



**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA**

KVINNORS UPPLEVELSER AV HEMABORT

- En systematisk litteraturöversikt

**Ester Bohlin
Ida Pedersen**

Examensarbete:	15 hp
Program och kurs:	Barnmorskeprogrammet/Examensarbete i Reproduktiv och perinatal hälsa
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	HT/2021
Handledare:	Lisa Goldkuhl
Examinator:	Malin Bogren

Titel svensk:	Kvinnors upplevelser av hemabort
Titel engelsk:	Women's experiences of home abortion
Examensarbete:	15 hp
Program och kurs:	Barnmorskeprogrammet/Examensarbete i Reproduktiv och perinatal hälsa
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	HT/2021
Handledare:	Lisa Goldkuhl
Examinator:	Malin Bogren
Nyckelord:	Hemabort, kvinnors upplevelser, stöd, information, personcentrerad vård, autonomi

Sammanfattning

Bakgrund: I Sverige är majoriteten av alla aborter hemaborter. Hemabort innebär idag att den medicinska aborten startas på sjukhus och att kvinnan därefter slutför aborten i hemmet. Förslag har lagts fram att hela abortprocessen ska kunna göras i hemmet och att barnmorskans ansvarsområde inom abortvården ska utökas. Covid-19 pandemin har bidragit till att utvecklingen inom abortvården påskyndats men forskningen kring kvinnors upplevelse av hemabort är begränsad.

Syfte: Att undersöka kvinnors upplevelse av att genomgå en hemabort.

Metod: En systematisk litteraturstudie med kvalitativa data. För datainsamling användes databaserna Pubmed, Cinahl och Scopus. Resultatet inkluderade elva kvalitetsgranskade artiklar. Dataanalysen inspirerades av Bettany- Saltikovs och McSherrys (2016) nio steg för dataanalys.

Resultat: De inkluderade studierna är publicerade mellan 2009–2021 och omfattar 480 deltagare. Vid dataanalys identifierades tre huvudkategorier; "Hemmets trygghet", "Vikten av stöd och information" och "Abortprocessen". Hemmet beskrevs som en trygg plats där kvinnan kunde bevara sin integritet, det gav en känsla av kontroll att själv kunna styra när aborten ska ske. Valfrihet relaterat till metod var betydelsefullt, att inte få välja abortmetod eller plats påverkade upplevelsen negativt. En viktig faktor för en positiv abortupplevelse var adekvat information och stöd av vårdpersonal före, under och efter aborten. Information om smärta och blödning var ofta otillräcklig och underdriven. Att starta aborten beskrevs med motstridiga känslor. För många var intaget av den första tabletten svårare än själva utstötningen av fostret. Själva utstötningen var en lättnad, men symtomen beskrevs också som värre än förväntat.

Slutsats: Hemabort är en uppskattad metod då det ger ökad bekvämlighet och autonomi. En förutsättning för att känna sig trygg i hemmet är dock information och stöd, från vårdpersonal och nära anhörig.

Nyckelord: Hemabort, kvinnors upplevelser, stöd, information, personcentrerad vård, autonomi

Abstract

Background: In Sweden, the majority of all abortions are home abortions. The term home abortion means that the medical abortion starts at the hospital but is completed at home. Recent proposals suggest expanding the midwife's area of responsibility within abortion care and to modernize the Swedish abortion law. The Covid-19 pandemic has contributed to accelerating developments in abortion care but the research examining women's experiences of home abortion is limited.

Aim: To examine women's experience of undergoing an abortion at home.

Method: A systematic literature review including qualitative data. The databases Pubmed, Cinahl and Scopus were used for data collection. Eleven articles were included in the results. The data analysis was inspired by Bettany-Saltikov and McSherry's (2016) nine steps for data analysis.

Results: The included studies are published between 2009-2021, which includes 480 participants in total. The data analysis identified three main categories: "The comfort of the home", "Importance of support and information" and "The abortion process". Choosing to abort at home was described as comforting and practical. The woman's integrity could easily be maintained, and it gave the women a sense of control. Choosing the method was important, the women's experience were affected negatively when they weren't allowed to choose the method or place for the abortion. A factor for a positive abortion experience was adequate information and support from healthcare professionals before, during and after the abortion. Information about pain and bleeding was often insufficient and understated. Starting the abortion was described with conflicting feelings, the intake of the first tablet was for many more difficult than the expulsion itself.

Conclusion: Home abortion is an appreciated method as it provides increased comfort and autonomy. Information and support in connection with a home abortion is fundamental for feeling safe during the abortion.

Key words: Home abortion, women's experiences, support, information, person centered care, autonomy

Förord

Först och främst vill vi tacka vår handledare Lisa Goldkuhl som har stöttat oss med god kunskap och vägledning samt peppande ord när det behövs. Ett stort tack till bibliotekarierna på Göteborgs universitetsbibliotek för sin ovärderliga kunskap när det gäller informationssökning och referenshantering. Slutligen vill vi tacka varandra för gott samarbete och stöd, vilket har gjort en utmanande process lättare och roligare.

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Abort.....	1
Aborträtt i Sverige ur ett historiskt perspektiv	2
Medicinsk abort	2
Hemabort	4
Friare reglering av hemabort och covid-19 pandemins påverkan	4
Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter	5
SRHR i Sverige.....	6
Barnmorskans roll inom abortvården	6
Teoretisk referensram	7
Personcentrerad vård.....	7
Autonomi	8
Problemformulering.....	8
Syfte	9
Metod	9
Design.....	9
Urval.....	9
Datainsamling	10
Urvalsprocess.....	11
Kvalitetsgranskning	13
Dataanalys	13
Etiska överväganden.....	14
Resultat.....	15
Hemmets trygghet.....	16
Bekvämt att vara hemma	16
Känsla av kontroll	17
Bevarande av integritet	17
Att få göra ett eget val.....	18

Behovet av stöd och information.....	19
Professionellt stöd och information	19
Stöd från anhörig.....	20
Bristande stöd och information.....	20
En påfrestande abortprocess	21
Att inleda aborten – ambivalenta känslor	21
Att slutföra aborten – obehagligt men en lättnad.....	22
Diskussion	23
Metoddiskussion.....	23
Resultatdiskussion	25
Slutsats	27
Referenslista	29
Bilagor.....	35
Bilaga 1. Exkluderade artiklar	35
Bilaga 2. Kvalitetsgranskning av artiklar, poängsummering.....	36
Bilaga 3. Sammanfattning av inkluderade artiklar	38

Inledning

Sedan Sveriges abortlag trädde i kraft 1975 har abortvården gått igenom en stor utveckling. Från att alla aborter genomfördes kirurgiskt på sjukhus av läkare, till idag då majoriteten av aborterna är medicinska och hemabort är en vanligt förekommande metod. Hemabort idag innebär att aborten initieras medicinskt på vårdinrättning och avslutas sedan i hemmet. Idag är det inte bara läkare som utför aborter utan barnmorskans roll har blivit mer framträdande. Det har öppnat upp för förslag att modernisera aktuell svensk abortlag och anpassa den till dagens arbetssätt. Förslag har lagts fram om receptförskrivning på läkemedel för abort och att barnmorskan ska kunna handlägga aborten mer självständigt, vilket skulle öka tillgängligheten. Mycket pekar mot att abort i hemmet kommer bli en vanligare metod i framtiden, vilket antagligen kommer bidra till ett ökat ansvar hos barnmorskan i att ge kvinnan information och det stöd som behövs för att genomgå abortprocessen i hemmet.

Bakgrund

Abort

En abort innebär att graviditeten avslutas. Det finns två olika sorters tillvägagångssätt för att inducera en abort, kirurgiskt eller medicinskt. Kirurgisk abort innebär att graviditeten avslutas genom en mindre operation, det vanligaste sättet är genom vakuumaspiration. Före operationen får kvinnan ett läkemedel som mjukar upp livmodertappen. Ingreppet kan göras med lokalbedövning eller när kvinnan är sövd. Oftast görs kirurgisk abort mellan graviditetsveckorna 9–12. Kirurgisk abort kan göras både tidigare och senare, men då finns det en risk att aborten inte blir fullständig. Medicinsk abort innebär att läkemedel ges vaginalt eller oralt för att inducera aborten. Medicinsk abort kan göras fram till vecka 21+6 och är idag den vanligaste abortmetoden (Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi [SFOG], 2018). Om graviditeten avbryts av sig själv, innan graviditetsvecka 22, kallas det för spontan abort eller missfall. De flesta missfall diagnostiseras mellan graviditetsvecka 9–11 (Adolfsson, 2009). För att kunna besluta om adekvat abortmetod är det av vikt att känna till graviditetslängd samt att graviditeten sitter i livmodern. Praxis idag är att det fastställs genom ett ultraljud. I samband med abortrådgivning är det också relevant att känna till kvinnans aktuella sjukdomar och läkemedel då det kan påverka val av abortmetod (SFOG, 2018). Alam, Kaler och Mumtaz (2020) visar att många kvinnor föredrar en medicinsk abort då det är mindre invasivt, upplevs mer naturligt och möjligheten finns att göra delar av processen i hemmet. Vissa kvinnor uppskattar dock effektiviteten med kirurgisk abort, att abortprocessen sker under en enda dag och att det kontrolleras med ultraljud att inga graviditetsrester finns kvar i livmodern. Viktigast för att uppnå en bra vård är dock att olika valmöjligheter kring abortmetoder finns och att kvinnorna själva får välja metod (Alam m.fl., 2020).

Att genomgå en inducerad abort är en känslomässigt prövande och utelämnade process. För en del kan abortprocessen vara ett stigma och skapa känslor av skuld och skam, både i länder med strikta abortlagar och i länder med en liberal syn på abort. De flesta kvinnor är nöjda över sitt beslut att genomföra en abort men de existentiella och moraliska frågorna om liv och död är något som trots det genomsyrar abortprocessen (Altshuler, Ojanen-Goldsmith, Blumenthal, & Freedman, 2017; Halldén B, Christensson K, & Olsson P, 2009; Stålhandske, Ekstrand, & Tydén, 2011). En person som söker vård för att genomgå en abort har rätt till

stödsamtal av legitimerad personal. Det ska även ges information om vad en abort är, vilka abortmetoder som finns, samt råd kring preventivmedel (SFOG, 2018; SFS 1974:595).

