



UIT

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

((Møter med kvinner som kommer i brachyterapi))

Marzieh Qaitouri

Mastergradsoppgave i helsefag, flerfaglig studieretning

Institutt for helse- og omsorgsfag

Det helsevitenskapelig fakultet

UIT- Norges arktiske universitet

Mai 2016

Antall ord:20617



Marzieh Qaitouri

Møter med kvinner som kommer i brachyterapi

Mai 2016

Sammendrag:

Studiens utgangspunkt er stråleterapeuters erfaringer med å behandle kvinner med livmorhalskreft i brachyterapi. Studien er forankret i stråleterapeutens perspektiv for hvordan de ivaretar disse kvinner som møter en del utfordringer i brachyterapi og i forbindelse med brachyterapibehandling. Studien har et strategisk utvalg på fire stråleterapeuter fra to forskjellige sykehus. Studien er en kvalitativ studie med hermeneutisk tilnærming. Det ble brukt intervjuguide som utgangspunkt for intervjuene og intervjuene ble tatt opp på digital lydopptaker. Det er gjennomført en innholdsanalyse av materiale. Teori fra Bengt Molander og Kari Martinsen utvider forståelsen av informantenes fortellinger.

I studien redegjør informantene for at disse kvinner har mye behov for omsorg, informasjon og at pasientene har behov for å bli sett og godt ivaretatt. Informantene fremhevet at i brachyterapi kommer man veldig nær den enkelte pasient og en god relasjon er viktig for å skape trygghet for pasienten. Informantene fremhever at teknologi har aldri har vært i veien for å kunne ivareta pasienten på en god måte, informantene fremhever også at de har lengere tid med pasienten, og god tid skaper et mulighetsrom for å etablere en god relasjon.

Stråleterapeuter bruker sin tekniske kunnskap til å utføre selve brachyterapibehandlingen og oppøver over tid også en relasjonell kompetanse med tanke på å yte god omsorg til den enkelte pasient.

Informantene utfordres daglig i spenningsfeltet mellom en krevende behandling og pasientens behov for å bli sett og forstått som noe mer enn bare en sykdom som skal fikses. I dette spenningsfeltet blir faglig skjønn en viktig rettesnor for en erfaren stråleterapeut. Det handler om at stråleterapeuter bruker faglig skjønn både til å ivareta pasienten sine eksistensielle behov for omsorg og samtidig utføre en brachyterapibehandling som skal oppleves som trygg og verdig.

Abstract

The study point is radiation therapists experiences to treating women with cervical cancer in brachytherapy. The study point is radiation therapists perspective for how they protects women that they gets challenges in brachytherapy and in associated with brachytherapy treatment. Study has a strategic selection of four radiation therapists from two different hospitals. The study has a qualitative study with hermeneutic approach. I have used interview guide as point for the interviews. And the interviews was recorded by digital audio recorder.

It is complete a content analysis of material. The theory from Bengt Molander and Kari Martinsen expanding understanding of the informants stories. The study discusses informants story that these women have much need of care, these women with cervical cancer need information and these patients need to be seen and well cared. The informants says they have longer time with patients in brachytherapy. And this makes they are coming very close to the some patient, and it will create safety for the patient. Informants tell also that technology has never been in the way to care the patient in brachytherapy. The radiation therapists use their technical knowledge to perform brachytherapy treatment, and radiation therapists upwards their competence to give good care for each individual patient

The radiation therapist are challenged daily in tension between a demanding treatment and the patient needs to be seen and understood are something more than just a disease that should be fixed. In this tension professional judgment becomes an important guideline for one experienced radiation therapist. It's about radiation therapists using their professional judgment to safeguard the patient's existential need of care, and at the same time radiation therapist should performing a brachytherapy treatment which perceived as safe and worthy for the patients.

Forord

Dette masteroppgave prosjektet ble utført i periode i 2015-2016. Arbeidet med denne masteroppgaven har vært lærerikt og spennende. Som radiograf uten erfaring som stråleterapeut og uten erfaring med brachyterapi har jeg fått nyttig kunnskap og erfaring, for hvordan stråleterapeuter ivaretar pasienter i brachyterapi.

En stor takk rettes til sjefer ved de to sykehusene som samtykket til å delta i studien.

Jeg vil takke de fantastiske informantene i prosjektet som var villige til å dele sine erfaringer med meg.

Jeg vil benytte anledning til å takke min veileder Siri Moe for gode råd, inspirerende samtale, og for at hun har vært en god diskusjonspartner.

Jeg vil takke mine foreldre, mine søsken Masoud, Javad, min svigerinne Marlen, som alltid er der for meg.

Mine klassekullingen takk til dere for gode tips i masteroppgaveseminaret, dere er dyktige.

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	1
1 Bakgrunn for valg av oppgaven	1
1.1 Tidligere forskning	2
1.2 Hensikt med oppgaven	5
1.3 Problemstilling	6
1.4 Livmorhalskreft	7
1.5 Brachyterapi	8
1.6 Oppgavensoppbygning	9
2 Teoretisk perspektiv	10
2.1 Kunnskapsformer	10
2.1.1 Påstandskunnskap	10
2.1.2 Ferdighetskunnskap	11
2.1.3 Fortrolighetskunnskap	11
2.2 Omsorgsteori	12
2.2.1 Den moralske dimensjon	13
2.2.2 Den rasjonelle dimensjon	14
2.2.3 Den praktiske dimensjon	14
2.3 Kommunikasjon og informasjon	15
2.4 Oppsummering	16
3 Metode	17
3.1 Forskningsmetode	17
3.1.1 Kvalitativ forskningsintervju	18
3.2 Dataproduksjon	19
3.2.1 Rekruttering av deltakere	20
3.2.2 Gjennomføring av intervju	21
3.3 Etske overveielser	22
3.3.1 Analyse	24
4 Resultat	26
4.1 Oppmerksomhet	27
4.1.1 Jeg danner meg et bilde av hvor mye informasjon tror jeg den pasienten ønsker	27

4.1.2 Å vise omtanke	30
4.1.3 Å være tilstede for pasienten	31
4.1.4 Vi har god tid til å bli kjent med pasienter	34
4.1.5 Pasienten takker oss for god behandling	35
4.2 Individualisering	36
4.2.1 Pasienter er forskjellige, vi mennesker er forskjellige	36
4.2.2 Kvinnene engster seg til behandlingen.....	39
4.2.3 Hun ligger i samme stilling på en bære	42
4.2.4 Pasienten er i en sårbarsituasjon	43
4.2.5 Det gir oss masse utfordring	46
4.2.6 Kunnskap er viktig uansett hva du holder på med	48
5 Diskusjon	50
5.1 Å Bry seg om pasienten og være profesjonell stråleterapeut.....	51
5.2 Den kyndige stråleterapeut benytter skjønn	54
5.3 Den kyndige stråleterapeut benytter kunnskap	56
5.4 Studiens Troverdighet og pålitelighet.....	58
6 Avslutning	60
6.1 Forslag til videre studier	62
Referanser	63
Vedlegg 1.....	67
Vedlegg 2.....	68
Vedlegg 3	69
Vedlegg 4	71

1. Innledning

Bakgrunn for valgt av oppgaven

Temaet for min masteroppgave er stråleterapeuters erfaringer knyttet til å ivareta kvinner med livmorhalskreft som gjennomgår brachyterapi.

Livmorhalskreft er vanlig kreftform blant kvinner, tallet fra kreftregisteret 2013 viser at 282 kvinner ble rammet av livmorhalskreft i Norge (Cancer in Norway 2013 - Kreftregisteret).

Livmorhalskreft er tredje kreftform hos kvinner i verden, 40% av kvinner som får livmorhalskreft er kvinner under 45 år (Spallou, Madsen, & Kiu, 2007). Kvinner som har livmorhalskreft som kommer i brachyterapi møter stråleterapeuter. Stråleterapeuter har ansvar for pasienten gjennom hele brachyterapibehandlingen. Stråleterapeutene er radiografer med videreutdanning innen stråleterapi, stråleterapeuter sine oppgaver er å utfører strålebehandling av pasienter som er rammet av kreft. Stråleterapeuter sine rolle er både å være teknisk ekspert og samtidig ivareta pasientene. Brachyterapi er en innvendig strålebehandling som blant annet benyttes til behandling av livmorhalskreft.

Jeg hadde en samtale med en erfaren stråleterapeut når jeg var i stråleterapipraksis på radiografutdanningen, jeg spurte stråleterapeuten hva som er viktig å forske på innen stråleterapifaget. I samtale med stråleterapeuten kom det frem at kvinner som har livmorhalskreft som kommer i brachyterapi trenger mye omsorg, stråleterapeuten mente at god informasjon og kommunikasjon med pasienter er viktig i forbindelse med denne type strålebehandling. Stråleterapeuten fortalte meg at kvinner som kommer i brachyterapi og mottar innvendig strålebehandling mot livmorhals kan ha smerter. I tillegg er de ofte redde og engstelige i forbindelse med denne type strålebehandling. Stråleterapeuten mente derfor at denne pasientgruppen trenger å bli ekstra godt ivaretatt. Jeg har også selv møtet kvinner med kreft i livmorhalsen blant annet da jeg hadde på praksis i stråleterapi og har erfart disse pasienter trenger mye omsorg. Som radiograf har jeg alltid vært opptatt av hvordan og på hvilken måte, man best kan ivareta kreftpasienter.

I min radiografutdanning har vi lært mye om omsorg og hvor viktig er det for oss radiografer å gi omsorg til pasienten selv om vi jobber med teknologien. Jeg lærte at gjennom god kommunikasjon kan man gi god omsorg til pasienter. Som radiograf ble min nysgjerrighet

vekket for hvordan stråleterapeuter ivaretar kvinner med livmorhalskreft i en brachyterapi behandlingssituasjon. Derfor valgte jeg å skrive om dette temaet.

God kommunikasjon mellom stråleterapeuter og pasienter vil være med å gjøre pasienter trygg på stråleterapeuter og dermed kan god kommunikasjon være med å skape en god relasjon som bygger på tillit og troverdighet (Eide & Eide, 2005). I følge Halkett & Kristjanson (2007) sin studie er det viktig å møte pasienter på en omsorgsfull måte. Dersom en pasienten ikke blir tatt godt imot mens hun er til strålebehandling kan dette føre til at pasienten ikke føler seg trygg og ikke åpner seg for stråleterapeuten (Halkett & Kristjanson, 2007). Pasienten som kommer til denne type behandling er kvinner fra forskjellige aldersgrupper, Hver pasient er forskjellige og hver behandling er forskjellige utfra pasienten sin diagnose. Pasienten har forskjellige behov for omsorg og ivaretagelse.

Det å få en kreftdiagnose vil for pasienten oppleves som svært vanskelig. Pasienter som rammes av kreft kan reagerer på det å få kreft som en veldig alvorlige sykdom på sin måte. Det er viktig at stråleterapeuter sørge for at kvinnelig pasienter med livmorhalskreft opplever en god behandlingssituasjon, til tross for den vanskelige situasjonen pasienter befinner seg i. Smerter, lidelse og død er det de fleste pasienter tenker på når de har fått en kreftdiagnose. Pasienten kan få følelse av kontrolltap, usikkerhet, hjelpeløshet over det å få en kreftdiagnose. Mange tanker kan oppstå hos pasienter med diagnostisert kreft. Tankene vil handle om behandling, hvilken behandling og framtidutsikter for helbredelse (Halkett & Kristjanson, 2007; Kvåle, 2006).

1.1 Tidligere forskning

Jeg har gjennomført litteratursøk på jakt etter relevante artikler knyttet til temaet stråleterapeuters møte med kvinner med livmorhalskreft, herunder hvordan ivareta pasienter som har erfart å være i stråleterapi. Litteratursøkene er gjort i databasene BIBSYS, Cinahl, PubMed, Svemed+ og Oria. Jeg fikk også hjelp fra en universitetsbibliotekar med å finne relevante artikler til studien. Artikkene jeg benytter meg av er fra tidsperioden 1998-2014. Søkeordene som kreftpasienter sine erfaringer, stråleterapi, brachyterapi, stråleterapeuter sine erfaringer har vært benyttet. Jeg har på ulike måter kombinert søkeordene. Eksempel på ulike søkekombinasjoner er kreftpasienter sine erfaringer ble kombinert med stråleterapi og

brakhyterapi. Et annet eksempel er stråleterapeuter sine erfaringer kombinerte med brachyterapi.

En kvalitativ studie av Halkett & Kristjanson (2007) viser at stråleterapeuter har en viktig oppgave med å hjelpe pasienten psykisk under strålebehandlingen. Psykisk hjelp innebærer å vise følelser overfor pasientene når hun kommer til strålebehandling. Stråleterapeuten jobber med de tekniske tingene, men de må også gi god pasientbehandling og vise omsorg for pasienten under behandlingen. God omsorg innebærer også å sikre at pasienten vet hva stråleterapeuten gjør underveis i behandlingen (Halkett & Kristjanson, 2007).

Bårdsens (1999) sin hovedfagsoppgave vil belyse kreftpasienter sin omsorgsbehov i møte med stråleterapeuter. Videre kommer det frem at pasienter som kommer til strålebehandling har behov for å bli sett og å få informasjon. Stråleterapeuter har ansvar for pasientkontakt og har ansvar og plikt til å gi informasjon til pasienter som kommer i stråleterapiavdelinger (Bårdsen, 1999).

Studien til Kristiansen (2005) tar også for seg pasientomsorg men i radiologisk avdeling, i studien viser det seg at radiografene forstå pasientomsorg som et å handle slik at pasienten får en best mulig opplevelse når han eller hun befinner seg i radiologisk avdeling. Det kommer videre frem i studien at radiografer måtte ha evne til å kunne sette seg i situasjonen den enkelte pasient befinner seg i. Radiografene handlet for pasienten sitt beste og skapte tilliten hos den enkelte pasient. Studien viste også at radiografer ofte var imøtekommende med pasienter (Kristiansen, 2005) .

Studien fra Kjøllesdalen (2010) bringer frem at pasienter ønsker at helsepersonell skal kunne mestre både omsorg og teknologi (Kjøllesdal, 2010).

En studie med fenomenologisk tilnærming fra So & Chui (2007) tar for seg kvinners opplevelse med å gjennomgå intern stråling (brachyterapi) for livmorhalskreft. Resultatene fra studien forteller meg at de mest plagsomme aspektene ved å gjennomgå innvendig bestråling er at pasientene opplevde å være isolerte og at pasienten hadde ulike fysiske og psykiske symptomer.

Psykologisk støtte fra helsepersonell, familie og andre pasienter og en generell positiv holdning fra miljøet rundt, hjalp pasienter til å takle sykdommen sin og behandlingen (So & Chui, 2007).

Studie av (Häggmark et al., 2001) tar for seg at strålebehandlingen er stressende for pasienter i seg selv. For å minske følelsen av angst anbefales gjentatt informasjon til pasienter for å forberede dem til hva de kan forvente under behandlingen. Studien tar for seg at selv om betydningen av informasjon har blitt understreket i flere pasientsamtaler, har flere studier vist at en stor del av pasientene fortsatt har utilstrekkelig kunnskap om deres diagnose. Få studier har blitt gjennomført for å evaluere effekten av informasjonstiltak for kreftpasienter som gjennomgår strålebehandling (Häggmark et al., 2001). En annen studien fra (Larsson, Hedelin, & Athlin 2007) som tar også tar for seg viktighet av informasjon til kreftpasienter. Studien tar for seg pasienter sine erfaring med hode- og halskreft og behandlingsprosessen. Pasienten opplevde behandlingsperioden som trygt og sikkert, men det var også opplevelser av utilstrekkelig informasjon og mangel på tid til å stille spørsmål fra personale. (Larsson, Hedelin, & Athlin, 2007).

Artikkel fra Egestad (2013) fokuserer på møtene mellom stråleterapeuter og kreftpasienter. Artikkelen tar for seg møtene med stråleterapeuter har en betydelig innflytelse på pasienters erfaringer. Dersom en pasient erfarer at en stråleterapeut er faglig kompetent, så minsker angsten. Videre bringer artikkel frem at når en stråleterapeut får tid til å bygge relasjoner med pasienten vil dette skape en følelse av trygghet for pasienten, og behandling blir enklere for pasienten å gjennomføre. Studien kan tyde på at pasientenes angst øker dersom en stråleterapeut viser faglig inkompetanse (Egestad, 2013).

En vitenskapelig artikkel fra Egestad (2014) forteller meg også at det er få forskningsprosjekter ved norske stråleterapiavdelinger som involverer stråleterapeuter. Hensikt med artikkel fra Egestad (2014) er å finne ut hva stråleterapeuter synes det var aktuelt å forske på, temaet som stråleterapeuter synes det var aktuelt å forske på var blant annet pasientvaretagelse, pasientinformasjon (Egestad, 2014).

Forskning viser at pasienter som har fått påvist kreft og som kommer til stråleterapi og brachyterapi trenger god informasjon og en ivaretagende kommunikasjon når de er til strålebehandling, fordi det viser seg at god kommunikasjon bidrar til å redusere usikkerheten hos pasienter.

Hvordan stråleterapeuter tar imot pasienten blir derfor meget viktig for at pasienten skal kjenne seg trygg. En trygg pasient som føler seg “sett og hørt” har naturligvis lettere for å ligge stille under behandlingen og medvirke til at strålebehandlingen gis på en sikker måten. I følge artikkel fra Gamble (1998) er det å være informert om strålebehandlingen, forventede bieffekter og rutiner en forutsetning for at pasienter skal kunne forstå, ta til seg informasjon og ta beslutninger om sin egen helsesituasjon. En stråleterapeut må både ha oppmerksomhet mot pasienten og samtidig klare å utføre teknisk avansert arbeid (Gamble, 1998).

1.2 Hensikt med oppgaven

Litteratursøk viser at det er relativt lite forskning på stråleterapeuters erfaringer knyttet til å jobbe med kvinner som har livmorhalskreft i brachyterapi. Derimot finnes det mer forskning på kreftpasienten sine erfaringer med å være i stråleterapi og brachyterapi. Det finnes imidlertid en del forskning på hvordan kreftsykepleieren skal gi god omsorg og ivareta kreftpasienter generelt. Lite forskning på dette temaet blant stråleterapeuter avslører et kunnskapshull som jeg håper min egen studie kan være med på å fylle. Ved å forske på, og skrive om, dette temaet vil jeg forhåpentligvis øke egen og andres forståelse av hvordan stråleterapeutene opplever møtene med kvinner som gjennomgår brachyterapi.

Hensikt med mitt oppgave er å bidra til å øke kunnskapen om hva som er viktig for å kunne tilby gode tjenester til kvinner med livmorhals kreft som kommer til brachyterapi. Slik kunnskap vil være viktig for fagets utvikling. Formålet er å få tak i stråleterapeutene sine tanker på om det noe de ville gjort annerledes, for eksempel med tanke på informasjon og når det gjelder vurderingene av behovene til disse pasientene.

1.3 Problemstillingen

Hva beskriver stråleterapeuter at de gjør for å ivareta den enkelte pasientens behov for støtte og omsorg når pasienten kommer i brachyterapi?

For å besvare problemstillingen har jeg valgt følgende forskningsspørsmål. Relevante forskningsspørsmål er:

- Hvordan beskriver stråleterapeuter sine møter med pasienter?
- Hvordan ivaretar stråleterapeuten pasientenes behov for informasjon?

