



Fertilitetsvård inom privata sektorn

Enkätstudie

Anna Sundqvist

Examensarbete
Utbildningsprogrammet för Vård
2015

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Vård 12
Identifikationsnummer:	5185
Författare:	Anna Sundqvist
Arbetets namn:	Fertilitetsvård inom privata sektorn
Handledare (Arcada):	Pernilla Stenbäck
Uppdragsgivare:	Monimuotoset perheet
<p>Detta examensarbete är ett beställningsarbete av Simpukka, uppdragsgivaren är Monimuotoset perheet –nätverket och är en del av Kaikkien perheiden Suomi- projektet. Syftet med detta examensarbete var att kartlägga hinder till att få fertilitetsvård inom privata kliniker i Finland.</p> <p>Imogene Kings teori om vårdrelation mellan patient och vårdare är studiens teoretiska referensram. Metoden som användes var kvantitativ och datainsamlingen gjordes med en enkät. Webb-enkäten skickades ut till kliniker och sjukhus runtom i Finland som ger fertilitetsvård. Enkäten besvarades av läkare, barnmorskor och sjuksköterskor. Studiens frågeställning var: <i>Vad är orsaken att patienten inte får fertilitetsvård inom privata sektorn?</i></p> <p>Det kom svar från sju kliniker, svarsprocenten blev ca 37 % och enligt resultatet på frågorna ger alla kliniker fertilitetsvård åt ensamma kvinnor. Alla sju kliniker som besvarade enkäten gav vård till största delen av de sökande, två kliniker ger vård till kvinnor och män som är HIV positiva, tre kliniker ger vård om patienten har B eller C hepatit.</p> <p>Slutsatsen är således att den vanligaste orsaken till att bli utan vård är att klienten är HIV positiv.</p>	
Nyckelord:	Fertilitet, Fertilitetsvård, Simpukka ry, Monimuotoset perheet.
Sidantal:	35
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Vård 12
Identification number:	5185
Author:	Anna Sundqvist
Title:	Fertility treatment in the private sector
Supervisor (Arcada):	Pernilla Stenbäck
Commissioned by:	Monimuotoset Perheet
<p>This is a commissioned work from Simpukka and the client is Monimuotoiset perheet-network. This work is a part of “Kaikkien perheiden Suomi” – project. The purpose of this work was to find out the impediment to fertility treatment in the private sector in Finland.</p> <p>As theoretical perspective was Imogene King’s theory about relation between nurse and patient. The method in this study was quantitative, I did examine in to the subject and got the answer from a questionnaire. The questionnaire was sent to all the clinics and hospitals that gives fertility treatment. Doctors, nurses and midwives answered the questionnaire.</p> <p>The question of my work is <i>What is the reason why some private clinics doesn’t give fertility treatment?</i></p> <p>I received responses from seven fertility clinics and that gives 37 % as response rate. All seven clinics give treatment to single females. Two clinics gives treatment to women or men how are HIV positive, three clinics give treatment to people with B or C hepatitis. So I can say that the most common reason for why a patient doesn’t get treatment is that he or she is HIV positive.</p>	
Keywords:	Fertile, Simpukka ry, Monimuotoset perheet.
Number of pages:	35
Language:	Swedish
Date of acceptance:	

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Vård 12
Tunnistenumero:	5185
Tekijä:	Anna Sundqvist
Työn nimi:	Hedelmöityshoito yksityisellä sektorilla
Työn ohjaaja (Arcada):	Pernilla Stenbäck
Toimeksiantaja:	Monimuotoiset Perheet
<p>Opinnäytetyön tarkoitus on kartoittaa erilaisia esteitä hedelmöityshoidon saantiin yksityisellä sektorilla Suomessa. Opinnäytetyö on tilaustyö Simpukalta, toimeksiantajana toimii Monimuotoiset Perheet -verkosto ja on osa Kaikkien perheiden Suomi -hanketta.</p> <p>Teoreettisena viitekehyksenä on käytetty Imogene Kingin teoriaa hoitosuhteesta potilaan ja hoitajan välillä. Menetelmä tutkimuksessa on määrällinen. Tutkimus tehtiin kyselyllä internetin kautta, kysely lähetettiin eri klinikoille ympäri Suomea. Tutkimukseen osallistui lääkäreitä, sairaanhoitajia sekä kättilöitä.</p> <p>Tutkimuskysymyksenä on <i>Mikä on syy ettei potilas saa hedelmöityshoitoa yksityisellä sektorilla?</i></p> <p>Vastauksia sain seitsemältä klinikalta, vastausprosentiksi tuli 37 %. Kyselytulokset näyttivät, että kaikki klinikat antavat hedelmöityshoitoa yksin tuleville naisille. Kaksi klinikkaa kertoi antavansa hoitoa HIV positiiviselle henkilölle, kolme vastasi antavansa hoitoa B- tai C-hepatiittia sairastavalle.</p> <p>Lopputuloksena näin ollen että yleisin syy jäädä ilman hoitoa on HIV positiivisuus.</p>	
Avainsanat:	Hedelmällisyys, hedelmällisyyshoidot, Simpukka ry, monimuotoiset perheet.
Sivumäärä:	35
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	

INNEHÅLL

1	Inledning.....	7
2	Tidigare forskning.....	8
3	Bakgrund.....	10
3.1	Faktorer som påverkar fertiliteten.....	11
3.2	Livsfaktorernas påverkan på fertilitet.....	12
3.3	Undersökning och behandling.....	12
3.4	Statistik om fertilitet	14
4	Teoretisk referensram	15
5	Etik.....	16
6	Syfte och frågeställning	17
7	Design över arbetsgången	18
8	Metod.....	19
8.1	Enkät som insamlingsmetod	19
9	Resultatredovisning.....	21
10	Diskussion.....	24
10.1	Metoddiskussion.....	25
11	Kritisk granskning	26
12	Avslutning	27
	Källor	28
	Bilagor	32
	Bilaga 1: Enkätens Följebrev	32
	Bilaga 2: Enkäten.....	33

Figurer

Figur 1. Examensarbetets framskridande s. 15

Figur 2. Processbeskrivning av enkätundersökningen s. 17

1 INLEDNING

Detta examensarbete är ett beställningsarbete av Simpukka som är en organisation som har till uppgift att stöda och hjälpa de som är ofrivilligt barnlösa. Simpukka delar ut information om barnlöshet till de ofrivilligt barnlösa samt är med och påverkar de rättigheter samt beslut som berör barnlöshet. Organisationen Simpukka stöder olika barnlösa, som till exempel dem som genomgår fertilitetsvård eller dem som fått barn via fertilitetsvård men också dem som genomgår en adoption eller är fosterföräldrar osv. Organisationen ordnar diskussionsgrupper och andra evenemang där man får information om barnlöshet samt hjälpmöjligheter (Simpukka 2015). Studien är en del av ”Kaikkien Perheiden Suomi- projektet” som är ett projekt där man hämtar fram information om olika familjereationer samt deras rättigheter (Monimuotoiset perheet 2013).

Metoden som användes var kvantitativ och datainsamlingen gjordes med en enkät. Webb-enkäten skickades ut till kliniker och sjukhus runt om i Finland som ger fertilitetsvård. Studiens teoretiska referensram är Imogene Kings teori om vårdrelationer mellan vårdare och patienter.

Syfte var att kartlägga vilka orsaker till att patienterna inte får fertilitetsvård inom privata sektorn, frågeställningen var: vad är orsaken att patienterna inte får fertilitetsvård inom privata sektorn?

Enkäten har jag skrivit tillsammans med Maj Lundberg. Med enkät som insamlingsmetod ville vi nå så många kliniker som möjligt, att besöka klinikerna skulle ha varit tidsmässigt omöjligt när de är så utspridda i Finland. Vi delade upp studien för att mängden skulle ha varit för mycket för en skribent. Enligt uppdelningen analyserar Maj svaren från de kommunala klinikerna och jag svaren från de privata klinikerna.