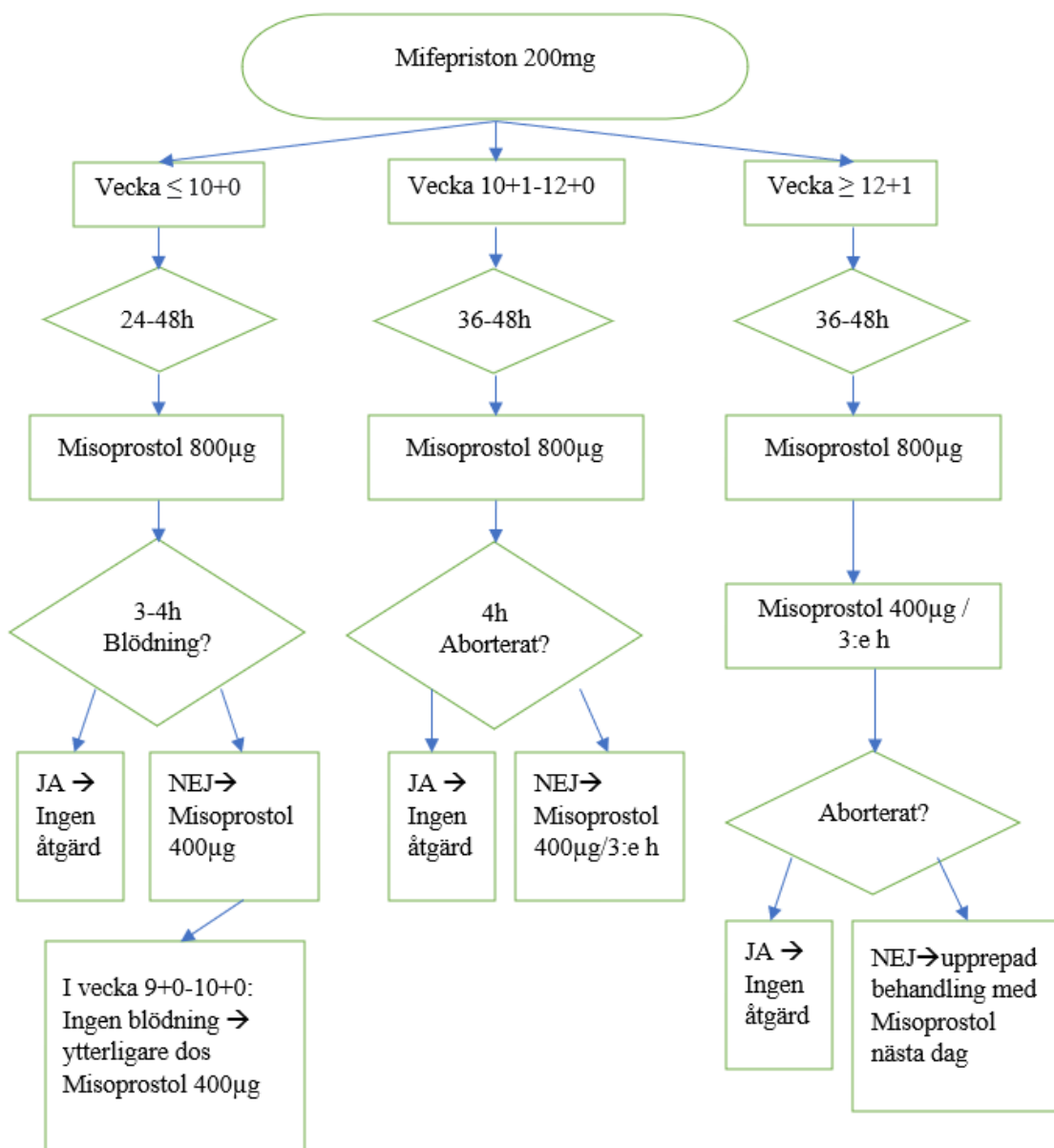
Enligt svensk abortlag får kvinnor efter eget önskemål göra abort till och med graviditetsvecka 18, eller till och med vecka 21+6 med Socialstyrelsens tillstånd. Aborten ska enligt lagen utföras av läkare och ske på sjukhus eller annan inrättning godkänd av Inspektionen för vård- och omsorg (SFS 1974:595). När abortlagen utformades utfördes abort kirurgiskt, idag när majoriteten av aborter utförs medicinskt så har förutsättningarna ändrats. För att minska väntetiderna och öka tillgängligheten har barnmorskor sedan 2007, efter adekvat utbildning utformat av SFOG, tagit över många delar av abortvården. En läkare är dock fortfarande medicinskt ansvarig, vilket gör att ett tvärprofessionellt arbete idag är vanligt (SFOG, 2018).

Aborträtt i Sverige ur ett historiskt perspektiv

Så långt tillbaka som till 1200-talet har abort beskrivits som en olaglig gärning. En gärning som gav samma straff som dråp och från 1800-talets mitt straffarbete för både kvinnan och den som utförde aborten (SOU 2005:90). Kring 1920-talet kom fler kvinnor ut i arbetslivet och kampen för kvinnors rättigheter stärktes alltmer vilket ledde till en strafflindring för abort ungefär i tid med att kvinnor 1921 fick rösträtt. Kring 1938 var dödstalen höga i samband med illegal abort vilket ledde till 1938-års abortlag, där abort blev tillåtet vid tre indikationer. Dessa var medicinsk; fara för kvinnans liv, humanitär; gravid genom våldtäkt, incest, eller minderårig och eugenisk; ex att barnet kunde födas med någon form av sinnessjukdom, via arvsanlag (SFOG, 2018). Under 60-talet var möjligheten att göra abort väldigt ojämlig över landet, överlag var tillgången låg och kvinnorna som önskade göra abort blev illa bemötta. Det ledde till att svenska kvinnor åkte till Polen, där abort var tillåtet på kvinnans eget önskemål fram till graviditetsvecka 12. Att kvinnor gjorde abort i Polen skapade ett politiskt efterspel i Sverige som ledde till en liberalare syn på abort hos allmänheten, vilket tros ha varit en stor bidragande faktor till framtagandet av dagens abortlag år 1975. En viktig milstolpe i kvinnors rättigheter var att den nya lagen utgår från autonomiprincipen, att kvinnan äger rätten till sin kropp och själv fattar beslut rörande kroppen. Den nya indikationen för abort i Sverige blev på kvinnans egna önskemål (SOU 2005:90).

Medicinsk abort

Följande del beskriver riktlinjerna för medicinsk abort i Sverige. Riktlinjerna kan skilja sig åt internationellt. Vid medicinsk abort är den vedertagna regimen en kombination av läkemedlen mifepriston och misoprostol. Aborten startar genom administrering av mifepriston oralt vilket binder till och blockerar progesteronreceptorer, livmodertappen mjukas upp, livmodern blir känsligare för prostaglandiner och sammandragningar startar. Processen avstannar graviditetens utveckling (Gemzell-Danielsson & Kopp Kallner, 2021). Andra steget är vaginal eller oral administrering av misoprostol, en prostaglandinanalogue som skapar sammandragningar i livmodern. Effekterna på livmodern upptäcktes som en biverkan då misoprostol från början registrerades som en magsårsmicin (SFOG, 2018). Misoprostol är listat av World Health Organisation (WHO) som ett av de mest nödvändiga läkemedel utifrån fem indikationer; inducerad abort där lagen tillåter det, vid inkomplett abort, förebyggande mot och behandling av postpartumblödning samt induktion av förlossning (SFOG, 2018; WHO, 2021). Behandlingsregimen för medicinsk abort presenteras i Figur 1.



Figur 1. Behandlingsregim för medicinsk abort (FARG, 2020; Gemzell-Danielsson & Kopp Kallner, 2021; SFOG, 2018).

Som smärtlindring vid medicinsk abort ges receptfria läkemedel, opiater kan ges som komplement vid behov. Vid svår smärta eller i sen graviditet kan bedövning läggas vid livmodertappen, vilket i sådant fall görs på sjukhus (SFOG, 2018). Riklig blödning är vanligt vid medicinsk abort. Blödningen är oftast som störst vid utstötningen av graviditeten men blödning i sig är ingen garanti för att utstötningen har skett. Vid medicinsk abort är det vanligt att blödningen är långdragen, upp till 14 dagar. Det är viktigt att patienten får tydlig information om blödning och vid vilka mängder vård ska uppsökas, oavsett om den medicinska aborten genomförs hemma eller på sjukhus då blödningen kan pågå länge (SFOG, 2018).

Socialstyrelsens föreskrifter om abort slår fast att vårdgivaren har ansvar för att efterkontroll sker vid medicinsk abort för att säkerställa att graviditeten är avslutad (SOSFS 2009:15). Ett blodprov som mäter graviditetshormon, före och efter aborten är den säkraste metoden för att

säkerställa att graviditeten är avslutad. Dock är metoden kostsam och kräver att patienten kommer på återbesök. Ett graviditetstest (som mäter graviditetshormon i urinen) följer koncentrationen av graviditetshormon bra och är därför ett fullgott alternativ. Graviditetstest kombinerat med uppmärksamhet på graviditetssymtom samt god information möjliggör för patienten att själv genomföra efterkontrollen. Ultraljudsundersökning görs endast på indikation (SFOG, 2018). Nöjdheten vid efterkontroll har funnits vara större hos grupper som tagit ett graviditetstest jämfört med grupper som genomfört efterkontroll enligt rutin (det vill säga graviditetstest, blodprov eller ultraljud) på klinik. Dessutom har det påvisats att tillförlitligheten är jämförbar oavsett om efterkontrollen är utförd på klinik eller hemma (Oppegaard m.fl., 2015).

Hemabort

År 2004 infördes i Sverige möjligheten att genomföra en abort i hemmet i stället för på sjukhus. Under 2020 var 83% av aborterna som utfördes i Sverige hemaborter (Socialstyrelsen, 2020a). Med hemabort avses en medicinsk abort som startas på sjukhus med intag av mifepriston oralt. Därefter fortsätter patienten aborten hemma med administrering av misoprostol vaginalt (SFOG, 2018). Hemabort kan genomföras fram till v. 9+0 enligt Socialstyrelsens riktlinjer (Gemzell-Danielsson & Kopp Kallner, 2021), men evidens finns för att genomföra hemabort fram till v 10+0 (FARG, 2020; SFOG, 2018). Hemabort är således en tidig medicinsk abort och genomförs på samma sätt som på sjukhus, se tidigare figur 1 (SFOG, 2018). Intag av mifepriston är reglerat av abortlagen och Socialstyrelsen och måste genomföras övervakat på sjukhus. Efter initiering av aborten på sjukhus kan kvinnan enligt Socialstyrelsen fullfölja aborten i hemmet efter en lämplighetsbedömning. (SOSFS 2009:15). Lämplighetsbedömningen innefattar att bedöma om kvinnan är frisk, om hon kan förstå och följa instruktioner samt om hon har en vuxen anhörig som kan vara med henne i hemmet under aborten (FARG, 2020). Efterkontroll kan ske via telefon och två veckor efter den medicinska aborten kan patienten själv ta ett graviditetstest för att säkerställa att aborten är avslutad. Patienten skall även vara uppmärksam på eventuella fortsatta graviditetssymtom och kontakta vårdgivare om så är fallet (Gemzell-Danielsson & Kopp Kallner, 2021).

Att göra en hemabort har visat sig vara lika effektivt och säkert som att utföra aborten på en klinik och flera studier med kvantitativ metod har visat större nöjdhet hos dem som gått igenom en hemabort. Många kvinnor skulle välja metoden igen om nödvändigt. Vid biverkningar såsom kräkning, feber och smärta rapporterades durationen vara lite längre hos dem som gjorde hemabort. Det sågs dock ingen skillnad i duration bland biverkningar som illamående eller kraftig blödning (Fiala, Winikoff, Helström, Hellborg, & Gemzell-Danielsson, 2004; Løkeland, Iversen, Engeland, Økland, & Bjørge, 2014; Ngo, Park, Shakur, & Free, 2011). Smärta är en känd biverkan på medicinsk abort och därmed också vid hemabort. I en fransk kvantitativ observationsstudie undersöktes kvinnors upplevelse av smärta i samband med hemabort, 13% (av 193) rapporterade att de inte fått någon information om att en medicinsk abort kunde vara smärtsam och 32% upplevde dessutom att de inte fått erbjudande om någon alternativ metod till hemabort. Resultatet visade att otillräcklig information om smärta och att ej ha fött barn tidigare var tydligt associerat med svår smärta (Cavet, Fiala, Scemama, & Partouche, 2017).

Friare reglering av hemabort och covid-19 pandemins påverkan

Covid-19 pandemin har haft en påverkan på kvinnors möjligheter att söka vård, och få tillgång till vård, relaterat till sexuell och reproduktiv hälsa. Pandemin har påverkat

möjligheten till abort, tillgången till preventivmedel och stöd och vård relaterat till våld i nära relationer. Det här visas i en global deskriptiv innehållsanalys, med syfte att undersöka tillgången till sexuell och reproduktiv hälsa under covid-19 pandemin och hur det påverkar olika regioner i världen. En webbenkät skickades ut till kliniker, forskare och organisationer och besvarades av 51 personer som representerade 29 länder. Analysen visade att i länder med en striktare abortlag blev det ännu svårare än tidigare att få tillgång till abort samt att pandemin användes som en ursäkt att satsa ännu mindre på vård kopplat till sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR). I länder med en mellanstrikt abortlag så påverkades dock abortvården i en progressiv riktning, med ökade möjligheter till hemabort, förskrivning av mifepriston och rådgivning via telefon (Endler m.fl., 2021). Frankrike är ett av länderna som under pandemin tillfälligt ändrat regleringen av mifepriston. Vanligtvis har de samma reglering som i Sverige, att mifepriston endast ges ut övervakat av läkare eller barnmorska på klinik. Tillfälliga ändringen innebär att mifepriston kan tas hemma med tillgång till telefonrådgivning, vilket ökade tillgängligheten på abortvård och gjorde den mer personcentrerad (Atay m.fl., 2021). Möjligheten till hemabort har varit en viktig faktor i att säkra tillgången till abortvård under pandemin, samt bidragit till att minska vårdtyngden på sjukhusen (Gambir, Garnsey, Necastro, & Ngo, 2020).

