

Forord

Jeg var vel rundt ti år da jeg for første gang fikk være med min far på fjelltur, inn til gjeterhytta til sauebeitelaget vårt. Hytta ligger vakkert til ca. fem kilometer fra parkeringa sommerstid (og ennå lengre unna vinterstid), og turen inn går på under to timer, avhengig av hvor mye en bærer med seg, og hvordan man går.

I dag er jeg kjent med denne stien. Jeg vet hvordan stien går, hvor lang tid det vil ta, hva som kommer rundt svingen og hvor langt det er igjen. Dette gjør at turen føles som en relativt kortvarig affære (selv om den siste bakken opp til hytta sjeldent har blitt omtalt som «kort»), og sjeldent særlig utmattende. Jeg kjenner stien, jeg kjenner terrenget – jeg kan forutse turen før jeg starter. Jeg har lært meg å la reisen være målet, og vet at når reisen er over, er jeg fremme på det vakreste stedet jeg vet av på denne jord. Men den første gangen jeg var med innover, var – uten sidestykke – den lengste fjellturen i mitt liv. Bare den første bakken opp fra parkeringa og opp på den første åsryggen føltes som et evighetsprosjekt. Det tok noen år før jeg lærte meg stien, men siden den gang har jeg aldri opplevd den som særlig langdryg. Dette belyser et tema som er sentralt for medisinsk frykt – forutsigbarhet. Moralene er like kort som den er tydelig – det du kan forutse virker mer overkommelig enn det du ikke kan forutse. Og dette gjelder ikke bare fjellturer og medisinsk frykt, men livet for øvrig. Mange av de utfordringene livet gir oss, ville nok kanskje føles lettere å bære om man fikk forberedt seg på dem før de inntraff. Men slik fungerer verden sjeldent.

Livet, som fjellturer og møter med leger eller sprøytespisser, er ofte uforutsigbart. En kan ikke alltid forberede seg på alt som vil skje. Det beste en kan gjøre er kanskje å passe på å være rustet med de verktøy og de teknikker en trenger til å komme seg opp de bratte bakkene og dype bekkene en kan møte på veien...

Verdal, mars 2013.

Innhold

Introduksjon	3
Kapittel 1 - Teoretisk bakgrunn og tidligere forskning	7
Medisinsk frykt og fobi	8
Typer medisinsk frykt	9
Forhold og kommunikasjon mellom lege og pasient	14
Skam i medisinske situasjoner	16
Behandling av - og tiltak mot - medisinsk frykt	17
Kapittel 2 - Metode	21
Internett som kilde til faglitteratur og annet stoff	22
Rekruttering	22
Utforming av intervjuguidene	23
Deskriptiv informasjon om informantene	25
Intervjuer og fremgangsmåte	25
Databehandling	26
Analyse	27
Kapittel 3 - Fryktens art og uttrykk	31
Typer medisinsk frykt i utvalget	32
Fryktens uttrykk	37
Fryktens konsekvenser	40
Kapittel 4 - Fryktens årsaker	47
Fryktens begynnelse	48
Håndtering av utløsende opplevelse	51
Frykt i omgivelsene	53
Kapittel 5 - Å redusere frykten	55
Gode erfaringer	56
Omgivelsenes påvirkning på frykten	57
Kompetanse og personlighet	58
Kommunikasjon og respekt	59
Pårørende som støtte	61
Tid og stress i fryktsituasjonen	62
Kontroll og informasjon	63

Kapittel 6 - Helsepersonellets perspektiv	69
Om informantenes møter med medisinsk frykt	70
Håndtering av pasienter med medisinsk frykt	71
Forbedringspotensial i møte med pasienter med medisinsk frykt	74
Kapittel 7 - Diskusjon og konklusjon	75
Om oppgavens funn	76
Valg og begrensninger ved prosjektet.....	80
Implikasjoner for videre forskning	81
Konklusjon	83
Referanser	85
Vedlegg	91
Vedlegg I - Intervjuguide, personer med medisinsk frykt	92
Vedlegg II - Intervjuguide, helsepersonell.....	93
Vedlegg III - Informasjon om prosjektet samt skjema for informert samtykke.....	94
Vedlegg IV – Koder.....	96
Vedlegg V - Ti bud for helsepersonell i møte med pasienter med medisinsk frykt	97
Vedlegg VI - Tips for pasienter med medisinsk frykt i møte med helsevesenet.....	98
Vedlegg VII - Tips til pårørende av pasienter med medisinsk frykt	99
Takk til... ..	101

Introduksjon

Avoidance og delay (unngåelse og forsinkelse) i oppsøking av medisinsk hjelp, har store og alvorlige potensielle følger. Det er akseptert som allmenn kunnskap at tidlig påvisning av en rekke sykdommer, blant annet kreft, er avgjørende for prognosene en pasient har når sykdommen omsider blir oppdaget.

Frykt kan defineres som en emosjon som oppstår når et individ oppfatter en trussel mot seg selv (Fear, u.å.), og kan blant annet tenkes å være en medvirkende faktor til avoidance og delay. Dobayova et.al. (2010) finner i en metaanalyse på frykts påvirkning på pasienter med kreft og myokardisk infarkt, at frykt påvirker delay på en ugunstig måte. Blant annet fant hun at for 17% av pasienter med carcinom, var frykt for diagnose grunn til delay. Også Taylor, Ferguson og Wermuth (1977) slår fast av fobier relatert til «mindre medisinske prosedyrer eller apparater slik som nåler og intravenøse katetere, kan være forstyrrende eller livstruende når de utgjør en hindring for nødvendig kirurgi eller diagnostiske prosedyrer» (fritt oversatt fra Taylor, Ferguson og Wermuth, 1977).

Det finnes få estimater på hvor vanlig medisinsk frykt er i befolkningen, men enkelte estimater finnes, dog gjerne på mer spesifikke frykter, slik som odontofobi (fobi for tannlege). Vika, Raadal, Skaret og Kvale (2006) finner i sin studie på dental fobi og frykt for injeksjoner/sprøyter, at 6,7% av deres utvalg unngikk behandling dersom denne innebar injeksjoner ved dental behandling, mens samme tall for medisinsk behandling var 5,2%, og at frykt er eneste forklarende faktor for dette frafallet. Schuller, Willumsen og Holst (2003) estimerer at mellom 4 og 9 prosent av befolkningen har høy dental frykt, mens ekstremt høy frykt forekommer i mellom 1,7 til 3,8% av befolkningen. Det er imidlertid for lite forskning på dette til å oppgi sikre tall på forekomst av (de ulike typene av) medisinsk frykt.

Selv om medisinsk frykt har potensielt alvorlige konsekvenser og kan ramme en betydelig del av befolkningen, er det forholdsvis lite akademisk kunnskap om slik frykt. Det er også lite kjent hvorfor enkelte utvikler medisinsk frykt, hvordan den oppleves fra personens perspektiv, og hva som kan hjelpe personer med slik frykt når de konfronteres med frykten sin. Vi vet altså lite om hva som skal til for å forhindre avoidance og delay forårsaket av frykt, noe som helt klart er en mangel når helsepersonell skal håndtere disse personene.

Medisinsk frykt vil i denne oppgaven defineres som en subjektiv opplevelse av frykt eller fobi for objekter, situasjoner eller profesjoner relatert til helse og medisinsk behandling, slik som frykt og fobi for leger, tannleger, annet helsepersonell, sprøyter, undersøkelser, operasjoner, og så videre. Det vil ikke trekkes et skille mellom frykt og fobi. Definisjonen setter ingen krav om at frykten skal være objektivt målbart, kun at den skal være subjektivt sterk nok til at den som opplever den, erfarer og begriper at vedkommende har en medisinsk frykt. Medisinsk frykt vil også behandles som å ha fire grunnleggende aspekter (som vil beskrives i detalj i kapittel 1); frykt for smerte, frykt for skam, frykt for å få en diagnose og frykt for tap av kontroll. Disse vil omtales som fryktens fire grunnleggende aspekter, selv om det antas at det er mulig å ha medisinsk frykt uten å oppleve noen av disse grunnleggende aspektene. Situasjonen hvor personene opplever medisinsk frykt, vil omtales som en fryktsituasjon, mens konkrete objekter som utløser frykt, vil omtales som fryktutløsende objekter.

Medisinsk frykt antas å kunne starte ved en utløsende opplevelse, slik som en smertefull behandling hos tannlege eller lignende. Videre vil frykten gjennom fryktforsterkende eller reduserende opplevelser kunne modereres, og kan slik enten holdes ved like (eller intensiveres), eller reduseres til et punkt at den enten fremstår mindre intens, eller ikke oppleves i det hele tatt.

Å danne et kunnskapsgrunnlag for arbeid med medisinsk frykt er avgjørende for å håndtere den best mulig, og for å se hvor behovet for videre forskning ligger. For å klare dette må medisinsk frykt undersøkes fra to perspektiv – pasientens og helsepersonellens. Gjennom denne oppgaven skal jeg, ved hjelp av tidligere forskning og litteratur (kapittel 1), samt mine egne kvalitative funn som presentert i denne oppgaven, svare på følgende problemstillinger;

1 – Hva er medisinsk frykt? (Kapittel 3)

2 – Hvordan oppstår medisinsk frykt? (Kapittel 4)

3 – Hva kan gjøres for å hjelpe personer med medisinsk frykt i møte med deres fryktutløsende objekter eller situasjoner? (Kapittel 5)

Kapittel 1 - Teoretisk bakgrunn og tidligere forskning

«... det verste jeg vet er i alle fall å ikke vite hva... stikker hun nå, stikker hun nå? (...) Kan
snu meg og så ser jeg det, og da svimer jeg i alle fall av. Hvis jeg ser det at sprøyta er på vei
mot hånda på en måte...»

Tannlegeskrekk, sprøyteskrekk.

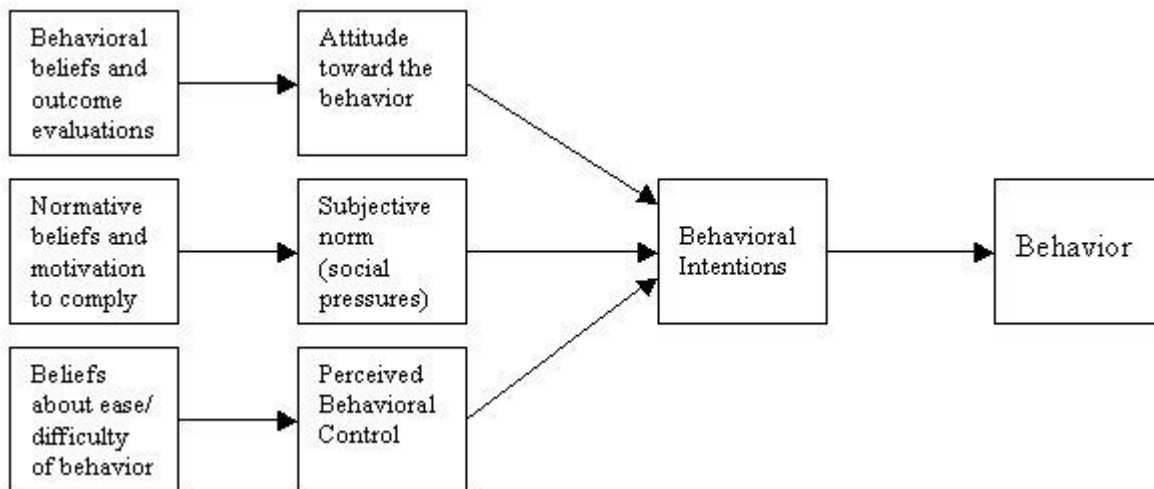
Medisinsk frykt er, som forklart i innledningen, et samlebegrep som omfatter både legeskrekk, tannlegeskrekk, frykt for sykehus, undersøkelser, nåler, inngrep, blod, injeksjoner og skader. I dette kapitlet skal vi se på medisinsk frykt i lys av eksisterende teori og forskning, og undersøke hvilke typer medisinsk frykt som er kjent, hvilke aspekter frykten består av og hvilke bedringstiltak som er kjent.

Medisinsk frykt og fobi

For å forstå medisinsk frykt er det viktig å forstå skillet mellom frykt og fobi, hvilke for øvrig begge vil behandles likt i denne oppgaven. Kvale, Klingberg, Moore og Tuutti (2003) gir en oversikt og definisjon av frykt i forbindelse med tannlegeskrekk, hvor frykt forklares som en umiddelbar reaksjon på fare, bestående av en fysiologisk, en kognitiv og en atferdsmessig komponent, hvor de fysiologiske reaksjonene er universelle, ikke viljestyrte, og kan oppstå ved sanseintrykk som minner om en fare, eller ved en forventning om fare. Fobi defineres av Colman (2006) som «en persistent, irrasjonell frykt for et objekt, en hendelse, aktivitet eller situasjon, kalt en fobisk stimulus, som resulterer i et overbevisende ønske om å unngå denne» (fritt oversatt fra Oxford dictionary of Psychology). ICD-10 gir retningslinjer for diagnostisering av spesifikke/isolerte angstlidelser, slik som blant annet fobi for tannlege. For å stille en slik diagnose må de symptomene (psykiske eller autonome) som uttrykkes, være manifestasjoner på angst og ikke sekundærsymptomer på andre symptomer som eksempelvis vrangforestillinger eller lignende. Angsten må også begrense seg til «nærvær av det særskilte fobiske objektet eller den fobiske situasjonen», samt lede til en unngåelse av slike objekter eller situasjoner om mulig.

Helsefremmende atferd slik som oppsøking av medisinsk behandling og legebesøk, kan blant annet forklares av Theory of Planned Behaviour (Ajzen, 1988 og 2005, som sitert i Stroebe (2011)). Denne modellen viser hvordan helseatferd, slik som å gå til legen, påvirkes av en atferdsintensjon (intensjon om å gå til legen), som igjen påvirkes av holdning mot den

bestemte handlingen (som igjen påvirkes av tro på resultatet av handlingen og ens evaluering av dette resultatet), subjektive normer (som påvirkes av normative oppfatninger og motivasjon til å føye seg etter disse oppfatningene) og opplevd atferdskontroll (påvirket av ens oppfatning over i hvilken grad en selv kontrollerer hvorvidt en gjennomfører handlinger eller ikke). Denne modellen visualiseres i figur 1.1. Medisinsk frykt vil bli sett i sammenheng med denne modellen senere i oppgaven (under diskusjon).



Figur 1.1: Theory of Planned Behavior. Hentet fra <http://www3.uakron.edu>

Typer medisinsk frykt

Iatrophobia, iatrofobi, bedre kjent som legeskrekk (www.phobiascured.com), gir få treff på akademiske søkebasen. Ordet iatrogensk brukes om noe som er, i følge Colman (2006) sin «Oxford dictionary of Psychology, et «symptom caused by a physician's treatment or management of a patient», og er altså legeindusert. Enkelte nettsider kan gi en viss bakgrunn for å forstå fenomenet. Fritscher (2008) forteller at det til en viss grad er fullstendig normalt å være redd for å gå til legen, men at enkelte kjennetegn skiller den normale frykten fra en mer fobisk tilstand. Blant disse er en obsessiv (tvangsmessig) bekymring, andre sykdomsrelaterte fobier (slik som hypokondri og nosofobi, en sykkelig frykt for å bli syk). Tannlegeskrekk og white coat hypertensjon er også tegn som i følge denne nettsiden kan skille vanlig ubehag og

frykt ved å oppsøke lege, fra mer alvorlig legeskrekk og fobi, i den forstand at de ofte forekommer som additive tilstander hos personer med legeskrekk. Et annet nettsted (www.phobiascured.com) hevder at legeskrekk ofte har opphav i ubehagelige og skremmende opplevelser i barndommen.

Det er slående at det om flere typer medisinsk frykt er et nesten fullstendig fravær av litteratur. Spesielt gjelder dette legeskrekk, frykt for sykehus, medisinske inngrep, undersøkelser og operasjoner. Samtlige av disse vil i denne studien bli behandlet som deler av medisinsk frykt, og er også nevnt i definisjoner funnet på nett hos halvakademiske kilder. Det er derimot betraktelig enklere å finne litteratur om spesielt tre typer medisinsk frykt; tannlegeskrekk, frykt for blod, injeksjoner og skade, samt white coat hypertensjon. Sistnevnte kan riktignok ikke direkte kalles en fobi eller frykt i ordets rette forstand, men som likevel kan bidra til å gi et visst bilde på medisinsk frykt, om enn fra et mer fysiologisk perspektiv.

Tannlegeskrekk, dental fobi eller odontofobi, er frykt for å gå til tannlegen, for tannlegen som person eller dentale inngrep og prosedyrer. Tannlegeskrekk følges gjerne av fysiske symptomer, hvor økt hjerterate og svetting blant annet nevnes som hyppig forekommende (Johnsen et.al., 2003). Ved siden av tannlegeskrekk finnes også tannlegeangst, som er følelse av skrekk eller bekymring før den fryktede situasjonen. Mens tannlegeangst altså primært utspiller seg før et eventuelt tannlegebesøk, er tannlegeskrekk et problem i selve situasjonen. Frykt er slik en fysiologisk, atferdsmessig og emosjonell reaksjon til en fryktet stimulus (Armfield, Spencer og Stewart, 2006). En kan så klart tenke seg at det er en sammenheng mellom disse, og at mennesker som opplever tannlegeangst før et besøk til tannlegen, også vil kunne oppleve skrekk under selve besøket, og vise versa. Tannlegeskrekk (og –angst) er funnet å være en relativt vanlig frykt. Blant annet ble det i en studie av Armfield, Spencer og Stewart (2006) funnet at 16.1 prosent av et utvalg av 7312 australiere (fra og med femårsalderen og eldre) opplevde slik frykt. Det ble også funnet at tannlegeskrekk

var høyest blant kvinner, mennesker i «midt-voksen-alderen», individer med lav sosioøkonomisk status, som hadde tenner, besøkte tannlegen sjeldent og hadde færre gjenværende tenner. Også Fiset, Milgram, Weinstein og Melnick (1989) fant at tannlegeskrekk var en svært vanlig frykt, med en prevalens på mellom 183 og 226 i populasjoner på 1000 individer. De fant at tannlegeskrekk også var forbundet med flyskrekk, høydeskrekk og frykt for innestengte rom (klaustrofobi). I deres utvalg bestående av 1019 personer som gjennomførte telefonintervjuer, fant de at 22,4 prosent av de med høy grad av tannlegeskrekk også hadde to eller flere andre fremtredende fryktlidelser i tillegg til denne. Det ble også funnet ulik prevalens dersom grad av frykt var tatt med som faktor. Ved snakk om frykt over et hvilket som helst nivå, sterk eller svak, var høydeskrekk det vanligste, med 580 av 1000 individer som hadde denne typen skrekk. Etter dette er de vanligste fryktene (av de undersøkte) frykt for skade, tannleger, død, sykdom, innestengte rom, flyskrekk, frykt for å reise alene, frykt for storm og frykt for å være alene, i nevnte rekkefølge. Dersom man imidlertid ser på sterk frykt, troner tannlegeskrekk på toppen, med 226 av 1000 personer lidende av dette. Tannlegeskrekk antas også å inntre tidlig i livet, spesielt i barndom og ungdomsårene. For øvrig, mens mange andre frykter og fobier som kan oppleves hovedsakelig i barndommen, har tannlegeskrekk en tendens til å følge individet inn i voksenlivet (Fiset, Milram, Weinstein og Melnick, 1989).

White coat hypertension (WCH, hvit frakk-forhøyet blodtrykk) er betegnelsen på en økning i blodtrykket i forbindelse med medisinske undersøkelser (Fackelman, 1998). Hvorvidt denne økningen faktisk har uheldige konsekvenser for helsen har vært diskutert. To leirer har så langt fremmet hver sin teori, hvorav den mener at det forekommer en begrensning av fenomenet til kun medisinske undersøkelser (noe som for de fleste ikke er hverdagssystemer) og at det dermed ikke utgjør noen fare for helsa. Den andre teorien foreslår at det økte blodtrykket representerer en generell tendens til hvordan en takler stressende situasjoner og

opplevelser, og at blodtrykket dermed vil høynes med jevne mellomrom. Man vil altså ha et forhøyet blodtrykk oftere enn man er i rent kliniske situasjoner, og blodtrykksøkningen vil dermed kunne utgjøre en helsefare (Fackelmann, 1998). Hevingen i blodtrykket forekommer som nevnt i en undersøkelsessetting, og kan derfor føre til en feilaktig registrering av pasientens blodtrykk, noe som kan føre til feil diagnostisering og behandling. Ambulatorisk overvåkning av blodtrykket er brukt både til å påvise WCH, og er også et alternativ for å gi en realistisk blodtrykksregistrering hos pasienter som opplever økt blodtrykk i undersøkelsessituasjoner. Ambulatorisk overvåkning foretas gjerne ved at en person bærer en ikke-invasiv blodtrykksmåler over en viss tidsperiode, som med jevne mellomrom måler blodtrykket utenfor klinikken, for eksempel i pasientens hjem eller på jobb. Man får slik eliminert den effekten WCH har på blodtrykksregistreringen. Pickering, James, Boddie, Harschfiels, Blank og Laragh (1988) gjennomførte en studie på WCH ved å bruke denne avlesningsmetoden på tre grupper, en normotensiv gruppe (med normalt blodtrykk), en gruppe med blodtrykksverdier på grensen til hypertensjon (forhøyet blodtrykk) og en gruppe med hypertensive pasienter. Av de 292 ubehandlede pasientene med borderline hypertensjon, hadde 21 prosent normalt blodtrykk dersom målt ved ambulatorisk blodtrykksregistrering. Altså, 21 prosent av denne gruppen lot til å lide av WCH. Effekten ble funnet å være større dess høyere oppe i helsehierarkiet måletakeren befant seg. Dersom blodtrykket ble målt av en lege, ville dermed effekten av WCH vise seg større enn dersom en sykepleier eller en lab-tekniker stod for målingen. I følge denne studien var kvinner og yngre mer representert blant pasientene med WCH, det samme var pasienter som veide mindre enn resten av utvalget, og som var mer nylig diagnostisert.

