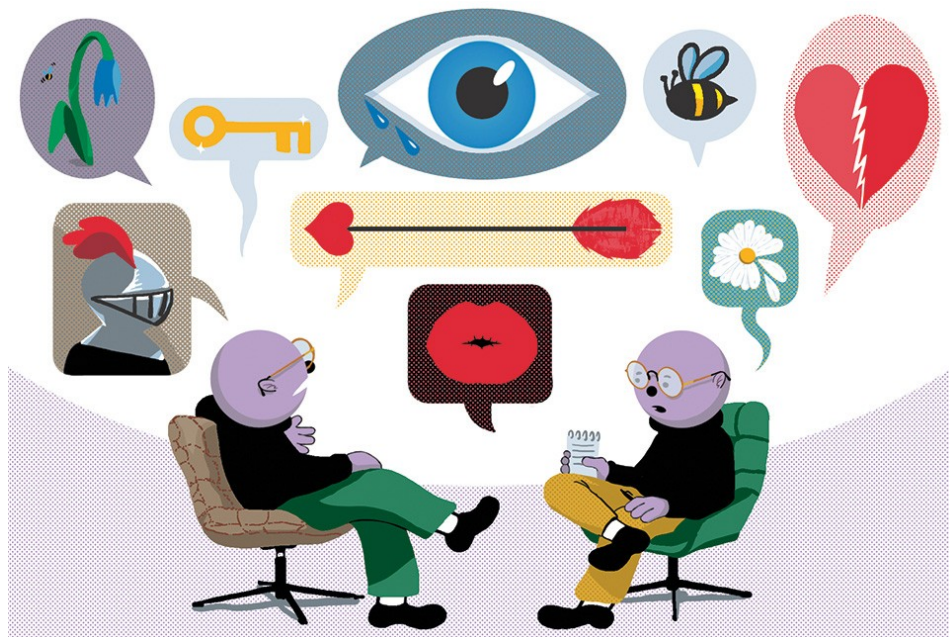


Grenseoverskridende behandlere - meg, du eller overgripere?



Privatisering av behandlingsrelasjoner er tabubelagt. Manglende åpenhet kan forhindre forebygging.

TEKST

Pål Kristian Molin

ILLUSTRASJON

Kristian Utrimark

PUBLISERT 27. mars 2024

EMNER

rollesammenblanding

helsepersonell

At behandlere krenker pasienter seksuelt eller innleder seksuelle relasjoner med dem, åpner opp for mange fagetiske spørsmål. Temaet aktualiserer en rekke etiske vurderinger psykologer vil kunne stå i, også knyttet til yrkesutøvelsen til kolleger eller andre fagpersoner.

Grader og typer av overskridelser

Sterkt forenklet og for denne refleksjonens skyld kan man dele behandlere som begår grenseoverskridende handlinger, i to grupper: «overgriperne» og «terapeuter som sammen blander roller». Sistnevnte er nært knyttet til Gabbards «kjærlighetssyke» terapeut.

De fleste av oss har sannsynligvis gjort mindre alvorlige «kryssninger» av grensene for den terapeutiske relasjonen, noen ubetenksomme og noen med intensjon. Det betyr *ikke* at å gi pasienten en klem i neste øyeblikk fører til et etablert parforhold. Det er derfor mulig naivt å tenke at vi må eller kan «forhindre» alle mindre kryssninger av grensene – da er det viktigere å vite hva vi skal gjøre *når* kryssningene oppstår.

Den største gruppen (Statens helsetilsyn, 2022) innenfor rollesammenblanding og seksuelle grenseoverskridelser er helsepersonell som blander sammen den profesjonelle behandlingskontakten med en privat og om så seksuell relasjon med pasienten. Det er store variasjoner i om slike relasjoner utgjør en utnyttelse av behandlerens stilling og posisjon, maktmisbruk eller manipulasjon, og pasientens opplevelse av relasjonen. Kanskje er det *denne* typen hendelser vi står nærmest i å erfare i egen praksis eller hos andre rundt oss. Og hva gjør vi da – hvis det skulle skje?

Kan det hende meg?

Vi vet at det er ganske utbredt at pasienter har romantiske eller seksuelle følelser for terapeuten sin, kanskje så mange som 1 av 3. Litteraturen tyder også på at terapeuter ganske ofte opplever at pasienter uttrykker slike følelser, eller de har erfart at pasienten har flørtet. Hvordan blir flørtning og pasientens romantiske følelser eventuelt tatt imot av deg som behandler?