I en debattartikel i Svenska Dagbladet efterfrågar sakkunniga inom abortvården en modernisering av föråldrade formuleringar i Sveriges nuvarande abortlag. De föreslår att regleringen av mifepriston som innebär att tabletten måste tas på sjukhus ska tas bort och att receptförskrivning på läkemedlet av barnmorska eller läkare ska möjliggöras i förlängningen. Invändning görs även mot formuleringen som säger att en läkare ska utföra aborten, då en barnmorska med delegering i Sverige idag redan handlägger tidiga aborter självständigt. De ser ändringarna som extra angelägna i och med den pågående pandemin Covid-19 (Algovik, Gemzell-Danielsson, Kopp Kallner, Linde, & Nordlund, 2021). I en studie från Storbritannien jämfördes inducerad abort på klinik med en inducerad abort i hemmet, alltså att både mifepriston och misoprostol administrerades självständigt av kvinnan. Resultatet visade att båda metoderna var lika säkra och effektiva samt att den flexibilitet och självbestämmande som en fullständig abort i hemmet innebar uppskattades av kvinnorna (Swica m.fl., 2013). Enligt nya rekommendationer från WHO (2020) kan en kvinna självständigt inta mifepriston och misoprostol för att avsluta en graviditet, utan direkt tillsyn av vårdpersonal, förutsatt att det finns säker tillgång till vård och information under abortförloppet. Rekommendationerna gäller upp till graviditetsvecka tolv.

Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter

Tidskriften The Lancet har tillsammans med Guttmacherinstitutet utformat en arbetsgrupp för att ta fram en omfattande, holistisk och evidensbaserad agenda för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR). Den är tänkt att användas globalt, nationellt och regionalt för att arbeta utvecklande kring dessa frågor, som ett bredare komplement till de globala målen som ingår i Agenda 2030 (Starrs m.fl., 2018). Agenda 2030 är en agenda för hållbar utveckling antagen 2015 av FN:s medlemsländer som innehåller 17 mål. Målet med agendan är att 2030 ha avskaffat extrem fattigdom, minskat ojämlikheter och orättvisor i världen, främja fred och rättvisa, och löst klimatkrisen. Sexuell och reproduktiv hälsa är ett fokus i flera av målen men berörs speciellt i mål 3; God hälsa och välbefinnande, mål 5; Jämställdhet, mål 10; Minskad ojämlikhet och mål 16; Fredliga och inkluderande samhällen (FN, 2021). Folkhälsomyndighetens definition av sexuell och reproduktiv hälsa kommer från rapporten av Guttmacher-Lancet-kommissionen och lyder:

Sexuell och reproduktiv hälsa är ett tillstånd av fysiskt, känslomässigt, psykiskt och socialt välbefinnande i förhållande till samtliga aspekter av sexualitet och reproduktion, inte bara avsaknad av sjukdom, dysfunktion eller skada (Folkhälsomyndigheten, 2020, s. 10).

Ett erkännande av sexuella och reproduktiva rättigheter krävs för att uppnå sexuell och reproduktiv hälsa. Dessa rättigheter grundas på mänskliga rättigheter och innefattar bland annat att respekteras i sin kroppsliga identitet och självbestämmande, att själv besluta om, när och hur många barn en person vill ha, att ha njutbart och säkert sex samt ha tillgång till information och resurser för att kunna stöttas i dessa rättigheter. Grunden i dessa rättigheter är att alla människor ska ha rätt att själv ta beslut gällande sin egen kropp samt ha tillgång till resurser och hälso- och sjukvård som stödjer detta (Folkhälsomyndigheten, 2020). Enligt WHO (2012) är en legaliserad, omfattande och säker abortvård en förutsättning för att kunna nå en hög standard av sexuell och reproduktiv hälsa. Med säkra aborter menar WHO en abort som utförs enligt givna rekommenderade metoder samt som utförs i samråd med legitimerad vårdpersonal (WHO, 2012). En av grundstenarna i en god abortvård är tillgången till evidensbaserad och lättförståelig information samt stöd. Rådgivningen ska ges av en person som är tränad i ämnet och som fokuserat och närvarande kan ge informationen på ett öppet och icke-dömande sätt. Rekommenderade yrkeskategorier att göra detta är enligt WHO (2015) läkare, barnmorskor eller sjuksköterskor.

SRHR i Sverige

Det övergripande målet för SRHR i Sverige är att skapa en bra, jämlik och jämställd sexuell och reproduktiv hälsa i hela befolkningen, vilket ska uppnås med hjälp av flera olika mål och delmål. I målen betonas vikten av att stärka den holistiska synen på information kring sexualitet, relationer, jämställdhet, föräldraskap och familj eftersom förutsättningarna och möjligheterna är olika för individen. För att möjliggöra det krävs en säkerställd kompetens hos yrkesgrupper som arbetar med SRHR, både under utbildning och i form av möjlighet till kompetensutveckling hos redan utbildad personal. Alla personer har rätt till ett respektfullt och inkluderande bemötande, vilket skapar tillit i patientmötet och ger möjlighet till att ha samtal om SRHR för att kunna arbeta hälsofrämjande och förebyggande. Rådgivningen inom dessa frågor bör vara lättillgänglig och anpassad utifrån individen. Delmålet som lyfter abort betonar att abortvården ska vara säker, trygg, anpassas efter individens behov samt finnas med jämlik tillgång över landet (Folkhälsomyndigheten, 2020).

Barnmorskans roll inom abortvården

Kompetensbeskrivningen för legitimerade barnmorskor är utformad av svenska barnmorskeförbundet, som verkar för barnmorskors utveckling inom sitt kompetensområde sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa. Med kompetensbeskrivningen delger förbundet rekommendationer avseende barnmorskans kunskap, färdighet och förhållningssätt. Beskrivningen är tänkt att fungera som ett stöd för såväl barnmorska som arbetsgivare. Barnmorskan ska arbeta utifrån ett etiskt förhållningssätt, arbeta med utveckling och utbildning samt hälsofrämjande och förebyggande inom sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa. Arbetet som barnmorska utgår från aktuella lagar och författningar och ska grundas i vetenskap och beprövad erfarenhet. Yrket ställer krav på självständighet och att arbeta med ett professionellt förhållningssätt. Barnmorskan har kompetens att vårda den friska kvinnan utifrån ett livscyelperspektiv kopplat till sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, samt kompetens att avgöra när något avviker från det normala och då arbeta tvärprofessionellt med andra professioner (Svenska barnmorskeförbundet, 2018). Kompetensbeskrivningen för

barnmorskor grundas på barnmorskans internationella etiska kod, som är utformad av det internationella barnmorskeförbundet, International Confederation of Midwives (ICM). Enligt den etiska koden ska barnmorskan arbeta utifrån människans rätt till autonomi och stärka kvinnors rätt till självbestämmande och rätten att aktivt delta i beslut som rör deras vård (International Confederation of Midwives, 2014a). Det finns ytterligare ett dokument som kompletterar den etiska koden, även det utformat av ICM, som berör den universella filosofin bakom barnmorskans vård, ICM Philosophy of Midwifery Care. Där lyfts att barnmorskeledd vård är grundad i en holistisk människosyn med en förståelse för sociala, känslomässiga, kulturella, psykiska och fysiska skillnader i kvinnors upplevelser. Barnmorskeledd vård sker i partnerskap med kvinnan och är individanpassad, respektfull och jämlik (International Confederation of Midwives, 2014b).

I en svenskbaserad fallstudie undersöktes hur den tvärprofessionella svenska abortvården utvecklats och hur den påverkat tillgängligheten, kvaliteten och vårdupplevelsen. Det framgick att när den formella utbildningen för att handlägga inducerad medicinsk abort kom, utförde redan barnmorskor i Sverige många av de sysslor som innefattas i abortvården. Därför var det naturligt för barnmorskan att ta en mer självständig roll (Endler, Cleeve, Sääv, & Gemzell-Danielsson, 2020). Forskning visar att tidiga medicinska aborter handlagd av barnmorskor är lika effektiva som tidiga medicinska aborter handlagda av läkare. Kvinnorna var dessutom lika nöjda med informationen, stödet och utfallet, oberoende om de träffade en läkare eller barnmorska (Kopp Kallner m.fl., 2015). Enligt Justad-Berg, Eskild och Strøm-Roum (2015) är det vanligt att kvinnor som söker för en abort har gjort en eller flera aborter tidigare, vilket stöds av Socialstyrelsens statistik från 2020, då 45% gjorde en upprepad abort (Socialstyrelsen, 2020b). Enligt SFOG (2018) används inte preventivmedel konsekvent, enligt anvisning eller inte alls hos många av dem som söker för abort. Efter en abort kan ägglossning ske redan efter åtta dagar. Därför är det viktigt att kvinnan som söker för abort får preventivmedelsrådgivning i samband med abortrådgivningen. Vid hemabort kan efterkontroll göras av kvinnan själv som tidigare beskrivits och därför har vården oftast endast en chans för preventivmedelsrådgivning i samband med aborten (SFOG, 2018). Inom området sexuell hälsa ingår det i barnmorskans kompetensområde att informera om abortmetoder, ge vård vid inducerad abort samt identifiera och ge råd vid eventuella komplikationer relaterade till aborten. Barnmorskan ska också ge individanpassad information och råd om preventivmedel, förskriva preventivmedel till friska kvinnor i antikonceptionellt syfte samt sätta in spiraler och p-stav (Svenska barnmorskeförbundet, 2018). Tidigare nämnda studie av Kopp Kallner m.fl. (2015) visar att barnmorskor i högre utsträckning än läkare skriver ut långverkande preventivmedel. Insättande av preventivmedel direkt i samband med aborten minskar risken för upprepad abort, och i jämförelse var långtidsverkande preventivmedel de metoder som minskade risken för upprepad abort mest (Heikinheimo, Gissler, & Suhonen, 2008).

Teoretisk referensram

Som teoretisk referensram för uppsatsen valdes begreppen personcentrerad vård och autonomi då båda begreppen återkommer i litteraturen som berör hemabort. Det ingår även i barnmorskans roll att arbeta individanpassat i partnerskap med kvinnan och stärka hennes autonomi (International Confederation of midwives, 2014a, 2014b).

Personcentrerad vård

Personcentrerad vård är ett vedertaget begrepp i dagens hälso- och sjukvård. Personcentrerad vård handlar om att se personen bakom sjukdomen och på ett respektfullt sätt även tillgodose personens existentiella och känslomässiga behov samt att möjliggöra för personen att känna

sig inkluderad i alla aspekter av vården (Edvardsson & Backman, 2020). En central del inom personcentrerad vård är relationen mellan patient och vårdgivare. Att vara patient innebär att vara i ett trefaldigt underläge; institutionellt, existentiellt och kognitivt. Det institutionella underläget innebär att patienten i vården hamnar långt ner i en hierarkiskt ordnad organisation. Det existentiella underläget är den utsatthet och det lidande det innebär att ha sviktande hälsa, eller på något annat sätt vara i behov av vård. Patienten har även ett underläge kunskapsmässigt, ett kognitivt underläge, eftersom patienten är beroende av vårdgivarens kunskap. Det är betydelsefullt att vårdgivaren bemöter patienten med respekt och ser patienten som en jämlike (Kristensson Ugglå, 2020).

Med ett personcentrerat arbetssätt betraktas patienten som en person, en medmänniska och expert på sin upplevelse och vardag. Patienten bör inte bara informeras, utan i lika hög grad bli lyssnad på och få möjlighet att berätta om hur tillståndet och behandlingen upplevs (Ekman, Lundberg, Lood, Swedberg, & Norberg, 2020, s. 41).

Det är angeläget att identifiera patientens resurser och möjligheter genom att lyssna aktivt. Det lägger grunden för partnerskapet mellan patient och vårdgivare. Hälsoplanen planeras tillsammans med patienten och dokumenteras i journalen. Journalen blir ett dokument över överenskommelsen mellan parterna för den planerade vården (Ekman m.fl., 2020).