Fobi for blod, skade og injeksjoner (Blood, injury and injection phobia, forkortet BII), er en fobi med potensielt alvorlige følger, som unngåelse av medisinsk oppmerksomhet ved behov. Dette er som navnet tilsier, en fobi for å se blod, se eller oppleve skade, eller motta

injeksjoner. Nir, Paz, Sabo og Potasman (2003) forteller at BII-fobi (fobi for blod, injeksjon og skade) også har sammenheng med frykt for nåler, sykehus, kirurgiske inngrep, sår, smerte, leger og tannleger. Kleinknecht, Kleinknecht og Thorndike (1997) nevner blodprøvetaking som den kanskje mest utfordrende situasjonen for mennesker med slik fobi. Dette er den situasjonen som det er forbundet mest besvimelse med, fulgt av å motta injeksjoner. I en studie på 934 med fobi for blod, skade og injeksjoner som studerte på universitetsnivå, fant Kleinknecht, Thorndike og Walls (1996) at kvinner rapporterer høyere medisinsk frykt enn hva tilfellet er for menn, og at flere kvinner forteller om besvimelse i forbindelse blod-, injeksjons- og skadefobi (BII-fobi) enn menn. Slik fobi anses å være kompleks, og det antas at det er påvirkning fra både frykt, angst og avsky, uten at samhandlingen mellom disse er klarlagt. Stimuli som involverer traumer, trussel om traumer, brudd på kroppslig integritet samt fysiske og psykologiske disposisjoner og kognitive prosesser må, i følge Kleinknecht, et. al., være delaktige i en bevisst eller ubevisst tolkning av kroppslig trussel, som fører til reaksjoner som BII. Videre nevnes eksempel på at besvimelse mulig relatert til BII-fobi kan inntre så tidlig som i toårsalderen, og at det her kan være en sterk familiær påvirkning. Også de Jong og Merckelbach (1998) er inne på at avsky spiller en rolle i BII-fobi. I deres studie trekkes paralleller mellom fobi for edderkopper, og BII-fobi, hvorpå de konkluderer at deres studie støtter opp under at avsky er involvert i begge fobiene. Ko (1994) mener BII-fobi er ulik andre fobier ved dets kardiovaskulære reaksjonsmønster, altså at det ofte fremmer svimmelhet og besvimelse mer enn en følelse av angst, og at det later til å være en sterk familiehistorie i tilfeller med BII-fobi.

Medisinsk frykt, eller ulike typer av dette, har blitt forsøkt målt. Broome og Hellier (1987) utviklet Child Medical Fear Scale (CMFS) for måle medisinsk frykt hos barn. I deres artikkel fra 1987, nevnes også tre andre mål på dette; Medical fears underskala ved Fear Survey Schedule for Children (MFS-FSS) av Scherer og Nakamura (1968), Hospital Fear

Questionnaire, HFQ (Melamed, Meyer, Gee og Soule, 1976, sitert i Broome og Hellier, 1987), samt Hospital Fear Scale (HFS), av Roberts et. al. (1981). Schuller, Willumsen og Holst (2003) nevner Corah Dental Anxiety Scale (DAS), som fremholdes som den mest brukte skalaen for å måle slik frykt.

Foruten hvilke situasjoner som utløser frykt, er medisinsk frykt også knyttet til aspekter ved disse situasjonene. Moore, Brødsgaard og Rosenberg (2004) nevner tre slike i sin studie av skam som faktor i odontofobi. De undersøkte hva som ble opplevd som ubehagelig i situasjonene, og fant ut at smerte, maktesløshet/kontrolltap og skam var sentrale klager ytret av informantene. Millstein, Adler og Irwin (1984) legger til enda et aspekt i sin studie av kilder til angst for underlivsundersøkelser blant ungdom – frykt for å få påvist en patologi, altså frykt for å få en diagnose. Slik kan medisinsk frykt altså deles inn i fire utløsende aspekter; tap av kontroll, smerte, opplevelse av skam og diagnose. Disse vil i denne oppgaven bli ansett for å være mulige utløsere over hele spekteret av medisinsk frykt. I tillegg foresår Forsner, Jansson og Söderberg (2009) i sin kvalitative studie av ni barn med ulik erfaring med det svenske helsevesenet, at medisinsk frykt kan springe ut fra en oppfattelse av situasjonen som en trussel mot barnets eksistens, noe som altså foreslår at medisinsk frykt kan ha en eksistensiell komponent.

Forhold og kommunikasjon mellom lege og pasient

Forholdet mellom lege (og eventuelt annet helsepersonell) og pasient er antatt å spille en rolle i utvikling og håndtering av medisinsk frykt. Mahmud (2009) fremmer også kommunikasjonens rolle i forholdet mellom lege og pasient. Han hevder også at det er vesentlig at legen kan kommunisere med pasienten, både på et emosjonelt plan, kulturelt, og ikke minst intellektuelt. Dette er sentralt for å kunne levere en helsetjeneste med høy kvalitet når det kommer til diagnostisering og behandling av sykdommer.

En studie av Kearley, Freeman og Heath (2001), viser at både pasienter og allmennleger verdsetter et personlig forhold mellom lege og pasient ved alvorlige problemer eller psykiske lidelser. De fant også at hvorvidt en person velger å ha en fast allmennlege eller ikke, avhenger av pasientens oppfatning av viktigheten av et forhold mellom lege og pasient, og 75% av respondentene i deres spørreundersøkelse svarte at de hadde minst en personlig allmennlege (general practitioner). En stor andel av både pasienter (77-88%) og leger (80-98) opplevde personlig forhold mellom lege og pasient som mer verdifullt enn legens tilgjengelighet for avtaler med pasientene. Også Rosenblatt, Wright, Baldwin, Chan, Clitherow, Chen og Hard (2000) finner at et personlig og varig forhold mellom lege og pasient er foretrukket. I deres studie av eldre pasienter og bruk av akuttmottak og legevakt, fant de at et nært forhold mellom pasient og lege førte til mindre bruk av disse tjenestene, og redusert misbruk av disse tjenestene.

Mye av forskningen som er gjort på dette forholdet, retter fokus på hvilke faktorer ved legens kommunikasjon som predikerer en tilfreds pasient. Blant annet har legens informasjonsgivning vist seg å være positivt relatert til pasientens tilfredshet. Uttrykking av følelser og forholdet mellom lege og pasient under en konsultasjon påvirker pasientens tilfredshet, mens sinne eller uenighet fra legens side er forbundet med lav tilfredshet hos pasienten. Legen kan påvirke pasientens tilfredshet positivt gjennom vennlighet og høflighet, sosiale samtaler med legen, oppmuntring, empatisk atferd, bygning av partnerskap. Pasientens tilfredshet påvirkes også av hvorvidt pasienten liker allmennlegen og har tro på leger. Det samme gjelder pasientsentrering under konsultasjoner (Williams, Weinman og Dale, 1998). Det er også funnet at kvinnelige leger kan være foretrukket fremfor mannlige, blant annet ved at de oppfattes å inneha egenskaper som gjør dem til gode leger, men som ikke fremmes i særlig grad under medisinstudiet. Leger forventes å være forståelsesfulle og ha personlig interesse og tid til pasientene, samt å gi den informasjonen som ønskes. Kvinner later til å ha

en generell tendens til å foretrekke kvinnelige leger, og det ser ut til at kvinnelige leger bruker mer tid på sine pasienter enn mannlige (Grey, 1982). Legens oppmerksomhet mot pasienten og kommunikasjon mellom lege og pasient er også relatert til pasienttilfredshet. Stewart, McWhinney og Buck (1979) fant gjennom en undersøkelse av 299 kronisk syke pasienter, at legens oppmerksomhet ble påvirket av et lavt nivå av problemer hos pasienten, stort nummer nylige besøk, og at pasienten (i stedet for legen) initierer konsultasjonen. Pasientens alder og utdanning, omsorg fra familien og omsorgens varighet ble ikke funnet å påvirke legens oppmerksomhet. Konsultasjonens sammensetning, eller tidsbruk på ulike elementer ved konsultasjonen, nevnes av Robbins et.al (1993) som avgjørende for pasientenes tilfredshet. Forskerne her fant at tilfredshet etter legebesøk hang positivt sammen med hvor mye tid som ble brukt på helseutdanning (forklaring og informering), fysisk undersøkelse, og samtale om effekter ved behandling.

Skam i medisinske situasjoner

I medisinske situasjoner forekommer en høy risiko for å oppleve skam, både fordi årsaken til situasjonen - sykdom eller skade - kan oppfattes som en svakhet eller utilstrekkelighet, og fordi besøk til lege eller sykehus ofte medfører fysisk og psykisk eksponering av en selv. Dette kan igjen føre til at personer unngår å oppsøke medisinsk oppmerksomhet (Lazare, 1987). Mens skyld er forårsaket av en gjerning eller handling man har foretatt seg, er skam fremprovosert av en oppmerksomhet rettet mot en selv, eller opplevelsen av å ikke leve opp til et mål. Begge disse er tydelige i en del medisinske situasjoner. Lazare foreslår at opplevelsen av skam består av både selve hendelsen, subjektets sårbarhet og en sosial kontekst. Han forklarer også hvordan spesielle tema gjør mennesket mer sårbart for skam, blant annet behov for å være elsket og bli tatt vare på fremfor å bli avvist, ønske om å være sterkt, til å være suksessfullt og å være rent og ryddig, godt og komplett. Samtidig nevner han også et behov for å kunne kontrollere egen kroppsfunksjon og

følelser, noe som ofte kan bli kompromittert i en pasientsituasjon. Den sosiale konteksten vil også kunne fremme skam, blant annen kan personen frykte å møte og bli konfrontert av bekjente på for eksempel sykehusområdet, og at et slags tap av anonymitet blant annet på venterommet kan bidra til at personen føler seg mer eksponert. Lazare forklarer at pasienter innenfor undersøkelsesrommets vegger ofte må avsløre personlig informasjon, eksponere kroppen, plassere seg i uverdige positurer, godta at kroppen blir håndtert av andre enn en selv, og at kroppsåpninger og intime områder kan bli eksponert og berørt. «In normal socialization, we learn that such behaviours are shameful, except in the medical setting. On admission to hospital, there is the giving up of everyday clothes, valuables, freedom and privacy” (Lazare, 1987). Davidoff (2002) poengterer at skam er en fundamental menneskelig emosjon, som imidlertid, trass sine potensielt negative påvirkninger som unnvikelse av medisinsk oppmerksomhet, aldri vil kunne fjernes fra vårt emosjonsspekter.

Behandling av - og tiltak mot - medisinsk frykt

Av den litteraturen som finnes tilgjengelig om de nevnte aspektene ved medisinsk frykt, er det svært lite som er skrevet om behandling av og tiltak mot slik frykt. Noe er det likevel, og det vil her gis en gjennomgang av denne.

Lazare (1987) foreslår tiltak for å redusere skamfølelsen i møte mellom pasient og medisinsk personell. Å skape en atmosfære hvor pasienten føler seg velkommen, iverettatt og respektert, samt at man i størst mulig grad unngår å avpersonifisere pasientene, er tiltak som kan redusere skam, i følge Lazare. Videre mener han det er viktig at det bør etterstrebes å holde tidsplanen, slik at pasientene slipper å vente lenge utover den tiden de er forespeilet, samt at helsepersonellet bør unnskyldes dersom forsinkelser og avbrytelser forekommer (for å la pasienten føle at også hans tid er verdifull, og dermed få etablert seg som en betydningsfull del i situasjonen). Ved avbrytelser og forsinkelser reduseres viktigheten av pasientens tid og bekymringer, i følge Lazare. Det foreslås også at pasienten skal være den som tar initiativet

dersom det skal brukes fornavn, da dette ellers påtvinger pasienten en intimitet til lege eller helsepersonell som pasienten ikke nødvendigvis er bekvem med. Det bør også tillates å ta med egne eiendeler ved sykehusinnleggelse, noe som vil vedlikeholde pasientens opplevelse av egen identitet. Helsepersonell bør også etterstrebe å gi pasienten en så stor grad av privatliv som mulig, både med tanke på (tildekking og eksponering av) kroppen, verbale utsagn, og gjennom behandling av journaler og lignende. Lazare nevner også at gjennomtenkt selveksponering fra lege og helsepersonells hold, kan redusere skam, og legen bør passe på å ikke plassere skam på pasienten, ved for eksempel å klandre for usunne vaner.

Helsepersonellet bør anerkjenne pasientens skam, og kan gi pasienten ros for hans eller hennes måte å håndtere en situasjon eller sykdom på. Videre mener Lazare at det kan finnes hjelp i støttegrupper, åpne samtaler om pasientens perspektiver på situasjon eller problem, og ikke minst at legen finner måter å håndtere egne følelser på i møte med pasienter.

Taylor, Ferguson og Wermuth (1977) foreslår participant modelling (deltakermodellering) som en behandlingsteknikk som kan være effektiv mot fobier mot mindre medisinske prosedyrer og apparatur. De fleste behandlingsformer for fobier baseres på enten «flooding» (eksponering for et utløsende objekt eller situasjon til fobien er eliminert) eller «desensitization» (gradvis tilvenning til fryktet situasjon eller objekt). Taylor et. al. foreslår i stedet deltakermodellering, utviklet av Bandura, Jeffery og Wright (1974, som sitert i Taylor et.al. 1977); en tilnærming med fire punkter, hvor den første er informasjon om det fryktede objektet eller situasjonen, som presenteres på en sådan måte at frykten fremstår som ubegrunnet. Etter dette håndterer behandleren den fryktede gjenstanden på en måte som får frykten til å virke ubegrunnet, før den som behandler skrekken håndterer objektet sammen med den som lider av skrekk for objektet. Til slutt skal personen selv håndtere objektet alene, og i varierte settinger for å gi følelsen av å håndtere det på egenhånd, og for å forsikre at modigheten følt i det tredje stadiet ikke tilskrives behandleren. Ko (1994) fremmer også

atferdsmodellering som en behandlingsform for blod-, injeksjons- og skadefobi, sammen med eksponeringsterapier. Bruk av disse terapiene forutsetter imidlertid til en viss grad at personen er oppmerksom på sin frykt eller fobi, og ser et behandlingsbehov før en kritisk situasjon inntreffer.

For personer med odontofobi, finnes noen konkrete tilbud rettet mot denne gruppen. Ved et raskt nettsøk finner man blant annet de canadiske klinikkene Dental Choice, som har et tydelig fokus på personer med tannlegeskrekk. På sine nettsider (www.dentalchoice.ca) forteller de at dersom en avtale blir forsinket, kompenserer de for dette ved å spandere en kupong på et måltid ved en lokal cafe. I tillegg har de TV og øretelefoner i hvert rom, massasjestoler ved flere av klinikkene, og forteller at de har en varm og vennlig atmosfære. De tilbyr alternative injeksjonsverktøy som i følge deres nettsider skal være mindre skremmende enn en normal sprøyte. I tillegg tilbys flere alternativer med beroligende medisiner for sine pasienter. Det drives også terapeutisk behandling av slike personer, blant annet ved Senter for Odonofobi ved Universitetet i Bergen (Buanes, 2006).

Mye av forskningen som har blitt gjort på medisinsk frykt, har enten siktet mot barn eller spesifikke frykter som spesielt tannlegeskrekk og sprøyteskrekk. Dessuten er en stor del av den teorien som foreligger relativt gammel.

Oppsummert foreligger det lite teori på generell medisinsk frykt, men en del på spesielt tannlegeskrekk/odontofobi, fobi for blod, skade og injeksjoner, samt white coat hypertensjon. Det antas imidlertid at medisinsk frykt, herunder frykt for leger, sykehus, medisinsk utstyr og –inngrep og tannleger, er av en forekomst som antyder et behov for formulering av teori og litteratur omkring tema. Den teorien som finnes, foreslår fire aspekter ved medisinsk frykt (frykt for smerte, skam, diagnose og tap av kontroll). Det er foreslått flere tiltak for å redusere skam i forbindelse med medisinske situasjoner, og for personer med

odontofobi finnes tilrettelagte klinikker som spesialiserer seg i håndtering av slike pasienter. Forholdet mellom lege og pasient trekkes frem som viktig for pasientens tilfredshet, hvilket igjen antas å kunne påvirke eller forebygge frykt.

Kapittel 2 - Metode

«Når jeg ringer (tannlegen) har jeg det vondt, skikkelig vondt. Da er det nesten så jeg dør.
Men det er det jeg tror at jeg gjør når jeg drar til tannlegen også. Overlever jeg det her...?»

Generell tannlegeskrek.

For å finne svar på problemstillingene ble det gjennomført 20 intervjuer med personer med medisinsk frykt og med helsepersonell. Disse ble senere analysert med thematic analysis, innholdsanalyse. Det ble også benyttet en del søk på internett etter litteratur og relevant informasjon. Jeg skal her presentere fremgangsmåter relatert til valg av metode og gjennomføring av denne.

Internett som kilde til faglitteratur og annet stoff

Det ble søkt etter litteratur via hovedsakelig Google Scholar, men også PsychINFO og PubMed. Følgende søkeord ble forsøkt (i tillegg til ustrukturerte søk på nett); «medical fear», «dental fear», «fear dentist», «hospital fear», «needles fear», «injections fear», «blood fear», «medical shame», «white coat hypertension », «medical anxiety», «dentist anxiety », «anxiety hospital», «needles anxiety», «doctor fear », «doctor anxiety», «anxiety injections», «blood injection injury phobia», «medical phobia», «hospital phobia», «doctor phobia», «needle phobia», «dentist phobia», «white coat syndrome» og «dental phobia». I tillegg ble det gjort søk på ord relatert til forhold mellom lege og pasient, og kommunikasjon mellom disse, slik som «doctor patient relationship», «physician patient relationship», «doctor patient communication» og «physician communication patient».

Rekruttering

Studien hadde to målgrupper; personer med medisinsk frykt (eller personer som på et tidligere tidspunkt har opplevd slik frykt), og helsepersonell med erfaring med pasienter med medisinsk frykt. Ingen under myndighetsalder ble brukt i studien, og hovedsakelig ble rekrutteringsfokus rettet mot området mellom Innherred og Trondheim. I tillegg ble det til en viss grad forsøkt rekruttert fra Nederland (grunnet hyppige opphold her). Rekrutteringen av den første gruppen ble foretatt via personlig kontakt med eget nettverk, samt en rekrutteringskampanje som inkluderte opphenging av flyere ved dagligvarebutikker, legesentre og busskur i Innherredsregionen. I tillegg ble det informert om studien på diverse

møter i lag og foreninger. Interesserte ble oppfordret til å ta kontakt via e-post eller mobiltelefon. Innsatsen resulterte også i en mer eller mindre utilsiktet snøballeffekt, hvor enten personer som selv deltok eller som kjente noen som var i målgruppen, spredte ordet videre og slik hjalp til med rekrutteringen. Dette var utilsiktet, men i høyeste grad velkomment. I tillegg fikk studien omtale i Innherreds folkeblad Verdalingen, lokalavisa i Verdal kommune.

Under gruppen helsepersonell falt leger, sykepleiere, laboratoriepersonell, hjelpepleiere eller lignende, som hadde jevnlig eller sporadisk kontakt med personer som uttrykte medisinsk frykt. Disse var primært forsøkt kontaktet gjennom arbeidsgiver, men da denne fremgangsmåten viste seg å generere få respondenter, foregikk rekrutteringen her til slutt ved direkte kontakt til helsepersonell. Også her fant en utilsiktet, men velkommen, snøballeffekt sted.

Selv om rekrutteringsfokus var sentrert rundt området Innherred-Trondheim, ble det også mottatt informanter fra andre deler av landet.

Utforming av intervjuguidene

Det ble brukt to intervjuguides, en for personer med medisinsk frykt og en for helsepersonell. Førstnevnte guide (vedlegg I) var noe mer omfattende enn sistnevnte. Intervjuene ble innledet med en gjennomgang av informasjon om prosjektet, og underskrivelse av samtykkeerklæring. Videre ble det spurt om type medisinsk frykt og hvordan denne arter seg, samt påvirkning i det daglige liv og eventuelt påvirkning på personens helse. Det ble også her stilt spørsmål om spesielt fryktfremkallende objekter, situasjoner og inngrep. Dette både for å få kjennskap til informantens situasjon, men også for å få inntrykk av fryktens alvorlighetsgrad. Overordnet mål med disse spørsmålene var en kartlegging av frykten. Videre ble det stilt spørsmål for å forstå når og hvordan frykten

begynte. Her ble det stilt spørsmål om når denne frykten først inntraff, hvilken situasjon informanten anså som utløsende dersom en slik situasjon hadde funnet sted, samt hvorvidt vedkommende hadde personer i omgivelsene som hadde lignende frykt. Dette spørsmålet ble også stilt med tanke på oppfølgingsspørsmål om hvorvidt informanten snakker om frykten med noen. I tillegg til dette, ble det stilt spørsmål om personen hadde hatt erfaringer der frykten var redusert, hvilke tiltak vedkommende selv og helsepersonellet kunne ha igangsatt for å gjøre det lettere for pasienten i disse situasjonene, samt om de hadde erfaringer med tiltak som blant annet å ha med seg pårørende i situasjonene de var ukomfortable i. Målet med disse spørsmålene var å skaffe informasjon om hvilke tiltak personene hadde forsøkt, hvordan disse hadde fungert, og hvilke tiltak informanten så for seg at kunne være til hjelp. Det ble underveis gitt en rekke oppfølgingsspørsmål, noen planlagte og noen spontane. Blant de planlagte oppfølgingsspørsmålene var blant annet hvorvidt tillit til legens kompetanse påvirket situasjonen, og hvorvidt de hadde tro på at tiltak som ved Dental Choice-klinikkene (nevnt i kapittel 2) kunne være til hjelp.

