



Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

## **Bacheloroppgave**

**Hvordan kan sykepleier gi best mulig informasjon, omsorg og støtte til et par som skal gjennomføre assistert befruktning?**

Innleveringsdato: 03.06.20

Emnekode: HSYK3003

Kandidatnummer: 10155

Antall ord: 8520

# Sammendrag

Oppgaven handler om hvordan sykepleiers rolle kan innvirke på par som gjennomgår assistert befruktning. Det legges vekt på kommunikasjon med utgangspunkt i pasientsentrert omsorg. Infertilitet og behandling for ufrivillig barnløshet kan for noen være preget av stress, skam og frykt for både selve prosessen og ikke minst resultatet. Oppgavene til en sykepleier som arbeider med assistert befruktning har stor spennvidde.

En viktig del av en sykepleiers rolle er å styrke pasientenes rolle med egenmestring og fremme håp, gi støtte og god informasjon gjennom det hele underveis i prosessen. Denne oppgaven diskuterer sykepleiers rolle i pasientopplæring og kommunikasjon i behandlingsforløpet.

# Innhold

Tabeller.....	v
1. Innledning .....	6
1.1. Introduksjon av tema .....	6
1.2. Bakgrunn for valg av tema .....	6
1.3. Begrepsavklaring .....	7
1.4. Avgrensning og presisering av problemstillingen.....	7
1.5. Oppgavens kapitler .....	8
2. Metode .....	9
2.1. Valgt metode.....	9
2.2. Vitenskapelig tilnærming.....	9
2.3. Søkehistorikk .....	10
2.4. Andre kilder .....	11
3. Empiri .....	12
3.1. Artikkelmatrise .....	12
3.2. Sammenfattet empiri.....	14
3.2.1. Forutsetninger for god sykepleie i en infertilitetsklinikk .....	14
3.2.2. Viktige dimensjoner i pasientsentrert omsorg av infertile sett fra pasientenes perspektiv .....	15
3.2.3. Vurdering av ulike modeller for pasientsentrert omsorg ved fertilitetsbehandling .....	16
3.2.4. Barrierer i kommunikasjon mellom pasienter og helsepersonell.....	17
3.2.5. «Empowerment» gjennom en pasientsentrert tilnærming.....	17
3.2.6. Rammer for pasientsentrert fertilitetsbehandling.....	18
3.2.7. Ulike aspekter behandling evaluert av kvinnen og mannen .....	19
4. Teori .....	20
4.1. Infertilitet og assistert befruktning .....	20
4.1.1. Definisjon.....	20
4.1.2. Årsaker .....	20
4.1.3. Behandlingsforløp ved assistert befruktning .....	20
4.1.4. Komplikasjoner .....	21
4.1.5. Etikk og lovgivning knyttet til prøverørsbehandling.....	22
4.1.6. Internasjonalt perspektiv.....	22
4.2. Sykepleiers rolle ved assistert befruktning .....	22
4.3. Kommunikasjon og menneskemøtet .....	24
4.3.1. Joyce Travelbee .....	24
4.3.2. Martinsen – faglig skjønn.....	24

4.3.3.	Pasientsentrert tilnærming i omsorg og sykepleie.....	24
4.3.4.	Empowerment.....	25
5.	Diskusjon.....	26
5.1.	Innledning .....	26
5.2.	Historiske betrakninger og utvikling .....	26
5.3.	Pasientsentrert sykepleie innen assistert befrukning .....	26
5.4.	Paret består av to personer .....	27
5.5.	Kunnskap, ferdigheter og kommunikasjon .....	28
6.	Konklusjon .....	30
	Referanser .....	31
	Vedlegg .....	33
	Vedlegg 1: Informert samtykke i forbindelse med ressursamtale .....	33

# Tabeller

Tabell 2.1 Søketablell .....	10
Tabell 3.1 Artikkelmatrise .....	12

# 1. Innledning

## 1.1. Introduksjon av tema

Verdens første prøverørsbarn ble født i England i 1978 (Taylor, Pal, og Seli 2020). Til nå har over åtte millioner barn blitt unnfanget ved hjelp av assistert befruktning (Adamson mfl. 2018). Dette har blitt en anerkjent behandling for ufrivillig barnløshet, og i Norge utgjør barn født etter in vitro-fertilisering fire prosent av alle barn som fødes (Bioteknologirådet 2019). In vitro betyr 'i glass', mens in vivo betyr 'i det levende' (Kåss 2019). Prøverørsbehandling innebærer at befruktninger skjer utenfor kroppen i et laboratorium. Kvinnen blir stimulert med hormonsprøyter slik at flere egg modnes i samme syklus. Eggene hentes ut med en tynn nål og befruktes etterpå i laboratoriet. Dette kalles in vitro-fertilisering (IVF) (Taylor mfl. 2020). Noen ganger vil det være nødvendig å hjelpe sædcellen inn i egget, dette kalles mikroinjeksjon (ICSI).

Det finnes ingen krav om at sykepleiere som jobber med assistert befruktning må ha egen sertifisering og det finnes ikke videreutdanning innen dette fagfeltet i Norge. Det er imidlertid mulig å bli sertifisert IVF-sykepleier gjennom ESHRE, Det europeiske selskap for menneskelig reproduksjon og embryologi. På fertilitetsseksjoner samt gynekologiske sengeposter og poliklinikker vil det jobbe sykepleiere som bør ha kompetanse på assistert befruktning. Å utøve optimal sykepleie er et viktig mål som forutsetter at man identifiserer pasientens problemer og behov. Ufrivillig barnløse har behov som omfatter fysiske, omsorgsmessige, informasjonsmessige, økonomiske og psykososiale faktorer. Ved å identifisere disse behovene kan sykepleier møte disse pasientene på en bedre og mer individualisert måte. Med pasienten i senter, kan dette forbedre livskvaliteten og redusere stresset knyttet til prøverørsbehandling. Det er nettopp disse «gode» måtene å møte pasientene på jeg ønsker å belyse i min oppgave. Her er kommunikasjon og personmøtet sentralt. Temaet for oppgaven er sykepleie til IVF-pasienter, med kommunikasjon, informasjon og støtte som innfallsvinkel.

## 1.2. Bakgrunn for valg av tema

Våren 2017 jobbet jeg sammen med en sykepleier på en privat fertilitetsklinikk. I løpet av dette vikariatet fikk jeg følge prosessen til flere par sammen med sykepleieren. Hennes rolle som sykepleier fra det første møtet med par som er fortvilet over å ikke kunne lykkes med å bli gravide på vanlig måte og videre gjennom behandlingsforløpet gjorde sterkt inntrykk på meg. Jeg observerte hvordan sykepleieren møtte paret og hvordan hun håndterte deres behov for støtte, informasjon og omsorg underveis i behandlingen. Sykepleierens rolle gjennom et krevende behandlingsforløp inspirerte meg til å fordype meg i hvordan denne rollen kan gjøres på best mulig måte. Denne oppgaven vil fokusere på hvordan sykepleiere kan skape mestring og samtidig bidra til at pasientene i størst mulig grad balanserer optimisme og realisme.

Denne sykepleieren har 20 års erfaring med fertilitetsbehandling. De første årene ved en offentlig fertilitetsseksjon og de siste årene ved en privat fertilitetsklinikk. På grunn av dette har hun et solid grunnlag for å sammenligne hvordan behandlingsforløp i ulike settinger kan oppleves for paret. Hun forteller at det i det offentlige ikke er like mye ressurser, slik at man ikke får den samme tiden til å få til den gode samtalen. Dette kan

gi en «samlebåndsfølelse». Et godt møte med god tid, er ifølge henne idealet som bør etterstrebes uansett om det er i privat eller offentlig regi og uavhengig av om det er IVF eller kreft eller andre sykdommer.

Prøverørsbehandling er en behandling som preges av tverrfaglighet og samarbeid mellom sykepleiere, leger og embryologer (Gardner mfl. 2018). Denne oppgaven har fokus på sykepleiefaglige aspekter knyttet til assistert befruktning med vekt på hvordan sykepleier best mulig kan informere, støtte og gi omsorg til paret som skal gjennomføre denne behandlingen.

Basisen for god sykepleie er sammensatt av flere forhold der "det kliniske blikket" og evnen til å tilpasse informasjon til den som sitter foran en, uavhengig av hvilket fagfelt man jobber innen, kan sies å være noe av basisen. Hensikten med denne oppgaven er å belyse betydningen av bakgrunnskunnskapene for sykepleier i møte med disse pasientene. Kommunikasjon, veiledning, informasjon og relasjonsbygging i personmøtet er sentrale elementer her. Dette kan anvendes i alle møter med pasienter, uansett om det er IVF, kreft, sengepost, og så videre. Det er kun den fagspesifikke teorien som krever "spesialkompetanse" men det gjelder jo på alle felt – en sykepleier som jobber med IVF vil kunne vite mindre om for eksempel mage-tarm, samtidig vil sykepleiers møte med pasienter som skal inn til en omfattende behandling, være preget av de samme trinnene som nevnt her.

Behovet for assistert befruktning øker og det fødes et stadig økende antall barn etter denne behandlingen. Nesten alle kjenner noen som har vært involvert i behandling for ufrivillig barnløshet. I hver skoleklasse nå er i gjennomsnitt ett av barna unnfanget ved hjelp av assistert befruktning (Bioteknologirådet 2019). Til tross for dette oppleves ofte behandlingen utfordrende for parene og sykepleiers rolle med støtte, informasjon og veiledning er essensiell.

## **PROBLEMSTILLING:**

**«Hvordan kan sykepleier gi best mulig informasjon, omsorg og støtte til et par som skal gjennomføre assistert befruktning?»**

### 1.3. Begrepsavklaring

**Assisted reproductive technologies (ART), prøverørsbehandling** på norsk, omfatter alle teknikker hvor man håndterer eggceller utenfor kroppen (Taylor mfl. 2020).

**In vitro fertilisering (IVF):** Eggene hentes ut med en tynn nål og befruktes etterpå i laboratoriet (Taylor mfl. 2020).

Ved **mikroinjeksjon (ICSI)** føres sædcellen inn i egget ved hjelp av en tynn glasspipette under mikroskop (Taylor mfl. 2020).

### 1.4. Avgrensning og presisering av problemstillingen

Hensikten med oppgaven er å diskutere hvordan sykepleieren best mulig kan informere og ha en støttende rolle under et behandlingsforløp. Kunnskap om fertilitetsbehandling og kommunikasjon vil gjøre sykepleier bedre rustet til å møte paret på en slik måte at deres opplevelse optimaliseres.

