
Seksuelle grensekrenkelser overfor pasienter – å tenke det utenkelige

KRONIKK

STINE K. TØNSAKER

skt@legeforeningen.no

Stine K. Tønsaker er advokat i Den norske legeforening.

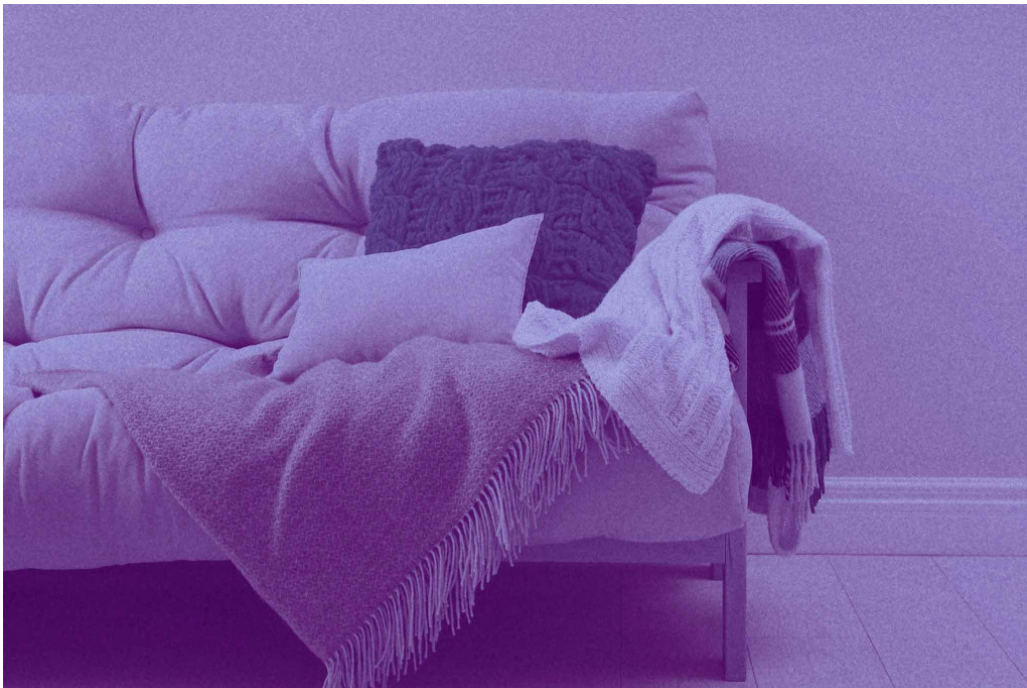
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

KARSTEN HYTTEN

Karsten Hytten er dr.med., spesialist i psykiatri og avtalespesialist. Han var medlem i pasientovergrepsutvalget.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår endringer i helsepersonelloven og helsetilsynsloven for å styrke pasientsikkerheten og tilliten til helse- og omsorgstjenesten.



De siste årene har mediene omtalt flere behandlere i helse- og omsorgstjenesten som skal ha benyttet posisjonen sin til å begå seksuelle overgrep og grenseoverskridelser. Fokuset har særlig blitt rettet mot myndighetenes håndtering og et samlet systems manglende evne til å forhindre, fange opp eller stoppe grenseoverskridende atferd fra helsepersonell. Med *systemet* menes her de instansene som kan reagere, primært arbeidsgiver, tilsynsmyndighetene ved Statens helsetilsyn og statsforvalterne samt politiet og påtalemyndigheten.

Det offentlige søkelyset førte til at Helse- og omsorgsdepartementet oppnevnte pasientovergrepsutvalget, et ekspertutvalg som leverte sin rapport 2. mai 2022 (1). Utvalget peker på en rekke utfordringer og behov for endringer, i alt fra utdanningen av helsepersonell til hvordan tilsyns- og påtalemyndighetene skal følge opp og reagere. Tilsynsmyndighetene jobber nå med flere av forslagene til praksisendring, og Helse- og omsorgsdepartementet har fulgt opp med å foreslå flere lovendringer (2).

