eller ikke.

Vi ser også at det er noe tilfeldig om retten oversender en eventuell dom i straffesaken mot helsepersonellet til Helsetilsynet.

#### 6.3.4 Vurdering

Selv om kriteriene for påtale ikke er oppfylt, vil tilsynsmyndigheten kunne anmelde forholdet dersom det er mistanke om at helsepersonellet har brutt straffeloven. Det er ingen anmeldelsesplikt, og tilsynsmyndigheten står fritt til å vurdere dette. Arbeidsgruppen mener tilsynsmyndigheten som en del av sin policy, må ta et tydelig standpunkt når det gjelder spørsmålet om anmeldelse. Tilliten til statsforvalteren og Helsetilsynet kan svekkes dersom det ikke er en kjent, bevisst og prinsipiell holdning til spørsmålet om anmeldelse. Det er en lang strafferamme i disse sakene, og vi ser ofte domfellelse dersom det tas ut tiltale. Tilsynsmyndigheten bør i sin policy være tydelige på at helsepersonellet ikke er unntatt straffeansvar for handlinger de har begått, selv om tilsynsmyndighetens rolle og mandat er å vurdere administrative reaksjoner. Informasjonen i Helsetilsynets interne saksbehandlerveileder kapittel 23.11 mener vi bør fornyes ved at Helsetilsynet fremover inntar en mer aktiv rolle med å politianmelde. At det aktuelle forholdet allerede er kjent for politiet, bør ikke være til hinder for at Helsetilsynet også skriver en anmeldelse. Som tidligere nevnt er det nylig presisert fra Riksadvokaten at det gir «tyngde» til saken dersom Helsetilsynet også anmelder den.

Vurderingen av straffeansvaret ligger ikke hos tilsynsmyndigheten, men dette kan, etter arbeidsgruppas mening, ikke begrunne mangel på anmeldelse i denne typen saker. Statsforvalteren og Helsetilsynet er viktige offentlige aktører, og de må etter arbeidsgruppens vurdering innrette sin virksomhet etter nasjonale og internasjonale føringer. Vi mener anmeldelse i noen saker vil være en viktig del av tilsynsmyndighetens samfunnsoppdrag, og et tydelig signal om at tilsynsmyndigheten ser svært alvorlig på hendelsen. Både Istanbulkonvensjonen og Seksuallovutvalgets utredning setter søkelys på denne type lovbrudd. De signaliserer også behovet for sterkere vern for de som er utsatt for overgrep og samarbeid mellom aktuelle instanser og forebyggende tiltak. Å ha fokus og oppmerksomhet på anmeldelse er særlig aktuelt når vi står overfor tilsynssaker hvor helsepersonellet ikke har autorisasjon som kan tilbakekalles. Her vil anmeldelse være eneste aktuelle sanksjon utover de virkemidlene og tiltakene arbeidsgiver kan iverksette

Arbeidsgruppen har forståelse for at det kan være vanskelig å konkludere med anmeldelse i saker der helsepersonellet har innledet et seksuelt forhold til en pasient eller bruker, og der begge de involverte hevder at forholdet er frivillig og ønsket. Likevel ser vi i flere saker at pasienten eller brukerens helsetilstand forverres, og at dette kan ha sammenheng med at det i realiteten foreligger misbruk av tillitsforholdet pasienten har til helsepersonellet de innleder et forhold til. Helsetilsynet bør derfor vurdere anmeldelse også i disse tilfellene, men dette må vurderes konkret, eventuelt i dialog med påtalemyndigheten.

Kategoriseringen av sakene som vi tidligere har referert til, viser at det er svært ulike sakstyper vi står overfor. Variasjonen i seg selv bekrefter behovet for utarbeidelse av rutiner, sjekklister og vurderingskriterier slik at antall saker som anmeldes øker, men at det også blir de «riktige» sakene som anmeldes. Hvorvidt helsepersonellet har gjort straffbare handlinger eller ikke kan synes åpenbart i noen tilfeller. I andre tilfeller er dette vanskeligere å sannsynliggjøre. Arbeidsgruppen mener det er viktig at tilsynsmyndigheten ikke trekker for raske konklusjoner om hvorvidt handlingene er straffbare eller ikke. Spørsmål om straff må overlates til politi og påtalemyndighet.

Arbeidsgruppen mener vurderingskriterier for når en sak skal anmeldes er nødvendige for å gi tilsynsmyndigheten legitimitet og tillit i befolkningen. En anmeldelse fra tilsynsmyndigheten vil også gi større faglig tyngde ved behandlingen av straffesaken.

Arbeidsgruppen ser at temaet er satt på dagsorden i ny veiledning til statsforvalteren som er gjengitt ovenfor, men vi mener punktet om at statsforvalteren ikke behøver å anmelde dersom arbeidsgiver allerede har gjort dette, må vurderes på nytt fordi det ikke er dekkende dersom tilsynsmyndigheten beslutter en mer tydelig rolle ved mistanke om straffbare handlinger. Heller ikke påtalemyndighetens ønske om anmeldelse fra statsforvalteren eller Helsetilsynet for å styrke saken, ivaretas dersom dette punktet blir gjeldende praksis. Det må utarbeides rutiner som reduserer risikoen for videreføring av dagens praksis der anmeldelse unnlates fordi en tenker at andre er nærmere til å vurdere og foreta en anmeldelse.

Flere pasienter og brukere ønsker på ingen måte at forholdet blir politianmeldt. Dette kan være fordi de frykter om og hvordan de blir involvert fremover. For mange er hendelsene så skambelagte at de ikke ønsker fokus og oppmerksomhet på dem. Arbeidsgruppen mener tilsynsmyndigheten har et ansvar for å trygge disse pasientene og brukerne ved blant å gi dem god informasjon om pasient- og brukerombudene og Støttesenter for kriminalitetsutsatte. De kan også ha rett til bistandsadvokat.

Vi har diskutert denne problemstillingen med Brukerrådet i Helsetilsynet, og deres klare tilbakemelding er at det er tunge grunner for anmeldelse i mange av sakene, men at det må tas hensyn til pasienten/brukeren, slik at deres mening blir en del av vurderingen. Fornærmede skal lyttes til og deres mening være en del av vurderingen, men ikke avgjørende. Mange orker eller er ikke i stand til å anmelde selv. Da er det viktig at tilsynsmyndigheten tar ansvaret for å anmelde. En tydelig støtte fra Helsetilsynet gjennom en anmeldelse kan være en trygghet for dem som er involvert, og vil kunne bidra til at de også våger å stå fram med sin beskrivelse av hendelsen til politiet. Dersom det er fare for at flere pasienter eller brukere er involvert, og at disse kan fanges opp gjennom en etterforskning, bør tilsynsmyndigheten vurdere politianmeldelse selv om vedkommende ikke ønsker det. Brukerrådet påpeker at i enkelte tilfeller kan faren for at andre pasienter skal oppleve det samme tilsi at tilsynsmyndigheten går til politianmeldelse selv om pasienten på det tidspunktet ikke ønsker å gå videre med saken til politiet.

### 6.3.5 *Anbefalinger*

- Helsetilsynet bør gjennomgå og beslutte en generell policy i spørsmålet om anmeldelse i saker som gjelder seksuelle relasjoner og seksuelt grenseoverskridende atferd. Dette for å synliggjøre at tilsynsmyndigheten har et ansvar overfor særlig utsatte pasientgrupper sett i lys av menneskerettigheter, internasjonale konvensjoner og helsepolitiske beslutninger.

- Det bør være opplæring og kompetansehevede tiltak i disse spørsmålene både hos statsforvalteren og i Helsetilsynet slik at saksbehandlere og ledere har et bedre grunnlag for drøfting og beslutning.
- Det må utarbeides tydelige vurderingskriterier som statsforvalteren og Helsetilsynet skal bruke ved vurdering av anmeldelse.
- Statsforvalteren må ved oversendelse av saken til Helsetilsynet angi tydelig om saken er anmeldt eller ikke, og i tilfelle begrunne hvorfor den ikke er anmeldt.
- Vurdering av anmeldelse og påtale bør inngå i en standard sjekkliste ved drøfting av saken mellom helsefaglig og juridisk saksbehandler i Helsetilsynet før saken fremlegges på åpningsmøtet eller tilsvarende.
- Åpningsmøtenotatet må evalueres for å sikre at påtale og anmeldelse er obligatoriske punkter som skal drøftes. Vurderingene og konklusjonene må dokumenteres i saken.
- Det bør vurderes om det skal utarbeides skriftlige rutiner for de tilfellene statsforvalteren eller Helsetilsynet mener det er riktig å påklage en eventuell henleggelse av straffesaken.
- Det må sikres at statsforvalter eller Helsetilsynet får oversendt rettsavgjørelsene i straffesak mot helsepersonellet.

#### **6.4 Er vilkårene i begrensede autorisasjoner tilstrekkelig utformede?**

I mandatet er arbeidsgruppen bedt om å vurdere om de ulike vilkårene som er gitt i begrensede autorisasjoner med dette vurderingstemaet, er tilstrekkelige for å ivareta pasientsikkerhet, kvalitet og tillit til tjenester og helsepersonell.

Arbeidsgruppen forstår mandatet til at det bes om en vurdering av om de enkelte vilkårene gitt i tilsynssaker der det ble fattet vedtak om begrenset autorisasjon er tilstrekkelige både fra et faglig og et juridisk perspektiv.

I saker der helsepersonell har hatt en seksuell relasjon til pasient/bruker eller utøvd seksuelt grenseoverskridende handlinger, og autorisasjonen blir begrenset, er det noen typer vilkår som ofte blir brukt.

Det er arbeidsgruppens forståelse at inkludert i en slik vurdering må det også ses på om Helsetilsynet *har en enhetlig praksis* også i utformingene og bruken av de konkrete vilkårene gitt i vedtak om begrenset autorisasjon.

##### **6.4.1 Begrensning i autorisasjon som reaksjon<sup>38</sup>**

Det følger av forholdsmessighetsprinsippet i forvaltningsretten at reaksjonen (middelet) må stå i forhold til formålet med reaksjonen. Dersom formålet kan ivaretas med en mildere reaksjon enn tilbakekall av autorisasjon, skal forvaltningen velge den minst inngripende reaksjonen. Det kan bety at selv om vilkårene for tilbakekall av autorisasjon er oppfylt, kan

---

<sup>38</sup>Helsepersonelloven § 59

Statens helsetilsyn likevel beslutte at begrensning i helsepersonellets autorisasjon er en tilstrekkelig reaksjon. Helsepersonellet utelukkes ikke fra å utøve yrket, men det settes begrensninger og vilkår.