Autonomi

Ordet autonomi härstammar från grekiskan och är en sammansättning av orden *auto* och *nomos* som betyder själv och lag. Ordet förknippas med flera olika begrepp såsom oberoende och självständighet men har ofta innebörden självbestämmande. En autonom person fattar beslut utifrån sina egna önskingar och handlar utifrån att få dessa uppfyllda (Sandman & Kjellström, 2018). Patientautonomi innefattar fem delar; att bli sedd som en person, ha möjligheten att agera, skyldighet att ta ansvar för sina egna handlingar, att vara i en process samt återuppbyggande, exempelvis efter att ha förlorat självbestämmandet i och med insjuknande i sjukdom. En person i en vårdande kontext har ökad sårbarhet vilket vården kan bemöta genom att stötta till egenvård, ge psykiskt stöd och tydlig information. Stötta till egenvård kan exemplifieras genom att vårdpersonal finns tillgängliga när eller om de behövs, vilket hjälper personen att behålla sin autonomi (Lindberg, Fagerström, Sivberg, & Willman, 2014). Begreppet relationell autonomi utgår ifrån att människan står i förbindelse till andra människor och besluten som tas påverkas direkt eller indirekt av omgivningen (Larsson & Makenzius, 2021). I en vårdkontext kan omgivningen och relationerna bestå av flera komponenter. Grundkomponenterna är familj, vänner samt vårdpersonal men detta påverkas även av samhällets inställning till kontexten personen befinner sig i samt den personliga utveckling som sker under processen (Shih m.fl., 2018).

Problemformulering

Medicinsk abort är den allra vanligaste abortmetoden och enligt forskning är en tidig medicinsk abort lika säker oavsett om den sker hemma eller på klinik. Abort där misoprostol tas hemma är något som ökar och sedan starten av covid-19 pandemin har det i vissa länder möjliggjorts för att ta både mifepriston och misoprostol hemma, alltså att hela abortprocessen sker i hemmet. Sedan 2020 rekommenderar WHO att en abort upp till graviditetsvecka 12 kan ske i hemmet om kvinnan önskar, under förutsättning att god information, stöd och sjukhusvård finns tillgängligt. Den kvantitativa forskning som gjorts visar även att hemabort är en metod som många kvinnor är nöjda med och skulle välja igen om det blev aktuellt. En

faktor som kan påverka kvinnorna negativt är dock otillräcklig information vilket är associerat med olika biverkningar. En person som genomgår en abort har enligt lagen rätt till stödsamtal av legitimerad personal. I barnmorskans kompetensområde ingår det att förutsättningslöst och med en holistisk människosyn vårda, stötta och stärka kvinnor inom området sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, där abortvården ingår. Att undersöka kvinnors upplevelse av hemabort kan därför vara av värde för barnmorskeprofessionen inför en framtid där abortlagen moderniseras och barnmorskans roll inom abortvården blir mer självständig.

Syfte

Att undersöka kvinnors upplevelse av att genomgå en hemabort.

Metod

Design

En systematisk litteraturöversikt av kvalitativ forskning valdes som metod då den ansågs lämplig för att ge en översikt över befintlig litteratur som berör kvinnors upplevelse av att genomgå en hemabort. Enligt Rosén (2017) rekommenderas en metod med kvalitativ ansats när upplevelsen av ett fenomen ska undersökas. I en systematisk litteraturöversikt sammanställs aktuell forskning som fokuserar på en fråga genom att identifiera, göra urval, granska och sammanställa högkvalitativ forskning (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016).

Urval

En bra forskningsfråga ska bestå av en tydlig fråga som innehåller tre till fyra huvudkomponenter. Forskningsfrågan 'hur upplever kvinnor en genomgången hemabort?' ska besvaras i föreliggande studie. För att identifiera forskningsfrågans komponenter kan akronymen PEOS vara behjälplig. PEOS står för Population, Exposure, Outcome och Study design och används vid kvalitativa frågeställningar (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Modellen PEOS användes för att strukturera upp syftet samt arbeta fram inklusions- och exklusionskriterier vilket redovisas i tabell 1.

Tabell 1. PEOS. Inklusion- och exklusionskriterier.

	Inklusion	Exklusion
People	Gravida personer	Vårdpersonal
Exposure	Hemabort (inducerad på sjukhus samt hemma)	Kirurgisk abort, medicinsk abort på vårdklinik, oövervakad abort
Outcome	Upplevelsen av hemabort	Inställningen till hemabort (ej upplevt)
Study design	Originalartiklar, kvalitativa data, publicerade mellan 2001–2021, skrivna på engelska, etiskt godkända, peer reviewed	Reviewartiklar, kvantitativa data, länder/områden präglade av restriktiv abortlag/religion

För att nå ett relevant urval sattes en begränsning till artiklar publicerade från 2001 och framåt, detta grundades i att utvecklingen av vårdformen hemabort skett under de senaste 20 åren. Originalartiklar med kvalitativa data baserat på personer som genomgått en hemabort, inducerad på klinik eller i hemmet, inkluderades. Det sattes ingen åldersbegränsning på deltagarna för att inte missa någon relevant artikel i databassökningen. Ytterligare kriterier var att artikeln skulle vara skriven på engelska, peer reviewed och etiskt godkänd. Artiklar som berörde aborter enbart utförda inom en klinik, kirurgiskt eller oövervakat exkluderades, även de artiklar som endast berörde deltagarnas inställning till hemabort eller vårdpersonals upplevelse exkluderades. De artiklar som syftade till att undersöka abort i länder eller områden som är starkt präglad av restriktiva abortlagar samt religion (till exempel Ungern, Irland och USAs delstat Texas) exkluderades för att undvika starka yttre faktorer som kunde påverka resultatet.

Datinsamling

Litteraturstudien genomfördes under hösten 2021 med utgång från Göteborgs Universitet och datinsamlingen genomfördes mellan 10–12 november. Databaserna Pubmed, Cinahl och Scopus valdes för datinsamling, då dessa är lämpliga för studier som riktar sig mot området medicin och hälsa (Göteborgs Universitetsbibliotek, uå.) Initialt gjordes en bred databassökning, för att finna relevanta sökord bland ämnesorden som artiklar var taggade med. Utifrån PEO-modellen togs lämpliga nyckelord fram, som sedan översattes och söktes på i Svensk Mesh samt Cinahl headings, två system för ämnessökord. Att använda ämnesord är ett sätt att se till att sökningen blir mer exakt. Svensk mesh används för databasen Pubmed och Cinahl headings används för databasen Cinahl (Karlsson, 2017). För att hitta sökord lämpliga för att inkludera upplevelsen användes Karolinska institutets ordlista med lämpliga mesh-termer (Karolinska institutet, uå.). Sökorden som användes för att konstruera en söksträng presenteras i tabell 2 nedan:

Tabell 2. Sökord använda för konstruktion av söksträng

Mesh-termer	Induced Abortion, Patient centered care, Patient acceptance of health care, healthcare patient acceptance, drug-induced abortion
Cinahl headings	Induced abortion, patient centered care, patient autonomy
Fritextsökord	Home abortion, medical abortion, emotion, support, experience, feeling, view, home, domestic

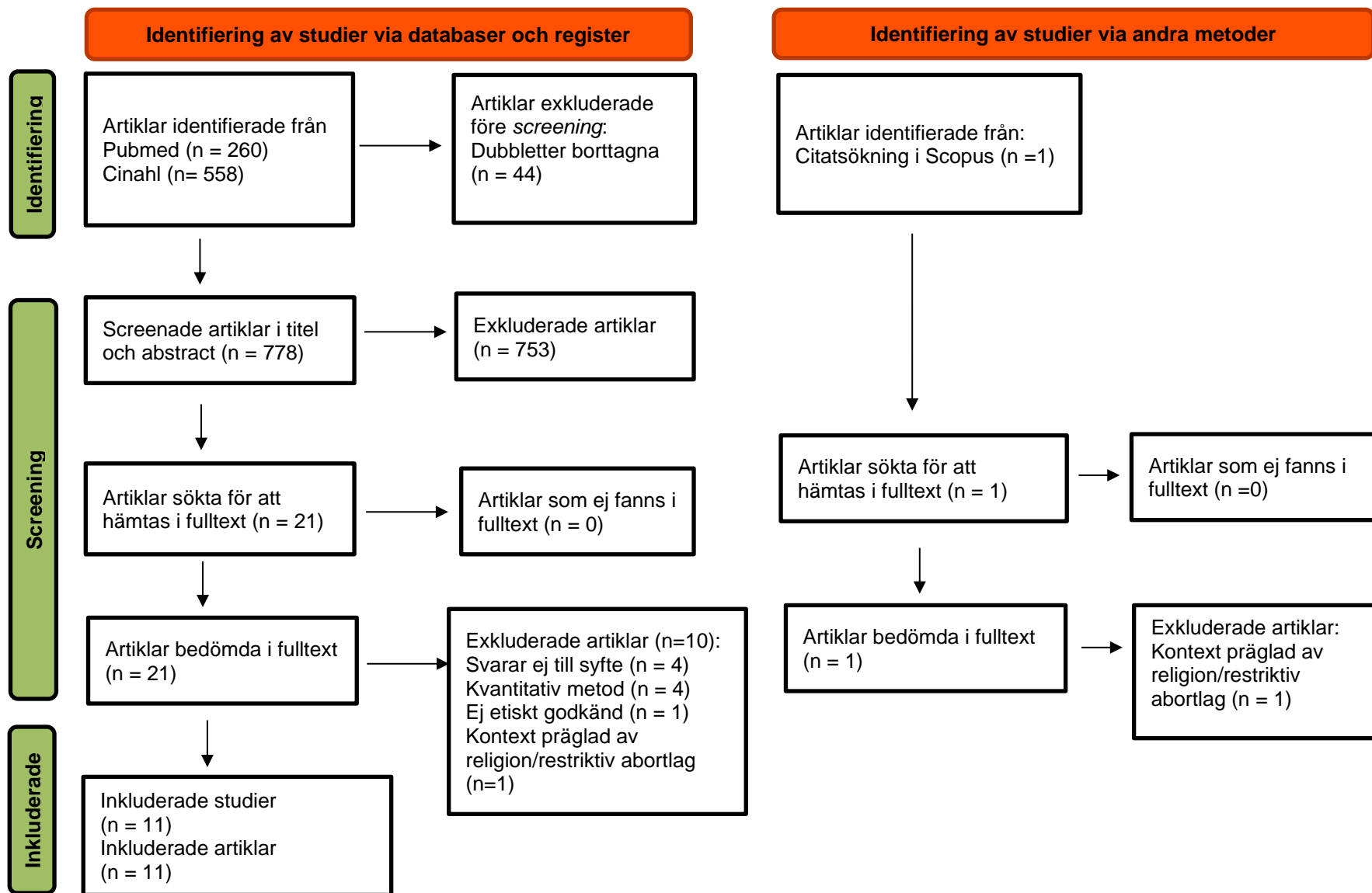
Utifrån valda sökord skapades söksträngar, vilka presenteras i tabell 3. Utifrån råd från bibliotekarie på universitetsbiblioteket lades fritextorden home och domestic till i Pubmed för att säkerställa att hemabort inkluderades. Då inkluderades automatiskt söktermen “domestic animals”, vilket utslöts genom att använda booleska operatören NOT. Övriga booleska operatorer som användes var OR och AND. Home och domestic lades även till på söksträngen i CINAHL, men träffarna blev då för få och genererade inga nya artiklar varvid dessa sökord utslöts. Trunkeringar användes för att inkludera olika ändelser på ord och generera en bred sökning. För att säkerställa kvaliteten på forskningen lades begränsningen peer reviewed och research article till i CINAHL, de inställningarna finns inte i Pubmed men i den databasen är alla publicerade originalartiklar peer reviewed (Karlsson, 2017).