Intervjuguiden brukt for helsepersonellet (vedlegg II) var noe kortere. Respondentens erfaring med medisinsk frykt ble kartlagt gjennom spørsmål om hvor ofte vedkommende har kontakt med pasienter med medisinsk frykt. Videre ble helsepersonellens oppfatning av frykten tilnærmet ved spørsmål om hvordan pasientenes frykt arter seg. Det ble også spurt om håndteringen av slik frykt, samt spørsmål om hvorvidt det eksisterer retningslinjer på arbeidsplassen om hvordan slike pasienter mottas, og hvilke erfaringer informantene eventuelt måtte ha med slike retningslinjer. Til slutt ble informantene bedt om å nevne forbedringsmuligheter og konkrete tiltak for å gjøre fryktsituasjonene mindre ubehagelige for disse pasientene.

De to intervjuguidene ble testkjørt på familiemedlemmer av intervjueren og senere revidert ved behov. Rekkefølgen på spørsmålene ble endret i henhold til hvordan de ulike intervjuene forløp.

Deskriptiv informasjon om informantene

For gruppen bestående av personer med medisinsk frykt ble det funnet 15 informanter som gjennomførte intervju, mens det for helsepersonellgruppen ble funnet fem informanter. Helsepersonellet hadde følgende profesjoner; en sykepleierstudent, to intensivsykepleiere, en tannlege, og en tidligere legesekretær med relativt nylig erfaring med blodprøvetaking og injeksjoner. Alle fem hadde erfaring med pasienter med medisinsk frykt. Helsepersonellet som stilte til intervju lot til å være «flinkisene» på feltet – de som tok problemstillingen alvorlig, og håndterte pasienter med frykt bra.

Når det gjelder gruppen med personer som selv hadde opplevd medisinsk frykt, var det en stor andel med odontofobi eller frykt for blod, skade og injeksjoner. Flere oppga å ha flere typer medisinsk frykt, gjerne kombinasjonen odontofobi og fobi for blod, skade og injeksjoner.

En stor andel av informantene er kvinner. Av de 15 intervjuede i gruppen med medisinsk frykt, er kun to menn.

Intervjuer og fremgangsmåte

De fleste intervjuene ble foretatt ansikt til ansikt med båndopptaker. Som et alternativ ble enkelte intervju gjennomført over internettbasert telefontjeneste (Skype) grunnet stor avstand mellom intervjuer og respondent. Totalt gjaldt dette for fem av intervjuene. Intervjuene var satt til å vare rundt en time, og tok mellom alt fra 20 til 70 minutter (fryktgruppen) eller mellom 15 og 30 minutter (helsepersonell-gruppa). Samtlige intervju ble tatt opp på lydopptakerfunksjon på datamaskin eller mobiltelefon, og opptakene ble

umiddelbart lagt over på kryptert mappe og slettet umiddelbart etter transkribering. Etter gjennomført intervju fikk respondentene en kort debriefing og beskjed om å ta kontakt ved spørsmål eller ytterligere kommentarer til intervjuet. Samtlige informanter hadde på forhånd skrevet under skjema for informert samtykke (vedlegg III).

Databehandling

Prosjektet er vurdert av NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste), som har tilrådet at prosjektet gjennomføres i tråd med oppgitte opplysninger. I samsvar med søknaden som ble sendt til NSD/Personvernombudet 23. april 2012 (prosjektkode 30519, «Medical Fear»), har innsamlet materiale blitt håndtert på en forsiktig måte for å ivareta personvernet til respondentene. REK (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) be ikke søkt, da studien ikke faller inn under den type datainnsamling som er søknadspliktig for REK.

Liste med navn og kontaktopplysninger har blitt oppbevart på en kryptert (passordbeskyttet) mappe på harddisken på studentens private datamaskin. Denne har hele tiden vært passordbeskyttet og ikke i bruk av andre enn studenten. I en separat liste har respondentene fått tildelt hver sin kode, bestående av to bokstaver, som senere igjen har blitt koblet til en av fire følgende aldersgrupper (for fryktgruppen); 18 til 30 år, 31 til 45 år, 46 til 60 år og 61 år eller eldre. Det har videre blitt notert kjønn på respondenten. Ytterligere informasjon har ikke blitt brukt, og heller ikke registrert. For helsepersonellet har det blitt registrert yrkesrolle, samt en antydning på personens erfaring. Respondentenes navn og kontaklinformasjon har blitt fjernet fra listen med en gang intervjuene har blitt gjennomført, både for personer med medisinsk frykt og for helsepersonell. Lister eller nedtegninger av personifiserende opplysninger har ikke blitt oppbevart sammen med kodingsnøkkel, ei heller sammen med lydopptak eller ferdig transkriberte dokumenter. Likedan har lydfiler blitt slettet umiddelbart etter transkribering. Stedsnavn som kan knyttes til personens geografiske

plassering eller bosted, har blitt anonymisert, og har i de ferdig transkriberte filene blitt fjernet fullstendig. Personnavn har blitt anonymisert, både respondentens eller – dersom dette har blitt nevnt – navn på helsepersonell, familiemedlemmer eller andre tredjepersoner som måtte ha blitt nevnt under intervjuet. Disse har blitt markert som eksempelvis *mor*, *fastlege*, eller *venninne* i transkripsjonen. I tillegg har informantene ved et par anledninger gitt eksempler ved å beskrive eget engasjement i hobbyer, lag, foreninger eller lignende, som studenten har ansett som en mulig trussel mot personvernet. Dette har i likhet med navn, blitt anonymisert der det har vært meningsbærende, og fjernet fullstendig der det ikke har vært meningsbærende.

For de nederlandske respondentene har intervjuene blitt foretatt på engelsk og delvis på nederlandsk. Disse har blitt analysert på engelsk, men dersom sitater fra disse har blitt brukt i den endelige teksten, har disse blitt fritt oversatt til norsk. Kun dersom det er snakk om en sammenligning mellom de to landene (Norge og Nederland), har det blitt referert til respondentens nasjonalitet.

Prosjektet har blitt avsluttet innen forespeilet avslutningsdato, 31. august 2013, og alt av personifiserende materiell har blitt slettet i god tid før dette.

Analyse

Innsamlet intervjudata ble analysert via tematisk analyse. Dette valget ble tatt på bakgrunn av at det oppfattes som det mest passende for forskningens mål, som primært er å belyse informantenes ulike erfaringer, og slik gi et innblikk i hvordan medisinsk frykt arter seg, hvordan den antas å ha utviklet seg for de ulike informantene, samt hvilke tiltak og erfaringer de har erfart og har tro på at kan være til hjelp i en fryktsituasjon. I følge Howitt (2010) er denne analysemetoden best egnet når den finner sted etter endt datainnsamling, når analysen ikke drives av teoretiske perspektiver (Braun og Clarke, 2006, sitert i Howitt, 2010),

når datamaterialet er tekstbasert og detaljert (som ved intervjuer), og når det samtidig er snakk om rike, informasjonsfyldige data. Disse kriteriene anses som oppfylt.

Gjennom at ferdig transkribert tekst har blitt lagt inn i Excel og kodet og kodet sitat for sitat. Intervjuene med fryktgruppen og med helsepersonell har blitt kodet etter ulike lister. Kodelistene har blitt utviklet ved gjennomgang av både de tema som intervjuguiden tar for seg/etterspør svar på, samt ved å legge til nye etter hvert som de dukket opp i intervjuene. Denne fremgangsmåten har blitt brukt for begge kodelistene, både for personer med frykt og helsepersonell. Kodelistene kan ses i vedlegg IV og V. Etter koding har det blitt foretatt en gjennomgang av samtlige intervju for å finne hvilke tema/koder som går igjen, og hvilke som er enestående for de ulike respondentene. Generelle trender i materialet har blitt markert. Beskrivende eller spesielt forklarende sitater har blitt brukt i teksten i kapitlene som omhandler resultatene fra studien (kapittel 3, 4, 5, og 6). Sitatene har videre også blitt diskutert i teksten. Ut fra det som har kommet frem i intervjuene og analysen av dette, har det under kapittel om fryktreduksjon (kapittel 5) blitt beskrevet flere forslag som av respondentene er foreslått som hjelpsomme til dette formålet.

Noen av informantene lot til å ha en veldig distansert betraktning av eget følelsesliv. Det kan være at intervjueren enten ikke gjorde et godt nok arbeid i starten på intervjuet til å komme tilstrekkelig «innpå» informantene. Det virker imidlertid også som en plausibel forklaring at mange av informantene rett og slett (som de selv påpeker) er uvante med å snakke om denne frykten, og har viet den liten oppmerksomhet utenfor de situasjonene der de møter den. Andre informanter var imidlertid veldig åpne og lot til å ha god kontakt med sine følelser. Enkelte intervju var også en tydelig emosjonell påkjenning for informantene, men samtlige som begynte på et intervju, valgte å fortsette og fullføre dette.

Oppsummering: Det har blitt gjennomført 15 intervjuer med personer med medisinsk frykt, og fem intervjuer med helsepersonell med erfaring med medisinsk frykt. Disse har fulgt to ulike intervjuguider. Intervjuene har blitt analysert ved tematisk analyse (innholdsanalyse), og innsamlet datamateriale har blitt behandlet i henhold til godkjent søknad til NSD.

Kapittel 3 - Fryktens art og uttrykk

«... og det jeg er redd for er å ikke bli trodd. Redd for at de ikke skal... bare si at (...) «Hva gjør du her?», liksom. (...) Jeg kan bare begynne å grine, jeg, når jeg tenker på det, altså.

Sånn at, det er så ulikt meg, for jeg er ikke en sånn person».

Situasjonsspesifikk frykt for lege.

Jeg skal i dette kapittelet presentere funn fra min studie, sentrert rundt hva slags medisinsk frykt som forekommer i utvalget, hvilke uttrykk denne frykten har, samt hvilke konsekvenser frykten har for de som opplever denne (oppgavens første problemstilling). Jeg vil også presentere to figurer jeg har utarbeidet basert på mine funn; en inndeling av medisinsk frykt etter hva som utløser frykten, og en figur som viser fryktens utvikling opp mot en fryktsituasjon.

Typer medisinsk frykt i utvalget

Kvinnen bak sitatet på forrige side, har en situasjonsspesifikk legeskrekk. Hva dette er skal jeg komme nærmere tilbake til. Analyse av utvalgets intervjuer viser at respondentene lider av ni typer medisinsk frykt, noen mer spesifikke enn andre. Tannlegeskrekk er den frykten som går igjen desidert mest. Hele ni personer i utvalget opplyser å ha dette, hvorav fem har dette som primærfrykt, altså den frykten som de opplever som sterkest, og som er utgangspunktet for deres deltakelse i studien. Fire opplyser at de har tannlegeskrekk som en sekundærfrykt, i tillegg til en mer påtrengende frykt. Videre er det i utvalget en høy forekomst av fobi for blod, skade og injeksjoner (med spesielt fokus på injeksjoner og blodprøvetaking). Seks av de femten intervjuede opplyser at de har dette, og av disse har fem det som primærfrykt. En av respondentene gir uttrykk for en frykt for smerte, og forklarer at hennes primære frykt er at hun er redd for «alt som er vondt». En respondent opplyser at hun lider av det hun kaller fødselsangst, hvor hun i sitt andre svangerskap opplevde en intens og påtrengende frykt for den forestående fødselen. To kvinner opplyser frykt for gynekologiske undersøkelser, en som primærfrykt og en som sekundærfrykt, hvor den ene opplever frykten så intens at hun den siste tiden har gjennomført slike undersøkelser under narkose. Det opplyses også om generell frykt for helsevesenet (en respondent), innleggelse på sykehus (en respondent), samt en generell frykt for lege og sykehus. Selv om disse har blitt uttrykt og definert på ulike måter av respondentene, anses de som én frykt, som heretter vil kalles

generell medisinsk frykt. En opplyser også en mer *situasjonsspesifikk frykt* for leger – en frykt for å ikke bli trodd av legen. Frykten forekommer spesielt ved møte med ny lege, ved fremleggelse av et nytt helseproblem, og ved mer «subjektive» lidelser, altså lidelser eller plager hvor respondenten opplever det som vanskelig å «bevise» at disse faktisk eksisterer (og at den har den alvorlighetsgraden hun selv opplever). Hos flere respondenter er det imidlertid en utydelig grense mellom typer medisinsk frykt, blant annet hos «smertefrykteren», som oppgir at hun er redd for ny smerte (foretrekker en kjent smerte over lang tid over en ukjent smerte med kortere varighet), men som også oppgir at hun er redd sprøyter, tannlege og andre ting som kan fremprovosere smerte. Slik kan den medisinske frykten sies å ha svært utydelige grenser for flere av respondentene. Fire av respondentene uttrykte at de opplevde mer enn en type frykt.

Ut fra dette materialet fremstår et skille mellom situasjonsspesifikk medisinsk frykt, som frykt for gynekologisk undersøkelse, fødsel eller å møte en ny lege eller legge frem et nytt problem, og generell medisinsk frykt, som tannlegeskrekk eller frykt for helsevesenet. De situasjonsspesifikke fryktene forekommer i forbindelse situasjoner som er lett å definere og som utgjør en fraksjon av den kontakten et menneske har med helsevesenet. Generell medisinsk frykt, på sin side, knytter seg ikke slik til en bestemt situasjon, men rettes heller mot helsevesenet som helhet, eller store deler av dette, som for eksempel tannlegetjenesten eller sykehus. I studiens utvalg hadde ti respondenter en eller flere typer situasjonsspesifikk frykt, mens fjorten hadde type(r) av generell medisinsk frykt.

Respondentenes frykt kan også deles inn etter dens relasjon til spesifikke objekter eller situasjoner. For noen har frykten sterk sammenheng med ett eller flere bestemte objekter, som nåler, sprøyter, tannlegens bor eller lignende. Dette kan man kalle *objektspesifikk frykt*. Grupperingen av medisinsk frykt ut fra objekt- eller situasjonstilknytning vises i figur 4.1, som jeg har utarbeidet for å visualisere denne differensieringen.

	Generell	Spesifikk
Situasjon	Generell	Situasjonsspesifikk medisinsk frykt
Objekt	medisinsk frykt	Objektspesifikk medisinsk frykt

Figur 3.1: Gruppering av medisinsk frykt etter situasjon- og objektorientering.

Som nevnt i kapittelet om teoretisk bakgrunn og eksisterende forskning (kapittel 1), kan medisinsk frykt deles inn i fire kategorier eller aspekter; frykt for smerte; frykt for å få en diagnose; frykt for skam eller ydmykelse; og frykt for tap av kontroll. Ikke alle informantene var i stand til å peke ut hvilke(n) av disse kategoriene deres frykt falt inn under, men felles for samtlige informanter var direkte eller indirekte uttrykkelse av frykt for kontrolltap. Flere uttrykker et ubehag over at de ikke kan forutsi situasjonen, at de ikke har nok informasjon om hva som skal skje, mens en opplever det som ubehagelig å bli lagt i narkose fordi vedkommende da ikke er våken nok til å få med seg hva som skjer rundt seg, samtidig som flere opplever et stort behov for informasjon for å kunne skape seg en opplevd kontroll. Det uttrykkes også av flere at man som pasient blir hjelpeløs, og er prisgitt helsepersonellet, og at noen kanskje opplever et slags ubehag ved å overlate så mye kontroll til noen andre enn seg selv, noen som kanskje er fremmed eller lite kjent for dem.

«Jeg er jo et menneske som liker å ha kontroll, og har stor grad av kontroll... så det er nok det også. Og det siste var... frykt for smerte. Når jeg har spent meg, så blir det jo fysisk vondere. Så det er hovedsakelig de tingene som...»

Frykt for gynekologisk undersøkelse.

Det skiller seg ut to måter å søke kontroll på, en fysisk og en psykisk, relatert til forutsigbarhet. *Fysisk kontroll* søkes gjennom å ønske å kontrollere situasjonen fysisk, ved å ha mulighet til å påvirke eller «gi tillatelse» før f.eks. tannlegen borer eller skraper tannstein, eller ved å påvirke forhold ved situasjonen som for eksempel belysning, hvem som er til stede i rommet eller når på dagen tannlegetimen finner sted. *Psykisk kontroll* søkes gjennom å etterspørre informasjon, å be om å bli informert om hva som skjer eller gjennom å ønske

hurtig oppdatering på hva som måtte komme frem underveis i undersøkelsen, noe som vil gjøre pasienten i stand til å forutse hva som vil skje videre, og møte dette med et slag overblikk over situasjonen og gangen videre. En kan si at disse informantene skaper en illusjon av å ha fysisk kontroll, ved å forutsi situasjonens gang, og de valgene helsepersonellet kan finne på å ta for dem.

«... når sykepleierne på sykehuset driver med sprøytene, så er det ikke sånn at du får informasjon om hva som skjer med deg, de bare stikker inn nåler og kjører på med medikamenter som du ikke vet hva er for noe».

Generell medisinsk frykt.

Nest etter frykt for tap av kontroll, er smerteaspektet det mest nevnte aspektet ved medisinsk frykt. Det er gjerne smerten som ikke kan kontrolleres som nevnes som den mest utålelige smerten, og flere uttrykker at de heller foretrekker en kjent, langvarig smerte, enn en ukjent, kortvarig smerte for å bli bedre av en tilstand.

«Ja, det der tenker jeg noen ganger også, hvis jeg har... jeg hadde et trykk bak et øre her, så tenkte jeg at «gi meg vondt i ryggen i stedet, så jeg vet hva det er!». Kan jeg ikke ha vondt i ryggen i stedet? Det vet jeg hva kommer av (...), men hva er dette som ligger og trykker bak øret?»

Frykt for nåler.

Et par respondenter forteller også om forsøk på å forutsi smerten og dermed få en slags mental kontroll over den, blant annet ved å snakke med bekjente innenfor helsevesenet, eller be om estimater på hvor sterk smerte man kan forvente seg i den situasjonen man skal gjennom. Et problem oppstår imidlertid når enkelte føler at de ikke kan stole på dette estimatet. Flere oppgir at de har blitt «lurt», kanskje spesielt av tannleger, med at «dette

kommer ikke til å gjøre vondt», når det i realiteten har vært smertefullt. Dette bidrar for noen til å forsterke frykten.

Frykt for diagnose blir sjeldnere nevnt enn man kanskje skulle tro. Det uttrykkes imidlertid blant annet av en person at hun opplever det skremmende å kanskje måtte bli konfrontert med en diagnose som kan oppfattes som truende på liv og helse. Det er selvfølgelig forståelig og legitimt å være redd for å få en diagnose. En kan også tenke seg at frykt for diagnose kan virke på to måter – både gjennom at en diagnose vil kunne utgjøre en reell trussel på liv og helse, men også gjennom at en diagnose vil eksponere en for gjentatte fryktsituasjoner senere, slik som flere tannlegebesøk eller behandling på sykehus. Et annet aspekt ved diagnosefrykt kommer frem blant annet i ett av intervjuene med en informant med tannlegeskrekk, som til etter flere år uten kontakt med tannlege, brukte unnskyldningen «det vil bli dyrt» som en grunn til å unngå å bestille time hos tannlege. Diagnose medfører i dette tilfellet en kostnad som muligens vil hvile på pasientens egne skuldre, og slik blir det ikke bare et spørsmål om frykt, men et spørsmål om økonomi. Økonomi nevnes også som en medvirkende faktor til tannlegeskrekk hos en annen respondent, som opplever tannhelsetjenester såpass dyre at det alene gjør at vedkommende opplever ubehag ved å gå til tannlegen. Økonomiske bekymringer vedrørende helsetjenester gjør slik at man ikke bare må konfrontere sin frykt, men at man i tillegg må forsvare en beslutning om å bruke penger. Selv om det er nødvendig, ser dette også ut til bidra til et økt ubehag i situasjonen, spesielt dersom en allerede har en presset økonomi.

Frykt for skam forekommer heller sjeldent blant informantene. De få gangene det forekommer, nevnes det enten som en skam over å ha frykt, eller som en skam ved kroppslig eller mental «blottlegging» under bestemte undersøkelser (eks. gynekologisk undersøkelse). En skam over å ha frykt og å ikke klare å «ta seg sammen» nevnes også. En informant ser også skam i sammenheng med kontroll, hvor hun opplever tap av kontroll ved at hun føler at

hun ikke vet om hun vil bli trodd med de problemene hun oppsøker lege med, samtidig som det å ikke bli trodd vil kunne oppleves som en krenkelse mot troverdigheten hennes, noe hun knytter opp mot skam.