Vi vil i denne kronikken omtale seksuelle grensekrenkelser og overgrep og drøfte juridiske og etiske sider ved et par av lovforslagene. Grensekrenkelser omfatter i denne sammenheng helsepersonells seksuelle overgrep og intimisering og seksualisering av behandlingsrelasjonen, ofte kalt rollesammenblanding. Vi har valgt å bruke *lege* fremfor *helsepersonell* når vi drøfter problematikken, selv om alle typer klinisk arbeidende helsepersonell kan være involvert i grensekrenkelser.

Temaet er komplekst og skambelagt. Vi kan likevel ikke unngå å diskutere det og aktivt arbeide med tiltak.

Mørketall

I perioden 2010–20 mistet 116 helsepersonell autorisasjonen på grunn av seksuelle grensekrenkelser og overgrep. 40 av disse var leger, hvorav 11 var allmennleger og 11 psykiatere (1). Det er all grunn til å tro at det i tillegg er mørketall, dels fordi lojalitet, skyld og skam hindrer varsling av hendelser, og dels fordi legers definisjonsmakt og pasienters manglende kunnskap om hva som skal skje i behandlingsrommet kan skape forvirring og usikkerhet om når grensene overskrides.

I pasientovergrepsutvalgets gjennomgang av saker ble det tydelig at legens definisjonsmakt gjør det mulig å overskride grenser. Ettersom psykiatrisk behandling er mindre definert enn somatisk, kan det antas at dette gjelder spesielt innenfor psykiatrien.

«Legens definisjonsmakt gjør det mulig å overskride grenser»

Lege–pasient-forholdet er preget av asymmetri. Legen har kunnskap og definisjonsmakt som pasienten ikke har. Makten setter legen i posisjon til å hjelpe, men også til å krenke og utnytte. Ytterpunktet er seksuell utnyttelse og misbruk med voldelige overgrep.

At seksuelle grensekrenkelser og overgrep kun involverer en håndfull behandlere med dårlige holdninger og avvikende personlighet, er en forenklet forståelse. Risikoen for å overskride og krenke pasientens grenser er en yrkesrisiko i alle hjelpeyrker (3–5). I

tette behandlingsforhold oppstår det gjerne sterke følelser og mer eller mindre ubevisste samspill som gjør at grenser kan overskrides (6). Å overholde profesjonelle behandlingsrammer og -grenser er legens klare juridiske, faglige og etiske plikt (7).

Det er også et samfunnsansvar å forsøke å forhindre, avdekke og stoppe grensekrenkende atferd mot sårbare pasientgrupper. Det viktigste spørsmålet i debatten er kanskje hvordan vi som samfunn skal komme i posisjon til først og fremst å forhindre, men også å avdekke og stoppe pågående grensekrenkende atferd.

Karantenetid og varig tilbakekall

Tilsynsmyndighetene skal stanse pågående uforsvarlig virksomhet i helse- og omsorgstjenesten og ta uegnet helsepersonell ut av yrket. Den strengeste reaksjonen er tilbakekall av autorisasjon. Tilbakekall gjelder på ubestemt tid, og det er opp til legen gjennom søknad om ny autorisasjon å dokumentere egen skikkethet eller at tilbakekallsgrunn(ene) ikke lenger er til stede.

«Flere har tatt til orde for at helsepersonell som begår alvorlige overgrep, skal kunne fratas autorisasjonen 'for alltid'»

Flere, inkludert pasientovergrepsutvalget, har tatt til orde for at helsepersonell som begår alvorlige overgrep, skal kunne fratas autorisasjonen «for alltid». Departementet foreslår nå, med utgangspunkt i pasientovergrepsutvalgets rapport, å hjemle en slik adgang. Tilleggskriteriet som må være oppfylt, er at helsepersonellet «for fremtiden kan utgjøre en alvorlig fare for pasientsikkerheten eller alvorlig svekke tilliten til helsepersonell eller helse- og omsorgstjenesten». Det foreslås en slags sikkerhetsventil der man har mulighet til å søke om ny autorisasjon etter ti år. For andre autorisasjonstap foreslås det en hovedregel om karantenetid på to år før man kan søke om ny autorisasjon.

