Privatisering – romantisering – eller overgrep, hva er grenseoverskridende atferd?



Ukom



OVERGREP FORKLEDD SOM BEHANDLING

Privatisering – romantisering – eller overgrep, hva er grenseoverskridende atferd?

Publisert 27. november 2024

ISBN 978-82-8465-039-5

I rapporten fra Pasientovergrepsutvalget defineres overgrep som alt fra privatisering og seksualisering av behandlingsrelasjonene – ofte kalt rollesammenblanding – til seksuelle overgrep (7). Utvalget skriver at denne vide definisjonen gir overgrepsbegrepet et stort spenn av saker, der fellesnevneren er at helsepersonell har forlatt sin profesjonelle behandlerrolle til fordel for en privat relasjon til pasienten.

Både Helsetilsynet og Pasientovergrepsutvalget viser til at nesten alle de alvorlige sakene om seksuelle overgrep begått av helsepersonell, har begynt som mer beskjedne og sporadiske grenseoverskridelser, for eksempel av typen privatisering. Dette viser at det er nødvendig å ta alle varsler om grenseoverskridende atferd på alvor.



Foto: Shutterstock

Fenomenkunnskap om grenseoverskridende handlinger mot pasienter

Man må se det for å forstå det, og forstå det for å se det,uttaler flere informanter i vår undersøkelse.

Personer vi har intervjuet, gir uttrykk for at det er for lav bevissthet og lite kunnskap om grenseoverskridende atferd i helse- og omsorgstjenesten. Det er vanskelig å tenke seg at helsepersonell begår seksualiserte handlinger mot pasienter. Dette fant vi også i referansesak 1.

Grenseoverskridende atferd omfatter alt fra privatisering og romantisering til seksuelle overgrep. Det vide spekteret gjør at det kan være vanskelig å si eksakt når helsepersonellet har trådt over sin profesjonelle grense. Et eksempel på privatisering kan være at et helsepersonell blir venn med en pasient på sosiale medier, eller mottar eller gir vennetjenester på fritiden. Romantisering kan handle om at en innleder et kjærlighetsforhold, der enten helsepersonellet eller pasienten tar initiativ. Privatisering kan bryte, men romantisering vil klart bryte den lovpålagte og yrkesetiske grensen for hva som er forenlig med yrkesutøvelsen i et behandler-pasient-forhold. Når sosiale medium blir nevnt som eksempel på privatisering, må en vurdere dette i lys av formålet med kontakten. Det er for eksempel et umulig krav at en ikke skal kunne være på Facebook-grupper for fritidsaktiviteter, selv om noen pasienter er medlem i samme gruppe. På mindre steder vil det være vanskelig å unngå ulike sosiale møtepunkter hvis en skal delta i vanlige samfunnsaktiviteter.

Flere har beskrevet at det kan finnes gråsoner (7,14). Unhjem og Vangen skriver blant annet at helsepersonell må forholde seg til en komplisert klinisk hverdag der grensene mellom det profesjonelle, personlige og private kan være uklare. Dette kan bidra til at en blir mindre oppmerksom på sin profesjonelle rolle (15).

Tilsynsmyndigheten har imidlertid en lav terskel for hva som er uakseptabelt med tanke på privatisering og romantisering, og dette gjelder også når helsepersonell oppgir at det er pasienten som tar initiativ til privat kontakt. Grunnen er at et forhold mellom pasient og helsepersonell alltid vil være kjennetegnet av en iboende maktubalanse.

«Det er viktig at helsepersonell forstår hvor alvorlig det er, og at de erkjenner at det vil alltid være en maktubalanse, det er udiskutabelt. Og når det er en maktubalanse, så følger det naturlig at man må holde seg unna det å privatisere relasjoner til pasienter.»

ANSATT HOS TILSYNSMYNDIGHETEN

Både Pasientovergrepsutvalget og Ukoms informanter fra tilsynsmyndigheten slår fast at det er forventet en høyere etisk standard for helsepersonell i sin yrkesutøvelse enn for mange andre yrker. Kravet om en høyere etisk standard er omtalt som at «legen bør stå på en etisk skammel» (16). Den samme etiske standarden gjelder selvsagt også andre helsepersonellgrupper, og formuleringer om dette går igjen i flere av de yrkesetiske retningslinjene (17-19)

«Tar du på deg byrden som helsepersonell, så tar du på deg en del plikter du ikke har i andre yrker. Dette handler om tillitsskaping hos befolkningen og at helsepersonell er en særskilt gruppe.»