1.4 Livmorhalskreft

Livmorhalskreft er en alvorlig kreftform blant kvinner. Kreft i livmorhals skyldes en virus som heter Human papillomvirus (HPV). Det er mange typer HPV-virus, de fleste er harmløse. Det finnes 100 typer HPV, men bare noen få HPV gir økt risiko for livmorhalskreft. Smitte med HPV er ganske stor blant seksuelt aktive kvinner, og ca. 80% av alle kvinner smittes av viruset i løpet av livet. Derfor er det bare 1-2% som utvikler celleforandringer og livmorhalskreft. Vaksiner som er utviklet mot de typene som anses for å være høyrisiko virus har vist til å kunne redusere sjansen for kreft. Livmorhalskreft i tidlige stadium gir som regel ingen symptomer. Symptomer på livmorhalskreft kan være smerter, blødning, uregelmessige menstruasjon, blødning hos kvinner som er kommet i overgangsalder.

Behandling av livmorhalskreft er blant annet cellegift, strålebehandling både den ekstern og intern (brachyterapi) (Spallou et al., 2007). Den ekstern strålebehandling, er en utvendig strålebehandling for behandling av livmorhalskreft som kombineres med brachyterapi. Pasienter får to brachyterapi behandling per uke samtidig som hun får utvendige strålebehandling. Pasienter får ekstern strålebehandling fem ganger i uken i ca. totalt 5-6 uker. Det gis 25 behandlinger utvendige og 5-6 brachyterapi behandling. Som regel brachyterapi behandling gis fra uke 4 i ekstern strålebehandling. Pasienter fra uke 4 av ekstern strålebehandling får 1 eller 2 brachyterapi behandling per uke, frem til hun har gjennomføre alle eksterne behandlinger. Etter at pasienten er ferdig med alle utvendige strålebehandlinger gis resterende brachyterapi behandling med 2 -3 behandling hver uke (Degerfält, Moegelin, & Sharp, 2008).

Bivirkningen etter strålebehandling vil variere fra kvinner til kvinner. Pasienten kan få bivirkninger som urinveisinfeksjon, hyppig vannlating, høy stråledose ødelegger elastisitet i vaginalveggen, pasienter kan føle seg trøtt, kvalm, sår i slimhinnen. Pasienten får stråling mot bekkenregion, siden eggstokkene ligger i strålefelt. Vil dette gjøre at pasienten kommer i overgangsalder fordi eggstokkene slutter å produsere hormoner (Spallou et al., 2007).

1.5 Brachyterapi

Brachyterapi brukes blant annet på behandling av livmorhalskreft, brystkreft, prostatakreft osv. Brachyterapi er en vanlig behandling av livmorhalskreft. Selve strålingen i brachyterapi kommer fra små stykker av et radioaktivt stoff (iridium) som plasseres direkte i kreftcellen via tynne rør (Degerfält et al., 2008; Fischer, 2011). Iridium føres via applikatoren inn i livmorhalsen. Ved brachyterapi gis høy stråledose nøyaktig på det syke kreftceller(tumor), og samtidig skal spare det omkringliggende vevet og risikoorganer minst mulig dose (Warnock, 2005).

I brachyterapi er det som legen plassere hule rør som kalles applikatorer i tumor, applikatorer består av plastikksonde og en ring alternativ hule nåler i eller ved selve svulst. Applikatorer finnes i blant annet i Fletcher applikator og ringapplikator. Legen blokkere ut livmorhalsåpningen får hun setter inn applikator (ibid). Pasienten skal ligge i såkalt gynekologiskeleie når det blir satt inn applikatorer, etter at det er blitt satt inn applikatorer pasienten skal ligge i samme leie fordi at applikatorer ikke bevege på seg slik at dette gjør at pasienten får feil behandling. Deretter skal pasienten trilles til MR eller CT for bildeopptak. Behandlingen planlegges med bakgrunn for MR eller CT bilder. Det er legen som bestemmer om det skal tas CT eller MR bilder av pasienten.

MR bilder gir mer detaljert fremstilling av bløtvevet. Når det skal gis behandling nåle, applikatoren skal kobles til en etterladningsapparat og en radioaktive kilder fjernstyres inn i pasienten. Brachyterapi som i første omgang benytter radiumnåler og tuber ble lansert i 1910 og fikk gjennom årene større anvendelse. Etter andre verdenskrig var det røntgen og radiumbestråling, men etter hvert ble apparatene bedre og mer nøyaktige slik at planlegging av strålebehandling ble mye bedre, og en kunne avlevere stråledoser som tilsiktet i et forutbestemt område, uten å avgi stråling til uønskede områder (Reppe, Wist, & Kåresen, 2009).

1.6 Oppgavens oppbygning

Kapittel 1 inneholder innledning med studiens bakgrunn, hensikt med oppgaven og problemstilling. Jeg presenterer tidligere forskning samt om livmorhalskreft og brachyterapi.

Kapittel 2 skal redegjøre for studiens teoretiske perspektiver, der bruker jeg sentrale begreper som jeg benytter i analyse av studien materiale.

I kapittel 3 gir jeg oversikt i studiens metode som det er blitt valgt for å gjennomføre studien. Jeg beskriver hvordan produksjon av data er utført og hvordan analyse av data er utført. Ethiske betraktninger trekkes også inn i dette kapitlet.

I kapittel 4 presenterer jeg studiens funn. For å kunne presentere materiale på oversiktlig måte har jeg delt inn i to hovedtemaer med flere underpunkter.

I kapittel 5 i dette kapitlet presenterer og diskuterer jeg studiens funn. Jeg presenterer også studiens troverdighet og gyldighet.

I kapittel 6 kommer en avslutning og oppsummering av studiens funn, og forslag til videre studier.

2. Teoretisk perspektiv

I studien er jeg interessert i å utvikle større forståelse av stråleterapeuters erfaringsgrunnlag, herunder hvilken kunnskap erfaringene bygger på og hvilken kunnskap erfaringene genererer. Stråleterapeuter skal ha kunnskap om det oppgave de er satt til å gjøre. Derfor vil jeg i min oppgave benytte meg av tre forskjellige kunnskapsformer fra Molander, ferdighetskunnskap, fortrolighetskunnskap, påstandskunnskap. Som tar utgangspunktet hva de forskjellige kunnskapsformer innebærer, jeg vil også benytte meg av omsorgsteorier fra Kari Martinsen. Som tar utgangspunktet i omsorgens ulike dimensjoner. Tilslutt kommer teori om informasjon og kommunikasjon fra Eide og Eide.

2.1 Kunnskapsformer

2.1.1 Påstandskunnskap

I følge Molander(1996) denne kunnskapsformer handler om teknikker, håndlag og andre praktiske ferdigheter. Påstandskunnskap anvendes i praktiske situasjoner og kan øves inn og bli ferdighetskunnskap. Påstandskunnskap formuleres gjennom påstand, påstandskunnskap lar seg uttrykke og artikuleres gjennom språk. Påstandskunnskap handler om av egne kunnskap basert på situasjon en befinner seg. Påstandskunnskap kan læres fra praktiske virkelighet og kan formidles teoretisk. Påstandskunnskap er viktig til å kunne begrunne og velge sine handling (Molander, 1996). Molander (1996) mener at påstandskunnskap også hviler på et fundament av fortrolighetskunnskap og ferdighetskunnskap. Stråleterapeuter må inneha påstandskunnskap for å gjennomføre prosedyrer. For at stråleterapeuter skal kunne dekke opp sterile oppdekning i forbindelse med brachyterapibehandling. Der vil det påstandskunnskap for stråleterapeuter være kunnskap om blant annet hygiene.

2.1.2.Ferdighetskunnskap

Ferdighetskunnskap handler om å kunne beherske forskjellige praktiske prosedyrer og utvikling av praktiske ferdigheter. I følge Molander (1996) ferdighetskunnskap er den teknisk ferdighet som innbefatter generelle regler, teknikker og prosedyrer. I følge Molander ferdighetskunnskap er et uttrykk for at man behersker et fenomen, begrenset objekt, et fenomen eller en prosess, og at det vil være et forhold mellom subjekt og objekt.

Ferdighetskunnskap er kunnskap som stråleterapeuter utvikler under utførelsen av de forskjellige tekniske ferdighetene. Ferdighetskunnskap er blant annet kunnskapen som stråleterapeutene behøver for at de skal kunne jobbe med de forskjellige tekniske apparatene. I ferdighetskunnskap skal en ha forståelse for teorier og forskjellige forutsetninger i en spesifikk situasjon for å kunne utvikle ferdigheter (Molander, 1996). Ferdighetskunnskap basert på overlevering av andres erfaring er et viktig element i kunnskapskapitalen erfarne yrkesutøver kan videreformidle, eller overføre til mer uerfarne yrkesutøver.

2.1.3.Fortrolighetskunnskap

I følge Molander fortrolighetskunnskap handler om forståelse, fortrolighet, ferdighet og personlig engasjement. I fortrolighets situasjon skal en velger den handlingen som er best for en spesiell situasjon. Fortrolighetskunnskap er kunnskap som skal gi handling som gir forståelse av hva som er riktig for handling. Kunnskap som erfaring og ferdigheter at hver behandling skal tilpasses individuelt (Molander, 1996). Molander sier at kunnskap og etikk står i en indre sammenheng med.

Videre sier Molander at etikken er tilstede i arbeidet, i handlaget. Fortrolighetskunnskap innebærer at stråleterapeuter også må være trygge på teknologien de styrer. Stråleterapeuter bygger som andre helsearbeidere sin yrkesutøvelse på et moralsk fundament for å hjelpe og lindre den syke pasienten så langt som det er mulig. Stråleterapeuter sin personlige kunnskap vil synliggjøres i yrkesutøvelsen. Stråleterapeuter øver å lage en optimal doseplan ut i fra pasienten sin prognose og tumor. Stråleterapeuter skal behandle pasienten individuelt ut i fra å kunne se om pasienten har smerte i forbindelse med behandlingen på den måten skal de ha forskjellige metode for å beherske ferdigheter. Det å kunne se likheter og forskjeller. Å

vurdere stemmingen i situasjonen og klare å handle riktig. I følge Molander (1996) det å ha kunnskap om noe er å kunne utrette noe som den kunnskapsløse ikke kan gjøre. Erfaringsbaser kunnskap lærer man i konkrete sammenhenger gjennom erfaring (Molander, 1996).

2.2 Omsorgsteori

Kari Martinsen mener at i omsorgen for den andre er nestekjærligheten fundamentalt og at forståelsen for den andre er et relasjonelt produkt som blant annet utvikles ved hjelp av blikk, håndlag og tale. Denne måten å utvikle forståelse på kan beskrives som faglig skjønn, eller som taus uartikulert kunnskap (Alvsvåg, 2006).

I følge Martinsen omsorgsutøvelse innebærer å gjøre bruk av både manuelle, relasjonelle, moralske og teoretiske ferdigheter. Omsorgsmoral knyttes med andre ord til praktiske handlinger og blir på den måten både rasjonell og emosjonell Martinsen (2003). Omsorg har ulike konkrete uttrykk i yrkessammenheng. Omsorg er sosial relasjon det har med fellesskap og solidaritet med andre å gjøre. Omsorg betyr å ha forståelse for den andre, en forståelse der en tilegner gjennom å gjøre ting for og samme med den andre. Vi utvikler felles erfaring og det er disse situasjoner vi har erfaringer fra som vi kan forstå. Og på den måte en kan forstå den andre gjennom måten person forholder seg til sin situasjon. En skal forholde seg til den andre ut fra en holdning, for at omsorgen skal være ekte. Det å kunne anerkjenne person fra den situasjon han befinner seg i. Det ligger gjensidighet i dette som utvikler seg gjennom handling i en praktisk arbeidssituasjon (Martinsen, 2003).

Omsorg handler om hvordan vi forholder oss til hverandre, hvordan vi skal vise omtanke for hverandre. Omsorg er naturlig og det mest fundamentale ved menneskets eksistens (ibid). Martinsen bringer her frem tre viktige dimensjoner knyttet til omsorgsbegrepet den moralske, den rasjonelle og den praktiske dimensjonen (Alvsvåg, 2006).

Omsorg i et rasjonelt perspektiv innebærer at stråleterapeuter og pasienter har noe felles sammen, og at stråleterapeuten forstår pasienten og den situasjonen pasienten befinner seg i. Det emosjonelle perspektivet innebærer at pasienten føler seg trygg og ivaretatt. For at omsorgsutøvelsen til stråleterapeuter skal kunne beskrives som profesjonell er det nødvendig at perspektiver knyttet til omsorgsmoral i praksis er til stede. I profesjonell omsorg ligger den universelle etiske fordringen om å ivaretar den andre (Alvsvåg, 2006) .

2.2.1.Den Moralske dimensjon

Moralsk omsorg handler om måten en jobber på i praksis og hvordan en som profesjonelle helsearbeidere møter andre (Austgard, 2002; Martinsen, 2003). I følge Martinsen er omsorg det vi kjenner fra dagliglivet. Vi har gitt omsorg og erfart omsorg i flere sammenhenger, før vi begynner å bruke omsorg i yrkessammenheng. Omsorgsmoral tar utgangspunkt i at alle er avhengig av hverandre og alle mennesker før eller siden kommer i en situasjon hvor de har behov for hjelp av andre. Omsorgsmoral har også å gjøre med at den svake har behov for hjelp, noe som gir den andre parten en form for makt. Bruk av makt er en del av moralsk omsorg. Det handler om å bruke makten slik at den svake skal kunne leve et bra liv etter de forutsetningene personen har. En skal utøve faglig skjønn til å sette seg i den svake sin livssituasjon. Omsorgsgiver skal arbeide for å kunne oppnå tilliten til den svake, blant annet ved å vise medfølelse, sympati og omsorg (Alvsvåg, 2006).

Stråleterapeuter skal med andre ord bruke sitt faglige skjønn til å utøve oppriktighet, respekt og pålitelighet for pasientene de skal hjelpe. Stråleterapeuter bygger som andre helsearbeidere sin yrkesutøvelse på et moralsk fundament om å hjelpe og lindre den syke så langt som det er mulig. Stråleterapeuter personlige kunnskap vil synliggjøres i yrkesutøvelsen. Omsorgen har en moralsk side som handler om hvordan vi fremstår og hvordan våre holdninger kommer til syne i relasjonen gjennom det praktiske arbeidet. Omsorgsmoral må læres gjennom praksis og vurderes kritisk for å unngå krenkelser (ibid).

2.2.2 Den rasjonelle dimensjon

I omsorgsrelasjonen vil det være spørsmål om hvordan man skal vise omsorg for hverandre med konkrete og praktiske handlinger. Når stråleterapeuter møter pasienter skal stråleterapeuter forstå situasjon som pasienten befinner seg i, slik at stråleterapeuten skal kunne vite hva som vil være det rette å gjøre akkurat i denne situasjon.

I følge Martinsen (2003) er omsorg relasjonell. Det betyr at det alltid er to eller flere personer som er involvert, der den ene skal yte nødvendige hjelp tilpasset den andres behov. Videre mener Martinsen (2003) at et helsepersonell skal engasjere seg i pasienten sin situasjon for å kunne finne ut av hva den andre har behov for (Martinsen, 2003). Rasjonell omsorg betyr at helsepersonell gir omsorg som inngår til den person som mottar omsorg. I rasjonell omsorg er pasienten sin opplevelse viktig for at hun føle seg ivaretatt og opplever seg trygg.

Stråleterapeuter skal kunne bruke sine ferdigheter og fortroligheter for å finne ut pasienten sin behov. En stråleterapeut har som oppgave å gå inn i relasjoner for å hjelpe den enkelte pasient mest mulig. Det er stråleterapeuter sin faglige skjønn som avgjør om hvordan hun skal handle slik at det blir best for pasienten

2.2.3 Den praktiske dimensjon

Omsorg kommer til syne som praktiske handlinger. Dette innebærer at man bør delta praktisk i den sykes lidelse, uten praktiske handlinger blir omsorgen sentimental og handler mer om mine følelser i en situasjon og å synes synd på den lidende. I praktisk omsorg er det viktig å prøve å forstå og anerkjenne den lidende sin situasjon og å akseptere personens ressurser og begrensninger og slik unngå å umyndiggjøre den andre (Alvsvåg, 2006).

Omsorgsarbeidet som stråleterapeuter utfører kan forstås som generalisert gjensidighet i praksis. Denne formen for omsorg preges av altruisme, som handler om å handle for den andres beste. Omsorgen har en moralsk side som handler om hvordan vi fremstår og hvordan våre holdninger er i relasjonen gjennom det praktiske arbeidet. Det å være opptatt av pasienten, ta pasienten på alvor og ikke av noen andre ting. Når pasienten blir tatt på alvor har dette gitt pasienten trygghet og kan dette gitt trygghet i situasjon (Alvsvåg, 2006; Martinsen, 2003).

2.3 Kommunikasjon og informasjon

God kommunikasjon og informasjon mellom pasient og stråleterapeut skaper trygghet for pasienten. Kommunikasjon handler om sosiale handlinger, om å dele, gjøre noe kjent. I følge Eide & Eide (2005) betyr kommunikasjon å gjøre noe felles. Kommunikasjoner dreier seg om samtalen mellom to personer som snakker sammen og henvender seg til hverandre. Mennesker vil alltid befinne seg i en situasjon og ikke bare i omgivelser, situasjon skapes og omskapes hele tiden. Kommunikasjon deles i verbal og non-verbal kommunikasjon. Verbal kommunikasjon innebærer ordene som sies eller skrives i et budskap. Man får mer informasjon fra non-verbal kommunikasjon enn fra verbal kommunikasjon. Non-verbal kommunikasjon innebærer kroppsspråk, ansiktsuttrykk, øyekontakt og så videre. Ansiktsuttrykk kan påvirke våre følelser, når vi smiler vil vi kjenne gleden lettere, og på den måten kan glede for eksempel smittes av på pasienten (Eide & Eide, 2005).

Profesjonell kommunikasjon betyr å skape god kontakt med pasienten, og som stråleterapeut skal man ha evne til empati, evnen til å lytte og å sette seg inn i pasienten sin situasjon for forstå den andre sine følelser og reaksjoner. Stråleterapeuter skal benytte empati når de lytter til pasienten. Stråleterapeuten skal skape gode og likeverdige relasjoner med pasienten, og skal ivareta pasienten i vanskelige situasjoner, samt yte pasienten god omsorg når hun trenger det. Kommunikasjon er en sosial prosess og et nøkkelbegrep når stråleterapeut skal informere om behandlingsforløpet.

For å oppnå dette må stråleterapeut forsikre seg om at kommunikasjonssperre som psykiske, språklige og intelligensmessige faktorer overvinnes. Dette gjøres ved å føre en samtale der begge deltar. Samtidig som pasienten gis rom til å stille spørsmål og komme med kommentarer får stråleterapeuten et bilde av pasientens forståelse. Kommunikasjon i brachyterapi arbeidet handler om relasjoner mellom stråleterapeuten og pasienten. Øye er sjeldens speil, det å bli sett og speilet både i bokstavelig og overført betydning er et grunnleggende og all menneskelige behov. Å bli oversett noe av mest sårende en kan bli utsatt for i samvær med andre. Bli kontakt vil bidra til å fremme relasjoner (Eide & Eide, 2005).