På den andre siden beskriver litteratur om rollesammenblanding at mange terapeuter kan kjenne på romantisk eller seksuell tiltrekning til pasienter man har i behandling. Dette ser ut til å forekomme oftere hos mannlige enn kvinnelige terapeuter, slik omfanget av rollesammenblanding også totalt sett antyder, inkludert aktivt flørtende atferd fra terapeutens side. Helsetilsynets erfaringer og enkeltstudier kan tilsi at slike følelser og handlinger forekommer oftere ved høyere alder. Høy alder øker også sjansen for at behandlerne arbeider noe mer isolert i en privat praksis, og at de selv ikke har en fast veiledningsrelasjon for å kunne reflektere over egen yrkesutførelse.

«... man vil oppleve at grenseoppgangene ved rollen som psykolog blir utfordret»

Så det er rimelig å anta, både fra et pasientperspektiv og fra kunnskap om behandlere, at rollesammenblanding så absolutt «kan hende meg». Det fremstår også som lite sannsynlig at en lang klinisk yrkeskarriere skal forløpe uten at man vil oppleve at grenseoppgangene ved rollen som psykolog blir utfordret med dette som tema.

Mange vil svare nei til at verktøyene for å håndtere rollesammenblanding ble gitt i grunnutdanningen, ei heller i videreutdanninger. Er etiske refleksjoner tilknyttet privatisering av relasjoner noe du har «øvd» på? Bruken av selvavsløring kan være ett eksempel; hva som er meningsfullt å dele av informasjon, og på hvilken måte. Selvavsløring er omtalt som ett av mange områder der overdrevet eller feilaktig bruk

kan bidra til en grad-vis privatisering av relasjonen med pasienten, men er samtidig et svært nyttig og relevant verktøy – også for å styrke den terapeutiske relasjonen.

«Det kan se ut som at vi i for liten grad tar opp ubehagelige erfaringer og bekymringer»

Kan det hende deg?

Behandlere kan komme i krevende situasjoner der en kollega eller andre oppfører seg kritikkverdig, eller det er mistanke om en for nær relasjon med en pasient. Her er det mange hindringer som kan påvirke om du tar saken opp med den det gjelder, egen veileder, arbeidsgiver eller andre. Det kan være kollegiale bindinger, usikkerhet og varierende bevisstgjøring om problematikken hos ens egen arbeidsgiver.

I en klinisk praksis vil det være vanskelig å vite om hvordan det man har observert eller er blitt kjent med, har påvirket pasienten. Videre vil man gjerne tro godt om sine kolleger, og det er naturlig å søke mot å opprettholde en god kollegial relasjon. Tvilen slår inn, skal jeg ta det opp med vedkommende eller gå rett til vår leder?

Litteraturen på rollesammenblanding tyder også på at det sitter langt inne å akseptere fullt ut at kolleger begår grenseoverskridende handlinger eller privatiserer pasientrelasjoner. En mulig åpenbar forklaring på akkurat det er at sannheten slår tilbake på oss selv og våre vurderinger av en kollega vi har stolt på og har hatt respekt for. Forståelige bekymringer om at det faktisk ikke har skjedd noe galt, eller verre, at påstandene om krenkelser ikke er sanne, kan kanskje være nok til å innføre permanent beslutningsvegring. Og hvordan skal man få validert sin egen oppfatning uten å handle på sin mistanke?

Det kan se ut som at vi i for liten grad tar opp ubehagelige erfaringer og bekymringer med kolleger, ledere og instanser som skal ivareta pasientsikkerheten. Dette gjelder uansett om vi tenker på kun de tilfeller der behandler og pasient har en privat eller seksuell relasjon, eller alle typer grenseoverskridelser, seksuelle krenkelser inkludert. Da hjelper vel heller ikke den raskt polariserte ordvekslingen og følelsesstyrte responsen i media og sosiale medier som oppstår når slike saker blir omtalt. Vi vet ikke om ordvekslingen påvirker graden av varsling internt på en arbeidsplass eller til tilsynsmyndighetene. Men slik ordveksling kan bidra til å rette søkelyset bort både fra «meg» og «deg» og over til «overgriperne».