ANSATT HOS TILSYNSMYNDIGHETEN

Manglende oversikt over omfang

I vår undersøkelse finner vi at det er vanskelig å si noe sikkert om nasjonalt omfang av antall klager, varsel og anmeldelser på helsepersonell som begår grenseoverskridende seksualiserte handlinger mot pasienter og brukere. Dette innebærer blant annet at vi ikke kan vite om tallet på klager eller varsel om slike hendelser er økende eller synkende. Det blir også vanskelig å vurdere om forebyggende pasientsikkerhetstiltak for å unngå slike hendelser, har effekt.

Om melde.no

Helsepersonell og andre ansatte i helse- og omsorgstjenesten har varslingsplikt om alvorlige hendelser i helsetjenesten. Slike varsler skal registreres i det nasjonale meldesystemet https://www.melde.no. Saker som er varslingspliktige er dødsfall og svært alvorlig skade på pasient i forbindelse med helsehjelpen. Meldingsplikten gjelder også for hendelser der utfallet av helsehjelpen ikke er forventet. Disse lovpålagte varslene mottas av både Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten.

Pasienter, brukere og pårørende har en varslingsrett om dødsfall eller svært alvorlig skade i forbindelse med helsehjelp. Disse varslene sendes inn via egen portal i https://www.helsenorge.no, og mottas av både Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten. Dersom hendelsen ikke vurderes som svært alvorlig, står det at man har klagerett til statsforvalteren om svikt i helsehjelpen.

Når det gjelder varslene som mottas av både Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskommisjon, vil varslene håndteres ulikt og i tråd med våre forskjellige lovverk, samfunnsoppdrag og roller.

Statens helsetilsyn

Statens helsetilsyn har saksbehandlingsansvar for varsler de mottar med tanke på forsvarlighetsvurdering og utarbeidelse av eventuelle vedtak om administrativ reaksjon eller sanksjon (20). Formålet med administrative reaksjoner er blant annet å beskytte pasienter og brukere mot uforsvarlige eller ulovlige forhold i helsetjenesten.

Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom)

Ukom har ikke et direkte saksbehandlingsansvar for mottatte varsler, men alle varsler inngår i kommisjonens kartlegging av risiko i helse- og omsorgstjenesten. Ukom avgjør selv hvilke alvorlige hendelser eller forhold som skal undersøkes med tanke på læring og kvalitetsforbedring på nasjonalt nivå.

Ukoms formål er å bedre pasient- og brukersikkerheten i helse- og omsorgstjenesten gjennom våre undersøkelser av alvorlige hendelser og andre alvorlige forhold. I motsetning til Helsetilsynet gjør ikke Ukom lovlighetskontroll. Ukom tar heller ikke stilling til sivilrettslig eller strafferettslig skyld og ansvar (21).

Lovpålagte varsler fra helsevirksomheter til det nasjonale meldesystemet melde.no mottas av Statens helsetilsyn og varsles også parallelt til Ukom. (se faktaboks Om melde.no) Noen saker som dreier seg om grenseoverskridende atferd blir varslet i dette systemet, men sakene kan også varsles til tilsynsmyndigheten via andre kanaler, oftest direkte til Statsforvalteren.

Helsetilsynet og Ukom mottar i tillegg varsler fra pasienter og pårørende via helsenorge.no. De siste fem årene har Ukom registrert 22 varsler som handler om seksualiserte grenseoverskridelser, basert på varsel fra melde.no, helsenorge.no og bekymringsmeldinger gjennom egen meldekanal på Ukom.no. Vi kjenner ikke mørketallene, men vi vet at et betydelig antall saker aldri varsles (22).