Forslagene reiser flere etiske, juridiske og pedagogiske spørsmål. Overordnet må det pekes på at pasientovergrepsutvalget kun har sett på saker som gjelder overgrep begått av helsepersonell mot pasienter, mens lovforslagene vil gjelde generelt for alle lovovertrедelser.

Selv om departementet har konkludert med at varig tap av autorisasjon (og karantenetid) ikke er straff, har reaksjonene preg av dette og kan oppleves mer som straff enn som en administrativ reaksjon. Helsepersonellovens bestemmelse om straff (8), ble tatt inn for å styrke samhandlingen mellom tilsynsmyndighet og påtalemyndighet. Det er likevel viktig å skille mellom tilsynsmyndighetens og påtalemyndighetens roller og oppgaver, og mellom straff og tilsyn. Vi mener at seksuelle grensekrenkelser og overgrep i behandlingsforhold i for liten grad har blitt håndtert av politiet og påtalemyndigheten.

Tilsynsmyndighetene har i all hovedsak skriftlig saksbehandling, i kontrast til domstolenes muntlighets- og bevisumiddelbarhetsprinsipp. Det er svakheter og styrker ved dette. Videre kreves det (bare) alminnelig sannsynlighetsovervekt for å fatte vedtak om tap av autorisasjon, altså at Statens helsetilsyn legger til grunn det faktum de finner

mest sannsynlig. I strafferetten er utgangspunktet «at enhver rimelig tvil skal komme tiltalte til gode», og straff omtales som «samfunnets reaksjon overfor dem man er helt sikre på at har brutt loven» (9).

I saker om grensekrenkelser er det ofte ord mot ord om hva som har foregått i det lukkede rommet, og det er dermed vanskelig å bedømme hva som har skjedd. Det kan stilles spørsmål ved om både pasientens og behandlerens rettssikkerhet i disse sakene i tilstrekkelig grad ivaretas ved administrativ behandling, og om den eventuelt i større grad blir ivaretatt ved etterforskning og domstolsbehandling.

Leger kan være sårbare for uriktige anklager. Metoo-kampanjen og offentlig fokus har preget tidsånden på en positiv måte ved at det er blitt mer bevissthet om hvor grensene går og lavere terskel for å melde fra. Samtidig kan det bli en større risiko for at noen fremsetter – og når frem med – uriktige anklager.

Det har vært drøftet om inngripende reaksjoner som tilbakekall av autorisasjon og rettighetstap bør være forbeholdt domstolene, og diskusjonen vil kanskje aktualiseres av foreliggende forslag.

Karantenetid

I motsetning til rettighetstap etter straffeloven gjelder tilbakekall inntil legen kan godtgjøre at hen igjen er egnet og ikke fremstår som en fare for pasientene. Det er vanskelig å forutsi tidsaspektet for dette.

Utvalgets erfaring med gjennomgang av saker viste at mange leger raskt søkte om å få autorisasjonen tilbake, uten nødvendigvis å ha arbeidet med bakgrunnen for tilbakekallet. En karantenetid fra tap av autorisasjon til søknad om ny autorisasjon kan behandles, gir noe forutsigbarhet og kan være ressurs- og arbeidsbesparende. Det vil også signalisere alvor i pliktbruddet og at det tar tid å erkjenne og bearbeide et slikt brudd.

«En karantenetid fra tap av autorisasjon til søknad om ny autorisasjon kan behandles, vil signalisere alvor i pliktbruddet og at det tar tid å erkjenne og bearbeide et slikt brudd»

Imidlertid vil ofte andre tiltak være avgjørende. Angivelse av tid må ikke ta oppmerksomheten bort fra øvrige tiltak som må iverksettes, det må heller ikke skape en forventning om ny autorisasjon så snart karantenetiden er over.