Det er lite kunnskap om hvilken effekt begrensning i autorisasjon har som korrigerende virkemiddel. Hensikten med å begrense en autorisasjon er imidlertid å bidra til at helsepersonellet ved å arbeide under tilsyn kan opparbeide ny tillit og ny kunnskap, for eksempel ved at det føres kontroll med helsepersonellets virksomhet over en kortere eller lengre tidsperiode. Denne løsningen åpner for individuelle tilpasninger, men kan bare velges dersom det er treffende og hensiktsmessig ut fra den aktuelle hendelsen, og dersom pasient- og brukersikkerheten er ivarettatt og allmennhetens tillit til helse- og omsorgstjenesten ikke svekkes.

En begrenset autorisasjon kan gis dersom hendelsen i seg selv gir grunnlag for tilbakekall av autorisasjonen, men der Helsetilsynet mener vedkommende er skikket til å fortsette i yrket sitt under tilsyn og veiledning<sup>39</sup>. Begrensning i autorisasjonen kan for eksempel innebære at helsepersonellet ikke kan jobbe selvstendig, men må arbeide i et fellesskap med andre og under veiledning, eller at helsepersonellet ikke lenger skal ha pasientkontakt. Begrensning gis ikke dersom det er grunn til å tro at helsepersonellet ikke vil eller kan nyttiggjøre seg av veiledning, eller dersom saken er så alvorlig at det er nødvendig for tilliten til helse- og omsorgstjenesten at det reageres med den strengeste reaksjonsformen.

Begrenset autorisasjon kan også gis dersom handlingen ikke er slik at det er grunnlag for tilbakekall av autorisasjonen. Dersom det foreligger grunnlag for en advarsel, men der tilsynsmyndigheten mener at det ikke vil være tilstrekkelig, kan det være nødvendig å sette vilkår for å hindre at det kan oppstå situasjoner som gjør at helsepersonellet ikke utøver yrket på en forsvarlig måte.

Helsepersonellet kan senere søke om å få tilbake autorisasjon uten begrensninger. De må da godtgjøre at det ikke lenger er grunnlag for begrensning, eller at vilkårene som er stilt, er oppfylt. Det er vanskelig å måle hvilken effekt begrensning i autorisasjon har som korrigerende virkemiddel.

#### 6.4.2 Utvalg

I gjennomgangen av saker over en periode på 10 år ble det i de totalt 147 sakene gitt ni begrensede autorisasjoner som administrativt vedtak i *tilsynssaken* mot helsepersonellet, se figur 1 i kapittel 6.1.3. Figur 4 i kapittel 6.1.6. viser omfanget av begrensede autorisasjoner gitt etter søknader i tidsperioden arbeidsgruppen har sett på. Merk at helsepersonellet etter tilsynssaken og i samme tiårsperiode først kan ha fått en begrenset autorisasjon for så i senere vedtak fått en ny autorisasjon uten begrensninger. Arbeidsgruppen har vurdert vilkårene og om det har vært en enhetlig praksis i alle tilsynssaker og søknader der det er gitt en begrenset autorisasjon.

##### 6.4.2.1 Fellestrekk ved vilkårene i tilsynssaker som fører til begrenset autorisasjon eller etter senere søknad om begrenset autorisasjon

For de begrensede autorisasjonene som ble gitt i tilsynssakene og de sakene der det senere ble gitt begrenset autorisasjon etter søknad, kan vilkårene som har vært brukt i stor grad oppsummeres som; vilkår som gir helsepersonellet begrensninger knyttet til arbeidstedet eller

---

<sup>39</sup>Helsepersonelloven § 59

arbeidsmetodikk, oppgaver som tillegges helsepersonellens arbeidsgiver (rapportering) eller at helsepersonellet må motta veiledning. Her beskrives kort de ulike vilkårene, selv om vedtakene inneholder ulike varianter av disse, eksempelvis på innholdet i veiledningen.

#### *6.4.2.1.1 Arbeidsgivers ansvar og rolle*

For et stort flertall av sakene der det ble fattet et vedtak om begrenset autorisasjon er det oppgitt at arbeidsgiver må være kjent med årsaken til begrensningen av autorisasjon. Med dette tenkes det at arbeidsgiver må (av helsepersonellet) informeres om hvorfor helsepersonellet har fått en begrenset autorisasjon. For mange av vedtakene ligger det også en rapporteringsplikt for arbeidsgiver (som regel hver 6. md.) til Helsetilsynet. Det er som regel angitt at innholdet i rapporteringen bør omhandle om arbeidsgiver har opplysninger om «nye uregelmessigheter», klager på helsepersonellet eller er kjent med nye opplysninger om grenseoverskridende atferd.

#### *6.4.2.1.2 Begrensninger knyttet til arbeidssted og/eller arbeidsmetodikk*

I enkelte av de begrensede autorisasjonene som var gitt var det begrensninger til arbeidsmetodikk, arbeidssted, område vedkommende kunne arbeide med eller lignende. I disse sakene var som regel vurderingen knyttet til faglig svikt eller at uegnethet som helsepersonell omhandlet grenseoverskridende seksuell atferd i en konkret behandlingskontekst. At behandlingsmetoden eller konsultasjonene ikke kunne gjennomføres uten at annet personell var til stede har også eksempelvis blitt gitt som vilkår. I enkelte vedtak er det eksplisitt omtalt at helsepersonellet må ha en underordnet stilling, men dette er ikke omtalt som eget vilkår i flertallet av vedtakene om begrenset autorisasjon.

#### *6.4.2.1.3 Veiledning*

I svært mange av sakene ble det gitt vilkår om at helsepersonellet skulle delta i en form for veiledning. For flere av vedtakene ble det oppgitt at helsepersonellet måtte motta veiledning av en spesialist i et konkret angitt fagområde, men det er ikke alltid angitt hvilket tema eller fokus veiledningen skulle ha. Vedtakene som angir at helsepersonellet skal delta i en veiledning bruker ulike begreper som veiledning, faglig veiledning, personlig veiledning, profesjonell veiledning, veiledning/behandling, m.m. For noen vedtak er det her angitt at fagpersonen bør ha «veilederkompetanse». I enkelte saker, der det knyttet til helsepersonellens profesjon virker hensiktsmessig, er det angitt vilkår om at helsepersonellet skal motta kollegaveiledning i gruppe (eksempelvis med andre fysioterapeuter).

For svært mange av de begrensede autorisasjonene er det oppgitt at helsepersonellet skal motta veiledning hos psykolog, psykiater, eller eksempelvis fysioterapeut med relevant videreutdanning/spesialitet (sistnevnte i saker der helsepersonellet er fysioterapeut).

For de fleste vedtakene der konkrete temaer for veiledningen er spesifisert, er dette temaer som virker nært knyttet til årsaken til den administrative reaksjonen. Eksempelvis vil begreper som rolleforståelse, pasientens integritetsgrenser, kommunikasjon o.l. være begreper som er omtalt som temaer i veiledningen.

For alle sakene der det er angitt som vilkår at helsepersonellet skal motta en form for veiledning, er det oppgitt et krav om rapport fra veileder om progresjon og gjennomføring av veiledningen. For enkelte av sakene er det også eksplisitt omtalt at helsepersonellet selv skal føre en egenrapport fra veiledningene, som eventuelt veileder godkjenner. Regelmessigheten for veiledningene er ikke alltid omtalt, men eksempelvis er to timer annenhver uke et vanlig forekommende krav. Det er i varierende grad eksplisitt beskrevet i vilkårene om veileder skal være kjent med vilkårene for begrensningen, eller bakgrunnen for begrensningen.



For en del av helsepersonellet som etter tap av autorisasjon har påbegynt behandling i etterkant, beskriver enkelte vedtak at behandlingen/samtalene må fortsette, og dette gis som et vilkår på lik linje med likelydende veiledning. Dette tilsier at behandlingen vurderes å kunne dekke temaene og ønsket fokus på samme måte som veiledning.

### 6.4.3 Vurdering

Tilsynssaker med vedtak om begrenset autorisasjon virker etter gjennomgangen ofte (men ikke utelukkende) å omhandle sakstype B med grenseoverskridende seksuell atferd utøvd av helsepersonellet i en behandlingskontekst. Vedtak om begrenset autorisasjon blir i mindre grad gitt etter at helsepersonellet har innledet en seksuell relasjon med en pasient eller bruker (sakstype A).

Videre handler bruken av vilkår hovedsakelig om arbeidsgiver, arbeidssted eller arbeidsmetodikk og veiledning. Både vilkår som berører arbeidsgivers rolle og arbeidssted eller vilkår som berører arbeidsmetodikk har klare preg av å skape økt pasientsikkerhet og trygghet, gjennom at helsepersonellet i større grad blir fulgt opp i arbeidssituasjonen eller på arbeidsplassen. På en slik måte skal mulige lignende situasjoner ha mindre risiko for å forekomme. Vilkåret om veiledning virker som regel å være innrettet mot at helsepersonellet skal oppnå innsikt i hvorfor handlingene er til skade for pasient/bruker. På denne måten blir veiledning en tydeligere mulighet for *endring* av helsepersonellens atferd. Det er arbeidsgruppens inntrykk fra gjennomgangen at bruken av vilkår om veiledning som inneholder klare beskrivelser av veiledningens innhold (som rollesammenblanding og pasientkommunikasjon) er mer forekommende i vedtak gjort i nyere tid enn i eldre vedtak. Som potensiale for endring og at helsepersonellet får tilegnet seg nye ferdigheter, vurderer vi dette som positivt.

Det er arbeidsgruppens vurdering at det er naturlig og ønskelig at vilkår som omhandler arbeidsgivers rolle gis i en begrenset autorisasjon. Videre er det ønskelig at arbeidsgiver gis en tydelig og aktiv oppfølgingsrolle, all den tid bakgrunnen for vedtaket om begrensning angir en gjentakelsesfare for eksempelvis seksuelt grenseoverskridende handlinger. Det vil midlertid alltid ligge noen begrensninger i kapasitet og mulighet for arbeidsgiver for å fange opp alle former for relevante uregelmessigheter, og vilkåret i seg selv anses ikke alene som *tilstrekkelig* i å kunne tilføre helsepersonellet ny innsikt eller kompetanse på rollesammenblanding eller grenseoverskridende atferd.

I tillegg er det arbeidsgruppens vurdering at for saker med et klart preg av grenseoverskridende atferd knyttet til helsehjelpen gitt, er vilkår som begrenser en konkret metodikk eller type behandling noe som kan redusere risikoen for at handlingene kan gjentas. Vi ønsker likevel å påpeke at vilkår som begrenser behandlingsmetodikk ikke er tilstrekkelige, og bør komme i tillegg til flere andre vilkår. Her vurderer vi at særlig vilkår om veiledning er nødvendig for å gi mulighet for innsikt i handlingene. Gjennom veiledning vil nye handlingsalternativer kunne bli tydeligere for helsepersonellet.

