

# Etablering av seksuelle relasjoner mellom behandler og pasient

Privatisering av behandlingsrelasjonen er et omfattende problem. Rollesammenblanding kan forebygges, og det har ikke minst helsepersonellet selv ansvar for.

TEKST

Pål Kristian Molin

PUBLISERT 7. juli 2023

EMNER fagetikk rollesammenblanding Grenseoverskridelser



Pål Kristian Molin. Foto: Helsetilsynet

Rollesammenblanding kan defineres som et forhold mellom et helsepersonell og en pasient eller bruker som oppstår når helsepersonellet ikke skiller mellom private og profesjonelle relasjoner (Statens helsetilsyn, 2022). Overordnet består rollesammenblanding av to kategorier: privatisering og grenseoverskridende atferd. Disse kategoriene flyter noe over i hverandre. Privatisering, av og til kalt doble forhold/relasjoner (Sundt Gundersen, 2007, s. 61), oppstår når helsepersonellet har kontakt med pasienten utenfor den profesjonelle rammen. En privat relasjon oppstår i tillegg til den profesjonelle, eller i forlengelsen av denne. Den kan være intim eller seksuell, men behøver ikke å være det. Grenseoverskridende atferd kan beskrives som konkrete handlinger (fysiske, verbale eller seksuelle) som overskrider pasientens grenser. Pasientens integritet krenkes, og dette kan oppleves som ydmykende eller invaderende. Handlingene skjer ofte i selve behandlingskonteksten. Flere dimensjoner ved særlig grenseoverskridende atferd ble nylig drøftet av Ekenes Garmannslund og Hytten (2023), med utgangspunkt i Pasientovergrepsutvalgets arbeid.

I denne teksten vil jeg ta for meg privatisering av pasientrelasjoner, med hovedvekt på når slik privatisering ender opp i en seksuell relasjon mellom behandler og pasient. Samtidig vil jeg definere og diskutere ulike former for privatisering, omfang og skadevirkninger, og si noe om hvordan Helsetilsynet vurderer sakene. Til slutt ønsker jeg å se på om privatisering som blir en seksuell relasjon, kan forebygges eller «behandles». I drøftingen vil jeg flere steder vise til vurderinger som gjelder for alle typer av rollesammenblanding, da det ofte ikke gjøres et klart skille mellom privatisering og grenseoverskridende atferd.

## Privatisering

Ikke-seksuell privatisering kan handle om at helsepersonellet inngår en vennskskapsrelasjon med pasienten eller oppretter kontakt på sosiale medier. En nyere studie antyder at sistnevnte forekommer i begrenset grad: 95,4 % av en gruppe amerikanske psykologer rapporterte at de aldri hadde etablert en digital ikke-seksuell dobbeltrelasjon med en pasient (Wu & Sonne, 2021).

«Forebygging av privatisering er noe helsepersonellet selv, virksomhetene, utdanningsinstitusjonene og profesjonsforeningene har et ansvar for»

En spesiell utfordring i et lite land som Norge er at doble relasjoner gjerne oppstår på tettsteder og i små byer. Hvordan behandlere løser de åpenbare utfordringene med doble relasjoner, drøftes regelmessig i fagmiljøene (se eksempelvis Gonyea et al., 2014). En

annen måte ikke-seksuell privatisering kan uttrykkes på, er *overengasjement* eller *underengasjement* (Sundt Gundersen, 2007), der begge er brudd på den terapeutiske relasjonen. Overengasjement kan være at helsepersonellet kommer med en overdreven personlig utlevering eller selvavsløring, eller at helsepersonellet besøker pasienten hjemme uten faglig indikasjon eller når det ikke er en planlagt del av behandlingen. Underengasjement kan være at behandleren mangler respekt, er avvissende eller likegyldig (Sundt Gundersen, 2007, s. 55).

Når privatiseringen blir intim eller seksuell, har helsepersonellet og pasienten innledet et parforhold eller en seksuell relasjon. Slike relasjoner *kan* oppleves som likeverdige og fullt ut ønsket av pasienten. I andre sammenhenger opplever pasienten at en slik relasjon er preget av en asymmetri med bakgrunn i den opprinnelige profesjonelle relasjonen. I slike tilfeller kan maktmisbruk og utnyttelse av pasienten være lettere å identifisere.

