

Grensen for hva vi må tåle



Rebecka Mikkelsen

Kristian Utrimark

Når kan jeg som psykolog sette foten ned og si «nei – denne pasienten kan jeg ikke lenger ha i behandling»?



Rebecka Mikkelsen. Foto: Sunniva Wold Svensen

Som helsepersonell er vi forpliktet av lovverk som fastsetter helsepersonells plikter og pasienters rettigheter – alt i alt et vern for pasienter. I tillegg må vi ha i mente de fire etiske grunnprinsippene for medisinsk og helsefaglig profesjonsetikk (Ursin, 2021):

- å gjøre godt
- å respektere selvbestemmelse
- å ikke skade
- å være rettferdig

Som psykologer er vi også forpliktet til å følge de etiske prinsippene for nordiske psykologer (Norsk psykologforening, 1998). Dette er både nødvendig og bra. Maktbalansen mellom pasient og behandler er ujevn. Den som er i maktposisjon, må være sin makt bevisst og forvalte den varsomt.

Etter flere år som psykolog på et fastlegekontor har jeg møtt en blandet pasientgruppe. Det har både vært givende og utfordrende. Det er en posisjon der man kan komme til å gjøre skade, eller i hvert fall *ikke gjøre godt*. At psykoterapi kan være skadelig, ble vi minnet om da psykologene Jørgen Flor og Leif Edward Ottesen Kennair i 2019 ga ut boka *Skadelige samtaler*. Det kan være forskjellige og sammensatte grunner til at terapi kan være skadelig. Én grunn er behandlerens manglende kontakt med og erkjennelse av hvor krevende visse typer pasientkontakter kan være.

Hva skjer i tilfeller der pasientkontakten utgjør en såpass stor utfordring for helsepersonellet at det blir vanskelig, og til og med uforsvarlig, å fortsette behandlingsforløpet?

Min historie

Med tiden har jeg undret meg over hvorfor det ikke snakkes mer om hvordan vi som helsepersonell kan bli berørt av kontakten med visse pasientgrupper. Dette gjelder spesielt pasienter med personlighetsforstyrrelse klynge B. Her er en konstruert historie med bakgrunn i egne erfaringer:

Klienten var en mann i 30-årene. Han hadde en lang historikk med hyppige fastlegebytter, men ingen historikk innen psykisk helsevern. Sykemeldingshistorikken var dog like lang

som et vondt år. I dag var han sykemeldt på grunn av konflikter med ledelsen og utmattelse. Hans opplevelse var at ingen hadde forstått ham så langt, og han hadde bestemt seg for å gjøre et siste forsøk her. Ikke sjelden kom det frem hvor kyniske og kalde han syntes de tidligere fastlegene hadde vært. Han kunne lattermildt fortelle om hvordan han hadde truet fastlegen sin til å skrive ut de reseptbelagte legemidlene han ønsket seg. Det var imidlertid ikke bare fastlegene som var kalde og lite empatiske mot ham, men også arbeidsgiver, kolleger og familie syntes ikke å ha noe varme, ifølge klienten.



Når behandleren blir vedvarende overveldet og utrygg i relasjonen, blir det vanskelig å yte god helsehjelp

Den første delen av behandlingen gikk med til å gradvis få bygget opp en allianse. Etter hvert som klienten fikk tillit, utviklet det seg en utfordrende dynamikk. Klienten begynte å få vansker med å overholde rammene rundt behandler-pasient-relasjonen. Han sluttet blant annet å forholde seg til avtalte tidspunkter for time, og krevde kontakt utenfor disse tidene. Når rammene ble tydeliggjort og begrunnet, ble responsen aggressiv og etterfulgt av trusler. Aggresjonen kunne gå over i uttrykk for lidelse og håpløshet. Innsikten i egen atferd var lav, og det var krevende å fremme denne innsikten. Klientens kontaktsøkende atferd eskalerte i form av brudd på privatlivet ved personforfølgelse, men også i form av elektronisk kommunikasjon som hyppige SMS-er, og lange, tidvis sinte og truende e-poster. Dette atferdsmønsteret ble mat for terapitimene, men det hadde en pris. Bruddene på rammene ble til slutt såpass omfattende at til tross for et solid kollegialt fellesskap, gode fagfeller og en dyktig veileder så jeg meg nødt til å avslutte behandlingsrelasjonen og henvise videre. Jeg mener det ville ha vært både uforsvarlig og uetisk å fortsette.