Bruken av vilkår om begrensninger på arbeidsstedet virker nært knyttet til en forståelse av at begrensninger i ulike arbeidssituasjoner (eller at helsepersonellet ikke er alene i disse) skal påvirke pasientsikkerheten, og må sies å være typer begrensninger som er eksterne for helsepersonellet. Faller vilkårene bort, kan risikoen for nye handlinger forekomme, da begrensningen i seg selv ikke nødvendigvis skaper endringer hos helsepersonellet.

Vilkår om veiledning er for arbeidsgruppen et naturlig innhold i enhver begrenset autorisasjon som omhandler at helsepersonellet har en grenseoverskridende seksuell atferd eller har inngått

i seksuelle rollesammenblandinger. Arbeidsgruppen vil bemerke at siden slike vilkår i større grad gir muligheter for en reell atferdsendring hos helsepersonellet, bør de være obligatoriske når helsepersonellet enten er vurdert som å kunne bli uegnet (§ 59a) eller er uegnet (§ 59) på vedtakstidspunktet. En slik vurdering fordrer tiltak som øker kompetanse, innsikt og gir mulighet til å finne nye, reelle handlingsalternativer.

Arbeidsgruppen vurderer også at *veiledningsordningene* har flere svakheter. I de fleste vedtakene der helsepersonellet skal motta veiledning gjennomføres denne erfaringsmessig av en veileder som ikke er knyttet til helsepersonellens egen arbeidsplass, og som har begrenset med informasjon om formålet – ofte er denne informasjonen kun gitt av helsepersonellet selv.

Arbeidsgruppen vurderer at veiledere alltid bør ha lest hele vedtaket om begrenset autorisasjon (eventuelt en versjon sladdet for sensitive opplysninger). På denne måten er det sikret at veilederen er gjort tilstrekkelig kjent med *årsakene* til den begrensede autorisasjonen, men også Helsetilsynets konkrete *vurderinger* av svikten som førte til brudd på de aktuelle vilkårene. Det må også komme frem i uttalelser fra veileder at vedkommende har gjennomført en tydelig habilitetsvurdering før hun eller han tar på seg oppdraget som veileder, dette er som regel ikke mulig å se i dokumentasjon gitt fra veiledere i disse sakene.

Videre vil en veiledning hos en ekstern veileder ikke være en garanti for at helsepersonellet mottar tilstrekkelig med informasjon om eksempelvis fagetikk gjennom veiledningsordningen. En slik kompetanseheving på fagetikk og tilgrensende temaer er ikke sikret gjennom bruken av veiledning som vilkår i en begrenset autorisasjon.

En veiledningsordning hos en ekstern veileder vil heller ikke kunne fange opp problemstillinger og potensiale for nye handlinger fra helsepersonellet, så lenge ikke helsepersonellet selv tar dette opp med egen veileder. Et samarbeid mellom veileder og helsepersonellens arbeidsgiver knyttet til uregelmessigheter i arbeidssituasjonen vil kunne forbedre en pågående veiledning, men har kun vært aktuelt så langt i saker der det angis et vilkår om «faglig veiledning» på arbeidsplassen.

Veiledning hos psykolog eller psykiater som eksempelvis omhandler temaer som innsikt i «blinde flekker» i pasientkommunikasjon, forståelse av egen motivasjon for det seksuelle forholdet til en pasient eller hvorfor vedkommende ikke tok dette opp med egen arbeidsgiver er åpenbart nyttig. En slik veiledning vil passe godt inn i et ønske om at veiledningen ikke bare skal skape innsikt og forståelse, men også potensiale for *nye handlingsalternativer* og verktøy for senere rollemessige utfordringer.

Likevel er et slikt arbeide ingen garanti for at helsepersonellet har gjennomgått en klar *kompetanseheving* på temaene som vilkårene eksempelvis har angitt. Et teoretisk eksempel vil her være en veiledning som har adressert konkret pasientkommunikasjon og intimgrenser i en terapeutisk kontekst, men som ikke har gjennomgått gjeldende lov- og regelverk inkludert fagets regler for helseprofesjonen.

Å arbeide i en begrenset autorisasjon er en relevant måte helsepersonellet gis mulighet å bygge opp tillit samtidig som at vedkommende er i fullt arbeid som helsepersonell. Dette forutsetter at vilkårene i begrensede autorisasjoner i tilstrekkelig grad bidrar til å fange opp situasjoner som kan føre til en eventuell ny uegnethet hos helsepersonellet. I tillegg må vilkårene føre helsepersonellet i en retning der ny innsikt, kompetanse og handlingsalternativer kan utvikles.

Arbeidsgruppen vil påpeke at gjennomgangen viser at det er *lite* bruk av begrenset autorisasjon i tilsynssaker der helsepersonellet har hatt en seksuell relasjon til pasient/bruker

eller har utøvd seksuelt grenseoverskridende handlinger. I et klart flertall av sakene der helsepersonellet er vurdert som uegnet er autorisasjonen tilbakekalt, og helsepersonellet må eventuelt gjennomføre ulike tiltak for igjen å bli skikket. Bruken av begrensede autorisasjoner virker for arbeidsgruppen å være et relevant handlingsalternativ i enkelte saker der helsepersonellet er uegnet, men at det kan legges til rette for endringer i arbeidssituasjonen som endrer dette. I tillegg er bruken relevant når handlingene (eksempelvis et potensielt gjentakende handlingsmønster) tilsier at helsepersonellet i fremtiden vil kunne bli uegnet, men ikke er det nå.

Arbeidsgruppens vurderinger av vilkårene brukt i begrensede autorisasjoner har i stor grad omhandlet vurderinger av egnethet knyttet til kvalitet i tjenesten og pasientsikkerheten. Den allmenne tillit til tjenester og helsepersonell er ved inngåtte seksuelle relasjoner eller grenseoverskridende seksuell atferd sterkt svekket, og tilsier at for mange av disse sakene er helsepersonellet å vurdere som uegnet også i seg selv bare på grunnlaget av å ha utvist en atferd som er uforenlig med yrkesutøvelsen.

I de tilfeller det gis en begrenset autorisasjon er det etter arbeidsgruppens vurdering derfor sentralt at eventuell videre yrkesutførelse skjer i en kontekst der arbeidsgiver har en tydelig rolle og et klart ansvar for å fange opp hendelser som kan indikere uegnethet hos helsepersonellet. Videre må bruken av veiledning eller andre tiltak som gir potensiale for endring hos helsepersonellet være en nødvendig del av tiltakene som skal gjennomføres.

For saker med eksempelvis alvorlige seksuelle overgrep er begrenset autorisasjon ikke en aktualitet, noe som heller ikke virker å forekomme i vår gjennomgang av vedtakene. For saker med rollesammenblanding der det enten er mulighet for at helsepersonellet ved noe bistand gjør seg egnet, eller at risikoen for fremtidig uegnethet reduseres med konkrete tiltak, kan bruken av begrenset autorisasjon være en tilstrekkelig reaksjon.

Imidlertid inneholder et klart flertall av sakene med rollesammenblanding der det innledes seksuelle relasjoner eller seksuelt grenseoverskridende handlinger såpass klar svikt i grunnleggende fagetisk forståelse og en vesentlig mangel på faglig innsikt, at helsepersonellet er uegnet og autorisasjonen må tilbakekalles. Helsetilsynet følger her en klar praksis, og i de aller fleste sakene fører handlingene helsepersonellet har utøvd, til et tilbakekall av autorisasjon.

#### 6.4.4 *Anbefalinger*

- De tre hovedområdene for vilkår i begrensede autorisasjoner opprettholdes, men det gjøres enkelte endringer i vilkårenes innhold.
- Veiledning av helsepersonellet skal som hovedregel være et vilkår i alle vedtak om begrenset autorisasjon, der bakgrunnen for vedtaket er rollesammenblanding, seksuell relasjon eller grenseoverskridende seksuell atferd.
- Ordningen med bruk av eksterne veiledere i saker med begrenset autorisasjon må vurderes. Det må være et aktivt samarbeid mellom Helsetilsynet og veilederne. Det må stilles krav om at veilederne foretar en eksplisitt habilitetsvurdering før arbeidet påbegynnes, og vurderingen skal komme frem av rapporten til Helsetilsynet. Det må påses at veilederne er kjent med hele vedtaket hvor både faktagrunnlag, vurderinger og konklusjonene kommer frem.
- Fordi veiledning ikke er en garanti for at helsepersonellet mottar tilstrekkelig kunnskap og får en kompetanseheving på fagetikk (og herunder eksempelvis

rolleforståelse), må det vurderes i hver enkelt sak om det bør gis eksplisitte vilkår om slik kompetanseheving i den begrensede autorisasjonen.

- I noen saker må det etableres et tydelig og forpliktende samarbeide mellom helsepersonellets veileder og helsepersonellets arbeidsgiver. Samarbeidet kan omhandle eventuelle uregelmessigheter i arbeidssituasjonen eller andre forhold som kan være aktuelle som tema i veiledningen. Slik vilkårene nå fungerer er det opp til helsepersonellet selv å tematisere dette i veiledningen.
- Det må igangsettes et arbeid for å utarbeide en intern veileder for utvikling av relevante vilkår i saker med begrenset autorisasjon. I dette arbeidet må det ses hen til anbefalingene knyttet til eksempelvis veiledning/veiledere.

## **7 Arbeidsgruppens vurderinger av søknader i en periode på 10 år**

### **7.1 Vurderinger av enhetlig praksis i saksbehandlingen av søknader, og om vurderingene av skikkethet er godt tematisk og metodisk utformet**

Statens helsetilsyn *kan* gi helsepersonellet autorisasjonen tilbake når det er godtgjort at vedkommende igjen er skikket<sup>40</sup>. En ny autorisasjon kan også være med begrensninger. Bestemmelsen underbygger at det er skikkethet, kvalitet og sikkerhet – ikke straff – som skal avgjøre om helsepersonellet får tilbake full eller begrenset autorisasjon. Selv om det er begått handlinger som ikke er forenelig med yrkesutøvelsen, og som har resultert i domfellelse og ubetinget fengselstraff, har helsepersonellet anledning til å søke om å få tilbake autorisasjonen. Helsetilsynet kan derfor ikke innenfor dagens bestemmelser avvise en søknad om ny autorisasjon, men må saksbehandle og vurdere alle søknader de mottar, uansett hvor kort eller lang tid som er gått siden tilbakekallet, og uansett bakgrunnen for tilbakekallet.