Både forskningsresultater (Gamble, 1998) og teori fra Eide og Eide (2005) viser at det er viktig å gi informasjon om behandling til pasienten. Informasjonen vil ikke treffe alle pasienter på samme måte, og stråleterapeuter må samtale med den enkelte pasienten for å få innsikt i hva denne pasienten tenker og hvilke behov denne pasienten har. Stråleterapeuter skal gi pasienten den informasjon som er nødvendig for undersøkelsen, men bør, slik jeg ser det, heller ikke gi for mye informasjon fordi det kan hende at hun ikke får med seg alt og ikke klarer å bearbeide all informasjon hun har fått. Å gi pasienten informasjon betyr å formidle kunnskap som pasienten har behov for og er i stand til å ta imot informasjon. Dette gjelder hvilken situasjon pasienten er i, uansett hva slags møte helseutøver har med pasienten. Det er viktig å tenke over på hvilken måte man gir pasienten informasjon, og hvorfor man gjør det akkurat på den måten. Informasjon kan deles inn i tre faser. I første fase kan en innlede samtalen med åpne spørsmål som fører til at pasienten kan beskrive sin situasjon og stiller de spørsmålene de måtte ha. Den andre fasen kan en svare på spørsmålene pasienten har og klargjøre eventuelle misforståelser (Eide & Eide, 2005). I den tredje fasen kan stråleterapeuten samarbeide med pasienten for å komme til en løsning på problemer som kan oppstå som for eksempel bivirkninger

2.4 Oppsummering

Stråleterapeuter sine kunnskap gjennom den ferdighetskunnskap, fortrolighetskunnskap og påstandskunnskap i situasjon er et godt utgangspunkt for skjønnsmessige vurderinger. Omsorg er en grunnleggende verdi i stråleterapifagelige yrker. Omsorg er omtenkksomhet, det å bekymre seg og bry seg for andre. Omsorg er å ivareta og sørge godt for pasienter som har behov for støtte og hjelp. Pasienten behov står alltid i sentrum for stråleterapeuter. For å klare å yte omsorg må en ha ønske om å handle, for å få til dette må en stråleterapeut opparbeidet seg kyndighet. Praktiske kommunikasjonsferdigheter gir evnen til stråleterapeuter for å kunne kommunisere med pasienten, og for å kunne skape gode, likeverdige relasjoner, strukturer en samtale, formidle informasjon og kunne forholde seg åpen til vanskelige følelser og eksistensielle spørsmål (Eide & Eide, 2005). Informasjon handler ikke bare om det som skal skje, men vil også skape kontakt mellom stråleterapeuter og pasient. I tillegg til å fortelle pasienten om behandlingen må stråleterapeuter forsøke å forstå pasienten og ivareta henne.

3. Metode

I dette kapitlet vil jeg først redegjøre for valg av hermeneutisk tilnærming og kvalitativ metode. Deretter redegjør jeg nærmere for fremgangsmåten under datainnsamlingen og analysen.

3.1 Forskningsmetode

I denne studien har jeg valgt en kvalitativ metode med hermeneutisk tilnærming fordi jeg er opptatt av stråleterapeuters sine erfaringer knyttet til hvordan de ivaretar kvinnelig pasienter med livmorhalskreft i brachyterapi. Derfor er en hermeneutisk tilnærming egnet til å belyse min problemstilling.

Hans-Georg Gadamer regnes som den fremste representant for den hermeneutiske tradisjonen. Det sentrale hos Gadamer er vilkårene for forståelsen, vilkår som for eksempel forforståelse og den hermeneutiske forskerrollen. Vilkårene gir grunnlaget for alle tolkningsmuligheter og setter også grenser for dem. Dette kan innebære en fortolkning, hvor hensikten er et forsøk på å gjøre et studiefelt klart og forståelig. Studiefeltet vil i denne sammenheng innebære et forsøk på å gjøre rede for forståelse av et meningsinnhold, eller kaste lys over et fenomen og dets mening. I søken etter meningsinnhold blir forskerens kunnskaper og holdninger til fagfeltet, samt forskerens rolle, av stor betydning fordi disse forholdene vil kunne få innvirkning på meningsinnholdet. Min rolle som forsker er slik sett et bidrag til å "bedre sikten" i det sosiale feltet jeg beveger meg i, altså å klarlegge de begreper som verden beskues gjennom (Gilje & Grimen, 2002).

Meningen i et fenomen ligger med andre ord ikke i selve fenomenet, men i det forskeren via sitt perspektiv tolker og legger inn som mening. Det er måten vi fortolker fenomenet på som avgjør hva vi ser og hører i den konkrete situasjonen. Det blir derfor meget viktig at forskeren er seg bevisst og er innforstått med eget verdisyn, forforståelse osv., nettopp fordi disse nevnte forhold vil utgjøre det perspektivet forskeren vil anvende og som vil "styre" hva en vil legge merke til, anvende og beskrive. Forskeren både har og gis nærhet til fenomenet (Gilje & Grimen, 2002). Jeg forstår min rolle som forsker som en deltaker i den hermeneutiske prosess, noe som jeg vil si at jeg som forskeren er i dialog med mitt forskningsfelt.

Utgangspunktet er at vi mennesker alltid streber etter mening, og at vi i vår streben etter mening alltid bygger på en forforståelse. Gjennom analysen av intervjuene blir data redusert til deler. Min forståelse av helheten i materialet bygger på en forståelse av delene og at delene

forstås ut fra helheten slik jeg oppfatter den. En slik runddans mellom datamaterialet og egen fortolkning, der helheten forstås ut fra delene og delene ut i fra helheten kalles av Gadamer (2012) for den hermeneutiske sirkelbevegelse (Gadamer, 2012). Filosofisk dreier altså hermeneutikk seg om tenkning omkring hva forståelsen er og forståelsens grunnlag. Hvordan man forstår ting og hvordan vår forståelse er bestemt av historie og tradisjon (Aadland, 2011; Kvale, 2009). Min forforståelse er preget av mine erfaringer som igjen har preget mitt valg av problemstilling og metode. Informantenes (stråleterapeutenes) for-forståelse vil prege deres forståelse av møtene med den enkelte pasient.

3.1.1. Kvalitativ forskningsintervju

Datainnsamlingen foregikk ved hjelp av kvalitative forskningsintervju. I følge Kvale (2009) er kvalitative intervju en god kilde til informasjon om informantenes meningsunivers. I tillegg gir kvalitative intervju en dynamisk bevissthet over det som sies og egen tolkning av det som sies. I følge Kvale (2009) består kvalitative intervju av syv ulike faser: tematisering, av intervjuarbeidet, planlegging, intervjuing, transkribering, analyse, verifisering og rapportering (Kvale, 2009).

Det falt naturlig å følge disse fasene i arbeidet med min studien. Det er en viktig målsetning med kvalitative intervjuer å være nysgjerrig og utforskende på de temaer man ønsker informasjon om. Jeg stilte spørsmål på en måte som inviterte og inspirerte intervjupersonen til å reflektere over temaet jeg ønsket å utforske, samtidig som jeg oppmuntret dem til å komme med fyldige kommentarer. I dette arbeidet benyttet jeg meg av en semi-strukturert intervjuguide.

En semi- strukturert intervjuguide gir meg som forsker muligheten til å hente inn kunnskap om tema jeg på forhånd har valgt ut, og i tillegg ivareta mine informanternes mulighet til å kunne snakke fritt rundt spørsmålene. Jeg valgte å utforme intervjuguiden med åpne spørsmål, fordi åpne spørsmål styrker den kvalitative tilnærmingen, og gir muligheter for et mangfoldig og rikt datamateriale. Kvalitativ metode skal bidra til å presentere mangfold og nyanserikdom, og tar utgangspunkt i at en og samme virkelighet kan beskrives ut fra ulike perspektiver (Kvale, 2009) Kvalitativ metode omfatter et bredt spekter av strategier for blant annet systematisk innsamling av data og tolkning av tekstmaterialet fra samtaler (ibid). Ved å bruke kvalitativ metode fikk jeg innsikt i stråleterapeutens tanker, erfaringer og opplevelser

knyttet til å behandle livmorhalskreft hos kvinner ved hjelp av brachyterapi. I følge Thagaard (2009) handler kvalitativ metode om fenomeners karakter og egenskaper, herunder kunnskap om informanter sine erfaringer (Thagaard, 2009).

Thagaard (2009) skriver videre at kvalitative metoder egner seg til å studere personlige og sensitive ting som er vanskelig å måle og tallfeste, og mener at en kvalitativ tilnærming er best egnet når man som forsker beveger seg inn i et felt som er lite utforsket fra før (ibid). Åpenhet og fleksibilitet er avgjørende for at denne typen studier skal klare å fange opp informasjonen som studiesubjektene (informantene) selv mener er av betydning. Det handler om at en kvalitativ tilnærming går i dybden for å få fram helhet og sammenhenger som ikke er synlig for det blotte øye (Kvale, 2009).

3.2. Dataproduksjon

Det er viktig å ha en intervjuguide selv om bruk av en intervjuguide og ferdig spørsmål, av og til kan føles oppstyrtet når man intervjuer. Jeg benyttet meg av intervjuguiden når jeg intervjuet, fordi å utarbeide en intervjuguide hjalp meg til å holde fokus på det jeg er ute etter, og samtidig skulle jeg få svar på det jeg var ute etter. I arbeidet med å lage en intervjuguide kommer også min forforståelse til syne.

Å lage intervjuguiden var krevende arbeid blant annet fordi jeg ikke har egen erfaring som stråleterapeut, men jeg utformet intervjuguiden etter beste evne og med åpne spørsmål jeg mente var egnet for å belyse problemstillingen. Flere forfattere fremhever at intervjuformen er vanskelig og krever mye erfaring for at man skal gjøre et godt intervju (Dalen, 2011).

Intervjusamtalen ble utført i overensstemmelse med intervjuguiden der jeg på forhånd hadde sirklet inn bestemte temaer og med forslag til spørsmål.

I tråd med Tjora (2012) sine anbefalinger hadde jeg satt meg godt inn i intervjuguiden på forhånd før jeg gjennomførte selve intervjuene. I tillegg anbefaler han (Tjora, 2012) bruk av lydopptak når man intervjuer en informant, fordi dette gir oss visshet om at vi får med oss alt som blir sagt. Bruk av lydopptaker gjorde at jeg i selve intervjusituasjon kunne konsentrere meg fullt og helt om informanten og hva hun fortalte. På denne måten forsøkte jeg å skape god kommunikasjon og flyt under intervjuet. Intervjuguidens undertema hjalp meg til å følge opp mine informantens svar. Etter de to første intervjuene justerte jeg litt på intervjuguiden,

fordi intervjuene hadde avslørt tema knyttet til min problemstilling jeg ikke på forhånd hadde tenkt på, og som ville berike materialet mitt. Endringene ble gjort i samråd med min veileder.

3.2.1.Rekruttering av deltakere

I studien har jeg intervjuet fire stråleterapeuter som jobber i stråleterapien og som jobber eller har jobbet med kvinner som har livmorhalskreft og som jobbet med brachyterapi. Tre av stråleterapeutene hadde jobbet under to års med brachyterapi, mens en hadde erfaring på mer enn fire år. Jeg hadde valgt to sykehus for å få nok informanter til å kunne få nok materiale til å belyse min problemstilling.

Valget mellom sykehusene og erfaring hos informantene er praktiske grunnet, avhengig av hvor tilgjengelig informantene var og avhengig av hvilket sykehus som utførte brachyterapi for gynekologisk kreft. For å skille mellom de to sykehusene og de respektive informantene har jeg kalt det ene av sykehusene for sykehus A og den andre sykehuset for sykehus B. Jeg har intervjuet tre informanter i Sykehus A og jeg kaller informantene for informant A1, informant A2 og informant A3. Jeg har intervjuet en informant på Sykehus B og jeg kaller informanten for informant B1.

Tabell 1 oversikt over informanter som deltok

Sykehus A	Sykehus B
Informant A1	Informant B1
Informant A2	
Informant A3	

Jeg har rekruttert deltakere til min studie ved hjelp av informasjonsbrev med vedlagt forespørsel om deltakelse i prosjektet (vedlegg 3). Jeg sendte på forhånd forespørsel (vedlegg 2) om prosjektet til sjefs-stråleterapeut i de to sykehusene for å få deres tillatelse til å rekruttere informanter og gjennomføre intervjuene.

I tillegg ba jeg sjefstråleterapeutene i aktuelle sykehus om hjelp til å rekruttere informanter ved deres avdelinger. Dette gjorde de ved å formidle informasjonsbrev og samtykkeerklæring til aktuelle stråleterapeuter. Jeg mottok samtykkeerklæring fra fire stråleterapeuter som var villige til å stille opp til intervju. Min intensjon var at sjefstråleterapeutene ikke skulle vite hvem som deltok i studien, men siden informantene ville intervjues i arbeidstiden, ba de meg å snakke med sjefen for at denne skulle sette av tid for intervjuene.

3.2.2. Gjennomføring av intervjuene

Datainnsamling foregikk i perioden fra medio oktober 2015 til begynnelsen av januar 2016. Intervjuene ble gjennomført på informantenes arbeidsplass. Intervjuene foregikk i et stille rom og uten forstyrrelser. To av intervjuene varte rundt 45 minutt, mens et intervju varte ca. 20 minutt og det siste intervjuet varte i ca. 1,5 time. Jeg brukte en digitalt lydopptaker for å få informantenes utsagn ordrett til analysearbeidet jeg skulle gjøre i etterkant. I etterkant av hvert intervju og båndopptakeren slått av pratet jeg litt med informanter om hvordan var det å bli intervjuet. To av informantene sa at de syntes det hadde vært greit. En av informantene synes det var veldig bra at jeg har valgt dette temaet og vil skrive om det. Den fjerde av informantene fortalte meg at hun synes spørsmålene på intervjuguiden var litt vanskelige å svare på. Denne informanten mente dette kanskje skyldtes at jeg ikke har jobbet med brachyterapi.

Under intervjuene var jeg veldig fokusert på samtalen og tema, og lyttet oppmerksomt på det informanter fortalte. Jeg transkriberte intervjuene over til tekst samme dag som jeg var ferdig med intervjuet. Når man intervjuer anbefales bruk av lydopptak og fullstendig transkribering av materiale i etterkant. I følge Kvale(2009) finner man ingen objektiv oversettelse fra muntlig til skriftlig form, og han anbefaler at man vurderer hvordan man vil transkribere med hensyn til hva som kan komme til nytte i den konkrete situasjon (Kvale, 2009).

Når man transkriberer er det greit at man bruker god tid for å høre på hva informantene har sagt. Alt som informantene har blitt spurt om og svart skrives ned (Tjora, 2012). I et av intervjuene ønsket ikke informanten å snakke om en vanskelig situasjon hun hadde opplevd, og der det hadde vært vanskelig for informanten å ivareta pasienten. Kvale (2009) sier at i intervjusituasjonen er det viktig at forskeren møter informanten med et åpent sinn. Det skal være en samtale mellom to parter om et emne av felles interesse, der det er viktig å ha fokus på hva intervjupersonen sier, altså å være en god lytter. Lytteren må ifølge Kvale (2009) lære å lytte til det som sies og hvordan det sies. Jeg valgte å respektere informantens valg om ikke å snakke om sine vanskelige erfaringer (Kvale, 2009).

Kvalitativt forskningsintervju kan inneholde både faktaspørsmål og spørsmål som prøver å fange erfaring, mening og opplevelse. Under intervjuet kan intervjueren forsøke å formulere informantens implisitte budskap tilbake til intervjupersonen for å få bekreftet at man faktisk har forstått informantens utsagn rett. I løpet av et kvalitativt intervju må intervjueren oppfordre informanten til å si akkurat det de opplever og føler (Kvale, 2009). Det kvalitative forskningsintervju er rettet mot informantens oppfatninger, tanker og opplevelser der det fokuseres på bestemte tema som det ønskes større forståelse for (Repstad, 2007). Jeg hadde et ønske om å overvære en behandlingssituasjon før jeg utviklet intervjuguiden og tok fatt med intervjuene, men dette lot seg dessverre ikke gjøre. I etterkant av de tre første intervjuene fikk jeg imidlertid mulighet til å overvære i en slik behandlingssituasjon. Dette gav meg en større forståelse for hva som faktisk foregikk i rommet og hva som ble sagt. Denne erfaringen gjorde at det fjerde og siste intervjuet tok lengre tid enn de tre andre intervjuene, jeg hadde rett og slett mer å spørre om fordi jeg hadde fått bedre forståelse av hva som foregikk i behandlingsrommet.

3.3 Etiske overveielser

Datamaterialet oppbevares i tråd med retningslinjer fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Før jeg startet opp med studien sendte jeg søknad til NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste) om tillatelse til å gjennomføre studien slik jeg hadde planlagt. Blant annet skal deltagelsen basere seg på et skriftlig informert og frivillig samtykke (www.nsd.no) (Jacobsen, 2003). Jeg sendte søknad til NSD fordi jeg planla å intervju helsepersonell som jobber med mennesker i en sårbare posisjoner, og jeg ønsket blant annet å få vurdert om informasjonen jeg etterspør, og måten jeg oppbevare og behandler

informasjonen på er innenfor Norsk lov. Alle prosjekter som inneholder personopplysninger og behandles elektronisk skal meldes til NSD (Jacobsen, 2003). Jeg sendte derimot ikke søknad til REK (Regionale komiteer for medisinsk og helsefag forskningsetikk), fordi jeg ikke samler personopplysninger om enkeltpasienter og fordi jeg skal intervju stråleterapeuter om deres erfaringer generelt og ikke erfaringer knyttet direkte til enkeltpasienter.

Søknaden jeg sendte til NSD inneholdte problemstilling, tema, hva jeg tenkte å undersøke, gruppen jeg tenkte å intervju, hva som er formålet med studien og annen nødvendig informasjon knyttet til min studie (Jacobsen, 2003; Kvale, 2009). Kvalitative studier innbefatter en rekke ulike datainnsamlingsmetoder, som deltagende og ikke-deltagende observasjon, kvalitative intervju, dokumentanalyse, videopptak og lydbåndinnspilling. Hver av disse aktiverer ulike etiske problemstillinger. Uansett type datainnsamling vil visse etiske prinsipper være viktige å overholde (Thagaard, 2009).

Det ble innhentet skriftlig samtykke fra informantene (vedlegg 3). I informasjonsskrivet gjorde jeg oppmerksom på at deltakelse i studien er frivillig, og at informantene kunne trekke seg når som helst fra studien og uten å oppgi noen grunn. Informasjon ble gitt skriftlig. I tillegg fikk informantene skriftlig informasjon om at intervjuene ville bli tatt opp på bånd, og deretter vil bli skrevet ut til tekst. Videre ble informanter informert om at alle opplysninger skulle anonymiseres, og det ikke ville være mulig å spore informasjonen de kom med tilbake til dem eller andre enkeltpersoner. Informantenes identitet vil ikke være kjent for andre enn jeg som intervjuer dem. Dersom deltagerne i studien skulle bli gjenkjent kan det skape ubehag for dem, derfor har jeg rekruttert informanter fra to sykehuset med lang geografisk avstand for å sikre anonymitet.

Datamateriale oppbevares på låst sted og materialet ble lagret på egen passordbeskyttet datamaskin som ikke var koblet i nettverk. I tillegg ble materialet oppbevart innelåst på en passordbeskyttet harddisk. Etter avsluttet studie slettes alt av identifiserbart materiale. Samtykkeerklæringer som inneholder informantens navn, telefon og arbeidssted oppbevares også i låst sted frem til destruering, som skal skje umiddelbart etter avsluttet masteroppgave. Transkriberte intervju også oppbevares på en passordbeskyttet PC som ikke er koblet opp i et nettverk. Lydopptak ble også lagret på UITs datamaskin som er koblet i nettverk, men beskyttet med egen brukernavn og passord. I følge Thagaard (2009) er det metodisk sett riktig å presentere informanter slik de fremstår forskeren, men etisk sett blir det viktig å skjule

identitet (Thagaard, 2009). Jeg har skrevet alle intervjuene på bokmål og har i en stor grad fjernet dialekt.