Ukoms spørreundersøkelse til statsforvalterne viser at de har registrert rundt 150 saker om grenseoverskridende seksualisert atferd hos helsepersonell de siste fem årene. Relativt sett utgjør disse en liten andel av alle sakene som varsles til tilsynsmyndigheten. Statsforvalterne har ingen samlet oversikt over varsler som ikke fører til tilsynssak. De oppgir at registreringssystemet de bruker, ikke gir mulighet til å hente ut slik informasjon. Av de om lag 150 sakene ble rundt 80 oversendt til Statens helsetilsyn for vurdering av en administrativ reaksjon. Statsforvalterne behandlet og avsluttet dermed mange saker selv. Ukom har fått opplyst at disse sakene er vurdert til å være mindre alvorlige, eller de handler om uautorisert personell i helse- og omsorgstjenesten. I svarene opplyses det at det kan være usikkerhet knyttet til tallet på saker de mottar, blant annet fordi de registrerer få data på de sakene de ikke starter tilsynssak på.

Alle varsler som tilsynsmyndigheten mottar, blir registrert i den enkelte Statsforvalters og Statens helsetilsyns separate saksarkiv. I tillegg registrerer tilsynsmyndigheten data fra blant annet behandling av varsler, tilsynssaker og planlagte tilsyn i et eget saksbehandlings- og registreringssystem, kalt NESTOR. Det at data er registrert i adskilte systemer, gjør det vanskelig både å hente ut samlede data, samt å følge en sak fra det ene systemet til det andre (23).

Vi har fått opplyst at det fra 2024 er åpnet for at saksbehandlere hos tilsynsmyndigheten kan gjøre søk på tvers av embetene i NESTOR, på om det er registrert tidligere tilsynssaker på et helsepersonell. Det søkes på helsepersonellnummer (HPR-nummer). En vil ikke kunne søke etter saker på uautorisert personell. En vil heller ikke kunne søke opp saker som ikke er registrert i NESTOR. Ukom ser behov for et felles registreringssystem som gjør det mulig å ha nasjonal oversikt over alle varsler tilsynsmyndigheten mottar om helsepersonell med grenseoverskridende seksualisert atferd. Dette vil gi bedre beslutningsgrunnlag og historisk oversikt til hjelp i saksbehandlingen dersom det skulle komme nye varsler om samme helsepersonell.

Om NESTOR

NESTOR (Nettbasert System for Tilsyn Og Rettighetssaker) – saksbehandlings- og registreringssystemer for tilsynsmyndigheten – består av tre ulike moduler. NESTOR-sf er et verktøy for statsforvalterne for registrering av rettighetsklager, tilsynssaker og planlagte tilsyn. NESTOR-v benyttes av varselavdelingen i Statens helsetilsyn for registrering og saksbehandling av saker fra den nasjonale meldeordningen melde.no. NESTOR-htil omfatter tilsynssaker som statsforvalterne har oversendt Statens helsetilsyn for videre saksbehandling med tanke på en mulig administrativ reaksjon, for eksempel saker som handler om rollesammenblanding (23).

Landets pasient- og brukerombud oppgir til Ukom at de har mottatt i overkant av 90 henvendelser om grenseoverskridende seksualisert atferd hos helsepersonell de siste fem årene.

Politidirektoratet opplyser at det ikke er mulig å hente ut statistikk over helsepersonell som er

politianmeldt for å ha utført seksuelle handlinger mot pasienter fra politiets straffesaksregister (Strasak). Registeret inneholder ikke strukturert informasjon om den anmeldtes arbeidssted eller yrkesbakgrunn, så en oversikt vil kreve manuell gjennomgang av alle straffesaker på sedelighetsfeltet.

Mulighet for å sjekke helsepersonells autorisasjonsstatus

I dag kan ikke privatpersoner finne ut om et helsepersonell har gyldig autorisasjon ved å søke på navn i Helsepersonellregisteret. Pasientovergrepsutvalget anbefalte at vi i Norge burde ha mulighet til å søke etter et helsepersonells autorisasjonsstatus, slik innbyggerne blant annet i Danmark og England har. I Norge kan privatpersoner sjekke autorisasjonsstatus i Helsepersonellregisteret, men det forutsetter at en kjenner helsepersonellnummeret eller fødselsdato, i tillegg til helsepersonellets navn.(24)

I Danmark har Styrelsen for Patientsikkerhed (tilsvarer Statens helsetilsyn) etablert et offentlig register over helsepersonells autorisasjonsstatus. Her vil alle, både arbeidsgivere og privatpersoner, kunne søke på helsepersonellets navn for å se om vedkommende har gyldig autorisasjon (25). I Sverige er det ikke et tilsvarende søkbart register, men en kan be Inspektionen för vård och omsorg utføre søket (26). England har ikke ett felles helsepersonellregister, men via General Medical Council kan en for eksempel finne ut om en lege har gyldig autorisasjon, og via Nursing & Midwifery Council kan en se autorisasjonsstatus og om det foreligger noen merknader på sykepleiere og jordmødre (27).