Dersom helsepersonellet er straffedømt for seksuallovbrudd (forelegg/dom), er vedkommende utelukket fra å yte helse- og omsorgstjenester til barn eller personer med utviklingshemming<sup>41</sup>. I disse tilfellene vil det kun være aktuelt å gi begrenset autorisasjon for å hindre slik pasient- eller brukerkontakt.

Helsepersonellet har ikke rett til å få ny autorisasjon etter tilbakekall, og Helsetilsynets handlingsrom ligger her i formuleringen «kan». Selv om helsepersonellet har godtgjort å være skikket for ny autorisasjon, er det likevel opp til tilsynsmyndighetens skjønn å avgjøre om det skal gis tilbake ny eller begrenset autorisasjon. Skjønnsutøvelsen er imidlertid aldri helt fri, og vil være bundet av forvaltningsrettslige prinsipper som forutsigbarhet, at det ikke skal tas utenforliggende eller usaklige hensyn, at det ikke skal være en usaklig forskjellsbehandling og at det ikke skal fattes urimelige avgjørelser (læren om myndighetsmisbruk). Saksbehandlingen skal også være etterrettelig, transparent og mest mulig forutsigbar.

Ved søknad om ny autorisasjon er det to kriterier som begge må være oppfylt:

- *Helsepersonellet må godtgjøre* at det nå er trygt å gi tilbake begrenset eller full autorisasjon.

---

<sup>40</sup> Helsepersonelloven § 62

<sup>41</sup> Helsepersonelloven § 20a femte ledd

- *Helsepersonellet må være skikket* til å inneha full eller begrenset autorisasjon, og da vurdert ut fra situasjonen på søknadstidspunktet, ikke situasjonen da handlingen som ledet til tilbakekallet, ble begått.

Begrepet «skikkethet» er videreført fra de gamle særlovene, men praksis i sakene viser at «skikket» er ensbetydende med «egnet», som er mer forenlig med dagens språkbruk. Samlet sett fremstår en vurdering av *skikkethet* på denne måten som en vurdering om at søkeren (i nåtid) ikke vurderes som *uegnet* (ingen brudd på vilkår i § 57 foreligger) samtidig som søkeren i tilstrekkelig grad kan dokumentere *å ha gjort seg skikket* gjennom ulike aktiviteter som påvirker eller endrer de vurderingene som ble lagt til grunn ved vedtaket om tilbakekall. Forholdene som lå til grunn for tilbakekallet må ikke lenger være til stede.

I rettspraksis er det lagt vekt på følgende momenter:

- bearbeidelse av hendelsen
- selvinnsikt og en forståelse av rekkevidden og konsekvensene av sine handlinger
- tatt lærdom av handlingene
- tilegnet seg ny innsikt av betydning for rollen som helsepersonell
- tidsmomentet

I Rundskriv IK-2/2017,<sup>42</sup> fremgår det hvilke momenter Helsetilsynet legger vekt på ved eventuell ny søknad:

- bearbeidet hendelsen og eventuelle bakenforliggende årsaker
- innsikt som fører til mestring og kontroll over egne handlinger
- innsikt i hvorfor den aktuelle handlingen var egnet til å svekke den allmenne tilliten til vedkommende og helsetjenesten for øvrig
- sannsynligjøring av at det ikke senere vil bli utøvd en atferd som er uforenlig med yrkesutøvelsen

Kravene til dokumentasjon av skikkethet vil variere, avhengig av hva som var bakgrunnen for tapet eller det frivillige avkallet på autorisasjonen, men de vil alltid henge nært sammen med vilkårene for tap av autorisasjon som er aktuelle i den enkelte sak. For helsepersonell som har begått grenseoverskridende atferd vil dette være de tidligere omtalte vilkårene om vesentlig mangel på faglig innsikt, atferd uforenlig med yrkesutøvelse og uforsvarlig virksomhet.

Dersom Helsetilsynet har tilbakekalt autorisasjonen fordi handlingen som er begått viser en «atferd som anses uforenlig med yrkesutøvelsen», vil det stilles krav om at søker dokumenterer en bearbeidelse av «det som skjedde» og «eventuelle bakenforliggende årsaker til dine handlinger» (forstås som mulige årsaksforklaringer/motiver for handlingene). Gjennom tilegnelse av «ny innsikt» vil helsepersonellet i større grad kunne ha kontroll over egne handlinger (underforstått i situasjoner som kan være lignende de der handlingene som førte til tilbakekallet ble begått). Videre må søkeren dokumentere en innsikt «i hvorfor dine handlinger var egnet til å svekke den allmenne tilliten til deg og til helse- og omsorgstjenesten generelt». For begge kravene er det beskrevet et krav om dokumentasjon gjennom behandling og/eller veiledning, mens det på vurderingen av innsikt i hvordan handlingene kan svekke

---

<sup>42</sup> [Informasjon til deg som har mistet din autorisasjon eller som frivillig har gitt avkall på den. IK-2/2017](#)  
Helsetilsynet.no

allmenn tillit omtales også at Helsetilsynet vil legge vekt på egen refleksjon (sistnevnte kan forstås som vist eksempelvis i egen søknad).

Til sist stilles det krav til at søkeren «må sannsynliggjøre at du ikke igjen vil utøve atferd som er uforenlig med yrkesutførelsen». Her vil tiden som har gått siden handlingene ble begått bidra til vurderingen, det samme med om eventuelt nye og lignende handlinger forekommer i tiden etter vedtaket om tilbakekall eller handlingene som ble begått. Ved en eventuell dom må dommen være sonet ferdig og prøvetid gjennomført. For dette kravet vises til mulig dokumentasjon fra arbeidsgivere «og annen dokumentasjon på gjennomført aktivitet og selvutvikling.

For tap som (også) omhandler brudd på vilkåret om uforsvarlig virksomhet, stilles det krav om at søkeren må ha hevet sin kompetanse på «det aktuelle fagområdet». Kravene omtales her som å variere med at tapet skyldes ulike forhold. Å heve sin kompetanse forklares som «I dette ligger at du må dokumentere ny innsikt og forståelse» (forstås som ny innsikt og forståelse på «det aktuelle fagområdet hvor du utviste uforsvarlighet»). Kompetanseheving kan eksempelvis skje gjennom videreutdanning, kurs, litteraturstudier, forskning, hospitering eller andre metoder som tydelig berører sentrale områder ved autorisasjonstapet som eksempelvis rolleforståelse, kompetanse på intimitetsgrenser, pasientkommunikasjon m.m.

Helsepersonellet kan dokumentere disse endringene ved uttalelse fra veileder eller behandler som vedkommende har hatt kontakt med. Helsepersonellet velger selv hvilken veileder eller behandler de vil benytte, men Helsetilsynet kan ved behandlingen av søknaden sette denne vurderingen til side dersom de ikke finner uttalelsen tilstrekkelig faglig begrunnet, eller det er andre forhold ved denne som gir grunn til å tvile på om den gir tilstrekkelig garanti for framtidig pasientsikkerhet ikke er truet, og tilliten til helsepersonellet og helse- og omsorgstjenesten er gjenopprettet. Vedlegget til saksbehandlingsveilederne påpeker at eventuell behandling som dokumenteres ikke kan ha preg av støttesamtaler, personlighetsutvikling eller symptomlindring, men skal ha en direkte sammenheng med årsaken til autorisasjonstapet. Hverken rundskriv, saksbehandlingsveiledere eller vedlegget til disse spesifiserer innholdet i en slik uttalelse, men det er naturlig at denne (eventuelt i tillegg til søknaden) i størst mulig grad utover beskrivelse av rammene for veiledningen eller samtalene (omfang, hyppighet, innhold mm.), berører de omtalte kravene i IK-2/2017.

Helsepersonellovens formål er å «bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenestene». Lovgiver er tydelig på at det er en grunnleggende forutsetning for å kunne utøve virksomhet i helsetjenesten, at allmennheten har den nødvendige tillit til de som utøver virksomhet og til helsetjenesten som sådan. Hovedformålet med autorisasjonsordninger er nettopp å sikre at disse formålene blir ivaretatt, og at pasientene skal kunne oppleve trygghet ved undersøkelse og behandling hos autorisert helsepersonell. Autorisasjonene dekker et informasjonsbehov overfor pasientene fordi en autorisasjon fyller en minimums «varedeklarasjon» av ulike yrkesutøveres kvalifikasjoner<sup>43 44 45</sup>. Selv om både arbeidsgiver og kollegaer har tillit til helsepersonellet og dermed «går god for» at autorisasjonen kan gis tilbake, kan det være slik at omverdenen ikke har nødvendig tillit.

---

<sup>43</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998–1999) – Om lov om helsepersonell mv (helsepersonelloven).

<sup>44</sup> HR-2010-2203-A-Rt-2010-1613. Norges Høyesterett – Dom.

<sup>45</sup> LE-2020-3000. Eidsivating lagmannsrett- Dom og kjennelse.

Når det skal vurderes hvilken betydning tap av tillit har for framtidig arbeidsmulighet som helsepersonell, er stillingens karakter sentral. For noen handlinger vil det være umulig å tilfredsstille det strenge tillitskravet som stilles til visse typer stillinger, for eksempel individuell behandling av psykisk syke pasienter eller andre sårbare og utsatte pasient- og brukergrupper. Det er en forutsetning at pasienter og brukere kan forvente trygge relasjoner med helsepersonellet de møter. Tett kontakt med utsatte grupper skjerper dette tillitskravet. Selv om det ikke foreligger noen gjentakelsesfare og dermed ingen reell fare for pasientsikkerheten, kan de handlingene som er begått resultere i at enkelte pasienter vil reagere med frykt dersom dette blir kjent. Det vil også finnes pasienter som ut fra egen historie og helseutfordring vil reagere sterkt dersom helsepersonellens historie blir kjent. Forhistorien vil dermed i seg selv være egnet til å rukke vet tilliten til helsepersonellet, og vil også potensielt kunne rukke ved tilliten til helse- og omsorgstjenesten som sådan dersom helsepersonellet får anledning til å praktisere igjen.

Det kommer frem av rundskrivet at: «*Svært grove kriminelle handlinger kan resultere i at du aldri vil kunne få ny autorisasjon*». Praksis i Helsetilsynet er at enkelte handlinger fører til avslag på søknader selv om helsepersonellet mener de har gjennomgått prosesser og gjort tiltak som gjør dem *faglig* sikket for ny autorisasjon. Avslagene begrunnes da i at det er svært vanskelig å godtgjøre allmenn tillit i befolkningen etter å ha begått så grove handlinger.

