



## MEDICINSKA FAKULTETEN

### Barriärer mot abort

Kvinnors upplevelse av abort i Europa ur ett genusetiskt perspektiv

### Barriers against abortion

Women's experiences of abortion with a gender-ethic perspective

Författare: Alice Järllskog & Maia Pira

Handledare: Maria Ekstrand Ragnar

### Magisteruppsats

Våren 2024

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

Box 157, 221 00 LUND

## Abstrakt

**Bakgrund:** World Health Organisation [WHO] anser att helhetsinriktad abortvård ska inkluderas in basal hälsovård. WHO anser därför att länder ska lagstadga om tillgänglig, säker och rättvis abort på kvinnors egen begäran. Abortlagstiftningen varierar dock kraftigt mellan länderna i Europa och går i olika grad emot WHO:s rekommendationer, vilket påverkar kvinnors tillgång till abortvård. Restriktiva lagar och stigma utgör betydande hinder och kan leda till negativa sociala och ekonomiska konsekvenser för kvinnor. **Syfte:** Syftet var att sammanställa kvinnors erfarenheter och upplevelser i samband med abort i europeiska länder med fokus på barriärer. **Metod:** Systematisk litteraturstudie baserad på kvalitativa originalstudier som utforskat kvinnors erfarenheter och upplevelser av abort i europeiska länder. Studierna analyserades genom tematisk syntes. **Resultat:** Totalt 15 studier inkluderades i syntesen och genererade fem analytiska teman kring kvinnors upplevelse av abort i Europa; 1) *Socio-etiskt inflytande och normativ underkastelse*, 2) *Ett begränsande ramverk*, 3) *Distans och dess negativa inverkan*, 4) *Svårigheter att navigera i vården* och 5) *Dissonans i vårdmötet*. Resultatet belyser hur kvinnors abortupplevelser präglas av samhällseliga normer, negativa interaktioner med vårdpersonal, lagar och riktlinjer samt geografiska avstånd till abortvård, vilka skapar barriärer för tillgång till abortvård och påverkar kvinnors psykiska hälsa negativt. Resultatet diskuteras utifrån ett genusetiskt perspektiv. **Slutsats:** WHO:s riktlinjer för abortvård efterlevs endast i varierande utsträckning i de europeiska länderna vilket påverkar kvinnor negativt. De barriärer mot abort som kvinnor möter skapar negativa upplevelser av abort och behöver förstås i kontexten av de lager av genus och makt som genomsyrar alla mänskliga samhällen.

## Nyckelord

Abort, barriärer, upplevelser, Europa, genusetik, systematisk litteraturstudie

# Innehållsförteckning

Problemområde.....	5
Bakgrund.....	6
Abort som en del av reproduktiv och sexuell hälsa.....	6
Abort i Europa.....	7
Barriärer.....	8
Teoretisk referensram.....	9
Syfte.....	10
Metod.....	10
Datainsamling.....	10
Urval.....	12
Inklusions och exklusionskriterier.....	12
Analys av data.....	13
Forskningsetiska avvägningar.....	14
Resultat.....	15
Socio-etiskt inflytande och normativ underkastelse.....	16
Medvetenhet om abortstigma.....	16
Psykosocial påverkan av abortstigma.....	17
Ytterligare utsatthet.....	17
Ett begränsande ramverk.....	17
Effekter av långa väntetider.....	18
Tidsbegränsningens inverkan.....	19
Konsekvenser av lagar och riktlinjer.....	19
Inverkan av juridisk status.....	20
Distans och dess negativa verkan.....	21
Geografiska ojämlikheter.....	21
Reserelaterade hinder.....	21
Svårigheter att navigera i vården.....	22
Kunskapsbrist.....	23
Svårtillgänglig information.....	23

Förstå ett nytt vårdssystem .....	23
Dissonans i vårdmötet .....	24
Oro inför vårdkontakt .....	24
Negativt bemötande .....	25
Vårdpersonalens agerande .....	26
Diskussion.....	27
Metoddiskussion.....	27
Förförståelse.....	28
Resultatdiskussion.....	29
Konklusion.....	32
Referenser .....	33
Bilaga 1 .....	40
Sökstrategier .....	40
Huvudsökning i PubMed, 2024-04-22 .....	40
Huvudsökning i CINAHL, 2024-04-22 .....	41
Huvudsökning PsycInfo, 2024-04-22 .....	42
Bilaga 2.....	44
Kvalitetsgranskningsmall .....	44
Bilaga 3.....	47
Matriser .....	47
Bilaga 4.....	62
Analysprocess.....	62

## Problemområde

Förtryck och ojämlikhet mellan könen genomsyrar alla mänskliga kulturer och samhällen, inte minst inom barnmorskans kompetensområde, där olika lager av orättvisor påverkar kvinnor i hög-, medel- och låginkomstländer (Walsh et al., 2015). Kvinnor globalt möter olika barriärer i samband med abort (Doran & Nancarrow, 2015). När kvinnor inte får tillgång till en önskad abort löper de en ökad risk att drabbas av socioekonomiska svårigheter jämfört med kvinnor som kan genomföra en önskad abort (Foster et al., 2022), likaså finns en ökad risk för negativ påverkan på kvinnors psykiska hälsa om de inte kan genomföra en önskad abort (Biggs et al., 2017). Barriärer mot abort som kvinnor möter kan bland annat skapas av bristande tillgång till abort, kostnader för abort samt vårdpersonals negativa attityder och bristande kunskap kring abort (Doran & Nancarrow, 2015). Barnmorskan i Sverige möter kvinnor med olika bakgrunder och erfarenheter. Migration från olika europeiska länder till Sverige sker årligen. Under år 2023 var flera europeiska länder representerade bland de vanligaste nationaliteterna som immigrerat till Sverige (Statistiska Centralbyrån, 2023). Abortlagstiftningen skiljer sig vida åt mellan de europeiska länderna där Sveriges abortlagstiftning är bland de mest liberala (Center for Reproductive Rights, 2022). Förhandlingar gällande abort både i samhällsdebatter och politiska debatter förekommer dock även i Sverige (Sydsjö et al. 2012; Askola, 2018; Selberg, 2020). Den svenska barnmorskan ska enligt sin kompetensbeskrivning kunna informera om samt bistå abortvård. Barnmorskan ska även ha kulturell kompetens och arbeta normmedvetet (Svenska barnmorskeförbundet, 2018). Ett genusetiskt perspektiv i forskning som berör barnmorskans verksamhetsområde kan fördjupa förståelse för hur ojämlikheter och jämlikheter mellan könen produceras och reproduceras (Christianson et al. 2022).

## Bakgrund

### Abort som en del av reproduktiv och sexuell hälsa

World Health Organisation [WHO] (2022) lägger vikt vid att sexuell och reproduktiv hälsa måste vara en självklar del i begreppet hälsa, för att människor ska kunna uppnå högsta möjliga nivå av hälsa. WHO anser att abortvård ska inkluderas i nödvändig hälsovård och att abortvården ska vara tillgänglig, säker, effektiv, personcentrerad och rättvis. Enligt WHO:s rekommendationer bör det på högsta nivå i länder lagstadgas så att abortvård finns tillgänglig och sker efter kvinnor och flickors önskemål. Vidare rekommenderar WHO att vårdpersonal tillgängliggör information och rådgivning gällande abort. WHO avråder från att kräva betänketid gällande abort samt att lagstadga så att vårdpersonal kan värdvägra i samband med abort på samvetsgrund. Länder avråds från att lagstadga rättighet till abort baserat på gestationsvecka samt att kräva ultraljud inför en abort (WHO, 2022).

International Confederation of Midwives [ICM] (2014) menar att kvinnor som söker abortvård eller önskar abort har rätt till denna typ av vård via en barnmorska. Vidare menar de att barnmorskan, i enighet med rådande abortlagstiftning i vederbörande land, bör se på abortverksamhet som en del av professionens ansvar. I detta ingår enligt ICM bland annat att acceptera kvinnans rätt till självbestämmande, att vara behjälplig för kvinnor som önskar abort genom att informera, konsultera, bistå abort eller remittera enligt kvinnans behov. Kvinnans psykosociala situation och behov av stöd ska tas i beaktning samt efterses. ICM (2014) menar att abort bör ingå i en del av barnmorskans utbildning. En studie från USA med läkarstudenter visar att studenter som erhållit abort i sin utbildning visat större benägenhet att se sig själva utföra abortvård eller remittera patienter till abortvård, i sin framtida yrkesroll (Farmer et al., 2022).

Svenska barnmorskeförbundet (2018) beskriver i *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*, barnmorskans olika självständiga kompetensområden i Sverige. I barnmorskans kompetens ingår abort som en självklar del av kvinnors sexuella och reproduktiva hälsa. Barnmorskan ska ha kompetens att bistå kvinnor med information om abortmetoder samt ge vård vid inducerad abort och eventuella komplikationer efter en abort. Barnmorskan ska ha ett etiskt förhållningssätt i sitt arbete som bland annat innebär kompetens att tillgodose patienters psykiska och emotionella behov samt att stärka patienters värdighet, självbild och autonomi.

Barnmorskan även ha kulturell kompetens och arbete normmedvetet (Svenska barnmorskeförbundet, 2018).

## Abort i Europa

Abort är i de flesta europeiska länder lagligt med undantag för Malta och Andorra där abort är olagligt i alla lägen samt Lichtenstein, Polen, Monaco och Färöarna där abort endast är tillåtet under ytterst restriktiva grunder så som exempelvis om kvinnans liv är i fara eller om graviditeten är uppkommen efter sexuellt våld (Center for Reproductive Rights, 2022). Även om abort är lagligt i de flesta länder i Europa skiljer sig abortlagstiftningen vida åt mellan länderna gällande bland annat inom vilka gestationsveckor kvinnor har möjlighet till abort, vilket kan variera mellan 10–24 gestationsveckor, samt huruvida vårdpersonal har lagligt stöd i att vårdvägra i samband med abort med hänsyn till samvete. Lagligt stöd för vårdpersonal att vårdvägra i samband med abortvård finns i majoriteten av de europeiska länderna med undantag för Sverige, Bulgarien, Finland och Tjeckien (Center for Reproductive Rights, 2022; Abort-Report, 2024). Vårdvägran i samband med abort varierar stort i de europeiska länderna men påverkar kvinnors tillgång till abort. I Italien uppskattas omkring 70 procent av gynekologer vägra bistå aborter med hänvisning till samvete och i Portugal uppskattas cirka 80 procent vägra bistå aborter (Heino et al., 2013). Abortlagstiftningen i de europeiska länderna skiljer sig även åt gällande krav på betänketid inför en abort, där 12 länder har krav på betänketid med lägst 3 dagar som i Tyskland och mest 7 dagar som i Italien (Center for reproductive rights, 2022). De europeiska ländernas abortlagstiftning skiljer sig även åt gällande huruvida kvinnans önskemål om abort behöver godkännas av läkare eller kan ske enbart på kvinnans önskemål. Skillnader ses också mellan länderna avseende om kvinnan behöver bekosta en abort själv eller om det ingår i den allmänna sjukvården eller täcks av sociala försäkringar (Fiala et al., 2022).

WHO (2022) rekommenderar två metoder för handläggandet av en abort. Den ena metoden gäller medicinsk handläggning genom behandling med mifepriston följt av misoprostol eller om mifepriston inte finns tillgängligt endast behandling med misoprostol. Mifepriston är en progesteronhämmare som ökar myometriets känslighet för prostaglandiner och dilatation av cervix (FASS, 2022). Misoprostol är ett syntetiskt prostaglandin som verkar uteruskontraerande (FASS, 2021). Den andra metoden som WHO (2022) rekommenderar är kirurgisk behandling genom vakuumaspiration innan 14 gestationsveckor, eller dilatering av

cervix följt av evakuering som kan utföras till och med 16 gestationsveckor. I Sverige rekommenderas vakuumaspiration som val av kirurgisk behandling (SFOG, 2018). WHO menar att medicinska metoder av abort har spelat en avgörande roll i tillgängligheten för abort då detta möjliggör abort på primärvårdsnivå som därmed kan erbjuda en icke-invasiv metod som anses effektiv med hög säkerhet. WHO menar vidare att valet av abortmetod ska baseras på kvinnans preferenser och tillgång till att utföra metoden säkert. Vilken abortmetod som erbjuds kvinnor varierar mellan länderna i Europa, där lägst antal medicinska aborter ses i Italien där endast 18 procent av alla utförda aborter är medicinska. Högst antal medicinska aborter ses i Finland där 97 procent av alla utförda aborter är medicinska aborter. I Ungern är mifepriston godkänt men finns ej att tillgå (Fiala et al., 2022).

Abortlagstiftningen i de europeiska länderna är heller inte något statiskt utan har förändrats under tid och skapat starka debatter (Levels et al., 2014). I Sverige var abortlagstiftningen mycket restriktiv fram till 1975, vilket föranledde att svenska kvinnor under 60-talet kunde behöva resa för att utföra abort. Polen som vid den tiden hade en mer liberal abortlagstiftning tog därför emot svenska kvinnor i behov av abortvård (RFSU, 2018). Idag tillhör Polen de länder i Europa med mest restriktiv abortlagstiftning (Center for Reproductive Rights, 2022). Politiska beslut i de europeiska länderna påverkar abortlagstiftning i både mer liberala riktningar men även gällande restriktioner samt skyddandet av redan restriktiv abortlagstiftning. Exempelvis ses en upplåtning ske i den danska abortlagstiftningen från och med år 2025 (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2024), medan en upplåtning av den mycket restriktiva färöiska abortlagen röstades ner i riksdagen under maj 2024 (Løgtingid, 2024).