Tabell 3. Söksträngar använda i databaser

Datum	Databas	Söksträng	Begränsningar (Limits)	Antal träffar
10/11	Pubmed	((((emotion* OR support OR Patient acceptance of health care OR healthcare patient acceptance OR Patient centered care OR experience* OR feeling* OR view*) AND (induced Abortion OR drug-induced abortion OR "home abortio*" OR "medical abortio*")) AND (home OR domestic)) NOT (animal, domestic OR animals OR domestic animals)	Från 2001	260
10/11	Cinahl	induced, abortion OR "medical abortio*" OR "home abortio*" AND support OR patient autonomy OR experience OR feeling* OR view* OR emotion* OR Patient Centered Care	Från 2001 Peer reviewed Research article	558

Urvalsprocess

Efter att databassökningen resulterat i 778 artiklar gjordes en första gallring genom genomläsning av titel och abstract, vilket resulterade i 21 artiklar att läsa i fulltext. En sekundärsökning gjordes i Scopus på varje artikels referens- och citeringslista för att ej missa en relevant artikel och säkerställa en bred sökning (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Scopussökningen genererade en ny artikel som inkluderades till urvalet. Övriga relevanta artiklar funna i referens- och citeringslistor var redan inkluderade från primärsökningen, vilket tolkades som att sökningarna i Pubmed och Cinahl varit uttömmande. Urvalet resulterade således i 22 artiklar att läsa i fulltext, de delades upp på två och lästes elva och elva av respektive uppsatsskrivare. Artikelurvalet baserades på inklusion- och exklusionskriterier samt syfte. De artiklar som valdes bort lästes av båda för att undvika bias. Elva artiklar svarade till syftet. Två av dessa innehöll både kvalitativa och kvantitativa data men då artiklarna svarade väl till syftet beslutades att inkludera den kvalitativa datan till resultatet. En annan artikel undersökte både män och kvinnors upplevelse av hemabort, där valdes endast delen med kvinnors upplevelse ut. Av de artiklar som valdes bort var två artiklar påverkade av religion/strikta abortlagar, fyra artiklar svarade ej till syftet, fyra artiklar var av kvantitativ metod och en var ej etiskt godkänd. Exkluderade artiklar presenteras i bilaga 1. Flödesschemat PRISMA i figur 2 ger en översikt på hur urvalsprocessen genererat de elva resultatartiklarna (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016).



Figur 2. Flödesschema över inkluderade artiklar (Page m.fl., 2021).

Kvalitetsgranskning

För kvalitetsgranskning valdes en validerad granskningsmall av Caldwell, Henshaw och Taylor (2011) som kan användas både för kvalitativ och kvantitativ forskning. En kvalitetsgranskning är grundläggande i en litteraturöversikt då skillnader i kvalitet kan påverka bedömningen av resultatet. Hur tillförlitligt ett resultat i en litteraturöversikt är påverkas alltså av kvaliteten på de inkluderade artiklarna (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). I Caldwell's granskningsmall bedöms kvaliteten utifrån 18 frågor som berör kvalitet på olika sätt, se bilaga 2. Varje fråga bedöms med poäng. Nej= 0 poäng, delvis= 1 poäng, ja= 2 poäng. Totalpoängen en artikel kan erhålla är 36 poäng (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Poängsumman utvisade vilken kvalitet som artikeln bedömdes ha; poängsumma på 32 poäng eller mer gav hög kvalitet, 27–31 poäng gav medelhög kvalitet, och under 27 poäng gav låg kvalitet. Om en artikel fick under 20 poäng skulle den exkluderas enligt exempel ur Bettany-Saltikov & McSherry (2016).

Kvalitetsgranskning ska enligt Rosén (2017) utföras av två oberoende granskare. Därav granskades artiklarna först enskilt, sedan fördes en gemensam diskussion och jämförelse innan den slutgiltiga bedömningen gjordes. Fyra artiklar bedömdes ha medelhög kvalitet och sju av artiklarna bedömdes ha hög kvalitet, alla artiklar inkluderades således till dataanalys. Sammanställning av poängen för kvalitetsgranskningen presenteras i bilaga 2.

Dataanalys

Dataanalysen är inspirerad av Bettany-Saltikovs och McSherrys (2016) nio steg för dataanalys. Analysen inleddes med att resultatdelen i varje artikel lästes igenom flera gånger för att få en grundlig förståelse för deltagarnas upplevelser och bilda en uppfattning om de perspektiv som presenteras. I det inledande steget delades artiklarna upp mellan författarna och meningar eller stycken som besvarade syftet markerades och extraherades från artikeln till en gemensam tabell. För att göra datan spårbar noterades det från vilken sida, kolumn och rad i artikeln stycken extraherades från. När data extraherats från alla artiklar gjordes en öppen kodning för att beskriva de extraherade textenheternas innehåll och exkludera överflödiga ord (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Koderna jämfördes och utifrån likheter och olikheter i kodningen sammanställdes mer sammanfattande underkategorier. Underkategorier som hörde ihop samlades under bredare huvudkategorier. För att säkerställa kvalitet och undvika bias utvecklades under- och huvudkategorierna var för sig innan de jämfördes sinsemellan, utifrån rekommendation av Bettany-Saltikov och McSherry (2016). När huvudkategorier skapats lästes allt material igenom gemensamt och diskuterades för att säkerställa att ingen data missats. Därefter färgkodades varje huvudkategori för att lättare få en överblick över den extraherade datan. Ett utdrag från analysprocessen visas nedan i tabell 4. Inkluderade artiklar är markerade med * i referenslistan och en sammanfattning presenteras i bilaga 3.

Tabell 4. Utdrag ur analysprocessen.

Purcell, C., Cameron, S., Lawton, J., Glasier, A., & Harden, J. (2017). Self-management of first trimester medical termination of pregnancy: A qualitative study of women's experiences.						
Sida	Kolumn	Rad	Extraherade data och översättning	Koder	Under-Kategori	Huvud-kategori
2003	2	20	Some women also preferred to go home because they felt uncomfortable about the hospital TOP [termination of pregnancy] service's location adjacent to maternity services, and were worried about being judged by service users Vissa kvinnor föredrog också att åka hem eftersom de kände sig obekväma då sjukhusets TOP-tjänst [abortklinik] låg i anslutning till mödravården, och var oroliga för att bli dömda av de patienter som gick dit.	Obekvämt med att abortkliniken låg vid mödravården Oroliga för att bli dömda av andra patienter	Bevarande av integritet	Hemmets bekvämlighet

Etiska överväganden

Forskning som håller hög kvalitet bör vara granskad av ett etiskt råd då det visar på professionalitet och god forskningsstandard (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Det finns olika etiska koder och riktlinjer för forskning. En är Nürnbergkodexen som innefattar att inga deltagare i studier får skadas och att informerat samtycke inhämtas. Den mest betydande när det kommer till medicinsk forskning är dock Helsingforsdeklarationen. En grundsten i deklarationen är att behovet av ny kunskap ska ställas i relation till deltagarnas hälsa och intresse samt att forskning bör granskas avseende etik av en oberoende person (Kjellström, 2017). Studierna som inkluderades i litteraturöversikten var etiskt godkända av ett etiskt råd och alla deltagare hade givit ett informerat samtycke om deltagande. I tre av studierna deltar minderåriga och i en av dessa studier hade föräldrarna givit samtycke. Datan som samlades in i studierna avidentifierades och gick ej att spåra tillbaka till individen.

Etiska övervägande kopplat till forskning är något som bör reflekteras över genomgående under arbetsprocessen av ett examensarbete, från val av ämne till rapportering av resultat. Det är av vikt att reflektera över vem forskningen är värdefull för, om nyttan överväger risken och om hänsyn tas till autonomiprincipen (Kjellström, 2017). Att göra en litteraturöversikt av kvinnors upplevelse av hemabort bedömdes ej utgöra en risk för skada. Snarare syftar litteraturöversikten till att stärka kunskapsläget kring kvinnors upplevelse av hemabort vilket kan vara till hjälp och stärka kvinnors autonomi i en framtida eventuell utökning av hemabort som vårdform.

Det finns en förförståelse hos författarna kring att hemabort är en metod som uppskattas av de som gör en abort och att det kan göra kvinnan mer delaktig. Under granskning och tolkning av resultatet har förförståelsen eftersträvat att läggas åt sidan. Båda författarna till föreliggande studie har praktiserat en dag på abortklinik under barnmorskeutbildningen, men ingen har tidigare arbetserfarenhet inom specifikt abortvård.

Resultat

Studierna omfattar totalt 480 deltagare vilka utgår från sju olika länder, Sverige (n=3), Norge (n=1), Storbritannien (n=3), Kanada (n=1), Indien (n=1), USA (n=1) och Australien (n=1). Studierna är publicerade mellan 2009–2021. Resultatet är en sammanställning av elva artiklar som undersöker upplevelsen av att genomgå en hemabort. Definitionen av hemabort och var administrering av mifepriston och misoprostol sker skiljer sig till viss del mellan land och år, vilket presenteras nedan i tabell 5.

Tabell 5. Länder samt abortregim i inkluderade studier.

Land	Artiklar	Abortregim
Sverige	<p>Hedqvist, M., Brolin, L., Tydén, T., & Larsson, M. (2016). Women's experiences of having an early medical abortion at home.</p> <p>Makenzius, M., Tydén, T., Darj, E., & Larsson, M. (2013). Autonomy and dependence--experiences of home abortion, contraception and prevention.</p> <p>Kero, A., Wulff, M., & Lalos, A. (2009). Home abortion implies radical changes for women.</p>	<p>Mifepriston på klinik, misoprostol hemma</p> <p>Mifepriston på klinik, misoprostol hemma</p> <p>Mifepriston på klinik, misoprostol hemma</p>
Norge	<p>Bjerkholt Aamlid, I., Dahl, B., & Sommerseth, E. (2021). Women's experiences with information before medication abortion at home, support during the process and follow-up procedures - A qualitative study.</p>	<p>Mifepriston på klinik, misoprostol hemma</p>
Storbritannien	<p>Boydell, N., Reynolds-Wright, J. J., Cameron, S. T., & Harden, J. (2021). Women's experiences of a telemedicine abortion service (up to 12 weeks) implemented during the coronavirus (COVID-19) pandemic: a qualitative evaluation.</p> <p>Harden, J., Ancian, J., Cameron, S., & Boydell, N. (2021). Women's experiences of self-administration of misoprostol at home as part of early medical abortion: a qualitative evaluation.</p> <p>Purcell, C., Cameron, S., Lawton, J., Glasier, A., & Harden, J. (2017). Self-management of first trimester medical termination of pregnancy: a qualitative study of women's experiences.</p>	<p>Mifepriston och misoprostol hemma</p> <p>Mifepriston på klinik, misoprostol hemma</p> <p>Mifepriston och misoprostol på klinik</p>
Kanada	<p>LaRoche, K. J., & Foster, A. M. (2020). "It gives you autonomy over your own choices": A qualitative study of Canadian abortion patients' experiences with mifepristone and misoprostol.</p>	<p>Mifepriston och misoprostol hemma</p>
Indien	<p>Iyengar, K., Klingberg Allvin, M., Iyengar, S. D., Danielsson, K. G., & Essén, B. (2016). "Who Wants to Go Repeatedly to the Hospital?" Perceptions and Experiences of Simplified Medical Abortion in Rajasthan, India.</p>	<p>Mifepriston på klinik, misoprostol hemma</p>

USA	Cappiello, J., Merrell, J., & Rentschler, D. (2014). Women's experience of decision-making with medication abortion.	Mifepriston på klinik, misoprostol hemma
Australien	Fix, L., Seymour, J. W., Sandhu, M. V., Melville, C., Mazza, D., & Thompson, T.-A. (2020). At-home telemedicine for medical abortion in Australia: a qualitative study of patient experiences and recommendations.	Mifepriston och misoprostol hemma

Under dataanalysen framkom tre centrala huvudkategorier och nio underkategorier som beskrev kvinnors upplevelser av att genomgå en abort i hemmet. Dessa kategorier redovisas nedan i tabell 6.