#### 7.1.1 Gjennomgang av søknader om ny autorisasjon eller begrenset autorisasjon

Vurderingene baserer seg på vedtaket gjort ved helsepersonellens (siste) søknad om ny/og eller begrenset autorisasjon, der helsepersonellet fikk tilbakekall eller begrenset autorisasjon i sin tilsynssak i tidsperioden tidligere oppgitt. Søknader fra helsepersonell som mistet sin autorisasjon eller fikk den begrenset før 1. januar 2011 og etter 31. desember 2020 er altså ikke inkludert i denne gjennomgangen.

Omfanget av helsepersonell som har søkt om ny/og eller begrenset autorisasjon, eller å få opphevet begrensningen i sin autorisasjon etter vedtaket i tilsynssaken, er omtalt i punkt 6.1.6.

I alle saker med mottatte søknader knyttet til tilsynssaker i den konkrete tidsperioden, har kravene til skikkethet i IK-2/2017 vært aktivt omtalt og anvendt i vurderingene i saken.

Sentrale krav som dokumentasjon av bearbeiding og forståelse av eventuelle bakenforliggende årsaker, innsikt i at handlingene er egnet til å svekke allmenn tillit og sannsynliggjøring av at handlingene ikke igjen vil bli utført er gjennomgående vurdert i vedtakene når søknadene er behandlet. I tillegg er tiden som har gått siden handlingene fant sted og eventuelt tilbakekall av autorisasjonen alltid belyst i vurderingene av de konkrete søknadene.

Ett krav som ikke (tydelig) kommer frem av rundskrivet, men som blir aktuelt i enkelte av søknadsbehandlingene, er om søkeren har erkjent handlingene som Helsetilsynet har sannsynliggjort i det tidligere vedtaket om tilbakekall av eller begrenset autorisasjon. I flere av avslagene gitt på søknader om ny og/eller begrenset autorisasjon påpekes det at det ikke kan godtgjøres at søkeren har innsikt i handlingene, bakenforliggende årsaker eller vil kunne sannsynliggjøre at handlingene ikke igjen forekommer når vedkommende ikke mener handlingene har funnet sted. Dette kan ha sammenheng med at helsepersonellet vanskelig kan erkjenne et forhold vedkommende bestrider har skjedd. Helsepersonell som har fått tilbakekalt autorisasjonen har både klagerett og søksmålsmulighet dersom de mener faktagrunnlaget for reaksjonen er feil.

Flere av vurderingene i de konkrete søknadene, særlig knyttet til søknader som Helsetilsynet har mottatt i første halvdel av perioden på ti år, er i omfang svært korte. Korte og språklig begrensede vurderinger kan ha utfordringer i å tydelig kommunisere overfor søkeren hva innvilgelsen eller avslaget konkret er tuftet på, men har samtidig fordelene i å kunne være lettere tilgjengelige. Arbeidsgruppen vil bemerke at dette virker å gjelde søknader (og tilsynssaker) som ligger noe tilbake i tid, og i mindre grad reflekterer praksis i dag.

Det finnes eksempler på vedtak knyttet til søknader der enkelte av kravene om skikkethet ikke er (tilstrekkelig) omtalt i vurderingen, selv om disse kravene med stor sannsynlighet har vært vurdert i behandlingen av den konkrete søknaden. Dette gjelder eksempelvis omtale av forståelse av eventuelle bakenforliggende årsaker til egne handlinger. Arbeidsgruppen finner ikke grunn til å tro at dette kan ha påvirket beslutningen i selve vedtaket. Det er også grunn til å anta at dette henger sammen med omtalte inntrykk av at eldre vedtak på søknader har kortere vurderingstekster.

Det finnes eksempler på at, slik dokumentene i saken kan tolkes, noen saker ikke er tatt opp i et åpningsmøte. Mest sannsynlig har da saksbehandlerne fra tidlig av i disse sakene vurdert at det har vært snakk om enten klare avslag eller klare innvilgelses. En slik praksis kan forekomme i mange saker som saksbehandles i Helsetilsynet, men arbeidsgruppen vurderer at dette i størst mulig grad bør unngås for denne sakstypen – som et ønske om et ekstra ledd i kvalitetssikringen av denne typen saker.

For en mindre del av søknadene er det oppgitt bare én saksbehandler (helsefag). Det er ikke arbeidsgruppens inntrykk at dette påvirker vurderingene gjort i de konkrete sakene, men på samme måte som et ønske om at alle søknadene (og tilsynssaker) der temaet er grenseoverskridende atferd av seksuell art alltid blir behandlet av et åpningsmøte, er det ønskelig at det alltid er to saksbehandlere i behandling av søknader (og tilsynssaker) med disse vurderingstemaene.

Ved enkelte søknader blir det gitt ny autorisasjon ved første søknad om dette i etterkant av et tilbakekall av autorisasjon, og det er ikke satt krav til at søkeren må arbeide som helsepersonell i en begrenset autorisasjon i en periode for å demonstrere skikkethet. Det er for arbeidsgruppen vanskelig å se at det på gruppenivå for disse innvilgelsene av ny autorisasjon er noen gjennomgående mønstre i vurderingene i disse (relativt få) sakene, annet enn at et inntrykk er at det er for enkelte har gått relativt lang tid mellom tilbakekallet og innvilgelsen av ny autorisasjon. Det er mulig å anta at tid kan ha spilt inn som et forhold der det har vært mer aktuelt å vurdere skikkethet i ny (full) autorisasjon enn å kreve at det først arbeides en periode i begrenset autorisasjon. Det er også svært ulike forhold og hendelser som kan ligge til grunn for tapet av autorisasjon.

### 7.1.2 Vurdering

Arbeidsgruppen vil påpeke at det å sammenligne innvilgelses av søknader (og eventuelt også vurderinger gjort i avslag) i etterkant av tilbakekall av autorisasjon, har klare metodiske begrensninger. Den store forskjellen i alvorlighetsgrad på handlingene i de opprinnelige tilsynssakene vil for eksempel påvirke vurderingene. Arbeidsgruppen kan, i den gjennomgåtte perioden på 10 år, ikke se noen gruppe av helsepersonell som etter tilbakekall eller begrenset autorisasjon og senere søknad der ny autorisasjon innvilges, begår nye tilsvarende handlinger (som på nytt fører til tilbakekall eller begrenset autorisasjon). Dette kunne ha vært en indikator på at praksis eller de konkrete vurderingene rundt innvilgelse av søknader har manglet eller ikke har vært tilstrekkelige.



Arbeidsgruppen ser først og fremst at det er få saker der helsepersonellet senere får tilbake full autorisasjon uten forutgående begrensning. Arbeidsgruppen mener likevel at det er uheldig at enkelte får tilbake ny autorisasjon uten forutgående periode med begrensning. Dette kan svekke tilliten og øke risikoen for at det gis en ny autorisasjon uten begrensninger på feil grunnlag. Vi viser her til ny policy for tilsynssaker i helse- og omsorgstjenesten der det er vist til at tilsynsmyndigheten bidrar til befolkningens tillit ved å «bruke de virkemidlene vi har til rådighet når det er nødvendig å gripe inn overfor virksomheter og helsepersonell for å sikre at kravene til kvalitet og sikkerhet blir ivaretatt». Arbeidsgruppen mener begrenset autorisasjon er et slikt virkemiddel som bør brukes i alle tilfeller der autorisasjonen er tilbakekalt på grunn av grenseoverskridende seksuell atferd og rollesammenblandinger med seksuell relasjon.

Arbeidsgruppens vurdering er samlet sett at vi har en enhetlig praksis i behandlingen av søknader om ny eller begrenset autorisasjon i saker med grenseoverskridende atferd eller rollesammenblanding, og at vurderingene gjort i søknadene i stor grad anvender de krav til skikkethet som IK 2-/2017 stiller til søkeren.

Det er lite som tyder på at helsepersonell som har utført handlinger som kunne resultert i varig tilbakekall av autorisasjonen om det var hjemmel for det, får autorisasjonen tilbake etter dagens praksis. Enkelte har i perioden vi har undersøkt søkt inntil tre ganger om å få tilbake autorisasjonen, men alle søknader er avslått. Vi kan derfor ikke fra *pasientsikkerhetsperspektivet* se at det er behov for en lovendring som gir Helsetilsynet (eventuelt domstolene etter søksmål fra staten) adgang til varig tilbakekall av autorisasjonen. Arbeidsgruppen mener likevel denne muligheten bør utredes nærmere. Et varig tilbakekall vil stanse muligheten til slike gjentatte søknader og dermed også belastningen på Helsetilsynet som må gjennomføre en forsvarlig saksbehandling av alle søknader. I tillegg vil en lovregulert mulighet for varig tilbakekall kunne ha en preventiv effekt, øke den alminnelige tilliten til tilsynsmyndigheten og redusere en mulig frykt for at helsepersonellet på et eller annet tidspunkt kan få muligheten til å praktisere igjen. Det er et fåtall saker det her er snakk om, men det er viktig å signalisere både overfor helsepersonell og allmennheten, at tilliten er svekket så langt utover det som kan aksepteres at helsepersonellet ikke noen gang vil kunne bygge den opp igjen.

Gjennomgangen av sakene viser at mange av pasientene eller brukerne har ulike grader av psykiske plager eller lidelser, funksjonsnedsettelse eller rusmiddelavhengighet. Dette er pasienter og brukere som kanskje i mindre grad enn andre evner å beskytte seg selv mot handlinger eller overgrep fra helsepersonellet. Arbeidsgruppen mener det bør vurderes om pasient- og brukergruppene som er nevnt i helsepersonelloven § 20a femte ledd bør utvides slik at helsepersonellet utelukkes fra å jobbe med utsatte/sårbare pasientgrupper, for eksempel innenfor psykisk helsevern, og at de derfor aldri kan få tilbake full autorisasjon.

Når det åpnes for å kunne søke om ny autorisasjon etter tilbakekall, gir dette helsepersonellet en mulighet til å kunne komme tilbake i yrket sitt. Helsetilsynet må da vurdere om de forholdene som lå til grunn for tilbakekallet ikke lenger er til stede, at vedkommende ikke lenger er uegnet som helsepersonell, og at handlingen ikke er slik at den allmenne tilliten uansett ikke vil kunne gjenopprettes. Arbeidsgruppen ser at dette i noen tilfeller er vanskelige avveininger fordi det aldri med sikkerhet kan konkluderes med at handlingene ikke vil gjentas. Å vurdere når allmenn tillit er gjenopprettet er utfordrende fordi vi legger ulikt innhold i begrepet. Pasienten/brukeren som var utsatt for helsepersonellens handlinger, eller de pårørende, vil ofte mene at tillit aldri kan gjenopprettes.