Jeg har valgt å avgrense problemstilling til par som består av dame/mann og som gjennomgår assistert befruktning. Oppgaven fokuserer på sykepleiers rolle i møtene med parene med særlig vekt på kommunikasjon.

Likekjønnede par, enslige og par som behandles ved hjelp av donorsæd er ikke diskutert i denne oppgaven. Jeg har videre valgt å fokusere på IVF eventuelt med mikroinjeksjon og diskuterer ikke andre behandlingsformer slik som inseminasjon og lavdosestimulering.

## 1.5. Oppgavens kapitler

Videre i oppgaven kommer metodedelen med søkehistorikk og beskrivelse av andre kilder, etterfulgt av empiridelen som tar for seg artiklene som ligger til grunn for oppgaven. Deretter følger teoridelen som går inn på bakgrunnsinformasjon om infertilitet, assistert befruktning, behandling og komplikasjoner samt etikk og rådgivning. I diskusjonsdelen ses teorien og empirien i lys av hverandre.



## 2. Metode

### 2.1. Valgt metode

Denne bacheloroppgaven er en litteraturstudie hvor jeg anvender det jeg har lært gjennom utdanningen for å besvare problemstillingen. Jeg har derfor tatt utgangspunkt i relevant eksisterende fagkunnskap, forskning, teori samt andres og egne erfaringer på området. For å gjøre sykepleieperspektivet tydelig, har jeg brukt sykepleieteorier og resurssamtaler med en sykepleier som jobber med assistert befruktning.

Det har vært utfordrende å tolke resultatene fra de ulike studiene i empiridelen kritisk. De fleste artiklene bygger på kvalitative metoder, mens en av artiklene bygger på kvantitative metoder. De kvalitative metodene spenner vidt og jeg innser at det tar lang tid å sette seg inn i disse metodene på en måte som gjør meg i stand til kritisk refleksjon av metodevalg, resultater og konklusjon. Likevel har oppgaven gitt meg innblikk i en spennende verden av metoder, resultater og forskning som vil komme til nytte når jeg senere ønsker innhente kunnskap knyttet til jobben som sykepleier.

Angående inklusjons- og eksklusjonskriterier, så måtte valgte artikler være relevant for problemstillingen, yngre enn ti år og oppført hos NSD. Jeg har brukt Register over godkjente vitenskapelige publiseringskanaler fra norsk senter for forskningsdata (NSD) for å vurdere publikasjoner, særlig når det gjelder Open Access for å unngå såkalte «røvertidsskrift». Dette sikrer at artiklene har vært gjennom en kollegavurdering og fungerer dermed som et kvalitetsstempel (NSD 2020).

### 2.2. Vitenskapelig tilnærming

Sykepleieteori beskriver fenomener innen sykepleie som blant annet dreier seg om praksis-, pasient- eller personfenomener og mål innen sykepleien (Kirkevold 2020). Ut fra dette fokuset på fenomener og opplevelsen av disse, kan mange sykepleieteorier sies å være knyttet til fenomenologi. Fenomenologi er læren om fenomener, altså det som kan oppfattes av sansene (Dalland 2017). Innen fenomenologi rettes oppmerksomheten mot hvordan subjektet erfarer verden (Thornquist 2018). Ifølge Kirkevold kan sykepleieteori være et nyttig verktøy i fortolkningen og forståelsen av sykepleiefaglige situasjoner og handlingsalternativ, og også gi teoretiske synspunkt på forskningsspørsmål.

Joyce Travelbee, sykepleieteorietikeren som primært benyttes i denne oppgaven, er opptatt av mellommenneskelige forhold og om hvordan sykepleier og pasient oppfatter hverandres roller. Dette gir oppgaven en fenomenologisk forankring. Samtidig er hermeneutikk brukt i arbeidet med oppgaven. Hermeneutikk går ut på å prøve å tolke tekster i tråd med forfatterens intensjon og handler om å forstå og ikke bare forklare (Dalland 2017, Thornquist 2018).

## 2.3.Søkehistorikk

**Tabell 2.1 Søketablell**

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
PubMed	15.04.20	S1	(Nursing communication)		61,356	
PubMed	15.04.20	S2	(IVF nursing communication)		13	1 (A)
PubMed	15.04.20	S3.	(empowerment nursing)		3,462	
PubMed	15.04.20	S4.	(empowerment IVF)		11	1 (B)
PubMed	16.04.20	S5	(assisted reproductive technology) and nursing		810	
PubMed	16.04.20	S6	(assisted reproductive technology)and nursing practice		121	
PubMed	16.04.20	S7	(assisted reproductive technology) nursing practice skills		11	1 (C)
PubMed	16.04.20	S8	assisted reproductive techniques		71,087	
PubMed	16.04.20	S9	assisted reproductive techniques patient-centered care quality		23	2 (D,E)
PubMed	16.04.20	S10	Fertility Treatment Patient-centered		102	
PubMed	16.04.20	S11	Fertility Treatment Patient-centered nurse		20	1 (F)
PubMed	16.04.20	S12	nurse patient relationship		38,554	

PubMed	16.04.20	S13	nurse patient relationship nursing education infertility		15	1 (G)
PubMed	16.04.20	S14	(Fertility Treatment Patient- centered) and (patient perspective)		13	1 (H)

**Inkluderte artikler:**

- A. Klitzman. 2018. *Impediments to Communication and Relationships between Infertility Care Providers and Patients*. BMC Women's Health 18(1):84.
- B. Gerrits. 2014. *The ambiguity of patient-centred practices: the case of a Dutch fertility clinic*. Anthropology & Medicine 21(2):125–35.
- C. Applegarth mfl. 2013. *Identifying and Acquiring the Contextual Skills and Knowledge for Nursing Practice in Assisted Reproductive Technology*. Journal of Clinical Nursing 22(11–12):1738–47
- D. Holter mfl. 2014. «Patient-Centred Quality of Care in an IVF Programme Evaluated by Men and Women». Human Reproduction 29(12):2695–2703.
- E. Duthie mfl. 2017. *A Conceptual Framework for Patient-Centered Fertility Treatment*. Reproductive Health 14(1):114.
- F. Dancet mfl. 2014. 'Patient-Centered Fertility Treatment': What Is Required? Fertility and Sterility 101(4):924–26
- G. Cunningham og Cunningham. 2013. *Women's experiences of infertility—towards a relational model of care*. Journal of Clinical Nursing 22 (23/24), 3428-3437.
- H. Dancet mfl. 2011. *Patient-Centred Infertility Care: A Qualitative Study to Listen to the Patient's Voice*. Human Reproduction 26(4):827–33

## 2.4. Andre kilder

I tillegg til de skriftlige kildene nevnt i 2.1. har jeg hatt ressurssamtaler med en sertifisert IVF-sykepleier (samtykkeskjema, vedlegg 1). Hun er akkreditert gjennom Det europeiske selskap for menneskelig reproduksjon og embryologi (ESHRE 2020). Selv om ESHRE-eksamen ikke er et krav for å jobbe med IVF, er dette en formell bekreftelse på min ressurspersonens kompetanse og faglige engasjement. Dette er med på å styrke min besvarelse ved at jeg får «høste fra» hennes erfaringer. Dessuten har hun erfaringer fra å jobbe både i små og store enheter.

## 3. Empiri

### 3.1. Artikkelmatrise

**Tabell 3.1 Artikkelmatrise**

Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans for problemstilling
Applegarth mfl. 2013. <i>Identifying and Acquiring the Contextual Skills and Knowledge for Nursing Practice in Assisted Reproductive Technology.</i> Journal of Clinical Nursing 22(11-12):1738-47	Å identifisere hvilke ferdigheter og kunnskaper som sykepleiere innen assistert befruktning behøver	Grounded theory design (Databasert teoriutvikling). Individuelle dybde-intervju med 15 sykepleiere som jobber med assistert befruktning i Australia.	Peker på tre hovedkategorier innen faglig kunnskap og ferdigheter som er sentrale for sykepleie innen assistert befruktning	Hva sykepleiere som jobber med assistert befruktning faktisk må kunne og gjør er meget relevant
Dancet mfl. 2011. <i>Patient-Centred Infertility Care: A Qualitative Study to Listen to the Patient's Voice.</i> Human Reproduction 26(4):827-33.	Forstå pasient-sentrert fertilitets-behandling fra pasient-perspektivet. Studerer pasientenes positive og negative erfaringer med infertilitets-behandling.	Fokusgrupper analysert med «constant comparisons content analysis». Diskusjon i grupper på 4-11 deltagere (totalt 103) til datametning. Deltagerne ble rekruttert fra to europeiske land.	Studien peker på ti dimensjoner som er viktig fra et pasientperspektiv. Disse kan deles inn i system-faktorer og menneskelige faktorer som gjensidig påvirker hverandre.	Studerer hva som oppleves som viktigst for pasientene. En interaksjons-modell i denne studien vil også kunne være relevant for problemstillingen

Cunningham og Cunningham. 2013. <i>Women's experiences of infertility-towards a relational model of care</i> . Journal of Clinical Nursing 22 (23/24), 3428-3437.	Belyser erfaringene til kvinner som lever med infertilitet. Studerer også utviklingen av rollen til IVF-sykepleiere	Kvalitativt forskningsdesign. Ni kvinner som lever med infertilitet deltok i nettbaserte intervjuer. Data ble analysert.	Psykososiale ferdigheter er en kjerne-kompetanse for fertilitets-sykepleiere.	Relevant fordi den tar for seg pasient-perspektivet for kvinnen og hvordan rollen til IVF-sykepleiere har utviklet seg.
Klitzman. 2018. <i>Impediments to Communication and Relationships between Infertility Care Providers and Patients</i> . BMC Women's Health 18(1):84.	Studerer utfordringer i kommunikasjonen mellom pasienter og helsepersonell som jobber med infertilitet	Semi-strukturert intervju med 37 personer som jobber med assistert befruktning og pasienter. Intervjuene ble tematisk analysert.	Studien synliggjør kritiske barrierer i kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter	Det er viktig å være klar over hva som kan være til hinder for god kommunikasjon mellom pasient og sykepleier.
Gerrits. 2014. <i>The ambiguity of patient-centred practices: the case of a Dutch fertility clinic</i> . Anthropology & Medicine 21(2):125-35.	Undersøker effekter og konsekvenser av en pasient-sentrert tilnærming og hvordan pasientsentrert tilnærming påvirker pars valg om å bruke assistert befruktning	Etnografisk studie med observasjon av 23 par som ble fulgt over 2 år. Intervjubasert studie med utgangspunkt i en klinikk med fokus på pasientsentrert omsorg og «empowering care»	Pasientsentrert omsorg har både tilsiktede og utilsiktede følger.	Open Access og registrert i NSDs kanalregister. Studien peker på konsekvenser av en relevant pasient-tilnærming for IVF-sykepleiere.
Dancet mfl. 2014. <i>'Patient-Centered Fertility</i>	Foreslå et rammeverk for pasient-sentrert	Opinion paper.	Peker på nødvendigheten av å involvere pasientene i alle beslutningene som	Duthie (2017) bygger videre på Dancets rammeverk slik det er