Ville du tatt det opp?

Det er da kanskje viktigere å ikke dvele på hvem som gjør det, men hva man gjør. For psykologer vil det raskt bli snakk om den veiledningen vi eventuelt mottar. Har du en veileder du kan ta opp saken med? Og ikke minst: Ville du tatt det opp med din veileder?

Inntrykket er at psykologer ikke lenge etter oppnådd spesialist-tittel slutter å motta veiledning. Å ha en veileder gir ingen automatisk garanti hverken mot overgrep eller rollesammenblanding, eller garanti for at man drøfter bekymringer om andre. Samtidig må veiledning sies å være et av de klareste virkemidlene vi har for å få konkret hjelp med vår egen kliniske praksis. Noen vil nok av mange årsaker fortsette med veiledningsrelasjoner eller i hvert fall ha tilgang på en veileder senere i sin yrkeskarriere. Men arrangeres eller betales ikke veiledningen av arbeidsgiver, kan man forvente at den blir lagt bort. Uten veileder er man avhengig av mer erfarne kolleger man stoler på, ledere og andre rundt en som man kan diskutere etiske problemstillinger med, og der terskelen for mulige skamfulle følelser og annet ikke er for stort hinder.

Det er studier som indikerer at psykologer og andre terapeuter ikke nødvendigvis tar opp for nære relasjoner til pasienter, selv om de har en veiledningsrelasjon. Her spiller flere forhold inn: fra frykten for konsekvenser til skamfølelse over det som egentlig er ganske ofte forekommende følelser. Man mangler kanskje også fra grunnutdanningen et relevant begrepsapparat som er til hjelp i å ta temaet opp i veiledning eller andre relasjoner.

Ved rollesammenblanding og privatiserte relasjoner er nok relasjonen i seg selv noe som hindrer at den blir tatt opp i veiledning eller annensteds. Behandleren ønsker gjerne å ha en relasjon, og visse grader av benektelse og bagatellisering av at dette kan forvirre og skade pasienten, puttes nederst i skuffen over bekymringer.

Om veiledningsrelasjonen er lagt opp til å romme refleksjoner over egen rolle og atferd, og ikke bare handler om å kna behandlingstekniske spørsmål eller differensialdiagnostiske vurderinger, varierer nok i stor grad. Skal din egen atferd eller bekymringer om andres under lupen i en slik kontekst, må kvaliteten på veiledningsrelasjonen og det faktiske tidsmessige rommet for refleksjon være på plussiden. Det er nærliggende at mange kvaliteter tilsvarende en terapeutisk relasjon må være på plass. Trygghet vil være et minstekrav.

Noen studier antyder at mange terapeuter og annet helsepersonell som har seksuell kontakt med pasienter, samtidig er i en vanskelig livssituasjon eller en livskrise. Da er det ikke sikkert at kapasiteten til egenrefleksjon er særlig god, eller at man evner å ta opp de ekstra vanskelige temaene med personene man har tilgang på. Men en våken veileder i en trygg veiledningsrelasjon som er kjent med at behandleren står i vanskelige situasjoner, kunne hatt et ekstra blick på behandlerens nærhet til sine pasienter.

Evig veiledning

Ut over å si fra om både egne og andres utfordringer til enten veiledere, kollegaer eller egen arbeidsgiver foreligger det nok en ganske høy terskel for videre varsling i et tilsynsspor som statsforvalteren eller straffespor som politiet. Noen kontakter sin profesjonsforening eller tilsynsmyndighetene, men erfaringsmessig ofte først når for mye har skjedd. Tilsynsmyndighetene brukes nok mest for rådgivning om andres atferd enn egne utfordringer.

Det har blitt hevdet at behandlere som begår rollesammenblanding, og under gitte krav likevel senere kan ta opp igjen sin kliniske praksis, bør gå i veiledning ut hele karrieren. Men basert på kunnskapen om rollesammenblanding er det fristende å spørre: Burde ikke alle psykologer med klinisk praksis egentlig gå i veiledning igjennom hele sitt yrkesløp?

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 61, nummer 4, 2024, side 246-249

TEKST

Pål Kristian Molin

KONTAKT: pkm@helsetilsynet.no

ILLUSTRASJON

Kristian Utrimark

+ **Vis referanser**

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/publikasjoner/internserien/>