Vilkårene som stilles i en begrenset autorisasjon legger føringer for den senere behandlingen av nye søknader. Når helsepersonellet har dokumentert at vilkårene som er satt, er oppfylt, vil det ut fra kravet om en forsvarlig og forutsigbar saksbehandling, være vanskelig å avslå søknaden dersom det ikke er kommet nye opplysninger i saken. Ved utøvelsen av skjønn vil det alltid være en risiko for at vurderingene og konklusjonen er feil. Det er imidlertid etter vår vurdering nødvendig å etablere tiltak og prosesser, som så langt det er mulig, reduserer risikoen for at et helsepersonell får tilbake autorisasjonen på feil grunnlag. Det er vår mening at dagens saksbehandling har for høy risiko selv om all risiko aldri kan elimineres. Denne risikoen ligger først og fremst i at det er overlatt til helsepersonellet selv å kontakte en veileder eller behandler, uten at Helsetilsynet har vært kjent med denne kontakten eller vært i dialog med veileder eller behandler. Dette øker sannsynligheten for at veileder eller behandler ikke er godt kjent med kravene til skikkethet, og at dette kan påvirke både kvaliteten i veiledningen/behandlingen, men også uttalelser fra veileder/behandler som eventuelt vedlegges som dokumentasjon i søknaden. Langt på vei vil en ekstern veileder utføre et oppdrag for Helsetilsynet fordi sistnevnte ikke selv kan veilede og følge opp helsepersonellet over tid. En slik ordning kan etter vår vurdering ikke bare være tillitsbasert, men må ha tydelige minstekrav som gir nødvendig kvalitetssikring, og som Helsetilsynet kan støtte sin vurdering på ved behandlingen av søknaden.

Videre ser vi at rapportene tilbake fra veileder i mange tilfeller bærer preg av at de ikke har forståelse og kunnskap om hva tilsynssaken omhandler, hva som er tilsynsmyndighetens mandat og rolle og hvilke vurderingskriterier som er avgjørende ved søknad om ny autorisasjon.

Vi mener at det er en enhetlig praksis i behandlingen av søknader om ny eller begrenset autorisasjon i saker med grenseoverskridende seksuell atferd eller rollesammenblanding med seksuelle relasjoner. Vi mener også at vurderingene gjort i søknadene i stor grad anvender de krav til skikkethet som IK 2-/2017 stiller til søkeren. Likevel mener vi at dette rundskrivet, uavhengig av andre foreslåtte tiltak, bør revideres og tydeliggjøres.

Eksempelvis mener vi at det skapes enkelte uklarheter når krav til skikkethet på bakgrunn av rusproblematikk, grenseoverskridende atferd, faglig uforsvarlighet og psykiske helseutfordringer er sammenfattet i samme rundskriv, eller ikke er tydeligere delt opp i sakstyper som er gjenkjennbare for helsepersonellet og eksempelvis deres veiledere før en søknadsprosess. Vi vurderer derfor at rundskrivet eventuelt bør splittes opp i ulike tematikk og i større grad knyttes opp til formålet med helsepersonelloven.

Det bør også komme tydeligere fram i rundskrivet, og i annen kommunikasjon, at enkelte handlinger vil kunne føre til at helsepersonellet *høyst sannsynlig ikke* vil få ny autorisasjon ved senere søknader. En slik endring i Helsetilsynets interne kvalitetssikringsarbeid, vil imidlertid etter vår mening ikke ha så stort potensiale til å trygge pasientsikkerheten som eventuelle lovendringer om varig tap vil kunne gjøre.

### 7.1.3 Anbefalinger

- Saker og søknader i saker med grenseoverskridende seksuell atferd eller rollesammenblanding med en seksuell relasjon skal alltid og uten unntak saksbehandles av to saksbehandlere, en juridisk saksbehandler og en helsefaglig saksbehandler.

- Søknader om ny eller begrenset autorisasjon der temaet for tilbakekall var grenseoverskridende seksuell atferd eller rollesammenblanding med seksuell relasjon, skal som hovedregel drøftes tverrfaglig.
- I etterkant av tilbakekall av autorisasjon i denne typen saker bør det som hovedregel *først* innvilges en periode med begrenset autorisasjon *i minimum ett år – fortrinnsvis to år* – før en ny autorisasjon uten begrensninger kan vurderes. Dette selv om søkeren vurderes som egnet på annet grunnlag. Dette kravet må tydeliggjøres i kommende revisjon av IK-2/2017.
- Det må stilles eksplisitt krav om at søkeren må ha gjennomført veiledning og/eller behandling som konkret og utvetydig omhandler bakgrunnen for tilbakekallet eller begrensningen av autorisasjon. Det anses ikke som tilstrekkelig at dette dokumenteres kun av søkeren selv, og kravet må tydeliggjøres i oversikten over krav til skikkethet.
- Helsetilsynet må utarbeide egne retningslinjer til bruk for de som skal være veiledere eller behandlere etter slike handlinger. Det må være dialog mellom veileder/behandler og Helsetilsynet underveis i prosessen.
- IK-2/2017 må revideres for bedre å legge til rette for tydelig og separat informasjon, både til helsepersonell og saksbehandlere i Helsetilsynet, om kravene for egnethet som helsepersonell som kreves i saker med grenseoverskridende atferd og/eller rollesammenblanding (både med seksuelle relasjoner/atferd eller ikke). Arbeidsgruppens forslag til endringer knyttet til krav om skikkethet, og at skikkethet mer konkret omtales som *egnethet*, bør innarbeides i denne revideringen av rundskrivet. En revisjon av IK-2/2017 må også ses i sammenheng med en eventuell revisjon av vedlegget til saksbehandlingsveilederne som omhandler vurderinger av rollesammenblanding med seksuell relasjon og grenseoverskridende seksuell atferd.
- Det bør vurderes å ilegge en karenstid før helsepersonell som har utført grenseoverskridende seksuelle handlinger eller rollesammenblandinger med en seksuell relasjon kan søke Helsetilsynet om ny og/eller begrenset autorisasjon. Anbefalingen følger både av en tilpasning til en allmenn rettsoppfatning, men også en vurdering av et realistisk tidsrom for å opparbeide seg innsikt og kompetanse på handlingene som førte til autorisasjonstap.
- Det bør vurderes å fremme lovendringsforslag slik at det blir mulig med varig tilbakekall av autorisasjon, og at helsepersonelloven § 20a femte ledd utvides til flere pasient- og brukergrupper.

## **7.2 Samsvarsmåling mellom vår praksis/normering ved behandling av tilsynssaker og søknader og Helsepersonellnemndas avgjørelser/rettsavgjørelser i de samme sakene**

Arbeidsgruppen har i mandatet fått i oppgave å vurdere samsvar mellom vår egen praksis og normering i tilsynssaker og behandling av søknader, vurdert opp mot avgjørelsene i Helsepersonellnemnda der noen av vedtakene er påklaget. Skulle det foreligge rettsavgjørelser i etterkant av vedtaket i Helsepersonellnemnda, vil også dette være grunnlag for en samsvarsmåling.

### *7.2.1 Helsetilsynets behandling av klager på vedtak i tilsynssaker og søknader*

Saksbehandlingsveilederen for Helsetilsynet kapittel 33 beskriver hvordan klager mottatt på vedtak i tilsynssaker og søknader skal følges opp. Som for klager på vedtak i alle typer tilsynssaker og søknader, vurderes det om klagen inneholder ny informasjon som gir grunnlag for en annen konklusjon. Så lenge ikke Helsetilsynet ser grunnlag for en ny vurdering av saken og eventuelt omgjøring av vedtaket, oversendes vedtaket for behandling i Helsepersonellnemnda.

### *7.2.2 Oppfølging i Helsetilsynet av vedtak i Helsepersonellnemnda*

Kapittel 35 i saksbehandlingsveilederen beskriver rutiner for oppfølging av vedtak i Statens helsepersonellnemnd. Rutinene inkluderer registrering av Helsepersonellnemndas vedtak i Nestor og at kopi av vedtaket sendes til statsforvalteren som opprettet saken.

I en samsvarsmåling på praksis og normering er det relevant å se på hvordan eventuelle opphevinger eller omgjøringer blir fulgt opp av Helsetilsynet. Sekundært er det relevant å se på om det skulle foreligge samme konklusjon i sakene, men at Helsepersonellnemnda har basert vedtaket på et annet grunnlag enn Helsetilsynet.

Helsepersonellnemndas vedtak uansett type avgjørelse distribueres oppsummert på e-post til relevante avdelinger og ledelsen i Helsetilsynet av juridisk saksbehandler. Her vil det som er av prinsipiell betydning omtales. Rutinen viser også til at saker alle bør være kjent med eller som er omgjorte tas opp på avdelingsmøte av saksbehandler. Rutinen spesifiserer også at fagsjef og saksbehandler har ansvar for å fange opp vedtak som gir føringer for vår praksis. Er Helsetilsynets vedtak omgjort, sendes det et kort notat til ledermøtet. Om nemnda har fattet vedtak om begrenset autorisasjon, vil Helsetilsynet utforme et vedtak om dette med vilkår for begrensningen.

I tillegg til rutinen angitt i saksbehandlingsveilederen, har avdelingen som behandler tilsynssaker og søknader en årlig oppgave der det skal legges frem for ledermøtet i Helsetilsynet en gjennomgang av alle vedtak omgjort eller opphevet av Helsepersonellnemnda. Gjennomgangen skal inkludere en vurdering av nemndas omgjøring/oppheving og hva dette gir av implikasjoner for Helsetilsynets praksis. Formålet med den årlige gjennomgangen er å sikre lik praksis med vedtakene fra Helsepersonellnemnda. Oppgaven er ikke omtalt i saksbehandlingsveilederen til Helsetilsynet. Notatet til ledermøtet blir i ettertid lagt ut på Losen, slik at ansatte i Helsetilsynet og statsforvalteren kan gjøre seg kjent med vedtakene og eventuelle implikasjoner for praksis.

### *7.2.3 Oppfølging i Helsetilsynet av rettsavgjørelser knyttet til tilsynssaker og søknader*

Det er få rettsavgjørelser på helserettsområdet, og svært få kommer til behandling i Høyesterett. De Høyesterettsdommene som finnes får stor betydning for Helsetilsynets behandling. Når det gjelder rettsavgjørelser i lavere rettsinstanser leses også disse med stor interesse, og følges opp med interne diskusjoner om eventuelt behov for endring av praksis. Det kan imidlertid være litt tilfeldig om tilsynet har kjennskap til saker som behandles i rettsapparatet, da informasjonsflyten mellom domstolene og tilsynsmyndigheten kunne vært bedre. Helseklages avgjørelser kan bringes inn for domstolsbehandling, men det er ikke rutine for at Helseklage orienterer Helsetilsynet om at staten er stevnet av et helsepersonell som ønsker omgjort et vedtak om tilbakekall av autorisasjon.