Sundt Gundersen (2007, s. 85) omtaler en variant av det privatiserte parforholdet mellom terapeut og pasient der den private relasjonen fremstår som jevnbyrdig, som «ekte kjærlighet». Det finnes flere eksempler på at et helsepersonell og en pasient parallelt med eller i etterkant av en avsluttet profesjonell relasjon har innledet et langvarig parforhold og giftet seg og/eller fått barn sammen.

Blechner (2014) påpeker at selv om mange terapeuter har en *absolutist position* om at seksuelle relasjoner med pasienter er uakseptabelt, forfekter noen (ofte mer privat) en mer *relativist position*, der seksuelle relasjoner noen ganger kan godtas, for eksempel dersom de leder til et lykkelig ekteskap. Sundt Gundersen (2007, s. 85) på sin side påpeker at overføringsproblematikken vil alltid være til stede også ved såkalt «ekte kjærlighet». To studier av pasienter som hadde hatt en seksuell relasjon med sin terapeut, fant at de som innledningsvis erfarte relasjonen som positiv, rapporterte at de i ettertid så på erfaringene som utnyttende og sårende (Somer & Nachmani, 2005; Somer & Saadon, 1999). Dette sammenfaller med erfaringene til Statens helsetilsyn. I mange av tilfellene rapporterer pasienter som har meldt inn en sak, at parforholdet opplevdes som «ekte kjærlighet» i starten, og asymmetrisk og problematisk først ved et brudd. Da kan det i større grad oppleves som at terapeuten misbrakte posisjonen sin for å innlede den private relasjonen. Det kan også bli vanskelig at ekspartneren er kjent med sensitiv informasjon som pasienten har delt i det som tidligere var en profesjonell ramme.

### **Finnes det egentlig en «tidligere» pasient?**

Diskusjonen om privatisering berører om og eventuelt når det er forsvarlig å innlede en privat og eventuelt seksuell relasjon til en tidligere pasient, dersom begge parter ønsker dette. Mange har en forestilling om at dette lar seg gjøre så fremt behandlingen ble avsluttet for minst to år siden.

#### **LES OGSÅ**

#### **Seksuelle grensekrenkelser i behandlingsrelasjoner**

Fagfeltet kan gjøre mye for å forebygge destruktive pasientrelasjoner og bedre rehabiliteringstiltak for behandlerne.

### **«Det har også forekommet selvmord og selvmordsforsøk blant de som har opplevd rollesammenblanding»**

Dette kan ha røtter i American Psychological Associations (APA) «Ethics code» fra 1992 (opprettholdt ved senere revisjoner). APA omtaler i del 10.08b at «Psychologists do not engage in sexual intimacies», selv om det har gått to år, unntatt i «... the most unusual circumstances» (APA, 2017). I slike tilfeller plikter psykologen å dokumentere at relasjonen ikke inneholder utnyttelse, målt ved flere ulike faktorer, eksempelvis varigheten av terapien og pasientens egen historie (APA, 2017). Andrea Celenza mener at denne toårgrensen ble tatt inn «... more for civil libertarian/liability issues than clinical or ethical concerns» (Steinberg & Alpert, 2017). I norsk kontekst finnes det ingen omtale av en slik «karenstid».

Gabbard (2016) stiller spørsmål ved om det egentlig finnes en tidligere pasient. Det kan være krevende, om ikke umulig, å avklare om en asymmetri fremdeles er til stede, selv lenge etter at et terapiforløp er avsluttet. Gabbard (2016) er tydelig i sitt standpunkt: «Research over many decades has consistently demonstrated that transference persists beyond termination» (Gabbard, 2016, s. 88). Han skriver også: «If transference makes analyst-patient sexual relations symbolically incestuous, potentially harmful, and clearly unethical during analysis, the same considerations should apply to posttermination sex» (Gabbard, 2016, s. 89).