## Barriärer

Nationalencyklopedin (2024) förklarar ordet *barriär* som “räcke, skrank, skyddsvall, bröstvärn; ofta i överförd betydelse: avspärning, spärr, hinder” och används i litteraturöversikten som begrepp gällande hindrande faktorer för abort.

I en systematisk översikt av Doran och Nancarrow (2015) sammanställdes 38 artiklar från USA, Kanada, Australien, Nya Zeeland, Frankrike, Norge, Sverige, Nordirland, Norge och Storbritannien kring barriärer och hjälpande faktorer för abort i tidig graviditet. I översikten lyftes bland annat tillgång till abort, vårdpersonals attityder och kunskap kring abort samt kostnader för abort fram som barriärer kan försvåra kvinnors möjlighet till abort. Begränsning



i kvinnors tillgång till abort har negativ påverkan på kvinnors liv och hälsa. Foster et al. (2022) menar att kvinnor som inte får tillgång till önskad abort löper ökad risk för att stå utan heltidsanställning, ensamstående föräldraskap, fattigdom samt beroende av samhälleligt stöd i jämförelse med kvinnor som får tillgång till en önskad abort. Att inte få tillgång till en önskad abort innebär även en risk för negativ påverkan på kvinnors psykiska välbefinnande (Biggs et al., 2017). Utebliven tillgång till önskad abort kan resultera i att kvinnor får barn vid en tidpunkt utan ekonomiska och känslomässiga resurser vilket kan leda till att barn växer upp med bristande anknytning och socioekonomiska svårigheter (Foster et al., 2018). OHCHR (2020) lyfter att nästan åtta procent av all mödradödlighet globalt kan härledas till osäkra aborter och att dessa dödsfall helt hade kunnat undvikas genom tillgång till säkra abortvård.

## **Teoretisk referensram**

Barnmorskor vårdar kvinnor utifrån reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa under hela livsrytmen (Svenska Barnmorskeförbundet, 2018). Barnmorskeyrket är en profession starkt präglad av genus; de flesta barnmorskor identifierar sig som kvinnor och vårdar andra kvinnor. Forskning som bedrivs inom ramen för de verksamhetsområden barnmorskor verkar inom omfattas däremot inte av genusteorier eller feministiska teorier vilket Christianson et al. (2022) framhåller som problematiskt. De menar att genom att inkludera genusperspektivet i forskning som berör barnmorskans verksamhetsområden kan förståelse fördjupas för hur ojämlikheter och jämlikheter mellan könen produceras och reproduceras. Christianson et al. (2022) har tagit fram en modell som utforskar etiska dilemman relaterade till genus i mödravårdssammanhang med grund i feministisk etik, med syfte att förbättra genuskompetensen bland forskare, studenter, barnmorskor och andra yrkesverksamma i vården. Etiska dilemman både på strukturell liksom individuell nivå är enligt Christianson et al. (2022) en del av barnmorskors dagliga arbete varför det är viktigt att som barnmorska ha en djupare förståelse för hur flytande begrepp som kön och makt har en påverkan på kvinnor och födande personers sexuella och reproduktiva hälsa. Då studien har för avsikt att utforska områden där kvinnors rättigheter är begränsade, förefaller det som Christianson et al. (2022) menar nödvändigt att inkludera ett genusperspektiv.

Resultatet i uppsatsen kommer att diskuteras utifrån ett genusetiskt perspektiv enligt Christiansons et al. (2022) modell där fenomenet tolkas utifrån tre nivåer. *Makronivå* - hur kontext, tillgång till kunskap, lagstiftning, sociala strukturer och ojämlikheter påverkar sexuell och reproduktiv hälsa över tid. *Mesonivå* - hur sjukvård, institutioner och professioner påverkar hur kvinnosjukvården är organiserad vilket kan begränsa barnmorskors autonomi och verksamhetsområde. *Mikronivå* - hur kvinna och foster/nyfödd påverkas av historiskt, kulturellt och socialt skapade strukturer som ges uttryck i lagar, policys och hälso- och sjukvårdsinstitutioner.

## Syfte

Syftet var att, genom en systematisk litteraturstudie, sammanställa kvinnors erfarenheter och upplevelser i samband med abort i europeiska länder med fokus på barriärer.

## Metod

Studiens valda metod är en systematisk litteraturstudie vilken baseras på kvalitativa originalstudier som utforskat kvinnors erfarenheter och upplevelser av abort i europeiska länder.

## Datansamling

Forskningsfrågan specificerades genom att identifiera studiens bärande begrepp (SBU, 2023). PEO-modellen (Tabell 1) valdes för att på ett strukturerat sätt utifrån syftet formulera sökstrategier och inklusionskriterier. PEO-modellen lämpar sig i syfte att identifiera erfarenheter och upplevelser då studier med kvalitativ ansats ska ingå i en översikt (Forsberg & Wengström, 2016; SBU, 2023).

**Tabell 1.** Syftet strukturerat enligt PEO-modellen (SBU, 2023).

<b>P</b> <i>Population</i>	<b>E</b> <i>Exposure</i>	<b>O</b> <i>Outcome</i>
Europeiska kvinnor	Abort	Upplevelser

		Erfarenheter Skildringar
--	--	-----------------------------

För att identifiera största möjliga mängd studier som svarar till syftet samt för att minska risken för ett snedvridet resultat utfördes sökningar i flera för ämnet relevanta databaser (SBU, 2023). Efter konsultation med universitetsbibliotekarie avseende lämpliga databaser gjordes databassökningar i *PubMed* vilket är en bred databas inom medicin och omvårdnad, *CINAHL* vilken refererar till forskning inom omvårdnad samt *PsychInfo* vilken täcker forskning inom psykologi, beteendevetenskap och nära angränsande områden (Forsberg & Wengström, 2016; SBU, 2023).

I enlighet med SBU (2023) utfördes inledningsvis testsökningar. Testsökningarna baserades på de sökord som identifierats genom PEO-modellen, detta gav en bild av hur studier med relevans för ämnet var indexerade samt vanligt förekommande termer i titel och abstrakt. Testsökningarna gav en fingervisning om hur välavgränsat syftet var samt hur stora resultat sökningarna kunde förväntas generera. Universitetsbibliotekarie konsulterades tidigt i processen för att utforma en sökstrategi. Sökningarna utfördes i internationella databaser, således översattes sökorden till engelska. De sökord som användes initialt var *Women*, *Europe*, *Experience* och *Abortion*. Genom Svenska Mesh från Karolinska institutet (2020) samt resultatet från testsökningarna identifierades synonymer. För att identifiera ämnesord, thesaurus, användes PubMeds, CINAHLs och PyschInfos separata indexerade ämnesordslistor i vilka varje sökord undersöktes. En sökstrategi skapades genom att indexerade ämnesord och synonymer identifierades och sorterades med hjälp av PEO-modellen. Ämnesorden kombinerades sedan med fritextord för att inkludera studier som ej indexerats (SBU, 2023). Sökorden strukturerades i block utifrån PEO-modellen, sökorden i varje block kombinerades med den booleska sökoperatör OR för att bredda sökningen genom att inkludera en mångfald av uttryck (SBU, 2023). Slutligen kombinerades sökblocken genom att använda den booleska sökoperatör AND för att specificera sökningen. Huvudsökningen genererade 323 artiklar i PubMed, 205 artiklar i CINAHL samt 42 artiklar i PsycInfo vilka granskades. Sökstrategi med ämnesord och fritextord redovisas i bilaga 1.

## Urval

I enlighet med SBU (2023) utfördes urvalet i konsensusförfarande genom att båda författarna, oberoende av varandra, bedömde studierna för att sedan gemensamt bedöma studierna huruvida de skulle ingå eller exkluderas. Konsensusförfarandet medför även en minskad risk för subjektivitet (SBU, 2023). Bedömning gjordes av hur väl sökresultatets samtliga titlar och abstrakt svarade till syftet utifrån inklusions- och exklusionskriterierna. Dubletter mellan databaser samt dubbelpublikationer exkluderades, vilket innefattade 30 artiklar. Abstrakt lästes på 59 artiklar med relevant titel i PubMed, 48 abstrakt lästes i CINAHL och 18 abstrakt lästes i PsycInfo. Samtliga relevanta artiklar i PsycInfo återfanns i PubMed eller CINAHL. En artikel tillkom som grå litteratur då den var relevant för studiens syfte men ej återfanns i valda databaser och kännedom om artikeln fanns sedan innan. Efter detta ansågs 41 studier vara relevanta för studien och lästes sedan i fulltext. Totalt 17 studier ansågs efter fulltextgranskning ha fortsatt relevans för litteraturstudien och gick vidare till kvalitetsgranskning.

Utifrån en kvalitetsgranskningsmall (SBU, 2022) granskades de kvarstående 17 studierna genom konsensusförfarande, först enskilt och sedan genom diskussion, för att bedöma huruvida det fanns en risk för metodologiska brister i studierna. Metodologiska brister skulle kunna medföra ett snedvridet resultat. Studierna graderades därefter på en tregradig skala, *obetydliga/mindre, måttliga* eller *stora brister* där studier med stora brister exkluderades från syntesen enligt SBU (2023). I bedömningen lades stor vikt vid att metod var tydligt och transparent beskriven gällande tillvägagångssätt och forskarnas förförståelse. Totalt 15 studier inkluderades efter kvalitetsgranskning som grund för studien, 13 studier graderades med obetydliga/mindre brister och två med måttliga brister. Två studier bedömdes ha stora metodologiska brister och uteslöts därför för att minska risk för ett snedvridet resultat, se bilaga 2.

### *Inklusions och exklusionskriterier*

Inklusions- och exklusionskriterier skapades för att specificera vilka studier som hade relevans för litteraturstudien (SBU 2023). Initiala inklusionskriterier identifierades genom att använda PEO-modellen och blev således kvinnor, länder i Europa, abort samt upplevelser,

erfarenheter eller skildringar. Vidare inklusionskriterie var studier publicerade på engelska eller svenska, detta då författarna endast behärskar dessa språk samt att en exkludering av studier på annat språk än engelska endast innebär minimal risk att missa relevanta studier (SBU, 2023). Avgränsning gjordes på årtal och artiklar publicerade efter 2010 inkluderades, detta för att spegla kvinnors upplevelser i relativ närtid. Studier som undersökt abortupplevelser på grund av fosteranomalier exkluderades då det riskerade att snedvrida resultatet från det huvudsakliga syftet. Studier som undersökt abortupplevelser under perioden för Covid-19 exkluderades då pandemiåren påverkade abortverksamheter (Endler et al., 2019) och kvinnornas eget beslutsfattande (Makenzius et al., 2022) och bedömdes skilja sig från mer generella omständigheter som studien avsåg undersöka.

SBU (2023) rekommenderar att exklusion av kvantitativa studier görs manuellt och inte som en del av en sökstrategi. Testsökningar utfördes på detta sätt men resulterade i mycket omfattande sökresultat utan en ökad specificitet. I samråd med universitetsbibliotekarie konstruerades därför ett kvalitativt sökblock vilket förbättrade sensitiviteten med bibehållen specificitet.

## Analys av data

Tematisk syntes valdes som analysmetod då denna metod lämpar sig för syntetisering av data från kvalitativa studier för att generera meningsfulla insikter när komplexa fenomen utforskas (Thomas & Harden, 2008; SBU, 2023). Analys av data skedde enligt Thomas och Harden (2008) i tre steg. Analysprocess redovisas i bilaga 4.

Initialt genomfördes upprepade genomläsningar av studierna där all text i respektive studies resultatdel som benämndes som *resultat* eller *fynd* och ansågs svara till litteraturstudiens syfte identifierades. Identifierat resultat och fynd kodades sedan induktivt och strukturerades i tabellformat, totalt framkom 62 koder. Likheter och skillnader mellan koderna identifierades och grupperades hierarkiskt där nya koder skapades för att beskriva innebörden i grupperna vilket i sin tur resulterade i 15 deskriptiva teman. Dessa steg håller sig textnära de inkluderade studiernas ursprungliga resultat. I nästa tolkande steg utvecklades analytiska teman genom en cyklisk process där innebörden av de deskriptiva temana tolkades enskilt av varje författare för att sedan gemensamt diskuteras. Ur diskussionerna kunde de deskriptiva temana lyftas till

en mer abstrakt nivå och innebörden undersöktes och förändrades tills dess att analytiska teman bildades (Thomas & Harden, 2008). Analysen genererade fem analytiska teman. Se tabell 2 för exempel på steg 1-3 i analysprocessen.