For en del knyttes som sagt frykten opp mot spesielle objekter eller situasjoner, og noen objekter kan også fremprovosere frykt sterkere enn andre. Både respondenter med situasjonsspesifikk og generell medisinsk frykt, samt objektspesifikk og objektuavhengig medisinsk frykt opplyser å ha slike *ekstra fryktutløsende objekter eller situasjoner*. De som nevnes av slike er sprøyter, boring hos tannlege, lukt hos tannlege, lyden av boret i hodet, åpne sår, intravenøse drypp, å bli sydd, å fjerne sting, «alt som har med underliv å gjøre», blodprøver, å bli lagt i narkose, rotfylling, fjerning av tannstein, at en ny person setter sprøyte på en, at det settes sprøyte på en ny plass på kroppen, samt å høre om eller se folk få trukket tenner. Disse objektene er gjerne spesifikasjoner innen informantens frykt, for eksempel informerte en respondent med fobi for blod, skade og injeksjoner, at hun opplevde det som greit dersom det var en kjent person som satte sprøyte på høyre hånd, i en bestemt blodåre, men at det var fryktelig dersom det var en ny person som satte sprøyten, eller dersom sprøyten ble satt på en ny plass på kroppen. Disse fryktforsterkende objektene eller situasjonene trenger ikke ha sammenheng med den opplevelsen som eventuelt utløste frykten i utgangspunktet.

Fryktens uttrykk

Fryktens uttrykk kan sies å kunne deles inn i to grupper – *fysiske og psykiske utslag*. Flere av de ulike uttrykkene gir imidlertid utslag både på det fysiske og det psykiske plan.

Av de fysiske symptomene på frykten som nevnes, er det en klar majoritet som opplever spesielt kvalme (generelt nervøsitetsymptomer fra mage/tarm), samt svetting. Hyperventilering, skjelving og besvimelse nevnes også av flere. Besvimelse nevnes imidlertid

kun av informanter med sprøyteskrekk (fobi for blod, injeksjoner og skader), og flere av disse informantene nevner også at de «nesten besvimer» eller at de blir bleike og grå i ansiktet, uten at de mister bevisstheten. Et par nevner også økt puls, «hjerterklapp» eller lignende symptomer. Søvnproblemer nevnes også hyppig. En respondent opplyser også at hun opplever hodepine før eller under fryktsituasjonen, og en forteller at hun under besøk hos tannlegen «spenner alle musklene i kroppen» og ikke er i stand til å slappe av igjen før etter besøket er overstått.

Disse fysiske symptomene melder seg generelt tidsmessig nært fryktsituasjonen, men for noen forekommer de også dersom de blir konfrontert med relaterte stimuli f.eks. gjennom media.

«... jeg blir svett, jeg er kvalm... puh! Jeg kan hyperventilere, blir som, helt, helt annerledes. Det er bare bakhodet og hælene som er nedi stolen. Rett og slett ubehagelig. Det er vondt. Jeg har vondt inni meg».

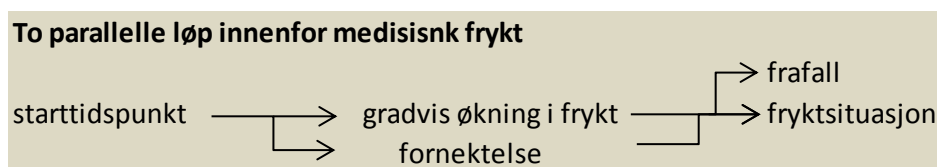
Tannlegeskrekk.

De psykiske symptomene uttrykkes gjerne som generell nervøsitet eller at de rett og slett gruer seg. Flere forteller om grettenhet, emosjonell ustabilitet, rastløshet eller amperhet i tiden før fryktsituasjonen, og en del forteller om overdreven fokus på kommende fryktsituasjon på forhånd. For en del innebærer reaksjonen også gråt. Spesielt later dette til å gjelde informanter med situasjons- eller objektspesifikk medisinsk frykt.

Mange forteller om enten en gradvis oppbygging av frykten, eller en lengre periode med fornektelse, før det i tiden før fryktsituasjonen forekommer en intensivering av frykten. For noen kan frykten til en viss grad utsettes ved å tilbringe så lite tid som mulig på f.eks. tannlegekontorets venterom, da dette gjør det lettere for dem å fornekte den forestående situasjonen. Det er imidlertid mulig at noe av denne fornektelsen kan medføre at de er

dårligere mentalt forberedt i selve situasjonen, og at det kan påvirke frykten i en uønsket retning. De informantene som forteller om en slik fornektelses-taktikk, forteller gjerne at dette har hatt en fordelaktig effekt på deres frykt. En del opplever tiden før tannlegebesøket eller legebesøket som tyngst, mens andre opplever det verste som selve situasjonen frykten bygges opp mot. Dette gir seg også uttrykk i at noen uttrykker et ønske om å «få det overstått» så raskt som mulig, eller at selve situasjonen skal gjennomføres på visse måter. For å illustrere to hyppig omtalte «løp» frem til fryktsituasjonen, har jeg laget figur 4.2.

For noen respondenter er frykten også begrenset til selve situasjonen, mens de merker lite til den utenom akkurat de øyeblikkene den varer.



Figur 3.2: fryktens utvikling før møte med en fryktsituasjon.

De aller fleste forteller at frykten slipper taket raskt under eller etter selve situasjonen. Det er ulike variasjoner innen dette. For noen slipper frykten taket i det tannlegen skyver til side instrumentbordet. En opplyser at frykten slipper tak når hun opplever å bli forstått og trodd, mens en forteller at den i stor grad slipper taket når hun kommer i gang med situasjonen hun er redd for. For noen av respondentene med generell medisinsk frykt, varer en av fryktsituasjonene generelt lengre – innleggelse på sykehus. Denne frykten viser imidlertid et annet «løp» enn det som er forklart ovenfor, hvor frykten enten gjør at de unngår å sette seg selv i fare for innleggelse (noe som påvirker dem i hverdagen), eller ved at de reagerer mer ekstremt dersom de blir innlagt.

«Det varierer fra gang til gang. (...) får jeg panisk depresjon og har ikke turt å stole på et eneste menneske engang».

Generell medisinsk frykt.

For de som har frykt knyttet til situasjoner av kortere varighet, slik som for eksempel tannlegeskrekk, opplever kun et fåtall noen alvorlig hemming av frykten etter at situasjonen er overstått. Dette gjelder imidlertid ikke alle, og et par informanter forteller at frykten i moderat eller stor grad påvirker dagen også etter at fryktsituasjonen er over, og at hun er avhengig av en viss assistanse etter situasjonen. Dette er hun ikke alene om, og flere beretter om at de har (måttet) hatt med pårørende til tannlege, lege etc., enten fordi det har en beroligende effekt, eller fordi de rett og slett ikke er i stand til å på forsvarlig måte frakte seg selv vekk derfra etter at fryktsituasjonen er overstått.

«Om jeg skal til tannlegen, så kan jeg ikke legge opp til at jeg skal gjøre noe etterpå, for jeg er helt utslitt. Da har jeg sofåtjeneste i mange timer. Så da er jeg... total utladning. Både fordi jeg har sovet minimalt, og... stressnivå og psyke er... høyt oppe og langt ned. (...)Mannen er med meg til tannlegen, og så hjemme og legger meg ned etterpå».

Tannlegeskrekk.

Fryktens konsekvenser

Noe av det som gjør medisinsk frykt så alvorlig, er potensialet slik frykt har til å påvirke helsefremmende atferd. En del av informantene forteller – ikke uventet – om delay, utsettelse i oppsøking av helsetjenester, som den primære (og indirekte) helseeffekten frykten medfører. Dette har for flere av respondentene hatt uheldige konsekvenser. Blant gruppen med tannlegeskrekk, opplyser flere at frykten har medført dårlig tannhelse, som karies (hull i tennene) og tannkjøttbetennelse i vekslende grad. Den informanten som forteller om de mest ekstreme konsekvensene innenfor tannlegeskrekk, er en kvinne i alderen 31-45 år, som opplyser at hun på en periode på fem til syv år ikke oppsøkte tannlege på grunn av frykten, noe som i kombinasjon med andre helserelaterte faktorer, førte til alvorlig forfall av

tannhelsen. Videre spilte dette en rolle i en angst- og depresjonshistorie for informanten, som i følge henne selv var medvirkende til at hun ikke klarte å stå i jobb eller ta utdanning over et lengre tidsrom.

«Jeg klarte ikke å gå på skole. Jeg skjemtes jo. Rett og slett. Det råtnet jo bort, tennene ble jo ødelagt. Var ikke før etter at jeg var til tannlegen og fikk ordnet munnen min, at jeg begynte på skole, begynte utdanning og fikk meg jobb».

Tannlegeskrekk.

Også blant respondentene med blod-, injeksjon- og skadefobi nevnes delay, men det er i mindre grad et tema for denne gruppen enn for de med tannlegeskrekk. Noe av årsaken til denne forskjellen later til å ligge i at situasjonene er ulike. For det første er det ofte opp til brukeren selv å be om en time hos tannlegen, mens det i tilfelle sprøyte eller blodprøvetaking ofte er legen som bestiller dette. Dette gir mer mulighet for delay, ved at brukeren kan «glemme» å bestille time, eller finne gode grunner til å utsette det. Dette nevnes av flere av informantene med medisinsk frykt, og som jeg skal komme tilbake til i kapittel 5, finner flere det hjelpsomt å slippe å ha ansvar for egen timebestilling nettopp på grunn av dette. For det andre er tidsaspektet sentralt. Ofte blir blodprøver eller sprøyter rekvirert på kortere varsel enn tannlegetimer. En kan anta at det er vanskeligere å utsette en blodprøve dersom man får beskjed om at den må tas få minutter før selve prøvetakningen. Man befinner seg også ofte i et avgrenset fysisk område, som et sykehus eller legesenter, som vil by på få «fluktmuligheter». Dessverre ser denne frykten ut til å hos et par respondenter ha skapt et slags overført delay. Det er da ikke snakk om å utsette selve sprøyten, men å utsette å oppsøke lege på grunn av frykt for at legebesøket vil resultere i at vedkommende vil måtte ta en sprøyte, blodprøve eller lignende.

Også blant de andre fryktene nevnes delay som en uheldig konsekvens. Den ene respondenten med frykt for gynekologisk undersøkelse, forteller at hun tror hun ved en tidligere anledning kan ha ventet for lenge med å oppsøke gynekolog, noe som kan ha resultert i at en uoppgadet svulst fikk mer tid til å vokse enn nødvendig. Også den andre av informantene med frykt for gynekolog opplyser å utsette slike undersøkelser, men det har for henne ikke hatt noen konsekvenser hittil.

Det er et fåtall av de informantene som nevner delay, som opplyser å ha opplevd alvorlige konsekvenser av dette. Flere rapporterer til og med at de har fått en slags helsefremmende effekt av frykten. For mens de ønsker å utsette et møte med den fryktfremkallende situasjonen lengst mulig, igangsetter de ulike tiltak for å gjøre slike møter unødvendige. Blant annet nevner en respondent hvordan hun ved tretthetssymptomer tar tak i kostholdet for å bli fri disse, og øker inntak av jernholdig og sunn mat i håp om at det vil hjelpe på symptomene og gjøre et legebesøk unødvendig. Det påstås imidlertid ikke at dette er et godt alternativ til å oppsøke lege, men det gir et bilde av at frykten ikke utelukkende fører til negative konsekvenser. Lignende atferd beskrives også blant de med tannlegeskrekk, hvor flere opplyser at de streber for en bedre tannhelse for å unngå å måtte oppsøke tannlege på grunn av symptomer. Riktignok følger det også en negativ fotnote med denne gruppen – flere av dem forebygger disse besøkene med inntak av smertelindrende medikamenter.

Flere av respondentene nevner også at de er i stand til å overstyre frykten gjennom sin egen fornuft, og at de slik unngår at frykten får noen konsekvenser for helsen. En av disse er en kvinne med situasjonsspesifikk medisinsk frykt, som er redd for å ikke bli trodd, spesielt ved møte med ny lege eller fremleggelse av ny lidelse eller nye symptomer.

«Jeg går stort sett til lege hvis jeg... hvis det er rutineteing er det greiere. (...) Utsetter det ikke, for der slår hjernen inn og sier at det er bare tull. (...) Mer at jeg klarer å tvinge meg til å overvinne frykten, og så bare gjør jeg det, liksom».

Situasjonsspesifikk medisinsk frykt.

Videre nevnes også flere konsekvenser på psykisk helse. Respondenten med fødselsangst opplevde ikke bare mye stress og ubehag fra angsten i tiden før fødselen, men forteller også at hun etter sin andre fødsel, den fødselen det var knyttet frykt opp mot, gikk inn i en fødselsdepresjon.

«... hele svangerskapet gikk jeg ikke og tenkte på at det skulle komme en ny baby og gledet meg på det, jeg bare gruet meg fram til fødselen. Når plutselig babyen var der, var jeg ikke forberedt på det i det hele tatt».

Fødselsangst.

Også for en av respondentene med blod-, injeksjons- eller skadefobi, har frykten påvirket i anledning fødsel og morsrollen.

«Og det verste er egentlig at jeg, ved begge fødslene mine har jeg måtte brukt drypp og epidural, og det har for meg vært verre enn selve fødselen. (...) Det synes jeg var litt trist, for med en gang mine barn kom ut, har jeg ikke klart å gledet meg over det, jeg har bare vært opptatt av å ta ting ut fra kroppen min».

Sprøyteskrek.

Flere forteller også at de ser potensielle helsekonsekvenser, eller fysiske konsekvenser, av frykten, som de heldigvis har unngått. Blant annet forteller respondenten med fødselsskrek at hun først oppsøkte jordmor med et ultimatum – keisersnitt eller abort. En ser

også mulige helsekonsekvenser dersom helsetilstanden endrer seg. Denne personen lider av sprøyteskrekk, og uttrykker at en eventuell diabetesdiagnose som ville medført daglige sprøyter, ville vært et stort og reelt problem for vedkommende. Flere ser også at delay kunne fått alvorlige konsekvenser, uten at det per i dag har gjort det for dem.

I tillegg til de helserelevante konsekvensene av frykten, nevner flere i utvalget at de påvirkes av frykten i det daglige. Spesielt knyttes dette opp mot medieeksponering av fryktrelaterte objekter eller situasjoner. Eksempelvis forteller flere respondenter at de ikke klarer å se sprøyter eller fryktrelaterte objekter på fjernsyn, og et par nevner også problemer med å se stillbilder av fryktobjekter, for eksempel i aviser. Dette ser ut til å være et problem primært for de med situasjons- eller objektspesifikk frykt, samt for respondentene med tannlegeskrekk. En forteller at frykten påvirker henne i sportslig utfoldelse.

«Mitt store mareritt er å havne på sykehus, og bli liggende med sånn inni hånda (IV-drypp). Det er mitt store mareritt. Hvis jeg står på snowboard, da... elsker å stå på snowboard, og vet at jeg kan kjøre raskere... men jeg kan falle og brette armen, og da må jeg kanskje ligge på sykehus»

Generell medisinsk frykt.

«... kan godt se operasjoner på TV, ser på en film, men er det noen som skal i tannlegestolen, da må jeg bare gå meg en tur. Da vet jeg at jeg blir sittende og... ja... så kan du jo se ett eller annet der, hvis jeg ser det så kan det være at jeg... la oss si at det er på en film at noen kanskje får for sterk bedøvelse. Da tror jeg at det vil skje med meg neste gang jeg skal til tannlegen».

Tannlegeskrekk.

I tillegg forteller flere at frykten påvirker dem i det daglige gjennom at de blir gående og tenke på en forestående fryktsituasjon dersom de kjenner symptomer som tilsier at de blir nødt til å oppsøke for eksempel tannlegen. Flere forteller også at de reagerer når relaterte tema blir tatt opp i en samtale. To opplyser også at frykten har gått ut over arbeidssituasjonen. Den ene, som nevnt, gjennom en tannhelse som bidro til en situasjon med angst og depresjon. Den andre opplyser også at vedkommende ikke klarer å stå i jobb, og at frykten har bidratt til dette. En respondent opplyser også at hun ikke var i stand til å gjennomføre vanlig skolevaksinering. Flere har også vanskeligheter med å følge egen familie i de situasjonene de selv er redd. Blant annet er det flere som nevner at de ikke klarer å være med barna til tannlegen, og må be andre i familien om å gjøre dette i stedet for dem. For andre igjen går det greit å være med familiemedlemmer, da dette oppfattes som annen situasjon enn dersom de selv er i pasientrollen. Her fremmes to ulike perspektiver. Det første er at dette gjøres selv om man ikke er bekvem i situasjonen, fordi «man må». Dette blir et forventningspress, hvor det er sosialt forventet at for eksempel en mor er med sitt barn i slike situasjoner, og at vedkommende dermed presser seg selv til å være der selv om det kan oppleves ubehagelig og selv om frykten kanskje synliggjøres for både den man er der som støtte for, og omgivelsene forøvrig. Den andre er at frykten er knyttet til egen person, at den er basert på ens eget behov for å kunne vise til «bevis» på en tilstand, eller en slags opplevd forventning om å måtte stå til ansvar for ens egen tolkning av situasjonen, og at dette opphører dersom situasjonens midtpunkt er andre enn en selv. Interessant fortelles det også om en forskjell mellom «vanlig tannlege» og «reguleringstannlege», hvor en forelder ikke klarer å være med til førstnevnte, men finner det uproblematisk å følge barn til sistnevnte. En del av grunnen til dette kan kanskje være at man hos «reguleringstannlegen» har et annet forhold – det kan kanskje oppfattes mer som et «kunde/tilbyder-forhold», hvor pasient-parten har mer kontroll over situasjonen enn ellers.

Svært mange av respondentene har et veldig bevisst forhold når det kommer til å ikke overføre frykten til barna. Noen lar dette også påvirke forhold og samtaler til andre enn sine barn. De holder frykten for seg selv, for å ikke påvirke andre til å utvikle eller forverre sin frykt, eller de kan selv unngå samtaler om det de er redde for, for å unngå å «adoptere» andres frykt som et tillegg til sin egen. For en respondent er frykten for ubehagelige samtaletema så stor at hun har unngått sosial kontakt på grunn av dette. Hun opplever også at det tidvis er ubehagelig at omgivelsene vet at hun har medisinsk frykt, da de «forventer» en reaksjon fra henne dersom visse tema kommer opp i samtalen, noe som skaper en ekstra belastning for henne i en allerede belastende situasjon.

Oppsummering: Mange av informantene opplevde enten tannlegeskrekk eller fobi for blod, skader og injeksjoner. I tillegg opplyste en del å ha andre frykter, slik som fødselsangst og gynekologfrykt med mer. Ut fra funnene i studien har jeg delt inn medisinsk frykt i situasjonsspesifikk, objektspesifikk og generell medisinsk frykt. Alle informantene nevnte kontrollaspektet som en del av sin frykt, og forsøk på å kontrollere fryktsituasjonen kan være av fysisk eller psykisk art. Mange av informantene opplever fysiske utslag som nervøsitetssymptomer fra mage/tarm, svetting eller besvimelsesrelaterte symptomer. Utviklingen av medisinsk frykt frem mot fryktsituasjonen følger gjerne ett av to parallelle løp, vist i figur 4.2. Noen av informantene har opplevd uønskede, alvorlige konsekvenser av frykten. Flere nevner delay som en konsekvens. Sosiale og arbeidsmessige hemninger nevnes også som konsekvenser av medisinsk frykt.

Kapittel 4 - Fryktens årsaker

«... jeg prøvde å si fra, men fikk beskjed om at det var bare å sitte i ro. Det var ikke vondt. Og tårene rant. Jeg hadde jo brannår bortover kinnbeinet etterpå. Da fikk jeg tannlegeskrekk».

Tannlegeskrekk.

Jeg skal i dette kapittelet se på hvordan medisinsk frykt oppstår, ved å se på når og under hvilke omstendigheter respondentene mener at deres frykt begynte (oppgavens andre problemstilling). Jeg skal også se på omgivelsenes håndtering av fryktutløsende opplevelser og hvordan dette påvirket fryktens utvikling.

Fryktens begynnelse

Å snakke om én konkret årsak til at noen utvikler medisinsk frykt, er i beste fall pretensiøst. Det respondentene forteller om utviklingen av sin frykt, er svært nyansert, både i tidspunkt, hvordan den har utviklet seg, og ikke minst hvilken eventuell opplevelse som utløste frykten i utgangspunktet.

Informantenes frykt har i all hovedsak begynt på tre ulike tidspunkt i livet, og informantene kan deles inn i tre grupper i henhold til dette. Den første av disse er de som uttaler å ha *hatt medisinsk frykt så lenge de kan huske*. Kanskje kan denne frykten være tillært til en viss grad, at foreldre eller andre har – bevisst eller ubevisst – fremprovosert frykten gjennom for eksempel å opptre utrygt i en relatert situasjon, eller lignende. Det er imidlertid et fåtall av respondentene som faller inn i denne kategorien. Flere informanter opplyser at frykten er knyttet til en konkret utløsende opplevelse. Under dette skiller det seg ut to grupper – de med *utløsende opplevelse før tenårene*, og de med *utløsende opplevelse i tenårene og tidlig voksen alder*. Ingen forteller om primært utløsende opplevelse (første opplevelse som har utløst en fryktreaksjon) senere enn slutten av tenårene eller like etter dette. Derimot forteller flere om fryktforsterkende opplevelser i voksen alder.