2 TIDIGARE FORSKNING

I detta stycke tar jag upp tidigare forskning om ämnet fertilitet. Forskningsrapporterna jag valde var alla från Europa. Ämnet är utforskat ur olika synvinklar men jag hittade ingen specifik forskning om mängder eller vilka klienter som fått eller inte fått fertilitetsvård. Vi utgår från forskning som har ett samband med studien. Jag sökte litteraturen från artiklar samt böcker, bakgrundforskningen är begränsad till 2000-2016. Artiklarna sökte jag med hjälp av *pubmed*, *google scholar*, och *oxford journal*. Sökorden var fertility, infertility, fertility treatment, childless.

World association for sexual health (WAS) beskriver sexualitet och mänskliga rättigheter, enligt detta bör alla vara jämlika trots kön, hudfärg, religion eller sexuell läggning och inte vara ett hinder utan alla bör ha rätt att åtnjuta sexuella rättigheter. Personer får inte hotas eller begränsas på grund av sin sexuella läggning. Alla har bestämmanderätt om sin egen kropp och sexuell läggning, detta innebär att personens godkännande för prov och behandling av sexualitet bör finnas. Om det händer något utan personens godkännande så har personen rätt att anmäla fallet, personen har rätt att hålla saker privata angående sin sexualitet. Alla bör även ha rätt till information om sexuell hälsa, detta material skall inte censureras eller begränsas. Alla har även rätt att själv besluta att skaffa barn eller inte och rätt till vård inom sexuell hälsovård, mödrahälsovård, fertilitetsvård samt hjälp vid adoption. WAS har tillkännagett 16 rättigheter som gäller människornas sexualitet och sexuella hälsa. (WAS 2014)

I artikeln ” Ethics of medically assisted fertility treatment for HIV positive men and women” framkom att i västvärlden fanns större chans till fertilitetsvård än i andra delar av världen. Risken för smitta av HIV ligger på 28 % vid vaginal förlossning, vid kejsarsnitt handlar det om 3 %. Frågan om att vårda HIV positiva kvinnor strider mot två etiska principer, respekten för patienternas självbestämmanderätt om förökning och principen om respekt för barnets hälsa. Man bör informera föräldrarna om smittorisken, sjukdomsprocessen och vården. Dessa faktorer är relevanta för den etiska utvärderingen av fertilitetsvård. Det rekommenderas att alla infertila patienter går på HIV-test för att minska på

smittorisken för partnern, fostret och vårdpersonalen. Det vore bra om vårdcentralen skulle erbjuda vård av fertilitetsspecialister, HIV-specialister och psykologer som deltar i fertilitetsvården av person med positivt HIV. (Mercey, 2004)

I en forskningsrapport från Australien ”Fertility treatments and the young woman who use them” från år 2010 har man forskat om mängden fertilitetsvård i Australien, i undersökningen deltog 657 kvinnor. Fertilitetsvården i Australien ges utan begränsningar för ålder, mängden behandlingar eller den nuvarande familjens storlek. Fertilitetsvård gavs i 3,3 % av alla graviditeter år 2008, av föderskorna var 14,4 % förstföderskor i åldern 35 år eller högre. I undersökningen framkom även att 26 % av kvinnorna hade genomgått missfall och 24 % hade svårt att bli gravid. (Marino 2010)

I undersökningen ”Why do patients discontinue fertility treatment?” framkommer vilka de vanligaste orsakerna är till att patienterna avbryter fertilitetsvården. Undersökningen omfattar över 21 000 patienter från åtta olika länder. Största orsaken till avbruten fertilitetsvård var uppskjutande av vården 39 %, psykiska faktorer 19 % och vägran till vård 13 %. Patienterna bör stödas mera under processen, vara väl informerade samt kunna diskutera rädslor och bekymmer. (Gameiro 2012)

I undersökningen ”Family intentions and personal considerations on postponing childbearing in childless cohabiting and single woman aged 35-43 seeking fertility assessment and counselling” undersöks skillnaderna mellan försök att få fertilitetsvård hos kvinnor som är ensamstående eller samboende. Majoriteten av kvinnorna var högt skolade och hade ett arbete. De flesta av kvinnorna ville ha två eller flera barn och ansåg att det är lämpligt att första barnet föds före 35 års ålder. 70 % av de ensamstående kvinnorna och 25 % av kvinnorna i ett förhållande accepterar donerad sädesvätska som fertilitetsvård. I rapporten framkom även att kvinnorna var medvetna om att åldern är en risk för infertilitet, stor påverkan har även den längre studietiden i förhållande till tidigare generationer. (Birch Petersen 2015)

I forskningsrapporten ”Childless Canadian men’s and women’s childbearing intentions, attitudes towards and willingness to use assisted human reproduction” framkommer att infertila män och kvinnor var mest öppna för IVF behandlingar. Männen var mera villiga

att använda donerade äggceller vid fertilitetsvård, kvinnorna var villiga att använda IVF, provrörsbefruktning och donerad sädesvätska. Det enda de var emot var att använda en tredje person för att bli gravid. (Daniluk 2012)

3 BAKGRUND

I detta stycke redogör jag för de vanliga problemen till barnlöshet hos båda könen samt om behandling - undersökningsmetoder. I detta arbete använder jag termen "patient" för den som söker vård, eftersom det används inom sjukhus och i kortvariga vårdrelationer. Jag använder benämningen "par" som står för alla par som söker vård, eftersom det finns par av både olika och samma kön.

Barnlöshet

Ett par som försökt få barn i över ett år anses vara *infertila*, ofrivilligt barnlösa. (Bratt 2013, s. 44) Skillnad mellan frivillig barnlös och ofrivilligt barnlös är den att det finns par som är fertila men inte vill ha barn, och det finns par som vill ha barn men inte kan få det på grund av infertilitet. (Engwall & Peterson 2010, s. 26)

I dagens läge vill människor skaffa utbildning, yrke och den rätta sambon innan man börjar fundera på att familjebildning, vilket leder till att barn skaffas i en högre ålder, då det redan finns risk för minskad fertilitet. (Bratt 2013, s. 28)

Länge ansågs låg fertilitet vara ett problem hos kvinnor. Senare har det konstaterat att av fallen beror en tredje del på faktorer hos kvinnor, en tredje del på faktorer hos män och en tredjedel beror på faktorer hos båda. (Porsman & Tseng 2006, s. 9)

Sterilitas primaria betyder att kvinnan inte har varit tidigare gravid, medan om kvinnan har varit gravid som slutat med missfall eller graviditet utanför livmodern är detta då *sterilitas secundaria*. (Ketonen 2007, s. 61)

Människans fertilitet kan sjunka efter att paret har fått ett eller flera gemensamma barn, vilket kallas *sekundär infertilitet*. Orsaken till detta är i stort sett ålderns inverkan, eftersom människor nuförtiden skaffar barn i senare ålder än tidigare. (Porsman & Tseng 2006, s.112-113)

De par som söker hjälp och efter försök inte blir med barn hör till diagnosgruppen *oförklarad infertilitet*, vilket innebär att orsak inte hittas. Hit hör ca 25-30 % av alla par.