**Tabell 2.** Exempel på steg 1-3 i analysprocessen.

<b>Koder</b>	<b>Deskriptiva teman</b>	<b>Analytiskt tema</b>
Kunskapsbrist om abortsystem	<b>Kunskapsbrist</b>	<b>Svårigheter att navigera i vården</b>
Kunskapsbrist försvårade beslut		
Kunskapsbrist om valmöjligheter		
Brist på information om vårdinrättning	<b>Svårtillgänglig information</b>	
Fick hitta ingång till abortvård genom anhöriga		
Svårnavigerat att hitta information		
Missledande information och propaganda		
Svårighet att förstå abortsystem i ett nytt land	<b>Förstå ett nytt vårdsystem</b>	
Språkbarriär försvårar möjlighet till abort		

## Forskningsetiska avvägningar

Forskningsetiska avvägningar gällande litteraturstudien har gjorts där hänsyn tagits till Vetenskapsrådets (2017) principer gällande god forskningssed. Då studien baseras på forskning som rör mänskliga upplevelser inom ämnet abort, vilket måste ses som känsligt, läggs stor vikt vid att granska de etiska resonemang som förs i studiernas metodbeskrivningar. Alla relevanta studier hade fått etiskt godkännande och förde etiska resonemang, inga studier exkluderades därav med hänsyn till bristande etiskt resonemang. I forskning där människor medverkar ska hänsyn tas till att människor inte skadas och vägas mot värdet av ny kunskap. Vikt bör också läggas vid att deltagarnas integritet skyddas och rätten till självbestämmande värnats i form av informerat samtycke (Vetenskapsrådet, 2017). Bedömning av inkluderade studier sker strukturerat och med samma instrument för kvalitetsbedömning (SBU, 2023) för att främja en likvärdig och rättvis bedömning samt för att motverka ett snedvridet resultat. Vidare redovisas metod samt resultat i magisteruppsatsen noggrant och sanningsenligt på ett reproducerbart sätt.

## Resultat

Efter den systematiska litteratursökningen och granskning identifierades 15 studier som ligger till grund för studiens tematiska syntes. Samtliga inkluderade studier presenteras i bilaga 3 med översiktlig information om studiernas syfte, metod, resultat, deltagare och kvalitet. Gemensamt för studierna var att de redogjorde för kvinnors abortupplevelser i länder i Europa. Studierna representerade upplevelser av kvinnor från Sverige, Skottland, Irland, England, Nederländerna, Tyskland, Spanien, Frankrike, Italien, Belgien, Österrike, Danmark, Luxemburg, Bulgarien, Wales, Norge, Nordirland, Kroatien och inkluderade drygt 900 kvinnors berättelser. Den tematiska syntesen ligger till grund för presentationen av litteraturstudiens resultat där de analytiska temana kommer användas som rubriker och deskriptiva teman som underrubriker.

**Tabell 3.** Deskriptiva teman och analytiska teman.

Analytiska teman	Socio-etiskt inflytande och normativ underkastelse	Ett begränsande ramverk	Distans och dess negativa inverkan	Svårigheter att navigera i vården	Dissonans i vårdmötet
Deskriptiva teman	<p><i>Medvetenhet om abortstigma</i></p> <p><i>Psykosocial påverkan av abortstigma</i></p> <p><i>Ytterligare utsatthet</i></p>	<p><i>Effekten av långa väntetider</i></p> <p><i>Tidsbegränsningens inverkan</i></p> <p><i>Konsekvenser av lagar och riktlinjer</i></p> <p><i>Inverkan av juridisk status</i></p>	<p><i>Geografiska ojämlikheter</i></p> <p><i>Reserelaterade hinder</i></p>	<p><i>Kunskapsbrist</i></p> <p><i>Svårtillgänglig information</i></p> <p><i>Förstå ett nytt vårdssystem</i></p>	<p><i>Oro inför vårdkontakt</i></p> <p><i>Negativt bemötande</i></p> <p><i>Vårdpersonalens agerande</i></p>

## Socio-etiskt inflytande och normativ underkastelse

En central del i flertalet studier var kvinnors upplevelse och påverkan av samhällseliga normer och socialt stigma kring abort. Det påverkade kvinnornas möjlighet till stöd och bidrog till psykosocial påverkan.

### *Medvetenhet om abortstigma*

I de sammanställda studierna framkom en medvetenhet bland kvinnor om samhällseliga normer och socialt stigma kring abort som påverkade dem på olika sätt. Kvinnor kunde undvika att prata med andra då de övervägde abort i rädsla av att andras åsikter ska påverka deras beslut (Brauer et al., 2019; Kjelsvik et al., 2018; Holten et al., 2021; Håkansson et al., 2021). En rädsla för att människor i det nära sociala nätverket skulle döma eller ha negativa åsikter kunde göra att kvinnor valde att endast berätta för ytterst få personer eller hålla aborten helt för sig själva (Georgsson et al., 2019; Purcell et al., 2014; Whitehouse et al., 2021; Holten et al., 2021).

*I deliberately did not want to talk to other people because I was too afraid that someone else's opinion would influence me in a bad way. That I would feel guilty [...]* (Holten et al., 2021).

Det finns även en medvetenhet hos kvinnor gällande socialt stigma och normer kring abort generellt i samhället (Broussard, 2020; Brauer et al., 2019; Georgsson et al., 2019; Purcell et al., 2014; Whitehouse et al., 2021; Kjelsvik et al., 2018; Rahm et al., 2022; Heller et al., 2016; Killinger et al., 2022; Holten et al., 2021). Kvinnor i Kroatien uttryckte att ett skifte i samhället till mer konservativa idéer, som antogs vara influerade av den katolska kyrkan, var starkt begränsande i deras sexuella och reproduktiva hälsa (Håkansson et al., 2021).

Medvetenheten kring det sociala stigmat och normerna kring abort i samhället kunde bidra till en oro för att inte kunna vara tillräckligt diskret i abortprocessen, och leda till en fördröjning av att söka abort, att undvika abort via konventionell vård eller att behöva resa till en annan stad (Whitehouse et al., 2021; Rahm et al., 2022; Broussard, 2020). Andra kvinnor ville att abort skulle göras helt anonymt för att undvika moraliskt dömande (Håkansson et al., 2021). En kvinna som gjort en medicinsk abort ensam med hjälp av telefontjänst i behovet av att hemlighålla sin abort beskrev att det hade upplevts tryggare att utföra aborten genom



konventionell vård med möjlighet till rådgivning av vårdpersonal under abortprocessen (Broussard, 2022).

### *Psykosocial påverkan av abortstigma*

Stigmat kring abort kunde ha en psykosocial påverkan på kvinnor före, under och efter abortprocessen. Kvinnor kunde uppleva en rädsla för att bli utskämda eller för att uppleva känslor av skuld och skam (Broussard, 2020; Brauer et al., 2019; Georgsson et al., 2019; Purcell et al., 2014; Whitehouse et al., 2021; Kjelsvik et al., 2018; Rahm et al., 2022; Heller et al., 2016; Killinger et al., 2022; Holten et al., 2021). Kvinnor beskrev även hur de faktiskt upplevde en känsla av skuld och skam (Brauer et al., 2019; Holten et al., 2021; Håkansson et al., 2021; Røseth et al., 2024). En tyst ensamhet kunde skapas av det upplevda behovet av att hålla aborten för sig själva (Brauer et al., 2019; Holten et al., 2021; Broussard, 2020; Håkansson et al., 2021; Røseth et al., 2024). I samband med att kvinnor berättade om sin abortprocess fick de ibland höra abortkritiska åsikter eller blivit tystade av andras åsikter eller rädsla för konflikt (Håkansson et al., 2021; Røseth et al., 2024).

*I only wanted help, nothing else, but everybody just criticized me. They said straight to my face that I was worse than a killer because murdering a child is worse than murdering an adult!* (Håkansson et al., 2021).

### *Ytterligare utsatthet*

Abort efter våldtäkt kan för vissa kvinnor bidra till ytterligare stigmatisering. Kvinnor som söker abort efter våldtäkt kan bli extra utsatta. Kvinnorna kan uppleva en stark önskan om att kunna genomföra en abort samtidigt som det upplevda behovet av att hemlighålla aborten ökar (Holten et al., 2021; Killinger et al., 2022). Kvinnor som lever under våld i nära relation utgör också en utsatt grupp, de kan uppleva ett reellt hot om diskretion kring aborten inte är möjlig (Killinger et al., 2022).

### Ett begränsande ramverk

En betydande andel av studierna belyste hur lagar och riktlinjer fungerade begränsande för kvinnors tillgång till abort. Detta resulterade i negativ påverkan på kvinnors psykiska hälsa med stor stress och emotionell påfrestning.

### *Effekter av långa väntetider*

Kvinnor vittnade om att behöva vänta för att få genomgå abort, komma till konsultation eller obligatoriska väntetider vilket innebar en starkt negativ mental påverkan (Makenzius et al., 2013; Heller et al., 2016; Whitehouse et al., 2021; Holten et al., 2021; Røseth et al., 2024). En del kvinnor uttryckte väntetiden som den värsta delen av abortupplevelsen (Heller et al., 2016). I Nederländerna var kvinnorna ålagda att vänta under en fem dagars betänketid vilket upplevdes som att ytterligare tid till aborttillfället förflöt vilket var upprörande (Holten et al., 2016). Kvinnorna beskrev väntetiden som traumatisk och stressfylld och ledde ibland till ambivalens trots att kvinnorna var säkra i sitt beslut (Heller et al., 2016; Røseth et al., 2024). Att behöva vänta på aborten upplevdes emotionellt påfrestande på grund av att graviditeten hann utveckla sig längre (Makenzius et al., 2013; Holten et al., 2021).

*So it took forever. [...] I would have preferred to terminate the pregnancy at an earlier stage. Because it at a certain moment it became more and more difficult [...] it is really starting to become a child and it starts to get ears, then ... yes, I still find that difficult. So a kind of grief that didn't have to happen, that shouldn't have been done to me* (Holten et al., 2016).

För många av kvinnorna innebar långa väntetider ett hinder som de inte räknat med initialt (Heller et al., 2016; Georgsson et al., 2019). Kvinnor i Skottland beskrev att oavsett hur och när de remitterades fick de vanligtvis vänta tio dagar till tre veckor för en första bedömning (Heller et al., 2016). Även kvinnor i Frankrike som inte bodde i storstadsområden vittnade om långa väntetider där de blev erbjudna tider efter en till två månader. Detta tvingade dem till att resa då väntetiden innebar att de skulle passera eller vara mycket nära de lagliga gränserna för att avbryta graviditeten (Rahm et al., 2022). För en del kvinnor innebar den mentala påfrestningen av väntetiden att de sökte sig till andra städer eller länder för att göra abort inom ett kortare tidsspann (Whitehouse et al., 2021; Rahm et al., 2022).

*Once you've made the decision, it's hard to be waiting for this thing that I'm sure most women are dreading doing* (Whitehouse et al., 2021).

### *Tidsbegränsningens inverkan*

Att närma sig de lagliga abortgränserna avseende gestationsvecka för respektive land upplevdes stressande (Purcell et al., 2014; Heller et al., 2016; Kjelsvik et al., 2018; Rahm et al., 2022).

*And I was, you know, constantly at the calendar doublechecking that I wasn't going to be too far on, you know, to do the procedure that I wanted to happen and stuff. And it didn't matter, you know, even though it was only the day after, I'd still go back to the calendar to make sure that I wouldn't be over, you know, six weeks, seven weeks, eight weeks (Heller et al., 2016).*

Om det uppenbarades att graviditeten var längre gången än de räknat med innebar det en stress att hinna fatta ett beslut inom tidsbegränsningen (Kjelsvik et al., 2018). Om kvinnorna dessutom behövde resa till annan del av sitt land eller till ett annat land för att för att kunna göra abort inom laglig gräns tillkom ökad stress i beslutsfattandet (Purcell et al., 2014; Rahm et al., 2022). Insikten om att kvinnorna passerat gränsen för laglig abort inom sitt hemland beskrevs som chockerande (De Zordo et al., 2021).

### *Konsekvenser av lagar och riktlinjer*

I en del länder påverkade gestationsveckan valet av abortmetod så att kvinnorna inte längre gavs möjlighet till att själva välja abortmetod (Holten et al., 2021; Whitehouse et al., 2021; De Zordo et al., 2021). Det gjorde att en del kvinnor, där det var möjligt, sökte sig till andra instanser än sin närmsta abortklinik (Holten et al., 2021). Vidare upplevde en del kvinnor att information om abortmetoder var riktad utifrån abortklinikernas egna preferenser (Holten et al., 2021). Andra gavs aldrig information om andra alternativ och gavs ingen möjlighet att välja (Holten et al., 2021).

*I don't think the abortion pill was mentioned at all and it was just a curettage. On their website it also says that it is probably more effective when you do a curettage than an abortion pill. No, [it was] not named as a choice (Holten et al., 2021).*

I ett beskrivet fall blev en kvinna tvingad att resa utomlands för abort då remissrutin och väntetid innebar att laglig gestationsgräns skulle passerats innan tillgång till abortvård kunde erhållas (Purcell et al., 2014). Krav om ultraljud beskrevs som emotionellt laddat och som ett moment i abortprocessen som var extra svår att genomgå (Holten et al., 2021; Røseth et al.,

2024). Även negativa upplevelser beskrivs relaterade till de extra väntetiderna som ultraljudsundersökningar kunde innebära (Kjelsvik et al., 2018; Røseth et al., 2024).

*Well, it's not enough that I'm pregnant and I'm going to remove it ... but I need to wait until the kid has a heartbeat, so I can see and hear it first, and then we can remove it (Røseth et al., 2024).*

*And then you do that ultrasound. That was very emotional to see [...] you think oh, there's really something there. Then of course it becomes very real, even more real (Holten et al., 2021).*

Kvinnor som önskade göra abort men levde under mycket restriktiv abortlagstiftning tvingades söka andra möjligheter. Kvinnor beskrev att de tagit kontakt med organisatorer som tog emot förfrågningar via telefon eller online för att sedan själv sköta aborten hemma då de inte hade tillgång till abort där de bodde eller inte hade möjlighet att resa utomlands (Broussard 2020). Kvinnor som rest från Polen till Nederländerna tvingades låtsas att de bar på en välkommen graviditet för att få tillgång till en ultraljudsbild i hemlandet då det var ett krav för abort i Nederländerna (Holten et al., 2021).