Frykten har altså i de fleste tilfeller en konkret utløsende opplevelse, som ikke bare huskes, men som informantene beskriver i stor detalj. Mange av detaljene fra den utløsende opplevelsen nevnes også som fryktforsterkende eller spesielt fryktutløsende ved informantens senere frykt. Det er stor variasjon i hvordan disse opplevelsene har artet seg, og hvilket trekk

ved denne situasjonen som later til å henge sterkest sammen med frykten i dens nåværende form. Flere av respondentene med tannlegeskrekk forteller om opplevelser hvor ting har gjort uventet vondt, eller hvor situasjonen har vært uforutsigbar. Blant annet forteller en informant at hun i svært ung alder ble tvunget til å åpne munnen hos tannlegen, noe som resulterte i sår inni munnen. Vedkommende har i dag en objektuavhengig, generell frykt for tannleger. En forteller også om hvordan hun fikk mulighet til å bygge opp frykt på vei til en ny tannlege for et nytt inngrep, og at hun innen hun nådde tannlegekontoret, hadde rukket å bygge seg opp en frykt for det som var i ferd med å skje. Flere forteller om konkrete fysiske plager som følge av det fryktutløsende tannlegebesøket, og at dette har gitt en slags uforutsigbarhet, samtidig som det har skapt en forventning om smerte og ubehag. Informantene forteller ofte at de før en slik opplevelse har blitt forsikret om at det ikke vil gjøre vondt, eller på annen måte fått ukorrekt informasjon om situasjonen de stod ovenfor.

«Når han skulle bore, så sa han at ja, nei, dette klarer du, dette klarer du. Jeg skal telle til tre, så er vi ferdige. En... syv... åtte... tretten... og så holdt han bare boret nedi».

Tannlegeskrekk.

Interessant er det også, når det kommer til tannlegeskrekk, at et par informanter forteller at frykten utviklet seg da de i slutten av tenårene sluttet å oppsøke tannlege regelmessig, eller ikke ble innkalt til dette. En av disse informantene forteller også at han ved tidligere anledning hadde hatt dårlige erfaringer med tannlegen, men at dette ikke utløste noen frykt. Disse opplevelsene later imidlertid til å ha fått en forsterkende effekt når personen senere hadde utviklet tannlegeskrekk.

«Når jeg var liten var det greit. Da boret jeg uten bedøvelse og gikk til tannlegen med rak rygg. Vet ikke jeg, når jeg var 18, 19 år, kanskje? 20? Og liksom etter at jeg... tannlegen var altså ikke livsnødvendig. (...) Da gikk jeg et par-tre år uten å gå til tannlegen, og så begynte jeg å grue mer og mer og mer».

Tannlegeskrekk.

Som sagt har frykten og arten på en utløsende hendelsen ofte hatt en klar sammenheng. Kvinnen som lider av frykt for gynekologiske undersøkelser, mener at hennes utløsende opplevelse blant annet har vært at hun gjennom livet har hatt flere underlivsrelaterede komplikasjoner som har gjort at hun opplever sitt eget underliv som mer problematisk enn en gjennomsnittkvinnes. En respondent forteller hvordan han har fått en frykt for helsevesenet etter å ha blitt feildiagnostisert og konfrontert med en alvorlig diagnose som senere viste seg å være feil. En respondent med situasjonsspesifikk medisinsk frykt forteller hvordan hun utviklet frykt for å ikke bli trodd etter at legen hennes henviste henne til en videre undersøkelse, hvor hun forteller å ha blitt møtt av en lege som bagatelliserte det hun skulle undersøkes for. Kvinnen med fødselsangst forteller at hun hadde en ubehagelig førstefødsel.

«... hele rommet, hadde et rom... de bare hev seg oppå meg og klemte på magen, og legen var den eneste jeg... pushet på den sugekoppen på hodet og spente tak i senga og bare dro, sant? Fra at det var forholdsvis rolig, en i rommet, til at det var masse folk og bare... ja, så både jeg og *partner* fikk at vi bare ble helt over hodet på oss. Det var vondt».

Fødselsangst.

Avmaktsfølelsen som denne informanten beskriver er hun ikke alene om. Den er til stede i svært mange beretninger om utløsende opplevelser gjennom datamaterialet. Dette er bekymringsverdig, både fordi det ser ut til å ha bidratt til dannelsen av medisinsk frykt i stor

grad, men også fordi dette er noe som representanter fra helsevesenet selv er skyld i. Flere forteller at de ikke har blitt tatt alvorlig, at deres plager eller innvendinger har blitt avfeid, at avgjørelser har blitt tatt uten at de har fått vært en delaktig part i det, at helsepersonell ikke har tatt deres behov for informasjon og forutsigbarhet alvorlig, eller at helsepersonell ikke har verdsatt pasientenes tid, og for eksempel holdt dem på venterommet lenge mens de selv har drevet med ting som fra en pasients ståsted kunne ha ventet, som kollegialt snakk eller matpauser. Flere forteller å ha blitt møtt av helsepersonell med dårlige holdninger ovenfor pasienten, enten i form av arroganse eller uhøflighet. Dette har gjerne skjedd i en situasjon hvor pasienten allerede har vært sårbar og «en svak part» sammenlignet med helsepersonellet. Dette gjelder også i stor grad for de som utviklet frykt i barneårene. En respondent forteller at hennes foreldre lot en turnuslege sette venflon på henne i ung alder, fordi denne hadde «godt av å øve seg». En annen forteller at hun under et tannlegebesøk opplevde å få brannskader av et av apparatene som ble brukt, og at tannlegen ga uttrykk for at denne ikke trodde at den unge pasienten hadde vondt. Begge disse fortellingene vitner om situasjoner hvor pasienten har vært fratatt mye makt og kontroll over sin egen situasjon, eller hvor personens opplevelse har blitt «uviktiggjort» av omgivelsene.

Den utløsende opplevelsen beskrives av mange med stort fokus på detaljer. Blant informantene med tannlegeskrekke er det blant annet mange som nevner sanseopplevelser som lyd og lukt som sentrale. Ellers huskes mange detaljer relatert til smerteopplevelser, slik som at en informant ikke fikk bedøvelse når hun ville ha det, eller hvordan smerten opplevdes i situasjonen. Det later til at den utløsende opplevelsen, for de som har hatt en slik, setter dype merker, både i form av frykt og i form av detaljerte minner.

Håndtering av utløsende opplevelse

For de av respondentene som kan huske en konkret utløsende hendelse, er det imidlertid få som kan huske å ha snakket om den på noen systematisk måte – om i det hele tatt

– etter denne opplevelsen, noe som flere selv opplyser at de ville opplevd som nyttig. Flere tror at dette kunne ha forebygget utviklingen av frykt, eller i det minste moderert den frykten de i etterkant har utviklet.

De utløsende opplevelsene har blitt håndtert på ulike måter. Noen opplever å ha blitt møtt med en slags resignasjon, eller en holdning om at «det gjør vondt, sånn er det med den saken». Andre har mottatt medlidenhet, men i liten grad blitt trøstet eller «debriefet» om hendelsen. En respondent forteller at vedkommende i løpet av det hun oppfatter som sin utløsende opplevelse hadde tilbud om å snakke med psykolog og prest under innleggelse på sykehus, og at hun benyttet seg av sistnevnte. Dette ble opplevd som godt, men har likevel ikke hatt en forebyggende effekt i den forstand at informanten fortsatt har utviklet frykt. Også en annen informant forteller om en reaksjon ved at en ubehagelig opplevelse hos tannlegen ble tatt opp med tannlegekontoret. Dette resulterte i bytte av tannlege, men har heller ikke klart å forebygge utviklingen av frykt. En informant, som utviklet en generell medisinsk frykt etter feildiagnose i ungdommen, forteller at familiemedlemmer reagerte på det de mente var en usannsynlig diagnose, men at det ikke ble forsøkt å berolige pasienten som plutselig var blitt konfrontert med en alvorlig diagnose. En informant med sprøyteskrekke forteller at hun en periode – mange år etter den utløsende opplevelsen - ble forsøkt «avvent» som hun kaller det, fra frykten, ved å bli eksponert for sprøyter i familiens hjem over en periode på en uke, uten at dette hjalp. Noen umiddelbar håndtering av opplevelsen ble ikke opplevd, sannsynligvis fordi omgivelsene ikke forutså konsekvensene av den.

Felles for mange er det at de har hatt personer til stede i eller etter den utløsende situasjonen, ofte familiemedlemmer som foreldre eller søsken, som kunne ha tatt tak i opplevelsen og håndtert den i etterkant. Det er imidlertid kanskje for mye å forvente av disse at de skal ha kunnskap og evne til å gjøre dette på en tilfredsstillende måte. Noen har kanskje også ikke oppfattet hvor skremmende situasjonen kan ha blitt opplevd, og rett og slett ikke

forstått behovet for noen inngripen eller samtale om det i ettertid. Noen respondenter forteller imidlertid om en annen gruppe enn pårørende som potensielle «debriefere» etter den utløsende hendelsen – helsepersonellet. Sykepleiere, leger og tannleger nevnes alle som mulige kilder til samtale eller ufarliggjøring av situasjonen i ettertid. Med dette menes ikke en ufarliggjøring som nedvurderer alvorlighetsgraden i situasjonen personen nettopp har møtt, men en kommunikasjon som setter opplevelsen i perspektiv og forklarer den på en måte som gir den mening og gjenoppretter forutsigbarheten i lignende situasjoner.

Frykt i omgivelsene

Få av informantene forteller om å ha blitt eksponert for foreldres frykt. Det er ikke dermed sagt at de ikke er informert om at en eller flere foreldre eller andre i omgivelsene har slik frykt. Flere presiserer at de finner det usannsynlig at de har arvet frykten, andre opplyser at de har barn som har lignende frykt. Dette kan være et resultat av at informanten har påvirket sine barn til å utvikle frykt, men kan selvfølgelig også være helt urelatert til dette. Blant annet fortelles det om barn som har utviklet frykt selv om informanten som forelder har aktivt unngått å eksponere barna for frykten. Flere forteller også om søsken med lignende frykt, fortsatt uten å trekke linjer til mulig foreldrepåvirkning.

Det kan virke som at flere respondenter har medisinsk frykt i sine sosiale omgivelser, familie eller nære sosiale nettverk, som enten er lik deres egen frykt eller ikke. Selv om ingen legger skylden på sin medisinske frykt på andre i omgivelsene, nevnes det at det for noen kan ha en forsterkende effekt dersom venner eller lignende forteller om sin frykt og sine «katastrofescenarier», da disse for enkelte har en slags smitteeffekt. En forklarer også hele frykten med at «det ligger i blodet», da flere i familien har uttrykt medisinsk frykt.

Oppsummering: For flere av informantene har frykten «alltid vært der», mens den for andre har begynt før tenårene. For andre igjen har den begynt i tenårene eller i voksen alder.

De fleste knytter frykten til en konkret utløsende hendelse, som de ofte har svært detaljerte minner fra. Den utløsende hendelsen har ofte sammenheng med hvilken frykt personen har utviklet, og det er spesielt opplevelser preget av lite kontroll eller uventet smerte eller ubehag som later til å utløse medisinsk frykt. Generelt er de utløsende opplevelsene tatt lite tak i av omgivelsene. Flere har også medisinsk frykt i sin nærmeste omgangskrets, men få tillegger omgivelsene noen rolle i utviklingen av egen frykt.

Kapittel 5 - Å redusere frykten

«... det med til og fra den stolen også, i stedet for å gå helt avkledd, så ga han meg en håndduk som jeg kunne ha rundt meg når jeg gikk til og fra. Det minimaliserte en del av den blottstillelsen du føler, da. Relativt små ting, men det opplevdes som veldig mye bedre da».

Frykt for gynekologisk undersøkelse.

Dette kapittelet vil fokusere på oppgavens tredje problemstilling - hvilke erfaringer informantene har med tiltak mot frykten, hva de har prøvd, hva de ønsker å prøve, og hva de har tro på av ulike tilnæringsmetoder.

Gode erfaringer

De fleste informantene kan fortelle om en eller flere opplevelser hvor frykten ikke har vært så sterk, eller ikke vart like lenge som normalt. For mange er dette relativt nylige opplevelser. Fortellingene om slike opplevelser er varierte, og inneholder blant annet bruk av reseptbelagte beroligende legemidler, situasjoner med ivaretagelse av personlig integritet, samt helsepersonellens bruk av humor og ro i situasjonen. God kjemi med helsepersonellet nevnes ofte som en viktig faktor, eller at lege, tannlege eller annen fagperson til stede er kjent for pasienten. Besøk hos fastlegen nevnes blant annet som mindre skremmende enn møter med ukjent helsepersonale. Det å ha en slags relasjon, og å vite hva og hvem man går til, ser ut til å bety mye for personer med medisinsk frykt. Det er selvfølgelig avgjørende at denne relasjonen er av en positiv art, og personlig engasjement ut over kun den offisielle rollen ser ut til å være verdsett. Det samme er det å ha en forutsigbarhet ovenfor hvem som vil være deltakende i fryktsituasjonen.

«Å ta blodprøver til fastlegen min er, det gruer jeg meg ikke til i mange dager. Par dager, men ikke mer, for der vet jeg hvem som gjør det, og jeg vet at de er flinke, og det har alltid gått bra. Der har jeg ikke noen fæle opplevelser ennå».

Sprøyteskrek.

Flere nevner også redusert frykt dersom de har fått sett på – og kanskje til og med fått tatt på og demonstrert – utstyret som skal brukes på forhånd. For andre har dette imidlertid blitt nevnt som en fryktforsterkende faktor. Enkelte nevner det også som fryktlettende når de faktisk får hjelp, selv om dette også kan oppfattes som en fryktsituasjon for noen. En

respondent med generell medisinsk frykt forteller blant annet at det for henne var en behagelig opplevelse å bli trillet inn til operasjon da hun visste at «nå får jeg hjelp». Bildet av hva som er en «fryktreduert» opplevelse er med andre ord variert, nyansert og til dels preget av motstridende oppfatninger innad i fryktgruppen.

Omgivelsenes påvirkning på frykten

Som tidligere nevnt opplever mange detaljer ved omgivelsene, som lukt og lyd, som sterke bidrag til frykten. Stresset atmosfære kan også gjøre frykten sterkere hos enkelte pasienter. I tråd med tiltakene prøvd på Dental Choice-klinikkene (se kapittel 1) ble informantene spurt om de hadde tro på at et mer hjemmekoselig miljø rundt fryktsituasjonen kunne gjøre opplevelsen mer behagelig for dem, hvorpå mange svarte bekræftende.

«Ja, det tror jeg på. Hvis det hadde vært, si at det hadde vært skikkelige sofagrupper i stedet for sånne steinharde stoler som du må sitte på, og gamle blader som ligger, ikke sant? Kanskje en hel vegg med bøker, da, som du kan bare ta med og lese, for eksempel».

Tannlegeskrekk.

Flere har også positive opplevelser med mer koselige lokaler når de skal møte fryktsituasjonene sine.

«Så synes jeg det er veldig koselig med hun flinke tannlegen min da, hun er for det første, så har hun på radioen, og hvis hun skal gjøre noe ekstra, bore eller trekke tenner, så setter hun på en radiokanal jeg liker. Og så har hun sånne figurer som henger i lampene og sånt, så er veldig koselig at det er litt mer pynt der inne da.»

Tannlegeskrekk.

Dette ønsket gjaldt imidlertid ikke for alle informantene. Noen oppfattet det som lite fordelaktig å gjennomgå fryktsituasjonen i lunere omgivelser, da det ikke påvirker selve situasjonens kjerne.

«Nålene er der fortsatt, uansett hvor koselig det er, så det er jeg faktisk ikke så sikker på at hadde hjulpet så mye, nei».

Sprøyteskrek.

Kompetanse og personlighet

Som tidligere nevnt, ser en positiv relasjon og god kjemi med helsepersonellet ut til å bety mye for pasienter med medisinsk frykt. Interessant er det at flere av personene opplyste at mellommenneskelig kompetanse var viktigere eller like viktig for dem i fryktsituasjonen som teoretisk kompetanse. Kan hende er en grunn til dette en antakelse om at helsepersonell har et relativt jevnt kompetansenivå, og at det er de mellommenneskelige egenskapene som varierer mellom helsepersonell, ikke den teoretiske kunnskapen. Det virker altså som et slags skille blant personene mellom de som opplever det som viktig at legen, tannlegen etc. er flink i faget, og de som mener sosiale ferdigheter er det viktigste. Det virker imidlertid som om flere av informantene oppfatter disse ferdighetene, faglig og sosialt, som to sider av samme sak. Blant annet tolker mange spørsmål om kompetanse umiddelbart i retning sosial kompetanse, eller glir fra faglig til sosial kompetanse i løpet av få setninger, og insinuerer at begge deler er viktige når det er snakk om dyktighet hos helsepersonellet. En gruppe skiller seg imidlertid ut – personene med sprøyteskrek stiller relativt høye krav til erfaringen sammenlignet med andre fryktgrupper. De nevner ofte at det er viktig for dem at personen som skal stikke dem har erfaring med det de skal gjøre, samt at de gjerne ser at de har blitt stukket av samme person tidligere.

Kommunikasjon og respekt

Kommunikasjon spiller en sentral rolle i møtet mellom pasient og helsepersonell, og det er viktig for informantene at denne kommunikasjonen er forankret i en respekt for pasienten, både som pasient og som et menneske med medisinsk frykt. For mange er det viktig og betryggende å vite at helsepersonellet kjenner til frykten, og at de er oppmerksomme på at pasienten kan reagere på situasjonen.

Å bli tatt på alvor, og oppleve at frykten blir tatt på alvor, nevnes som faktorer som gjør møtet mer behagelig. Det er viktig at helsepersonellet verken avfeier eller undervurderer frykten. Samtidig er det viktig at helsepersonellet vet at det er pasienten som er ekspert på dennes frykt. Dessverre forekommer historier der dette ikke har vært tilfellet. Det fortelles blant annet om helsepersonell som har ignorert pasientens frykt, eller gitt uttrykk for at de, bedre enn pasienten, vet hvordan denne vil reagere. At helsepersonellet kommuniserer med pasienter med medisinsk frykt som om de er «et barn» nevnes dessverre i datamaterialet, noe som ikke gjør situasjonen bedre for pasienten. Tvert imot ønsker personer med medisinsk frykt å bli behandlet som de voksne personene de er og få informasjon på et nivå som er forståelig. Det vil si at det for mange er uønsket med tunge faguttrykk, men unødvendig og krenkende dersom språket blir for enkelt.

Kommunikasjon ut over faglig informasjon verdsettes også høyt av denne gruppen. Det å bli sett som menneske, ikke bare som pasient, er avgjørende. At samtaleemnene også kan gå litt utenom selve pasient-helsepersonell-relasjonen, ser heller ikke ut til å være en ulempe for denne gruppen. Tre av informantene forteller om preferanser når det kommer til ikke-faglig snakk i fryktsituasjonen. To av dem synes dette er positivt, enten fordi det bygger en tillit i relasjonen, eller fordi det avleder fra selve frykten. En opplever imidlertid slikt snakk som irriterende, og hadde helst sett at – i dennes tilfelle tannlegen – «holdt seg til å snakke om

det som foregår inni munnen i stedet for alt annet». Flere nevner også humor som viktig i situasjonen.

«Men jeg er ikke skummel, da, jeg er jo ikke skummel. Synes du det, liksom? Jeg er kjempesnill!», og det er nok... da tenker jeg at okei, han er en kjempesnill lege.

Fleipet litt sånn fint med det, ikke såret på noe som helst vis, men fleipet litt med seg selv da, og det synes jeg var veldig greit, da, på en måte. Kjenner at okei, jeg kan si til deg at jeg er litt redd for deg, men likevel tar du det ikke ille opp».

Situasjonsspesifikk legeskrekk.

«Da jeg ble *medisinsk inngrep* hadde jeg en lege som tullet veldig mye, både legen og hun som var sykepleier. De gikk godt sammen, og var med på det. Det hjalp mye.

Hvis han hadde vært sånn sur gubbe, hadde det vært mye verre for meg. Drev og ertet meg og lo da jeg skreik når han satte bedøvelsen. «Åh, hvis alle pasientene mine skal være så ille, da blir det en lang kveld».

Generell medisinsk frykt.

En positiv relasjon mellom pasient og helsepersonell nevnes av svært mange informanter som ønskelig i fryktsituasjonen. For disse gir det en forutsigbarhet og en trygghet å vite hvem som venter på seg og hvordan disse menneskene (helsepersonalet) er. Det å ha positive erfaringer og god tone med den eller de som pasientene møter, bidrar til å redusere frykten, eller gjøre denne lettere å håndtere. Flere forteller også å ha brukt «fast helsepersonale» aktivt. Blant annet forteller informanten med fødselsangst at hun benyttet seg av, en jordmor som for henne ble veldig betydningsfull for henne.

«... snakket med henne om hva som hadde skjedd, og da sa hun det at hvis du fremdeles har det slik når du går inn i fødsel, så ringer du meg, så skal jeg bli med deg, sa hun. Det roet hele opplegget for meg, så nr jeg var tilbake og snakket med hun andre legen, og fikk beskjed om at jeg kunne ta keisersnitt, så spurte jeg om hva de andre mulighetene var, da.»

Fødselsangst.

Dette er et godt eksempel på at helsepersonell har gått ut over sin offisielle plikt for å gi en pasient med frykt en etterlengtet trygghetsfølelse.