I tråd med ønske om mer nyanserte reaksjoner samt råd og veiledning, kan en mer individuell, konkret tilnærming være bedre egnet enn en generell karantenetid. I et tilbakekallsvedtak bør det fremgå hva som minimum vil kreves av både tid og tiltak før det søkes om ny autorisasjon, eventuelt også om overtredelsen vurderes som så grov at det er usannsynlig at en søknad vil bli innvilget.

Karantenetid bør uansett regnes fra tidspunktet autorisasjonen er tilbakekalt, ikke fra endelig vedtak eller rettskraftig dom, som nå foreslås. Det vil, i lys av tiden det vil ta å overprøve vedtaket og hvor sjelden det innvilges oppsettende virkning, kunne avskrekke personen fra å klage på vedtaket eller få det prøvd for domstolene.

Departementet skriver at karantenetid antagelig vil hindre en del grunnløse klager på tilbakekall av autorisasjon, men det må legges til grunn at karantenetid også vil kunne hindre velbegrunnede klager. Dette harmonerer dårlig med rettssikkerhetsgarantien som nettopp forutsettes å ligge i at helsepersonellet kan klage til Helsepersonellnemnda og eventuelt bringe saken inn for domstolene. Overprøving, også rettslig, er en viktig rettssikkerhetsgaranti og kan være et viktig korrektiv til tilsynsmyndighetenes praksis.

Hvordan avdekke grensekrenkende atferd?

Et overordnet spørsmål er hvordan tilsynet skal få informasjon om mulig grensekrenkende atferd overfor en pasient og hvordan de skal agere når de mottar slik informasjon.

Pasientovergrepsutvalget har foreslått å gi hjemmel for at tilsynsmyndighetene i de alvorligste sakene kan kontakte legens tidligere pasienter når det er grunn til å tro at også de kan ha vært utsatt for overgrep. I drøftingen av de juridiske, etiske og faglige hensynene konkluderte utvalget med at hensynet til å beskytte pasienter veier tyngre enn øvrige hensyn overfor henholdsvis lege og pasienter.

Det er flere dilemmaer knyttet til dette. Sakene må opplyses tilstrekkelig, og det er viktig at så mye informasjon som mulig kommer frem. Sannsynligvis vil kontakt med andre pasienter være særlig egnet til å opplyse saken. I saker hvor tilsynsmyndighetene har kontaktet behandlers arbeidsgivere, ektefeller og kolleger, er vår erfaring at det oppleves som invaderende og som om «de leter etter feil». Likevel er det grunn til å tro at dette i mange saker kunne hatt avgjørende betydning og bidratt til å forhindre pågående grensekrenkende atferd over tid.

I den aktuelle Frosta-saken er en lege siktet for overgrep mot 89 kvinner, herunder 34 voldtekter. TV2 skriver at politiet har vært i kontakt med omkring 120 tidligere pasienter av legen, hvorav 61 av disse har valgt å anmelde ham ([10](#)).

Forfatteren av boken *Diamantkvelder* ([11](#)) har i intervjuer fortalt at historien om en psykiater som innleder et seksuelt forhold til en sårbar yngre kvinne, er basert på egen erfaring. Uten at vedkommende er omtalt ved navn, har den offentlige omtalen gjort at flere uoppfordret har tatt kontakt med tilsynsmyndighetene. Han er nå anmeldt av forfatteren og flere andre kvinner, og det er opprettet flere tilsynssaker.

«Sakene må opplyses tilstrekkelig, og det er viktig at så mye informasjon som mulig kommer frem»

Tidligere direktør i Statens helsetilsyn har uttalt til VG at de ikke kan reagere på «rykter eller romanstoff», men er avhengig av navn og konkrete saker for å kunne gå inn i dem. I denne aktuelle saken tok de kontakt med forfatteren av boken og fikk bekreftet hvem det handler om, slik at de kunne opprette sak ([12](#)). Det er imidlertid mange som ikke vil dele slike opplevelser. Hvordan skal vi da sikre at tilsynsmyndighetene får tilgang til informasjon på en hensiktsmessig og god måte?