<i>Treatment': What Is Required?</i> Fertility and Sterility 101(4):924- 26	fertilitets- behandling		tas i behandlings- forløpet.	beskrevet i denne artikkelen.
Duthie mfl. 2017. <i>A Conceptual Framework for Patient- Centered Fertility Treatment.</i> Reproductive Health 14(1):114.	Bruker data innhentet fra pasienter for å evaluere og korrigere rammeverket til Dancet (2014)	Mixed method. Semi- strukturert intervju, spørreskjema og journal- gjennomgang hos fra 37 par, hver partner for seg.	Modifiserer rammeverk til Dancet noe, hvor man i tillegg ser at dimensjonene påvirker hverandre	Bygger på Dancet (2014) og viser at pasientene veier flere faktorer opp mot hverandre i behandlings- forløpet
Holter mfl. 2014. «Patient- Centred Quality of Care in an IVF Programme Evaluated by Men and Women». Human Reproduction 29(12):2695 -2703.	Finne ut om kvinner og men har ulike behov for informasjon og omsorg når de gjennomgår behandling med assistert befruktning	Kvantitativt design. 251 par som fikk behandling med assistert befruktning fylte ut spørre- skjemaer. Svarene ble analysert statistisk.	Hovedfunnet var at la større vekt på omsorg og informasjon underveis i behandlingen enn sine partnere. Informasj on om konkrete resultater slik som befruktning og utvikling i laboratoriet ble vurdert likt av kvinner og menn.	Studien viser at det er forskjeller i hva menn og kvinner syns er viktig under behandlings- forløpet.

## 3.2. Sammenfattet empiri

### 3.2.1. Forutsetninger for god sykepleie i en infertilitetsklinikk

Applegarth mfl. (2013) sin studie fokuserer på sykepleiers kunnskap og ferdigheter i en infertilitetsklinikk. Studien peker på tre hovedkategorier av faglig kunnskap og ferdigheter som er viktige for sykepleiere som jobber med assistert befruktning:

1. Nødvendige kunnskap og ferdigheter
2. Tilegnede ferdigheter og kunnskap, og
3. Faktorer som påvirker hvordan disse tilegnes

Nødvendige faglige kunnskaper innebærer:

- anatomi, fysiologi og endokrinologi
- behandlingsplaner
- prosedyrer for pasientundervisning og
- støtte-/veiledningsstrategier.

Sykepleierne i Applegarths studie (2013) beskrev at en god forståelse av anatomi, fysiologi og endokrinologi var nødvendig for å fungere som IVF-sykepleier. Det å tilegne seg en omfattende forståelse av endokrinologi ble beskrevet som utfordrende. Det var nødvendig for sykepleierne å anvende kunnskap om behandlingsplaner i arbeidshverdagen. Sykepleierne fortalte at var utfordrende å forholde seg til persontilpassede behandlingsplaner, men at persontilpassingen var bra for pasientenes del. I tillegg måtte sykepleierne kunne forklare behandlingsforløpet for pasientene slik at de forstår hva de skal gjøre og hensikten med de ulike trinnene. Her måtte sykepleier også ha kunnskap om medisinerne og bivirkninger knyttet til disse. Å gi støtte til pasienter i løpet av og etter forsøk var et viktig element som krevde at sykepleier hadde bakgrunnskunnskapen på plass og forstod alle aspektene ved fertilitetsbehandling. Sykepleierne ga støtte til pasienter både ansikt til ansikt og over telefon.

Ferdighetene som sykepleierne måtte ha omfattet blodprøvetaking og assistanse ved egguttak og tilbakesetting av befruktet egg, samt smertelindring.

De fleste av deltagerne i studien tilegnet seg ferdigheter og kunnskap gjennom et mentorsystem, via observasjoner og ved å stille spørsmål til kollegaer. Ifølge deltagerne var observasjon særlig nyttig for å tilegne seg strategier for å håndtere utfordrende pasienter i ukjente situasjoner. En deltager sa: «*Being able to ask questions... all the patients are different, you can't cover every possible scenario so able to resource help as those scenarios develop... has to be available*» (Applegarth mfl. 2013). Faglig utvikling som ble betegnet som vesentlig i Applegarths studie (2013) omfattet kurs, konferanser og å lese bøker og tidsskrift.

Flere faktorer spilte inn på hvordan sykepleierne tilegnet seg de nødvendige ferdighetene og kunnskapene. I tillegg til å være sykepleiere, var en del av deltagerne også jordmødre. Det var delte meninger om hvor nødvendig denne kompetansen var. Det kunne være en fordel å ha kunnskap om kvinnehelse fra før, men en deltager pekte også på at ansatte med ulik kompetanse gjorde at man fikk den mangfoldigheten som er ønskelig i en IVF-enhet. Ettersom fertilitetsfeltet er i stadig endring, etterstrebet deltagerne stadig å holde seg oppdatert innenfor fagfeltet.

Applegarths artikkel (2013) fremhever sykepleiers viktige rolle innenfor IVF. Assistert befruktning er et felt i stadig utvikling og gir dermed et mangfoldig omfang og mange ansvarsområder. Mens denne studien fokuserer på viktige kunnskaper og ferdigheter hos sykepleier, er det også nødvendig med et mer overordnet perspektiv på type omsorg for pasienter som gjennomgår infertilitetsbehandling. Dette går Dancet mfl. (2011) inn på i sin studie med utgangspunkt i pasientsentrert omsorg.

### 3.2.2. Viktige dimensjoner i pasientsentrert omsorg av infertile sett fra pasientenes perspektiv

Dancet mfl. (2011) hevder at for å oppnå høy kvalitet i omsorg av infertile, bør pasienten settes i fokus gjennom pasientsentrert omsorg og å «lytte» til pasienten. Dancet (2011) begrunner dette med at pasientsentrert omsorg er definert som en av seks grunnpillarer for høy omsorgskvalitet. Videre peker studien på at pasientsentrert omsorg er viktig fordi en av tre infertile par som søker behandling ikke vil lykkes og at behandlingen medfører både fysiske og følelsesmessige belastninger for både kvinner og menn. Dessuten nevner Dancet mfl. (2011) at parene selv ønsker pasientsentrert omsorg.

I sin studie basert på fokusgrupper fra Belgia og Nederland peker Dancet (2011) på ti detaljerte dimensjoner som påvirker hverandre gjensidig. Dimensjonene kan deles inn i seks systemfaktorer og fire menneskelige faktorer. Ifølge Dancet (2011) bør pasientsentrert omsorg bygge på pasientperspektivet og dermed er det viktig å studere pasientenes ønsker og behov for hver av disse dimensjonene.

Nedenfor har jeg listet opp de ti dimensjonene i prioritert rekkefølge ut ifra hvordan pasientene rangerte de:

Systemfaktorer:

- at informasjon gis
- ansattes kompetanse
- koordinering og integrering
- tilgjengelighet
- kontinuitet
- fysisk velvære

Menneskelige faktorer:

- holdningen til og relasjon med ansatte
- kommunikasjon
- pasientinvolvering og personvern
- emosjonell støtte

Studien antyder at klinikkene ikke i stor nok grad møtte pasientenes behov. Dette gjaldt blant annet informasjon om behandlingen av mer generell karakter. Et viktig funn i studien er at en modell av samspillet mellom dimensjonene (interaksjonsmodellen) kan gi signal om mangel på pasientsentrert omsorg i infertilitetsbehandlingen, og om hvordan det kan bedres. Eksempelvis kan opplæring av helsepersonell brukes for å hindre at pasienter føler mangel på sympati fra staben. Interaksjonsmodellen viser også at en ved å bedre en dimensjon ofte vil kunne styrke andre dimensjoner. Ved å se på rangeringen av dimensjonene fra pasientens side kan en også prioritere hvilke tiltak som har størst betydning i veien mot pasientsentrert omsorg.

### 3.2.3.Vurdering av ulike modeller for pasientsentrert omsorg ved fertilitetsbehandling

Cunningham og Cunningham (2013) viser at tidligere modeller for pasientsentrert omsorg innen fertilitetsbehandling mangler kunnskap om pasienterfaringer. I denne kvalitative studien deltok ni infertile kvinner gjennom nettbaserte intervjuer. Metoden la vekt på det narrative i innhold, form og funksjon. Forventninger og press fra omgivelser og familie i forhold til å bli gravid påvirket beslutningen om å starte behandling. Eksempelvis kunne svigerforeldre som ønsker barnebarn medvirke til et ytre press om å starte fertilitetsbehandling. Noen av kvinnene opplevde mangel på forståelse og støtte fra omgivelsene som sårende og stigmatiserende. Alle kvinnene uttrykte bekymringer for bivirkninger av medikamentene og de fleste opplevde tap av kontroll som vanskelig å håndtere. Studien påpeker at psykososiale ferdigheter er en viktig kjernekompetanse for fertilitetssykepleiere og at pasientens erfaringer må kartlegges og innlemmes i fremtidige modeller for pasientsentrert omsorg. Et viktig resultat var at kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasient ofte ble misforstått. Dette var uavhengig av om behandlingen var vellykket eller ei. Forfatteren fant uoverensstemmelser i informasjon mellom helsepersonell og pasienter, og påpeker at kommunikasjonen i større grad burde individualiseres ut fra den enkeltes behov og bakgrunn.



Klitzman (2018) studerer kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient og fokuserer på barrierer mellom disse.

### 3.2.4.Barrierer i kommunikasjon mellom pasienter og helsepersonell

Pasientene i Klitzmans studie (2018) opplevde et bredt spenn i kvaliteten på kommunikasjonen med helsepersonell. Ifølge studien kunne dette relateres til flere spesifikke barrierer og faktorer som fører til gnisninger mellom helsepersonell og pasienter.