Trots alla undersökningar hittas inget fel på någondera av paret. (Porsman & Tseng 2006, s.115-119)

3.1 Faktorer som påverkar fertiliteten

Vanliga faktorer som påverkar kvinnans nedsatta fertilitet är till exempel åldern. Efter 35-40 års ålder sjunker kvinnans fruktsamhet, vilket beror på att antalet och kvaliteten på äggen minskar med åren. (Porsman & Tseng 2006, s.10)

Det att kvinnans fertilitet minskar efter 30 års ålder ökar risken till missfall, cirka hälften av graviditeterna slutar med missfall om kvinnan är i åldern 40-45 år. Och upp till ca 90 % av över 45 åriga får missfall. (Gissler et al. 2010)

Även effekten med provrörsbefruktning kan minska efter att kvinnan blivit över 40 år. (Bratt 2013, s.10) Det att mannen har nedsatt fertilitet är lika vanligt som hos kvinnor och dålig spermiekvalitet är då en av de vanligaste orsakerna. Detta kan bero på olika saker men läkemedel som steroider och även åldern har en påverkan, eftersom antalet och kvaliteten på spermier sjunker vid högre ålder. (Porsman & Tseng 2006, s.37)

Olika typers familjer

Familjer bestående av samma kön och ensamstående personer vill även ha familj och barn och de har även rätt till att få barn. Men det finns länder som inte tillåter provrörsbefruktning till ensamstående kvinnor och par av samma kön. Om inte barnet fås via provrörsbefruktning är adoption en möjlighet. (Bratt 2013, s.117-123)

3.2 Livsfaktorernas påverkan på fertilitet

Enskilda livsfaktorers inverkan på fertilitet är svårt att undersöka, eftersom det är svårt att urskilja olika livsfaktorer inverkan. Det handlar om flera livsfaktorers inverkan tillsammans, en mängd dåliga livsfaktorer inverkar negativt på fertiliteten. (Anttila 2008) Den minskade fertiliteten kan bero på kost, vikt, stress samt rökning och hög alkoholkonsumtion. Även användning av droger minskar på fertiliteten. (Porsman & Tseng 2006, s.54) Fetma inverkar på olika sätt på fertiliteten som till exempel genom att ägglossning och mensen blir oregelbundna, kvaliteten på äggen kan försämrans, det kan finnas risk för missfall eller förtidig förlösning. Andra risker kan vara högt blodtryck eller blodpropp. (Bratt 2013, s. 12) Kvinnans fortplantningssystem reagerar känsligare på viktändringar än hos män. Hos män inverkar viktändringar på kvalitet och minskning på spermien. (Anttila 2008) Det tar längre tid för både underviktiga och överviktiga kvinnor att bli gravida, missfallsrisken ökar samt det kan uppkomma risker både för kvinnan samt fostret. Hos kvinnan ökar risken för högt blodtryck och diabetes medan hos fostret ökar risken för hjärtsmissbildningar. (fertilitetscentrum.se) Rökning och användning av droger kan göra det svårare att bli gravid samt försämrar kvaliteten på spermier. Kosten kan även inverka på fertiliteten hos båda könen, eftersom snabba kolhydrater i mängder kan rubba hormoner som påverkar fertiliteten. (Bratt 2013, s. 14-15)

3.3 Undersökning och behandling

Efter ett års försök att bli gravid utan att lyckas är det skäl att undersöka fertiliteten hos paret. De bör vända sig till en gynekolog som skriver en remiss till en fertilitetsmottagning. Målet med undersökningen är att få veta *diagnosen* till varför paret inte får barn. Det görs en undersökning och behandlingsplan för paret av en läkare. (Bratt 2013, s.44-45) Tiden paret bör ha försökt få barn beror på kvinnans ålder, under 30 år är försökstiden 12-18 månader. Om kvinnan är i ålder av 30-35 år skall tiden vara 12 månader och om kvinnan är äldre än 35 år så kan de söka vård redan efter 6 månaders försök att bli gravid. (Porsman & Tseng2006,s.120) Behandlingarna bör inte påbörjas för tidigt eftersom det kan ske en spontan graviditet. Procentuellt cirka 84 % blir gravida efter ett års tid utan

preventivmedel. Paret bör uppmuntras till hälsosammare livsstil som till exempel att sluta röka samt viktninskning. (Tiitinen 2002)

Efter att det undersökts vad som är parets risk för barnlöshet börjar man fundera på behandlingsmetod. När det väljs behandlingsmetod bör det väljas ett säkert alternativ för modern och barnet. Detta innebär att läkaren som sköter om paret anser att paret är redo att ta hand om barnet och kan trygga en bra uppväxt. Parets önskemål bör alltid tas i betraktande, det finns par som vill veta orsaken till barnlösheten men vägrar ta emot behandlingar. (Tiitinen2002) Vanliga behandlingsmetoder hos kvinnan kan vara hormonprover, undersökningar av äggstockarna och livmodern via ultraljud. Följande olika hormonprover är vanliga: Follikelstimulerande hormon (FSH) som påverkar äggens mognad, Luteiniserande hormon (LH) stimulerar ägglossningen och Anti-mülleriskt hormon (AMH) som reglerar äggblåsornas mognad i äggstockarna. Vid en kombination av högt LH-värde och lågt FSH betyder god äggmängd, medan om värdena är tvärtemot så betyder det ett litet antal ägg. Lågt AMH-värde talar om hur nära kvinnan är klimakteriet. (Bratt 2013, s.49) Med klimakteriet menas den tid då äggstockarnas funktion försämras och sedan avgår helt. Detta är vanligt vid ca 51 års ålder men kan även framkomma i åldern 45-55 år. (Tiitinen 2015) Hos mannen undersöks ett eller flera spermieprov, som redovisar kvaliteten på spermien. Testiklar, bitestiklar och prostata undersöks. Om det upptäcks något onormalt tas det blodprov för att fastställa eventuella hormonrubbingar eller sjukdomar som påverkar spermierna. (Bratt 2013, s. 50-51) Paret bör testa hiv, hepatit B och C samt retroviruset human T-lymfotropt virus och syfilis, innan någon befruktning behandlingsbehandling påbörjas. (Bratt 2013, s.51)

Vanliga metoder är provrörsbefruktning eller hormonbehandlingar av äggstockarna och det görs även spermie- eller äggdonationer. (Bratt 2013, s.95-106)

Provrörsbefruktning (in vitro fertilisation, IVF) görs antingen med egna eller donerade celler. Före behandlingen måste kvinnan ha genomgått hormonbehandling av äggstockarna. IVF innebär att könscellen befruktas i laboratorium på två till fem dygn innan de sätts i livmodern. Cirka 25-40 % av provrörsbefruktningarna medför en graviditet. (Tiitinen 2014b) .Hormonbehandlingens mål är att äggstockarna producerar mera ägg än vanligt. Det befruktas i laboratorium flera ägg varav det bästa sätts i livmodern, resten av äggen kan frysas ner för senare användning. Vid hormonbehandlingen injiceras Gn-RH

hormonet under huden i 2-4 veckors tid. Med ultraljud följer man med hormonbehandlingen. (Tiitinen 2014b) Insemination (Intra Uterine Insemination, IUI) innebär att spermien förs in i livmoderhålan med en kateter under ovulationen. Till detta kan användas egna eller donerade könsceller. Spermien tvättas före behandlingen för att åtskilja kvaliteten på spermien, till IUI används endast de livligaste spermierna. Denna behandlingsmetod används oftast om barnlösheten beror på mannen eller på saliven i livmoderhalsen, orsaken kan även vara oförklarad. Av första behandlingarna lyckas cirka 10-15 %, behandlingarna kan upprepas tre till fyra gånger. (Tiitinen 2014a)

Fertilitetslag

Fertilitetslagen trädde i kraft 1.9.2007, före detta har det inte funnits någon lag om fertilitetsvård. HE 1237/2006 Lag om fertilitetsvård.

Enligt fertilitetslagen bör inte könet, åldern eller civiltillståndet inverka på möjligheten till fertilitetsvård. Det framkommer även att de som är födda av en donerad äggcell har rätt att efter aderton år fylla veta identiteten på donatorn. (Finlex 1237/2006)

3.4 Statistik om fertilitet

År 2013 påbörjades 13 500 behandlingar av fertilitetsvård, antalet var 2,7 % mindre i förhållande till år 2012. Enligt förhandsinformation gjordes år 2014 0,5 % mera fertilitetsvårdsbehandlingar än år 2013. Fertilitetsvård med egna könsceller minskade medan antalet donerade könsceller var på samma nivå. Cirka 18 % av alla påbörjade fertilitetsvårdsbehandlingar under året 2013 gjordes med donerade könsceller. Det föddes 2 473 barn år 2013 med hjälp av fertilitetsbehandling, detta beräknas vara 4,4 % av alla det året födda barnen. (THL 2015)

4 TEORETISK REFERENS RAM

Som teoretisk referensram har jag valt en teori angående vårdrelationen mellan vårdaren och patienten. Jag anser detta vara en passande teori för att som vårdare är det viktigt att skapa en bra relation till patienterna. Infertilitet är ett personligt ämne att bemöta och behandla, detta innebär att vårdrelationen har en stor roll för att bygga upp pålitlighet och trygghet.