Tabell 6. Huvudkategorier och underkategorier

Huvudkategori	Underkategori
Hemmets trygghet	Bekvämt att vara hemma Känsla av kontroll Bevarande av integritet Att få göra ett eget val
Behovet av stöd och information	Professionellt stöd och information Stöd från anhörig Bristande stöd och information
En påfrestande abortprocess	Att inleda aborten – ambivalenta känslor Att slutföra aborterna – obehagligt men en lättnad

Hemmets trygghet

Bekvämt att vara hemma

Möjligheten att abortera i trygghet i sitt eget hem var en stark bidragande faktor till val av metod, vilket framkom i alla studier utom en (Boydell m.fl., 2021; Cappiello m.fl., 2014; Fix m.fl., 2020; Harden m.fl., 2021; Hedqvist m.fl., 2016; Iyengar m.fl., 2016; Kero m.fl., 2009; LaRoche & Foster, 2020; Makenzius m.fl., 2013; Purcell m.fl., 2017). Hemmet beskrevs som en bekväm miljö jämfört med sjukhus eller klinik som förväntades vara en mer steril och opersonlig miljö. Dessutom fanns det ett behov av att inte behöva förhålla sig till andra okända människor under den här privata upplevelsen och hemmet möjliggjorde även för anhöriga att vara mer närvarande och stöttande (Harden m.fl., 2021; Kero m.fl., 2009; LaRoche & Foster, 2020; Makenzius m.fl., 2013). En egen välbekant miljö gav tröst och hemmet erbjöd en bekvämlighet i form av att ligga i sin egen säng eller soffa, välja kläder fritt och kunna ha toalett och dusch för sig själv (Boydell m.fl., 2021; Fix m.fl., 2020; Harden m.fl., 2021; Kero m.fl., 2009; Purcell m.fl., 2017).

Vi gjorde vardagsrummet till en stor mjuk kudde och bara låg på den här stora soffsängen (Harden m.fl., 2021, s. 147).

Vad de sa var att – och jag höll med - 'Du känner dig säkert bekvämare hemma. [...] Du kan göra det i en sjukhusmiljö... 'Men 100% att jag hellre är hemma med en tv och någon glass. Det är bra att ha valmöjligheterna, men du är definitivt mycket mer bekväm hemma i din egen säng (Purcell m.fl., 2017, s. 2003).

Bekvämligheten yttrade sig även i en logistikmässigt betydelsefull aspekt, där kvinnorna beskrev fördelen med att inte behöva arrangera barnvakt och åka långa upprepade resor till en klinik (Boydell m.fl., 2021; Cappiello m.fl., 2014; Fix m.fl., 2020; Iyengar m.fl., 2016). I studien från Indien var enkelheten i att endast besöka kliniken en gång något som uppskattades särskilt då många av kvinnorna bodde på landsbygden, hade svårt att lösa logistiken med skjuts och kollektivtrafik och dessutom i vissa fall behövde ha någon som följde med dem. De nämnde också fördelen med att kunna sköta sina hushållssysslor som vanligt, vilket för vissa var sammankopplat med att de behövde be om lov eller uppgä en anledning till att lämna hemmet (Iyengar m.fl., 2016)

Känsla av kontroll

Behovet av att ha kontroll återkom ur olika aspekter och en fördel med medicinsk abort var att kvinnorna själva kunde styra sin tid, vilket ökade kontrollen. Eftersom misoprostol kan administreras inom ett tidsintervall av 24–48 timmar (i vissa studier upp till 72h) kunde kvinnorna själva påverka val av tidpunkt för aborten och exempelvis lägga den på en tid då de inte arbetade eller hade andra åtaganden och kunde säkerställa stöd av anhörig (Boydell m.fl., 2021; Cappiello m.fl., 2014; Fix m.fl., 2020; Harden m.fl., 2021; Hedqvist m.fl., 2016; Makenzius m.fl., 2013). I studierna där mifepriston och mifepristol togs i hemmet skedde all kontakt med vården via telefon på en tid som kvinnan själv kunde styra, vilket möjliggjorde för kvinnorna att hinna ordna med barnvakt så de kunde prata ostört. Eftersom de även valde plats för samtalet bidrog det till en känsla av trygghet och ökad kontroll vilket underlättade för dem att öppna upp sig och vara ärliga med eventuell oro (Boydell m.fl., 2021; Fix m.fl., 2020; Harden m.fl., 2021). I studien av Boydell m.fl. (2021) kunde kvinnorna välja mellan att själv hämta ut medicinerna på apotek eller få dem hemskickade med bud vilket vissa ansåg bekvämt, men majoriteten valde att hämta ut dem själv. En anledning var att det gick fortare att hämta ut själv men det var också en trygghet att veta att ingen annan än en själv hanterade tablettorna, då det fanns en oro över att det budade paketet skulle identifieras som abortmedicin. Genom att hämta ut dem själv fick de kontroll över processen (Boydell m.fl., 2021). Tillgänglighet till abort gav en känsla av kontroll, vilken sviktade när kvinnorna fick vänta på tid eller inte visste när aborten kunde bli av. Det var psykiskt påfrestande att ha aborten hängande över sig (Cappiello m.fl., 2014; Hedqvist m.fl., 2016; Makenzius m.fl., 2013).

Bevarande av integritet

Möjligheten att göra aborten i hemmet gav kvinnorna högre grad av sekretess och bevarade deras integritet. Flera uttryckte att aborten var en privat angelägenhet som de helst ville hantera avskilt (Fix m.fl., 2020; Iyengar m.fl., 2016; Kero m.fl., 2009; LaRoche & Foster, 2020; Purcell m.fl., 2017). Att gå igenom en medicinsk abort med blödning och smärta kunde vara väldigt blottande och vissa kvinnor beskrev en känsla av skam över att behöva bli iakttaga av främlingar när de gick igenom en sådan utlämnande process (Purcell m.fl., 2017). Vissa upplevde det påfrestande att behöva svara på personalens frågor om hur det går och upprätthålla en trevlig fasad utåt, då var det lättare att slappna av hemma och bara vara sig själv. Inför en partner kunde kvinnorna vara mer ärliga med sina känslor, utan att vara rädd för att bli dömda för det (Harden m.fl., 2021; Makenzius m.fl., 2013). Flera kvinnor upplevde

också att deras partner blev lugnare hemma, var mer involverad och hade lättare att uttrycka sina känslor kring processen (Kero m.fl., 2009; Makenzius m.fl., 2013).

Det är något tröstande i att kunna göra processen när det passar. Att styra sin egen tid, att ha möjligheten att välja när det ska hända. Det ger dig autonomi över dina egna val, och jag tycker att det ger dig ett ansvar också. Du vet, du tar det själv; du gör beslutet själv. Och det var något mer...det var bara en lättnad att kunna göra den andra delen med min partner, och jag behövde inte oroa mig över att träffa någon jag känner, eller att någon skulle kliva in. Du vet, jag hade möjligheten att göra det hemma i lugn och ro vilket jag uppskattade (LaRoche & Foster, 2020, s. 63).

I vissa fall fanns det även ett behov av att hemlighålla aborten vilket var lättare hemifrån när kvinnorna själva kunde styra över när de skulle ta sin medicin. Somliga ville dölja aborten för familjemedlemmar och kunde då välja en tid när de var själva hemma. Andra ville dölja aborten för sin arbetsgivare och kunde anpassa tiden för aborten till när de var lediga (Harden m.fl., 2021). I studien från Indien beskrev kvinnorna hur sekretessen brast om de behövde åka upprepade gånger till en klinik eftersom många hemlighöll aborten för familjemedlemmar som de delade hushåll med. De var även rädda för att någon skulle hindra dem om de blev påkomna, därför var det fördelaktigt att endast behöva besöka kliniken en gång (Iyengar m.fl., 2016).

I två av studierna från Storbritannien var flera kvinnor obekväma med att visa sig på en klinik då de var rädda över att behöva konfronteras med andra patienter och riskera att bli dömda för sitt val, särskilt om kliniken låg i anslutning till mödravård eller förlossning (Boydell m.fl., 2021; Purcell m.fl., 2017). Konsultation och rådgivning via telefon var ett uppskattat sätt för att upprätthålla sekretess och bevara sin integritet. Det var även fördelaktigt för dem som hade svårt för fysisk kontakt eller blev obekväma i mötet med vården. Flera nämnde att det var lättare att slappna av och kunna ställa sina frågor via telefon samt anteckna vad vårdpersonalen informerade om. Vid tillfrågan om eventuellt videosamtal önskade majoriteten helst ett vanligt telefonsamtal eftersom de inte ville synas i bild (Boydell m.fl., 2021).

...det är mycket bekvämare och när det gäller sekretess är det lite mer, jag vet inte, jag använder ordet hemlighet, du behöver inte bli sedd när du går in på en klinik [...] Så jag tror att det är ganska bra att det kan göras via telefon i bekvämligheten av ditt eget hem (Boydell m.fl., 2021, s. 1757).

I en av studierna från Storbritannien beskrivs hur nedstängningen av samhället under Covid-19 pandemin kunde vara en utmanande faktor. Det var svårt för kvinnorna att gå undan någonstans enskilt för att prata i telefon, särskilt de som bodde trångt. För vissa var dock regleringarna under pandemin en fördel då det innebar att de arbetade hemma och kunde utföra aborten samtidigt, vilket inte hade varit möjligt om de hade behövt vara på plats på jobbet (Boydell m.fl., 2021).

Att få göra ett eget val

Flera nämnde en lättnad över att inte behöva gå igenom en operation då det beskrevs som mer invasivt jämfört med en medicinsk abort vilken ansågs mer naturligt för kroppen (Cappiello m.fl., 2014; LaRoche & Foster, 2020; Makenzius m.fl., 2013). Det var dock betydelsefullt att det fanns en tillgång till olika abortmetoder och att kvinnan kunde göra ett eget val. Många kvinnor upplevde att hemabort var en metod som passade dem men underströk att det var av

vikt att det gjordes individuella bedömningar då det kanske inte passar alla (Boydell m.fl., 2021; Iyengar m.fl., 2016; Kero m.fl., 2009). När vårdpersonalen inte la fram förslaget om hemabort på ett neutralt sätt kunde det påverka kvinnan i val av metod och bidra till att hon inte vågade uttrycka sin önskan.

Läkaren sa att 10 procent gör det [aborten] på sjukhus och 90 procent hemma, ... och då kände jag att valet inte riktigt var mitt, jag ville inte säga att jag övervägde att göra det på sjukhus (Makenzius m.fl., 2013, s. 572).

Vissa kvinnor upplevde att de inte blivit tillfrågade om de önskade göra hemabort, utan att det snarare hade presenterats som en standardbehandling. De som hade föredragit en sjukhusbaserad vård, men inte upplevde att de fått göra valet, fick en sämre abortupplevelse (Purcell m.fl., 2017). I den norska studien av Bjerkholt Aamlid m.fl. (2021) reflekterade vissa kvinnor över om medicinsk abort mest var fördelaktigt för kvinnan eller om vården föredrog metoden på grund kostnadseffektivitet.

Behovet av stöd och information

Professionellt stöd och information

Att erhålla lättförståelig och utförlig information kring abortprocessen samt råd och stöd från vårdpersonal vid behov var centralt för att få en bra upplevelse kring sin hemabort (Boydell m.fl., 2021; LaRoche & Foster, 2020; Purcell m.fl., 2017). Många kvinnor upplevde att personalens bemötande var professionellt och respektfullt vilket fick dem att känna sig omhändertagna och trygga. I mötet med vården var det angeläget att inte bli dömd för sitt val (Boydell m.fl., 2021; Hedqvist m.fl., 2016; Makenzius m.fl., 2013). Att få information och en genomgång av hela abortprocessen var av betydelse för kvinnorna för att själva kunna bedöma förloppet. Många uppskattade att ta del av informationen både muntligt och skriftligt. Genom att få en beskrivning av vad som var normalt och när det avvek från det normala fick kvinnorna en bättre förståelse för när de borde uppsöka vård (Boydell m.fl., 2021; Purcell m.fl., 2017). När upplevelsen stämde överens med den information som givits av vårdpersonalen var det lättare att hantera situationen. Om upplevelsen inte stämde överens med vårdens beskrivning kunde det skapa en osäkerhet och då var telefonrådgivning till hjälp:

Jag ringde dem [...] och sa `är det här [den pågående smärtan] normalt? Jag vet att ni gav mig smärtlindring men jag förväntade mig att de skulle behövas första dagen, inte så många dagar efteråt`. Och de sa `det är helt normalt [...] det är ingen fara`. Så då blev jag återigen lugn (Purcell m.fl., 2017, s. 2005).

Tillgång till telefonrådgivning var något som ökade tryggheten, även om tjänsten inte nyttjades av alla så underlättade det och veta att den fanns (Bjerkholt Aamlid m.fl., 2021; Purcell m.fl., 2017). Många av de frågor som besvarades vid telefonrådgivningen berörde hantering av mediciner samt upplevelsen av smärta och blödning (Harden m.fl., 2021). Vissa önskade ett större professionellt stöd, snarare än stöd från anhöriga, då de upplevde det svårt att skilja normalt från onormalt vilket skapade en oro (Cappiello m.fl., 2014; Harden m.fl., 2021).