Studien viste til at pasienter og helsepersonell hadde ulike fysiske og emosjonelle karakteristika og erfaringer som kunne påvirke kommunikasjonen. Et annet viktig resultat var spriket i forventninger knyttet til resultat av behandlingen, tidsrammer og økonomi. Disse faktorene må tas hensyn til for å bedre kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter. Studien viste at pasienten ofte kan ha blandede og sammensatte følelser rundt relasjonen til og kommunikasjonen med helsepersonell og at sykepleiere spiller en nøkkelrolle i så måte. Sykepleierne kunne bli veldig involverte både profesjonelt og følelsesmessig. En sykepleier skriver: «*I have lost sleep over patients I've grown strongly attached to. I really want them to be pregnant. During those 12 days after the transfer and before the pregnancy test, I'm sweating out as much as they are*» (Klitzman 2018). Et annet viktig aspekt som studien peker på er det sterke behovet for et positivt resultat av behandlingen.

For infertilitetspasienter er det å ende med barn det eneste tilfredsstillende resultatet – en delvis vellykket behandling eksisterer ikke, slik som ofte kan være med andre medisinske tilstander. Etter en mislykket behandling kan helsepersonell føle seg skyldige og trekke seg vekk fra pasienten. Denne reaksjonen kan forsterke stresset pasientene opplever. Helsepersonell som selv har opplevd å være IVF-pasient beskrev at de først forsto viktigheten av god kommunikasjon med pasienten etter selv å ha gjennomgått fertilitetsbehandling.

### 3.2.5.«Empowerment» gjennom en pasientsentrert tilnærming

I sin studie av 23 par som ble fulgt intensivt over to år viste Gerrits (2014) at en pasientsentrert tilnærming (patient-centered practice) kan ha både tilsiktede og utilsiktede konsekvenser. Klinikken praktiserte en pasientsentrert tilnærming med fokus på medvirkning samt god tilgang på informasjon og oppfølging av pasientene. Gerrits beskriver at mange klinikker har gått over til en mer pasientsentrert tilnærming for å redusere paternalismen som tidligere har regjert i medisinsk sammenheng. I følge Gerrits er et annen viktig argument for en pasientsentrert tilnærming å styrke pasientens autonomi og sette pasientene i stand til å foreta informerte valg.

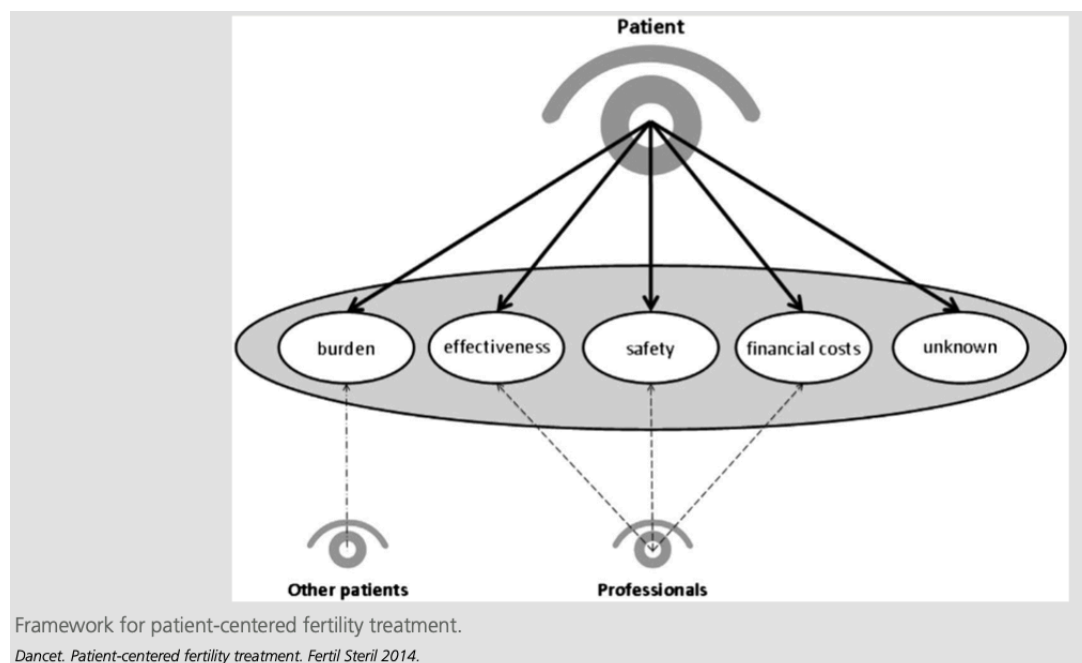
I Gerrits studie (2014) følte parene seg støttet og «empowered». Dette medvirket til at de følte seg bedre i stand til å veie fordeler og ulemper med ulike typer behandling opp mot hverandre for så å ta et informert valg om behandling.

Videre antydte Gerrits studie (2014) at tilliten paret har til behandlere kan forsterke tendensen til en «umenneskeligjørende» medisinske separasjon av pasientens kropp fra pasientens identitet («medical gaze»). Noe som kan bety at en har fokus på pasientens kropp uten å bry seg særskilt om personen bak. Denne tilliten kan også medvirke til å normalisere de store byrdene ved IVF, virke disiplinerende og skape et uheldig maktforhold. Pasientsentrert tilnærming kan med for stor vekt på det rent medisinske og

kroppslige dermed påvirke autonomi og samtykke til behandlingsløp på en mindre heldig måte.

### 3.2.6. Rammer for pasientsentrert fertilitetsbehandling

I et «opinion paper» publisert i 2014 foreslår Dancet mfl. (2014) sitt rammeverk (figur 1) for pasientsentrert fertilitetsbehandling der de plasser pasienten i sentrum og viser til fire viktige dimensjoner for pasienter som gjennomgår fertilitetsbehandling. Disse fire omfatter effektivitet, sikkerhet, kostnader og byrde. I tillegg foreslås en dimensjon med «ukjente forhold». Dancet peker på nødvendigheten av å involvere pasientene i alle beslutningene som tas i behandlingsforløpet, og at dette må bygge på tilstrekkelig informasjon som dekker alle de fire dimensjonene.



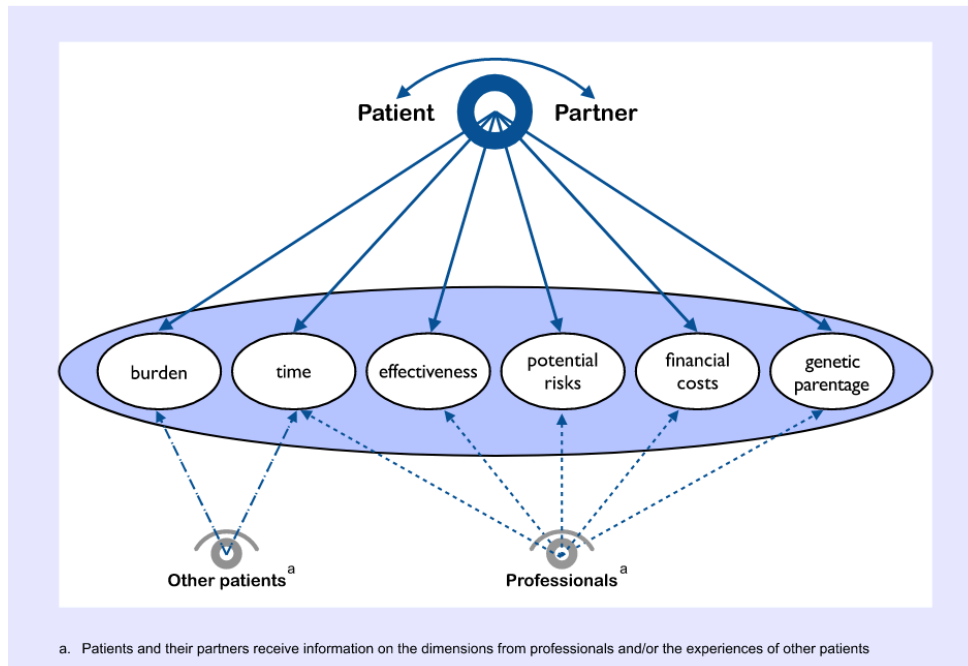
**Figur 1. Hentet fra Dancet mfl. (2014).**

Duthie mfl. (2017) bygger videre på Dancet (2014) sitt rammeverk med fire dimensjoner og pasienten plassert i senter. Duthies rammeverk (figur 2) tok utgangspunkt i et utvalg av 23 par fra en prospektiv kohort studie i USA og studerte hvordan de fire dimensjonene påvirket valg av behandling. Basert på dette foreslår Duthie en revidert versjon av de fire dimensjonene opprinnelig foreslått av Dancet mfl., 2014.

Duthie mfl. ender opp med å foreslå seks dimensjoner, derav to nye, en revidert og tre som i den opprinnelige modellen. Duthie er opptatt av interaksjon mellom dimensjonene og foreslår å utvide «sikkerhet» dimensjonen til å omfatte alle typer potensielle risikoer forbundet med ulike typer av fertilitetsbehandling. Dette omfatter både fysiske og psykiske risikoer samt også familiære risikoaspekter. Videre erstattet Duthie «ukjent» dimensjonen med to nye, en for «tid» og en for «genetisk opphav». Tid er viktig for mange par grunnet følelsen av en biologisk klokke som vanskelig kan skrus tilbake. Når det gjelder genetisk

opphav, er dette sentralt for valg av behandlinger der genetisk opphav er ulik foreldreskapet for eksempel ved bruk av donor.

Duthie mfl. (2017) mener disse seks dimensjonene kan brukes som redskap for å oppfylle målet om pasientsentrert omsorg og informasjon. Studien viser at det er nødvendig å forstå at diskusjoner rundt parets mål, forventninger og grenser er en pågående dynamisk prosess gjennom hele behandlingen, og ikke som en en-gangs hendelse. De peker også på at dimensjonene først og fremst dekker selve infertilitetsbehandlingen. Rammeverket dekker ikke andre dimensjoner for å løse utfordringer med infertilitet, men peker på at rammeverket kan utvides til å dekke disse utfordringene (som for eksempel det å leve livet som barnløs).



**Figur 2. Hentet fra Duthie m.fl (2017).**

Basert på blant annet en svensk studie av Holter mfl. (2014) setter Duthie partner i senter sammen med pasienten for å tydeliggjøre at det er en viktig interaksjon innad paret.