3.3.1. Analyse

Å analysere et kvalitativt materiale kan gjøres på ulike måter. Jeg valgte innholdsanalyse fordi dette er anbefalt for forskere som velger hermeneutisk tilnærming (Polit & Beck, 2010). Jeg selv er blitt inspirert av Graneheim og Lundmans (2004) kvalitativ innholdsanalyse. Graneheim og Lundman (2004) anbefaler å identifisere deler av teksten innenfor hvert temaområde i ulike meningsenheter.

Analysemetoden inneholder fem trinn for å klassifisere og kategorisere meningsenheter, som skal kondenseres til kode, kategorier og tema. Å kode innebærer at en skiller ut typiske trekk og blir på en måte en merkelapp for de meningsbærende enheter som jeg har dratt ut av teksten. Det skjer da en abstraksjon, slik at kodene blir et redskap slik at dataene kan sees på ulike måter, og samles til eksempelvis kategorier og temaer (Graneheim & Lundman, 2004). I trinn en i analysearbeid har jeg søkt etter meningsenheter, formulert i setninger og/ eller ord som jeg mente var av særlig betydning for tema. Disse meningsenhetene har jeg så kodet og deretter samlet under forskjellige kategorier.

I analysearbeidet leste jeg gjennom det transkriberte materialet flere ganger. For hver gang jeg leste transkripsjonene justerte jeg på notatene fra forrige gang. Etter å ha lest intervjumaterialet flere ganger skrev jeg fram min forståelse av det informantene hadde formidlet i intervjuene. Slik hjalp analysearbeidet meg til å komme frem til ulike koder og kategoriseringer.

Tabell 2: Eksempel på analyse fra meningsenheter til tema

Intervjutekst	Meningsenhet	Kode	Kategori	Tema
<i>"Omsorg for meg er å være tilstede for pasienten, gi litt av meg selv og vise at jeg bryr meg om pasienten".</i>	Å være tilstede for pasienten, og bry seg om pasienten.	Omsorg og ivaretagelse	Å vise omtanke	Oppmerksomhet

4. Resultat

I dette kapitlet vil jeg presentere de mest sentrale resultatene fra studien i forhold til valgte problemstilling. Analysen av datamaterialet er basert på stråleterapeutenes fortellinger om egne erfaringer med å ivareta kvinner med livmorhalskreft som er under behandling ved hjelp av brachyterapi.

Analysen av datamaterialet avdekker særlig to hovedtemaer jeg vil konsentrere meg om videre i studien. Disse hovedtemaene er:

1. Oppmerksomhet
2. Individualisering

Pasienter som kommer i brachyterapi kan møte flere helsearbeidere enn bare stråleterapeuter. For eksempel lege, og hvis pasienten skal ha anestesi, vil også en anestesisykepleier være til stede. Stråleterapeuter har imidlertid ansvar for pasienten gjennom hele behandlingsperioden. Som beskrevet innledningsvis innebærer brachyterapi å plassere radioaktive kilder som nåler, applikatorer, i nærheten av tumor i livmorhalskreft. Informantene fortalte at det er legen som bestemmer hvilken applikator som skal brukes og om det skal brukes nåler eller ikke, og det er legen som setter inn instrumentene. Gjennom mine informanter sine fortellinger fikk jeg en forståelse av at det er litt forskjellige prosedyrer mellom sykehusene. Forskjellen består hovedsakelig i at på sykehus A er de fleste pasientene våken under hele brachyterapibehandling, med mindre det skal brukes nåler. Når pasienten er våken under behandlingen kan hun føle seg slapp på grunn av smertestillende eller andre medikamenter som gis på forhånd. Små nåler i selve tumor gir bedre dosefordeling, men det kan være ubehagelig for pasienten når det settes inn nåler, derfor får pasienten narkose. Anestesisykepleieren har ansvar for å overvåke pasienten når hun skal ha narkose. På sykehus B derimot mottar alle pasienter som blir behandlet for livmorhalskreft narkose eller spinalbedøvelse uavhengig om det brukes nåler eller ikke.

Mine informanter forteller at under brachyterapi behandling er kvinnene opptatt av omsorgen de mottar knyttet til behandlingen. Stråleterapeuter skal både sørge for at pasienten har det bra og gjøre pasienten klar til behandlingen.

4.1 Oppmerksomhet

De stråleterapeutene jeg snakket med hadde ulike fortellinger om hvordan pasienten fikk deres fulle og hele oppmerksomhet. Oppmerksomheten handlet om å skaffe seg et bilde av pasienten sine behov fordi på denne måten stråleterapeuter kunne tilby best mulig omsorg.

4.1.1 Jeg danner meg et bilde av hvor mye informasjon tror jeg den pasienten ønsker

Stråleterapeuter skal informere pasienten når hun kommer inn til behandling. Når det gjelder informasjon til kvinner angående strålebehandling, skal stråleterapeuter informere pasienten annerledes når hun kommer til brachyterapi. Når pasienten skal til ekstern strålebehandling har pasienten en førstegangssamtale med stråleterapeuter. I løpet av førstegangssamtalen har stråleterapeuter blant annet som oppgave å informere og prate med pasienten om behandlingsforløpet. En viktig del av informasjon er å forberede pasienten på forventede bivirkninger, som at pasienten risikerer å få problemer fra mage og tarm, kvalme, diare sårhet i slimhinnen i underlivet. I tillegg må pasienten forvente generell utmattelse av behandlingen (trøtt og sliten). Videre informerer de pasienten hvor lenge behandlingen foregår og om prosedyrene til selve strålebehandling.

Når det gjelder brachyterapibehandling er pasienten derimot informert om prosedyre og bivirkninger på forhånd fra legen og sykepleieren på gynekologisk poliklinikk. Selv om pasienten er informert om behandlingen på forhånd fra lege, pleier vanligvis også stråleterapeuter å informere pasienten om forventet forløp under brachyterapibehandling. Studien fra Bolderston (2008) viser at pasientene ønsker å bli informert om strålebehandling. Studien viser også at pasienter er opptatt av bivirkninger og varighet av behandlingen så er de også opptatt av hva som skjer etter at behandlingen er avsluttet. I tillegg ønsker pasienter informasjon fra annet helsepersonell og særlig da fra lege. Studien viser også at informasjon som blir gitt av stråleterapeuter er avhengig av stråleterapeutenes preferanser og samsvarer ikke nødvendigvis med pasienten sin informasjonsbehov. Studien konkluderer med at det er viktig å tilpasse informasjon etter hva og hvor mye pasienten lurer på (Bolderston, 2008).

En annen studien fra Egestad (2003) viser at gode informasjonsrutiner kan redusere angst og redusere pasientene sin opplevelse av smerte og øke følelse av trygghet (Egestad, 2003).

I samtalen med stråleterapeut B1, fortalte informanten at hun pleier å informere pasienten om bivirkninger, men samtidig informere informanten også pasienten at det ikke er sikkert hun kommer til å få alle bivirkningene.

"Jeg prøver å være nøye å si til pasienten jeg er pålagt til å informere om bivirkninger, du skal ikke gå å vente på bivirkninger. Jeg informere deg om disse bivirkninger det er fordi at du skal ikke være engstelig hvis det skulle oppstå noe bivirkninger. Hvis du får nye symptomer som du ikke har hatt før, så det er på grunn av strålingen".

Stråleterapeuten B1 sier videre at hun har opplevd situasjoner som ble vanskelige for henne, fordi pasienten hadde spørsmål som hun ikke kunne svare på. Informanten (B1) hadde da henvist pasienten til lege på gynekologisk poliklinikk.

"Hvis det er kommet opp et eller annet som kan være utfordrende for pasienten og man følger at man ikke selv har den kompetansen å gi noe faglig godt svar på det, da pleier jeg å henvise pasienten videre opp til gynekologisk poliklinikk".

Denne stråleterapeuten sa at hun prøver å svare på pasienten sine spørsmål så godt hun kan, men at hun henviser pasienten videre til lege dersom hun ikke kan svare på spørsmålene. Det er ikke uvanlig at pasientene har spørsmål som går utover stråleterapeuters sine kompetanser.

Stråleterapeut B1 foreller også at stråleterapeuter har et viktig ansvar om å informere pasienten når hun kommer inn til behandling. I tillegg til mulige bivirkninger får pasienten informasjon om at hun får sove under innleggingen av utstyret som brukes fordi denne prosedyren kan være ubehagelig for pasienten derfor. Pasientene får også vite at de får spinalbedøvelse, samt ca. hvor langt tid behandlingen tar, og at det vil være en anestesisykepleier til stede hele tiden som vil stå i hodeenden og passe på at pasienten ikke har ubehag underveis. Videre får pasienten vite at når selve strålebehandlingen starter opp vil

pasienten være alene i rommet, men at de vi stråleterapeuter vil følge med pasienten fra overvåkningskameraet.

Stråleterapeut B1 forteller videre at:

"Jeg informerte ofte om at de vil kunne kjenne lettere smerte i underlivet etterpå litt som menstruasjonssmerte men skal ikke være noe stort problem for dem. Jeg informere hva som kommer til å skje hvem som er tilstede. Det som går på selve behandlingen resultater, formåle med behandlingen da er det legen som informerer om. Men jeg forteller pasienten om at brachyterapi er en behandling der vi kan gi ganske stort dose til et avgrenset område fordi at kilden har ikke så stort rekkevidde. Jeg prøver å forklare med litt enkle ord for å få pasienten til å forstå at dette her er et tilleggs behandling som vi gjør for at vi kan gi tumor området en ekstra dose uten at friske celler i veldig stor grad blir påvirket".

Informasjonen som stråleterapeut B1 gir om bivirkninger til pasientene er i tråd med studien fra Schofield (2013) som viser at kvinner som gjennomgår strålebehandling for gynekologisk kreft kan oppleve plagsomme bivirkninger. Strålebehandling kan som sagt medføre plagsomme bivirkninger som kan gi både umiddelbare og sene konsekvenser for livskvalitet til pasienter. Disse bivirkningene er blant annet diare, magekramper, blære dysfunksjon, overgangsalder, ufruktbarhet og seksuell dysfunksjon. Kvinner kan også oppleve vaginal bivirkninger, atrofi, vaginal tørrhet og potensielt blødning (Schofield et al., 2013).

Alle stråleterapeuter sier at alle pasienter har ulike informasjonsbehov, derfor vil det være ekstra viktig for stråleterapeuter og tilpasse informasjon for hver enkelt pasienten sin behov.

Studien fra Halkett (2009) viser også at pasienter har ulike behov for informasjon, men studien viser også at helsepersonell finner ut når i behandlingsprosessen pasienten er mer mottakelig for informasjon (Halkett, Short, & Kristjanson, 2009). Eide og Eide (2005) skriver også at god informasjon er viktig for pasienten. Informasjonen gir overfører kunnskap til pasienten. Tillit mellom pasient og stråleterapeuter økes ved åpen og oppriktig informasjon. God informasjon kan bidra til å fjerne usikkerhet og dempe angst både før og under behandling for pasienten. Stråleterapeuter kan ikke fjerne pasientens uro og engstelse, men de kan derimot gjennom god informasjon og støtte redusere opplevelsen av maktesløshet,

forlatthet og fortvilelse. Ved å få god informasjon til pasienten vil pasienten føle seg bedre ivaretatt enn om hun ikke får informasjon (Eide & Eide, 2005).

Tre av stråleterapeutene fra sykehus A forteller at pasienten vet hvilken utstyr som skal brukes og har vært på behandlingsrommet sammen med legen på forhånd, før behandlingsprosessen starter.

"Legen har hatt pasienten inne i brachyterapirommet og forklarte hva vi skal gjøre og legen har vist hvilket utstyr vi skal bruke".

Det er forskjell mellom sykehus A og B. Stråleterapeuter fra sykehus A forteller at pasienten er kjent med brachyterapirommet og utstyret som brukes siden de har vært og sett på rommet sammen med legen. Stråleterapeut B1 fra sykehus B forteller imidlertid at pasienten ikke er forbered på hvilket utstyr som skal brukes og hvordan brachyterapirommet ser ut. Derfor vil det være ekstra viktig for stråleterapeuter ved sykehus B å informere og gjøre pasienten kjent med utstyret og rommet når hun kommer inn til behandling.

4.1.2 Å vise omtanke

Alle informantene mener at å vise omtanke og å gi omsorg til pasienten er veldig viktig. Det handler om å vise pasientene at stråleterapeuten er tilstede for dem. Slik jeg forstår stråleterapeutene så innebærer god omsorg også å gi god informasjon til pasienten om selve behandlingen. Det er viktig å snakke med pasienten underveis og spørre hvordan hun har det og berolige pasienten om at behandlingen går bra. Snakke rolig til pasienten, se henne i øynene og smile til pasienten. Stråleterapeutene må vise at de mestrer jobben fordi dette også er med å trygge pasienter. Alle mine informanter hadde stort sett samme oppfatning av hva god omsorg innebærer i praktisk arbeid. Å være rolig og å se pasienten som et menneske er særlig viktig.

Slik forteller stråleterapeut A3 om omsorg i relasjonen mellom stråleterapeut og pasient:

" Omsorg for meg er å være tilstede for pasienten, gi litt av meg selv og vise at jeg bryr meg om pasienten. Jeg tenker på pasienten hele tiden. Vise litt åpenhet og vise litt omtanke. Kunne gi et smil og være positiv. Ivareta pasienten sin behov. Det å gi en klem til pasienten hvis hun trenger det. Holde pasienten sin hånd, legge armen på hennes skulder. "

Denne studien utforsker altså stråleterapeuter sin forståelse og tolkninger av begrepet omsorg i sitt yrke. Begrepet omsorg ble sett av stråleterapeuter først og fremst som en støttende relasjon med pasienter (Bolderston, Lewis, & Chai, 2010).

Stråleterapeut A3 forteller om hvordan hun ivaretar pasienten i etterkant av en behandling:

"Vi spør pasienten bestandig hvordan gikk det med henne når hun var ferdig, vi spør pasienten dagen etterpå hvordan går det med henne. Vi møter dem på behandlingsrommet dagen etter da kan vi prate med dem og spørre hvordan det gikk etter brachyterapibehandling"

Studien fra Kvåle & Synnes (2013) får frem at helsepersonell kan støtte pasienten ved å lytte til pasientenes fortellinger om hva som, på tross av sykdom og lidelse gir dem mening i livet. I tillegg kan lindring av fysisk lidelse fremme og opprettholde livsgleden for pasienten. Å opptre støttende, lyttende og å lindre fysisk lidelse henger sammen, og det er viktig å fokusere på alle disse tre komponentene når det gjelder å vise omsorg for kreftpasienter (Kvåle & Synnes, 2013).

4.1.3 Å være tilstede for pasienten

Som sagt tidligere i denne studien så innebærer strålebehandling også bruk en del teknisk utstyr. Slik som jeg forstår informantene har også stråleterapeuter som oppgave i brachyterapi å lage en behandlingsplan til pasienter. Ved brachyterapi utformes behandlingsplanen som oftest samme dag som pasienten skal få behandling. Det er alltid to stråleterapeuter som

jobber sammen under en brachyterapi behandling. Jeg tolket stråleterapeuter slik at en av de har ansvar for pasienten og den andre har ansvar for det tekniske. Når pasienten ligger og slapper av i rommet går en av stråleterapeutene jevnlig inn i rommet for å høre hvordan pasienten har det underveis.

Informant A2 sier:

"Vi jobber med det tekniske i brachyterapi, vi sitter å lage doseplan mens pasienten ligger alene i rommet. Vi er alltid to stråleterapeuter som jobber i lag. En av oss skal ha ansvar for pasienten å høre hvordan hun har det. Og en av oss skal ha ansvar for det tekniske".

Jeg forstod informanten A2 slik at pasienten kan ha med seg en pårørende inne i rommet. Pasienten kan også høre på musikk mens hun venter på behandling.

For pasienter er det viktig at stråleterapeuten smiler, er hyggelig, bruker navnet til pasienten ved tiltale, svarer på spørsmål og spør åpne spørsmål. Pasientene ønsker å ha de samme stråleterapeutene hver gang, for de ønsker å bygge en relasjon og å ha dypere samtaler.

Alle mine informanter forteller at for at pasienten skal klare å slappe av under brachyterapi behandling så pleier de å samtale om andre ting enn bare selve behandlingen. Dette mener stråleterapeuter at det hjelper pasienten til å ligge i ro under selve behandlingen og gjør at pasienten er mindre nervøse.

Slik sier informant A3 om hvordan hun i en behandlingssituasjon ivaretar pasienten.

"Vi snakker bare om hverdagslig ting for å få litt fokus vekk fra akkurat det som skjer neden til. Vi prater litt om vær og vind og hvordan går det med pasienten. Vi snakker om alt mulig rart alt mellom himmel og jord. Det kan være personlige ting som pasienten forteller om, det kan være helt generelle ting. Når jeg snakker med pasienten skal man ikke nødvendigvis fokusere på selve sykdommen. Man kan spørre om andre ting, man kan for eksempel spørre om pasienten har hatt et bra helg, spørre om det er kommet noe bivirkninger i løpet av helgen".

Stråleterapeut A3 forteller også at pasienter blir undersøkt av lege hver gang de kommer i brachyterapi for behandling. Legen undersøker pasienten for å se om pasienten har plager, for eksempel infeksjoner. Stråleterapeuten mener at legeundersøkelsen også er en god måte å ivareta pasienten på.

"Alt blir undersøkt hver gang pasienten er der. Og på den måten kan vi passe på om pasienten trenger noe ekstra, hvis hun trenger ekstra oppfølging. Blir pasienten fulgt opp av lege og, kreftsykepleier på gynekologiskpoliklinikken".

Stråleterapeuter B1 snakker om hvordan hun betrygger pasienten ved å ta seg ekstra god til å snakke med pasienten.

"Ikke legge mye ord i munnen, i stedet for å si "går det bra" til pasienten, så spør heller hvordan går det egentlig med deg, jeg ser at du ser ikke frisk ut. Jeg ser det har skjedd noe siden i går. Det kan oppstå ting at pasienten har det annerledes fra dag til dag. De fleste pasienter setter veldig stor pris på at man husker hva pasienten gjorde dagen i forveien"

Informantene var av den formening at det egentlig ikke er veldig mye som skal til for å ivareta pasienten i en behandlingssituasjon. Å snakke med pasienten om hverdagslige ting kan gjøre sitt til at pasienten tenker på andre ting enn å grue seg til selve behandlingen. De forteller også at det er viktig å se pasienten om hvordan hun har det fra ene dagen til den andre, og å ivareta pasienten ut i fra den situasjon hun befinner seg i. Av og til kan pasientene ha ekstra behov for omsorg og oppmerksomhet, for eksempel dersom de ser at pasienten plages av bivirkninger.