Pårørende som støtte

Noe av grunnen til at informanten i sitatet over opplevde jordmorens løfte om tilstedeværelse ved behov som betryggende, er kanskje fordi man slik blir mindre ansvarlig selv. Ved at noen andre er til stede, kan man flytte noe av kreftene sine over på å håndtere fryktelementet i situasjonen, og gi litt slipp, mens man ellers kanskje ville måtte bruke mer krefter på å kommunisere med helsepersonellet, huske informasjon og lignende. Å ha med seg en pårørende, som en venn, et familiemedlem eller en partner, inn i fryktsituasjonen, er noe flere av informantene har erfaring med, eller har tenkt på. Hvorvidt dette oppleves som positivt eller negativt, er det imidlertid delte meninger om. For noen utgjør denne ekstra personen i situasjonen enda et menneske å «holde maska» ovenfor, kanskje i ennå større grad enn om man var alene med helsepersonellet (som tross alt har det som jobb å håndtere pasienter). Noen forteller at de ikke ønsker andre til stede, fordi de da får ennå et sett med følelser å forholde seg til, og noen opplever til og med å selv synes synd på den som er med som støtte. De pårørende medfører slik en ekstrabelastning for en person med frykt. For andre igjen, er det en stor hjelp å ha med pårørende, enten helt inn på tannlegekontoret, eller undersøkelsesrommet, eller ved å bare vite at noen en kjenner er i nærheten, slik som på

venterommet, og kan komme til hjelp dersom det er nødvendig. Selv om «venteromsstøtten» ikke er fysisk til stede i selve fryktsituasjonen, finner mange trøst i å vite at de har noen å falle tilbake på etter situasjonen er over, noen som vil ordne opp og ta seg av dem. For de som ønsker eller føler seg nødt til å ha med pårørende inn i selve situasjonen, er det for det første viktig at denne personen er noen man kjenner, og aller helst kjenner godt, samt at det er noen som de stoler på at vil opptre stødig og rolig i situasjonen. Informantene forteller at de blant annet ønsker at de pårørende skal snakke for dem dersom de selv ikke er i stand til å formulere seg i situasjonen, lese ens kroppsspråk og fungere som en slags alarm når vedkommende har behov for en pause eller er i ferd med å reagere. Det er ønskelig at den pårørende fokuserer på å motta og huske informasjon, og gå gjennom denne, for eksempel etter en konsultasjon. Ønske om å ha med seg pårørende i forbindelse med en fryktsituasjon, kan også være begrenset til det rent praktiske, som behov for skyss til og fra, eller behov for annen praktisk hjelp. Flere forteller også at pårørende har spilt og spiller en viktig rolle i timebestilling og utøvelse av nødvendig press for at de faktisk kommer seg til lege, tannlege eller lignende.

Tid og stress i fryktsituasjonen

For mange informanter er *tid* et sentralt aspekt ved fryktsituasjonen og håndtering av frykten. At helsepersonellet viser at de har tid til pasienten, og at pasienten får helsepersonellets oppmerksomhet. At helsepersonellet har tid kan signaliseres på flere måter, blant annet nevnes det at flere synes det bedrer frykten dersom lege eller tannlege tar seg tid til å ha blikk-kontakt med dem mens de snakker sammen, i stedet for å ha øynene festet på dataskjermen mens pasienten legger frem problemene sine. Det oppleves positivt et en får tid til å rigge seg til, sette seg komfortabelt, senke skuldrene og eventuelt igangsette fryktreducerende tiltak.

At helsepersonellet verdsetter pasientens tid, for eksempel ved å forsøke å unngå forsinkelser (eller forklare disse dersom de oppstår), gjør også at flere føler seg vel i situasjonen. En informant forteller blant annet at tannlegesekretæren før en undersøkelse tok kontakt og ga beskjed om en forsinkelse, og lot vedkommende vente hjemme (hvor hun følte seg mer komfortabel og avslappet) til det nærmet seg timen. Personen fikk da en telefon like før tannlegen var i stand til å ta imot henne, noe som informanten mener fungerte mye bedre enn dersom hun skulle sitted på et venterom i den tiden og bygge opp frykten ennå mer.

For noen kan også kort tid være et verktøy. Blant annet synes flere av informantene at det er lettere å gjennomføre for eksempel en blodprøve dersom den skjer relativt uventet. For disse kan det være en fordel om den følger kort tid etter en konsultasjon, slik at en ikke får tid til å grue, og ikke like lett kan finne årsaker til å unngå å møte til den. Flere informanter forteller om slike erfaringer, hvor de for eksempel har fått tid til å bestemme om de har villet gjennomføre en behandling rett etter en undersøkelse, og hvor de har valgt dette for å være «ferdige med det». Det er vesentlig i disse situasjonene at selv om ting skjer på kort tid, har helsepersonellet nok tid til å gi pasienten et valg, og dermed fysisk kontroll over situasjonen.

Tid som stort opphold mellom rutinebesøk, er (som nevnt i forrige kapittel) forbundet med frykt for flere av informantene. Altså – lengre tid mellom besøk, spesielt dersom det går *for lang* tid mellom eksempelvis tannlegebesøk, er forbundet med mer opplevd frykt og større vegring for å bestille time. Informantene ser imidlertid en klar forbedringsfaktor her – jevnlig innkallelser der dette er mulig/formålstjenlig. Ved å unngå lange opphold mellom besøkene, tror mange at frykten kunne vært redusert.

Kontroll og informasjon

I intervjuene om medisinsk frykt, er det tre ting som går igjen mer enn noe annet, når det kommer til verktøy for å forebygge, redusere og håndtere frykt. *Kontroll, informasjon og*

forutsigbarhet. Disse reflekterer muligens et felles behov for kontroll – informasjon og forutsigbarhet blir en måte for personen å skape kontroll over situasjonen på. Det er tilsynelatende to typer kontroll som informantene søker – en direkte form for kontroll, basert på muligheter til å fysisk påvirke situasjonen ved å ta avgjørelser over hvor, hvordan og når ting gjennomføres, og en indirekte form for kontroll, gjennom å kunne forutsi hva som vil skje, hvordan det vil oppleves og hvor lang tid ting vil da (dette ble også diskutert i kapittel 3).

Frykt for tap av kontroll er det av de fire aspektene ved medisinsk frykt som nevnes av flest. Faktisk er alle femten informanter i gruppen med medisinsk frykt inne på dette som en medvirkende faktor til frykten, gitt at informasjon og forutsigbarhetsbehov faktisk er et uttrykk for kontrollbehov. Kontroll nevnes også – direkte eller indirekte – blant tiltakene personene ønsker å prøve eller har prøvd. Blant annet forteller informanten med fødselsangst at hun fikk bestemme hvordan fødselen skulle gjennomføres (normal forløsning, igangsatt forløsning eller keisersnitt), samt mindre detaljer omkring hvordan forløsningen skjedde. Blant annet ønsket hun dempet belysning i rommet. Lignende tiltak nevnes også av en av personene med frykt for gynekologisk undersøkelse, som også forteller om erfaring hvor fryktsituasjonen har vært mer behagelig blant annet ved hjelp av dempet belysning. Andre former for direkte kontroll er blant annet, at man selv kan bestemme om man etter en undersøkelse (dersom mulig) vil ta videre undersøkelser eller behandling umiddelbart, eller om man ønsker å vente til en senere anledning.

Indirekte kontroll, gjennom å forutsi situasjonen, er også et sentralt element i intervjuene. Dette ser ut til å oppnås primært gjennom informasjon. Denne informasjonen ser igjen ut til å komme fra en av tre kilder; helsepersonellet tilstede i situasjonen, annet fagpersonell eller mennesker uten helsefaglig kompetanse. Den siste kilden ser ut til å være forbundet med en intensivering av frykten heller enn en reduksjon. Flere forteller at slike

«ufaglærte kilder» ofte forteller skrekkszenarier eller deler sine egne dårlige erfaringer, og slik skaper en forventning om at den forestående situasjonen blir ubehagelig. Slik er det bedre å få informasjon fra annet helsepersonell, men det ideelle må likevel være at pasienten føler seg trygg på at den vil motta informasjon fra helsepersonellet en vil møte i den aktuelle situasjonen. Slik unngår man at pasienten blir usikker dersom det velges ulike fremgangsmåter sammenlignet med det kilden har opplyst. Det er ikke dermed sagt at vurdering fra flere hold er negativt. I mange situasjoner kan dette kanskje være en fordel for diagnosesetting eller behandling. Men det er også en fare for at en person med eksisterende frykt vil oppleve det som svært ubehagelig å få ulik informasjon fra ulikt hold før for eksempel en operasjon. Dersom det likevel har oppstått en situasjon der pasienten har sprikende informasjon, bør helsepersonellet kunne ta seg tid til å forklare hvorfor én løsning er valgt i stedet for en annen. For at en slik informasjonstilnærming til fryktreduksjon skal fungere, er det imidlertid avhengig av at helsepersonellet i situasjonen er tilgjengelig for å gi slik informasjon, og har tid og ressurser til dette. I tillegg er den informasjonen som gis nødt til å være fyldig nok til at pasienten ikke oppsøker annet helsepersonell for å fylle ut «informasjonshull» (manglende eller ukomplett informasjon), og ikke minst – den må være korrekt. Flere informanter nevner det som avgjørende at informasjonen som kommer fra helsepersonellet er ærlig og korrekt. Dersom det blir sagt at undersøkelsen varer maks fem minutter, skal den heller ikke vare mer enn dette. Om det er uunngåelig eller ufordelaktig at den varer fem minutter eller kortere, bør dette formidles og forklares på en god måte til pasienten. Det samme gjelder smertenivå, eller hvor mye ubehag pasienten kan forvente seg.

Det er imidlertid ikke alle situasjoner som åpner for utfyllende informering på forhånd. I en akuttsituasjon kan det være lite rom for å forklare hvorfor og hvordan ting gjøres. Her kan det være et godt alternativ at involvert helsepersonell har en prat med pasienten etterpå, hvor man går gjennom hvordan pasienten opplevde situasjonen, hva som

eventuelt opplevdes ubehagelig (og hvorfor dette opplevdes ubehagelig), og begrunnelsen for de valgene som ble tatt i situasjonen. I tillegg er det også en mulighet for at pasientene kanskje ikke ønsker mye informasjon. Det kan derfor være en idé å på forhånd spørre pasienten hva slags og hvor mye informasjon denne ønsker. Mens mange av informantene uttrykker ønske om mye informasjon, ønsker noen også «å bare bli ferdig med det» uten at noe skal forlenge tiden fryktsituasjonen varer.

Informanten med frykt for gynekologisk undersøkelse er også et eksempel på hvordan kontroll-søken kan slå negativt ut for pasienten. Hun forteller at hun ofte har prøvd å «ta seg sammen», men at hun ikke har klart å gjøre dette, noe som har forverret situasjonen. Det kan late til at man gjør seg selv en bjørnetjeneste ved å forsøke å fortrenge frykten i fryktsituasjonen. Når man forsøker å vinne kontroll ved å «ta seg sammen», og ikke klarer dette, kan dette kanskje lede til en sterkere følelse av å ha mistet kontrollen. Man blir konfrontert med at man verken klarer å kontrollere kroppen (unngå sykdom eller skade) eller frykten.

Informasjon, ikke bare om prosedyrene eller situasjonen, men også om funn underveis, er etterspurt. Flere informanter nevner dette som et tiltak for frykthåndtering. Å få vite hva legen eller tannlegen oppdager – når han eller hun oppdager det – er noe flere informanter mener vil kunne hjelpe dem i situasjonen. Det er ikke vanskelig å tenke seg at det er ubehagelig å være i en situasjon der en føler at man er den siste som får vite det dersom noe ikke er som det skal. For flere er det å få tidlig avklaring av eventuelle «feiltilstander» og omfanget av dette, svært beroligende. Det å få innsyn i hva helsepersonellet tenker, uavhengig av om det er en undersøkelse, konsultasjon eller behandling, nevnes som ønskelig.

Oppsummering: Flere av informantene har erfaringer hvor frykten har vært redusert, gjerne i senere tid. Mens noen tyr til beroligende legemidler for å redusere frykten, har andre

erfaring med tiltak som ivaretar personlig integritet, bruk av humor eller å ha med seg pårørende i fryktsituasjonen. Informantene er imidlertid delt i oppfatningen om hvorvidt pårørende i fryktsituasjonen er til hjelp eller ikke. Tiltak som gir en følelse av kontroll er ønskelig. Flere av informantene har tro på at tiltak som bidrar til et mer koselig og avslappet miljø rundt fryktsituasjonen kan ha positiv effekt. Helsepersonalets sosiale kompetanse trekkes frem som viktig, og å bli møtt med respekt er viktig for informantene. At helsepersonellet tar frykten på alvor er også avgjørende for respondentene, det samme er at de får tid og oppmerksomhet og informasjon. Da det imidlertid er store individuelle forskjeller om hva slags informasjon som ønskes, bør det snakkes med pasienten om dette før man gir informasjon.

Kapittel 6 - Helsepersonellets perspektiv

«... da må man i full fart prøve å skjønne hvem er du, og hvordan er du? Du ser jo fort om folk er i en trygg situasjon eller nervøse eller... og da... forbereder alt utstyret og sånt, så prater du jo med de som ikke er redde... er jo det vanlige, vær og vind. Og de som er litt redde må du jo prøve å gjøre det ufarlig for (...）」

Helsesekretær

Fokus i dette kapittelet vil være på helsepersonellens perspektiv på medisinsk frykt, belyst gjennom å se på de erfaringene helsepersonell har med håndtering av pasienter med medisinsk frykt. Hvor ofte møter de medisinsk frykt i sin hverdag, hvordan møter de disse pasientene, og hva kan gjøres bedre i møte med pasienter med medisinsk frykt?

Om informantenes møter med medisinsk frykt

Hvordan og når i pasientens løp helsepersonellet møter pasienten, varierer i stor grad. Av de fem som lot seg intervju i denne undersøkelsen, hadde en stor del sine møter med pasientene på et tidlig stadium i behandlings-/sykdomsforløpet. De representerte yrkene var helsesekretær, akuttisykepleier, intensivsykepleier og tannlege, i tillegg til en sykepleierstudent.

Det nevnes ganske like symptomer på medisinsk frykt blant helsepersonellet i undersøkelsen. Svette, skjelving, problemer med å følge med på hva helsepersonellet sier, at pasienten blir lite snakkesalig, blekhet og flakkende blikk er de observerbare tegnene på medisinsk frykt som blir nevnt. Svetting og blekhet er særlig ofte nevnt. Videre forteller helsepersonellet at de mener at pasientene opplever både frykt for smerte og frykt for diagnose i stor grad. Det er noe mindre konsensus om at pasientene opplever frykt for skam og frykt for tap av kontroll i de aktuelle situasjonene. Intensivsykepleieren forteller at vedkommende erfarer noe ulike uttrykk av frykt mellom legevakt og intensivavdeling, hvor det i sistnevnte ofte er tydelig kun via ansiktsuttrykk, da pasienten kan være koblet til diverse utstyr og være ute av stand til å snakke.

Estimatene på hvor ofte de møter frykt i jobbsituasjonen varierer mye. Tannlegen forteller blant annet at han tror et estimat på 3-5% med odontofobi er realistisk, mens han er usikker på hvordan det ser ut dersom han involverer mindre ekstrem frykt. Helsesekretæren forteller om ganske høye estimer; opp til halvparten av dennes pasienter viste tegn på

medisinsk frykt, spesielt blant unge menn. Sykepleierne og sykepleierstudenten forteller at de møter pasienter med frykt daglig, eller «veldig ofte». Spesielt forteller de at de ser frykt hos barn, som også blir mer paniske og irrasjonelle enn voksne. En sykepleier som jobber i intensiv og akuttmottak, forteller også at «alle er alltid litt redde» i de situasjonene denne møter dem. Det har blant annet blitt opplevd at pasienter har nektet behandling eller forlatt legevakten på grunn av frykt. Samme sykepleier forteller også at denne ved to anledninger har opplevd at pasienter med frykt har utsatt å oppsøke behandling såpass lenge at det har vært for sent for å redde livet deres. Også tannlegen nevner delay eller avoidance som resultater av sterk frykt, og opplever at det er vanskelig å nå disse pasientene.

Frykten helsepersonellet er vitne til, forekommer i en rekke situasjoner. Det nevnes blant annet blodprøvetaking, injeksjoner, perforering av hud generelt, invasive prosedyrer, prostataundersøkelse, gynekologisk undersøkelse, «generelt alt som kan medføre smerte og ubehag», frykt i forbindelse at pasienter får vite prøvesvar, boring og tanntrekking. En akuttsykepleier nevner også en hypotetisk situasjon som vedkommende har hørt blitt omtalt som et «overgrep»: at en pasient har overlevd en bilulykke, fraktes til sykehuset i ambulanse, kommer til sykehuset og blir møtt av tolv helsepersonell på et rom som umiddelbart begynner å gjøre ting med pasienten, som blant annet å klippe av klær. Ikke bare kan dette oppleves traumatisk for en pasient som allerede har medisinsk frykt, men en kan tenke seg at det også kan være en fryktutløsende opplevelse for pasienter som ikke har slik frykt.

Håndtering av pasienter med medisinsk frykt

Få forteller om noen konkrete retningslinjer i institusjonene de tilhører, angående hvordan de håndterer pasienter med medisinsk frykt. Derimot fortelles det om retningslinjer for informasjon og pasientbehandling generelt. En sykepleier forteller at det ikke finnes noen rutiner for «debrifing» av pasienter etter en traumatisk episode, mens det derimot er vanlig at helsepersonellet får tilbud om dette etter slike episoder. Tannlegen i studien forteller

imidlertid at det i dennes praksis er retningslinjer, og at det er et fast opplegg på hvordan pasientene møtes. Hos denne fyller alle pasientene ut et helseskjema, hvor det blant annet er spørsmål om tannlegeskrekk og tidligere traumatiske opplevelser i tannlegesammenheng. For de pasientene som har slik frykt tar tannlegen deretter spesielle hensyn, med tanke på å skape forutsigbarhet i situasjonen, slik som å presisere på forhånd hva tannlegetimen vil omfatte. Det brukes også digitalt visualiseringsverktøy for å forklare ting for pasienten, i tillegg til at tannlegesekretæren er aktivt med i møtet med pasientene og blant annet småprater med disse. Pasientene gis også informasjon om ulike valgmuligheter, etter at de har fått en diagnose og en «tilstandsrapport». Denne prosedyren erfarer vedkommende at er til hjelp. Denne tannlegens retningslinjer er også i henhold til det mange av pasientene i denne studien gir uttrykk for at de hadde ønsket i en fryktsituasjon; en mulighet til å si fra om frykten, til å påvirke situasjonen og til å få den informasjonen de ønsker.

Også resten av helsepersonellet forteller om tiltak for å møte personer med medisinsk frykt, men det kan virke som at disse tiltakene er personavhengig heller enn formaliserte i organisasjonen. De erfarer at det er noe ulikt hvordan helsepersonell håndterer pasienter, både generelt og med frykt, og at noen har bedre metoder for dette enn andre. Alle har de en godt gjennomtenkt tilnærming til slike pasienter, noe som kanskje kan være et tegn på at det er de som møter denne pasientgruppen på en god måte som har deltatt i studien. Flere etterlyser imidlertid klare retningslinjer på håndtering av fryktpasienter. Det er et gjennomgående tema at barn og voksne med frykt håndteres ulikt. Mens det er mer bruk av «tvang», eller nødrett, hos barn, er det primært kommunikasjon som er verktøyet når de møter en voksen med frykt. Det virker imidlertid som at dette også forsøkes for barna, og at tvang er en siste utvei. Det nevnes at det på barn med mye frykt, brukes beroligende legemidler som gjør at de ikke husker episoden i etterkant. Dette er ment å forebygge traumatisering. Noen nevner også at

enkelte kolleger «debrifer» pasienter i etterkant, dog usystematisk og basert på den enkelte ansattes initiativ.

Primært virker det som at helsepersonellet bruker relasjonelle ferdigheter til å håndtere slike pasienter. Å fremstå som rolig, profesjonell og omsorgsfull er viktig, og det å gi informasjon på pasientens eget nivå trekkes stadig frem som avgjørende i møte med pasienter med frykt. En advarer mot å «bli sånn stakkars deg», og har erfaringer med at det beste er å ta frykten med respekt og huske at selv om prosedyren er en bagatell for en selv som helsepersonell, er den ikke nødvendigvis det for pasienten. Å tilby pasientene å legge seg ned eller være i et eget skjermet rom ved blodprøvetaking er et annet eksempel på tiltak som nevnes. En forteller at vedkommende prøver å behandle pasientene som om de er i ens egen familie, og at det ofte er nødvendig å gjenta informasjon flere ganger.

En sykepleier forteller at vedkommende gjerne ser at pasientene har med seg pårørende, både fordi dette kan lette jobben for helsepersonellet med tanke på å distrahere og roe pasienten, men også fordi de hjelper pasienten i å høre, forstå og tolke informasjon som helsepersonellet gir.

Det er også fokus på at man i enkelte situasjoner i helsesystemet kan være omgitt av mye, fremmed og til dels skremmende teknologi og utstyr, og at det i slike tilfeller er ekstra viktig at de som er rundt pasienten opptrer på en rolig og stødig måte, og bidrar til å ufarliggjøre situasjonen. Det nevnes også forskjell på håndtering av pasienter som kan ta imot informasjon og de som ikke er i stand til å oppfatte informasjon. For pasienter som er ute av stand til å bli beroliget av informasjon, bruker helsepersonellet egen holdning og ro, og forsøker å overføre en følelse av ro til pasienten. Det samme gjelder pasienter som ikke er i stand til å fortelle om sin frykt. Her reagerer noen av helsepersonellet med å gi den informasjonen de kan om hva de gjør og hvorfor, mens de samtidig passer på å gjøre dette på

en såpass rolig og omtenkssom måte som mulig for å unngå å stresse pasienten. Dette forutsetter riktignok at det er en situasjon der helsepersonellet faktisk har tid til å gi denne informasjonen.