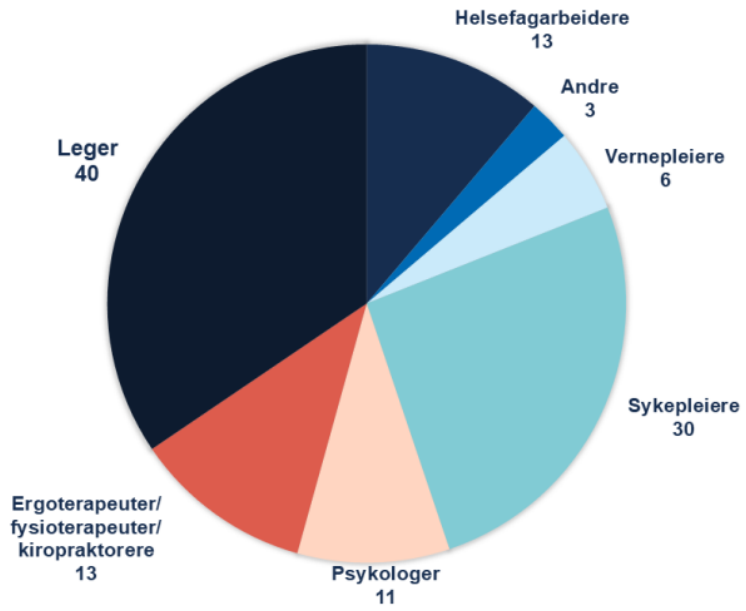
Regjeringen jobber med å opprette et søkbart register der det vil være mulig for befolkningen å sjekke om et helsepersonell har gyldig autorisasjon (28). I et slikt register vil også privatpersoner kunne undersøke om helsepersonell har mistet retten til å yte helsehjelp. Det kan for eksempel dreie seg om en fysioterapeut uten autorisasjon som tilbyr massasjetjenester, eller en psykolog som ikke lenger har gyldig autorisasjon, men som fortsetter å tilby tjenester som «terapeut». Terapeut er ikke en beskyttet tittel og krever derfor ikke autorisasjon. Det vil fortsatt ikke være mulig å se årsaken til en eventuelt tapt autorisasjon. Et slikt register vil kunne styrke pasientsikkerheten.

Hjelperrollen – en risiko for grenseoverskridelser

Alle helseyrker gjennom sin behandler- eller hjelperrolle kan innebære en risiko for grenseoverskridelser, der pasienter og brukere kan bli utsatt (18,29).

Mannlig helsepersonell som utsetter yngre kvinnelige pasienter for seksualiserte handlinger, er overrepresentert i tilsynssaker. Det er også eksempler på at mannlige pasienter kan bli misbrukt av menn som jobber i helsetjenesten, og på at kvinnelig helsepersonell begår seksualiserte handlinger mot, eller innleder private relasjoner med pasienter og brukere. Økende alder hos helsepersonellet ser ut til å være assosiert med økt tilbøyelighet til grenseoverskridende atferd (30 ,31).

I rapporten fra Pasientovergrepsutvalget blir det vist til at Statens helsetilsyn i perioden 2010 til 2020 fattet 116 vedtak om tilbakekall av autorisasjon hos helsepersonell i tilsynssaker med seksuelle relasjoner, se figur 1 (7). Leger utgjorde den største helsepersonellgruppen, og litt over halvparten av legene var allmennleger. Deretter fulgte sykepleiere som den nest største yrkesgruppen, men som vi ser, er nesten alle helsepersonellgrupper representert. Oversikten sier ikke noe om forekomst av varsel om helsepersonell som har mistet autorisasjonen, men som fortsetter med tilbud som ligger tett opp mot helsetjenester. Personell uten autorisasjon er heller ikke med i oversikten.