### 3.2.7. Ulike aspekter behandling evaluert av kvinnen og mannen

Holter mfl. (2014) viser at kvinner og menn vektla ulike aspekter ved omsorg under behandlingen forskjellig. I denne kvantitative studien fra Sverige ble 497 par invitert til å fullføre et kvalitetssikret spørreskjema. Av disse ble 251 par inkludert på bakgrunn av at de hadde fullført skjema fra begge parter. Tidspunktet for utfylling av skjema var etter tilbakesetting av befruktet egg, men før tidspunkt for graviditetstest. Dette var for å unngå at resultatet av graviditetstesten påvirket hvordan deltagerne svarte. Studien viser at kvinnene la større vekt på omsorg før og under behandlingen enn mennene. Kvinnene la også større vekt på helsepersonalet sin evne til å vise empati og å være dedikerte enn det mennene gjorde. Informasjon om konkrete resultater slik som befruktning og utvikling i laboratoriet ble imidlertid vurdert likt av kvinner og menn.

## 4. Teori

### 4.1. Infertilitet og assistert befruktning

#### 4.1.1. Definisjon

Etter 1 år med regelmessig ubeskyttet samleie uten unntagelse regnes man som infertil (WHO 2009). Det skilles mellom primær og sekundær infertilitet. Ved primær infertilitet har paret aldri vært gravide, og sekundær infertilitet innebærer at paret har vært gravide men at de ikke lykkes med å bli gravide på nytt.

Måten infertilitet vurderes, utredes og behandles har endret seg de siste 30 årene. Tre utviklingslinjer har hatt stor innvirkning på dette området. For det første kom in vitro-fertilisering og andre former for assistert befruktning på banen. Assistert befruktning har gjort det mulig å studere reproduksjonsprosessen på nye måter og har gitt mange infertile par barn som ellers ikke ville blitt født. Par der årsaken til barnløshet er relatert til skade i eggleder eller nedsatt sædkvalitet er vist å har spesielt god prognose for å lykkes (Taylor mfl. 2020). For det andre har demografiske endringer ført til at kvinner prøver å bli gravide når de er eldre og dermed biologisk sett mindre fertile. For det tredje har teknologiske fremskritt gitt bedre resultater og et økende antall som blir gravide. Følgelig er det mer sannsynlig nå enn før at et ufrivillig barnløst par oppsøker medisinske råd, får behandling og ender opp med barn.

#### 4.1.2. Årsaker

Uteblitt graviditet kan skyldes forhold hos kvinnen, mannen eller en kombinasjon med problemer hos begge. Noen ganger finner man ikke én klar årsak til parets infertilitet, og hos mange par fins det flere underliggende årsaksfaktorer samtidig (Taylor mfl. 2020).

I 50% av tilfellene skyldes infertiliteten årsaker hos kvinnen, i 30% mannlig faktor og hos 20% ligger årsakene hos begge (Jerpset 2017). De vanligste årsakene hos kvinnen er eggledningsforstyrrelser (20-40%), skade på eggledere (30-40%) eller avvikende anatomiske forhold i livmor som muskelknuter eller skillevegger (7-15%) Mannlig faktor sees hos 30-40% med redusert sædkvalitet som den vanligste årsaken (Taylor mfl. 2020, Jerpset 2017). Årsaken til nedsatt sædkvalitet kan være genetiske, hormonelle, infeksjoner, testikkelkreft eller medikamenter.

Kvinnens alder spiller en viktig rolle for både kvalitet og antall egg. Eggledningsforstyrrelser er vanligere hos yngre enn eldre par, det samme gjelder faktorer knyttet til eggledere og bukkinne, mens mannlig faktorer og uforklart barnløshet oftere ses hos eldre par (Taylor mfl. 2020).

#### 4.1.3. Behandlingsforløp ved assistert befruktning

Den første og fremdeles mest vanlige formen for assistert befruktning er in vitro-fertilisering (IVF), men det fins også andre metoder. Assistert befruktning har revolusjonert vurderingen og behandlingen av ufrivillig barnløshet (Taylor mfl. 2020). I løpet av de 40 årene som har gått siden verdens første prøverørsbarn ble født, har assistert befruktning blitt videreutviklet og resultert i millioner av fødsler over hele verden (Taylor mfl. 2020).

Prosesen starter med at et par har forsøkt å bli gravide og ikke lyktes med dette på vanlig måte. Det er stor variasjon i hvordan dette oppleves, men felles for mange er en følelse av frykt for at noe er galt med kroppen samt en følelse av å være mislykket. Noen blir henvist fra sin fastlege, mens andre tar kontakt direkte med en fertilitetsklinikk. Sykepleier snakker med parene på telefon eller ved oppmøte og avklarer hva som skal gjøres i den første fasen under kartlegging av mulige årsaker til at graviditet ikke har skjedd.

I en vanlig menstruasjonssyklus modnes ett egg per måned. Dette betyr at en kvinne som har regelmessige menstruasjoner med 28-30 dagers mellomrom har i gjennomsnitt 12 egglosninger i året (Taylor mfl. 2020). Som beskrevet over defineres infertilitet som uteblitt graviditet etter å ha hatt regelmessig samleie uten teknisk besvær i 12 måneder. Årsaken til at det kan ta tid er at det ene egget som modnes i en bestemt måned kan være sammensatt på en sånn måte at det ikke kan bli befruktet. Et særtrekk ved oss mennesker er at vi nettopp modner bare ett egg hver eneste måned fordi svangerskap med flere foster innebærer høy risiko. Ved prøverørsbehandling tilføres hormonet FSH i høyere doser enn det kroppen produserer selv. Hensikten med dette er å tillate modning av flere egg på samme tid. Dette øker sjansen for at man finner egg med god kvalitet (Taylor mfl. 2020).

IVF-behandlingen starter med hormonstimulering. Dette for å tillate at flere egg modnes i løpet av en syklus, slik at sjansen for å bli gravid økes (Taylor mfl. 2020). Hormonsprøytene settes av kvinnen selv etter at opplæring er gitt av sykepleier. Det finnes ulike former for injeksjoner og dette kan skape frykt for at man ikke blander eller setter injeksjonene riktig. Varigheten på stimuleringen er oftest mellom 10-14 dager (Taylor mfl. 2020). For å vurdere om antall og størrelse på eggposene er optimal gjøres vaginal ultralydundersøkelse. Når eggposene har nådd riktig størrelse settes egglosningsprøyten. Tidspunktet for når denne injeksjonen settes må være 36 timer før eggene skal hentes ut. Selve egguttaket gjøres ultralydveiledet og inngrepet gjøres i lokalbedøvelse. Deretter blir eggene befruktet i laboratoriet enten ved at noen hundre tusen spermier tilsettes hvert enkelt egg (in vitro fertilisering, IVF) eller ved mikroinjisering (ICSI). To til fem dager senere blir et befruktet egg tilbakeført til kvinnens livmor (Taylor mfl. 2020). Dersom det er flere embryo som har utviklet seg normalt vil disse bli fryst ned til seinere forsøk og eventuelle søskenforsøk. Etter tilbakesetting av befruktet egg setter kvinnen progesterontabletter vaginalt i 2 uker fram til hun skal ta graviditetstest (Taylor mfl. 2020).

#### 4.1.4. Komplikasjoner

Alvorlige komplikasjoner i forbindelse med assistert befruktning er sjeldne, men viktig å være klar over. Under hormonstimuleringen kan kvinnen oppleve plager som ligner på de plagene som er vanlig i forbindelse med en vanlig syklus. Dette kan være hodepine, ømme bryster, kvalme og økt tretthet. De høye dosene med hormoner som tilføres for å modne flere egg kan gi ømhet og smerter i magen på grunn av at eggstokkene blir større enn de er i en vanlig syklus (Taylor mfl. 2020).

En fryktet komplikasjon er overstimuleringssyndrom. I alvorlige tilfeller er dette en tilstand som krever innleggelse på sykehus. Denne tilstanden er karakterisert ved at eggstokkene blir svært forstørret og det oppstår en forstyrrelse i kroppens væskebalanse (Taylor mfl. 2020). Urinproduksjon reduseres og økt væskeansamling i kroppens serøse hulrom (ascites, pleuravæske og væske i pericardrommet) kan medføre behov for tapping. Det er i tillegg en økt risiko for trombose, slik at kvinner med alvorlig overstimuleringssyndrom skal behandles med blodfortynnende som profylakse (Taylor mfl. 2020).

Det kan oppstå infeksjoner i forbindelse med egguthenting. Kvinner med endometriose, sammenvoksinger i magen eller cyster på eggstokkene har økt risiko for infeksjoner.

Symptomene debuterer vanligvis noen dager etter egguthenting og de fleste kan behandles med antibiotika (Taylor mfl. 2020).

Ved egguthenting kan det en sjelden gang oppstå blødning i buken (Taylor mfl. 2020). Dette er uvanlig og oppdages ved at kvinnen har sterke smerter og eventuelt rask puls og lavt blodtrykk. I noen få tilfeller er sykehusinnleggelse og operasjon for å stanse blødning nødvendig.

#### 4.1.5. Etikk og lovgivning knyttet til prøverørsbehandling

Loven stiller krav om samlivsform med at paret skal enten være gift eller bo sammen (Bioteknologiloven 2003). Dette innebærer at enslige kvinner foreløpig ikke har hatt et tilbud om behandling i Norge. Videre er det krav om at det foreligger såkalt befruktningsdyktighet. Bruk av donorsæd fra ikke-anonym donor er tillatt. Barna som er født etter assistert befruktning ved hjelp av donorsæd har ved fylte 18 år rett til å få opplysninger om sædgivers identitet (Bioteknologiloven 2003). Et donorregister skal bistå barnet med dette. Eggdonasjon har foreløpig ikke vært tillatt i Norge, men etter avstemning i Stortinget i mai 2020, blir eggdonasjon og behandling for enslige kvinner tillatt i Norge (Grønli 2020).

De ulike behandlingsformene og mulighetene nasjonalt og internasjonalt har vært gjenstand for flere etiske problemstillinger, dilemmaer og diskusjoner. Spesielt reiser diskusjonene rundt surrogati flere vanskelig spørsmål knyttet blant annet til kommersialisering og salg av kvinnekroppen, og er ikke tillatt i Norge (Bioteknologirådet 2019).