Asymmetri vil altså sannsynligvis alltid være til stede. Utover at dette taler mot privatisering i seg selv, vil slike relasjoner også kunne føre til at pasienten ikke kan søke hjelp hos terapeuten på nytt. Mange pasienter som har avsluttet sin behandling, ønsker senere å gjenoppta denne. Dette kan være planlagte oppfølgingstimer, at pasienten vil ha hjelp med nye utfordringer eller arbeide med tidligere uavklarte problemstillinger. At terapeuten innleder en privat relasjon før pasienten gis mulighet til å gjøre slike senere valg, kan muligens forringe pasientens prosess og senere prognose.

### **Omfanget av privatisering**

Forskning på rollesammenblanding kan hovedsakelig inndeles i tre grupper: selvrapporтерingsstudier (som oftest av psykologer og psykiatere), studier av pasienter som forteller om rollesammenblanding i tidligere behandlingsløp, og data fra tilsynsmyndigheter. Det varierer hvorvidt studiene undersøker kun omfang av privatisering (seksuelle relasjoner), grenseoverskridende atferd eller begge deler.

Et konservativt estimat på omfanget av «mental health professionals» som har hatt seksuell kontakt med pasienter, er 10 % (Steinberg et al., 2021). En nyere selvrapporteringsstudie fra Belgia fant et noe lavere omfang enn forventet: 3 % av psykoterapeutene i studien rapporterte å ha innledet en seksuell relasjon underveis eller i etterkant av terapirelasjonen (Vesentini et al., 2022). Studier der pasienten forteller om seksuelle relasjoner i tidligere terapiforløp, indikerer ofte et større omfang (Sundt Gundersen, 2007, s. 90). Helsetilsynet gjennomgikk i 2022 alle tilsynssaker med seksuelle relasjoner (og grenseoverskridende seksuelle handlinger) som var registrert over en tiårsperiode. Av de 147 sakene kunne 65 % kategoriseres som etablering av intime/seksuelle relasjoner (med varierende grad av utnyttelse av stilling og maktmisbruk). Femten av alle tilsynssakene gjaldt psykologer. Autorisasjonen ble tilbakekalt for ni av disse (Statens helsetilsyn, 2022).

Omfanget er klart bekymringsfullt. Celenza (i Steinberg & Alpert, 2021, s. 87) mener vi aldri blir kvitt «the one-time offender» (her forstått som enkelttilfeller av innledet seksuell relasjon med en pasient). Noen saker kan nemlig skyldes svekket dømmekraft og vurderingsevne hos terapeuter fordi de har blitt forelsket, med andre ord: menneskers feilbarlighet. Det å forstå at slike mekanismer kan være i spill, er likevel ikke en motsats til å ta på alvor de skadevirkningene slike relasjoner kan ha for pasienten.

### **Skadevirkninger**

Relasjonene som blir innledet ved privatisering, medfører potensielle skadevirkninger for pasienter, men disse varierer fra sak til sak. Courtois et al. (2021) og Sundt Gundersen (2007) omtaler en rekke mulige konsekvenser, som dårligere psykisk helse, skamfølelse, forvirring, avmakt og redusert mestringsevne. Det har også forekommet selvmord og selvmordsforsøk blant de som har opplevd rollesammenblanding (Sundt Gundersen, 2007). En annen konsekvens kan være at pasienter med slike erfaringer ikke søker hjelp på nytt. Tilliten i befolkningen til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten kan også bli svekket.

### **Helsetilsynets vurderinger**

Å innlede seksuelle relasjoner med en pasient fører i de fleste tilfeller til tilbakekalt autorisasjon, da slike handlinger ofte tilsier at vedkommende er uegnet som helsepersonell. Et tilbakekall krever at Helsetilsynet vurderer det som sannsynlig at den seksuelle relasjonen har inntruffet. Hver sak undersøkes med tanke på omfanget av og typen helsehjelp som er gitt, arbeidsgivers egne forebyggende tiltak (inkludert opplæring), omfanget og varigheten av privatiseringen, asymmetrien i relasjonen, sårbarhet hos pasienten, skadepotensialet og hvordan helsepersonellet har håndtert situasjonen i ettertid. Lengden på det aktuelle behandlingsforløpet er ikke nødvendigvis en indikator på hvor involvert pasienten er. Skadepotensialet er derfor også til stede ved kortere terapiforløp.