Figur 1: Tilbakekall fordelt på personelltyper i saker som omhandlet seksuelle relasjoner (116 i alt) s. 47 (7)

Det er ellers lite forskning på hvilke helsepersonell som begår overgrep mot pasienter og brukere (30). Kunnskapsgrunnlaget om hvem som er eller kan bli overgripere er for lite til å kunne sette inn målrettede, forebyggende tiltak mot bestemte helsepersonellgrupper eller helsetjenester. Det er derfor behov for risiko- og sårbarhetsanalyser i alle deler av helsetjenesten, for å se hvor det kan være en pasientsikkerhetstrussel.

Risikoområder i helsetjenesten

Flere av informantene i vår undersøkelse peker på at pasienter innenfor rusbehandling og psykisk helsevern, og personer med relasjonsutfordringer, psykisk utviklingshemming eller kognitiv svikt kan være ekstra utsatte for grenseoverskridende handlinger fra helsepersonell. Det samme gjelder for dem som tidligere har vært utsatt for vold eller seksuelle overgrep. De kan ha med seg en relasjonsskade fra tidligere i livet som gjør dem mindre i stand til å gjenkjenne maktubalansen i situasjonen (7,32,33). Pasientkarakteristika er likevel aldri noen unnskyldning for, eller forklaring på overgrep.

I vår undersøkelse, og i de sakene som er blitt kjent gjennom mediene de siste årene, ser vi at det er noen områder som kan innebære økt risiko for grenseoverskridende seksualisert atferd. Eksempler på dette er langvarige pasient–behandlerrelasjoner, gynekologiske eller andre intime undersøkelser og pasientbehandling i lukkede rom. Andre eksempler er konsultasjoner utenom vanlig arbeidstid, pasientkontakt gjennom bruk av privat telefon og private timeinnkallinger på SMS. Det er en overhyppighet av rollesammenblandingssaker innenfor psykisk helsevern og ved psykoterapi, i institusjoner med langtidsopphold, hos fastleger, fysioterapeuter, kiropraktorer og gynekologer (31). Hos helsepersonell som driver solopraksis, kan det være vanskelig å få innsikt i om helsehjelpen som ytes er i tråd med forsvarlig yrkesutøvelse. Det kan ha sammenheng med manglende kontrollfaktorer, og at behandlingen foregår i rom der bare behandleren og pasienten er til stede (34). Vi finner at grenseoverskridende atferd er vanskeligere å fange opp hos helsepersonell som jobber mye alene, og heller ikke deltar i noen form for fagnettverk eller veiledning.



Foto: Shutterstock

Ved behandling som skjer i lukkede rom, der ingen utenforstående observerer samhandlingen, blir det opp til pasienten å si fra om at noe er galt. I begge referansesakene i denne undersøkelsen forteller kvinner som har varslet at de ble utsatt for grenseoverskridende handlinger i tidsrom der det ikke var andre ansatte til stede i lokalene, eller i konsultasjoner utenom vanlig åpningstid.

«Det er uheldig med gynekologisk undersøkelse på legekontoret etter stengetid med ingen andre til stede.»

VARSLER

Sett opp mot det store antallet gynekologiske eller intime undersøkelser som blir gjennomført, både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten, skjer grenseoverskridende seksualisert atferd i disse situasjonene sjelden i Norge. Gynekologiske undersøkelser kan likevel utgjøre en risikosituasjon, beskrevet som undersøkelser der overgrep er lette å begå og vanskelige å bevise (31). Overgrepene kan være forkledde som behandling, slik varslerne i vår referansesak 1 opplevde. Medieoppslag viser også at flere leger i løpet av de siste årene er tiltalt og straffet for seksuelle overgrep mot kvinner nettopp i en slik undersøkelsessituasjon (5,35-37).

Skadevirkninger for utsatte

Flere av varslerne som vi intervjuet, forteller om store personlige konsekvenser og skadevirkninger som følge av handlingene de har vært utsatt for. De peker også på den belastende prosessen det har vært å varsle. Mange har vært sykmeldte, og de forteller om angst, skam og redusert livskvalitet. Flere sier de har mistet tillit til helsevesenet, og til systemet som skal beskytte dem.