#### 4.1.6. Internasjonalt perspektiv

Eggdonasjon er tillatt i de fleste europeiske land, inkludert i alle de andre nordiske landene. Reglene om anonymitet varierer imidlertid mellom landene. Ulikheter i lovregulering har medført at mange har reist til utlandet for behandling. Enslige kvinner har først og fremst dratt til Danmark for inseminering ved donorsæd (Bioteknologirådet 2016). Heterofile par kan også velge og dra til utlandet, eksempelvis dersom de ønsker anonyme sæddonorer eller eggdonasjon (Bioteknologirådet 2016). Homofile eller enslige menn drar til utlandet for eggdonasjon og bruk av surrogatmor. For surrogati reiser de fleste norske parene til Ukraina eller USA (Bioteknologirådet 2016). Noen norske par velger også å reise til utlandet for å velge barnets kjønn uten at dette er begrunnet i sykdom.

## 4.2. Sykepleiers rolle ved assistert befruktning

Sykepleierens første møte med paret er når de tar kontakt med klinikken. Dette kan være på telefonen eller ved fysisk møte på klinikken, sykepleier etablerer en relasjon og starter kartlegging med sykepleieranamnese og blodprøvetaking. Det innledende møtet legger grunnlaget for persontilpasset informasjon i hvert enkelt tilfelle. Noen par har vært til behandling andre steder, mens for andre er dette aller første møte der det all informasjon er ny. Legen foretar en ultralydundersøkelse for å se på de anatomiske forholdene, tolke hormonprøver, eggstokkreserver og sædanalyse av mannen. På bakgrunn av anamnese og funn ved undersøkelse stilles i de fleste tilfeller en diagnose (Gardner mfl. 2018, Taylor mfl. 2020). Deretter blir en egnet behandling foreslått. Dette innebærer at det lages en plan for hormonbehandling. Denne behandlingen innebærer hormonstimulering i 10-14 dager. Her har sykepleier en viktig funksjon når det gjelder informasjon om hvordan sprøytene skal blandes og injiseres (Gardner mfl. 2018). Kvinnen skal selv administrere

sprøytene. Disse settes som subkutane injeksjoner og opplæring i hvordan sprøytene skal settes gjøres av sykepleier. Det er ulike praksis ved ulike klinikker i forhold til hvor mye tid sykepleier har til rådighet for hvert enkelt par. Denne opplæringen kan foregå enkeltvis eller i grupper.

Sentralt i møtet med paret er forventningsavklaring; at sykepleieren klarer å formidle realiteter uten å ta fra paret håpet (Gardner mfl. 2018). Dersom kvinnen for eksempel er 42 år gammel, så er det viktig at de er realistiske med tanke på sine sjanser for å lykkes. Samtidig må man unngå å være for negativ, for pasientene trenger håpet. Denne balansegangen er utfordrende for sykepleier.

I det første møtet med paret må sykepleier bruke alt hun kan om IVF, og danne seg et bilde av hvilket kunnskapsnivå akkurat dette paret har, og så gi informasjon ut fra deres forutsetninger (Gardner mfl. 2018). Noen har lest seg opp og har god kunnskap, bruker ord som IVF og ICSI, follikler og så videre og forstår betydningen. Da kan man legge informasjonen på deres nivå. Mens andre ikke vet hva en syklus er, og kanskje fokuserer på sprøyteskrek og andre konkrete ting rundt logistikk. Informasjonen må tilpasses deres nivå. Ved behov må sykepleieren legge lista lavere, og gi en mer grunnleggende forklaring på prosessen, men med hovedfokus på det som opptar paret mest. Det er viktig å huske at selv om pasienten for eksempel er lege eller sykepleier selv, så betyr ikke det at sykepleieren som skal ha opplæringen, automatisk kan "hoppe over" det praktiske og legge lista høyt. Dette er et felt som for stort sett alle par, er ukjent og noen ganger skummelt, og da er det utrolig viktig at alle får en grundig info og tid til spørsmål. Ofte kan det være i samtale med sykepleier at paret tør å spørre om det de lurer på, at terskelen er lavere i den settingen, enn inne hos legen. Paret kan være redde for å "oppholde" legen for lenge, slik at sykepleier kan få mange spørsmål i etterkant.

Min ressursperson prøver å spørre om parforholdet i den første samtalen. Ofte merker hun seg hvem som er den "aktive" parten og hvem som er litt stille, og da kan det være en ide å spørre litt mer om hvordan dette påvirker de som par. Mange er ikke bevisst dette, og hun forteller at spesielt mannen kan bli veldig takknemlige for å bli sett i prosessen. Det er mye fokus på kvinnen siden det er i hennes kropp hormonstimulering, eggmodning og -uttak skjer. Et større fokus på mannen kan være gunstig for å gjøre han mer delaktig i prosessen. Paret bør forberedes på at prosessen kjennes forskjellig ut, men at de må ha fokus på å støtte hverandre og å være klar over de utfordringene som kommer.

Det finnes mange ulike måter å reagere på. Min ressursperson forteller om to ulike par. I det første paret fortalte kvinnen at hun kjente kroppen sin så godt at når et forsøk ikke gikk, så kjente hun alle symptomer på at mens en var på vei, allerede to-tre dager før. Dermed hadde hun "tid" til å kjenne på skuffelsen, bearbeide denne slik at når graviditetstesten var negativ, så var hun kommet langt i sorgprosessen over et nytt negativt forsøk. Hun hadde da et slags "forsprang" på mannen, som først fikk beskjed den dagen testen var negativ. Og dette kunne være en utfordring, det at de da var på forskjellige steder i prosessen. Mens et annet par fortalte at de reagerer veldig forskjellig på en negativ test. Her ville mannen komme i gang med nytt forsøk fortrest mulig, legge nye planer og se framover. Mens kvinnen hadde mer behov for å sørge ferdig før hun klarte å gå videre. Ulike reaksjonsmønstre er ting som det kan være lurt å ta opp i en samtale før de starter, men det er ikke lett, for du skal hele tiden balansere realitetene og håpet. Men det er jo akkurat dette som gjør sykepleie så spennende, ifølge min ressursperson, at du får følge paret på godt og vondt.

Skuffelsen dersom man ikke lykkes er uansett stor, men å avklare og forklare hvorfor et forsøk ikke ender i graviditet, forklare at det er embryoet og ikke noe kvinnen har gjort eller burde ha gjort, er ofte en ting som "hjelper" litt i sorgprosessen etter et mislykket forsøk (Gardner mfl. 2018).

## 4.3. Kommunikasjon og menneskemøtet

### 4.3.1. Joyce Travelbee

Joyce Travelbees bok om mellommenneskelige forhold i sykepleie belyser det relasjonelle aspektet. Hennes fokus på pasient/sykepleier-forholdet, kommunikasjon og håp er særlig aktuelle for denne pasientgruppen. Det å være ufrivillig barnløs kan være en stor belastning og utfordrende for hver enkelt par. I tillegg står den enkelte pasient i en livssituasjon som kan være preget av denne krisen barneønsket kan utløse. Denne pasientgruppen er heller ikke homogen. Travelbees betraktninger kan vise hvor viktig sykepleierrollen kan være for denne pasientgruppen.

Travelbee er opptatt av ordbruk, og mener at det strengt tatt ikke finnes «pasienter» men at alle er mennesker. I henhold til henne er også begrepet «sykepleier» en merkelapp som kan skape uheldige stereotype bilder (Travelbee 1999). Derfor er hun opptatt av det hun kaller «menneske-til-menneske-forholdet» som hovedsakelig er en erfaring som oppstår mellom sykepleier og den hun har omsorg for (Travelbee 1999). Håper er sentralt for Travelbee, og hun mener det er sykepleiers oppgave å hjelpe pasienten til å bevare håpet og unngå håpløshet (Travelbee 1999).

### 4.3.2. Martinsen – faglig skjønn

«Faglig skjønn» handler om å kunne finne balansen mellom det sykepleieren sanser og det faglige hun forstår (Martinsen 2003). Martinsen trekker en kobling mellom naturlig sansing og tilegnet kunnskap, som hun omtaler som forenende motsetninger. Dersom disse motsetningene blir uavhengige av hverandre og utøves hver for seg, kan resultatet bli at omsorgen oppfattes som ufølsom eller sentimental eller føleri (Martinsen 2003).

### 4.3.3. Pasientsentrert tilnærming i omsorg og sykepleie

Pasientsentrert omsorg viser respekt ovenfor og er lydhør for den individuelle pasientens preferanser, behov og verdier og sørger for at alle kliniske beslutninger har pasientens verdier som rettesnor (definisjon oversatt fra Institute of Medicine 2001:6). Det råder enighet blant helsearbeidere på tvers av profesjoner at pasientsentrert omsorg er viktig (Sackett mfl. 1996), og følgelig legges det stor vekt på å tilby pasientsentrert omsorg innenfor hele helsevesenet (Michie, Miles, og Weinman 2003). Dette er vesentlig både innen forskning og klinikken for å kunne fastslå pasientenes behov samt hvordan ulike tilnærminger til sykepleie oppfattes innen ulike kliniske settinger.

I denne sammenhengen er en viktig sykepleieroppgave å identifisere hvilke behov og problemer pasienten har (Endacott 1997). Sykepleier kan imidlertid ikke være sikker på at sykepleien er optimal med tanke på pasientens behov eller oppfattes i tråd med sykepleiers intensjon. Derfor forutsetter pasientsentrert sykepleie at pasientens fortolkning av sykepleie bør undersøkes. For å unngå uheldige misforståelser og faktiske utøve pasientsentrert omsorg, må sykepleier forsikre seg om at pasientens behov ivaretas (Rodger 2020). Dessuten må man vie oppmerksomhet til de områdene innen



pasientsentrert omsorg som er viktige for at pasienten skal føle seg godt ivaretatt (Rodger 2020).

#### 4.3.4. Empowerment

Verdens helseorganisasjon definerer empowerment som «en prosess som setter folk i stand til økt kontroll over faktorer som påvirker deres helse» (WHO 1998). Empowerment-begrepet lar seg ikke oversette til et fulldekkende norsk ord, men «brukermedvirkning» og «myndiggjøring» har blitt foreslått (Andrews 2003). Konseptet med empowerment trekkes frem som et motsvar til paternalismen, eller legevitenenskapens sterke tendens til å umyndiggjøre eller kommunisere ensidig med hjelpetrengende individer (Andrews 2003).