Stråleterapeuter behandler kvinner som kommer til brachyterapi, men for at behandlingen skal inkludere profesjonell omsorg må omsorgen kjennetegnes av profesjonelle omsorgs kvaliteter. Omsorg handler om både den konkrete handling som blir utført og måten den blir utført (Austgard, 2002) Pasienter skal ha en stråleterapeut som skal kunne utføre riktige handling på rett og god måte. Stråleterapeuter skal kunne vite hvordan de skal forholde seg i en situasjon og til akkurat denne pasienten. Vellykket profesjonell omsorg vil bidra til at en

pasient erfarer hva barmhjertighet og kjærlighet er. Omsorg kan gjøre at tilliten og åpenhet fremmes i relasjoner til stråleterapeuter.

4.1.4 Vi har god tid til å bli kjent med pasienter

Stråleterapeuter har mye lengre tid til rådighet for pasientene som er i brachyterapi behandling enn de har for pasienter i ekstern strålebehandling. En behandling med brachyterapi kan ta opptil 3-4 timer alt etter hvilken type tumor pasienten har, og stråleterapeutene er mer involvert i pasientens behandlingsplan tilsvarende ekstern strålebehandling. Stråleterapeuter skal for eksempel på forhånd sjekke blodprøvene svar til pasienter, dekke opp sterile oppdekning og ellers sørge for at alt er klart før pasienten kommer inn til behandlingen.

Stråleterapeuter har ansvaret for en pasient i flere timer. To av informantene snakket om at i brachyterapi kommer de veldig tett på pasienten.

Slik forteller stråleterapeut B1 om hvordan hun synes det er å jobbe med pasienter i brachyterapi i motsetning til å jobbe med ekstern strålebehandling.

"Når man jobber så tett pasienter så føler pasienter seg trygge med deg. Det er ikke full fart, vi har god tid med pasienten. Vi blir veldig godt kjent med disse pasientene. Vi bruker å være samme behandler hver gang vi behandler samme pasient. En skal alltid følge pasienten gjennom de 5 ganger pasienten er på brachyterapi behandling. Vi er mer involvert i det som skjer rundt pasienten og vi samarbeider tett med legen og vi er med og utarbeide doseplan så vi er med i alle aspekter av behandlingen i motsetning til når man jobber med ekstern strålebehandling. "

Stråleterapeut A2 derimot mener at det ikke alltid er slik at man blir veldig kjent med pasienten, eller kommer veldig tett på pasienten. Dette fordi pasientene er vanligvis er pre-medikament og derfor av og til ikke klarer å huske behandlingen og heller ikke stråleterapeuten som behandlet henne.

Slik forteller A2 om relasjonen mellom henne og pasienten under en behandlingssituasjon:

"Ja noen ganger man blir godt kjent med pasienten, noen ganger ikke. Når vi sitter og planlegger doseplan, så sitter vi ikke sammen med pasienten, men vi har overvåkningskamera som vi kan følge med på for å se om pasienten har det bra. Jeg bruker å gå inn i brachyterapirommet med jevne mellomrom for å se pasienten har det bra. Jeg driver ikke å

prater så mye med pasienten . Pasienten ligger og slapper av, noen pasienter vil sove litt og noen pasienter vil høre på musikk. Og noen pasienter gjør ingenting"

Alle stråleterapeutene sa at årsaken til at en brachyterapibehandling tar så langt tid skyldes behandlingsopplegget.

Informant A2 sier det slik:

"Grunnen til at brachyterapi tar mye lengre tid er fordi at planleggingen tar tid. Og det er derfor pasienten må ligge der lengre å vente på behandling. På brachyterapi lager vi doseplanlegging samme dag, og pasienten skal få behandling samme dag".

4.1.5 Pasienten takker oss for god behandling

Det kom frem i intervjuene at alle pasientene er fornøyde med stråleterapeuter når de er ferdig på siste behandlingen. Informantene mener at pasientene er fornøyd med behandlingen fordi de har erfart at de er blitt godt ivaretatt.

Slik forteller stråleterapeut A2 pasienten om sin opplevelse av behandlingssituasjon:

"Ja det er mange pasienter som sier det her er ikke så ille som jeg trodde, dere var veldig flink, jeg følte meg trygg hos dere. Pasienter er veldig fornøyd når de er ferdig hos oss. De vet ikke hva de går til i det hele tatt når dem kommer, men de venner seg til det. Mange pasienter takker oss for god behandling. Alle pasienter er fornøyd jeg har aldri vært borte i noen som ikke har vært fornøyd".

Informant A3 sier det slik:

"Ja i hovedsak så sier pasienten at hun er fornøyd, fordi at vi har et godt apparat vi har mye erfaring vi har mange flinke mennesker leger, fysiker, stråleterapeuter, kreftsykepleier som kan så mye. Pasienten virker slik at hun vet at vi er der for henne. Pasienten er opptatt av at legene er godt forberedt og at legene følger dem opp. Min erfaring er at pasientene er veldig fornøyde med stråleterapeutene, og at det handler om hvordan man møter pasientene og tilpasser informasjonen".

B1 forteller at pasienten synes det var veldig bra og behagelig at stråleterapeutene er kvinner siden pasienten må ligge naken. Også på denne måten føler pasientene seg ivaretatt og forstått av personalet.

"Vi har relativt fast personale på apparatene det betyr mye for pasienten, det er klart at vi behandler deler av kroppen som er et intimt område. Det å være kvinne å ligge der med diare og blødning. Jeg tenker selv jeg ville likt å forholde meg til personell jeg kjente, spesielt når personalet er kvinner er det er mye lettere for pasienten og relatere seg til personalet".

4.2 Individualisering

4.2.1 Pasienter er forskjellige, vi mennesker er forskjellige

Informantene forteller at pasientene har ulike behov og er veldig forskjellige når det gjelder ivaretagelse og omsorg. Informantene forteller også at noen pasienter er veldig åpne og snakker om diagnosen de har og om bivirkninger de får underveis. En slik åpenhet fra pasienten sin side hjelper stråleterapeutene å ivareta pasienten. Informantene forteller også at noen pasienter ikke engang sier "hei" når de kommer til behandling og er ikke så veldig interessert i å prate om diagnosen sin eller snakker om andre ting. Pasienter som ikke er så åpne med stråleterapeuter gjør det vanskeligere for stråleterapeuten å ivareta akkurat denne pasienten på best mulig måte, fordi det er viktig for stråleterapeuter å handle individuelt i hver situasjon. Da er det viktig å vite noe om den enkelte pasient sine forventninger.

Slik forteller stråleterapeut A3 hvordan erfaring hjelper til med å tilpasse seg den enkelte pasient:

"Alle pasienter er forskjellige og alle pasienter krever sitt. Man må bare tilpasse seg litt etter hva pasienten har behov på og hvordan de er ... , pasienter har forskjellige personligheter. Noen har behov for mer informasjon og noen vil ha minst mulig omsorg. Noen vil ikke ha den dullingen mens andre vil at vi skal ha den dullingen med dem. Man lærer seg etter hvert å

lese pasienten hva pasienten treng og hva pasienten har behov for. Det er rett og slett bare erfaringen som gjør det, det er ikke noe annet "

Informant A3 sier at hvis pasienten ikke vil snakke med stråleterapeuten kan dette skyldes at hun er i sjokk etter å ha fått en kreftdiagnose eller har det tøft etter å ha gjennomgått så mange behandlinger.

"Noen pasienter sier så vidt hei, de vil ikke si et ord mens de er her. Det er personligheten, måten mange takler sykdommen sin på og den situasjon de er i. Det kan være at dem har det tungt inn i seg. Men noen pasienten er bare slik at man klarer ikke å komme inn på. "

To av informantene sier at enkelte pasienter setter seg mer fast enn andre, for eksempel kan det være at noen av pasienter er i samme livssituasjon som stråleterapeuten selv er i og at de har barn i samme alder. Likheter gjør at stråleterapeuten tenker mer på denne pasienten enn kanskje noen andre pasienter. Stråleterapeutene A3, B1 sier at god kjemi mellom pasient og stråleterapeut er viktig for pasientens opplevelse av behandlingen.

Stråleterapeut B1 sier det slik:

"Det er noen pasienter som fester seg enn andre og det kan være hva slags kjemi man har med den pasienten man husker mest. Det kan være noe spesielt ved denne pasienten som man kanskje kjenner ved sitt eget liv som gjør at man husker denne pasienten bedre enn kanskje noen andre. I en behandlingssituasjon der du behandler en pasienten som er alvorlig syk vil enkelte pasienter legge vekt på så mye med hver behandler. Pasienten sier med blikket, med kroppen hvis de ikke føler seg trygg og ivaretatt hos en behandler "

Stråleterapeuter B1 sier også noe om det er forskjellige hvordan man ivaretar pasienten, når pasienten kommer til brachyterapi.

"For pasienten er brachyterapi er helt annen behandling å gå på enn det å gå på ekstern strålebehandling. Og på den måten må man passe på at pasienten er i fokus hele tiden. Du er nødt til å kanskje kunne lese pasienten på en annen måten enn hva du gjør når du behandler dem bare på ekstern strålebehandling. Man ser mye fortere om pasienten blir bekymret eller bli lei seg".

Informant B1 fortalte også om en situasjon hvor hun følte at det ble vanskelig å ivareta pasienten på en omsorgsfull og trygg måte:

"Noen pasienter som er redde og engstelig kan reagere å vise aggressive. Jeg prøver alltid å tenke meg at i den grad pasienten er aggressiv, det er fordi at pasienten har fått en alvorlig diagnose så jeg prøver å ikke ta det personlig, jeg prøver å tenke: her er en person som har gode grunn til å hisse seg opp fordi det er ikke meg det er situasjon som gjør at hun er aggressiv. Det er hjelpeløshet".

Stråleterapeuten B1 forteller videre at når pasienten bli aggressiv, er det da viktig for stråleterapeuten å forstå pasienten ut i fra pasientens situasjon. Slik forteller hvordan stråleterapeuten håndterte situasjon hvor pasienten kan bli aggressive.

"Det skjer i blant, stråleterapeuten skal ikke ta det personlig man har ikke lov, man kan ikke bli sint på pasienten. Hvis pasienten blir uhøflig så sier jeg i fra at jeg forventer at du behandler meg med respekt. Du har lov å være sint og det er helt greit men vi må være litt saklig, også tror jeg ofte det hjelper at de får tømt seg at de har sagt det de har på hjertet. Jeg prøver å forholde meg rolig og validere følelser deres på en måte. Jeg sier til pasienten at jeg skjønner at hun har det tungt, jeg skjønner dette her er et problem for henne. Jeg sier til pasienten hvis hun vil vi kan sette oss ned og snakke. Så kan jeg høre hva hun har å si, også skal jeg se hva vi kan gjøre for å jobbe med dette her ".

Studien fra Martin & Hodgson (2006) finner også at pasientene har sine egne individuelle bekymringer og at pasientene bør få anledning til å prate om disse før de gjør sine første erfaringer med strålebehandling. På dette punktet er rollen til stråleterapeuten utvilsomt å gi god informasjon og å demonstrere en medføleende holdning. Dette kan gjøre hele forskjellen i måten en pasient reagerer og takler hele behandlingsforløpet i forbindelse med strålebehandlingen. De ferdigheter en radiograf må inneha for å håndtere slike situasjoner er i første omgang gode kommunikasjonsevner, men i tillegg trenger radiografen å utvikle grunnleggende ferdigheter i rådgiving, fordi dette kan ytterligere forbedre pasientbehandlingen (Martin & Hodgson, 2006).

4.2.2 Kvinnene engster seg til behandlingen

Alle informantene sier at de aller fleste pasienter er redde og engstelige for behandlingen de skal gjennomgå. Særlig er de engstelig første gangen, men det går som regel over etter første behandlingen. Jeg forstår informantene slik at pasientene er redde første gangen fordi behandlingen er helt ukjent for dem. Flere av pasientene er lettet etter å ha gjennomgått første behandling, fordi det ikke var så galt som de hadde tenkt. I følge informantene gruer pasientene seg for det ukjente.

Slik forteller stråleterapeut A1 om pasientenes engstelse i forkant av første brachyterapibehandling.

"Ja de alle fleste pasienter er redde og egentlige, mange av pasientene gruer seg også til det her og synes det er et ubehagelig leie å ligge i også. Men det går bra de venner seg til det. Første gangen er de spent på hva som skal foregå, og så venner de seg til det, at det er sånn behandlingen foregår, det er sånn det er".

Informantene sier også at stråleterapeuter skal bruke god tid og prate med pasienter, være der for dem og gi god omsorg. Når pasienter engster seg for behandling skal stråleterapeuter prate med pasienten og trygge pasienten etter beste evne.

Slik forteller Stråleterapeut A1 om hvordan hun ivaretar pasienten når pasienten er engstelig for behandlingen.

"Noen av pasientene er kjempe engstelig det er sånn at de bare skjelver, de vet ikke hva de skal gjøre, men noen er bare, de sier kom igjen det her er bare "piece of cake". Men veldig ofte etter første strålebehandling etter første brachyterapibehandling sier pasienten at: var ikke det verre, og det har noe med det at man gruer seg for det ukjente fordi du vet ikke hva det er for noe. Og da du skal få strålingen at du får beskjed om at det er radioaktive kilder som skal inne i deg, så blir du ekstra engstelig hvis du ikke har helt peiling på hva som skjer med meg, hva du har hørt om stråling og du har hørt om radioaktive kilder. Vi bruker mye tid til å prate med de om hva som skal skje, og at de trenger ikke å engste seg, men vi kjenner at de engster seg fordi det er det ukjente. Noen av pasientene har sine tanker, noen tenker langsiktig om de blir bra eller ikke. Mens noen tenker kan jeg tenke meg at dem er bare der og da at dem vil bare bli ferdig med det den tiden dem ligger der".

Disse funnene støttes også av en randomisert studie av (Häggmark et al., 2001). Studien viser at pasienter som gjennomgår strålebehandling opplever frykt, stress og angst i forbindelse med strålebehandlingen. Pasientene opplevde angst og stress i ventetiden forut behandlingen og inngikk i relasjoner med andre pasienter som var potensielt stressende. Frykt som oppstår under behandlingen ble rapportert å inkludere tanker om størrrelse, bevegelse og mulig fall av maskiner, feil stråledoser, å bli liggende i ubehagelige stillinger og å være alene under behandlingen. Mer enn halvparten av alle pasientene rapporterte angst i løpet av sin første bestråling, men angsten ble vanligvis noe redusert i senere økter (Häggmark et al., 2001).

Stråleterapeuter B1 sier at noen pasienter er i tillegg også redde for fremtiden og hva som vil skje med dem, om de kommer til å blir frisk eller ikke. Stråleterapeuten sier at for å ivareta pasienten henviser de pasienten til legen på gynekologisk poliklinikk fordi stråleterapeuter flest har den oppfatning at pasienter vil få bedre oppfølging fra lege når det gjelder spørsmål om disse tingene.

"Pasienter har ofte angst når de kommer inn første gang, noen spør om; kommer jeg til å bli frisk? Jeg svarer pasienten at det er vanskelig for meg å svare på ditt spørsmål. Det er legen som skal svare på dette ".

Stråleterapeuter B1 sier at stråleterapeuter betrygger pasienten med at behandlingen ikke er smertefull:

"Pasienten stoler ikke 100 prosent på oss, at dette her ikke vil gjøre vondt før de har opplevd dette selv tenker jeg. Men de pasienter jeg har snakket med, sa at de har rare bilder av hvilket utstyr vi kommer til å bruke. Hvordan ting skal være ... Men når de ser at dette her er det bare snakk om små plastikk ting, så for pasienten er det plutselig ikke noe så skremmende lenger. Få pasienten til å forstå hva de gjennomgår jo mer forstår pasienten".

Stråleterapeuter A1 forteller hva hun mener kan være en årsak til at enkelte pasienter engster seg til behandlingen.

"Når legen setter inn applikatorer. Noen pasienter er veldig redd og andre helt avslappet det er nesten som en gynekologisk undersøkelse men ikke helt det samme. Første gang er nok alle pasienter redd. Men dem får beroligende, smertestillende hvis de har behov for det. Pasienten blir ivaretatt. Hvis det skal være noe så får dem det de har behov for. Vi er tilstedte hele tiden, fra dem kommer inn til dem er ferdig hos oss på stråleterapi. Vi prater med pasienten underveis for at pasienten skal slappe av, pasienten skal føle seg trygt. Vi stryker pasienten i armen. Vi gjør alt for at pasienten skal føle seg tryggere og ivaretatt. Dem skal føle at de får den ekstra omsorgen".

Stråleterapeuten B1 sier at i brachyterapi er pasienter redde også fordi pasienten har hørt at hun skal bli behandlet med radioaktive kilder, og at dette har gitt angst. Noen pasienten ser for seg brachyterapi behandling som en operasjon siden dette må gjøre i narkose.

"Jeg tenker ordet radioaktivitet har sånne negative konklusjoner, så når pasienten hører at hun skal bli behandlet med radioaktivekilder, bare det i seg selv kan jo gjøre at pasienten syns dette her er noe rart og skummelt. I brachyterapi får pasienten narkose, og at de må få narkose vil dette gjøre at pasienten assosierer litt mer som en operasjon så derfor har jeg vært nøye å fortelle dem at det er ikke noe operativt inngrep. Vi gir narkose fordi at det kan være litt ubehagelig".

I følge Thornquist (2009) det er viktig å reflektere over samhandling mellom mennesker, både den verbale og den kroppslige samhandlingen (Thornquist, 2009). Det er spesielt viktig for stråleterapeuter som møter den alvorlig syke pasienten å tenke over sine roller og hva slags ansvar de påtar seg. Stråleterapeuters kroppslige kommunikasjon kan signalisere omtanke. Hvis stråleterapeuter ser at pasienten er engstelig og nervøs for brachyterapibehandlingen, skal stråleterapeuten vise forståelse for pasienten. Ved å for eksempel legge armen sin på pasienten sin skulder, i tillegg bruke blikket sitt for å vise pasienten at de føler med henne. Det er spesielt viktig for stråleterapeuter som møter den alvorlig syke pasienten å tenke over sine roller og ansvaret de påtar seg. Stråleterapeuters kroppslige kommunikasjon kan signalisere omtanke. Hvis stråleterapeuter ser at pasienten er engstelig og nervøs for behandlingen, skal stråleterapeuten vise forståelse for pasienten, ved å for eksempel bruke blikket sitt for å vise at de føler med pasienten.

Pasienter som kommer til behandling er fra forskjellige aldersgrupper, og med ulike behov for ivaretagelse. Slik forteller stråleterapeut B1 om bekymringer og engstelse hos pasienter med ulik alder:

"Det er alltid farlig å generalisere fordi at en 80 åring kan være mer bekymret enn en 20-åring "

4.2.3 Hun ligger i samme stilling på en bære

Alle informantene mener at i brachyterapi så er det individuelt mellom hver pasient om de har smerter under innleggelse av applikatorer. Tre av stråleterapeutene sier at pasientene stort sett er våken under innleggelse av applikatorer, men kjenner som oftest ikke smerte fordi pasientene er godt premedisinert.

Stråleterapeut A3 forteller om hvordan pasienten opplever innleggelse av applikatorer, og om pasienten har smerte eller ikke.

" Nei pasienter har ikke smerter noen synes det er litt ubehagelig. Pasienten har jo i tillegg fått ekstern strålebehandling så hun kan være litt sår på slimhinnen. Pasienten kan være sår nedentil på grunn av det er lagt inn kateter. Vi setter inn bedøvelseskrem, vi prøver å bedøve".

Stråleterapeuter A2 sier at pasienten må ligge stille på en seng å vente på behandling, og at det å ligge stille såpass lenge kan være ubehagelig for pasienten.