«For min del, sånn i ettertid, har ikke jeg tillit til verken kommunen, til Helsetilsynet eller andre aktører som holder på … selv ikke til fysioterapeuten min eller fastlegen min. Og det er dumt, jeg har ikke tillit til noen lenger.»

I intervjuer med varslere får vi også høre at flere har vegret seg for å oppsøke hjelp for traumene de er påført, fordi de ikke lenger har tillit til helsetjenesten.

Det er godt dokumentert hvordan personer som har blitt utsatt for seksuelle overgrep eller seksuelt krenkende handlinger, kan bli påvirket både på kort og lang sikt (38). Vanlige reaksjoner kan være forvirring, skyldfølelse, skam, isolasjon, tap av selvtillit, depresjon, angst, sorg, selvmordstanker, mistillit, ambivalens, sinne, avsky, kognitive vansker, seksuelle problemer og forverring av opprinnelige helseproblemer. Symptomene kan tilsvare det en ser ved posttraumatisk stresslidelse, som også er en diagnose mange overgrepsutsatte får (7,31).

Skadevirkningene for en pasient som har vært utsatt for seksualiserte handlinger fra et helsepersonell, tilsvarer ikke uventet traumene som oppstår etter vold og seksuelle overgrep i andre relasjoner. I og med at helsepersonellet gjerne er en person pasienten har høy tillit til, har konsekvensene av seksuelle overgrep i relasjonen vært sammenliknet med skader vi ser hos personer som har opplevd incest (31). Forskning av Freyd (39) og Tirone et al. (40) peker på det de kaller betrayal trauma, altså skader som kan påføres en person som er utsatt for alvorlige tillitsbrudd, som seksuelle overgrep eller psykisk misbruk fra en tillitsperson. Jo nærmere relasjonen er mellom den som utfører handlingen og den som blir utsatt, jo større skadepotensiale har overgrepet. Mange pasienter kan være nært knyttet til behandleren, som i stedet for å være hjelper, viser seg å være overgriper. Dermed kan følelsene i ettertid være både komplekse og ambivalente.

Tillitsbruddet pasienten har opplevd i én behandlingsrelasjon vil kunne forplante seg videre til den neste. Dette kan hindre pasienten i å søke hjelp i helsevesenet, både for sine opprinnelige helseproblemer og for å bearbeide overgrepet (7).



Foto: Shutterstock

Tidsaspektet, hvorvidt og hvordan overgrepet ble varslet og fulgt opp, og reaksjonene fra omgivelsene rundt den utsatte og fra den som har begått grensekrenkelsene, kan påvirke skadeomfanget. Hvordan offentlige instanser håndterer og behandler saken, har også betydning for hvordan den utsatte klarer seg videre (7, 32). Det mest virksomme skadedempende tiltaket vil være rask og målrettet oppfølging av den fornærmede.

En ny guide fra Helsedirektoratet om ivaretakelse av pasienter og brukere etter alvorlige hendelser beskriver hvor viktig det er at den som er utsatt for svikt i helsetjenesten blir møtt med en erkjennelse av det som har skjedd. En slik erkjennelse kan oppleves som at noen tar ansvar. Åpenhet, medfølelse og beklagelse kan bidra til at den overgrepsutsatte raskere klarer å bearbeide hendelsen (41). Flere av informantene våre har pekt på at det å ikke bli trodd, kan oppleves som et nytt overgrep. Vi ser at det samme kan gjelde om en tilsynssak avsluttes uten konsekvens for helsepersonellet det er varslet om, eller hvis saken blir henlagt etter en politianmeldelse.

Virksomheter som får kjennskap til ansatte som har utsatt pasienter eller brukere for grenseoverskridende seksualiserte handlinger, eller som mottar bekymringer om slike forhold, må ha rutiner for hvordan de utsatte skal ivaretas for å begrense skaden de er påført.

Statens undersøkelseskommisjon
for helse-og omsorgstjenesten

Postboks 225 Skøyen
0213 Oslo
E-post: post@ukom.no
Org nr: 921018924