## 5. Diskusjon

### 5.1. Innledning

I det følgende vil sykepleiers rolle i omsorg til pasienter som skal gjennomføre assistert befruktning drøftes gjennom problemstillingen:

**«Hvordan kan sykepleier gi best mulig informasjon, støtte og omsorg til et par som skal gjennomføre assistert befruktning?»**

### 5.2. Historiske betraktninger og utvikling

Assistert befruktning er en relativt ny medisinsk behandling. Det første barnet i verden etter assistert befruktning ble født for 42 år siden (Taylor mfl. 2020). I starten var fokus i stor grad på hormoner og celler og i mindre grad på det hele menneske. Det var tidligere et skjevt maktforhold mellom pasient og helsepersonell. Legene hadde stor grad av autonomi med stor innflytelse og makt. Dette kan beskrives som en paternalistisk tilnærming. Empowerment kan forstås som en motreaksjon på en slik paternalistisk måte å nærme seg pasienter på (Andrews 2003). Etter hvert har utviklingen gått i retning av en mer pasientsentrert tilnærming og denne har videre hatt en utvikling fra et mer klinisk medisinsk perspektiv med utgangspunkt i lege-pasient til å også inkludere annet vesentlig helsepersonell som sykepleiere.

Sykepleierne spiller en stadig viktigere rolle innen behandling av ufrivillig barnløse (Cunningham og Cunningham 2013). Sykepleierne har en sentral rolle i å sette pasienten mer og mer i fokus og i økende grad ta hensyn til hele mennesket for å nå målet om en pasientsentrert omsorg.

### 5.3. Pasientsentrert sykepleie innen assistert befruktning

Behandling for ufrivillig barnløshet oppleves krevende for mange par. Mange velger å ikke involvere familie og venner i prosessen. Et sosialt nettverk som fungerer godt i andre sammenhenger er således ikke deltagende i den prosessen paret gjennomgår. Grunnen til at mange ikke inkluderer "venner og familie" i prosessen, er at assistert befruktning fremdeles er forbundet med skam, det å ikke klare å reprodusere på egen hånd, uten hjelp blir en ekstra byrde. Behovet for omsorg og støtte hos behandlende helsepersonell kan derfor bli ekstra stort hos denne pasientgruppen.

Det psykososiale er et vesentlig perspektiv sykepleier må ta innover seg for å klare å møte pasienten godt utover det rent medisinske. I menneskemøtet som skildres av Travelbee, må sykepleieren ta hensyn til at det er ulike krav og forventninger hos enkeltmennesket. Cunningham og Cunningham (2013) fordrer at mennesker må ses ikke bare som menneske men ut ifra bakgrunn og ståsted. Det er derfor nødvendig for sykepleier å sette pasienten i en sosial kontekst. For å kunne få til best mulig kommunikasjon, bør sykepleier etterstrebe å se behandlingen fra pasientenes ståsted. Dessuten må sykepleier være klar over at man kan se saken fra ulike perspektiv. Behandlere og par har ulike innfallsvinkler som kan hindre kommunikasjon, som vist i studien av Klitzman (2018). I

t tillegg må sykepleier være klar over at det ikke er én og én pasient som behandles, men i denne sammenhengen et par bestående av en mann og en kvinne. Mannen og kvinnen vektlegger ulike aspekter ved behandlingen ulikt, som Holter mfl. påpeker i sin studie.

Såfremt det er mulig, bør en etterstrebe at paret opplever kontinuitet ved at de i størst mulig grad treffer samme sykepleier underveis i behandlingsforløpet (Dancet mfl. 2011). Selv om dette er gullstandarden, vil nok vanligvis flere sykepleiere utøve sykepleie til den samme pasienten. Det er derfor viktig at rutiner og prosedyrer er mest mulig standardiserte. Dette gjelder særlig ved opplæring av pasientene og ved assistanse i den kirurgiske delen av behandlingen som eggthenting og tilbakeføring av befruktet egg. Dette er en viktig del av kvalitetssikring for sykepleiere som behandler par som går igjennom assistert befruktning.

Det har vært et økende fokus på og utvikling av pasientsentrert omsorg innen assistert befruktning (Dancet mfl. 2011, Dancet mfl. 2014, Duthie mfl. 2017, Holter mfl. 2014, Gerrits 2014). Dancet mfl. (2011) foreslo ti dimensjoner som pasientsentrert omsorg kan bygge på og delte disse inn i to basert på systemfaktorer og menneskelige faktorer som gjensidig påvirket hverandre. Dette utviklet seg videre til et rammeverk (Dancet mfl. 2014) med fem dimensjoner som var av essensiell betydning for pasienten i forhold til valg av behandling. Duthie mfl. (2017) bygget videre på dette og endte opp med seks dimensjoner bestående av byrder knyttet til behandling, tidsperspektivet av behandling, resultat av behandling, risiko ved behandlingen, kostnader og genetisk opphav.

Min ressursperson er opptatt av å ta seg tid fra start av behandlingen til man eventuelt føder et barn man kan ta med hjem. Videre mener hun det også er viktig at sykepleieren bruker tilstrekkelig tid til å informere og til å finne ut hva det enkelte paret trenger i ulike situasjoner i behandlingsforløpet. Tid er essensielt for å kunne skape en god atmosfære hvor sykepleier får gitt god informasjon, og ikke stresser, men viser at hun har god tid til å sette seg inn i deres situasjon. Flexibilitet er også viktig, i den forstand at pasienten også har tid. Om det har blitt mye informasjon for eksempel fra legen den dagen paret er til utredning, kan det være hensiktsmessig å foreslå at de kommer en annen dag for å få ytterligere informasjon fra sykepleier. For mye informasjon i løpet av for kort tid vil være overveldende og føre til at paret ikke får med seg viktig informasjon. Dersom det har blitt avdekket større utfordringer enn forventet ved utredningen (som ingen spermier, eller veldig få egg) og paret får beskjed om at prognosene er dårlige eller at veien fram blir mer kronglete enn de hadde forberedt seg på, er det viktig å ta en prat om dette først for å trygge, informere og gi håp. Min ressursperson har videre erfart at det i en slik situasjon ofte er bedre å utsette den praktiske informasjonen til paret har fordøyet den nye situasjonen. Mennesker kan bare ta inn en viss mengde info om gangen, blir det for mye, kan viktig informasjon gå tapt. Det er imidlertid vanskelig å standardisere dette og man må derfor tilpasse informasjonen spesifikt for hvert par.

## 5.4. Paret består av to personer

Når et par behandles med assistert befruktning er to personer involvert. Kvinnen og mannen i parforholdet har ulike bakgrunner og erfaringer. Dette skaper ulike behov for omsorg innad i parforholdet (Holter mfl. 2014).

Dessuten fins det variasjoner i behov fra ett par til et annet. Noen pasienter kommer til utredning og lurer på om de kan klare å bli gravid på vanlig måte, mens andre par har vært til behandlinger før og har således et annet behov for informasjon og omsorg. Med

andre ord må sykepleier være i stand til å se pasienten og partneren hennes i den virkeligheten de befinner seg i (Duthie mfl. 2017, Holter mfl. 2014).

Riktig informasjon til riktig par er viktig, på et nivå de kan forstå og fordøye. Sykepleier må gjøre en forventningsavklaring og finne ut hvor paret er og hva de har behov for. Som nevnt over har kvinnen og mannen i tillegg ulike behov innad i relasjonen.

I enhver situasjon når et par skal i gang med et behandlingsforsøk vil det være ulike behov for hvilken informasjon sykepleier gir ut ifra hvilke forutsetninger mannen og kvinnen har. Dette må sykepleier tilpasse paret og gjøre en forventningsavklaring rundt. Det finnes ingen «one size fits all». Noen par har vært til behandling ved andre klinikker, mens for andre er dette det aller første møte med en ny behandling og all informasjon er ukjent. Individuell tilnærming er derfor avgjørende på grunn av at bakgrunnen til de ulike parene varierer. Som ressurspersonen min påpeker kan par som skal starte behandling ha ulike forutsetninger. Noen trenger en grunnleggende forklaring, andre trenger en mer inngående tilnærming med fokus på detaljer. Gode ferdigheter innen kommunikasjon er viktig her. Det er derfor ikke overraskende at kommunikasjon scorer høyt på rangeringslisten til pasientene i studien til Dancet (2011), og dette understreker viktigheter av at informasjon formidles på en måte som gjør at sykepleier og pasient forstår informasjonen på samme måte (Klitzman 2018).

Sykepleier må ha nødvendig kunnskap, men også være i stand til å videreformidle kunnskapen på en måte som mannen og kvinnen forstår innholdet. Ofte kan mannen og kvinnen i paret ha ulike behov (Holter mfl. 2014). Kanskje har kvinnen i paret søkt mye på nett og har satt seg godt inn i faglig terminologi, mens mannen kan ha behov for mer praktisk orientert informasjon. Holters studie viser at kvinner og menn har ulike behov for informasjon og omsorg underveis i et behandlingsforløp. Kvinner la større vekt på omsorg og informasjon underveis i behandlingen enn sine partnere.

Ifølge ressurspersonen min er det mye fokus på kvinnen i løpet av behandlingen. Fokus på kvinnen er relatert til at det er hennes kropp hormonstimulering, eggmodning og -uttak foregår i. Dette rimer med funn fra studien til Holter mfl. (2014), hvor mennene følte seg oversett og ikke inkludert på lik linje med kvinnene i behandlingen. Mennene opplevde ofte mangel på informasjon, særlig når det gjaldt sædprøver, og et ønske om at helsepersonell burde fokusere like mye på både mannen og kvinnen. For at han skal kunne bli mer delaktig i prosessen, er et mer tydelig fokus på mannen gunstig, mener min ressursperson. Paret bør forberedes på at prosessen kjennes forskjellig ut, men at de må ha fokus på å støtte hverandre og å være klar over de utfordringene som kommer (f.eks. bivirkninger på medisiner og humørsvingninger).

## 5.5. Kunnskap, ferdigheter og kommunikasjon

Sykepleier må ha den kompetansen som kreves for å jobbe med assistert befruktning. Som beskrevet av Applegarth (2013) omfatter dette teoretiske kunnskaper om anatomi og fysiologi, ferdigheter som blodprøvetaking og assistering ved egguttak/tilbakesetting, samt veiledningskompetanse og å kunne gi emosjonell støtte. Det hjelper ikke å sette pasienten i sentrum dersom sykepleier ikke vet hva hun driver med.

Martinsen argumenterer med hennes begrep om «faglig skjønn». Hvis sykepleieren overdriver den følelsesmessige siden, blir det lett pjatt og «føleri». Å informere pasienten er en essensiell sykepleieroppgave. Pasientene i Dancet (2011) sin studie rangerte en

rekke systemfaktorer. På første- og andreplass havnet henholdsvis det at informasjon gis og personalets kompetanse. For å kunne gi riktig og forståelig informasjon, må sykepleier ha kompetanse innen assistert befruktning. Hun må forstå faget selv, og derfor kan man si at kompetanse også er en forutsetning for å kunne gi relevant og tilstrekkelig informasjon til pasienter. Kompetanse er nok enda viktigere i en pasientsentrert tilnærming, da kunnskapen må tilpasses og formidles på en forståelig måte.