Imogene King har talat om sin teori som: ”Vårdarbete är en serie av funktioner vilka innehåller aktivitet, reaktion och interaktion. Samarbete medföljer när det mellan patienten och vårdaren bildas ett gemensamt förhållande, samt när de tillsammans sätter upp mål som de vill nå. ”Människan byter ämne, energi och information med andra, enligt King är behovets förståelse av jaget, kroppsbilden, växt och utveckling en förutsättning för att kunna förstå människorna som enskild person. Vårdarbete beaktas som en process mellan människor som består av aktivitet, reaktion, interaktion och överföring. Samarbetsprocessen påverkas av vårdaren och patientens observationer. King skriver: ”Individen har rätt till information angående den själv, rätt till deltagande om beslut angående den själv som påverkar patientens liv och hälsa. Rätt att vård eller att neka vård. Kings teori koncentrerar sig på system mellan människor, i synnerhet i förhållandet mellan vårdare och patient. I denna process observerar båda deltagarna den andra vilket leder till en process och reaktion. Det bildas ett samarbete mellan deltagarna, öppenhet bär med sig respons. Samarbetets element mellan vårdare och patient är: aktivitet, reaktion, störning, ömsesidigt mål, undersökning och att komma överens om medel för att uppnå målet, transaktion samt att uppnå målet. Det gäller för vårdaren att hitta ett gemensamt språk samt lyssna på patienten, detta ger patienten chans att dela med sig sin information. Att uppnå målet bär med sig tillfredställelse, minskar på stressen och paniken vid vårdtillfället. (Marriner-Tomey s. 296-304)

5 ETIK

Patientens människovärde och grundrättigheter skall respekteras. I dem ingår människans grundläggande rättigheter, mänskliga rättigheter, självbestämmanderätt och frihet att välja. Människan har rätt att göra beslut om sig själv och sin hälsa. Detta är lagstadgat och begränsas huvudsakligen endast i farliga situationer. Till rättigheterna hör även att likvärdighet, integritetsskydd och människovärdet skall respekteras. Alla har rätt att få den vård som behövs, målet med vården är att göra något gott och minska skador. Detta innebär att vården är byggd på yrkeskunskap och är säker, till patienten skall vården medföra nytta mera än skador. Vården skall man få inom en rimlig tid och med gott bemötande. Personalen inom social- och hälsovården skall låta patienten bli hörd och skall ta i beaktande patientens ålder, utvecklingsnivå samt kraftresurser. Personalen skall regelbundet delta i skolningar för att uppehålla kunskapen. (ETENE s. 5-7)

Till patientens rättigheter hör att vårdaren beaktar patientens kultur samt modersmål i vårdsituationer. Patienten har rätt att få information om sitt hälsotillstånd samt vården av den. Patienten har rätt till tillgång av sina journaltexter, detta grundar sig på personallagstiftningen. (Kalkas & Sarvimäki s. 176-177)

Om patienten har HIV har patienten rätt att avstå från tester, detta ger inte rätt åt vårdaren att vägra sköta patienten. Vårdaren bör ge patienterna vård, information och stöd. Patienten har rätt att förbjuda vårdpersonalen att berätta för patientens arbetskamrater eller anhöriga om HIV- infektionen. Om en gravid mor har HIV bör man berätta för henne om riskerna med infektionen under graviditeten, kvinnan har rätt att bestämma själv om hon avbryter graviditeten eller inte. Barnen skall inte separeras från modern pga. HIV infektionen. (Kalkas & Sarvimäki s. 188-189)

Undersökningsmetoden bör ta hänsyn till människorätten och innefatta ett gott bemötande, de som deltar i undersökningen skall behandlas ärligt samt respektfullt. Det hör till att be om medgivande till att delta i en undersökning. I medgivande skall det framkomma information om undersökningen och patientens rättigheter, det skall även finnas chans för patienten att neka till eller avbryta ett deltagande. Om vårdpersonal deltar i undersökningen krävs det också patientens medgivande, detta sker i samband med planeringen av vården. (Leino-Kilpi & Välimäki s. 368-369)

En vetenskaplig studie kan vara etiskt pålitlig endast om studien är genomförd med god vetenskaplig praxis. Till forskningsetik hör ärlighet, uppmärksamhet vid insamling och behandlande av resultat. Forskarna bör respektera tidigare forskning genom att hänvisa till publikationer då dessa används. Forskningen planeras, genomförs och rapporteras enligt kraven för vetenskapliga fakta, varje forskare ansvarar för att uppfylla god vetenskaplig praxis under studiens gång.

6 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING

Syfte

Denna studie kartlägger vem som erbjuds fertilitetsbehandling inom den privata sektorn. Syftet är att kartlägga vad som kan förhindra deltagande i fertilitetsbehandlingarna och vilka kriterier som klinikerna ställer på patienterna. Målet med arbetet är att kartlägga vem som får vård och vem som inte får, samt ge en helhetsbild över hur tillgängligheten till behandlingar skiljer sig inom de olika klinikerna.

Frågeställning

Med frågeställningen i detta examensarbete vill jag kartlägga vilka hinder det finns för fertilitetsvård.

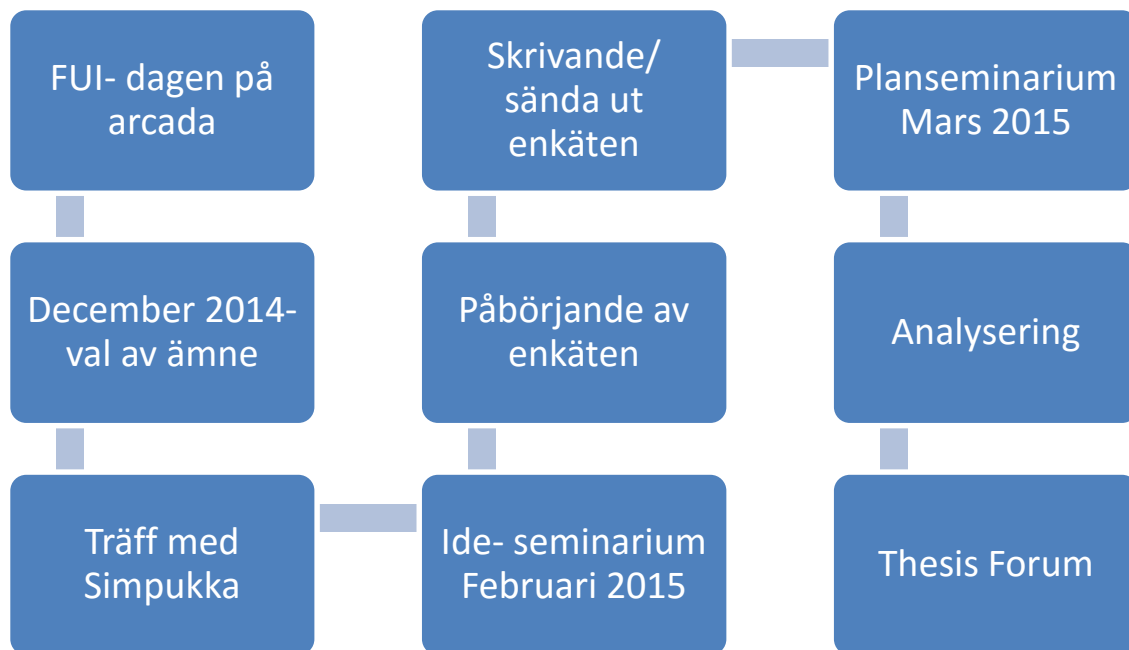
- Vad är orsaken till att patienten inte får fertilitetsvård inom den privata sektorn?