#### *Inverkan av juridisk status*

En ytterligare försvårande omständighet när kvinnor önskade avsluta sin graviditet var om de saknade medborgarskap i landet de sökte abort i (Holten et al., 2021; Killinger et al., 2022; Mishtal et al., 2022). Avsaknad av personnummer i landet innebar höga kostnader för att få tillgång till abortvården (Holten et al., 2021; Mishtal et al., 2022).

*I have tried for the past few days to find another solution for accessing an abortion but because I am a foreigner from another country, I can't get one without paying €595 euros and I do not have that money. I do not work right now [...] I cannot have this baby I don't have any money I don't have any access to help, I came to the Netherlands to try and fix my life but I cannot with an unexpected baby in a country I can't even get health insurance in yet. (Holten et al., 2021).*

Vidare var kvinnor som saknade medborgarskap osäkra på om de hade rätt dokumentation eller hur de skulle få tag på rätt dokumentation för att kunna göra abort (Holten et al., 2021).

Migranter beskrev att de nekades tillgång till aborttjänster i ett strikt reglerat vårdssystem liksom uttryckte rädsla för att få sin migrationsstatus avslöjad (Killinger et al., 2022).

## Distans och dess negativa verkan

En väsentlig andel av studierna vittnade om stora geografiska skillnader gällande tillgång till abortvård. Kvinnor kunde behöva resa från landsbygd till storstad, eller utomlands för att få tillgång till abort. Resorna upplevdes skapa ekonomiska, logistiska och emotionella påfrestningar.

### *Geografiska ojämlikheter*

Tillgång till abortvård på grund av geografiska klyftor både inom länder och gränsöverskridande återspeglades i kvinnornas upplevelser av abortvården (Purcell et al., 2014; Heller et al., 2016; Broussard 2020; De Zordo et al., 2021; Whitehouse et al., 2021; Holten et al., 2021; Rahm et al., 2022; Killinger et al., 2022; Mishtal et al., 2022). Kvinnor som levde i mindre städer eller på landsbygd hade sämre tillgång till abortvård (Heller et al., 2016; Mishtal et al., 2022; Rahm et al., 2022). När tillgång till abort fanns var det inte alltid möjligt där kvinnorna bodde att själv kunna påverka abortmetod efter egen önskan vilket inskränkte på tillgången och tvingade kvinnor att söka sig utanför sitt närområde (Broussard 2020; Holten et al., 2021; Rahm et al., 2022). När avstånd till abortkliniker förelåg försvårades tillgången ibland ytterligare av dåliga transportmöjligheter som bristfällig eller ingen kollektivtrafik (Rahm et al., 2022; Mishtal et al., 2022). En del kvinnor vittnade om behovet av att ha tillgång till bil för att kunna ta sig till abortkliniker (Whitehouse et al., 2021; Holten et al., 2021). Några kvinnor uppgav att de var beroende av andra för att bli skjutsade till abortklinikerna (Mishtal et al., 2022).

### *Reserelaterade hinder*

Ett stort antal kvinnor behövde resa långa sträckor både inrikes och utanför landets gränser för att få tillgång till abort (Purcell et al., 2014; Heller et al., 2016; Broussard 2020; De Zordo et al., 2021; Whitehouse et al., 2021; Mishtal et al., 2022; Rahm et al., 2022). Resorna innebar försvårande omständigheter i form av ökad stress och känslomässig påfrestning liksom fysisk ansträngning (Purcell et al., 2014; Heller et al., 2016). Att behöva resa var också korrelerat med att inte kunna hålla aborten privat eller att behöva berätta om den för fler personer än de

egentligen ville (Makenzius et al., 2013; Purcell et al., 2014; Heller et al., 2016; Broussard 2020). Detta beskrevs som en ytterligare börda relaterat till oron för andra personers reaktioner (Heller et al., 2016). Resorna utgjorde även ett hinder för att kunna erhålla det stöd från stödpersoner kvinnorna hade önskat att de hade haft och som de upplevde att de kunnat ha om de inte behövt resa (Broussard 2020). Resorna innebar att kvinnorna behövde vara hemifrån under en längre period vilket krävde logistiska lösningar som barnvakt och ledighet från arbete (Whitehouse et al., 2021; Killinger et al., 2022).

*I cannot get a doctor's appointment. I cannot drive hundreds of kilometers, wait for weeks. I need to take care of my children, go to work. The next hospital, which does abortions, is 2 hours away. How am I supposed to do that? How will I get there? Where shall I leave my children during that time?* (Killinger et al., 2022).

När kvinnor behövde resa för att göra abort var det förenat med kostnader som de själva fick stå för (Purcell et al., 2014; Heller et al., 2016; Broussard 2020; Whitehouse et al., 2021). Om de själva hade svårt att stå för de kostnader som resan innebar kunde de behöva låna pengar av anhöriga (Purcell et al., 2014).

*The first week was fine 'cause I had [the money]. But the second week I was like 'Oh, shit.' So I ended up just saying 'I went and bought something for the house, can you help me out?' I don't ever ask my dad for money.... He would always say yes, but that's not the point.... I hate asking people for money* (Purcell et al., 2014).

Att inte ha råd att ta ledigt från arbete upplevdes också som en försvårande omständighet (Killinger et al., 2022). När kvinnor sökte abortvård via privata kliniker kunde det vara förenat med höga kostnader om vården inte var subventionerad. Kroatiska kvinnor vittnade om höga kostnader som motsvarade en halv månadslön för att genomföra en abort (Håkansson et al., 2021).

## Svårigheter att navigera i vården

I flertalet studier framgick att kvinnors kunskap kring abort och vårdssystemet, tillgång till information samt språkbarriärer påverkade kvinnors möjlighet att navigera i abortvården.

### *Kunskapsbrist*

Bristande kunskap om hur abortsystemet fungerade skapade svårigheter att navigera i vården (Holten et al., 2021; Kjelsvik et al., 2018; Mishtal et al., 2022; Holten et al., 2021).

Kunskapsbristen kunde leda till att kvinnorna inte vände sig till rätt instans för abortvård, vilket ledde till omvägar i vården (Kjelsvik et al., 2018; Mishtal et al., 2022). Kvinnors kunskapsbrist kring abort ledde också till att de fick svårare att göra informerade val kring aborten. Bland annat lyfte en del kvinnor okunskap kring olika abortmetoder samt fördelar och nackdelar kring dessa (Holten et al., 2021; Georgsson et al., 2019).

### *Svårtillgänglig information*

Kvinnor kunde uppleva svårigheter i att hitta information om vårdsystemet kring abort och abortkliniker (Mishtal et al., 2022; De Zordo et al., 2021; Makenzius et al., 2013). Att hitta tillgänglig vård försvårades på grund av bristande information om vilka sjukhus som tillämpade vårdvägran (Håkansson et al., 2021). För vissa kvinnor ledde bristen på information till en fördröjning från graviditetsbesked tills de kunde genomföra en abort (De Zordo et al., 2021). Svårtillgänglig information ledde till att en del kvinnor fick hitta egna vägar in i abortvården, bland annat genom att själva söka på internet eller genom råd av närstående kring var de kunde vända sig (Mishtal et al., 2022; Rahm et al., 2022; Purcell et al., 2014). Kvinnor som själva behövde leta efter information om abort kunde uppleva att det var svårnavigerat att hitta och värdera trovärdig och faktabaserad information (Georgsson et al., 2019; Holten et al., 2021; Håkansson et al., 2021). Kvinnor som sökte information på internet kunde mötas av propaganda mot abort och skräckhistorier, vilket kunde upplevas stötande och frustrerande (Georgsson et al., 2019; Holten et al., 2021).

*A lot of poor information turns up, if you don't sort it all out by yourself: propaganda against abortions and horror stories, which are unnecessary and offensive* (Georgsson et al., 2019)

### *Förstå ett nytt vårdsystem*

För kvinnor som behöver göra abort i ett annat land uppkommer ytterligare svårigheter.

Kvinnor kunde uppleva svårigheter att förstå hur vårdsystemet fungerar, var de skulle vända sig och vilka juridiska dokument som behövdes (Killinger et al., 2022; Holten et al., 2021; De Zordo et al., 2021). Vidare kunde språkbarriärer bli ett hinder som försvårade möjligheten till

att söka abortvård (Killinger et al., 2022; Holten et al., 2021). Kvinnor kunde även bli nekade vård med hänvisning till att de behövde tala det inhemska språket eller engelska för att få vård (Holten et al., 2021).

*I'm in 16 weeks. I found a clinic where they perform abortions up to 22 weeks. I'm having trouble making an appointment because my English is poor. I don't want to ask a stranger for help. That is why I am asking you for help* (Holten et al., 2021)

### Dissonans i vårdmötet

En genomgående erfarenhet bland kvinnorna var negativa upplevelser i kontakt med vårdpersonal vilket hade starkt negativa konsekvenser för deras abortvård. Detta utgjorde hinder för tillgång till abortvård, fördröjning av abortprocessen, bristande information eller stöd vilket bidrog till en ökad psykisk påfrestning.

### *Oro inför vårdkontakt*

Kvinnor kunde uppleva en oro inför vårdmötet med en rädsla för att bli dömda av vårdpersonalen eller att vårdpersonalen skulle ha egna åsikter om abort som skulle komma att påverka dem (Kjelsvik et al., 2018; Holten et al., 2021; Georgsson et al., 2019; Broussard, 2020; Whitehouse et al., 2021). Kvinnor rådgjorde ibland med sitt sociala kontaktnät för att undvika att komma i kontakt med moraliserande och skuldbeläggande vårdpersonal (Håkansson et al., 2021). En kvinna som sökte hjälp för att göra abort via webbtjänst upplevde ett mycket starkt obehag inför att behöva möta vårdpersonal i sin abortprocess (Holten et al., 2021).

*Please reply, I rather kill myself than go to a clinic* (Holten et al., 2021).

I vissa länder i Europa är det inte ovanligt att abortmotståndare demonstrerar utanför abortkliniker, detta kunde skapa en oro inför men också en negativ upplevelse av vårdmötet (Holten et al., 2021; Whitehouse et al., 2021; Broussard, 2020). Kvinnor beskriver det fysiska mötet med abortmotståndare som chockerande (Holten et al., 2021) och som den värsta delen i abortupplevelsen (Whitehouse et al., 2021). Vidare uttryckte kvinnor oro och misstanke om att samhällliga normer och vårdpersonalens egna åsikter om abort påverkade deras möjlighet



till abortvård (Heller et al., 2016; Purcell et al., 2014; Håkansson et al., 2021). Kvinnor spekulerade i huruvida religiösa och lokala moraliska åsikter kunde påverka läkare samt tillgängligheten till abort (Heller et al., 2016; Purcell et al., 2014; Håkansson et al., 2021) vilket kunde skapa ytterligare känsla av att bli dömd (Purcell et al., 2014).

### *Negativt bemötande*

I kontakten med vårdpersonal upplevde kvinnor att de möttes av ett okänsligt bemötande som var kallhjärtat liksom bemötande som gjorde att kvinnorna inte kände sig välkomna eller att vårdpersonalen brydde sig (Georgsson et al., 2019; Whitehouse et al., 2021; Håkansson et al., 2021). Kvinnor kunde uppleva faktumet att de blev hemskickade för att utföra aborten i hemmet som ett straff för att de hade varit oansvariga och blivit gravida (Røseth et al., 2024). Vårdpersonal som var oengagerade lämnade kvinnorna med en känsla av isolering (Kjelsvik et al., 2018) Andra kvinnor upplevde bristande psykosocialt stöd från vårdpersonal både i abortsituationen och i beslutsfattandet (Kjelsvik et al., 2018; Georgsson et al., 2019).

*When I started talking about the situation [the ambivalence], she (physician) interrupted me. I had the examination and when we came back she said: "That's more or less what you expected, isn't it? Will you sign the consent right now?"* (Kjelsvik et al., 2018).

Kvinnor vittnade om att vårdpersonal uttryckt nedlåtande, olämpliga och diskriminerade kommentarer som handlat om bland annat kvinnornas ålder, utbildningsnivå och hudfärg i relation till aborten (Georgsson et al., 2019; Holten et al., 2021; Håkansson et al., 2021). Ytterligare några kvinnor uttryckte att negativa interaktioner med vårdpersonal varit den värsta erfarenheten i samband med aborten (Whitehouse et al., 2021). Tidigare negativa erfarenheter av vårdpersonal kunde leda till att kvinnor sökte sig till abort via telefontjänst för att slippa interagera med vårdpersonal (Killinger et al., 2022). Kvinnor som hade ekonomiska resurser och kunde välja privata, dyra abortalternativ, gjorde det för att undvika att komma i kontakt med dömande vårdpersonal (Håkansson et al., 2021). Kvinnor uttryckte en oro om framtida vård från sin vårdgivare och fruktade återbesök, de övervägde att byta vårdgivare (Heller et al., 2016). En kvinna uttryckte att hon inte hade sökt medicinsk rådgivning i samband med kraftig blödning efter abort på grund av detta (Heller et al., 2016). Kvinnor upplevde att de hade behövt övertyga vårdpersonal om sitt beslut, även när de inte var helt

säkra i beslutet, att de behövde vara inställsamma och helt samarbeta för att bli beviljade abort (Holten et al., 2021).