Arbeidsgruppen vurderer at dette er et konkret område der rutineene for samarbeid mellom Helsetilsynet og Helsepersonellnemnda bør ses på, og der endringer i informasjonsdeling fra Helsepersonellnemnda er ønskelig for å sikre at Helsetilsynet har oversikt over eventuell domstolsbehandling i sakene.

Selv om det er lagt opp til en årlig presentasjon og gjennomgang av nemndas avgjørelser, bør dette komme frem av saksbehandlerrutinen, det bør presiseres om avgjørelsene reiser spørsmål ledelsen bør ta stilling til (beslutningssak og ikke bare orienteringssak), og rettsavgjørelser bør inngå som en del av den samlede fremstillingen til ledelsen for å sikre nødvendig oversikt og styring på toppledernivå.

#### 7.2.4 Omgjøring og opphevinger av tilsynssaker

Som vist til i beskrivelsen av utvalget tilsynssaker arbeidsgruppen har vurdert for en periode på ti år, var det i kun fire tilsynssaker (en var under behandling) at Helsepersonellnemnda omgjorde Helsetilsynets vedtak. Med et så begrenset antall tilsynssaker der Helsetilsynets og Helsepersonellnemndas vedtak ikke er sammenfallende på konklusjon, er det naturlig å vurdere samsvaret mellom vår praksis og normering med Helsepersonellnemnda som relativt høyt, da dette beskriver avgjørelser i tilsynssaker i en periode på hele ti år. Samtidig er antallet omgjorte saker etter arbeidsgruppens vurdering alt for få til at det vil gi konkret mening i å se etter avvikende mønstre i Helsetilsynets praksis eller normering, dette gjelder både om Helsetilsynets vedtak har vært for omfattende (eksempelvis tilbakekall, men det burde ha blitt gitt en mindre inngripende reaksjon eller ingen reaksjon), eller om Helsetilsynet i for liten grad har gitt de mest inngripende reaksjonene i sine vedtak.

##### 7.2.4.1 Konkrete saker

For to av de fire tilsynssakene der Helsepersonellnemnda omgjorde Helsetilsynets vedtak, var omgjøringen fra et vedtak om tilbakekall av autorisasjon til et vedtak om advarsel. Tilsynssakene er innholdsmessig ulike på flere områder, men felles for Helsepersonellnemndas vurderinger er at Helsetilsynet ikke i tilstrekkelig grad har vurdert helsepersonellens uegnethet på *vedtakstidspunktet*. I vurderinger gjort av Helsetilsynet i etterkant av vedtakene understrekes det at vi i større grad må gjøre en slik vurdering i våre vedtak.

For en av tilsynssakene som ble omgjort, var omgjøringen fra et tilbakekall til en vurdering av Helsepersonellnemnda om ikke lovbrudd. Helsepersonellnemndas vedtak ble fattet i dissens, der medlemmene hadde ulikt syn på om handlingene var sannsynliggjorte eller ikke. Det er ikke beskrevet en oppfattet praksisendring i etterkant av Helsepersonellnemndas avgjørelse, og det er heller ikke arbeidsgruppens vurdering at endringer burde vært gjennomført i etterkant av vedtaket.

For den fjerde tilsynssaken der Helsepersonellnemnda fattet et vedtak, var dette en oppheving av et vedtak om advarsel gitt av Helsetilsynet. Helsepersonellnemnda vurderte at Helsetilsynet hadde mangler i vedtakets begrunnelser, og hadde lagt feil faktum til grunn eller et mangelfullt opplyst faktum. Etter oppheving ble saken behandlet på nytt med tilbakekall av autorisasjon som vedtak, også dette vedtaket ble påklaget til Helsepersonellnemnda, som stadfestet vedtaket. Arbeidsgruppen finner ingen grunn til å påpeke noen ulikheter i praksis eller norm i denne saken.

### 7.2.5 Omgjøring og opphevinger – søknader

For søknader fra helsepersonell som har fått tilbakekalt sin autorisasjon eller begrenset denne, ser arbeidsgruppen ingen påfølgende søknader fra helsepersonellet der vedtaket fra Helsetilsynet har blitt påklaget og senere omgjort eller opphevet av Helsepersonellnemnda. For samtlige søknader fra helsepersonellet er vedtakene stadfestet. Vi ser derfor ingen grunnlag til å kommentere på ulik praksis eller normering når det gjelder behandling av søknader om ny og/eller begrenset autorisasjon i etterkant av vedtak om tilbakekall eller begrenset autorisasjon.

### 7.2.6 Vurdering av praksis/normering i tilsynssaker og behandling av søknader

Gjennomgangen av klager som er behandlet av Helsepersonellnemnda på vedtak Helsetilsynet har gjort i tilsynssaker og søknader, tilsier ingen tydelig *ulik praksis eller normering* på dette saksområdet.

Å gjennomføre samsvarsmålinger vil i utgangspunktet først gi konkret informasjon om ulik eller avvikende praksis eller normering der eksemplene på dette er såpass mange at det kan beskrives et mønster eller gjennomgående rød tråd i hva som er forskjellene i vedtakene gjort av Helsetilsynet, og senere vedtak om omgjøring eller oppheving fra Helsepersonellnemnda sin side.

Arbeidsgruppen vil også understreke at vi ikke har systematisk vurdert om det er ulike kriterier eller vurderinger lagt til grunn av Helsepersonellnemnda i de stadfestede vedtakene. Arbeidsgruppen forutsetter at dette ville blitt påpekt i oppfølgingen av vedtaket fra Helsepersonellnemnda, og eventuelt drøftet både på avdelingsnivå, men også på ledermøtenivå i de årlige gjennomgangene av Helsepersonellnemndas vedtak.

### 7.2.7 Vurdering av samsvar mellom rettsavgjørelser/vedtak i klageinstans og tilsynsmyndighetens praksis

Det er få rettsavgjørelser på området og derfor vanskelig å finne støtte i rettspraksis ved vanskelige vurderingsspmål. Nettopp derfor er det vesentlig både for å ha fullstendig og oppdatert informasjon i saken, at alle rettsavgjørelser knyttet til det enkelte helsepersonelllets yrkesutøvelse, rutinemessig blir formidlet til Helsetilsynet og journalført i tilhørende sak. Her må det utarbeides rutiner og samarbeidsavtaler med både påtalemyndigheten og Helseklage som ivaretar dette.

Gjennomgang av sakene viser at det er to sett avgjørelser som er relevante for tilsynsmyndigheten:

1. Domfellelse i straffesaker der helsepersonellet også fradømmes retten til å jobbe i helse- og omsorgstjenesten. Her ser vi eksempler på hvordan retten vurderer og vektlegger fornærmedes forklaring i saken, og vektingen av andre relevante bevis. Selv om det er en annen bevisvurdering i straffesakene enn ved en administrativ behandling, vil vurderingene likevel være retningsgivende for den vanskelige sannsynlighetsvurderingen Helsetilsynet må foreta. Eksempel her er avgjørelse i Borgarting lagmannsrett – LB-2021-2224, og Høyesterettsdom i 2017 – HR-2017-2327-A.
2. En rettslig overprøving av vedtak om tilbakekall eller begrensning i autorisasjonen. Disse avgjørelsene har direkte relevans (også lavere rettsinstansers vurdering), og må etter vår vurdering alltid føre til en intern drøftelse i Helsetilsynet for å beslutte eventuelt behov for justering eller endring av praksis. Ved gjennomgangen av sakene ser vi eksempel på en rettsavgjørelse der Helsetilsynet mener domstolen ikke har vurdert saken strengt nok, men

hvor Helsetilsynet allikevel foretar en intern gjennomgang av alle relevante vedtak, for å vurdere egen praksis.

Det er variasjon i rettsavgjørelsene som gjør det vanskelig å vurdere om Helsetilsynets praksis er samstemt med rettspraksis. Det vi ser er at domstolene i mange tilfeller er mildere i sin reaksjon enn det Helsetilsynet og Helsepersonellnemnda kommer til. Dette er utfordrende i forhold til det overordnede ansvaret tilsynsmyndigheten har når det gjelder pasientsikkerhet og kvalitet, og ikke minst hensynet til befolkningens alminnelige tillit til helse- og omsorgstjenestene.

Eksempel:

*HR-2007-2162-A – Rt-2007-1851 Saken gjaldt spørsmål om tilbakekall av autorisasjon som lege som følge av seksuelle overgrep overfor mindreårige begått før legen ble autorisert, jf helsepersonelloven § 57. Høyesteretts flertall kom til at vilkårene for tilbakekall av autorisasjon forelå, men at det ikke var grunnlag for et fullstendig tilbakekall da det ikke kunne skade helsetjenestens omdømme om vedkommende fikk fortsette som lege i andre sammenhenger enn overfor barn. Det var lenge siden siste overgrep, de hadde foregått før vedkommende ble lege og det hadde ikke vært noe å utsette på hans legegjerning som allmennlege i 17 år. Legens autorisasjon ble tilbakekalt for så vidt gjaldt arbeid med barn. Dissens 3-2*

*LE-2020-30001 (anke til Høyesterett ikke tillatt fremmet). Saken gjaldt vedtak om tilbakekall av autorisasjon som sykepleier og lege, jf. helsepersonelloven § 57 første ledd, som følge av seksuelle overgrep mot en mindreårig jente. Handlingene ble ikke begått i forbindelse med tjenesten. På vedtakstidspunktet var det ca. 19 år siden de straffbare handlingene ble begått. Lagmannsretten kom til at vilkårene i helsepersonelloven § 57 første ledd var oppfylt, men at vedkommende likevel fikk beholde en begrenset autorisasjon i medhold av helsepersonelloven § 59 annet ledd og kunne dermed fortsette sin fastlegepraksis.*

Sistnevnte sak bryter med Helsetilsynets praksis om at det ikke er mulig å jobbe som fastlege med denne type begrensning i autorisasjonen, fordi det alltid er en risiko for at en fastlege vil måtte yte helsehjelp til barn. Lagmannsretten vurderte at denne risikoen var liten og at tiltak ved det aktuelle legekantoret gjennom bl.a. bistand fra kollegaer, var tilstrekkelig.

Avgjørelsen er rettskraftig og vil få betydning for framtidige saker med lignende innhold. Arbeidsgruppen mener det må være interne rutiner som løfter slike saker opp på ledernivå. Her må det vurderes om det skal tas initiativ overfor Helsedirektoratet med tanke på en lovforklaring eller presisering i rundskriv slik at rettspraksis ikke styrer rettsutviklingen i en retning Helsetilsynet mener utgjør en fare for pasientsikkerheten eller bryter med lovgivers intensjoner.