7 DESIGN ÖVER ARBETSGÅNGEN

Hösten 2014 ordnades FUI- dagen på Arcada, där det presenterades olika examensarbeten. Studerande fick bekanta sig med olika beställningsarbeten eller själva komma på ett ämne och söka reda på en beställare för arbete. Monimuotoset Perheet hade en lista på beställningsarbeten, där valet av ämnet var ganska fritt. Vi bestämde med Maj att genomföra enkäten tillsammans, men skriva egna arbeten, för materialets mängd skulle ha varit för stor för en person.

Efter första kontakten med beställaren blev arbetsgången klarare; vi gjorde en arbetsfördelning och började jobba med enkäten. Arbetet och idén presenterades på ett idéseminarium 4.2.2015 och planseminarium 25.3.2015.

Under våren arbetade vi med enkäten. Efter att Simpukka godkände vår enkät, skickade vi ut den till klinikerna. Efter att svaren kom började vi analysera, meningen var att få examensarbetet klart till maj 2015.



Figur 1. Examensarbetets framskridande

8 METOD

Detta kapitel redovisar för examensarbets arbetsmetod. Arbetsmetoden är kvantitativ, att samla in fakta, detta arbete grundar sig på analys av en enkät. Kvantitativ metod handlar om att analysera mängder och siffror som fördelar sig i en grupp, människomängd eller kommuner. Den vanligaste datainsamlingsmetoden är via enkäter eller intervjuer som består av ett frågeformulär. Enkäten kan vara i pappersformat eller nätbaserad, ju mera svar desto bättre statistik, eftersom metoden handlar om att via statistik jämföra värden.

Denna metod är bra för att den kan nå stora mängder människor och efterarbetet går snabbt och smidigt. Men metoden har dåliga sidor som t.ex. att enkäterna kan bli obesvarade eller missförstånd kan uppstå i jämförelsen med intervjuer. (Eliasson 2013, s.28-29) Enkäten kan bestå av *öppna frågor* vilket betyder att den som svarar får svara med egna ord, eller *slutna frågor* som har färdiga svarsalternativ. För att samla statistik är det lättare att analysera slutna frågor. (Eliasson 2013, s.36-37)

Det finns fyra olika variabler. De första är *nominalvariabler* som inte går att rangordna utan bara grupperas för att skilja åt svaren. Hit hör till exempel kön eller bostadsort.

En annan variabel är *Ordinalvariabel* som kan rangordnas. Denna mäter attityden om något till exempel är av samma åsikt – delvis – inte av samma åsikt.

Sen finns det *Intervallvariabel* som alltid mäts med siffror, mätande av avståndet mellan svarsalternativen. Till sist *Kvotvariabeln* mäts alltid med siffror och berättar storleksskillnader mellan svarsalternativen. (Eliasson 2013, s.38)

8.1 Enkät som insamlingsmetod

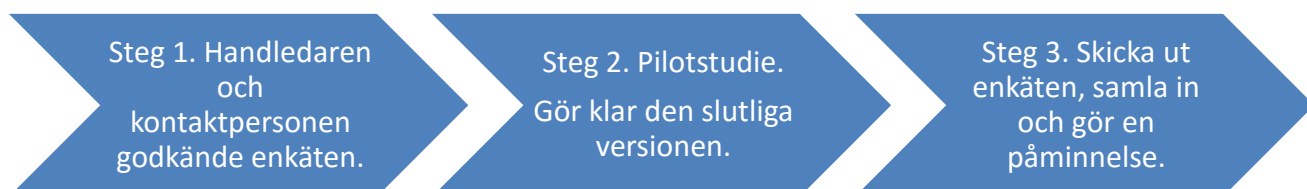
Svar på forskningsfrågorna fick vi genom en webbenkätundersökning. Frågorna i enkäten måste analyseras, vilka frågor som skall ingå samt vilket svar är det som söks (Olsson & Sörensen 2011, s. 148). Frågorna var till största delen alternativa, ja eller nej, medföljd av en svarsruta där man vid behov kunde med egna ord komplettera svaret. Men där var även frågor med flera svarsalternativ som var färdigt givna. Frågorna skall hållas enkla,

naturliga och relevanta för undersökningen. Enkäten bör vara lätt att fylla i (Olsson & Sörensen 2011, s. 151).

Kontaktpersonen på Simpukka gav en lista på kontaktuppgifter till 23 kliniker i Finland, dit enkäten skickades. Personalen skulle enskilt besvara enkäten, deltagandet var frivilligt och anonymt. Med enkäten skickades följbrevet, vilket finns i bilagorna. (bilaga 1)

Enkäten skickades ut till klinikerna med en två veckors svarstid, dessutom skickades en påminnelse cirka sju dagar efter enkäten. Språket blev finska för det används ändå mera än svenska i Finland, och det skulle ha blivit så stort jobb att göra enkäten dubbelt. Först godkändes frågorna av både handledaren och kontaktpersonen, efter detta gjordes en pilotstudie. En pilot studie innebär att man testar undersökningen i en mindre grupp innan man sänder ut den till alla deltagare. (Olsson & Sörensen 2011, s.42)

Enkäten gjordes på skolans program Arcadas QA för studenter, programmet var till en början rätt så jobbigt men med hjälp av skolans IT-lärare och programmets instruktionsbok kom vi igång och programmet kändes lättare efter en tids användning. Enkäten finns som en bilaga . Deltagande i enkätundersökningen är frivilligt och anonymt. (Bilaga 2)



Figur 2. Processbeskrivning av enkätundersökningen.

Denna tabell visar stegvis hur enkäten blev godkänd och genomläst av tre olika personer innan den skickades ut till klinikerna. Steg 1 innebar att när frågorna var klara kommenterade både handledaren och kontaktpersonen enkäten och efter små ändringar blev den godkänd. Steg 2 innebar att en person utsedd av kontaktpersonen fick enkäten och testade den första versionen och gjorde lite finslipning. I steg 3 var enkäten klar att skickas ut till klinikerna med följbrev. Senare skickades en påminnelse och till slut var det insamling av data.

9 RESULTATREDOVISNING

I detta kapitel redogörs för resultaten av enkätundersökningen. Min forskningsfråga var: *Vad är orsaken till att patienten inte får fertilitetsvård inom den privata sektorn.*

Enkäten skickades ut till totalt 29 olika kliniker som ger fertilitetsvård, mitt examensarbete tar upp svaren från de privata klinikerna. Citaten som framkommer i resultat kapitlet har jag själv fritt översatt från finska till svenska.

	Enkät utdelad	Svar på enkät
Privata kliniker	19	7
Kommunala kliniker	10	8
Sammanlagt	29	15

Bakgrundsfrågor:

Som bakgrundsfrågor hade vi att de skulle besvara vilken klinik de arbetar på och yrkesbenämning. Enkäten besvarades av 7 kliniker vilka de var kan jag inte uppge för att bevara klinikernas anonymitet. 6 stycken enkäter besvarades av sjuksköterskor och en av läkare.

Undersökningsfrågor:

Första frågan handla det om hur många provrörsbefruktningar som gjordes årligen på klinikerna. På fem kliniker utförs cirka 250 st. årligen, på de tre andra klinikerna var svaren 450 st., 130 st.

Vanligaste åldersgränsen för kvinnor var 45- 46år. Tre kliniker hade åldersgräns på 46 år med donerade könsceller, med egna könsceller låg åldersgränsen vid 45 år. En klinik hade ingen åldersgräns för kvinnor, på en klinik var övergångsåldern en åldersgräns. En klinik hade 50 år som åldersgräns vid nedfrysta embryon, men kvinnan får inte vara över 46 år när de frys ner. För männen var det ingen åldersgräns, på 6 stycken kliniker fanns det ingen åldersgräns men en klinik nämnde att paret inte får ha högre åldersskillnad än 20 år. En klinik svara att det är individuellt med åldersgränsen för män.

Alla sju kliniker ger fertilitetsvård fast paret skulle ha från tidigare gemensamma barn, mängden barn påverkar inte. Alla kliniker gav även fertilitetsvård åt ensamma kvinnor samt kvinnopar.