Forbedringspotensial i møte med pasienter med medisinsk frykt

Det later til å være vanskelig for helsepersonellet å komme på konkrete tiltak for å bedre møtene mellom pasienter og helsepersonell. Dette kan blant annet være fordi ansatte, spesielt i det offentlige helsevesenet, er presset på tid og ressurser. Å møte disse pasientene på en ennå bedre måte er kanskje et spørsmål om å velge bort andre deler av arbeidet med pasienter, som kanskje oppfattes som ennå viktigere fra helsepersonellens ståsted.

Helsepersonellet ser imidlertid mer overordnede forbedringsmuligheter, som mer fokus på medisinsk frykt og mer kunnskap om det. Mer forskning og obligatorisk undervisning om dette i utdanningssammenheng nevnes som ønskelig. Retningslinjer for håndtering, rutiner for å følge opp pasienter med medisinsk frykt eller som er i faresonen for å utvikle dette (f.eks. etter en traumatisk opplevelse) samt et system for å få kjennskap til pasientenes frykt ønskes av flere av helsepersonellgruppen. Mer tid og ressurser på denne gruppen ønskes også, og ikke minst – egenutvikling.

Oppsummering: Det er i liten grad systematiserte tiltak for håndtering av pasienter med medisinsk frykt på organisasjonsnivå, og mye av det som gjøres for disse pasientene er avhengig av den enkelte ansattes tid og innsats. Helsepersonellens oppfatning av hvilke tiltak som er av hjelp for pasienter med medisinsk frykt samsvarer i stor grad med de tiltakene som nevnes av informantene med medisinsk frykt. Det etterlyses mer kunnskap om håndtering av slike pasienter.

Kapittel 7 - Diskusjon og konklusjon

Om oppgavens funn

I introduksjonen ble det fremmet tre hovedproblemstillinger; hva medisinsk frykt er, hvordan den oppstår, og hva som kan gjøres for å hjelpe personer med slik frykt i deres fryktsituasjoner. Gjennom denne oppgaven har jeg belyst disse spørsmålene gjennom beretninger fra mennesker som lider av slik frykt, eller som møter den i sitt daglige virke.

Som vist i kapittel tre, som tar for seg den første problemstillingen, har informantene i denne studien en rekke ulike medisinske frykter. Disse fryktene kan igjen deles inn i ulike kategorier eller grupper, som vist i figur 3.1 (side 32), som viser en gruppering for medisinsk frykt etter situasjons- eller objektorientering. Kanskje mer interessant enn nettopp dette, er det faktum at det på tvers av de ulike fryktene ser ut til å være en felles kjerne for frykten – kontroll. Informantene søker kontroll, enten direkte eller indirekte (som omtalt i kapittel tre), og opplever frykt når de føler fravær av kontroll over situasjonen. En kan argumentere for at det er naturlig for mennesket å søke kontroll, og at tap av denne vil oppleves som traumatisk. Det som imidlertid er interessant er hvorfor mennesker oppfatter å ha redusert kontroll i møte med helsevesenet, siden det i få av de tilfellene som er nevnt i denne oppgaven, innebærer et faktisk og reelt tap av kontroll. Det er som regel fullt mulig å fysisk avbryte en undersøkelse eller behandling for en voksen pasient. En kan derfor lure på om det handler like mye om oppfattet press og ønske om å leve opp til de forventningene som stilles til en. Selv om en som voksen pasient kan velge å gå ut fra en tannlegetime, er det kanskje ikke opplevd som like «sosialt akseptabelt» som det å bli værende. Det ser også, som vist i figur 3.2 (side 37), ut til å være to mulige «fryktløp» før et møte med en fryktsituasjon.

I teorikapittelet ble det nevnt fire aspekter på medisinsk frykt; frykt for smerte, frykt for diagnose, frykt for tap av kontroll og frykt for skam (Moore, Brødsgaard og Rosenberg, 2009, og Millstein, Adler og Irwin, 1984). Det er interessant at det råder to ulike oppfatninger av hvilke aspekter ved medisinsk frykt som er sterkest til stede hos personer med medisinsk

frykt. For informantene som selv har frykt, er det spesielt kontrollelementet som går igjen, deretter smerte. Helsepersonellet oppfatter frykt for smerte og diagnose som fremtredende. Dette kan bety at helsepersonellet rett og slett ikke har oppfattet hvor problemet ligger (eller har oppfattet akkurat hvor problematisk de ulike aspektene er), og at dette gjør det vanskeligere å hjelpe pasientene i deres fryktsituasjoner. Det er imidlertid også en mulighet at de pasientene som helsepersonellet har erfaringer med, er ulike fra de som har deltatt i denne studien. En annen mulighet å vurdere, er at de fire aspektene rett og slett er sider av samme sak. En frykter kanskje smerte fordi en ikke har kontroll over den eller ens reaksjon på smerten, likedan med skam, og en frykter å få en diagnose fordi det er en tilstand i kroppen en ikke har kontroll over. Når det kommer til aspektet med skam, kan skammen både være relatert til det å ha medisinsk frykt (en skjemmes over å være redd for noe som av andre oppfattes som ufarlig), til den diagnosen som eventuelt måtte avdekkes, skam over å håndtere smerte dårlig eller skam over eksponering av en selv, fysisk eller psykisk. Lazare (1987) forteller som nevnt i teorikapittelet at skam også kan være et resultat av å ikke leve opp til blant annet et ideal om å være suksessfull, og sykdom og lyter kan slik oppleves som «lite suksessfullt». Fysisk (og psykisk) eksponering av en selv er utvilsomt aktuelt i mange helserelaterte situasjoner – men dukket samtidig opp relativt sjeldent i datamaterialet. Dette kan selvfølgelig ha sammenheng med at ti av de 15 informantene hovedsakelig har tannlegeskrekk eller sprøyteskrekk, noe som sjeldent medfører betraktelig avkledning.

Når det kommer til oppgavens andre problemstilling (som nevnt i kapittel fire) fryktens begynnelse, skjer dette helst i barndom eller i tenårene. Det har ofte en utløsende opplevelse (om enn ikke alltid). Dette kan ha sammenheng med at kontroll står sentralt i medisinsk frykt hos informantene – frykten har oppstått i en periode av livet hvor informantene gjerne har hatt liten kontroll over seg selv og eget liv. Det er gjerne foreldre eller andre voksenpersoner som tar avgjørelser for en i denne alderen, og informantene kan

slik assosiere fryktsituasjonene med et tap av fysisk kontroll. Det kommer frem i intervjuene av helsepersonell at det også utøves nødrett på barn ved behov – en form for tvang. Det nevnes at det brukes beroligende for å forhindre traumatisering, men det er mulig at traumatisering fra dette har forekommet før dette ble vanlig. Det er dessuten mulig at en uansett vil oppfatte at beslutninger tas uten at en selv har en reell kontroll over dem, og at det slik bygges en assosiasjon mellom pasientrollen og manglende kontroll over egen situasjon. Det er selvsagt forståelig at dette noen ganger må være tilfellet for å yte nødvendig hjelp til pasienten.

Noen av informantene forteller at de ikke kan komme på en konkret utløsende opplevelse for deres frykt. En kan spekulere i hvorvidt miljømessige faktorer har spilt en rolle i utviklingen av slik frykt. Det er mulig at informantene har hørt voksenpersoner eller andre barn/ungdommer snakke om deres frykt, og at dette har bygd opp en forventning om at det er elementer ved enkelte situasjoner som gjør dem «fryktverdige». Det finnes ingen støtte for dette i materialet, og denne teorien er dermed kun spekulasjon.

Mangel på debrifing etter en utløsende opplevelse nevnes ofte, og en kan også tenke seg at mye frykt kunne vært unngått dersom foresatte eller andre voksenpersoner hadde tatt seg tid til å snakke om en hendelse med informantene. Flere av informantene tror at dette ville vært til nytte. Det er imidlertid kanskje mye forlangt av foresatte at de skal klare å ufarliggjøre en situasjon for sine barn, når de selv kanskje også har opplevd situasjonen som ubehagelig, eller dersom de kanskje ikke var tilstede under situasjonen. En kan dessuten heller ikke vente at alle foreldre har psykologisk kompetanse til å håndtere dette på en tilstrekkelig måte. Samtidig går debrifing kanskje ut over helsepersonellens rolle og kapasitet. Det er likevel tydelig at det er et ønske og behov blant informantene for slik debrifing, og en ordning hvor kompetente personer debrifer etter en traumatisk hendelse, kunne vært nyttig.

Tiltak for å hjelpe personer med medisinsk frykt i fryktsituasjonene (den tredje problemstillingen, kapittel fem) kan i stor grad oppsummeres med kontrolltiltak og individuelle tilnærminger. Det er ingen absolutt konsensus om tiltak som vil kunne være til hjelp, annet enn at det fremmes et ønske om en individuell tilnærming til den enkeltes frykt (mulige tiltak er nevnt i kapittel fem). Dette viser at frykt og håndtering av denne er svært individuell, og at dette er noe helsepersonellet bør ta med i betraktningen når de møter pasienter med medisinsk frykt. Det samme må pårørende til disse. En god konklusjon er kanskje at det viktigste er å ta seg tid til å prate med personen, og finne ut hvordan denne ønsker at frykten skal håndteres. Så kan man selvfølgelig stille spørsmål ved hvorvidt dette faktisk er en oppgave som skal tilfalle helsevesenet. På den ene siden er det kanskje helsevesenet som har den beste sjansen til å hjelpe personer med medisinsk frykt ved å ufarliggjøre situasjonene og ta tak i frykten i selve fryktsituasjonen. På den andre siden vet vi at helsevesenet allerede er presset på tid og ressurser. Kan hende er det for mye å forlange at helsepersonell skal håndtere frykt i tillegg til å lindre og kurere sykdom og plager? Er det helsepersonellens jobb å ta tak i det enkelte individs frykt, eller bør denne oppgaven tilfalle andre, og i så fall hvem? Og hvilke aktører innen helsevesenet har de beste forutsetningene for å hjelpe? Sykepleiere, laboratoriepersonell og tannlege(-sekretærer) nevnes spesielt i denne studien, sannsynligvis fordi det enten er de som er til stede i fryktsituasjonen, fordi de (avhengig av situasjon og institusjon) har mest kontakt med pasienten, eller fordi pasienten kanskje føler at enkelte av disse er mer tilgjengelige og har bedre tid enn andre grupper. Dersom håndtering av individers medisinske frykt skal tilfalle helsepersonellet, bør det kanskje også foretas en vurdering av hvilke grupper som er mest egnet til å gjøre dette.

Theory of planned behavior ble i kapittel 1 trukket frem som en modell som forklarer helseatferd. Ut fra de beretningene som har kommet frem i dette arbeidet, er det tydelig at medisinsk frykt påvirker spesielt under evaluering av atferden og oppfatninger om atferdens

vanskelighetsgrad. Samtidig kan man anta at det også påvirker ens motivasjon til å gjennomføre enkelte helsefremmende atferder. Å evaluere det å dra til legen som noe som er potensielt truende, vil igjen påvirke ens holdning ovenfor det å dra til legen, mens det å oppfatte det som vanskelig å dra til legen, for eksempel på grunn av frykt, vil påvirke den kontrollen en oppfatter å ha over ens handling og kanskje også over selve situasjonen en måtte bestemme seg for å oppsøke. Dette kan bidra til å forklare hvorfor og hvordan medisinsk frykt har den effekten den har. Jeg vil imidlertid ikke hevde at noen modellbasert forklaring på fryktens påvirkningskanaler er vesentlig for denne oppgaven, eller for annen forskning på dette emnet per i dag. Forskningens første og største fokus må være på overordnet nivå, og ta sikte på å hjelpe mennesker med slik frykt, samt forebygge at flere utvikler den, enn å forsøke å trykke den inn i en modell, selv om dette helt klart med tiden vil være en god hjelp til å forstå medisinsk frykt.

Valg og begrensninger ved prosjektet

Instrumentell måling av frykt har i denne oppgaven blitt unngått, både fordi det ville gjort oppgaven for omfattende, og fordi det ikke har blitt ansett som særlig relevant. Dette fordi det har blitt antatt at det ikke er fryktens objektive nivå som påvirker mest, men derimot i hvilken grad personen med denne frykten opplever at den er reell, hemmende og plagsom. Dette kan imidlertid ha ført til at respondentene har noe ulikt fryktnivå, samt at noen potensielt interessante kandidater har ekskludert seg selv i den tro at de ikke er «redde nok». Ved senere forskning på temaet medisinsk frykt, kan en konkretisering eller et mål på slik frykt være et godt hjelpemiddel for å forsikre at respondentene skårer noenlunde likt på frykt.

Å bruke kvalitative data til denne studien har vært et bevisst valg. Siden det foreligger såpass lite litteratur på medisinsk frykt, er det i første runde interessant å utforske fenomenet medisinsk frykt. Kvalitative intervju har muliggjort å få innsyn de involvertes førstehånds erfaringer med medisinsk frykt. Mens kvantitative data ville gitt muligheten til å teste

hypoteser statistisk og generalisere, fremsto det som mer naturlig å bruke en kvalitativ fremgangsmåte for å faktisk ha et grunnlag å danne teorier ut fra. Gjennom intervjuene har informantene fortalt ikke bare hva de er redde for, men hvordan de opplever det, hvorfor de tror de opplever denne frykten, og hva de tror kan hjelpe dem i fryktsituasjoner. Slik har intervjuene gitt en helt annen datarikdom enn det som hadde vært tilfellet med kvantitative fremgangsmåter. Ulempen ved en slik kvalitativ tilnærming er selvfølgelig at funnene ikke kan generaliseres ut fra et så lite antall. Det trengs eventuelt kvantitative tilnærminger for å oppnå dette.

En begrensning ved denne studien er også at det i stor grad er kvinner som er informanter i gruppen bestående av personer med medisinsk frykt. En forklaring (som forskeren selv har liten tro på) er at kvinner oftere opplever medisinsk frykt enn menn. En annen (muligens mer plausibel) forklaring er at kvinner er åpnere, og har lettere for å snakke om frykt. Kan hende råder det også en oppfatning om at det er mer akseptert at kvinner har frykt enn at menn har det? Det er i så fall en plausibel, men trist sannhet, gitt at kjønnsforskjellen da faktisk ikke skyldes ujevn fordeling av medisinsk frykt. Helsesekretæren forteller blant annet om at vedkommende har opplevd medisinsk frykt hyppig i unge menn, og en kan tenke seg at det også kan bli et ekstra press på denne gruppen dersom deres medisinske frykt også skal oppleves som et tabu. Derfor er det viktig at både helsepersonell og privatpersoner er åpne for at medisinsk frykt forekommer for begge kjønn, og ikke avfeier verken menns eller kvinners frykt.

Implikasjoner for videre forskning

Som det fremgår av teoridelen, er det knapt med forskning på medisinsk frykt. Dette er beklagelig, da det gjør at helsepersonell stiller svakere enn nødvendig når de møter pasienter med slik frykt. Funnene i denne studien viser et tydelig ønske, både fra helsepersonellens side og fra mennesker med medisinsk frykt, om at det forskes på medisinsk frykt, og at det

gjennom dette dannes et kunnskapsgrunnlag som gir både pasienter og helsepersonell verktøy i håndteringen av slik frykt. Denne studien fyller på ingen måte et slikt behov alene, men kan bidra som et grunnlag til dannelse av teorier, som videre kan undersøkes kvantitativt, og slik inngå i et sårt tiltrengt generaliserbart kunnskapsgrunnlag om medisinsk frykt. Denne studien utgjør slik et viktig bidrag både ved å gi forskningsbasert kunnskap på et felt hvor slikt er en mangelvare, og ved å bidra til flere mulige fremtidige forskningshypoteser. Implikasjoner for videre forskning er ikke bare at det er et stort behov for at det i det hele tatt forskes. Denne oppgaven staker ut flere muligheter for slik forskning. Det kunne blant annet være interessant å se på hvilke tiltak som er mest effektive – både fra pasienten og fra helsepersonellens perspektiv – i en fryktsituasjon. En kvantitativ undersøkelse med sikte på å bekrefte eller avkrefte en korrelasjon mellom medisinsk frykt i voksen alder og traumatiske medisinsk-relaterte opplevelser i barndom, samt om det virkelig er slik at fraværende eller «dårlig» håndtering av slike opplevelser gir økt risiko for medisinsk frykt. Det kunne også vært av hjelp for helsepersonell å få en pålitelig manual for hvordan de gjenkjenner mennesker med medisinsk frykt. Å påpeke alle mulige fremtidige forskningshypoteser er imidlertid en oppgave som er for stor for en masteroppgave, da dette i praksis er et forsømt område. Forskning på dette området bør prioriteres.

Det faktum at det er lite teori på medisinsk frykt, betyr ikke nødvendigvis at det ikke er teori som kan være anvendelig på medisinsk frykt. Teorier om generell frykt og frykthåndtering, fobier, kontroll, skam (etc.) vil muligens kunne «oversettes» til å brukes for medisinsk frykt. Selv om medisinsk frykt ikke er identisk med andre frykter, betyr ikke dette nødvendigvis at mekanismene som påvirker den ikke er like eller i det minste har likheter.

Studien har visse kliniske implikasjoner, hvorav mest sentral er kanskje det tydelige behovet for at helsepersonell tar pasienter med medisinsk frykt på alvor, og møter dem med respekt, åpenhet og interesse. Det bør tilstrebes å møte disse personene på en måte som både

tar hensyn til frykten og deres individualitet. Som det har fremkommet av oppgaven er det store individuelle forskjeller mellom personer som lider av medisinsk frykt, og det å vie et minutt eller to til å snakke med en pasient med medisinsk frykt om frykten, hva en er redd og hvordan en ønsker å bli møtt, kan være en god investering både med tanke på utbytte av det aktuelle møtet, men også med tanke på fremtidig helsefremmende atferd hos denne personen. Ansvaret hviler ikke bare på helsepersonellet, selv om disse på ingen måte må fraskrive seg ansvar for å oppdage og håndtere medisinsk frykt hos pasienter. Pasienten selv ser ut til å ha nytte av, og bør også pålegge seg selv et visst ansvar for å tilstrebe, å informere om frykten og hvordan en ønsker at helsepersonellet skal håndtere denne.

Konklusjon

Denne studien har sett på hva medisinsk frykt er, hvordan den oppstår og arter seg, og hva som kan gjøres for at mennesker med slik frykt får så behagelige møter med helsevesenet som mulig. Det har gjennom dette kommet fram at medisinsk frykt er en frykt for helserelaterte situasjoner og/eller objekter, at den gjerne er utløst av en konkret hendelse (ofte i ung alder), og at medisinsk frykt har potensielt destruktive konsekvenser for de som opplever slik frykt. Dette gjelder ikke for alle, da flere ser ut til å håndtere frykten godt. Det er likevel i alles beste interesse at mennesker med slik frykt håndteres på en så god måte som mulig av helsepersonell og andre mulige påvirkere i sine omgivelser. Funnene antyder at medisinsk frykt, dens uttrykk og ideelle håndtering ikke nødvendigvis er lik for alle individer med slik frykt. En individualistisk tilnærming til medisinsk frykt virker nødvendig for å møte mennesker med medisinsk frykt på en best mulig måte. Det virker sentralt at helsepersonell tar frykten alvorlig og møter pasienten med respekt. Ærlighet og god kommunikasjon er viktig i møte med disse personene. Både helsepersonell og pasienter/personer med medisinsk frykt bør forsøke å oppdage/gjøre oppmerksom på denne frykten, og finne ut hvordan den best kan

håndteres for denne personen i den aktuelle situasjonen. Dette vil gi en mulighet for å redusere eller i det minste kontrollere frykten på sikt.

Referanser

Armfield, J. M., Spencer, A. J., & Stewart, J. F. (2006). Dental fear in Australia: who's afraid of the dentist? *Australian Dental Journal* 51 (1), 78 – 85.

Broome, M. E., Hellier, A. P. (1987). School-age children's fears of medical experiences, *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 10, 77-86.

Buanes, K. E. (2006). Er du redd for å gå til tannlegen? Har du sprøyteskrek? Hentet fra [http://www.uib.no/odfa/odontofobi.htm#diagnose og behandling](http://www.uib.no/odfa/odontofobi.htm#diagnose%20og%20behandling)

Chapter 3 (u.å.). Hentet fra <http://www3.uakron.edu/witt/flm/chap3.htm> 07. desember 2012.

Colman, A. M. (2006). *Oxford dictionary of Psychology*. New York: Oxford University Press.

Compassionate care for patients with dental anxiety (n.d.). Hentet fra <http://www.dentalchoice.ca/sedation-dentistry/anxious-patients>

Cooper-Patrick, L., Gallo, J. J., Gonzales, J. J., Vu, H. T., Powe, N. R., Nelson, C., & Ford, D. E. (1999). Race, gender and partnership in the patient-physician relationship, *282* (6), 583 – 589.

Davidoff, F. (2002). Shame: the elephant in the room, *Quality and Safety in Health Care*, 11, 2-3.

Dubayova, T., van Dijk, J. P., Nagyova, I., Rosenberger, J., Havlikova, E., Gdovinova, Z., Middel, B., & Groothoff, J. W. (2010). The impact of the intensity of fear on patient's delay regarding health care seeking behavior: a systematic review, *International Journal of Public Health*, 55, 459-468.

Fackelmann, K. (1998). White –coat hypertension: high risk or harmless to the heart? *Science News*, 154 (24), 380-382.