"Pasienten ligger lenge i samme stilling i en bære og mange blir av i ryggen. Derfor får de smertestillende for å få det bedre i ryggen. Pasienter skal ikke røre på seg. Fordi bevegelse gjør at applikatorer flytter på seg. "

Stråleterapeut A2 forteller hvordan hun ivaretar pasienten, hvis pasienten har smerte i forbindelse med brachyterapibehandlingen.

" Noen pasienter klarer å skjule ting og noen sier fra, det er slik vi mennesker er. Man ser veldig fort hvem som er engstelig. Vi ser også på pasientene sine ansiktuttrykk at hvis pasienten får vondt, når det settes inn utstyret og noen pasienter sier ifra at de har vondt. Da spør vi pasienten om hun trenger mer smertestillende. Da gir vi pasienten mer smertestillende"

4.2.4 Pasienter er i en sårbarsituasjon

Informantene forteller at pasienten er i en sårbarsituasjon blant annet fordi hun er naken nedentil når hun skal motta strålebehandling. I tillegg har pasientene mye tanker rundt behandlingen og videre at pasientene har det tøft. Noen pasienter er unge og har ikke barn, men ønsker å få barn. De er blitt infertilitet på grunn av at ovariene er i strålefeltet. Derfor vil det være ekstra viktig at stråleterapeuter gi god omsorg til disse pasientene.

Stråleterapeut B1 forteller at hun forstår hva pasienten gjennomgår og spesielt hvilke tanker unge pasienter kan ha. Stråleterapeuten synes det er viktig å forstå pasienten sin situasjon:

"Noen pasienter ønsker barn men kan ikke få det. Noen er ferdig med det, noen er bestemødrene de fleste er i jobb og må passe familien i tillegg til dette her I tillegg til en alvorlig og kanskje potensielt dødelig sykdom".

Stråleterapeuten B1 fortalte at hun husket sin første pasient på brachyterapi. Pasienten måtte ta abort i uke 18 fordi pasienten hadde fått diagnostisert livmorhalskreft, og pasienten måtte sette i gang med brachyterapibehandling. Stråleterapeuten sier at det ligger også mye rundt de

pasientene med tanke på om de ønsker seg barn, stråleterapeuten mener at når pasientene er så unge så blir behandlingen et inngrep i resten av livet deres.

Slik forteller stråleterapeuten B1 hvordan hun ivaretar pasienten i en vanskelig behandlingssituasjon.

" Vi blir berørt vi som jobber med dette her også. Vi er bare mennesker og man kan reagerer forskjellig, det er lettere for oss å takle hvis det er en person med høy alder enn om det er en i 20 årene. Pasienten har vært til lege en time før hun kommer til oss, også gråter pasienten fordi at hun har fått dårlig beskjed, legen har sagt at han ikke kan gjøre henne frisk og det handler om sorg, sjokk sikkert Jeg prøver å bare være der å lytte, stiller kanskje noen spørsmål og å spørre om det er noe om jeg kan gjøre for henne. Kanskje tilkalle en sykepleier som hun kan snakke med bak lukket dører.

Stråleterapeut B1 snakker om at pasienter kan synes det er vanskelig å snakke om sykdommen med sine pårørende og ellers ute i samfunnet. Stråleterapeuter mener det er viktig å ivareta pasientens behov for å prate om sykdommen, også fordi pasientene kan møte mange fordommer.

"Hvordan samfunnet ser på denne type kreft, og dette gjør at man som pasient har et spesielt behov for tillitt i denne behandlingssituasjon. Jeg tenker det å gå og prate om at man har kreft i underlivet, man er ikke så åpen om det til andre i forhold til andre kreftsykdommer. Det er mange side ved gynekologisk kreft som er veldig spesielt. Når jeg behandler gynekologiske pasienter tenker jeg at dette er en pasientgruppe som har flere og oppfattende behov. Det krever ekstra av oss som jobber med det. Det inngriper jo i dette her med kvinnelighet og hvordan definerer seg selv som kvinne. Seksuallivet, det påvirker rollen din som partner. De færreste kvinner synes fritt å kunne snakke om sin diagnose til andre. Underlivet er knyttet til noe som er privat. Hvis noen spør deg hva slags diagnose har du ? ...kan for noen pasienten være vondt å snakke om. Det har mange aspekter det er veldig stort. Viktig at pasienten har en positiv opplevelse fra behandlingssituasjonen".

Jeg vil trekke inn en studie (Pasek, Suchocka & Urbanski 2013) som tar for seg hvordan det er for pasienter å leve med en kreftsykdom, og hvordan kvinner med livmorhalskreft opplever å leve med sykdommen sin. Studien bringer frem at kreft er en overveldende sykdom for alle pasienter. Livmorhalskreftpasienter er relativt fornøyd med livskvaliteten uavhengig av deres alder, uavhengig av kreft stadium og forekomsten av bivirkninger. Evnen til å utføre daglige aktiviteter uavhengig av andre oppfattes som den viktigste i alle faser av behandlingen. Studien viser også at pasientene klarer seg bra i privatlivet sitt, men har mye behov for omsorg (Pasek, Suchocka, & Urbański, 2013).

Stråleterputen B1 har vært i en situasjon hvor behandlingen måtte avsluttes fordi legen fant at behandlingen ikke hadde effekt på tumor. Situasjon opplevdes krevende også for stråleterapeuten, men da med tanke på hvordan hun skulle ivareta og si til pasienten med tanke på behandlingen som måtte avsluttes. Stråleterapeuten fortalte at i slike situasjoner er det som regel legen som informerer pasienten om dette.

"Jeg har vært med på at vi måtte avbryte brachyterapi på en pasient, fordi at tumor hadde vokst så mye at man ikke klarte å nådde med brachyterapi. Vi måtte avslutte behandlingen og da vet vi det er lite håp for denne pasienten å bli frisk igjen, det skjer jo inn i mellom Det skjer at man velger å avbryte behandlingen kanskje legen forteller pasienten om dette. Jeg tenker at legen avsluttet behandlingen fordi pasienten har bedre av å være hjemme med familien"

Stråleterapeuten B1 sier noe om at stråleterapeuter må være forsiktig med språk og uttrykk de bruker når pasienten er til behandling. Pasienter er veldig bevist på alle signaler, og de er veldig vare på alle former for kommunikasjon, både den verbale og den eller non verbal. Pasientene plukker opp alle slags tegn og hint.

Slik forteller stråleterapeut B1 om viktigheten av ikke å bruke ord som kan bekymre pasienten. Stråleterapeuter skal ivareta pasienten og ikke det motsatte, å påføre pasienten bekymringer.

"Sier man" oi" så tror pasienten det er noe galt, Man må være obs på hvordan man prater man må være obs og bevist på sitt eget kroppsspråk".

4.2.6 Det gir oss masse utfordringer

Stråleterapeuter B1 forteller at det er utfordrende også for henne personlig å jobbe med og å ivareta denne pasientgruppen. Hun forteller om en situasjon hvor det ble særlig vanskelig for henne som stråleterapeut å takle situasjon hun befant seg i, dette var situasjonen da pasienten hadde fått vite at hun kommer ikke til å bli frisk igjen.

" Man forstår dette her har store konsekvenser for pasienten. Det å få en så dårlig nyhet, dette her er ikke noe man kan dra på skulderen og si til pasienten "ja ja" dette her kommer til å gå bra. Man må være veldig forsiktig og veldig var for pasientens behov. Det er utfordrende, veldig utfordrende. Vi stråleterapeuter vi møter ofte pasientene i en slik situasjon. Vi får ikke så mye trening for å takle sånne situasjoner"

Stråleterapeuten B1 forteller også om sitasjoner hvor hun i etterkant tenker om hun kunne gjort ting annerledes:

"Jeg tenker etterpå på situasjon om jeg kunne gjort dette her annerledes. Hvordan skulle jeg taklet dette annerledes? Det er jo en pasientgruppe som gir oss masse utfordringer både fordi at de gjennomgår en tøft behandling og noen blir veldig syke av den behandlingen de gjennomgår".

Stråleterapeut A1 forteller om sin tolkning av ordet utfordrende og hvordan hun ivaretar pasienten i en utfordrende situasjon.

"Jeg definerer ordet utfordrende som interessant, veldig interessant. Og utfordrende er at man blir veldig tett på pasienten og det syns jeg er også veldig fint. Utfordringen kan være både negativ og positiv ladet, jeg syns ikke det er tungt å jobbe med denne pasient gruppen. Jeg har jobbet i flere år med mennesker. Hvis jeg ikke synes dette var ikke interessant hadde jeg aldri klart å jobbe så lenge. Det er mennesker man skal behandle og de skal ha sin omsorg ".

Stråleterapeutene forteller også om at det er alltid enkelt å forstå pasienten ut ifra hva hun egentlig gjennomgår, men de vender stadig tilbake til hvor viktig det er å ivareta pasienten, og at de må prøve å forstå pasienten ut i fra hva hun opplever også i hverdagen i privatlivet og ikke bare når hun kommer til brachyterapibehandling:

Slik forteller stråleterapeut B1 om viktigheten av å ha forståelse for pasienten sin totale livssituasjon:

"Det pasienten gjennomgår, vi ser bare en liten del av det. Vi ser ikke at de ligger og kaster opp etter cellegift, vi ser ikke hvordan de føler seg om morgnen når de står opp og ikke orker, klarer å følge barna til barnehage. Vi ser bare den person som kommer inn og legger seg på bordet og går igjen. Jeg skjønner at det skjer mye rundt denne pasienten som jeg har ikke mulighet å forstå alt".

Stråleterapeut B1 forteller også hva hun synes med å jobbe og behandle kvinner med livmorhalskreft.

"Det som gjorde at jeg likte å jobbe med "gynekologipasienter" er det er jo en pasientgruppe som jeg synes det er så mye rundt dem, og det er ofte kvinner jeg kan identifisere meg med, kvinner som er i samme livssituasjon som meg, da er det ekstra lett å finne tonen"

Stråleterapeuter A2 sier hva hun synes om å jobbe med kvinner som har livmorhalskreft og jobbe med brachyterapi.

"Det er positivt, det positive er at du hjelper andre, positivt er at brachyterapi er en fantastisk behandling. Den er en veldig effektiv strålebehandling. I brachyterapi ser du at det er forandring fra gang til gang. Man ser fra gang til gang at den hjelper"

4.2.7 Kunnskap er viktig uansett hva du holder på med

Jeg spurte informantene om er kunnskap viktig for å kunne jobbe med brachyterapi. Jeg forstår svarene slik at alle mener at kunnskap er veldig viktig når man jobber med brachyterapi. Du må kunne behandlingsmetoden, og du må vite hvordan utstyret skal brukes. Stråleterapeuter skal kunne utstyret som skal brukes, samt applikatorer som skal brukes for pasienten i forbindelse med behandlingen. I tillegg må du som stråleterapeuter kunne lage en behandlingsplan, herunder beregne en doseplan for pasienten i samarbeid med leger og fysiker.

Slik ordlegger stråleterapeut A1 om hvorfor det er viktig å ha kunnskap om brachyterapi:

" For det første du må kunne det du holder på med. Du må vite hva brachyterapi går ut på. Du må vite hvilken behov pasienten har, informasjon du gir til pasienten. Kunnskap er viktig uansett hva du gjør når du holder på med et felt. Har du ikke denne kunnskapen så må du tilegne deg denne kunnskapen, du kan lese deg opp, men du skal være sikkert på det du gjør, på brachyterapi må du være sikker på hva du gjør og at det du gjør er rett, og derfor er det viktig at vi kontroller hverandre stråleterapeut, leger og fysiker".

Studien fra Kvåle og Bondevik (2010) viser at kreftpasienter følte seg trygge og sikre hos helsepersonell som hadde både kunnskaper om både teknologi og diagnose. Pasienter følte seg tryggeste hos personale som kunne svare på spørsmålene deres om disse tingene (Kvåle & Bondevik, 2010).

Stråleterapeut A2 forteller om hva hun mener om kunnskap knyttet til brachyterapibehandling:

"Du kan vite bitte litte om innlegget, og styre kun med pasienten, og så har du noen andre stråleterapeuter som kan planlegge. Det går veldig greit. Det er selvfølgelig en fordel når man er der inne at man kan planlegge ..., at man kan det meste".

Stråleterapeuter A3 sier at erfaringer bidrar med at stråleterapeuter lærer ting som foregår i brachyterapi bedre, ved å ha jobbet med det i mange år.

" Brachyterapi er det noe du lærer underveis, det er ikke det vi har mest ut av fra utdanningen. Man lærer brachyterapi når man er i arbeidet. Det er helt nytt området for meg for å si det sånn. Det er veldig spennende, du får en helt annen kontakt med pasienten, du får helt annen jobb å gjøre for meg. Det er mer varierende og morsomt syns jeg personlig. Du får gjøre andre ting som du ikke gjør til vanlig, bruker helt annen utstyr. Det tar en stund før man blir utlært. Mye å lære. Dose planlegging tar det mye tid til å sette seg inn i ".

Slik forteller informanter B1 om hva hun har lært i stråleterapiutdanningen, og hun nevner at det er ikke mye teori om omsorg i stråleterapiutdanning.

"Mye pensum på et år, mye som skal læres, apparatur, strålebiologi. Det med pasientomsorg er et eget tema det er ikke nok for at man skal være forberedt når man møter pasienten, man får et grunnlag når man tenker i hodet. Jeg tror man må jobbe mer med det man må diskutere det med kollega, man må snakke med pasienter. Man skal lære, feile, prøver å feile, spørre andre yrkesgrupper spørre hvordan de håndterer, hvordan de syns vi burde gjort det. Det går på erfaring og sikkert livserfaring".

Stråleterapeut B1 sier at siden kvinner med livmorhalskreft blir fulgt opp av gynekologisk poliklinikk, så mister stråleterapeuter mye av kunnskapen knyttet til hva akkurat denne pasienten trenger omsorg for. Hvordan skal stråleterapeuter råd om selve sykdommen, og hvordan på best mulig måte ivareta denne pasientgruppe.

"Jeg syns det er litt synd at vi miste kontakten med "gyndamene" våres som jeg kaller dem siden de får oppfølging på gynekologiskpoliklinikken. Så vi går glipp av en del kunnskap om akkurat denne pasientgruppen. Samtidige så syns jeg det er bra for pasienter sin del, at de har dedikert personale som tar seg av pasienter og om deres diagnose"

5.0 Diskusjon

Problemstillingen jeg har valgt er hva beskriver stråleterapeuter at de gjør for å ivareta den enkelte pasientens behov for støtte og omsorg når pasienten kommer i brachyterapi.

Stråleterapeuter hadde stort sett samme oppfatning av hvordan de ivaretar pasienten på best mulig måte. Alle stråleterapeuter fortalte at å ivareta pasienten blant annet innebar å få henne til å tenke på andre ting enn selve behandlingen.

Det å snakke om hverdagslig ting med pasienten kan gjøre at pasienten bekymrer seg mindre og slapper mer av under behandlingen. En av informantene i min studie hadde mer erfaring med brachyterapi enn de tre andre informantene. I funnene kommer det frem at erfaring er viktig for stråleterapeuter for å kunne gjøre en god jobb i brachyterapi. Informantene mente at erfaringen utvikles ved systematisk å jobbe over mange år med brachyterapi, samt å snakke med kollegaer som har mye erfaring på området, utvikling av skjønn skal skje sammen med andre. Som betyr at der ens skjønn blir prøvd mot andres skjønn. Det skjer i arbeidssituasjoner der en diskuterer med andre, særlig med en som har lengere erfaring. Kunnskap skal søkes der kunnskap er å finne, for eksempel på en arbeidsplass med en kollega (Grimen & Molander, 2008). Erfaring er en viktig element både for å kunne jobbe i brachyterapi og utføre selve behandlingen, men erfaring er også viktig for å kunne yte god omsorg for pasientene. Erfaring utvikler praksisnær kunnskap som er en viktig bestanddel av det å jobbe med brachyterapi og pasienter med livmorhalskreft.

Det kommer videre frem i funnene at to av informantene mente at kunnskap og erfaring handlet om profesjonalitet, både det å være en profesjonell utøver og det å kunne tilby profesjonell omsorg til pasientene. Tre av mine informanter fortalte om nærheten de opplevde til pasientene i brachyterapi, og hvordan det var viktig å gi profesjonell omsorg uten å bli privat. Pasienten er sårbar og stråleterapeutene sin jobb er å ivareta pasienten ut i fra den enkelte situasjonen og å handle riktig i situasjonen. Informantene fortalte at forskjellige pasienter har forskjellige behov, og jeg forstår informantene slik at de mener en dyktig stråleterapeut må kunne takle stadig nye og ofte uforutsette situasjoner.

5.1 Å Bry seg om pasienten og være profesjonell stråleterapeut

Å være profesjonell stråleterapeut innebærer at man skal bry seg om pasienten og gi god omsorg til pasienten på en profesjonell måte.

Kjennetegn ved profesjonell omsorg er også at man som stråleterapeut skal gi omsorg på grunnlag av en yrkeskompetanse. Profesjonell omsorg er preget av en gjennomtenkt, rasjonell og en planlagt terapeutisk virksomhet hvor målene skal være faglige. Profesjonell omsorg er upartisk og innebærer et ansvar for flere pasienter. Det handler også om å kunne balansere mellom pasientenes ulike omsorgsbehov (Nortvedt, 2001).

I følge en av informanter, en stråleterapeut er utdannet til å kunne observere og tolke pasientens signaler og kunne komme med den enkelte pasient i møte ut fra pasientens egne behov. For at stråleterapeuter skal kunne ivareta pasienten på best mulig måte er det alltid to stråleterapeuter tilstede i behandlingsrommet. Informantene fortalte at en av stråleterapeutene tar seg av det tekniske og en av stråleterapeutene tar seg av pasienten for å kunne ivareta pasienten på best mulig måte. Et strukturelt trekk i omsorgsrelasjon er at det er en asymmetri i forholdet mellom den som trenger omsorg og den som gir omsorg. Denne asymmetrien er spesielt merkelig innenfor den profesjonelle omsorgen, mellom helseutøvere og pasient (ibid).

Mine informanter snakker om at en omsorgssituasjon er kompleks og at pasientene vil være forskjellige. Likevel mente alle informanter at fysisk nærhet var viktig, for eksempel å ta på pasienten sin hånd for å støtte henne under behandlingen. Berøring kan vel og merke oppleves både positivt og negativt, og kan variere fra person til person. Enkelte pasienter ønsker berøring og nærhet andre pasienter ikke.

Berøring er en nonverbal kommunikasjon som kan skape trygghet for pasienter. Funnen viser at pasienter ofte setter veldig stor pris på å bli holdt, spesielt når de er dårlig eller har angst. Berøring kan føre stråleterapeut og pasient nærmere hverandre på kortere tid slik som to av stråleterapeuter fortalte. Berøring har ulike funksjoner, og kan blant annet formidle kontakt, omsorg, forståelse og støtte. Personlige kontakt kan også virke betryggende for pasienten

f.eks. ved å stryke, ta på pasientens hånd og man kan prøve å sette seg inn i pasientens situasjon og vise medfølelse og forståelse (Eide & Eide, 2005).

For å ivareta pasienten er det viktig for stråleterapeuter å gi rett informasjon til rett tid og når pasienten selv signaliserer behov for mer informasjon, fordi det ikke er alle pasienter som kan ta til seg mye informasjon på en gang. Informasjon om behandling og behandlingsforløp er viktig for pasienten.