”Vi ger fertilitetsvård till kvinnopar med donerade könsceller” klinik2

Resultaten visar att alla kliniker vårdar patienter som är steriliserade eller transsexuella. En klinik svarade nej till att vårda steriliserade patienter av den orsaken att på deras sjukvårdsdistrikt hör de till en annan fertilitetsvårdsklinik att vårda patienter som genomgått sterilisering. En klinik berättade att fall av dessa inte har varit på deras klinik.

Mest användes spermie, könsceller och embryo som donerade könsceller. 4 kliniker använde sig av dessa medan 3 kliniker använde spermie och könsceller. Endast en klinik svarade att de använder sig av patientens egna könsceller. Om patienten hade egen donator som ger dem könsceller detta används på 6 stycken av klinikerna.

En Hiv- positiv kvinna eller man får fertilitetsvård på 2 kliniker, de andra klinikerna svarade nekade på frågan. Om patienten har B eller C hepatit får den fertilitetsvård på fyra av klinikerna.

”Det finns inte nödvändiga lab. utrymmen” klinik 4

”Behov av vården fastställs vid första besöket” klinik 6

”Enligt bestämda villkor i kvalitetssystem” klinik 7

Det krävs inte finskt medborgarskap för att få fertilitetsvård i Finland. När vi frågade om mängden behandlingscykler görs vid provrörsbefruktning, insemination eller någon annan metod, ingen av klinikerna kunde ge ett sifferantal till frågan. Flesta klinikerna besvarade frågan i svarsrutan.

”På basis av vården, diskuteras med patienten” klinik 3

”På basis av prövning, oftast beror detta om föräldrarna är klara för vård. Psykologutlåtande behövs” klinik 4

”Det finns ingen maximigräns utan vård ges så mycket det behövs, men om åldersgränsen är överskriden eller någondera av paret är psykiskt instabil ges inte vård”
klinik 5

”Individuellt hur många gånger vården ges” klinik 1

Till slut gav vi klinikerna en chans att kommentera enkäten eller något dom ville tillägga angående deras fertilitetsvård.

”Utgångspunkten är att alla har rätt till vård men de skall ändå försäkras att barnet skulle ha en trygg uppväxtmiljö innan vården inleds.” klinik 4

”Sakerna är inte så enkla” klinik 6

”Till oss kommer man till vård utan köer” klinik 1

”Vi vårdar inte regnbågsfamiljer med flera än två föräldrar” klinik 2

Sammanfattning av resultaten är att vanligaste orsaken varför patienterna inte får fertilitetsvård är den om patienten är HIV positiv, vid andra fall får patienten vård. Åldersgränsen för kvinnor var på flesta klinikerna 45-46 år, för männen var det individuellt med åldersgränsen men önskvärt att parets åldersgräns inte överskred 20år. Alla kliniker gav fertilitetsvård åt steriliserade, ensamstående kvinnor, kvinnopar eller transsexuella. Så vanligaste orsaken varför patienterna inte får fertilitetsvård är HIV positivitet.

10 DISKUSSION

Syfte med detta examensarbete var att kartlägga varför patienterna inte får fertilitetsbehandling, vad som kan förhindra deltagande i fertilitetsbehandlingarna och vilka kriterier som klinikerna ställer på patienterna inom den privata sektorn.

Forskningsfrågan var ”Vad är orsaken att patienten inte får fertilitetsvård inom privata sektorn?”. Målet med arbetet är att kartlägga vem som får vård och vem som inte får, samt att ge en helhetsbild över hur tillgängligheten av behandlingarna skiljer sig från kommunala klinikerna. Fertilitetsvården inom kommunala klinikerna tas inte upp i denna studie eftersom vi uppdelade klinikerna med Maj. Som teoretisk referensram fungerar Imogene Kings teori om vårdrelationer, ansåg denna vara passande för detta examensarbete, eftersom vårdrelationen mellan patient och vårdare har en viktig roll inom fertilitetsvården eftersom det handlar om personliga saker. Kings teori baserar sig på samarbete mellan klienten och vårdaren var båda deltagaren observerar tar hänsyn till den andra. För det krävs överenskommelser om mål, öppenhet och respons att processen visar resultat. Fertilitetsvård är privat och intimt ämne så en bra vårdrelation med delad information samt observationer är viktig. Det handlar även att hitta som vårdare ett gemensamt språk samt att lyssna på patienten. Som insamlings metod användes en webb- enkät. Enkäten gjorde vi tillsammans med Maj, enkäten valde vi för att på en bestämd tid nå så många kliniker som möjligt eftersom klinikerna är utspridda omkring Finland. Vi sände enkäten till 29 kliniker, svar kom från sammanlagt 15 kliniker varav 8 var kommunala och 7 privata kliniker. Det skulle ha varit mera givande om det hade kommit flera svar eftersom detta skulle ha gett mera statistik och information om skillnad mellan kliniker. Resultaten på studien kan användas som statistik på fertilitetsvården i Finland.

Av enkäten kom fram att mängden provrörsbefruktningar som gjordes årligen låg mellan 250- 450 st. beroende på fertilitetsklinik. Angående åldersgräns på klinikerna var 45-46 år vanligaste åldersgränsen för kvinnor medan för männen fanns det ingen åldersgräns. Fertilitetsvård gavs åt par med barn från tidigare, transsexuella och steriliserade personer. Resultatet var att sju kliniker som besvarade enkäten gav vård till största delen av de sökande, en klinik gav fertilitetsvård om patienten var Hiv-positiv, tre stycken kliniker gav fertilitetsvård till patienter med hepatit B eller C.

Så av dessa enkätsvar kan således dra slutsatsen att den vanligaste orsaken till att patienterna inte blir vårdade är om de är Hiv-positiva.. Resultatet i studien var att HIV var orsaken att patienterna inte får fertilitetsvård och i en artikel visade att risk för HIV smittan ligger på ca 28 % vid vaginalförlossning, vid kejsarsnitt ca 3 %. Vårdpersonalen bör informera patienterna om riskerna samt göra HIV-test för att minska smittorisken. Alla kliniker som besvarade enkäten gav fertilitetsvård till ensamstående kvinnor och åldersgränsen låg vanligen vid 35-36 års ålder. En utredning gjord i Australien visade att 3,3 % av alla graviditeter som börjat 2008 byggde på fertilitetsvård och av dem var förstföderskor i en ålder 35 eller högre.

Annan forskning visade att majoriteten av kvinnor som genomgick fertilitetsvård var högt skolade och ville ha åtminstone två barn. 70 % av deltagarna var ensamstående kvinnor och 25 % var i parförhållande, åldersgruppen var 35-43 år.

10.1 Metoddiskussion

Enkätundersökning var insamlingsmetoden i denna studie. Enkätens dåliga sidor är det kan bli obesvarade eller det kan uppstå missförstånd med frågorna men bra sidor är att med metoden når man många på kort tid. Vi strävade efter att göra enkäten så enkel att besvara som möjlig. Vi ville även att besvarandet av enkäten inte skulle ta lång tid, för att minska på risken att klinikerna lämnar den obesvarad. Frågorna var till största delen av typen JA/NEJ frågor med en svarsruta med möjlighet till eventuella kommentarer. Kommentarsrutan visa sig vara nödvändig för till många frågor hade klinikerna kommentera deras svar i rutan.

En pilotstudie gjordes före enkäten sändes ut till klinikerna, detta var ett bra hjälpmedel för nu tittade nya ögon på enkäten och märkte eventuella brister. Svaren kom med två veckors svarstid, vilket var en lämplig tid enligt vårt tycke, för att inte vara för långt att glömmas bort eller för kort tid att de inte skulle hinna besvara enkäten. Enkäten innehåller ett följebrev samt en påminnelse. Förutom artiklar har jag använt böcker och källor från internet för insamling av fakta.

11 KRITISK GRANSKNING

Detta examensarbete är en kvantitativ studie med enkät som insamlings metod. Resultatet samställs för Simpukka som är beställaren, syfte vad att kartlägga varför inte patienterna får fertilitetsvård inom privata och kommunala fertilitetskliniker.