### *Vårdpersonalens agerande*

Kvinnor mötte vårdpersonal som i sitt agerande hindrade deras möjlighet till abortvård. Det var inte ovanligt att kvinnor mötte vårdpersonal som genom sitt agerande fördröjde tiden från graviditetsbesked till att kvinnor kunde genomföra abort (Purcell et al., 2014; Killinger et al., 2022; De Zordo et al., 2021; Heller et al., 2016). Vårdpersonalens agerande kunde röra sig om att de vägrade vara behjälpliga såväl med abort som information om abort, eller att remisser inte skickades (Killinger et al., 2022; De Zordo et al., 2019; Heller et al., 2016; Håkansson et al., 2021). Vårdpersonals vårdvägran med hänvisning till samvete hindrade kvinnors möjlighet att få tillgång till abortvård (Håkansson et al., 2021). Vårdpersonalen kunde försvåra abortvård genom att ge felaktig eller vilseledande information gällande exempelvis rådande abortlagstiftning eller vårdväg (Heller et al., 2016; Killinger et al., 2022; Purcell et al., 2014). Vidare kunde kvinnor uppleva att vårdpersonalens egna negativa åsikter om abort påverkade dem då de sökte vård för abort (Heller et al., 2016; Holten et al., 2021; De Zordo et al., 2021; Purcell et al., 2014; Killinger et al., 2022; Håkansson et al., 2021). Kvinnor kunde få erbjudande att träffa en samtalsterapeut i syfte att omvända deras önskan av abort (Holten et al., 2021).

*And he me gave the number to a psychologist, [...] not to help me with my doubts, but to convince me not to do it.* (Holten et al., 2021).

Avseende remisshantering uttryckte många kvinnor missnöje med hur denna gått till (Purcell et al., 2014; Heller et al., 2016; Holten et al., 2021; Mishtal et al., 2022). Kvinnor uppgav att remisser från vårdgivare ibland var opålitliga och kunde orsaka förseningar i processen, ibland hade remissen inte skrivits eller skickats och ibland ledde de till obehagliga konsultationer (Heller et al., 2016; Holten et al., 2021; Mishtal et al., 2022).

# Diskussion

## Metoddiskussion

En sammanställning av aktuellt forskningsläge är en förutsättning för att arbeta evidensbaserat (SBU, 2023) varför en systematisk litteraturstudie som metod bör ses som en styrka i magisteruppsatsen. Vald metod innebär att författarna sammanställer redan befintlig litteratur vilket skulle kunna innebära en svaghet om förfarandet sker slumpmässigt och där subjektiva värderingar påverkar slutsatserna. SBU (2023) menar att detta undviks genom att principer för systematik i litteratursammanställningar följs vilket har eftersträvat i magisteruppsatsen. Genom att med transparens redovisa förfarandet ges läsaren möjlighet att avgöra trovärdigheten.

En systematisk litteraturstudie har för avsikt att samla all relevant litteratur på ämnet varför tidsbegränsningen kan betraktas som en svaghet i studien. Inom ramarna för en magisteruppsats med given tidsram lades därför vikt vid att tidigt i litteratursökningen i enighet med SBU (2023) konsultera universitetsbibliotekarie. Detta för att identifiera en sökstrategi med balans mellan sensitivitet och specificitet i sökresultatet vilket får ses som en styrka. Europa innefattas av många länder och att inte genomföra en sökning där Europas samtliga länder inkluderas som separata sökord skulle kunna innebära en svaghet om relevanta studier då missas. Testsökningar gjordes tidigt i enighet med SBU (2023) där Europas länder inkluderades som separata sökord vilket genererade sökningar med sämre sensitivitet utan att förbättra specificiteten i sökningen. Då magisteruppsatsen hade för avsikt att undersöka kvinnors upplevelser av barriärer i samband med abort kan det ses som en svaghet att inte inkludera barriärer som ett separat sökblock. I testsökningar med ett sådant sökblock exkluderades relevanta studier där resultatet innehöll barriärer men inte benämnde dem. Kännedom om en relevant studie som inte fanns att tillgå i aktuella databaser men som var relevant för studien fanns tidigt i processen och inkluderades i resultatet. Med hänsyn till detta finns det risk för att annan relevant litteratur finns utanför aktuella databaser. Sökningar har gjorts i Google Scholar och i relevanta artiklars referenslistor, som inte resulterade i ny litteratur.

En svaghet kan ses i att urvalet inte är homogent avseende de europeiska ländernas skilda sjukvårdssystem, lagstiftningar och samhälleliga uppfattningar vilket skulle kunna begränsa överförbarheten. Det ansågs ändå relevant att undersöka de barriärer som europeiska kvinnor möter i samband med abort inom den geografiska begränsningen. Resultatet speglar kvinnors upplevelser av barriärer vid abort från en stor mängd olika europeiska länder där många kvinnor beskriver liknande upplevelser av barriärer, vilket ses som en styrka i studien. Resultatet belyser även att det finns stora ojämlikheter gällande kvinnors tillgång till abort inom de europeiska länderna vilket måste anses vara en viktig aspekt att ha förståelse för. Vald metod innebär att författarna själva inte har bedrivit forskningen som ligger till grund för analysen, varför vi med säkerhet inte kan garantera studiernas metodologiska kvalitet. Detta skulle kunna innebära risk att inkludera studier med ett snedvridet resultat varför kvalitetsgranskning i enlighet med SBU (2023) har utförts för att minimera risken och därmed öka tillförlitligheten.

När syntetisering av kvalitativ forskning görs är det viktigt att ta risken att fynd kan tappa sitt sammanhang och felaktigt anses överförbara i beaktning. Thomas och Harden (2008) betonar vikten av transparens, en strukturerad process samt reflexivitet vid genomförandet av analys inom kvalitativ forskning. I analysprocessen har därför Thomas och Hardens (2008) principer för tematisk syntes följts för att på ett så transparent och strukturerat sätt sammanställa litteraturen. Under analysprocessen har diskussion kontinuerligt förts i en cyklisk process mellan författarna, vidare har resultatet diskuterats mellan författarna för att valideras. Detta för att öka trovärdigheten.

### *Förförståelse*

Det finns risk att metod och analys färgas av författarnas synsätt, kunskap och uppfattningar (SBU, 2023). Sett till författarnas bakgrund i en svensk kontext med både liberal abortlagstiftning och generell samhällelig acceptans kring abort kan det färgat sättet att tolka och förstå resultaten. Sverige är ett av de få länderna i Europa som inte tillämpar vårdvägran med hänsyn till samvete och professionsbeskrivningen inkluderar abort som en självklar del av barnmorskans arbete. En av författarna har dessutom arbetat med abortvård. Ett öppet förhållningssätt har eftersträvat i hela processen, med insikt om denna bakgrund och den variation av kultur, lagstiftning och samhälleliga normer som råder kring abort i de olika

europiska länderna. Kontinuerlig diskussion kring förståelsen har förts genom arbetets gång för att minska risk för subjektiva värderingar och förutfattade meningar.

## Resultatdiskussion

I resultatet syns tydligt hur strukturer på makronivå ligger till grund för de barriärer mot abort som kvinnor upplever. Att otillgängliggöra vård som endast riktar sig till kvinnor är en kränkning mot mänskliga rättigheter (OHCHR, 2020). Christiansson et al., (2022) menar att en genusetisk analys ger förståelse för hur sexuell och reproduktiv hälsa formas av lagar och politiska beslut, sociala strukturer, tillgång till kunskap, sociala ojämlikheter samt kontext, vilket influerar abortvård över tid. WHO (2022) har skapat riktlinjer för att abortvård ska inkluderas som en självklar del i sexuell och reproduktiv hälsa, samt skapa konsensus i hur evidensbaserad abortvård ska tillgängliggöras kvinnor globalt. Resultatet synliggör att europeiska länder inte efterlever dessa riktlinjer vilket påverkar vårdverksamheter och vårdpersonal på mesonivå och därmed kvinnors upplevelser av abort på mikronivå. Coast et al., 2018 stärker uppfattningen om att abort behöver ses ur ett perspektiv med olika hierarkiska nivåer.

På makronivå finns stora geografiska ojämlikheter i kvinnors tillgång till abortvård, skillnader ses mellan länder men också inom länder. Vidare ses stora skillnader mellan ländernas abortlagstiftning och riktlinjer (Fiala et al., 2022). WHO (2022) lägger vikt vid att kvinnor har möjlighet till tillgänglig, säker, effektiv, personcentrerad och rättvis abortvård. Resultatet belyser tydligt hur WHO:s riktlinjer i varierande grad inte efterlevs i de europeiska länderna. Detta skapar och lägger grunden till olika barriärer för abort även på underliggande nivåer, som bidrar till negativa upplevelser kring abort hos kvinnor. Resultatet visar att brist på kunskap om abortsystemet upplevdes som en barriär mot abort (Holten et al., 2021; Kjelsvik et al., 2018; Mishtal et al., 2022; Holten et al., 2021), vilket är en barriär som skapas på makronivå. Okunskap vidmakthålls på mesonivå när kvinnor inte får tillgång till information av vårdgivare. I resultatet ses en barriär mot abort då kvinnor själva behövt söka information, vilket upplevts svårnavigerat (Georgsson et al., 2019; Holten et al., 2021; Håkansson et al., 2021). Barriären som kvinnor möter vid svårtillgänglig information som är trovärdig och faktabaserad skulle kunna motverkas genom att vårdgivare tillgängliggör abortinformation. Detta stärks av Smith och Cameron (2019) som lyfter att information tillgänglig via

abortkliniker upplevs av kvinnor som en starkt underlättande faktor för abort.

I vissa länder krävs betänketid innan en abort genomförs (Fiala et al., 2022). WHO (2022) rekommenderar att abort ska ske på kvinnor och flickors önskemål utan krav om betänketid. WHO menar att obligatorisk betänketid fördröjer tillgång till abortvård och kan påverka kvinnans tillgång till abort. Kvinnor i resultatet upprördes över betänketid som barriär mot abortvården (Holten et al., 2021). Alla länder i Europa har en variation av lagstadgad gräns baserat på gestationsvecka (Fiala et al., 2022), vilket måste anses skapa en ojämlig tillgång till abort. Vidare går en begränsning till abortvård baserat på gestationsvecka samt krav på ultraljud inför abort mot WHO:s (2022) riktlinjer, då detta inte anses evidensbaserat. Kvinnor upplevde att tillgång till abortvård baserat på gestationsvecka utgjorde en barriär som skapade stress i att fatta beslut och kunde försvåra tillgängligheten (Purcell et al., 2014; Heller et al., 2016; Kjelsvik et al., 2018; Rahm et al., 2022). Resultatet visar även att krav på ultraljud kan innebära en ökad psykisk belastning (Kjelsvik et al., 2018; Holten et al., 2021; Røseth et al., 2024). Detta stärks av Podolskyi et al. (2023) som påvisat att krav på ultraljud inför en abort kan påverka kvinnor negativt.

Lagar och riktlinjer på makronivå ligger till grund för hur vårdverksamhet och vårdpersonal förhåller sig till abortvård på mesonivå. Mesonivån innefattar sjukvårdsinstitutioner och vårdprofessionerna vilka formas av makronivån i lagstiftning och politiska beslut, kontext, tillgång till kunskap, sociala strukturer samt sociala ojämlikheter (Christiansson et al., 2022). Resultatet påvisar att kvinnor upplevde behovet av remiss som en barriär mot abort (Purcell et al., 2014; Heller et al., 2016; Holten et al., 2021; Mishtal et al., 2022). Denna barriär skulle kunna motverkas genom att abortvård möjliggörs på kvinnors egen begäran, vilket stärks av Smith & Cameron (2019) som påvisat att kvinnor som haft möjlighet till självremittering för abortvård upplevt detta som en underlättande faktor. Arbetssätt, rutiner och även enskilda vårdpersonals agerande på mesonivå befästs och legitimeras av rådande strukturer på makronivå. I en genusetisk analys behöver förståelse finnas för att professioner på mesonivå inte är oberoende av varandra utan existerar tillsammans i ett system med olika hierarkier. I detta system blir barnmorskan ofta underordnad läkaren och barnmorskans underordning vidmakthålls genom otillräcklig kunskap kring abort (Christenson et al., 2022).

WHO (2022) menar att abortvård alltid ska ges med respekt och medkänsla. Resultatet visar dock att kvinnor upplever barriärer i form av negativt och okänsligt bemötande av

vårdpersonal i samband med abortvård, vilket innebär att detta inte efterlevs. Vidare möter kvinnor barriärer mot abort som skapar negativa upplevelser när vårdpersonal vårdvägrar, hindrar eller försvårar abortvård vilket visar tydligt hur strukturer på makronivå legitimerar vårdpersonals handlingar på mesonivå, som i sin tur påverkar kvinnors upplevelser negativt på mikronivå. De rekommendationer som WHO (2022) och ICM (2014) föreslår är underordnade lagstiftning i vederbörande land, varför barriärer mot abort på mesonivå fortsätter att reproduceras och måste antas svåra att bryta utan förändring på makronivå. Resultatet uttrycker att kvinnor upplevde att vårdpersonal försvårade eller hindrade abort, vilket visar på att doktriner som skapats på mesonivå inte utgår från kvinnors önskemål i samband med abort.