I interaksjonen med pasient og partner er det også vesentlig at håp og forventninger avstemmes. Som Travelbee skriver, er en viktig sykepleieroppgave å hjelpe pasienten å ivareta håpet. Innen assistert befruktning, må sykepleier hjelpe pasienten med å balansere håp og realisme gjennom hele prosessen.

Når det gjelder menneskelige faktorer scorer holdningen til og relasjon med ansatte og kommunikasjon høyt i Dancets studie (2011). Man kan imidlertid lure på om dette skillet Dancet lager mellom systemfaktorer og menneskelige faktorer kan virke noe kunstig. Pasientenes behov er ikke løsrevet fra hverandre, men henger sammen.

Et overordnet mål i sykepleierens jobb med denne pasientgruppen må være at paret skal føle seg trygge, ivaretatt, godt informert og til slutt erkjenne at alle på klinikken, både lege, laboratoriepersonale og sykepleier har gjort alt de kan for at paret skal lykkes. Videre at de har en opplevelse av at behandlingen er lagt opp på en måte som maksimerer forutsetningen til å lykkes, og at det ikke er ting underveis som gjør paret usikre på om de har blitt behandlet optimalt. Hvis paret sitter igjen med en usikkerhet, er det lett å bruke denne "spikeren" til å henge et eventuelt mislykket forsøk på. Hvis sykepleier klarer å gi så god sykepleie til paret underveis at de er fornøyd selv ved et negativt forsøk kan sykepleier sies å ha nådd ett av sine mål.

## 6. Konklusjon

Litteraturstudien viser at sykepleiers rolle i behandling av infertile er essensiell og har fått en økende betydning i veien mot pasientsentrert omsorg. Oppgaven viser at sykepleier kan gi best mulig informasjon, støtte og omsorg til et par som skal gjennomføre assistert befruktning gjennom en pasientsentrert tilnærming der pasienten møtes ut ifra de ulike behov og bakgrunn det enkelte par har. En pasientsentrert tilnærming forutsetter at sykepleier må ha de faglige kunnskapene og tekniske og praktiske ferdighetene på plass. Kunnskap og faglig kompetanse er viktig for å gjøre sykepleier i stand til å gi relevant og informasjon til paret.

For at pasienten skal kunne være med og ta informerte valg om behandling, må sykepleier vektlegge ulike dimensjoner knyttet til byrder assosiert ved behandling, tidsperspektivet av behandling, resultat av behandling, risiko ved behandlingen, kostnader og genetisk opphav. I tillegg må sykepleier gi informasjon på en slik måte at håp og forventning avstemmes i kommunikasjonen.

Sykepleier må ta seg tid og gjøre en forventningsavklaring med paret. Det er viktig at hun vier oppmerksomhet til både kvinnen og mannen.

# Referanser

- Adamson, D. G., J. d. Mouzon, G. M. Chambers, F. Zegers-Hochschild, R. Mansour, O. Ishihara, M. Banker, og S. Dyer. 2018. «International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology: World Report on Assisted Reproductive Technology, 2011». *Fertility and Sterility* 110(6):1067–80.
- Andrews, T. 2003. «"Nytt" ideologisk grunnlag for forebyggende helsearbeid». *Tidsskrift for velferdsforskning* 6(1):30–42.
- Applegarth, J., T. Dwyer, L. Moxham, og B. Happell. 2013. «Identifying and Acquiring the Contextual Skills and Knowledge for Nursing Practice in Assisted Reproductive Technology: A Grounded Theory Study». *Journal of Clinical Nursing* 22(11–12):1738–47.
- Bioteknologiloven. 2003. «Lov om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m. (LOV-2003-12-05-100)». Hentet 29. mai 2020 (<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2003-12-05-100>).
- Bioteknologirådet. 2016. «Regelverk». *Bioteknologirådet*. Hentet 10. april 2020 (<https://www.bioteknologiradet.no/temaer/assistert-befruktning/regelverk/>).
- Bioteknologirådet. 2019. «Assistert befruktning». *Bioteknologirådet*. Hentet 9. april 2020 (<https://www.bioteknologiradet.no/temaer/assistert-befruktning/>).
- Cunningham, N., og T. Cunningham. 2013. «Women's Experiences of Infertility – towards a Relational Model of Care». *Journal of Clinical Nursing* 22(23–24):3428–37.
- Dalland, O. 2017. *Metode og oppgaveskriving*. 6. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dancet, E. A., T. M. D'Hooghe, F. van der Veen, P. Bossuyt, W. Sermeus, B. W. Mol, og S. Repping. 2014. «Patient-Centered Fertility Treatment': What Is Required?». *Fertility and Sterility* 101(4):924–26.
- Dancet, E. A. F., I. W. H. Van Empel, P. Rober, W. L. D. M. Nelen, J. a. M. Kremer, og T. M. D'Hooghe. 2011. «Patient-Centred Infertility Care: A Qualitative Study to Listen to the Patient's Voice». *Human Reproduction* 26(4):827–33.
- Duthie, E. A., A. Cooper, J. B. Davis, K. D. Schoyer, Jay Sandlow, E. Y. Strawn, og K. E. Flynn. 2017. «A Conceptual Framework for Patient-Centered Fertility Treatment». *Reproductive Health* 14(1):114.
- Endacott, R. 1997. «Clarifying the Concept of Need: A Comparison of Two Approaches to Concept Analysis». *Journal of Advanced Nursing* 25(3):471–76.
- ESHRE. 2020. «Accreditation and Certification - Information for Exam Applicants - Nurses and Midwives Certification». *European Society of Human Reproduction and Embryology*. Hentet 12. april 2020 (<https://www.eshre.eu/Accreditation-and-Certification/Nurses-Midwives-Certification/Information-for-exam-applicants>).
- Gardner, David K., Ariel Weissman, Colin M. Howles, og Zeev Shoham, red. 2018. *Textbook of Assisted Reproductive Techniques: Volume 2: Clinical Perspectives*. 5. utg. Boca Raton: CRC Press.

- Gerrits, T. 2014. «The ambiguity of patient-centred practices: the case of a Dutch fertility clinic». *Anthropology & Medicine* 21(2):125–35.
- Grønli, H. 2020. «Historisk endring: Tillet assistert befruktning for einslege kvinner og eggdonasjon». *NRK*. Hentet 27. mai 2020 ([https://www.nrk.no/norge/historisk-endring\\_-tillet-assistert-befruktning-for-einslege-kvinner-og-eggdonasjon-1.15029619](https://www.nrk.no/norge/historisk-endring_-tillet-assistert-befruktning-for-einslege-kvinner-og-eggdonasjon-1.15029619)).
- Holter, H., A. K. Sandin-Bojo, A. L. Gejervall, M. Wikland, B. Wilde-Larsson, og C. Bergh. 2014. «Patient-Centred Quality of Care in an IVF Programme Evaluated by Men and Women». *Human Reproduction* 29(12):2695–2703.
- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. 2001. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington (DC): National Academies Press (US).
- Jerpset, H. 2017. «Sykepleie ved gynekologiske sykdommer». S. 133–68 i *Klinisk sykepleie 2*, redigert av A. Hallbjørg, D.-G. Stubberud, og R. Grønseth. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kirkevold, M. 2020. «Sykepleieteori». *Store medisinske leksikon*. Hentet 10. april 2020 (<http://sml.snl.no/sykepleieteori>).
- Klitzman, R. 2018. «Impediments to Communication and Relationships between Infertility Care Providers and Patients». *BMC Women's Health* 18(1):84.
- Kåss, E. 2019. «in vitro». *Store medisinske leksikon*. Hentet 2. april 2020 ([http://sml.snl.no/in\\_vitro](http://sml.snl.no/in_vitro)).
- Martinsen, K. 2003. *Fra Marx til Løgstrup*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Michie, S., J. Miles, og J. Weinman. 2003. «Patient-Centredness in Chronic Illness: What Is It and Does It Matter?» *Patient Education and Counseling* 51(3):197–206.
- NSD. 2020. «Publiseringskanaler | NSD - Norsk senter for forskningsdata». *Norsk senter for forskningsdata*. Hentet 7. april 2020 (<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>).
- Rodger, S. 2020. «Patient-Centred Care Strengthens the Nurse-Patient Relationship». *Nursing Times*. Hentet 28. april 2020 (<https://www.nursingtimes.net/opinion/sian-rodger/patient-centred-care-strengthens-the-nurse-patient-relationship-09-03-2020/>).
- Sackett, D. L., W. M. Rosenberg, J. A. Gray, R. B. Haynes, og W. S. Richardson. 1996. «Evidence Based Medicine: What It Is and What It Isn't». 312(7023):71–72.
- Taylor, H., S., L. Pal, og E. Seli. 2020. *Speroff's Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. 9. utg. New Haven: Lippincott Williams & Wilkins.
- Thornquist, E. 2018. *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- Travelbee, J. 1999. *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal akademisk.
- WHO. 1998. «Health Promotion Glossary». Hentet 16. april 2020 ([http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf)).
- WHO. 2009. «WHO | Infertility definitions and terminology». *WHO*. Hentet 15. april 2020 (<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/>).



# Vedlegg

## Vedlegg 1: Informert samtykke i forbindelse med ressurssamtale



NTNU, Fakultet for medisin og helsevitenskap, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

### INFORMERT SAMTYKKE I FORBINDELSE MED RESSURSSAMTALE

Samtalens innhold skal brukes i forbindelse med bacheloroppgave i sykepleie, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU

#### Ressurspersonen

er kjent med at samtalen er frivillig og at vedkommende når som helst kan trekke seg fra å delta  
velger selv grad av anonymitet  
kan be om å få lese det skriftlige materialet før det benyttes i oppgaven

#### Samtalen

tas ikke opp som lydopptak underveis  
vil bli gjengitt som fortalt, uten endring eller tilføyelse i innholdet

Ved behov for kontakt med bachelorstudent etter samtalen kan ressursperson henvende seg til

Navn: Regine Romundstad

Mailadresse: reginerom@gmail.com

Mobil: 99107115

Jeg bekrefter med dette at jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon som nevnt over og samtykker i å være ressursperson i forbindelse med en bachelor-oppgave i sykepleie.

Navn

Bente Renée Holmstad

Dato/sted

Trondheim 17. mars 2020

NTNU 13.8.2019