Signaleffekt

Helse- og omsorgsdepartementets forslag er nå på høring. Intensjonen og formålet er godt. Det er åpenbart at enkelte leger bør permanent fratas retten til å drive pasientrettet virksomhet og at en offentlig godkjenning bør kunne tilbakekalles – også for alltid.

Det konkrete innholdet i forslagene og signaleffekten de gir, bør imidlertid drøftes nærmere. Representerer de en ønsket utvikling? Hvordan harmonerer de med senere års lov- og praksisendringer? Her er nettopp tilsynsmyndighetens rolle som bidragsyter, rådgiver og veileder fremhevet.

Behandlingen av tilsynssaker må gjennomføres på en måte som skaper tillit og størst mulig trygghet for alle involverte parter, slik at formålet med tilsyn oppnås. Styrking av råd- og veiledningsansvar, en mer nyansert tilnærming til hver enkelt sak samt et mer proaktivt og fremtidsrettet tilsyn vil kunne ha vel så god effekt som strengere reaksjoner.

Lov- og praksisendringer for tilsynsmyndighetene er kun en liten del av tiltak som må iverksettes for å hindre grensekrenkelser og overgrep. Det viktigste spørsmålet er fortsatt hvordan vi som samfunn skal forhindre at det skjer.

Meningene i artikkelen er forfatternes egne og er ikke fremsatt på vegne av Legeforeningen eller pasientovergrepsutvalget.

REFERENCES

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Rapport fra pasientovergrepsutvalget. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rapport-fra-pasientovergrepsutvalget/id2911086/> Lest 10.6.2023.
2. Helse- og omsorgsdepartementet. Høring - Endringer i helsepersonelloven og helsetilsynsloven (Oppfølging av forslag fra Pasientovergrepsutvalget) <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/hoyring-endringer-i-helsepersonelloven-og-helsetilsynsloven-oppfolging-av-forslag-fra-pasientovergrepsutvalget/id2968184/> Lest 10.6.2023.
3. Gabbard GO. Sexual boundary violations in psychoanalysis: A 30-year retrospective. *Psychoanal Psychol* 2017; 34: 151–6. [CrossRef]
4. Plakun EM. Sexual misconduct and enactment. *J Psychother Pract Res* 1999; 8: 284–91. [PubMed]
5. Celenza A. Analytic love and power: Responsiveness and responsibility. *Psychoanal Inq* 2007; 27: 287–301. [CrossRef]
6. Garmannslund ME, Hytten K. Seksuelle grensekrenkelser i behandlingsrelasjoner. *Tidsskr Nor Psykol foren* 2023; 60: 96–101.
7. Den norske legeforening. Etiske regler for leger. <https://www.legeforeningen.no/om-oss/Styrende-dokumenter/legeforeningens-lover->

og-andre-organisatoriske-regler/etiske-regler-for-leger/ Lest 22.6.2023.

8. Lovdata. LOV – 1999-07-02-64. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> Lest 22.6.2023.

9. Store norske leksikon. Strafferettslig bevisbyrde. https://snl.no/strafferettslig_bevisbyrde Lest 21.5.2023.

10. Fossheim K, Johansen GR, Venæs HC et al. Prisbelønt lege siktet for overgrep mot 61 kvinner. TV2 12.2.2023. <https://www.tv2.no/nyheter/innenriks/prisbelont-lege-siktet-for-overgrep-mot-61-kvinner/15491194/> Lest 21.5.2023.

11. Rød-Larsen H. Diamantkvelder. Oslo: Aschehoug, 2022.

12. Fjellanger R, Norli C, Flatabø M. Helsetilsynet starter undersøkelser etter anklager mot psykiater. VG 5.12.2022. <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/8JG2dA/helsetilsynet-starter-undersokelser-etter-anklager-mot-psykiater> Lest 21.5.2023.

Publisert: 26. juni 2023. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.23.0388

Mottatt 27.5.2023, første revisjon innsendt 12.6.2023, godkjent 22.6.2023.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 14. juli 2026.