I Europa ses skillnader i sjukvårdssystem och därmed i vilken vårdnivå abortvård ges samt vilka vårdgivare som bistår abortvård (Center for reproductive rights, 2022; Abort-report, 2024). Detta är något som även syns i resultatet. WHO (2022) menar att abortvård skulle kunna göras mer tillgängligt med olika vårdnivåer och av olika vårdgivare. Detta är något som möjliggjorts med medicinsk metod för abort. ICM (2014) menar att om legitimerade barnmorskor utbildas i abortvård ökar tillgängligheten till abort, vilket innebär förändringar på mesonivå. När förändringar sker på makronivå så som att abort lyfts in som en del i professionsutbildning kan detta påverka vårdpersonals attityder till abortvård i en mer tillåtande riktning (Farmer et al., 2022), vilket ger effekt på mesonivå och i sin tur även mikronivå. Christianson et al. (2022) menar att barnmorskans position i abortvården skulle stärkas genom att abort inkluderas i barnmorskeutbildningen, vilket i sin tur skulle bidra till ökad autonomi för kvinnor inom hälso- och sjukvården.

Som beskrivits tidigare är kvinnans förutsättningar för abort på mikronivå, formade i lager av genus och makt av de omgivande två dimensionerna mesonivå och makronivå (Christansson et al., 2022). Resultatet visar att kvinnor har en stor medvetenhet om samhälleliga normer och socialt stigma kring abort som skapar en stark barriär mot abort. Vidare ses i resultatet att barriärer såväl på makronivå som på mesonivå i sig kan skapa ytterligare barriärer mot abort och upplevs med negativ psykosocial påverkan. Genom ett genusetiskt perspektiv tydliggörs hur olika lager av genus och makt bidrar till barriärer mot abort och inte kan ses separat från varandra.

## Konklusion

Studiens resultat belyser barriärer som kvinnor i Europa möter i samband med abortvård och hur kvinnors upplevelser av abortvård påverkas av dessa. Barriärer mot abort som kvinnor möter grundar sig i samhälleliga normer, lagar och riktlinjer, geografiska avstånd och negativa interaktioner med vården. Dessa barriärer både hindrar och försvårar kvinnors tillgång till abort vilket bidrar till negativa upplevelser av abortvård som innebär emotionella och psykiska påfrestningar. Sammanställningen visar även att WHO:s riktlinjer inte efterlevs i varierande utsträckning i de europeiska länderna. När kvinnors tillgång till abort försvåras kränks deras mänskliga rättigheter. Genom en genusetisk analys av resultatet har djupare förståelse skapats för hur barriärer mot abort produceras och reproduceras, både i en större samhällskontext och inom vården. Detta visar att vidare forskning kring tillgänglighet till abort behövs där ett genusetiskt perspektiv tillämpas. Detta för att inte förbise hur strukturer av genus och makt påverkar kvinnors sexuella och reproduktiva hälsa liksom rättigheter. Att tillämpa ett genusetiskt perspektiv i forskning inom barnmorskans kompetensområde generellt, skulle tillföra en förståelse för hur ojämlikheter och jämlikheter mellan könen skapas och lever kvar, samt vad detta får för konsekvenser för kvinnors reproduktiva och sexuella hälsa över tid.



## Referenser

Abort-report. (2024). Abort-report. <https://abort-report.eu/>

Askola, H. (2018, January). Dropping the ball or holding the line? Challenges to abortion laws in the Nordic countries. In *Women's Studies International Forum* (Vol. 66, pp. 25-32). Pergamon.

Biggs, M. A., Upadhyay, U. D., McCulloch, C. E., & Foster, D. G. (2017). Women's Mental Health and Well-being 5 Years After Receiving or Being Denied an Abortion: A Prospective, Longitudinal Cohort Study. *JAMA psychiatry*, 74(2), 169–178.

\*Brauer, M., van Ditzhuijzen, J., Boeije, H., & van Nijnatten, C. (2019). Understanding decision-making and decision difficulty in women with an unintended pregnancy in the Netherlands. *Qualitative health research*, 29(8), 1084-1095.

\*Broussard, K. (2020). The changing landscape of abortion care: embodied experiences of structural stigma in the Republic of Ireland and Northern Ireland. *Social Science & Medicine*, 245, 112686.

Center for Reproductive Rights. (2022). European abortion laws - a comparative overview. [https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2022/06/15381\\_CRR\\_Europe\\_V8.pdf](https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2022/06/15381_CRR_Europe_V8.pdf)

Christianson, M., Lehn, S., & Velandia, M. (2022). The advancement of a gender ethics protocol to uncover gender ethical dilemmas in midwifery: a preliminary theory model. *Reproductive Health*, 19(1), 1-16.

Coast, E., Norris, A. H., Moore, A. M., & Freeman, E. (2018). Trajectories of women's abortion-related care: A conceptual framework. *Social science & medicine* (1982), 200, 199–210.

\*De Zordo, S., Zanini, G., Mishtal, J., Garnsey, C., Ziegler, A. K., & Gerdtts, C. (2021). Gestational age limits for abortion and cross-border reproductive care in Europe: a mixed-

methods study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 128(5), 838-845.

Doran, F., & Nancarrow, S. (2015). Barriers and facilitators of access to first-trimester abortion services for women in the developed world: a systematic review. *The journal of family planning and reproductive health care*, 41(3), 170–180.

Endler, M., Al-Haidari, T., Benedetto, C., Chowdhury, S., Christilaw, J., El Kak, F., ... & Gemzell-Danielsson, K. (2021). How the coronavirus disease 2019 pandemic is impacting sexual and reproductive health and rights and response: results from a global survey of providers, researchers, and policy-makers. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 100(4), 571-578.

Farmer, L. E., Clare, C. A., Liberatos, P., Kim, H. Y., & Shi, Q. (2022). Exploring barriers to abortion access: Medical students' intentions, attitudes and exposure to abortion. *Sexual & reproductive healthcare: official journal of the Swedish Association of Midwives*, 34, 100790.

FASS. (2022). *Mifegyne*.

<https://www.fass.se/LIF/product?userType=0&nplId=19920904000068>

FASS. (2021). *Angusta*.

<https://www.fass.se/LIF/product?userType=0&nplId=19891208000019>

Fiala, C., Agostini, A., Bombas, T., Lertxundi, R., Lubusky, M., Parachini, M., & Gemzell-Danielsson, K. (2022). Abortion: legislation and statistics in Europe. *The European journal of contraception & reproductive health care: the official journal of the European Society of Contraception*, 27(4), 345–352.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (4 uppl.) Natur och Kultur.

Foster, D. G., Biggs, M. A., Raifman, S., Gipson, J., Kimport, K., & Rocca, C. H. (2018). Comparison of Health, Development, Maternal Bonding, and Poverty Among Children Born

After Denial of Abortion vs After Pregnancies Subsequent to an Abortion. *JAMA pediatrics*, 172(11), 1053–1060.

Foster, D. G., Biggs, M. A., Ralph, L., Gerdt, C., Roberts, S., & Glymour, M. M. (2022). Socioeconomic Outcomes of Women Who Receive and Women Who Are Denied Wanted Abortions in the United States. *American journal of public health*, 112(9), 1290–1296.

\*Georgsson, S., Krautmeyer, S., Sundqvist, E., & Carlsson, T. (2019). Abortion-related worries, fears and preparedness: a Swedish Web-based exploratory and retrospective qualitative study. *The European journal of contraception & reproductive health care*, 24(5), 380-389.

\*Heller, R., Purcell, C., Mackay, L., Caird, L., & Cameron, S. T. (2016). Barriers to accessing termination of pregnancy in a remote and rural setting: a qualitative study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 123(10), 1684-1691.

Heino, A., Gissler, M., Apter, D., & Fiala, C. (2013). Conscientious objection and induced abortion in Europe. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 18(4), 231-233.

\*Holten, L., de Goeij, E., & Kleiverda, G. (2021). Permeability of abortion care in the Netherlands: a qualitative analysis of women's experiences, health professional perspectives, and the internet resource of Women on Web. *Sexual and reproductive health matters*, 29(1), 162-179.

\*Håkansson, D. I., Ouis, P., & Ragnar, M. E. (2021). Navigating the minefield: Women's experiences of abortion in a Country with a conscience clause—The case of Croatia. *Journal of International Women's Studies*, 22(1), 166-180.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2024). *Nye politiske aftaler om abort styrker kvinders selvbestemmelse*. <https://ism.dk/nyheder/2024/maj/nye-politiske-aftaler-om-abort-styrker-kvindernes-selvbestemmelse>.

International Confederation of Midwives [ICM]. (2014). Position statement - Midwives provision of abortion-related services.

\*Killinger, K., Günther, S., Gomperts, R., Atay, H., & Endler, M. (2022). Why women choose abortion through telemedicine outside the formal health sector in Germany: a mixed-methods study. *BMJ sexual & reproductive health*, 48(e1), e6-e12.

\*Kjelsvik, M., Sekse, R. J. T., Moi, A. L., Aasen, E. M., Chesla, C. A., & Gjengedal, E. (2018). Women's experiences when unsure about whether or not to have an abortion in the first trimester. *Health care for women international*, 39(7), 784-807.

Levels, M., Sluiter, R., & Need, A. (2014). A review of abortion laws in Western-European countries. A cross-national comparison of legal developments between 1960 and 2010. *Health Policy*, 118(1), 95-104.

Løgtingid. (2024). LM-088/2023 : Uppskot til lögtingslóg um fosturtöku (Fosturtökulógin).  
<https://www.logting.fo/mal/atkvodugreidsla/?id=8063>

\*Makenzius, M., Tydén, T., Darj, E., & Larsson, M. (2013). Autonomy and dependence—experiences of home abortion, contraception and prevention. *Scandinavian journal of caring sciences*, 27(3), 569-579.

Makenzius, M., Obern, C., Tydén, T., Larsson, M., Gemzell-Danielsson, K., Sundström-Poromaa, I., & Ekstrand Ragnar, M. (2023). Women's decision-making related to induced abortion—a cross sectional study during a period of Covid-19 pandemic, in Sweden. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 28(1), 44-50.

\*Mishtal, J., Reeves, K., Chakravarty, D., Grimes, L., Stifani, B., Chavkin, W., ... & Lavelanet, A. F. (2022). Abortion policy implementation in Ireland: lessons from the community model of care. *Plos one*, 17(5), e0264494.

Nationalencyklopedin. (2024). Barriär. <http://www-ne-se.ludwig.lub.lu.se/uppslagsverk/encyklopedi/lang/barriär>

OHCHR. 2020. *Abortion; Information series on sexual and reproductive health and rights*. [https://www.ohchr.org/sites/default/files/INFO\\_Abortion\\_WEB.pdf](https://www.ohchr.org/sites/default/files/INFO_Abortion_WEB.pdf)

Podolskyi, V., Gemzell-Danielsson, K., Marions, L., & Gomperts, R. (2023). Preabortion ultrasound - a patient perspective. *The European journal of contraception & reproductive health care: the official journal of the European Society of Contraception*, 28(5), 268–273.

\*Purcell, C., Cameron, S., Caird, L., Flett, G., Laird, G., Melville, C., & McDaid, L. M. (2014). Access to and experience of later abortion: accounts from women in Scotland. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 46(2), 101-108.

\*Rahm, L., De Zordo, S., Mishtal, J., Garnsey, C. L., & Gerds, C. (2022). Inter-departmental abortion travels in metropolitan France: a mixed-methods analysis of women's experiences, access, and barriers to abortion care. *Plos one*, 17(10), e0273190.

RFSU. (2018). *Aborträttens historia*. <https://www.rfsu.se/vad-vi-gor/i-sverige/fragor-vi-jobbar-med/ratten-till-abort/abortrattens-historia/60-talet-riskera-fangelse-for-abort-i-polen/>

\*Røseth, I., Sommerseth, E., Lyberg, A., Sandvik, B. M., & Dahl, B. (2024). No one needs to know! Medical abortion: Secrecy, shame, and emotional distancing. *Health Care for Women International*, 45(1), 67-85.

SFOG. (2018). *Inducerad abort*. <https://www.sfog.se/natupplaga/ARGrappor9792c7d5-5648-475e-bee6-81478b0d9323.pdf>

Smith, J. L., & Cameron, S. (2019). Current barriers, facilitators and future improvements to advance quality of abortion care: views of women. *BMJ Sexual & Reproductive Health*, 45(3), 207-212.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). (2022). *Bedömning av studier med kvalitativ metodik*. [https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning\\_studier\\_kvalitativ\\_metodik.pdf](https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning_studier_kvalitativ_metodik.pdf)

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). (2023). Utvärdering av insatser i hälso- och sjukvården och socialtjänsten – en metodbok.

<https://www.sbu.se/sv/metod/metodboken-2023/?pub=101442&lang=sv>

Statistiska Centralbyrån. (2023). Invandring till Sverige. <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/invandring-till-sverige/#>

Selberg, R. (2020). The midwife case and conscientious objection: new ways of framing abortion in Sweden. *International Feminist Journal of Politics*, 22(3), 312-334.

Svenska barnmorskeförbundet. (2018). Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska. <https://barnmorskeforbundet-se.storage.googleapis.com/uploads/2018/05/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska-Svenska-Barnmorskeforbundet-2018.pdf>

Sydsjö, A., Josefsson, A., Bladh, M., Muhrbeck, M., & Sydsjö, G. (2012). Knowledge and attitudes of Swedish politicians concerning induced abortion. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 17(6), 438-450.