Rutinen kring uppföljning såg olika ut i de olika studierna. Vissa blev erbjudna uppföljning men tackade nej och andra fick inte frågan men hade uppskattat ett återbesök då det fanns ett behov av att få prata igenom upplevelsen med någon professionell (Bjerkholt Aamlid m.fl., 2021; Hedqvist m.fl., 2016; Makenzius m.fl., 2013). De som hade uppföljning i form av ett

telefonsamtal var generellt sett nöjda med det och kände att de fick sina behov uppfyllda (Fix m.fl., 2020; Hedqvist, Brolin, Tydén, & Larsson, 2016). För många innebar efterkontrollen att själv ta ett graviditetstest i hemmet några veckor efter aborten. De flesta uppskattade metoden då det var ett enkelt sätt att se om aborten var komplett och det besparade dem ett extra besök på sjukhus eller klinik. Det fanns en viss oro över att hantera testen självständigt och lita på dess utfall. Samtidigt bekräftade kvinnorna att testet var väldigt enkelt att hantera själv. Alla kände inte behov av att ta testet då de utgick från att graviditeten var avslutad när deras graviditetssymtom försvann och blödningen minskade (Iyengar m.fl., 2016; Purcell m.fl., 2017).

Stöd från anhörig

Många av kvinnorna hade under abortprocessen stöd av sin partner, en vän eller annan familjemedlem (Harden m.fl., 2021; Iyengar m.fl., 2016; Purcell m.fl., 2017). Att ha en anhörig nära sig som stöttning upplevde många gav ett bättre emotionellt stöd än vad vården kunde erbjuda (Cappiello m.fl., 2014).

Att vara hemma utan något som störde. Det här var något mellan mig och min partner, vi kunde vara i det tillsammans, utan att dela det med massa andra personer som vi inte kände ... på sjukhus (Makenzius m.fl., 2013, s. 572).

Kvinnorna upplevde att det var lättare att hantera smärta och blödning om de fick kontinuerligt stöd. Att ha någon nära sig innebar också en trygghet då de snabbt kunde få hjälp till sjukhus om behovet uppstod (Iyengar m.fl., 2016; Makenzius m.fl., 2013). Vissa föredrog dock att vara helt själva, vilket möjliggjordes av hemabort, trots att det var emot rekommendationerna (Harden m.fl., 2021; Purcell m.fl., 2017).

Bristande stöd och information

Vissa kvinnor upplevde att informationen kring smärta, blödning och utstötning av graviditetsrester var otillräcklig. De upplevde att de inte fått tillräcklig beskrivning av blödningens omfattning och att smärtans intensitet var underdriven. Det var svårt att själv bedöma vilken blödningsmängd som var i överkant (Bjerkholt Aamlid m.fl., 2021; Hedqvist m.fl., 2016; Kero m.fl., 2009; LaRoche & Foster, 2020; Makenzius m.fl., 2013). De kvinnor som hade sett tydliga graviditetsrester eller kunnat identifiera ett foster hade inte varit beredda på det och blev illa berörda. De önskade tydligare information från vården kring att det kunde hända och hur det då kunde se ut (Bjerkholt Aamlid m.fl., 2021; Hedqvist m.fl., 2016; Kero m.fl., 2009).

I studien av Bjerkholt Aamlid m.fl. (2021) uttryckte kvinnor att det var oansvarigt av vården att tillåta en hemabort på grund av smärtans intensitet. De upplevde att de fått otillräcklig smärtlindring med sig hem och att det hade varit mycket lättare att hantera smärtan med kontinuerligt stöd av vårdpersonal. Kvinnorna hade även önskat ett stödsamtal efter aborten med fokus på psykisk hälsa och inte bara fysiska symtom. I samma studie beskrev flertalet kvinnor att de hade önskat ett varmare och mer personligt bemötande från vården eftersom de kände sig sårbara och utsatta. De hade velat känna mer stöd och bekräftelse i beslutet de tagit, särskilt eftersom många hade känslor av skuld och skam. Många tyckte att informationen var otillräcklig och hade uppskattat om personalen frågat om deras förståelse och vad de visste om abort, då hade det varit lättare att formulera frågor. Vid det inledande besöket fick de ett nummer att ringa om de hade frågor eller blödde mer än förväntat, trots att de upplevde flera hinder mot att ringa och hade hellre föredragit att vården tog kontakten.

Min erfarenhet var blandad. Jag kände mig trygg hemma på grund av den trygga miljön, men samtidigt kände jag mig osäker eftersom jag saknade närvaron av vårdpersonal. Någon som förstod vad som pågick, som jag kunde ställa frågor till och som kan hjälpa mig att utvärdera situationen. Det var svårt att vara utan professionell hjälp (Bjerkholt Aamlid, Dahl, & Sommerseth, 2021, s. 3).

Kvinnor i den Australiensiska studien beskrev hur de önskade tydligare information kring handläggningen av inkomplett abort och riskerna för att behöva gå igenom en vakuumaspiration. De kvinnor som behövt göra en aspiration var fortfarande nöjda med den valda abortmetoden, men hade velat veta på förhand att risken fanns att behöva komplettera med en operation (LaRoche & Foster, 2020).

En påfrestande abortprocess

Att inleda aborten – ambivalenta känslor

För kvinnorna i studien av Boydell m.fl. (2021) gjordes inget rutinemässigt ultraljud före aborten om deltagarna var säkra på när de hade sin senaste menstruation och inte visade tecken på eller hade riskfaktorer för extrauterin graviditet. De deltagare som ej gjorde ultraljud var trygga med den handläggningen. En kvinna beskrev tacksamhet över att inte behöva genomgå ett ultraljud, då hon vägde fördelar mot nackdelar med att behålla graviditeten och hon trodde att ett ultraljud hade gjort beslutet svårare. De som föredrog att inte göra ett ultraljud beskrev hur ultraljudet påminde dem om en efterlängtd graviditet där fokus ligger på barnet i magen och en situation som bör omgärdas av lyckliga känslor. Att gå igenom ett ultraljud hade varit för emotionellt påfrestande. Liknande åsikter beskrevs i studien av Hedqvist m.fl. (2016) där några kvinnor erhöll en ultraljudsbild efter konstaterande av graviditetslängd, vilket fick dem att känna sig mycket obekväma.

Kvinnorna beskrev existentiella känslor kring att starta aborten och svälja den inledande mifepriston-tabletten. För många var det den tuffaste delen av aborten och svårare än själva utstötningen eftersom mifepriston var den definitiva handlingen, oåterkalleligt och något som aktivt avslutade fostrets liv (Kero m.fl., 2009; Makenzius m.fl., 2013). I studien av Kero m.fl. (2009) beskrevs hur dessa tankar uppstod trots att beslutet kändes rätt och att svälja tabletten gav därför upphov till motstridiga känslor. Det var både svårt och ledsamt men också skönt att påbörja processen. Majoriteten beskrev dock en lättnad över att få komma igång och upplevde inga speciella känslor, vilket kunde komma som en överraskning. Vidare beskrevs hur uppstarten av aborten kändes som en absurd situation eftersom vårdpersonal hade iakttagit dem när de tog mifepriston. Det framkom ett behov av avskildhet när mifepriston skulle tas, och för vissa att endast dela den stunden med sin partner (Kero m.fl., 2009). Deltagarna i studien av Harden m.fl. (2021) fick välja om de ville administrera nästa steg av aborten, misoprostol, vaginalt eller under tungan och båda metoderna valdes av näst intill lika antal. De som valde att lägga tabletterna under tungan upplevde det som en tryggare metod då de kände en osäkerhet kring självständig vaginal administrering av rädsla att tabletterna skulle trilla ut. Bland de som valde vaginal administrering uppgav flera det som enkelt och liknade det vid att sätta in en tampong (Harden m.fl., 2021). Upplevelsen av vaginal administrering berördes även i studien av Purcell m.fl. (2017) där kvinnorna tog misoprostol vaginalt på klinik, men fick erbjudande om att göra det själv, vilket majoriteten valde och uppskattade. Vissa var dock osäkra och ville hellre att sjuksköterskan skulle göra det. I samma studie, där både mifepriston och misoprostol togs på klinik ifrågasattes det korta besöket endast för administrering av misoprostol.

Varför måste det ta så lång tid om jag stoppar upp tablettorna själv? [...] Varför kan de inte ge dig dem på den dagen och säga 'imorgon, för upp de här fyra tablettorna i dig'? Att bara gå in och göra det där i fem minuter verkar meningslöst enligt mig (Purcell m.fl., 2017, s. 2003).

De kvinnor som tog båda medicinerna på klinik kunde uppleva biverkningar och symtom under resan hem. För vissa var symtomen en liten sak att hantera, de såg det som nödvändigt och något de fick gå igenom för att ta sig hem. Andra upplevde en känsla av rädsla, oro och utsatthet. Särskilt besvärande var det för dem som var tvungna att åka kollektivtrafik, med symtom som smärta och blödning (Purcell m.fl., 2017).

Att slutföra aborten – obehagligt men en lättnad

Väntan på att själva aborten skulle starta beskrev många kvinnor som ingen speciell känsla, det kunde vara konstigt att vänta men inte otäckt. Det var skönt att processen var påbörjad. Vissa var dock väldigt otåliga och mådde dåligt av varje stund som de fortsatte att vara gravida. De var även oroliga över själva utstötningen, hur lång tid det skulle ta och hur ont det skulle göra. De visste inte vad de skulle förvänta sig. Känslor som yttrades var även sorg, ensamhet och skuld (Kero m.fl., 2009). Själva abortdagen beskrevs som olustig, men tidigare erfarenheter kunde vara stärkande. Att ha gått igenom ett missfall, tidigare abort eller förlossning gjorde dem förberedda och inställda på vad de kunde förvänta sig (Bjerkholt Aamlid m.fl., 2021; Makenzius m.fl., 2013). I studien av Kero m.fl. (2009) beskrev kvinnorna att de var lugna, förberedda och målinriktade på att få slutföra aborten. De var mest fokuserade på de fysiska symtomen och vad som skulle ske i kroppen. Flera kvinnor nämnde återigen jämförelsen med att ta mifepristontabletten, att det var den svåra delen av aborten. Även de motstridiga känslorna belystes igen, att det kändes sorgligt och ledsamt men samtidigt rätt (Kero m.fl., 2009). Utstötningen av graviditetsresterna var för många förknippat med en känsla av lättnad och befrielse, det var som förväntat och hanterbart. Utstötningen var en viktig del av processen för att själv kunna avgöra, att nu är det över (Bjerkholt Aamlid m.fl., 2021; Iyengar m.fl., 2016; Kero m.fl., 2009; Purcell m.fl., 2017).

Utsötningen beskrevs dock också som hemsk och värre än förväntat då både blödningsmängden och smärtan var överraskande (Kero m.fl., 2009; Makenzius m.fl., 2013; Purcell m.fl., 2017).

Det var en hemsk dag. Jag blödde så mycket. Jag trodde inte att det skulle vara så mycket som det var och så mycket koagel och sånt. Jag satt bokstavligt talat på toaletten i en halvtimme varje gång, eftersom varje gång jag ställde mig upp så bara rann det [...] Du kunde inte komma till toaletten fort nog, det kom bara som en flod. [...] Jag var tvungen att gå in i duschen eftersom jag läckte, och då står du i duschen och det bara rinner ut och uppenbarligen så ser du alla koagel och jag tänkte 'åh herregud' (Purcell m.fl., 2017, s. 2004).