Samlet sett kan vi ikke se at Helsetilsynet har en lovforståelse og en skjønnsutøvelse som avviker fra nemnds- og/eller rettspraksis. Tvert om ser vi at pasientsikkerheten og befolkningens tillit har et større og mer avgjørende fokus hos tilsynsmyndigheten enn det som gjenspeiles i enkelte rettsavgjørelser.

### 7.2.8 Anbefalinger

- Det må arbeides for at Helseklage og påtalemyndigheten som rutine alltid oversender kopi av relevante rettsavgjørelser til Helsetilsynet.

- Rutinene for oppfølging av nemnds- og rettsavgjørelser gjennomgås med formål å ytterligere forbedres, eksempelvis at kriteriene for en årlig gjennomgang av nemndas opphevinger og omgjøringer beskrives i kommende saksbehandlingsveiledere. I tillegg anbefaler arbeidsgruppen at de endringer i praksis som besluttes ut fra drøftinger både på avdelingsnivå og leder(møte)-nivå blir skriftliggjorte og er lett tilgjengelige.
- Vurderinger gjort i Helsetilsynet knyttet til omgjorte og opphevede vedtak fra Helsepersonellnemnda bør i enda større grad deles og drøftes med statsforvalteren, med hovedmål om å sikre lik praksis og oversendelse av relevante saker til Helsetilsynet.
- Helsetilsynet må vurdere om det skal tas initiativ til å be om en lovfortolkning/presisering dersom domstolene gjennom rettspraksis etablerer en annen risiko- og sikkerhetsvurdering enn det Helsetilsynet mener er forsvarlig ut fra formålet med tilsyn.

## 8 Andre anbefalinger

- De enkelte virksomheter har ansvar for å gi relevant kompetanseheving på temaene rollesammenblanding og grenseoverskridende atferd, samt utforming av interne rutiner og retningslinjer på temaene. Virksomhetene har også et ansvar for avdekking og oppfølging av konkrete hendelser, herunder å ha tilstrekkelige sikringsmekanismer som også berører forholdene omtalt innledningsvis i rapporten, der virksomhetene ansetter arbeidstakere uten autorisasjon. Arbeidsgruppen anbefaler som omtalt i kapittel 2.2 at temaet ufaglærte ansatte i helse- og omsorgstjenesten settes tilstrekkelig på dagsordenen, og at relevante lovendringer vurderes. Aktuelle aktører: KS, de regionale helseforetakene, arbeidsgivere i privat sektor og andre.
- Utdanningsinstitusjonene som utdanner helsepersonell har en sentral oppgave i å tilføre tilstrekkelig kompetanse på områder som eksempelvis fagetikk og rolleforståelse, inkludert konkret kunnskap om og forståelse av rollesammenblanding og grenseoverskridende atferd. Det er arbeidsgruppens opplevelse at sistnevnte i for liten grad tematiseres i grunn- og videreutdanninger, og vi anbefaler at det tilføres ytterligere kunnskap på temaet i utdanningene. Aktuelle aktører: alle videregående skoler, høyskoler og universiteter som utdanner helsepersonell.
- Profesjonsforeningene har likelydende ansvar for veiledning og oppfølging av sine medlemmer, særlig gjennom utformingen av fagetiske retningslinjer. Det er arbeidsgruppens oppfatning at de nåværende retningslinjene for aktuelle helseprofesjoner i for liten grad fanger opp og tematiserer rollesammenblanding, seksuelle relasjoner eller seksuelt grenseoverskridende atferd. Arbeidsgruppen anbefaler at profesjonsforeningene vurderer sine fagetiske/yrkesetiske retningslinjer, og i større grad inkluderer konkret omtale av rollesammenblanding og grenseoverskridende atferd. Aktuelle aktører: profesjonsforeninger og fagforbund som organiserer autorisert helsepersonell.
- Som omtalt vurderer arbeidsgruppen at kunnskapsgrunnlaget på temaet helsepersonell som har en seksuell relasjon til pasient/bruker og/eller har utøvd grenseoverskridende



seksuelle handlinger er svært begrenset og fragmentert. Arbeidsgruppen anbefaler at det arbeides for å igangsette forskning og andre relevante aktiviteter på temaet. Slike aktiviteter og forskning bør sikre en bredde i eksempelvis grupper av helsepersonell og aktuelle tjenester. Aktuelle aktører: Helsedirektoratet, aktuelle forskningsinstitusjoner og andre.

## 9 Referanser

1. Sundt Gundersen M. Det skal ikke hende. Grenseoverskridelser og seksuelle overgrep i terapi. Oslo: Fagbokforlaget, 2007.
2. Gabbard GO. Boundaries and boundary violations in psychoanalysis. American Psychiatric Association Publishing, 2016.
3. Johansen JA, Cordt-Hansen K. Privatisering og seksualisering av behandlingsrelasjonen. Tidsskrift for Norsk psykologforening 2006; 43(4): 347-352.
4. Gabbard OG, Hobday GS. A psychoanalytic perspective on ethics, self-deception and the corrupt physician. British Journal of Psychotherapy 2012; 28(2): 235-248.
5. Befring AK, Ohnstad B. Helsepersonelloven – Med kommentarer. 3. utgave. Oslo: Fagbokforlaget, 2010.
6. Braut GS, Øgar P. Skjønnsutøvelse og fortolkning. I: Lindøe PH, Kringen J, Braut GS, red. Regulering og standardisering. Perspektiver og praksis. Oslo: Universitetsforlaget, 2018: 107-117.

## 10 Vedlegg – arbeidsgruppens mandat

### **Mandat for Helsetilsynets interne gjennomgang av tilsynssaker der helsepersonell har hatt en intim eller seksuell relasjon til pasienter eller brukere**

#### *Bakgrunn for arbeidet*

Det har i den senere tiden vært offentlig oppmerksomhet knyttet til deler av vårt arbeid med reaksjoner ovenfor helsepersonell. Når det reises spørsmål til vår innsats så er det på sin plass at vi på eget initiativ går gjennom vårt arbeid med tanke på å sikre kvaliteten. Dette er de samme forventningene vi har til virksomheter der vi påpeker svikt i pasient-/brukersikkerhet og kvalitet i våre tilsynsrapporter. Det er rett og rimelig at vi stiller de samme forventningene til oss selv som vi stiller til virksomhetene på våre tilsynsområder.

Helsepersonell som har vist grenseoverskridende atferd overfor pasienter og brukere, utgjør en fare for pasienter og brukeres sikkerhet, kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten og tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten.

Sakene reiser etiske, faglige og rettslige spørsmål. Handlingene kan være svært skadelige for pasienter/brukere. De administrative reaksjonene overfor helsepersonell er inngripende og kan være av varig betydning for adgangen til videre yrkesutøvelse. I tillegg utfordrer sakene allmennhetens tillit til helse- og omsorgstjenestene og til tilsynsmyndigheten.

Vår saksbehandling og utøvelse av myndighet må være forsvarlig, bygge på anerkjent faglig kunnskap og korrekt rettsanvendelse. Vår praksis skal være etterrettelig og transparent.

### *Oppgavens formål og innhold*

Formålet med gjennomgangen er å sikre at dagens praksis for behandling av aktuelle saker er i tråd med formålet med Helsetilsynsloven.

Arbeidsgruppen skal foreta en gjennomgang av et utvalg saker behandlet av Helsetilsynet der helsepersonell har hatt en intim eller seksuell relasjon med pasienter/brukere. Gjennomgangen skal gi en oversikt over og innsikt i, gjeldende saksbehandlingspraksis i Helsetilsynet. Videre skal gjennomgangen vurdere de faglige og juridiske tersklene som kommer til anvendelse og foreta en vurdering av om det er behov for å gjøre endringer/justeringer av vår praksis. Dersom det identifiseres behov endringer/justeringer så skal arbeidsgruppen fremme forslag som ivaretar behovet.

### *Omfang/avgrensing*

Arbeidsgruppen skal kartlegge, systematisere og gjennomgå saker der helsepersonell (alle grupper) har hatt en intim eller seksuell relasjon til pasienter eller brukere fra de siste 10 årene, fra 1.1.2011- 31.12 2020

Arbeidet skal omfatte:

#### **A. En vurdering av om vi har enhetlig praksis i håndtering av tilsynssakene, herunder:**

1. Gi en vurdering av vår praksis i tilsynssakene når det gjelder involvering av pasienter/brukere/pårørende
2. Gjennomføre en samsvarsmåling mellom vår egen praksis/normering i tilsynssakene, Nemndas (Helseklage v/Helsepersonellnemndas) vedtak i de samme sakene og relevante rettsavgjørelser
3. Gi en vurdering av vår praksis i tilsynssakene når det gjelder å anmelde til politiet eller begjære offentlig påtale
4. Er utformingen av vilkårene i tilsynssaker der det gis en begrenset autorisasjon tilstrekkelig for å ivareta pasientsikkerhet, kvalitet og tillit til tjenester og helsepersonell?

#### **B. En vurdering av om vi har enhetlig praksis i håndtering av søknader etter tilbakekall, herunder:**

1. Gi en vurdering av om vi har en enhetlig praksis i saksbehandlingen av søknader om å få tilbake autorisasjon (begrenset eller full autorisasjon)
2. Er våre vurderinger av skikkethet ved tildeling av begrenset eller full autorisasjon (etter tilbakekall) tematisk og metodisk utformet slik at de ivaretar pasientsikkerhet og kvalitet og tillit til tjenester og helsepersonell
3. Gjennomføre en samsvarsmåling mellom vår egen praksis/normering i behandlingen av søknader, Helsepersonellnemndas vedtak i de samme sakene og relevante rettsavgjørelser

Arbeidsgruppen skal komme med forslag til endringer i vår praksis som sikrer at vi ivaretar formålet i helsetilsynsloven på en god måte.





Arbeidsgruppen består av:

- Lisbeth Normann (leder)
- Anne-Lene Egeland Arnesen
- Pål Kristian Molin
- Toril Sagen
- Bente Bjørnhaug, statsforvalteren Innlandet
- Aase Aamland, statsforvalteren Agder
- Gunstein Sundene Helsetilsynet

Arbeidsgruppen skal utarbeide en rapport som kan danne grunnlag videreutvikling av kvaliteten i vår behandling av tilsynssaker. Arbeidsgruppen kan vurdere om det vil være hensiktsmessig å utarbeide delrapporter eller notater underveis i arbeidet.

Arbeidet skal være slutført innen 31.12 2021.