Vi är två personer som har samarbetat med enkäten men analyserat svaren skilt. Det att man jobbade tillsammans med enkäten var bra för anser att det var det svåraste under hela arbetets gång. Arbetsfördelningen var mellan privata och kommunala kliniker, studien uppdelades så för att arbetet annars skulle varit för stort för en skribent.

Rubriken motsvarar innehållet, syfte och forskningsfrågan besvaras i studien. Syftet med arbetet var att kartlägga på vilka grunder patienter blir utan fertilitetsvård och forskningsfrågan var ”Vad är orsaken att patienten inte får fertilitetsvård inom den privata sektorn?” Både frågeställningen och syftet kommer väl fram och går hand i hand med studien.

Kapitlet om tidigare forskning tar upp 5 stycken artiklar som är relaterade till ämnet i studien, koncentration var att ha samband till resultaten och forskningsfrågorna. Artiklarna är mellan årtalen 2000-2016 för att vara relativt nytt, men ville ändå ha en ur ett längre tidsperspektiv för att se eventuell ändring på forskningarnas resultat. WAS syfte om sexual och mänskliga rättigheter uppkommer i tidigare forskning, ansåg det vara relevant med studiens innebörd.

Som teoretisk referensram Imogene King och hennes teori om vårdrelationer, ansåg denna vara den bäst lämpade eftersom ville betona vikten av vårdrelationen inom vården, speciellt inom fertilitetsvården, där man behandlar ett så pass personligt område.

En annan viktig punkt är etiken, hur respektera människans rättigheter samt bemöta patienterna på ett yrkesmässigt sätt. Lyfter även fram etiken i vetenskapligt skrivande för det är viktigt att följa uppsatta kriterier inom forskningen.

Enkäten var ett gott val för att nå många kliniker men gav mindre svar än personliga intervjuer, för nu hade den som svarade chans att lämna obesvarat eller som många besvara bara en del av frågorna. Enkätens frågor var svåra att lägga upp för att både få svar på det vi ville veta och hålla den kort, en lång och krånglig enkät ökar risken för att den blir obesvarad. Frågorna var mest av typen JA/NEJ med ruta med plats för tilläggsinformation så att klinikerna kunde kommentera sina svar vid behov. Pilotförsöket var till nytta för det var bra att nya ögon kollade enkäten och att den testades före utskicket.

Det var synd att så få kliniker besvarade enkäten för det skulle ha varit mera givande med flera svar. Många svar var lika bland klinikerna, det enda som varierade var åldersgränser och infektionssjukdomarnas påverkan. Är ändå nöjd och tacksam för svaren vi fick av klinikerna.

12 AVSLUTNING

Till slut vill jag att detta examensarbete skall visa statistik på fertilitetsvården inom den privata sektorn. Dessutom önskar jag att arbetet skall ge en bild av fertilitetsvården på den privata sektorn i förhållande till den kommunala sektorn och skillnaderna i vårdutbudet mellan dessa två. Hade själv inte kunnande om ämnet tidigare och min egen förståelse för ämnet har ökat väldigt mycket under skrivprocessen, jag fick själv i alla fall en bra uppfattning om hur bra fertilitetsvården i Finland är ordnad.

Arbetet tog tid och krafter men på grund av ett intresse för ämnet var det intressant samt lärorikt.

Jag hoppas att jag kan vägleda och informera patienter om fertilitetsvård i mitt framtida yrke som hälsovårdare. Jag hoppas att det i fortsättningen undersöks och forskas mera i detta ämne i Finland för i detta nu finns det endast utländsk forskning på området. Det skulle t.ex. vara intressant att höra erfarenheter av patienter som genomgått fertilitetsvård eller väntar på att få denna vård.

KÄLLOR

Anttila, Leena. 2008, *Elämäntapojen vaikutus hedelmällisyyteen*.

Tillgänglig: <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo97614.pdf>

Hämtad: 01.04.2015

Birch Petersen, K. 2015, *Family intentions and personal considerations on postponing childbearing in childless cohabiting and single woman aged 35- 43 seeking fertility assessment and counselling*. Tillgänglig: <http://humrep.oxfordjournals.org/content/30/11/2563.abstract?maxtoshow=&hits=10&RESULTFORMAT=1&title=childless&andorexacttitle=and&andorexacttitleabs=and&andorexactfulltext=and&searchid=1&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&fdate=2/1/2000&tdate=7/31/2016&resourcetype=HWCIT> Hämtad: 10.03.2016

Bratt, Anna. 2013, *Vänta på barn fertilitetshandboken*, Bonnier Fakta, 151s.

Daniluk, J.C. 2012, *Childless canadian men's and women's childbearing intentions, attitudes towards and willingness to use assisted human reproduction*. Tillgänglig: <http://humrep.oxfordjournals.org/content/27/8/2405.full?maxtoshow=&hits=10&RESULTFORMAT=1&title=childless&andorexacttitle=and&andorexacttitleabs=and&andorexactfulltext=and&searchid=1&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&fdate=2/1/2000&tdate=7/31/2016&resourcetype=HWCIT> Hämtad: 10.03.2016

Eliasson, Annika. 2013, *Kvantitativ metod från början*, 3 uppl., Lund: Studentlitteratur AB, 161s.

Engwall, Kristina & Peterson, Helen. 2010, *Frivillig barnlöshet*, Stockholm: Dialogos förlag, 400s.

Etene publikationer 2011 nummer 33. *Den etiska grunden för social- och hälsovården*. Utgivare: Riksomfattande etiska delegationen inom social- och hälsovården ETENE

Social och hälsovårdsministeriet, Helsingfors. Tillgänglig:
<http://etene.fi/documents/1429646/1571620/Publikation+33+Den+etiska+grund+f%C3%B6r+social-+och+h%C3%A4lsov%C3%A5rden%2C+2011.pdf/3cd3621e-5301-43d7-9eeb-5f6aef84f5e> Hämtad: 18.12.2015

Fertilitetscentrum, Stockholm. *Livs faktorer* Tillgänglig: <http://fertilitetscentrum.se/stockholm/ofrivillig-barnloshet/ivf-behandling-steg-for-steg/livsstilsfaktorer/>
Hämtad: 12.04.2016

Gameiro, S. 2012, *Why do patients discontinue fertility treatment? A systematic review of reasons and predictors of discontinuation in fertility treatment.* Tillgänglig:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3461967/> Hämtad: 09.03.2016

Gissler, Mika Hemmink, Elina Klemetti, Reija & Sainio, Susanna. 2010, *Yli 40-vuotiaan naisen raskaus.* Tillgänglig: <http://www.laakarilehti.fi/files/lehdisto/SLL392010-sainio.pdf> Hämtad: 11.05.2015

Hedelmöityshoidot, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL.
Tillgänglig: <https://www.thl.fi/fi/web/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/lapsettomuus/hedelmoytyshoidot> Hämtad: 01.04.2015

Kalkas, Hertta & Sarvijärvi, Anneli. 1996, *Omvårdnadsetikens grunder*, Falköping : Liber Utbildning AB, 3uppl., 224s.

Ketonen, Kaarina. 2007, *Kättilötyö*, Helsingfors:Edita, 1-2 uppl., 674s.

Lag om fertilitetsvård, Lag 1237/2006.
Tillgänglig: Finlex <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2006/20061237>
Hämtad: 01.04.2015

Leino-Kilpi, Helena & Välimäki, Maritta. 2014, *Etiikka Hoitotyössä*, Helsinki: Sanoma Pro, 423s.

Marino, Jennifer. 2010, *Fertility treatments and the young women who use them: an Australian cohort study*. Tillgänglig: <http://humrep.oxfordjournals.org/content/26/2/473.full?maxtoshow=&hits=10&RESULTFORMAT=1&title=fertility+treatment&andexacttitle=and&andexacttitleabs=and&andexactfulltext=and&searchid=1&FIRSTINDEX=20&sortspec=relevance&fdate=2/1/2000&tdate=7/31/2016&resourcetype=HWCIT> Hämtad: 09.03.2016

Marriner – Tomey, Ann. 1994, *Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä*, Vammala: Sairaanhoidajien koulutussäätiö, 524s.