### **Reaksjonsformer**

Tilsynsmyndighetene kan gi flere ulike administrative reaksjoner, og alle er aktuelle ved tilfeller av privatisering som blir en seksuell relasjon. Nyest er § 56 faglig pålegg til helsepersonell (Helsepersonelloven, 1999), der helsepersonellet pålegges å gjennomføre kompetansehevede tiltak.

### **«En annen konsekvens kan være at pasienter med slike erfaringer ikke søker hjelp på nytt»**

Denne reaksjonen kan gis både av statsforvalteren og Statens helsetilsyn. Helsetilsynet kan videre tilbakekalle autorisasjonen etter § 57 (tap av autorisasjon) eller begrense autorisasjonen etter § 58 (arbeidet kan utføres med vilkår, eksempelvis uten pasientkontakt eller under veiledning). Vedtak om begrensning eller tilbakekall er i utgangspunktet på ubegrenset tid. Om det søkes om ny autorisasjon / oppheving av begrensninger, må Helsetilsynet vurdere om vedkommende er skikket (egnet) som helsepersonell / helsepersonell uten begrensninger. Helsetilsynets vedtak kan påklages og eventuelt omgjøres av Statens helsepersonellnemnd.

### **Er det særskilte krav for psykologer?**

Helsepersonelloven regulerer gjennom § 48 hele 33 ulike grupper autorisert helsepersonell (Helsepersonelloven, 1999). Sett bort ifra enkelte åpenbare unntak er kravene like for alt helsepersonell. I behandling av tilsynssaker som omhandler privatisering, har imidlertid Helsetilsynet en praksis der en stiller strengere krav til helsepersonell som gir psykoterapeutisk behandling, altså psykologer og psykiatere. Det er forventet at denne gruppen har et høyere kompetansenivå når det gjelder rolleforståelse og håndtering av overførings- og motoverføringsreaksjoner, på bakgrunn av sin grunn- og videreutdanning og veiledning. Dette inkluderer kunnskap om at en kan bli seksuelt tiltrukket av pasienter. Shelton (2020) omtaler dette som en av «the inherent risks of therapy».

### **Kan privatisering forebygges og «behandles»?**

Forebygging av privatisering og tiltak for å håndtere dette, og eventuell rehabilitering av helsepersonell som blander sammen roller, er alle omfattende temaer som fortjener en egen gjennomgang. Ekenes Garmannslund og Hytten (2023) viser til flere dimensjoner ved eventuell rehabilitering. Et konkret perspektiv på privatisering som fører til seksuelle relasjoner, skal likevel kort omtales.

Forebygging av privatisering er noe helsepersonellet selv, virksomhetene, utdanningsinstitusjonene og profesjonsforeningene har et ansvar for, om enn på litt ulike måter. Gabbard (2016) poengterer at alle seksuelle relasjoner innledet ut fra en terapeutisk kontakt kan spores tilbake til innledende, mindre omfattende privatisering. Selv om privatisering ikke alltid handler om eller fører til etablering av seksuelle relasjoner, er det viktig å være bevisst på at en innledende privatisering kan gi økt risiko.

Det er enda viktigere å legge vekt på hva virksomheten og helsepersonellet selv foretar seg når privatisering faktisk forekommer. Psykologens egen grunn- og videreutdanning, men også veiledning i alle faser av yrkesløpet bør være arenaer der privatisering spesielt og alle former for rollesammenblanding generelt kan tematiseres. Helsetilsynet holder virksomhetene ansvarlige for å tilrettelegge for slike arenaer og sikre at bekymringer og varsler blir håndtert på en god måte. Når det gjelder det etiske regelverket til profesjonsforeningene, er det mange av disse som ikke eksplisitt omtaler privatisering, eller gjør det i for liten grad. I norsk sammenheng er det kun psykologenes etiske regelverk som tydelig tematiserer relasjoner til tidligere pasienter.