- Fear (u.å.). På *Wikipedia*. Hentet 07. desember fra <http://en.wikipedia.org/wiki/Fear>
- Fear of doctors (u.å.). Hentet fra http://www.phobiascured.com/fear_of_doctors.htm
- Fiset, L., Milgram, P., Weinstein, P., & Melnick, S. (1989). Common fears and their relationship to dental fear and utilization of the dentist, *Anesthesia Progress*, 36, 258-264.
- Forsner, M., Jansson, L., & Söderberg, A. (2009). Afraid of medical care: School-aged children's narratives about medical fear, *International Pediatric Nursing*, 24 (6), 519-528.
- Fritscher, L. (01.10.2008). *Phobias.about.com/Iatrophobia – fear of doctors*. Hentet fra <http://phobias.about.com/od/phobiaslist/a/iatrophobia.htm>
- Gray, J. (1982). The effect of the doctor's sex on the doctor-patient relationship, *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 32, 167-169.
- Howitt, D. (2010). *Introduction to Qualitative Methods in Psychology*. Harlow: Pearson Education Limited.
- Johnsen, B. H., Thayer, J. F., Laberg, J. C., Wormnes, B., Raadal, M., Skaret, E., Kvale, G., & Berg, E. (2003). Attentional and physiological characteristics of patients with dental anxiety, *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 75-87.
- de Jong, P. J., & Merckelbach, H. (1998). Blood-injection-injury phobia and fear of spiders: domain specific individual differences in disgust sensitivity, *Personality and individual differences*, 24 (2), 153-158.
- Kearley, K. E., Freeman, G. K., & Heath, A. (???)
- Kleinknecht, R. A., Thorndike, R. M., & Walls, M. M. (1996). Factorial dimensions and correlates of blood, injury, injection and related medical fears: cross validation of the medical fear survey, *Behaviour Research and Therapy*, 34 (4), 323-331.

Kleinknecht, R. A., Kleinknecht, E. E., & Thorndike, R. M. (1997). The role of disgust and fear in blood and injection-related fainting symptoms: a structural equation model, *Behaviour Research and Therapy*, 35 (12), 1075-1087.

Ko, S. M. (1994). Blood-injury phobia, *Singapore Medical Journal*, 35, 195-197.

Kvale, G., Klingberg, G., Moore, R., & Tuutti, H. (2003). Hva er tannlegeskrekk, og hvordan kan den diagnostiseres? *Tandlægebladet*, 107 (1), 8-14.

Lazare, A. (1987). Shame and humiliation in the medical encounter, *Archives of internal medicine*, 147, 1653-1658.

Mahmud, A. (2009). Doctor-Patient relationship, *Pulse Medical Journal of Apollo Hospitals Dhaka*, 3 (1), 12-14.

Millstein, S. G., Adler, N. E., & Irwin, C. E. Jr. (1984). Sources of anxiety about pelvic examinations among adolescent females, *Journal of Adolescent Health Care*, 5(2), 105-111.

Moore, R., Brødsgaard, I., & Rosenberg, N. (2004). The contribution of embarrassment to phobic dental anxiety: a qualitative research study. *BMC Psychiatry*, 4 (10), doi:10.1186/1471-244X-4-10.

Nir, Y., Paz, A., Sabo, E., & Potasman, I. (2003). Fear of injections in young adults: prevalence and associations, *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 68 (3), 341-344.

Pickering, T. G., James, G. D., Boddi, C., Harshfield, G. A., Blank, S., & Laragh, J. H. (1988). How common is white coat hypertension, *Journal of the American Medical Association*, 259 (2), 225-228.

- Robbins, J. A., Bertakis, K. D., Helms, J., Azari, R., Callahan, E. J., & Creten, D. A. (1993). The influence of physician practice behaviors on patient satisfaction, *Family Medicine*, 25 (1), 17-20.
- Roberts, M. C., Wurtele, S. K., Boone, R. R., Ginther, L. J. & Elkins, P. D. (1981). Reduction of Medical Fears by Use of Modeling: A Preventive Application in a General Population of Children, *Journal of Pediatric Psychology*, 6 (3), 293 – 300.
- Rosenblatt, R. A., Wight, G. E., Baldwin, L. M., Chan, L., Clitherow, P., Chen, F. M., & Hart, L. G. (2000). The effect of the Doctor-Patient Relationship on Emergency Department Use Among the Elderly, *American Journal of Public Health*, 90, 97-102.
- Scherer, M. W., & Nakamura, C. Y. (1968). A fear survey schedule for children (FSS-FC): A factor analytic comparison with manifest anxiety, (CMAS), *Behaviour Research and Therapy*, 6 (2), 173-182.
- Schuller, A. A., Willumsen, T., & Holst, D. (2003). Are the differences in oral health and oral health behavior between individuals with high and low dental fear? *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 31, 116-121.
- Stewart, M. A., McWhinney, I. R., & Buck, C. W. (1979). The doctor /patient relationship and its effect upon outcome, *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 29, 77-82.
- Taylor, C. B., Ferguson, J. M., & Wermuth, B. M. (1977). Simple techniques to treat medical phobias, *Postgraduate Medical Journal*, 53, 28-32.
- Vika, M., Raadal, M., Skaret, E., & Kvale, G. (2006). Dental and medical injections: prevalence of self-reported problems among 18-yr-old subjects in Norway, *European Journal of Oral Science*, 114, 122-127.

Williams, S, Weinman, J., & Dale, J. (1998). Doctor-Patient communication and patient satisfaction: a review, *Family Practice*, 15 (5), 480-492.

Vedlegg

Vedlegg I - Intervjuguide, personer med medisinsk frykt

(nummererte spørsmål. Setninger markert med tankestrek er til hjelp for intervjuer)

1. Info om prosjektet.

- Formål + kan trekke seg/avbryte når som helst osv. Anonymisering etc.

2. Hvilken type medisinsk skrekk? Hva er vedkommende redd for?

3. Hvordan arter denne frykten seg?

4. Hvordan påvirker frykten ditt daglige liv?

- Eventuelt, hvis ikke i det daglige, hvordan påvirker det i perioder der en vet at det vil bli aktuelt med møte med frykten?

5. Hvilke konsekvenser har denne frykten hatt for helsa di?

- I forhold til sykmelding, utgang av egenmeldingsperiode ved fortsatt sykdom?

6. Når begynte denne frykten?

7. Hva utløste denne frykten?

- Hvordan ble en eventuelt utløsende opplevelse håndtert.

8. Er det spesielle ting, situasjoner, inngrep etc. som utløser frykten mer enn andre?

- Hvorfor?
- Har tillit til legens kompetanse noe å si?

9. Har personer i dine omgivelser også hatt medisinsk skrekk?

- Bes om å ikke nevne navn på disse?

10. Har du hatt opplevelser hvor frykten har vært redusert? Hvilke opplevelser var dette?

11. Hva tror du skal til for å gjøre det enklere for deg å møte medisinsk personell?

- Egne tiltak og helsepersonelllets tiltak
- Dersom noen annen med (pårørende etc) – hvilke premisser?

12. Er det noe annet du føler burde være sagt om temaet?

13. Takker. Generell debriefing.

Vedlegg II - Intervjuguide, helsepersonell

(nummererte spørsmål, setninger innledet med tankestrek er til hjelp for intervjueren)

1. Info om prosjektet

- Anonymisering, kan trekke seg når som helst, formål med intervjuet.

2. Hvilken jobb har vedkommende?

- Når møter vedkommende pasientene?
- Hvilken rolle?
- Hvordan arter dette møtet seg?

3. Har vedkommende ofte kontakt med personer med medisinsk skrekk?

- Hvor ofte?

4. I hvilke situasjoner opplever pasientene medisinsk skrekk?

5. Hvordan arter denne skrekken seg?

- «Normale» reaksjoner
- Andre reaksjoner?

6. Hvordan håndterer du pasienter med slik frykt?

7. Foreligger det noen felles retningslinjer for hvordan ansatte i din institusjon møter disse/hvordan møtes disse pasientene?

8. Følges disse retningslinjene?

9. Hva er din erfaring med slike retningslinjer, eller generelt måten disse pasientene møtes?

10. Hva tror du kan gjøres bedre i måten disse pasientene møtes?

11. Hvilke konkrete tiltak kan gjøres for å møte disse pasientene på en best mulig måte?

12. Takk. Generell debriefing.

Vedlegg III - Informasjon om prosjektet samt skjema for informert samtykke

(endret layout for bruk i vedlegg. Ingen endring i innhold)

Medisinsk frykt i møte mellom pasient og medisinsk personell.

Mastergradsprosjekt, helsepsykologi.

Anne-Gudrun Klæth Lyngsmo

Medical fear, fritt oversatt til medisinsk frykt, kan ha potensielt store og ødeleggende konsekvenser for det enkelte individ. Begrepet inkluderer både frykt og fobi for lege, sykehus, tannlege, sprøyter, medisinske inngrep og medisinske undersøkelser. Det finnes svært lite litteratur om slik frykt, og en stor del av den litteraturen som finnes, dreier seg enten om ren tannlegeskrekk, om bakgrunnen for slik frykt, eller instrumenter for å måle slik frykt. Hvordan man hjelper pasienter med legeskrekk, eller medisinsk frykt, er lite utforsket.

Tiltak for å hjelpe slike pasienter til å søke medisinsk hjelp er fokus for mastergradsprosjektet mitt ved masterstudiet i helse-, organisasjons- og kommunikasjonpsykologi ved NTNU. Ved å intervju personer som lider av slik skrekk, ønsker jeg å belyse hvorfor disse pasientene har utviklet medisinsk frykt, hvordan de lever med det, og ikke minst, hva de selv tror kan gjøres for at de skal klare å søke medisinsk hjelp ved behov. Håpet er at mastergradsoppgaven skal resultere i retningslinjer eller et verktøy for medisinsk personell i møte med slike pasienter, for å gjøre møtet mellom behandler/undersøker og pasient så smertefritt som mulig.

Planen er å gjennomføre intervjuer med både personer med medisinsk frykt og helsepersonell om deres tanker og løsningsforslag omkring medisinsk frykt. Intervjuene er planlagt gjennomført høsten 2012, i tidsrommet august til oktober. Intervjuene vil følge en delvis fastsatt intervjuguide, samtidig som det vil være mulig for deltakeren å styre samtalen til en viss grad. Intervjuene antas å vare mellom en til to timer, og det er mulig det vil bli bedt om å få lov til å intervju samme person flere ganger i løpet av datainnsamlingsperioden dersom dette viser seg nødvendig. Intervjuene vil i størst mulig grad bli gjennomført på tidspunkt og sted som er kurant for deltakerne.

Målgruppen for disse intervjuene er voksne mennesker, over 18 år, som lider av eller har lidd av medisinsk frykt av ulike former, i tillegg til helsepersonell som har erfaringer med å møte pasienter med medisinsk frykt.

All personlig informasjon vil anonymiseres, og deltakere kan på et hvilket som helst tidspunkt trekke seg fra studien uten å oppgi årsak for dette. Etter datainnsamling vil alt råmateriale slettes/destrueres. Prosjektet vil bli meldt inn til NSD (Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste).

Innsamlet data vil brukes i min masteroppgave, eventuelle vitenskapelige artikler relatert til denne, og eventuelt i presentasjoner av masteroppgaven eller slike artikler. Ved

videre forskning på temaet vil det kunne siteres fra og refereres til masteroppgaven og materialet. Masteroppgaven vil skrives på engelsk, og det er derfor mulig at deler av innholdet i intervjuene vil bli oversatt til engelsk. Prosjektet vil avsluttes innen 31.08.2013, og alt datamateriale vil anonymiseres innen denne dato. Lydopptak vil slettes innen denne fristen, og alt av personidentifiserbare opplysninger vil fjernes, omskrives eller grovkategoriseres innen denne fristen.

Alle spørsmål om studien og en eventuell deltakelse i denne, kan rettes til

Anne-Gudrun Klæth Lyngsmo, Falstadlia, 7624 Ekne, Tlf: 90673393

E-post: agckl@hotmail.no / lyngsmo@stud.ntnu.no

Tlf: 906 73393

Kontaktinformasjon, prosjektets veileder:

Gerd Inger Ringdal, Psykologisk institutt, NTNU, 7491 Trondheim

E-post: Gerd.Inger.Ringdal@svt.ntnu.no Tlf: 735 97486

Informert samtykke

Jeg bekrefter med dette å ha mottatt informasjon om prosjektet, om anonymisering og behandling av datamateriale. Jeg bekrefter at jeg har fått informasjon om at jeg når som helst i prosjektets løp kan trekke meg uten å gi begrunnelse, og be om å få all data og informasjon om meg slettet.

Navn/underskrift

Dato (dd.mm.åå).

Jeg bekrefter også at jeg er over 18 år, myndig og at jeg deltar i dette prosjektet frivillig.

Navn/underskrift

Dato (dd.mm.åå)

Vedlegg IV – Koder

Personer med medisinsk frykt

Introduksjon/informasjon om prosjektet	Feilbehandling
Type medisinsk frykt	Forverrende opplevelser
Fryktens art/uttrykk	Opplevelser med redusert frykt
Fryktens konsekvenser (dagligliv)	Tatt på alvor (som pasient/frykt)
Fryktens konsekvenser (helse)	God/dårlig tid i situasjonen
Fryktens begynnelse (alder)	Utløsende hendelse
Hjemmekoselig miljø som fryktreducerende	Pårørende som støtte
Omgivelsenes håndtering av utløsende hendelse	Skam/smerte/diagnose/kontroll
Ting, objekter, situasjoner som utløser mer enn andre	Helsepersonellens holdning
Helsepersonellens kompetanse	Forutsigbarhet i situasjonen
Spesielle roller, profesjoner (lege, sykepleier etc.)	Økonomiske betraktninger
Medisinsk frykt i omgivelsene	Informasjonsbehov
Tiltak for fryktreduksjon (helsepersonell)	Tiltak fryktreduksjon (selv)

Helsepersonell

Introduksjon/informasjon om prosjektet	Respondentens jobb
Respondentens møter med pasientene	Respondentens bakgrunn
Respondentens erfaring med medisinsk frykt	Situasjoner med medisinsk frykt
Pasienter med medisinsk frykt – hvor ofte?	Reaksjonenes art
Håndtering av pasienter med medisinsk frykt	Retningslinjer, håndtering med. frykt.
Oppfølging og erfaring med slike retningslinjer	Forbedringstiltak

Koder fra pasientanalysen brukes der disse er spesielt sentrale.

NB! Kodene er presentert i tekstformat, og ikke med tallverdiene brukt i selve kodingsprosessen.

Vedlegg V - Ti bud for helsepersonell i møte med pasienter med medisinsk frykt

- 1 – Spør pasienten om hva du kan gjøre for å redusere frykten i situasjonen han eller hun står ovenfor.
- 2 – Tilby pasienten informasjon, og spør hvilken informasjon vedkommende i så fall vil ha. Ikke påtving pasienten informasjon hun/han ikke ønsker.
- 3 – Tilby pasienten fysisk kontroll og tydeliggjør den kontrollen pasienten faktisk har, for eksempel ved å la pasienten velge hvor og hvordan en undersøkelse gjennomføres, dersom dette er mulig.
- 4 – Oppfordre pasienten til å ha med en pårørende i fryktsituasjonen, dersom pasienten ønsker dette.
- 5 – Gi pasienten din fulle oppmerksomhet, og vis dette tydelig. Lytt til det pasienten sier.
- 6 – Sett av mer tid til en pasient dersom du vet at denne har medisinsk frykt, og dersom det er mulig og ønskelig å gjøre dette.
- 7 – Lytt og få oversikt over hvordan pasienten ønsker å gjennomføre en situasjon, og forsøk å imøtekomme dette, eventuelt finne andre alternativer som begge kan godta.
- 8 – Vær ærlig om eventuell smerte, ubehag og tidsbruk. Ikke undervurder dette. Ærlighet bygger tillit.
- 9 – Opptre profesjonelt, omtenksomt, omsorgsfullt, stødig og støttende.
- 10 – Tilby pasienten debriefing dersom noe uventet eller ubehagelig skjer i løpet av situasjonen. Forklar hva som gikk feil, hvorfor og gi et ærlig estimat på hvorvidt det er sjanse for at dette skjer igjen.

Vedlegg VI - Tips for pasienter med medisinsk frykt i møte med helsevesenet

- 1 – Si fra om frykten din til den eller de som skal møte deg i situasjonen. Finn en måte å varsle om dette på, enten selv eller gjennom andre. For eksempel kan du opplyse om det når du bestiller time til legen.
- 2 – Ta med en venn, et familiemedlem eller din partner dersom du tror du kan oppleve det beroligende å ha noen kjente sammen med deg i fryktsituasjonen. Velg noen som kan snakke med og for deg, støtte deg og lese deg godt nok til å vite når du bør ta en pause. Dersom du opplever tanken på å ha med deg noen som ubehagelig, så la det være.
- 3 – Vær obs på samtaletema og smitteeffekt av andres frykt, dersom du føler at du er sårbar for dette. Dersom du selv har frykt, har du ingen plikt til å høre på andres frykt og ubehag dersom dette gjør deg mer redd selv.
- 4 – Snakk med noen du stoler på, og vær åpen om frykten til de du føler deg trygge på. Ta initiativ til å snakke med disse om frykten dersom og når du trenger det.
- 5 – Dersom frykten blir verre av at du «tar deg sammen», så la være å gjøre det. Det er lov, og ikke minst naturlig, å oppleve frykt.
- 6 – Dersom du er redd for økonomiske belastninger ved behandling eller undersøkelser, husk at ting sjeldent blir rimeligere dess lengre du utsetter dem...
- 7 – Vurder å oppsøke profesjonell hjelp dersom du opplever frykten som hemmende, eller at den utgjør et reelt problem eller trussel mot liv og helse

Vedlegg VII - Tips til pårørende av pasienter med medisinsk frykt

- 1 – Tilby deg å være samtalepartner, men ikke tving deg på. Vær obs så du ikke overfører en eventuell egen frykt til den andre.
- 2 – Tilby deg å være med i fryktsituasjonen, enten på venterommet eller hele veien, dersom pasienten har en forestående fryktsituasjon. Ikke treng deg på dersom pasienten ikke ønsker dette.
- 3 – Ikke døm. Den som ikke har opplevd å være redd for noe, har ikke opplevd særlig mye i livet...
- 4 – La det være opp til pasienten om eventuelt andre skal få vite om frykten.
- 5 – Ta frykten på alvor, ikke avfei den, og ikke undervurder hvor alvorlig den er.

Dersom pårørende er med som følge i fryktsituasjon

- 1 – «Les» pasienten og dennes kroppsspråk og signaler, be om pauser eller brudd dersom du ser at den har behov for dette.
- 2 – Snakk for pasienten når vedkommende ikke klarer det selv. Det kan være greit å ha gått gjennom på forhånd hva pasienten vil formidle til helsepersonellet i tilfelle den ikke klarer å si dette selv i situasjonen som oppstår.
- 3 – Snak med pasienten før fryktsituasjonen, og bli enige om din rolle før, under og etter besøket. Hva vil pasienten at du skal gjøre og si, og dersom frykten er veldig overveldende – bli enige om et «stopp-signal» som vedkommende kan bruke dersom det blir for mye.
- 4 – Prøv å få med deg, forstå og husk informasjon som gis underveis. Pasienten kan oppleve det som vanskelig å høre skikkelig etter eller huske alt som blir sagt, men kan likevel ha ønske og behov for å ha tilgang på informasjon. To hoder husker bedre enn ett.
- 5 – Opptre stødig og alvorlig, du er der som støtte, ikke for å ta over pasientens frykt. Du gjør det ikke lettere for pasienten dersom denne ender opp med å synes synd på deg.
- 6 – Tilby å snakke om situasjonen i ettertid, uavhengig av om det gikk bra eller dårlig, men godta et nei som svar.

Takk til...

Å arbeide med en mastergradsoppgave er et stort stykke arbeid, et arbeid som både er krevende og svært, svært givende. Arbeidet med dette prosjektet har i all hovedsak vært en interessant og hyggelig affære. Den har gitt meg en faglig balast og en forskningserfaring som nok vil komme svært godt med, og som føles godt å ha med i bagasjen videre i karrieren. For dette er jeg en stor takk skyldig.

Først til de som har stilt opp og latt seg intervjuet, og latt meg bruke deres erfaringer i arbeidet med dette prosjektet. Det hadde åpenbart ikke blitt noe særlig til oppgave uten dere – tusen takk!

Til min fantastiske veileder Gerd Inger Ringdal – takk for alle råd, all hjelp og motivasjon underveis. Det har vært en glede – og en ære – å få ha deg som min veileder.

Til alle som har hjulpet meg med å spre informasjon om prosjektet og som slik har hjulpet til med rekrutteringen. Dere har vært til uvurderlig hjelp – tusen takk.

Til mine kjære foreldre – tusen takk for all oppmuntring og støtte underveis, og for at dere har hatt troen på prosjektet mitt, og for at dere hele tiden har skjønt det samme som meg – at medisinsk frykt er et tema som det er viktig å forske på.

En stor takk til mine venner, som har holdt ut mine mange entusiastiske monologer om medisinsk frykt og helsepsykologi for øvrig.

Takk til min kjære ektemann, Maurice, som har gått til sengs alene mang en natt mens jeg har sittet i dyp konsentrasjon (eller var det besettelse?) ved skjermen, og som så mange ganger har måttet høre på mine entusiastiske utbroderinger om sykehuskrekke, nåler og situasjonsspesifikke frykter.

Og en takk til mitt fribente barn, border collie Texel, som heldigvis har dratt matmor vekk fra skjermen og ut på luftetur med jevne mellomrom.