Thomas, J., & Harden, A. (2008). Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC medical research methodology*, 8, 1-10.

Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed*.

<https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2017-08-29-god-forsknings-sed.html>

Walsh, D., Christianson, M., & Stewart, M. (2015). Why midwives should be feminists. *Midwifery Digest*, 25(2), 154-160.

\*Whitehouse, K. C., Blaylock, R., Makleff, S., & Lohr, P. A. (2021). It's a small bit of advice, but actually on the day, made such a difference...: perceptions of quality in abortion care in England and Wales. *Reproductive Health*, 18, 1-9.

World Health Organization. [WHO]. (2022). Abortion care guideline.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349316/9789240039483-eng.pdf?sequence=1>



# Bilaga 1

## Sökstrategier

Huvudsökning i PubMED, 2024-04-22

Sökblock	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa Abstract	Lästa fulltext
<b>P</b>	#1	"Europe"[Mesh] OR Europe* OR "South* Europe" OR "West* Europe" OR "East* Europe" OR "Central Europe" OR "North* Europe"	1,965,677		
	#2	"Women"[Mesh] OR "Female"[Mesh] OR women OR Female*	10,361,311		
<b>E</b>	#3	"Abortion, induced"[Mesh] OR "Pregnancy, Unwanted"[Mesh] OR Abortion OR "Induced abortion*" OR "abortion*, induced" OR "Medical abortion*" OR "Legal abortion*" OR "Termination of pregnanc*" OR "Unwanted pregnanc*"	125,091		
<b>O</b>	#4	"Life change events"[Mesh] OR "Perception"[Mesh] OR "Health Care Quality, Access, and Evaluation"[Mesh] OR "Adaptation, Psychological"[Mesh] OR "Psychological Phenomena"[Mesh] OR "Emotions"[Mesh] OR "Attitude"[Mesh] OR perception* OR perspective* OR narrative* OR experience* OR "patient satisfaction" OR emotion* OR attitude* OR opinion* OR narration* OR "lived experience*" OR "Life experience*"	11,541,534		
	#5	"Empirical research"[Mesh] OR "Focus groups"[Mesh] OR Qualitative OR "Grounded theory" OR Ethnogra* OR Ethnolog* OR Phenomenogra* OR Phenomenolog* OR "Focus group*" OR "Field stud*" OR interview* OR hermeneutic*	1,015,789		
	#6	#1 AND #2 AND #3 AND #4 AND #5	829		
<b>Filter</b>	#7	Artikelspråk: Engelska & Svenska Årtal: 2010 - 2024	323	323	59



Huvudsökning i CINAHL, 2024-04-22

Sökblock	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Vidare till fulltext
<b>P</b>	#1 MH "Europe+" OR MH "Europe, Eastern+" OR Europe* OR South* Europe OR "West* Europe OR "East* Europe" OR "Central Europe" OR "North* Europe"	714,859			
	#2 MH "Women+" OR MH "Female" OR women* OR female*	2,415,643			
<b>E</b>	#3 MH "Abortion, Induced+" OR MH "Pregnancy, Unwanted" OR Abortion* OR "Induced abortion**" OR "Medical abortion**" OR "Legal abortion**" OR "Termination of pregnanc**" OR "unwanted pregnanc**"	26,229			
<b>O</b>	#4 MH"Emotions+" OR MH"Life Experiences" OR MH"Patient Attitudes" OR MH "Patient Satisfaction+" OR MH "Attitude to Health+" OR perception* OR perspective* OR narrative* OR experience* OR "patient satisfaction" OR emotion* OR attitude* OR opinion*	1,398,029			

		OR feeling* OR "Lived experience**" OR "Life experience**"				
	#5	MH "Qualitative Studies+" OR "qualitative research" OR "qualitative method" OR Qualitative OR "qualitative stud**" OR interview* OR phenomenolog* OR "lived experience**" OR "life experience**" OR "focus groups" OR hermeneutic* OR Ethnogra* OR Ethnolog*	574,958			
	#6	#1 AND #2 AND #3 AND #4 AND #5	305			
<b>Filter</b>	#7	Artikelspråk: Engelska & Svenska Årtal: 2010 - 2024	205	205	48	23

Huvudsökning PsycInfo, 2024-04-22

Sökblock	Sökord	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Vidare till fulltext
<b>P</b>	#1	MM "European Cultural Groups" OR Europe* OR "South*Europe" OR "West* Europe" OR "East* Europe" OR "Central Europe" OR "North* Europe"	152,305		
	#2	MM "Psychology of Women" OR DE "Human Females" OR MM "Female Attitudes" OR DE "Human sex differences" OR DE "Reproductive rights" OR DE "Women's Rights" OR Women* OR Female*	1,162,891		
<b>E</b>	#3	MM "Induced Abortion" OR Abortion* OR "Induced abortion**" OR "Medical abortion**" OR "Legal abortion**"	7,137		

		OR "Termination of pregnanc*" OR "Unwanted pregnanc*"				
<b>O</b>	#4	DE "Experiences (Events)" OR DE "Emotions" OR DE "Life Experiences" OR DE "Abortion (Attitudes Toward)" OR Perception* OR Perspective* OR Narrative* OR Experience* OR "Patient satisfaction" OR Emotion* OR Attitude* OR Opinion* OR Feeling* OR "Lived experience*" OR "Life experience*"	2,002,936			
	#5	DE "Qualitative Methods" OR DE "Focus Group" OR DE "Grounded Theory" OR DE "Interpretative Phenomenological Analysis" OR DE "Narrative Analysis" OR DE "Semi-Structured Interview" OR DE "Thematic Analysis" OR "Qualitative research" OR Qualitative OR "Qualitative method" OR "Qualitative stud*" OR Interview* OR Phenomenolog* OR "Focus groups" OR Hermeneutic* OR Ethnograph* OR Ethnolog*	652,531			
	#6	#1 AND #2 AND #3 AND #4 AND #5	64			
<i>Filter</i>	#7	<i>Artikelspråk:</i> Engelska & Svenska <i>Årtal:</i> 2010-2014	42	42	18	6

## Bilaga 2.

### Kvalitetsgranskningsmall

# Bedömning av studier med kvalitativ metodik

UPPDATERAD 2022-05-11

Författare: \_\_\_\_\_ År: \_\_\_\_\_

Granskare: \_\_\_\_\_

#### Sammanvägd bedömning av metodologiska brister:

Obetydliga eller mindre

Måttliga

Stora brister, studien ingår inte i syntesen

Kommentarer:

### 1. Överensstämmelse mellan filosofisk hållning/teori och urval och metodik i studien<sup>1</sup>

Vilken teori eller filosofisk hållning utgick författarna från?

---

Hänger syfte och fråga ihop med teori/filosofisk hållning?	Ja	Nej	Okiart
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

Kommentarer:

### 2. Deltagare

Hur gjordes urvalet?

---

<b>Stödfrågor för bedömning av brister i urvalsförandet:</b>	Ja	Nej	Okiart
Är urvalet lämpligt för att besvara frågan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är rekryteringsmetoden lämpligt vald och genomförd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finns det allvarliga brister som kan påverka tillförlitligheten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

Kommentarer:

### 3. Datainsamling

Vilka metoder användes för datainsamling?

---

Finns det allvarliga brister i datainsamlingen som kan påverka tillförlitligheten?	Ja	Nej	Okiart
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

Kommentarer:

#### 4. Analys

Vilka metoder användes för analys?

<b>Stödfrågor för bedömning av brister i analyssteget:</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>	<b>Oklart</b>
Är vald analysmetod lämplig och genomförd på ett lämpligt sätt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var forskarna reflexiva vid tolkning av data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Validerades tolkningarna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finns det allvariga brister i analysen som kan påverka tillförlitligheten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

#### 5. Forskaren

Vilken bakgrund och kompetens hade forskarna?

<b>Stödfrågor för bedömning av brister:</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>	<b>Oklart</b>
Har forskarna någon relation till studiedeltagarna som kan påverka datainsamlingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har forskarna hanterat sin förståelse på ett acceptabelt sätt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var forskarna oberoende av finansiella eller andra förutsättningar som kunde påverka analysen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finns det allvariga brister som kan påverka tillförlitligheten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

Gör en total bedömning av risken för att metodproblem påverkar resultaten.  
För in det på sidan 1.

## Bilaga 3.

### Matriser

<b>Titel År Författare Land</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod</b>	<b>Population</b>	<b>Huvudfynd</b>	<b>Kvalitetsgranskning</b>
<p><b>Abortion-related worries, fears and preparedness: a Swedish Web-based exploratory and retrospective qualitative study</b></p> <p>2019</p> <p>Georgsson S, Krautmeyer S, Sundqvist E, Carlsson T</p> <p>Sverige</p>	<p>Undersöka oro, rädsla samt förberedelse inför en abort.</p>	<p>Explorativ och retrospektiv kvalitativ studie. Webbaserat frågeformulär med öppna frågor samt retrospektiva självrapporterade betyg.</p>	<p>185 kvinnor svarade på enkäten</p>	<p>Kvinnor upplevde ofta en rad olika rädslor och oro relaterade till abort, inklusive rädsla för att bli dömd av omgivningen. Kvinnor uttryckte också rädsla för att abortbeslutet skulle påverka deras mentala hälsa på lång sikt. Trots oro och rädsla kände sig många kvinnor förberedda inför aborten efter information och stöd från olika källor.</p>	<p>Obetydliga/mindre brister</p>

Titel År Författare Land	Syfte	Metod	Population	Resultat	Kvalitetsgranskning
<p><b>Autonomy and dependence experiences of home abortion, contraception and prevention</b></p> <p><b>2013</b></p> <p>Makenzius M, Tydén T, Darj E, Larsson M.</p> <p>Sverige</p>	<p>Att undersöka kvinnors och mäns upplevelser och behov av vård kring av hemabort, samt att få fram deras syn på preventivmedel och förebyggande åtgärder mot oönskade graviditeter.</p>	<p>Enkäter och djupintervjuer.</p>	<p>24 kvinnor (13 män) -som hade upplevelser av hemabort</p>	<p>I samband med hemabort upplevdes känsla av autonomi och kontroll över egen kropp och reproduktiv hälsa. Fanns en känsla av beroende av tillgång till korrekt information, medicinskt stöd och tillförlitliga preventivmetoder.</p>	<p>Obetydliga/mindre brister</p>



Titel År Författare Land	Syfte	Metod	Population	Resultat	Kvalitetsgranskning
<p><b>Access to and experience of later abortion: accounts from women in Scotland</b></p> <p><b>2014</b></p> <p>Purcell C, Cameron S, Caird L, Flett G, Laird G, Melville C, McDaid LM</p> <p>Skottland</p>	<p>Undersöka kvinnor från Skottlands erfarenheter av att söka och genomgå abort efter 16:e graviditetsveckan.</p>	<p>Djupintervjuer</p>	<p>23 kvinnor som sökt abort i vecka 16 eller senare.</p>	<p>Kvinnor sökte senare abort av flera anledningar. Kvinnor mötte betydande hinder som inkluderade logistiska och ekonomiska bördor relaterade resor till England för att få vård, liksom emotionell stress och stigma. Kvinnor upplevde vården England som positiv men den skotska som otillräcklig.</p>	<p>Obetydliga/mindre brister</p>

Titel År Författare Land	Syfte	Metod	Population	Resultat	Kvalitetsgranskning
<p><b>Abortion policy implementation in Ireland: Lessons from the community model of care 2022</b></p> <p>Mishtal J, Reeves K, Chakravarty D, Grimes L, Stifani</p> <p>Irland</p>	<p>Undersöka barriärer och resurser för implementeringen av Irlands abortpolicy.</p>	<p>Djupintervjuer</p>	<p>30 kvinnor som sökt aborttjänster</p> <p>(27 nyckelinformanter involverade i implementeringen av den nya abortpolicyn 22 vårdgivare som tillhandahöll aborttjänster)</p>	<p>Tillgången till abort har ökat sedan den utökade rätten till laglig abort. Den nationella hjälplinjen MyOptions utgör en viktig funktion för kvinnor. Huvudsakliga hinder är den obligatoriska väntetiden, oklara eller långsamma remissvägar från primärvård till sjukhus, svårigheter för migranter samt geografisk fördelning.</p>	<p>Obetydliga/mindre brister</p>

Titel År Författare Land	Syfte	Metod	Population	Resultat	Kvalitetsgranskning
<p><b>Barriers to accessing termination of pregnancy in a remote and rural setting: a qualitative study</b></p> <p><b>2016</b></p> <p>Heller R, Purcell C, Mackay L, Caird L, Cameron ST.</p> <p>Skottland</p>	<p>Att utforska erfarenheter av kvinnor från landsbygd som gjorde abort, i relation till de eventuella hinder de kan ha upplevt.</p>	<p>Semistrukturerade intervjuer</p>	<p>16 kvinnor som gjort abort</p>	<p>Kvinnor upplevde hinder för abort som resebehov för abort, attityder från vårdpersonal, abortstigma, förväntningen att abort ska vara traumatiserande.</p>	<p>Obetydliga/mindre brister</p>