Spesielt nevner informantene at det er viktig for pasienten å vite hva som foregår under behandlingen, og hva pasienten bør gjøre for at en slik behandling skal bli vellykket. Første møte med pasienten er også viktig, og stråleterapeuter må bestrebe seg på å møte pasienten på en positiv og åpen måte slik at pasienten føler seg ivaretatt. Informantene viser meg at å gi rett mengde informasjon kan være en utfordring, fordi man ikke vet hvilken informasjon mottakeren klarer å ta til seg, og hvordan de tolker det.

En måte å gjøre det på er å ta utgangspunkt i kunnskapen pasienten har fra før, og bygge opp informasjonen fra pasientens utgangskunnskap. Funnene viser at stråleterapeuter gir informasjon til pasienten når hun kommer inn til brachyterapibehandling, men det er likevel ikke alltid stråleterapeuten vet hva pasienten har behov for informasjon. Da blir det viktig å spørre pasienten om hva hun lurer på og informere ut i fra dette. Oftest vet ikke pasienten selv hva hun har av informasjonsbehov, og noen ganger kan pasienten ha et informasjonsbehov uten å vite det selv. For å undersøke hvilke «skjulte» informasjonsbehov pasienten har, så kan det være hensiktsmessig å anvende en narrativ eller fortellende tilnærming. Informantene pleide for eksempel å spørre pasienten hvordan det går med henne? Gjennom pasienten sine svarfortellinger kan mye komme frem som ellers lett forblir skjult, og som kan gi stråleterapeuter viktig kunnskap om hva hun skal informere pasienten om. Slike fortellinger bidrar til å oppklare manglende kunnskap, misforståelser, samt en vurdering av hva pasienten oppfatter som viktig og uviktig. Ved å spørre pasienten hvordan hun har det, kan stråleterapeuten få frem materiale som også kan danne grunnlag for en empatisk forståelse for hva pasienten trenger informasjon om.

Å tilpasse informasjon til pasienten sine behov krever omtanke også med tanke på selve formidlingen, det å trygge at informasjon kommer frem og blir forstått. Pasienten skal kunne

høre, forstå og huske den informasjonen som er nødvendig, og skal i tillegg oppleve å bli ivaretatt på en god måte. Dette krever forberedelse fra stråleterapeuter.

Informantene har fortalt mye om hvor viktig det er at pasienten føler seg godt ivaretatt, og at dette handler om god kommunikasjon mellom pasienten og stråleterapeuten.

Manglende etiske refleksjoner kan føre til brudd på prinsippet om profesjonell kommunikasjon. Slik mine informanter har fortalt er det i møter mellom stråleterapeut og pasient i brachyterapi viktig at stråleterapeuten sanser pasientens signaler. Å bry seg for noen er å erfare en viss grad av tilknytning til det som er "objektet" for ens omsorg (Eide & Eide, 2005). Mine informanter fikk tydelig fram at pasientene var ulike individer med individuelle behov. Noen pasienter trengte mye omsorg og de trengte en bekreftelse fra stråleterapeuter om at behandlingen gikk greit. Andre igjen hadde langt mindre behov både for informasjon og det å prate underveis i behandlingen. Alle pasientene er unike på hver sine måter.

Joyce Travelbee (2001) sin teori baserer seg nettopp på at hvert menneske er unikt, og hun vektlegger at helsearbeid er en mellommenneskelig prosess fordi det alltid direkte eller indirekte dreier seg om mennesker (Travelbee, 2001).

Respekt fremstår som en grunnleggende verdi mellom stråleterapeut og pasient. En god relasjon mellom stråleterapeut og pasient er av stor betydning for å kunne oppfylle stråleterapeutens hensikt og behandlingsmål som også omfatter å bistå den syke ved å hjelpe henne til å mestre sykdommen og lidelsene hun gjennomgår. Stråleterapeutene fortalte meg at å skape en relasjon i stor grad innebærer å formidle til pasienten at hun blir forstått, og at hun er ikke alene. Stråleterapeutene viser i handling at de ønsker å hjelpe pasienten, ikke bare fordi at hun er syk, men fordi hun er den hun er. For å kunne vise i handling at stråleterapeuter bryr seg om pasienten prøver stråleterapeutene å forstå hvordan pasienten har det ved å sette seg inn i pasients sin situasjon og hvordan pasienten oppfatter sykdommen sin.

Kommunikasjon mellom stråleterapeut og pasienten er en vesentlig del av relasjonsbyggingen, både den verbale og non- verbale og informantene forteller at de kommuniserer gjennom holdning, ord og atferd. Kommunikasjon er en dynamisk kraft som brukes til å hjelpe eller såre, noe som betyr å trekke andre mennesker nærmere eller å støte dem bort (Travelbee, 2001).

5.2 Den kyndige stråleterapeut benytter skjønn

Stråleterapeuter blir nødvendigvis ikke kyndige bare ved å gjøre egne erfaringer, men er også avhengig av å utvikle personlige egenskaper som å være oppmerksom tilstede i ulike situasjoner eller i møter med pasienter. To av informantene er imidlertid tydelige på at erfaring er viktig for å utvikle kunnskap og kyndighet til å ivareta pasientene på best mulig måte. En erfaren helseutøver fornemme pasientens følelser ved å lytte til tonen til pasienten i stemmen (Alvsvåg, 2006). Ved både å lytte til pasientens ord og tonefall kan stråleterapeuter utvikle en kyndig praksis ved å vite hva som beveger den andre og forsøke å komme med pasienten i møte.

Skjønn er en form for resonnering med svake holdepunkter. Utgangspunktet for et kyndig faglig skjønn er kunnskaper, erfaringer og tradisjoner (Grimen & Molander, 2008). Utøvelse av faglig skjønn er ment å fylle mellomrommet mellom generell kunnskap, praksis og spesielle situasjoner. Som stråleterapeut møter man ulike situasjoner. Formålet er å forstå situasjonen og handle klokt og riktig. Faglig skjønn handler om å vurdere enkeltsituasjoner for å finne de beste og riktigste måtene å handle på, og både ferdighets- og fortrolighetskunnskap vil være nødvendig for stråleterapeuter å tilegne seg for på best mulig måte å kunne håndtere de ulike situasjoner stråleterapeuter kan møte i sin arbeidshverdag. Ferdighets- og fortrolighetskunnskap utvikles i praksis gjennom erfaring og refleksjon (Martinsen, 2003). Ved bruk av skjønn som innebærer de ulike aspektene av kunnskap vil en stråleterapeut bedømme den enkelte situasjon, og skal ideelt sett klare å vurdere hva som vil være til det beste for den enkelte pasient. Stråleterapeuter bruker situasjonsbestemt skjønn som hjelp til å se hva akkurat denne pasienten har av behov for omsorg og informasjon i forbindelse med behandlingen. Informantene fortalte at det er viktig for en god behandling å

se pasientene er individuelle personer med forskjellige behov for ivaretagelse. Et slikt blikk krever kyndighet og et velutviklet skjønn. Det handler om at stråleterapeuter skal mestre og håndtere en vanskelig situasjon slik at pasienten opplever støtte under behandlingen.

I følge Martinsen (2003) er det helseutøveren med lang erfaring og med et reflektert forhold til påstandskunnskap som har de beste forutsetninger for å handle skjønnsmessig, også ut i fra en kroppsliggjort fortrolighet med yrkesutøvelsen. Erfaringsbaser kunnskap lærer man i konkrete sammenhenger gjennom erfaring. Det å ha kunnskap om noe er å kunne utrette noe som den kunnskapsløse ikke kan gjøre (Alvsvåg, 2006). En stråleterapeut blir nødvendigvis ikke kyndige bare ved å gjøre egne erfaringer, men er også avhengig av å utvikle personlige egenskaper som å være oppmerksom tilstede i ulike situasjoner, eller i møter med pasienter.

Molander (1996) mener også at oppmerksomhet er et sentralt begrep og at den kyndige praktiker skal være oppmerksom både på egne og situasjonenes forutsetninger.

Oppmerksomhet i situasjonen skal oppøve kyndighet. Den kyndige praktiker er alltid oppmerksom i sin handling, og er åpen for og har en beredskap for at det alltid kan finnes flere alternativ til aktuell handling (Molander, 1996). Samtlige av informantene legger vekt på at deres egen oppmerksomhet mot pasienten gjør at de kan tilby bedre behandling og trygghet i løpet av hendelsesforløpet.

Den kyndige yrkesutøver er alltid oppmerksom på at hver situasjon bærer i seg noe unikt og muligens også uforløst, og er forberedt på at det alltid kan oppstå noe uventet (ibid). Ingen situasjon er med andre ord identisk med andre situasjoner. Ingen møter med en pasient er identisk med andre møter, og et hvert møte bærer i seg en uforutsigbarhet som den kyndige praktiker alltid er parat til å identifisere (Martinsen, 2003), slik informantene fortalte at en hver pasient er unik i sin situasjon.

En profesjonell yrkesutøver har som oppgave å hjelpe, trøste eller lindre sine medmennesker på medisinske plan, og å handle omsorgsfullt ut ifra prinsippet om universell omsorg i tillegg med sine respektive faglige kunnskaper (Molander, 1996), slik informantene fortalte om pasienter som var redde og engstelige for behandlingen, og hvordan de da viste omsorg ikke bare i ord, men også ved hjelp av blikk, berøring og kroppsholdning.

Martinsen (2003) viser helseutøvere som et medmenneske med følelser, som verner om pasienten sin integritet. Informantene fortalte at når stråleterapeuten kjenner pasienten som en person ble det lettere å handle til pasienten sitt beste. Funnene viser at når pasienten har en

trygg relasjon med stråleterapeutene er pasienten mindre engstelig for behandlingen. I følge Martinsen (2003) får en kyndig yrkesutøver tillit fra pasienten, og klinisk skjønn kan ikke erstattes av teknologi (Martinsen, 2003) fordi pasienter reagerer forskjellig på stress og sykdom. Faglig skjønn handler med andre ord om å vurdere enkeltsituasjoner for å finne de beste og riktigste måtene å handle på, nettopp slik informanter har fortalt meg at de gjør.

5.3 Den kyndige stråleterapeut benytter kunnskap

Kunnskap finnes i handling, og avgjørelser tas i sammenheng med både ferdighets- og fortrolighetskunnskap. Måten en bruker kunnskap på vil være knyttet til hvilken arena man befinner seg på og ens egne erfaringer (Grimen & Molander, 2008). Som stråleterapeut møter man ulike og unike situasjoner, og som stråleterapeut må man derfor forvente hjelp til å begrunne, vurdere og kritisk drøfte sine skjønnsmessige vurderinger i lys av førstepersons erfaring og lokale tradisjoner.

Formålet er å forstå situasjonen og handle klokt og riktig. Molander (1996) mener at kunnskap er en form for oppmerksomhet, man øver og trener, man diskuterer teknikk og reflekterer og man må ha en personlig tilstedeværelse for å skape profesjonell identitet (Molander, 1996). Både ferdighets- og fortrolighetskunnskap vil være nødvendig for stråleterapeuter for å kunne håndtere de ulike situasjoner en stråleterapeut kan møte i sin arbeidshverdag. Ferdighets- og fortrolighetskunnskap utvikles i praksis gjennom erfaring og refleksjon. Teoretisk kunnskap utgjør fundamentet til å forstå, handle og reflektere. Teoretisk kunnskap er grunnlaget for hvorfor og hvordan stråleterapeutene skal utøve sitt fag. Praktisk kunnskap innebærer å beherske teknikker, metoder og fremgangsmåter som er relevant, eksempelvis for en stråleterapeut, og skal være tilpasset de ulike pasientbehovene.

Molander (1996) sier også at kunnskap er kunnskap i bruk og er ikke bare en form for representasjon. Kunnskap er noe som sitter i kroppen, men at ingen kunnskap er helt taus. For stråleterapeuter er praksiskunnskapen en kunnskap som ofte kan og vil beskrives, men som likevel av og til vil være vanskelig å forklare (Molander, 1996). Stråleterapeuter skal ha god kunnskap om det tekniske og prosedyrer i brachyterapien. Gjennomgangen av tidligere forskning viste at stråleterapeuter både må beherske teknikken, og samtidig være

oppmerksom på hva pasienten opplever, eksempelvis om pasienten har er urolig i en behandlingssituasjon. Stråleterapeuters personlige kunnskap synliggjøres i yrkesutøvelsen, og innebærer å utvikle en dypere forståelse for hvordan man utøver ansvar for en pasient i en svak, eller sårbar posisjon.

Informantene har fortalte gjentatte ganger at det er svært viktig at de viser omsorg til kreftpasienter, men også hvor viktig det er at de håndterer teknologien som anvendes i behandlingen. Dette betyr at stråleterapeuter må ha god kunnskap om forskjellige tekniske forhold knyttet til apparatene og teknologien de jobber med. For å hjelpe radiografer og stråleterapeuter har norsk radiografforbund laget etiske retningslinjer. Retningslinjene understreker at radiografer og stråleterapeuter skal være omsorgsfulle og at de skal ivareta pasientene sin verdighet, sikkerhet og integritet. Videre påpekes det også at radiografer og stråleterapeuters skal respektere pasientene sine behov og å gi informasjon tilpasset hver enkelt pasient. I tillegg skal radiografer og stråleterapeuter gi god pleie og omsorg med tanke på at pasienten skal føle seg trygg i en behandlingssituasjon. Det skal alltid være fokus på pasienten og omsorg bør gis uavhengig av tidspress eller krevende tekniske prosedyrer (Norsk, Radiografforbund, Yrkesetiske, & retningslinjer, 2009).

Samtlige informanter i denne studien har omtalt verdien av å gi informasjon til pasienten tilpasset hennes behov og samtidig å gi nødvendige informasjon knyttet til behandlingen. Slik jeg har hørt informantene fortelle så har stråleterapeuter et konstant blikk på pasienten slik at pasienten har det så bra som mulig og føler seg ivaretatt. Informantene oppfattet omsorgsutøvelse som en del av behandlingen, men at god omsorg krever blikk for den enkelte pasient og hennes livsverden.

Å utvikle et profesjonelt og kyndig skjønn utvikles ifølge informantene over tid og i samtaler med kollegaer. Et annet aspekt ved å opptre profesjonelt er å vite ens egne begrensinger og å henvise pasienten til for eksempel lege dersom en ikke har svar på pasientens spørsmål slik en av informantene fortalte om å henvise pasienten til gynekologisk avdeling. Samme informant fortalte at pasienten blir henvist til gynekologisk poliklinikken fordi her blir pasienten godt oppfulgt og ivaretatt. Materiale viser også at pasienter ofte stiller stråleterapeuter spørsmål som en lege bør svare på.

5.4 Troverdighet, pålitelighet og overførbarhet

Graneheim og Lundman (2004) benytter begreper som pålitelighet, gyldighet og overførbarhet. Disse tre begrepene ses i sammenheng med hverandre og er bestanddeler av studies troverdighet. Studiens troverdighet bygger på åpenheten (transparensen) i beskrivelsen av hvordan data ble samlet inn og hvordan analysen ble utført. Jeg tok utgangspunktet i Graneheim og Lundmans (2004) innholdsanalyse, og jeg har underbygget med direkte sitat og dette styrker resultatenes gyldighet. Presentasjon av forskjellige erfaringer kan i sies å styrke resultatenes gyldighet. Det er ønskelig å tydeliggjøre forskerens eget forforståelse, for å kunne gi leseren mulighet til å vurdere forskerens påvirkning av resultatene (Graneheim & Lundman, 2004). For at studien skal være troverdig skal den være pålitelig.

Valg av metode er en del av påliteligheten og ble tatt allerede i begynnelse av prosjektet planleggingsfasen. Jeg hadde egentlig tenkt å observasjon en behandlingssituasjon fordi jeg synes det var hensiktsmessige for å belyse min problemstilling på best mulig måte. Det kunne vært hensiktsmessige med observasjon før jeg intervjuet, fordi observasjon ville gitt meg et større innblikk på hva stråleterapeuter gjør når de behandler denne pasientgruppe. Men siden jeg fikk ikke tillatelse til å gjennomføre observasjon, ble det ikke gjennomført observasjon. Derfor ble det gjennomført kun intervju. I studiens gjennomførte jeg fire intervju. I intervjusituasjonene oppfattet jeg relasjonene mellom meg og informanter som gode.

En annen måte å forstå pålitelighet på er om studiens funn er gjenkjennbare i feltet. Altså om andre som jobber innenfor samme felt vil kjenne igjen funnene jeg som forsker presenterer i studien. Svakheten ved intervju alene var at gjennom intervju var det litt vanskelige for informanter og forteller om noe de gjør i praksis i en behandlingssituasjon i brachyterapi. Som for eksempel hvordan stråleterapeuter ivareta pasienter, kommunisere og informere med pasienter. Jeg synes flere informanter og feltobservasjoner ville gitt min studie større troverdighet.

I analysen arbeidet vil noe av materiale bli kuttet når man prøver å finne mening mellom i og mellom ulike utsagn. Kanskje ville andre forskere finne fram til et helt annet meningsinnhold. I analysearbeidet tolket jeg informantens utsagn på jakt etter mening i og mellom ulike utsagn. Svakheter ved kvalitative intervju er at informantene kan fortellere det som vil gagnar dem selv, eller å ikke snakke om sine erfaringer. Studien sin troverdighet handler om ulike elementer. Min påvirkning i studien og min tolking av materiale kan sies som troverdige. I

intervjusituasjon ledende spørsmål kan påvirke pålitelighet. Men jeg synes det er ikke mulig å unngå ledende spørsmål i et intervju. Jeg har i tillegg skrevet kontekst rundt intervjusituasjon. Resultatet i studien er informantene sine svar fra intervjuene. Kanskje informantene vil svart annerledes til en som hadde jobbet med denne pasientgruppe og som hadde bakgrunn som stråleterapeut. Jeg har vært veldig nøyaktig med arbeidet med transkribering. Overførbarhet er knyttet til den forståelse som utvikles innenfor rammen av et prosjekt, som kan være relevant i andre situasjoner. I kvalitativ studie er det viktig å komme frem til en forståelse av et tema, og skal ikke kunne konkludere. Jeg synes en utvalg på fire er lite, men likevel føler jeg at jeg fått materiale som vil belyse problemstilling.

Overførbarhet dreier seg om å kunne knytte tolkninger vekker gjenklang hos leserens kjennskap til fenomener som studeres (Thagaard, 2009). Jeg forsøkte å forberede meg godt rett før et intervju, jeg leste intervjuguiden, tenkte igjennom hva som ville være viktig og at jeg var åpen for nye innspill fra informantene. Samtidig kan det være en svakhet ved at jeg kan ha blitt blendet. Jeg kan ha oversett noe ved at jeg kanskje var mindre åpen for en som kanskje kjente behandlingssituasjon og behandlingsrommet. Under analyseprosessen har jeg forsøkt å være grundig, jeg har forsøkt å være åpen for meningen som ligger bak mine informantens stemme, selv om jeg ikke har som sagt erfaring fra dette området. Mine informantenes utsagn syns jeg, gjenspeiler deres erfaringer med å jobbe med brachyterapi. Jeg fikk forskjellige materiale fra forskjellige informanter. Men informanter hadde samme svar på enkelte spørsmålene i intervjuguiden. Studiens resultater belyser ulike aspekter ved å jobbe med brachyterapi og kvinner som har livmorhalskreft.