For en del terapeuter som har blandet sammen profesjonelle og private roller der det har blitt en seksuell relasjon, vil rehabilitering være mulig (Gabbard, 2016; Hemphill et al., 2021). Gabbard (2016) anbefaler uansett terapeuter med slike erfaringer om å forbli i en form for veiledningsrelasjon frem til pensjonsalder (2016, s. 129). Hemphill et al. (2021) er tydelige på at det kun er aktuelt å gjenoppta sin praksis for et fåtall terapeuter. De mener autorisasjonen bør bli «permanently revoked» i følgende tilfeller: der det er betydelig psykopatologi hos terapeuten, liten eller ingen anerkjennelse av at den seksuelle kontakten inneholdt et misbruk av profesjonell makt og autoritet, liten eller ingen anger eller empati med «the client-victim or loved one(s)», berettiggjørelse eller grandiositet, handlingene er gjentatte eller det er snakk om avvikende sex / annen atferd (2021, s. 376).

## Avslutning

At helsepersonell privatiserer behandlingsrelasjonen og eventuelt innleder seksuelle relasjoner til pasienter eller brukere, er fremdeles et omfattende problem. Det er en klar risiko for at slike relasjoner fører til negative konsekvenser for pasienten. Dette gjelder selv i tilfeller der relasjonen innledningsvis oppleves som positiv og symmetrisk. For psykologer er det mulig å hevde at pasienten «for alltid» vil være en pasient. Rollesammenblanding kan forebygges, men dette har mange ansvar for, ikke minst helsepersonellet selv.

### TEKST

**Pål Kristian Molin**, Avdeling for tilsyns- og klagesaker i helse- og omsorgstjenesten, Statens helsetilsyn

KONTAKT: pkm@helsetilsynet.no

### + Vis referanser

American Psychological Association (APA). (2017). Ethical principles of psychologists and code of conduct. <http://www.apa.org/ethics/code/index.html>

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

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

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

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

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

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

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

Shelton, M. (2020). *Sexual Attraction in Therapy: Managing Feelings of Desire in Clinical Practice*. Routledge.

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

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

Statens helsetilsyn. (2022). Tilsynssaker der helsepersonellet har hatt en seksuell relasjon til pasient/bruker eller utøvd grenseoverskridende seksuelle handlinger - rapport fra en intern gjennomgang (Internserien 2/2022). [https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/internserien/2022/helsepersonell\\_grenseoverskridende\\_handlinger\\_internserien2\\_](https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/internserien/2022/helsepersonell_grenseoverskridende_handlinger_internserien2_)

Steinberg, A. & Alpert, J. L. (2017). Sexual boundary violations: An agenda demanding more consideration. *Psychoanalytic Psychology*, 34(2), 221-225. <https://doi.org/10.1037/pap0000105>

Steinberg, A. & Alpert, J. L. (2021). Erotic transferences and countertransferences in sexual boundary violations. An interview with Andrea Celenza. I A. Steinberg, J. L. Alpert & C. A. Courtois (Red.), *Sexual boundary violations in psychotherapy: Facing therapist indiscretions, transgressions, and misconduct*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000247-000>

Steinberg, A., Alpert, J. L. & Courtois, C. A. (2021). Sexual boundary violations in the psychotherapy setting: An Overview. I A. Steinberg, J. L. Alpert & C. A. Courtois (Red.), *Sexual boundary violations in psychotherapy: Facing therapist indiscretions, transgressions, and misconduct*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000247-000>

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

Vesentini, L., Van Overmeire, R., Matthys, F., De Wachter, D., Van Puyenbroeck, H. & Bilsen, J. (2022). Intimacy in psychotherapy: An exploratory survey among therapists. *Archives of Sexual Behavior*, 51, 453-463. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02190-7>

Wu, K. S. & Sonne, J. L. (2021). Therapist boundary crossings in the digital age: Psychologists' practice frequencies and perceptions of ethicality. *Professional Psychology: Research and Practice*, 52(5), 419-428. <https://doi.org/10.1037/pro0000406>