Titel År Författare Land	Syfte	Metod	Population	Resultat	Kvalitetsgranskning
<p><b>Gestational age limits for abortion and cross-border reproductive care in Europe: a mixed-methods study</b></p> <p><b>2021</b></p> <p>De Zordo S, Zanini G, Mishtal J, Garnsey C, Ziegler AK, Gerds C.</p> <p>Storbritannien, Nederländerna, Spanien</p>	<p>Undersöka de främsta anledningarna till att kvinnor reste för att utföra abort.</p>	<p>Mixed-method Enkäter och djupintervjuer</p>	<p>30 kvinnor (djupintervjuer) (204 kvinnor (enkäter)) -med kvinnor som rest till England, Spanien och Nederländerna från länder där abort är lagligt inom specifika gestationsveckor.</p>	<p>Majoritet rapporterade att de reste eftersom de överskridit laglig gestationsgräns i sitt boplatseland. Deltagarna rapporterade också om förseningar som hinder för abort.</p>	<p>Obetydliga/mindre brister</p>

Titel År Författare Land	Syfte	Metod	Population	Resultat	Kvalitetsgranskning
<p><b>Inter-departmental abortion travels in metropolitan France: A mixed-methods analysis of women's experiences, access, and barriers to abortion care</b></p> <p>2022</p> <p>Rahm L, De Zordo S, Mishtal J, Garnsey CL, Gerds C.</p> <p>Frankrike</p>	<p>Undersöka motiv och erfarenheter bland kvinnor som reser inom Frankrike och framförallt inom Île-de-France-regionen för abortvård.</p>	<p>Mixed-method Enkäter, djupintervjuer och analys av abortstatistik.</p>	<p>39 kvinnor (djupintervjuer) med kvinnor som rest till Paris för att få abortvård (172 kvinnor (enkäter) som sökt abort i Paris)</p>	<p>Trots försök från staten att underlätta aborttillgången sågs barriärer mot aborttillgång i kvinnornas närområde, som bristande valmöjlighet till abortmetod, vårdkvalitet och långa väntetider. Många kvinnor sökte sig till Paris för att hantera hindren.</p>	<p>Måttliga brister</p>

Titel År Författare Land	Syfte	Metod	Population	Resultat	Kvalitetsgranskning
<p><b>It's a small bit of advice, but actually on the day, made such a difference...: perceptions of quality in abortion care in England and Wales</b></p> <p>2021</p> <p>Whitehouse KC, Blaylock R, Makleff S, Lohr PA.</p> <p>England, Wales</p>	<p>Undersöka uppfattningar och erfarenheter av abort i England och Wales.</p>	<p>Djupintervjuer</p>	<p>24 kvinnor som gjort abort</p>	<p>Uppfattningar om högkvalitativ vård var; interpersonella interaktioner med personal eller patienter, att vara informerad och beredd, delaktighet och valmöjlighet samt tillgänglighet. Positiva interaktioner med vårdpersonal nämndes ofta som mest positiva delen av abortupplevelse liksom den värsta om negativa interaktioner.</p>	<p>Obetydliga/mindre brister</p>

Titel År Författare Land	Syfte	Metod	Population	Resultat	Kvalitetsgranskning
<p><b>Navigating the minefield: Women's experiences of abortion in a Country with a conscience clause—The case of Croatia.</b></p> <p>2021</p> <p>Håkansson, D. I., Ouis, P., &amp; Ragnar, M. E.</p> <p>Kroatien</p>	<p>Utforska kvinnors erfarenheter av abort och samvetsvägran i ett land med samvetsklausul.</p>	<p>Djupintervjuer</p>	<p>7 kvinnor med erfarenhet av oönskad graviditet eller abort.</p>	<p>Kvinnor upplevde skam, skuld och rädsla att bli dömd i linje med allmänna inställningen till abort i samhället. Samvetsvägran begränsade tillgången till abort. Nedlåtande kommentarer, begränsad eller bristande information och frånvaro av preventivmedelsrådgivning var vanligt. Samvetsvägran ansågs förstärka en moraliserande syn på sexualitet samt ökade deras beroendesituationen och sårbarhet i abortsituationen.</p>	<p>Obetydliga/mindre brister</p>

<b>Titel År Författare Land</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod</b>	<b>Population</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitetsgranskning</b>
<p><b>No one needs to know! Medical abortion: Secrecy, shame, and emotional distancing</b></p> <p>2024</p> <p>Røseth I, Sommerseth E, Lyberg A, Sandvik BM, Dahl B</p> <p>Norge</p>	<p>Utforska kvinnors upplevelser av att hantera känslor kopplade till medicinsk hemabort.</p>	<p>Semistrukturerade intervjuer</p>	<p>22 kvinnor som gjort hemabort före gestationsvecka 11+6</p>	<p>Medicinsk abort omgärdades ofta av hemlighetsmakeri och skam. Känsla av skam och behov av att emotionellt distansera sig från upplevelsen påverkade deras emotionella välbefinnande negativt.</p>	<p>Obetydliga/mindre brister</p>



Titel År Författare Land	Syfte	Metod	Population	Resultat	Kvalitetsgranskning
<p><b>Permeability of abortion care in the Netherlands: a qualitative analysis of women's experiences, health professional perspectives, and the internet resource of Women on Web</b></p> <p>2021</p> <p>Holten L, de Goeij E, Kleiverda G.</p> <p>Nederländerna</p>	<p>Att undersöka kvinnors erfarenheter av abortvård i Nederländerna, samt vårdpersonalens perspektiv och användningen av internetresursen Women on Web.</p>	<p>Explorativ kvalitativ studie. Semistrukturerade intervjuer Analys av e-postmeddelanden från abortkonsultationer-</p>	<p>20 kvinnor som gjort abort 200 e-postmeddelanden från kvinnor som sökt abortvård via organisationen Women on Web – inkluderade fler nationaliteter än Nederländerna, alla dock från Europa.</p> <p>(14 vårdpersonal, intervjuer)</p>	<p>Abortvården i Nederländerna uppfattas generellt som tillgänglig och stödjande. Barriärer upplevdes relaterade till stigma, tabu och sekretess, bristande autonomi i tillgång till abortvård. Women on Web var en viktig resurs för information och stöd.</p>	<p>Obetydliga/mindre brister</p>

Titel År Författare Land	Syfte	Metod	Population	Resultat	Kvalitetsgranskning
<p><b>The changing landscape of abortion care: Embodied experiences of structural stigma in the Republic of Ireland and Northern Ireland</b></p> <p>2020</p> <p>Broussard K.</p> <p>Irland, Nordirland</p>	<p>Undersöka hur strukturellt stigma påverkar upplevelsen av abortvård på Irland och Nordirland.</p>	<p>Semistrukturerade intervjuer</p>	<p>68 kvinnor som nyligen genomgått abort</p>	<p>Strukturellt stigma kring abort leder till känslor av skam och isolering. Barriärer mot abortvård som juridiska och sociala hinder, påverkar deras välbefinnande negativt.</p>	<p>Måttliga brister</p>

Titel År Författare Land	Syfte	Metod	Population	Resultat	Kvalitetsgranskning
<p><b>Understanding Decision-Making and Decision Difficulty in Women With an Unintended Pregnancy in the Netherlands</b></p> <p>2019</p> <p>Brauer M, van Ditzhuijzen J, Boeije H, van Nijnatten C.</p> <p>Nederländerna</p>	<p>Att undersöka beslutsprocessen och svårigheterna med att fatta beslut bland kvinnor med en oavsiktlig graviditet i Nederländerna.</p>	<p>Djupintervjuer</p>	<p>109 kvinnor med oavsiktlig graviditet Varav 69 kvinnor hade gjort abort, 40 kvinnor hade fortsatt graviditeten</p>	<p>Svårigheter att fatta beslut påverkas av faktorer som socialt stöd, personliga värderingar och tillgång till information. Kvinnor som upplevde starkt stöd från sina nätverk och tydlig information om sina alternativ hade lättare att fatta beslut. Socialt stigma och osäkerhet kring framtida konsekvenser bidrog till svårighet att fatta beslut.</p>	<p>Obetydliga/mindre brister</p>

Titel År Författare Land	Syfte	Metod	Population	Resultat	Kvalitetsgranskning
<p><b>Women's experiences when unsure about whether or not to have an abortion in the first trimester</b></p> <p><b>2018</b></p> <p>Kjelsvik M, Sekse RJT, Moi AL, Aasen EM, Chesla CA, Gjengedal E.</p> <p>Norge</p>	<p>Att undersöka kvinnors upplevelser av osäkerhet kring beslutet att genomföra abort under första trimestern.</p>	<p>Intervjuer</p>	<p>13 gravida kvinnor i första trimestern som var osäkra på om de skulle genomföra abort.</p>	<p>Kvinnor upplever stor emotionell stress och ambivalens när de är osäkra på om de ska genomföra en abort. Beslutet påverkades av faktorer som socialt stöd, personliga värderingar och framtida planer. Kvinnor efterlyste bättre rådgivning och stöd under beslutsprocessen.</p>	<p>Obetydliga/mindre brister</p>

Titel År Författare Land	Syfte	Metod	Population	Resultat	Kvalitetsgranskning
<p><b>Why women choose abortion through telemedicine outside the formal health sector in Germany: a mixed-methods study 2022</b></p> <p>Killinger K, Günther S, Gomperts R, Atay H, Endler M.</p> <p>Tyskland</p>	<p>Att undersöka varför kvinnor i Tyskland väljer att genomföra abort via telemedicin utanför den formella hälsosektorn.</p>	<p>Mixed-method Tvärsnittsanalys av data från abortkonsultationer online. Innehållsanalys av e-postmeddelanden från en öppen fråga i samband med abortkonsultationer online.</p>	<p>108 e-postmeddelanden från kvinnor som valt att genomföra abort via telemedicin</p>	<p>Kvinnor valde telemedicin på grund av diskretion, bekvämlighet och snabbare tillgång till abortvård. Begränsningar inom den formella hälsosektorn, som långa väntetider och bristande tillgänglighet bidrog också till beslutet. Kvinnor uppskattade möjligheten att genomföra aborten i en trygg hemmiljö.</p>	<p>Obetydliga/mindre brister</p>

## Bilaga 4.

### Analysprocess

Koder	Deskriptiva teman	Analytiska teman
Rädsla att andra ska påverka abortbeslutet	Medvetenhet om abortstigma	<b>Socio-etiskt inflytande och normativ underkastelse</b>
Rädsla att närstående ska döma		
Rädsla att samhället ska döma		
Känsla av skuld och skam	Psykosocial påverkan av abortstigma	
Upplevd skam skapar tystnad och ensamhet		
Tystad av andras åsikter		
Behov av att hemlighålla	Ytterligare utsatthet	
Utanförskap och sexuellt våld skapar ökad utsatthet		
Våld i nära relationer skapar ökad utsatthet		
Långa väntetider som oväntat hinder	Effekter av väntetid	
Mental påverkan av väntetid		
Långa väntetider föranledde resa för abort	Tidsbegränsningens inverkan	
Stress att närma sig laglig gräns		
Oväntat att vara nära laglig gräns		
Gestationsvecka påverkade abortmetod		
Stressat beslut vid resebehov	Konsekvenser av lagar och riktlinjer	
Abort ej möjligt i hemland på grund av gestationsvecka		
Remisshantering som försvårade aborttillgång		
Riktad information från vårdinrättning		
Ej möjlighet att välja abortmetod		
Krav på ultraljud	Inverkan av juridisk status	
Vid restriktiv lagstiftning behov att söka andra möjligheter		
Behov av ultraljud försvårar abort utomlands		
Avsaknad av medborgarskap innebar höga kostnader		
Nekades abort på grund av avsaknad av medborgarskap		
Rädsla att få migrationsstatus röjd		

Geografiska skillnader	Geografiska ojämlikheter	<b>Distans och dess negativa verkan</b>
Sämre tillgång till abort i mindre stad/på landsbygd		
Önskan om viss abortmetod tvingade till resa		
Dåliga transportmöjligheter		
Avstånd försvårade abort		
Resan försvårade abort	Reserelaterade hinder	
Behov av att resa fördröjde abort		
Kunde ej hålla abort privat/hemlig på grund av resa		
Resa för abort krävde ytterligare logistik		
Resa hindrade möjlighet till stöd		
Resekostnader		
Behov av att låna pengar		
Ej råd att ta ledigt från arbete		
Kunskapsbrist om abortsystem	Kunskapsbrist	
Kunskapsbrist försvårade beslut		
Kunskapsbrist om valmöjligheter		
Brist på information om vårdinrättning	Svårtillgänglig information	
Fick hitta ingång till abortvård via närstående		
Svårnavigerat att hitta information		
Missledande information och propaganda		
Svårighet att förstå abortsystem i ett nytt land	Förstå ett nytt vårdsystem	
Språkbarriär försvårar möjlighet till abort		
Rädsla att bli dömd av vårdpersonal	Oro inför vårdkontakt	<b>Dissonans i vårdmötet</b>
Att möta abortmotståndare		
Upplevelse av att abortstigma försvårar möjligheten		
Nedlåtande kommentarer av vårdpersonal	Negativt bemötande	
Okänsligt bemötande av vårdpersonal		
Vårdpersonal förstärkte känsla av isolering		
Vårdpersonalens negativa påverkan på abortupplevelsen		
Upplevelse av att behöva övertyga vårdpersonal		
Vårdpersonal hindrade abort	Vårdpersonalens agerande	
Vårdpersonal försvårade abort		
Vårdpersonal fördröjde abort		
Anti-abortattityder hos vårdpersonal		
Ifrågasatt av vårdpersonal		
Remisshantering		