6.0 Avslutning

I dette kapittelet vil jeg presentere hovedfunnene i studien. Studien har vist at stråleterapeuter tar ansvar for pasientene utover selve den tekniske delen av behandlingen. Å vise omsorg for pasientene fremheves som veldig viktig. I tillegg er hver pasient unik i sin situasjon og det er nødvendig å behandle hver pasient individuelt. En kyndig stråleterapeut har forståelse for pasienten sine bekymringer og pasienten sine behov.

Stråleterapeuter med mer erfaring innen brachyterapi har vanligvis mer kunnskap om det tekniske enn stråleterapeuter med mindre erfaring. Stråleterapeuter som jobber med brachyterapi er nødvendigvis ikke nyutdannede stråleterapeuter, men de har ofte lite erfaring med denne behandlingsformen. Informantene i denne studien hadde ulike meninger om hvorfor de begynte å jobbe med brachyterapi og denne pasientgruppen. To av stråleterapeutene ville lære noe nytt, derfor bestemte de seg å jobbe med brachyterapi. Materiale viser at det er store utfordringer for stråleterapeuter som jobber med brachyterapi, de må blant annet utvikle både faglig skjønn og kunnskap knyttet til pasientens behov for, for eksempel informasjon, smertestillende. Blant annet er ikke alle pasienter åpne for å snakke om sine behov med stråleterapeuter.

Stråleterapeuter møter kvinner med livmorhalskreft som kommer til brachyterapi 5-6 ganger i hele behandlingsforløpet. Stråleterapeuter har ansvar for planlegging av behandlingsopplegget til pasienten, samt oppfølging av pasientene gjennom hele behandlingsperioden. Å ivareta pasientene på best mulig måte er en vesentlig del av jobben. Livmorhalskreft rammer kvinner i alle aldersgrupper, og ifølge informantene er pasientene fra 20 til 90 år. Flere pasienter får en del utfordringer i forbindelse med brachyterapibehandling. De fleste av kvinnene får bivirkninger av strålebehandling som kan påvirke privatliv, livssituasjon og parforhold dems. Noen av pasienter har barn, jobb og det kan være utfordrende for pasienten for eksempel å følge barna sine til barnehage på grunn av bivirkninger. I studien har jeg vært opptatt av å finne ut av hvordan stråleterapeuter ivaretar denne pasientgruppen.

For å finne svar på min problemstilling og mine mange spørsmål har jeg intervjuet fire stråleterapeuter som har jobbet med kvinner som har livmorhalskreft, og jeg har analysert informantene sine erfaringer og fortellinger fra arbeidet med denne pasientgruppe. Gjennom intervjuene komme det frem at god informasjon, god kommunikasjon og god relasjon mellom pasient og stråleterapeut skaper trygghet hos pasienten. Funnene viser også at informasjon som gis til pasienter bør tilpasses hver enkelt pasient. Noen pasienter klarer å ta til seg mye informasjon, andre pasienter ikke, men stråleterapeuter skal alltid informere om de aller viktigste tingene første gang pasienten er til behandling. For å gjøre en god jobb med å trygge pasienten trenger også stråleterapeuter god kunnskap om apparatur, det å lage en doseplan samt strålebiologi. Brachyterapi er i utvikling hele tiden det kommer stadig nye og bedre apparatur. Det er også viktig at stråleterapeuter har kunnskap om nyutviklinger knyttet til behandlingen.

Enkelte pasienter kan være veldig engstelig og redd når de kommer til behandlingen, og da er det stråleterapeutens sin oppgave å berolige pasienten. Andre pasienter tilkjenner ingen engstelse. Observasjon av pasienten under behandlingen er også viktig. Hvis pasienten har smerte i forbindelse med brachyterapibehandling er det viktig å gi henne smertestillende i samråd med lege. Funnene viser at stråleterapeutene i denne studien er opptatt av å gjøre sitt beste for at pasienten skal føle seg sett og ivaretatt. Å lytte til pasientens verbale og non-verbale kommunikasjon er viktig for å yte individuell omsorg. Informantene opplever at de stadig lærer nye ting i jobben sin, og at dette er viktig for å trives i jobben.

En til en relasjon kan gjøre at pasienten og stråleterapeutens bli godt kjent med hverandre og vil skape trygghet for pasienten. Funnene viser også at stråleterapeuter bevisst bruker kroppsspråket sitt til å skape trygghet hos pasienten. For eksempel så smiler de til pasienten, gir pasienten er klem dersom de tror hun trenger det, eller de prater rolig til pasienten. Funnene viser at trygghet skapes både ved at stråleterapeuter mestrer teknologien og samtidig klarer å se mennesket bak diagnosen og apparaturene. Det handler om å klare å forstå hva pasienten egentlig gjennomgår når hun ikke er i en behandlingssituasjon inne på sykehuset. I følge informantene er de fleste pasientene fornøyd med behandlingen og ivaretagelsen de har fått fra stråleterapeutene etter at de er helt ferdig med behandlingsforløpet. Flere av pasientene har takket stråleterapeutens for god behandling og god oppfølging. Informantene mener at dette kan tyde på at pasienten er blitt godt ivaretatt av stråleterapeutens.

En av informantene i denne studien mener at erfaring har mye å si for hvordan møter denne pasientgruppen. Utsagn fra informantene gir signaler om at stråleterapeuter innen brachyterapi har mer tid til rådighet og involveres mer i pasienten sitt behandlingsopplegg enn på ekstern strålebehandling. Pasientene er ulike med tanke på hvor engstelig de er for behandlingen. Jeg mener reduksjon av frykt og å etablere trygghet hos pasienten handler om kjemien mellom den enkelte stråleterapeut og den enkelte pasient. Grunnlaget er å se og bli sett.

6.1 Forslag til videre studier

Det er lite forskning blant stråleterapeuter hvordan de ivaretar kreftpasienter som kommer til stråleterapi. Det trenges mer kunnskap om ulike aspekter ved omsorg og ivaretagelse, og det ville vært interessant å gjennomføre en lignende studie der man undersøker stråleterapeuters erfaringer med pasienter med andre kreftdiagnoser, som for eksempel øre-, nese- hals pasienter. Dette fordi denne pasientgruppe også får mange utfordringer og bivirkninger i forbindelse med strålebehandling. Angst og stress i forbindelse med strålebehandlingen er også vanlig. I tillegg får de bivirkninger som sårhet og tørr slimhinne i munnen og de plages med å snakke og spise. Det vil absolutt være interessant å finne ut hvordan stråleterapeuter ivaretar denne pasientgruppe gjennom hele behandlingsforløpet deres og om de ivaretas på lignende måte som pasientene i brachyterapi.

Referanser

- Aadland, E. (2011). *"Og eg ser på deg-": vitenskapsteori i helse- og sosialfag* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Alvsvåg, H. (2006). Omsorg - med utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgstenkning. I., cop. 2006.
- Austgard, K. I. B. (2002). *Omsorgsfilosofi i praksis : å tenke med filosofen Kari Martinsen i sykepleien*. Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Bolderston, A. (2008). Mixed messages? A comparison between the perceptions of radiation therapy patients and radiation therapists regarding patients' educational needs. *Radiography*, *14*(2), 111-119.
- Bolderston, A., Lewis, D., & Chai, M. J. (2010). The concept of caring: Perceptions of radiation therapists. *Radiography*, *16*(3), 198-208.
- Bårdsen, B. (1999). Omsorg i det korte møtet. Hovedfagsoppgave i sykepleievitenskap. Det medisinske fakultet, Institutt for samfunnsmedisinske fag. Seksjon for sykepleievitenskap. Universitet i Bergen. .
- Cancer in Norway 2013 - Kreftregisteret. [Internett] . Available: <http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Publikasjoner/Cancer-in-Norway/Cancer-in-Norway-2013/> : [Funnet 9 mars 2015]
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode* (2. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Degerfält, J., Moegelin, I.-M., & Sharp, L. (2008). *Strålbehandling* (2.uppl. utg.). Lund: Studentlitteratur.
- Egestad, H. (2003). Det er jo til ens eget beste ,Hovedfagsoppgave Avdeling for sykepleie og helsefag Institutt for klinisk medisin,Det medisinske fakultetet Universitetet i Tromsø.
- Egestad, H. (2013). How does the radiation therapist affect the cancer patients' experience of the radiation treatment? *Eur. J. Cancer Care*, *22*(5), 580-588.
- Egestad, H. (2014). Norske stråleterapeuters identifikasjon av egne forskningsområder – innledende Delphi-analyse. *Hold Pusten; Volum 6*. ISSN 0332-9410. s 18-23.

Eide, H., & Eide, T. (2005). *Kommunikasjon I relasjoner, samhandling, konfliktløsning, etikk*: Gyldendal Norsk Forlag AS 2000 . 1. utgave 1996, 11. opplag.

Fischer, L. M. (2011). Brachytherapy : types, dosing, and side effects

Gadamer, H.-G. (2012). *Sannhet og metode : grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Oslo: Pax.

Gamble, K. (1998). Communication and information: The experience of radiotherapy patients. *European Journal of Cancer Care*, 7(3), 153-161.

Gilje, N., & Grimen, H. (2002). *Repetisjonshefte til Samfunnsvitenskapenes forutsetninger*. Oslo: Universitetsforl.

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.

Grimen, H., & Molander, A. (2008). *Profesjon og skjønn. I*. Oslo: Universitetsforl., cop. 2008.

Halkett, G. K. B., & Kristjanson, L. J. (2007). Patients' perspectives on the role of radiation therapists. *Patient Education and Counseling*, 69(1-3), 76-83.

Halkett, G. K. B., Short, M., & Kristjanson, L. J. (2009). How do radiation oncology health professionals inform breast cancer patients about the medical and technical aspects of their treatment? *Radiotherapy and Oncology*, 90(1), 153-159.

Hägemark, C., Bohman, L., Ilmoni-Brandt, K., Näslund, I., Sjöden, P. O., & Nilsson, B. (2001). Effects of information supply on satisfaction with information and quality of life in cancer patients receiving curative radiation therapy. *Patient Education and Counseling*, 45(3), 173-179.

Jacobsen, D. I. (2003). *Forståelse, beskrivelse og forklaring: innføring i samfunnsvitenskapelig metode for helse- og sosialfagene*. Kristiansand: Høyskoleforl.

Kjøllestad, A. (2010). Er teknologisk kompetanse omsorg? *Sykepleien* 08(98), 75-77.

Kristiansen, S. J. (2005). Omsorg er å handle til den andres beste, Hovedfagsoppgave Avdeling for sykepleie og helsefag Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultetet Universitetet i Tromsø.

- Kvale, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvåle, K. (2006). Den omsorgsfulle sykepleier - slik pasienter ser det. *Vard i Norden*, 26(1), 15-19.
- Kvåle, K., & Bondevik, M. (2010). Patient's perceptions of the importance of nurse's knowledge about cancer and its treatment for quality nursing care. *Oncology Nursing Forum*, 37(4), 436-442.
- Kvåle, K., & Synnes, O. (2013). Understanding cancer patients' reflections on good nursing care in light of Antonovsky's theory. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(6), 814-819.
- Larsson, M., Hedelin, B., & Athlin, E. (2007). Needing a hand to hold: lived experiences during the trajectory of care for patients with head and neck cancer treated with radiotherapy. *Cancer Nursing*, 30(4), 324-334.
- Martin, K. L., & Hodgson, D. (2006). The role of counselling and communication skills: how can they enhance a patients first day experience? *J Radiother Pract*, 5(3), 157-164.
- Martinsen, K. (2003). *Etikk, disiplin og dannelse: Elisabeth Hagemanns etikkbok - nye lesinger*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Molander, B. (1996). *Kunnskap i handling* (2. omarb. oppl. utg.). Göteborg: Daidalos.
- Norsk, Radiografforbund, Yrkesetiske, & retningslinjer. (2009). [Online]. URL: <http://www.radiograf.no/fagogprofesjon/Sider/Yrkesetiske-retningslinjer.aspx> (lest 22.02.2016).
- Nortvedt, P. (2001). *Profesjonell omsorg - dyd eller ferdighet? I*. Oslo: Gyldendal akademisk, 2001.
- Pasek, M., Suchocka, L., & Urbański, K. (2013). Quality of life in cervical cancer patients treated with radiation therapy. *Journal of Clinical Nursing*, 22(5-6), 690-697.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2010). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice* (7th ed. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Reppe, A., Wist, E., & Kåresen, R. (2009). *Kreftsykdommer : en basisbok for helsepersonell* (3. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Repstad, P. (2007). *Mellom nærhet og distanse: kvalitative metoder i samfunnsfag* (4. rev. utg. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Schofield, P., Juraskova, I., Bergin, R., Gough, K., Mileshkin, L., Krishnasamy, M., et al. (2013). A nurse- and peer-led support program to assist women in gynaecological oncology receiving curative radiotherapy, the PeNTAGOn study (peer and nurse support trial to assist women in gynaecological oncology): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, *14*, 39.
- So, W., & Chui, Y. (2007). Women's experience of internal radiation treatment for uterine cervical cancer. *60*(2), 154-161.
- Spallou, B. D., Madsen, B., & Kiu. (2007). *Underlivskræft : om håb, frygt og livsmod - og fakta om sykdommen*. Odense: Forlaget Madsen.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode* (3. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon : teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tjora, A. H. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Warnock, C. (2005). Patients' experiences of intracavity brachytherapy treatment for gynaecological cancer. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*, *9*(1), 44.

Vedlegg 1

Intervjuguiden

Hvordan er det å jobbe i brakyterapi og jobbe med kvinner som har livmorhalskreft som gjennomgår strålebehandling.

Hvor lenge har du jobbet med brakyterapi?

Hva legger du vekt på når du informerer kvinner som kommer til brakyterapi? Kan du gi meg eksempel?

Har pasientene forskjellige behov for informasjon? Hva har de behov for informasjon om tidlig i behandlingsforløpet og senere/vektlegger du ulike forhold underveis i behandlingsforløpet?

Er det andre forhold du legger vekt på for å ivareta og betrygge pasienten som kommer til brakyterapi enn pasienter som får annen strålebehandling?

Er det utfordrende å jobbe i brakyterapi/ å jobbe med denne pasientgrupper? Hva du syns er utfordrende med å jobbe med dette?

Hva mener du det er viktig å ha kunnskap / ferdigheter i og om for å ivareta pasienten som får brakyterapi?

Har stråleterapi utdanningen gitt deg grunnlag for å møte denne pasient grupper?

Har du vært borte i en situasjon der det var vanskelig å ivareta pasienten godt nok som du kan tenke deg å fortelle om?

Kan du si noe om hva det gir deg å arbeide med denne pasientgruppen?

Er det noe som jeg ikke har spurt om knyttet til å ivareta/være omsorgsfull som du vil fortelle om eller som du syns er viktig å belyse?

Vedlegg 2

Forespørsel om tillatelse til å samle inn data i forbindelse med min masteroppgave

Til

Ledende stråleterapeut

Søknad om tillatelse til å samle inn data i forbindelse med mitt mastergradsprosjekt

Jeg er radiograf og er masterstudent ved institutt for helse- og omsorgsfag, ved UIT Norges arktiske universitet. I forbindelse med masteroppgaven min ønsker jeg å studere hvordan stråleterapeuter ivaretar kvinnelige pasienter som har livmorhalskreft og som mottar brachyterapibehandling. Formålet med studien er å bidra til å øke kunnskap om hva som er viktig for å kunne tilby gode tjenester til kvinner med livmorhals kreft. Slik kunnskap vil være viktig for fagets utvikling.

For å gjennomføre studien ønsker jeg å gjennomføre individuelle intervju med til sammen fire stråleterapeuter som jobber eller har jobbet med dette området i løpet av siste år. Samtalene vil vare omtrent en time. Intervjuene blir tatt opp på bånd, for deretter å bli skrevet ut i tekst. Alle opplysninger anonymiseres, og det skal ikke være mulig å identifisere informantene i det ferdige resultatet. Når studien er avsluttet slettes alt av identifiserbart materiale. Det er frivillig å delta i studien og hvis informantene ønsker å trekke seg underveis kan de gjøre det når som helst, og uten å måtte oppgi noen grunn. Informasjonen de har bidratt med blir i så tilfelle slettet.

Vennlig hilsen

Marzieh Qaitouri

Masterstudent

Vedlegg 3

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet i forbindelse med masteroppgave

Bakgrunn og hensikt

Jeg er radiograf og går på masterstudiet i helsefag ved Institutt for helse- og omsorgsfag, UiT Norges arktiske universitet. Nå skal jeg skrive mastergradsoppgave om stråleterapi til kvinner med livmorhalskreft.

Siden du er stråleterapeut som har erfaring med brachyterapi, forespørres du om å delta i et forskningsprosjekt for å bidra til å øke kunnskapen om hva som er viktig for å kunne tilby gode tjenester til kvinner med livmorhalskreft. Slik kunnskap vil være viktig for fagets utvikling.

Hvem rekrutteres

Dette skrivet distribueres til stråleterapeuter som nå arbeider med brachyterapi eller har arbeidet med dette området i løpet av siste år. Det er ønskelig å gjennomføre individuelle intervju med fire stråleterapeuter. Melder det seg flere stråleterapeuter enn fire, vil de som gir beskjed først bli intervjuet.

Hva innebærer det for deg å delta

Å delta i studien innebærer et intervju på inntil en time. Intervjuet vil fortrinnsvis foregå et stille sted på informantens arbeidssted.

Hva skjer med informasjonen om deg

Intervjuene blir tatt opp digitalt, for deretter å bli skrevet ut i tekst. Alle opplysninger anonymiseres, og det skal ikke være mulig å identifisere deg i det ferdige resultatet. Din identitet vil ikke være kjent for andre enn den som intervjuer deg. Mens arbeidet med studien pågår vil lydfiler og andre opplysninger som kan bidra til identifisering oppbevares på låst sted. Når studien er avsluttet slettes alt av identifiserbart materiale.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst trekke deg fra studien og uten å oppgi noen grunn.

Dersom du ønsker å delta undertegner du samtykkeerklæringen nederst på denne siden og sender den til Marzieh Qaitouri, epost: mqa000@post.uit.no , tlf: 98638659 .

Dersom du har spørsmål til studien eller ønsker å trekke deg, kan du kontakte ovenfornevnte eller veileder på masteroppgaven, førsteamanuensis Siri Moe, UiT, tlf. 77645265, epost: siri.moe@uit.no

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Samtykke til å delta i studien

Jeg har mottatt skriftlig informasjon om studien og ønsker å stille til intervju. Jeg samtykker i at opplysninger jeg gir kan brukes i den aktuelle mastergradsoppgaven. Jeg er også kjent med at opplysninger ikke skal kobles til mitt navn og at lydfilene slettes etter at masteroppgaven er avsluttet.

Jeg er kjent med at jeg kan trekke meg underveis uten å oppgi noen grunn.

Dato:

Signatur:

Telefonnummer:

Vedlegg 4

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Høibergs gate 29
N-5003 Bergen
Norway
Tel: +47 55 58 21 17
Fax: +47 55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.no: 985 325 884

Siri Moe

Institutt for helse- og omsorgsfag UIT Norges arktiske universitet

9037 TROMSØ

Vår dato: 07.07.2015

Vår ref: 43915 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 29.06.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

43915	<i>Stråleterapeuters erfaringer og refleksjoner knyttet til å ivareta kvinner med livmorhalskreft i brakyterapibehandling</i>
Behandlingsansvarlig	UIT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Siri Moe
Student	Marzieh Qaitouri

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdís Namtvedt Kvalheim

Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 43915

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger UiT Norges arktiske universitet sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc/mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 31.12.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lyd-/bilde- og videoopptak