Mercey, Danielle. 2004, *Ethics of medically assisted fertility treatment for HIV positive men and women*. Tillgänglig: <http://humrep.oxfordjournals.org/content/19/11/2454.full?maxtoshow=&hits=10&RESULTFORMAT=1&title=fertility+treatment&andexacttitle=and&andexacttitleabs=and&andexactfulltext=and&searchid=1&FIRSTINDEX=50&sortspec=relevance&fdate=2/1/2000&tdate=7/31/2016&resourcetype=HWCIT> Hämtad: 09.03.2016

Monimuotoset perheet. 2013, Kaikki perheiden suomi hanke. Tillgänglig: <http://www.monimuotoisetperheet.fi/kaikkien-perheiden-suomi-hanke-viettaa-avajaisiaan-lapsen-oikeuksien-paivana/> Hämtad: 17.08.2015

Olsson, Henny & Sörensen, Stefan. 2011, *Forskningsprocessen kvalitativa och kvalitativa perspektiv*, 3uppl. Stockholm: Liber, 328s.

Porsman, Camilla & dr Paul S.L. Tseng. 2006, *Förbättra din fertilitet*, Stockholm: Fitnessförlaget, 192s

Simpukka. 2015, *Lapsettomien yhdistys Simpukka Ry*. Tillgänglig: <http://www.simpukka.info/yhdistyksesta/> Hämtad: 17.08.2015

Tenk (Tutkimuseettinen neuvottelukunta) 2012-2014. *Hyvä tieteellinen käytäntö*. Tillgänglig: <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta> Hämtad: 07.04.2016

Tiitinen, Aila. 2002, *Lapsettomuuden hoidon valinta*. Tillgänglig: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo92830.pdf> Hämtad: 01.04.15

Tiitinen, Aila. 2014a, *Inseminaatio*. Tillgänglig: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00872 Hämtad: 13.05.2015

Tiitinen, Aila. 2014b, *Koeputkihedelmöitys*. Tillgänglig: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_artikkeli=dlk00870&p_haku= Hämtad: 13.05.15

Tiitinen, Aila. 2015, *Vaihdevuodet*. Tillgänglig: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00179 Hämtad: 12.04.2016

THL. *Tilastoraportti hedelmöityshoidosta 2012–2013*, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tillgänglig: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116187/Tr11_14.pdf?sequence=4 Hämtad: 01.04.2015

Väestötiede. 2015, *Lapsettomien osuus %*. Tillgänglig: <https://vaestotiede.wordpress.com/2015/01/09/lapsettomuus-lisaantyy-suomessa/> Hämtad: 04.12.2015

WAS. 2014, *Declaration of sexual rights*. Tillgänglig: http://www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/declaration_of_sexual_rights_sep03_2014.pdf Hämtad: 18.12.2015

BILAGOR

BILAGA 1: ENKÄTENS FÖLJEBREV

Hyvä hedelmöityshoitoja antavan sairaalan ja klinikan lääkäri, hoitaja tai muu työntekijä, Opiskelemme sairaanhoitajiksi ammattikorkeakoulu Arcadassa ja teemme lopputyötämme hedelmöityshoidoista yhteistyössä Lapsettomien yhdistys Simpukan kanssa ja on osa Kaikkien perheiden Suomi-hanketta. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää hedelmöityshoitajien saatavuutta Suomessa. Pyytäisimme ystävällisesti käyttämään hetken ajastanne ja vastaamaan oheiseen kyselyymme. Tutkimus sisältää 13 kysymystä, joihin toivoisimme teidän vastaavan valitsemalla oikean vastausvaihtoehdon tai vastaamalla omin sanoin. Kyselyyn vastaaminen kestää noin 5-10 min. Tämä kysely lähetetään sekä julkisen että yksityisen sektorin hedelmöityshoitoklinikoille. Pyytäisimme vastauksianne 15.04.15 mennessä oheisen nettilinkin kautta. Osallistuminen on luonnollisesti vapaaehtoista ja vastaukset käsitellään niin, että yksittäisen vastaajan henkilöllisyyttä ei voi tunnistaa. Vastaukset tallennetaan tietokoneelle ja tallennettu data suojataan käyttäjätunnuksin ja salasanojin niin, että vain tutkijoilla on pääsy materiaaliin. Tulokset julkaistaan lopputyössämme Arcadassa ja sähköisesti keväällä 2015. Materiaali hävitetään, kun työ valmistuu. Kiitos jo etukäteen osallistumisestanne tutkimukseemme ja avunannostanne opinnoissamme. Tarvittaessa voitte ottaa yhteyttä meilitse tai puhelimitse. Vastaamme mielellämme mahdollisiin kysymyksiinne.

Ystävällisin terveisin,

Maj Lundberg

puh. 050 5384396

majamandalundberg@gmail.com

Anna Sundqvist

puh. 0400551792

sundanna@arcada.fi

Sairaanhoitoalan opiskelijat, Ammattikorkeakoulu Arcada

Opinnäytetyön vastaava: Pernilla Stenbäck puh. 040 676 33 24

pernilla.stenback@arcada.fi

BILAGA 2: ENKÄTEN

Lapsettomuushoidot ja niiden saatavuus

Taustakysymykset:

1. Missä lapsettomuushoitoja tarjoavassa yksikössä/klinikalla työskentelette?
Millä paikkakunnalla klinikkanne toimii?
2. Oletteko hoitaja/ lääkäri/ muu työntekijä?

Tutkimuskysymykset:

3. Montako koeputkihedelmöityshoitoa teette vuodessa yksikössänne/klinikallanne?
4. a. Onko yksiköllänne/klinikallanne hoitoon hakeutuville yläikärajaa? kyllä/ei

Jos vastasitte kyllä:

b. Mikä on sairaalanne/klinikkanne yläikäraja naisille joille tarjotaan hedelmöityshoitoa?
(avoin vastauskenttä)

c. Mikä on sairaalanne/klinikkanne yläikäraja miehille jotka hakeutuvat hedelmöityshoitoon?
(avoin vastauskenttä)

5. Tarjoatteko hoitoa pariskunnille, joilla on aikaisempia yhteisiä lapsia? Ympyröi oikea tai oikeat vaihtoehdot.
 - a. Yksi yhteinen lapsi
 - b. Kaksi yhteistä lasta
 - c. Useampia yhteisiä lapsia
6. Tarjoatteko yksin, ilman kumppania tuleville naishenkilöille hedelmöityshoitoa?
7. Tarjoatteko naispariskunnille hedelmöityshoitoa?
8. Tarjoatteko pariskunnille, joista toinen osapuoli on transsukupuolinen, hedelmöityshoitoa?
9. Tarjoatteko sterilisaatiotoimenpiteen läpikäyneille hedelmöityshoitoa? Tarkenna halutessasi.
10. Saavatko potilaat hoitoja lahjasukusoluilla? Ympyröi oikea tai oikeat vaihtoehdot.

- a. Kyllä. Tarjoamme hoitoja lahjasukusuoluilla. Jos vastasit kyllä niin mitä lahjasoluja on käytössä.
- b. Ei. Käytämme ainoastaan potilaan omia sukusuoluja.
- c. Saavat, jos heillä on oma lahjoittaja

11. Tarjoatteko hoitoa tartuntavaarallista tautia sairastaville?
- a. Jos nainen on Hiv-positiivinen? Tarkenna halutessasi.
 - b. Jos mies on Hiv-positiivinen? Tarkenna halutessasi.
 - c. B- tai C-hepatiittia sairastavalle? Tarkenna halutessasi.
 - d. Muuta lisättävää?

12. Onko hoitoon hakeutuvan oltava Suomen kansalainen?

13. Montako hoitosykliä tehdään enintään?
- a. Koeputkihedelmöityksessä?
 - b. Inseminaatiossa?
 - c. Joissain muissa hoidossa, missä?

14. Mitä haluaisitte lisätä liittyen lapsettomuushoitojen saatavuuteen yksikösänne/klinikallanne? Onko jotain erityistä mitä edellisissä kysymyksissä ja vastauksissa ei tullut esille?