Brudd på rammer

Etter behandlingsslutt reflekterte jeg mye. Burde jeg ha stanset behandlingskontakten tidligere og henvist vedkommende videre? Tålte jeg for lite?

Det er viktig at det ikke går prestisje i å måtte tåle mest mulig

Det som næret den utfordrende atferden hos klienten, var et aspekt ved selve diagnosen vedkommende hadde. Og det var jo tross alt min jobb å bistå ham med å endre det. Samtidig gjorde ikke denne innsikten min tålmodighet for atferden uendelig. Immun mot motoverføringer var jeg heller ikke. Gjentatte brudd på rammene rundt pasient-behandler-relasjonen og brudd på retten til privatliv førte til et sinne hos meg. Jeg kjente behov for selvivaretagelse og skjerming.

Et innbitt forsøk på ikke å gi opp fellesprosjektet med pasienten, og et noe urimelig syn på hva helsepersonell skal tåle, bidro til at jeg ikke erkjente dette behovet godt nok.

Hvor går grensen?

Når er en atferd hos pasienten *for* krevende for behandleren? Det tror jeg er avhengig av flere forhold. Både helsepersonellens personlighet og kontekstuelle faktorer spiller inn. Vi må derfor ta med i betraktning helsepersonellens subjektive opplevelse av hva en krevende pasientkontakt gjør med

behandler. Når behandleren blir vedvarende overveldet og utrygg i relasjonen, blir det vanskelig å yte god helsehjelp. Da blir det vanskelig å følge det etiske grunnprinsippet om å gjøre godt.

Under uheldige omstendigheter kan det også påføre pasienten skade i form av at helsepersonell bukker under for motoverføringsreaksjoner som kommer til uttrykk gjennom fiendtlighet og etter hvert en antiterapeutisk holdning (Larsen, 2017). Da er ytterligere et etisk grunnprinsipp brutt.

Poenget er at det kan være vanskelig å se når man beveger seg over grensen fra å gjøre godt til å faktisk ikke gjøre det. I etterpåklokskapens lys har jeg erfart at mer introspeksjon og større følsomhet for hvordan pasientkontakten påvirker behandleren, kan gjøre den grensen mer synlig.



Hva kan vi gjøre?

Vi må snakke om hvordan vi som helsepersonell, og som helt alminnelige mennesker, blir påvirket av krevende pasientrelasjoner. Vi må ta opp et faktum som egentlig er opplagt: at helsepersonell har grenser for hva de tåler før de blir overveldet og utrygge. Hvor disse grensene går, er forskjellig fra person til person. Det er viktig at det ikke går prestisje i å måtte tåle mest mulig, men at man heller har som mål om å skape et miljø der det faller seg naturlig å snakke om hvordan en pasientkontakt berører en.

Å få spørsmål fra veiledere og kollegaer om hvordan en krevende behandlingsrelasjon påvirker en, kan være en fin påminnelse til introspeksjon og refleksjon. Et miljø som inviterer til introspeksjon og påfølgende ivaretagelse, anser jeg å være grunnleggende for at vi nettopp skal kunne oppføre etisk riktig overfor pasienter.

Referanser

- Flor, J. A. & Kennair, L.E.O. (2019). *Skadelige samtaler*. Tiden Norsk Forlag.
- Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999 - 07 - 02 - 64). Lovdata.no. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_5#KAPITTEL_5
- Larsen, K. B. (2017). Når pasienten vekker det verste i deg. *Sykepleien*, 105(1), 62–66. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.59760>
- Norsk psykologforening (1998). Etiske prinsipper for nordiske psykologer. Hentet: 9. august 2022 fra <https://www.psykologforeningen.no/medlem/etikk/etiske-prinsipper-for-nordiske-psykologer>
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999 - 07 - 02 - 63). Lovdata.no. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pasientskadeloven (2001). *Lov om erstatning ved pasientskader* (LOV-2001 - 06 - 15 - 53). Lovdata.no. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-53>
- Ursin, L. (2021, 30. november). De fire prinsipper. *Store medisinske leksikon*. https://sml.snl.no/de_fire_prinsipper