Att blöda ut koagel var för många en främmande upplevelse. Flera kvinnor var chockade över storleken på koaglen och känslan i kroppen när det stöttes ut. Majoriteten hade ett behov av att titta på vad som kom ut och de flesta noterade endast blod och koagel. Efter utstötningen minskade generellt biverkningar såsom illamående och smärta (Iyengar m.fl., 2016; Kero m.fl., 2009; LaRoche & Foster, 2020; Purcell m.fl., 2017). Det fanns en oro för hur graviditetsresterna skulle se ut och det var en del av aborten som många var nervösa inför, särskilt om embryot skulle synas. Vissa hade fått höra av vårdpersonal att det inte skulle gå att identifiera i så tidig vecka. Trots det upplevde en minoritet att de hade sett vad de trodde var

ett foster eller fosterhinna vilket var traumatiskt och flera ångrade att de hade tittat. De var inte förberedda på att se något mer än blod, vilket skapade känslor av obehag och sorg (Hedqvist m.fl., 2016; Kero m.fl., 2009; Purcell m.fl., 2017). I studien av Kero m.fl. (2009) uppgav dock hälften av kvinnorna att de inte hade upplevt något obehag över att konfronteras med graviditetsresterna och att det inte hade varit så dramatiskt som de hade trott. I samma studie beskrev några få kvinnor att de kände sig obekväma med hur de hanterat graviditetsresterna, att det kändes absurt att spola ner dem i toaletten eller slänga i papperskorgen. En kvinna hade i förväg planerat att hon ville ta hand om resterna på ett värdigt sätt, och grävde ner dem på en bestämd plats i trädgården (Kero m.fl., 2009).

Diskussion

Metoddiskussion

Upplevelsen av en hemabort är ett ämne med begränsat forskningsunderlag, en intervjustudie hade därför varit intressant att utföra. Det var dock inte möjligt inom tidsramen för föreliggande uppsats, på grund av krav på etiskt godkännande. I stället utfördes en systematisk litteraturöversikt med syfte att undersöka kvinnors upplevelse av att genomgå en hemabort. En styrka med metoden är att den ger en samlad bild av det aktuella kunskapsläget, vilket är av värde för barnmorskeprofessionen i nuvarande vård av kvinnor som genomgår en hemabort samt inför en eventuell förändring av abortvården. Vid en provsökning framkom en del kvantitativ forskning som berörde utfallet av en hemabort. Då syftet i föreliggande studie var att undersöka upplevelsen, valdes en metod med kvalitativ ansats vilket rekommenderas i Rosén (2017). Vid urvalsprocessen inkluderades två artiklar med mixad metod då den kvalitativa datan svarade väl till syftet. Det kan tolkas som att en integrativ metod med inkludering av både kvalitativa och kvantitativa artiklar hade varit av värde. Dock befarades urvalet bli för stort för att rymmas inom tidsramen för ett examensarbete där rekommendationen är att avgränsa sig till en typ av artiklar (Rosén, 2017).

Datainsamlingen utfördes i Cinahl och Pubmed då det är två omfattande databaser vilka rekommenderas inom området medicin och hälsa (Göteborgs universitetsbibliotek, uå.). Eventuellt kan relevant material ha missats eftersom inga ytterligare databaser användes, såsom exempelvis PsycInfo. Dock framkom inget nytt aktuellt material vid kontrollsökning av referenslistor och citeringar i databasen Scopus, vilket talar för att den ursprungliga sökningen varit omfattande. En omfattande systematisk litteraturöversikt bör innehålla manuell genomsökning av relevant litteratur samt sökning efter "grålitteratur" (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). I föreliggande studie inkluderades endast publicerat material på engelska, vilket ger en kvalitetsförsäkran då publicerad litteratur ofta är skriven på engelska, men kan ha bidragit till att annan relevant litteratur inte uppdagades. Artiklar publicerade från 2001 och framåt inkluderades. Den äldsta inkluderade artikeln är från 2009, hälften av artiklarna är dock publicerade från 2020–2021 vilket ger ett aktuellt underlag.

Vid datainsamlingen sattes ingen begränsning på kön eftersom publicerad forskning inom området berör individer med biologiskt kvinnligt kön. Det är dock inte alla personer med livmoder som identifierar sig som kvinnor. I studierna som inkluderats i föreliggande studie används ordet kvinna i alla studier utom en, vilket var artikeln av LaRoche och Foster (2020). Där tillfrågades deltagarna om könstillhörighet och pronomen varav en deltagare identifierade sig som ickebinär, en som man och övriga 62 som kvinnor. I övriga studier berördes ej frågan.

Eftersom kvinna är det ord som används näst intill genomgående i studiernas resultat togs beslutet att använda det även i föreliggande studie.

Artiklar präglade av strikt abortlag eller religion valdes aktivt bort för att resultatet inte skulle påverkas av starka yttre faktorer samt för att eftersträva överförbarhet till en kontext som liknar abortvården i Sverige. Inställningen till abort och acceptansen i samhället samt hur abortvården finansieras skiljer sig dock i några av de inkluderade studierna. I exempelvis artikeln av LaRoche och Foster (2020) ändras subventioneringen av abortmedicin under studiens gång, vilket påverkar deltagarnas upplevelse olika. I studierna från Storbritannien (Boydell m.fl., 2021; Harden m.fl., 2021; Purcell m.fl., 2017) ändras regelverket kring var mifepriston och misoprostol får intas under de år studierna publiceras. Dessa skillnader kan ha påverkan på resultatets överförbarhet, men eftersom majoriteten av studierna har liknande upplägg på hemabort som i Sverige talar det för en överförbarhet till den svenska vården. I studien från Indien (Iyengar m.fl., 2016) var syftet att undersöka upplevelsen av hemabort i en resursfattig miljö. Resultatet skiljer sig från de andra studierna på så sätt att deltagarna lever i en annan kulturell kontext, präglad av en stark patriarkal struktur. Det beskrivs exempelvis i studien att kvinnorna är mer begränsade av sin make och svärföräldrar i vart de får gå och de är inte vana att prata om sig själva. Detta kan ha påverkat resultatets överförbarhet, men studien är inkluderad för att få med andra kulturella perspektiv, vilket är relevant då Sverige idag är mångkulturellt. Ur det perspektivet hade det varit värdefullt med en större variation gällande etnicitet och socioekonomisk status bland deltagarna i de inkluderande studierna. Majoriteten av studierna är dock gjorda i höginkomstländer, de flesta inkluderade deltagarna kommer från liknande bakgrund och många studier ställde krav på läsförståelse samt språkkunskaper vilket är bristfälligt då personer med annan bakgrund inte blir hörda. En styrka med föreliggande studie är att kunskapsläget kring kvinnors upplevelse av att genomgå en hemabort belyses i en tid då utveckling av metoden är en högaktuell fråga.

Risken med en litteraturstudie är att resultatet feltolkas eller att begränsade erfarenheter i metodologiska kunskaper påverkar bedömningen av resultatet (Kjellström, 2017). Dessa risker har diskuterats kontinuerligt under arbetets gång. Resultatet i de inkluderande studierna har lästs igenom upprepade gånger separat och sedan diskuteras gemensamt med ambition att sätta sig in i deltagarnas upplevelse för att kunna återge resultatet sanningsenligt och rättvist. Den egna förförståelsen har också diskuterats med ambition att inte påverka resultatet. Att granska kvaliteten av inkluderade studier är av stor vikt för att belysa hur skillnader i kvalitet kan påverka skillnader i resultatet. Studiernas kvalitet är också avgörande för hur resultatet kan implementeras i praktiken (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). För kvalitetsgranskning valdes ett etablerat ramverk utformat av Caldwell m.fl (2011) som går att använda både på kvalitativa och kvantitativa studier. För att undvika bias granskades varje artikel separat och sedan fördes en gemensam diskussion där en slutgiltig poäng sattes. Kriteriet för inkludering var medel eller hög kvalitet vilket alla elva nådde upp till. Kvalitetsgranskningen har skett systematiskt och noggrant utifrån detaljerad beskrivning i Bettany Saltikov och McSherry (2016). Bedömningen kan ha påverkats av författarnas begränsade erfarenhet av kvalitetsgranskning.

Flera av de inkluderade studierna har ett relativt stort bortfall, där personer som givit samtycke till intervju inte svarat på telefon och därför exkluderats. I studien av Purcell m.fl. (2017) fyller exempelvis 135 deltagare i ett kontaktformulär och godkänner medverkan i studien, men endast 44 medverkar i intervju. I bortfallet var sex deltagare oberättigade och två drog sig ur men resterande 81 var okontaktbara. Det är oklart varför 81 deltagare inte svarade och därför valde att inte medverka. Deras upplevelse kan ha varit annorlunda vilket eventuellt

skulle påverkat resultatet i en annan riktning. I de inkluderade studierna är majoriteten positiva till sin upplevelse av hemabort vilket diskuteras i några av artiklarna utifrån kontexten att mottagare av hälso- och sjukvård har en tendens att skatta sin upplevelse positivt (Boydell m.fl., 2021, Makenzius m.fl., 2013, Purcell m.fl., 2017). Dock utmärker sig studien av Bjerkholt Aamlid m.fl. (2021) där majoriteten av deltagarna hade negativa upplevelser av hemabort, framförallt kopplat till bristande stöd och information. I nämnda studie problematiserar författarna rekryteringsprocessen som skedde via sociala medier och om det kan ha lockat personer med främst negativa erfarenheter.

I tre av de inkluderade studierna deltar minderåriga men bara i en av dessa framgår det att föräldrar har gett samtycke till medverkan. En av anledningarna till det kan vara att den minderåriga inte ville att föräldern skulle veta om aborten. Barn mellan 15 och 18 år bedöms vanligtvis själva kunna ta ställning till om de önskar medverka i en studie eller ej (Kjellström, 2017). Fokus i föreliggande studie lades på ett informerat samtycke av deltagarna vilket framgick i samtliga inkluderade studier, i övrigt var alla etiskt godkända av en extern granskningsnämnd.

Resultatdiskussion

Resultatet i föreliggande studie visar kvinnors upplevelse av en hemabort ur flera olika aspekter men övergripande är kvinnorna positivt inställda till möjligheten att abortera i hemmet. Under huvudkategorin hemmets bekvämlighet beskrev många kvinnor en abort som en privat händelse i vilken det uppskattades att befinna sig i en välbekant hemmiljö som erbjöd bekvämlighet och tröst. Vidare beskrevs att kvinnorna kunde skydda sin integritet i hemmet och själva välja när de ville påbörja aborten. Det gav en högre grad av självbestämmande vilket förväntades vara svårare i en klinisk sjukhusmiljö med andra patienter och vårdpersonal att förhålla sig till. Liknande resultat ses i tidigare forskning där kvinnorna i majoritet var nöjda med hemabort som metod då det gav en ökad bekvämlighet och flexibilitet (Swica m.fl., 2013). Under huvudkategorin behovet av stöd och information framgick att stöd ökade möjligheten till en bra hemabort och många kvinnor uppskattade att ha anhöriga nära och delaktiga, men också att kunna kontakta vården vid behov. Även tydlig information vid uppstart av aborten samt tillgång till telefonrådgivning ökade kvinnors trygghet. De som var missnöjda med metoden relaterade ofta det till bristande information eller stöd. Under huvudkategorin en påfrestande abortprocess framkom att inledandet av aborten gav upphov till ambivalenta känslor, många kvinnor beskrev uppstarten av aborten som den jobbigaste delen av processen. Det beskrevs även att flera kvinnor var överraskade över mängden blod och att de blödde koagel. För vissa kvinnor var det traumatiserande att se tydliga graviditetsrester, vilket var något de hade önskat mer information kring. En studie av Hann och Becker (2020) visar att brist på information från vården om fostrets utveckling och hur graviditetsrester kan se ut kan leda till att personen som gör abort får felaktiga förväntningar. Risken finns att kvinnan i stället föreställer sig missvisande bilder av foster, spridda av abortmotståndare. Att få tydlig information om graviditetsrester och själv kunna välja om man vill se dem eller inte kan minska stigmat kring abort (Hann & Becker, 2020).

Hemabort innebär en form av egenvård då kvinnorna själva tar stort ansvar genom att inta misoprostol i hemmet, följa processen och bedöma vad som är normalt och vad som avviker. För många gav det en ökad känsla av kontroll och självbestämmande, att ta ansvar och kunna styra sin egen tid. Barnmorskan har en central roll i att bevara kvinnors autonomi och stötta till egenvård (Lindberg m.fl. 2014). Vid hemabort uppnås det genom att finnas tillgänglig exempelvis via telefonrådgivning. Många kvinnor i föreliggande studie upplevde telefonrådgivning som ett bra alternativ till ett fysiskt möte och det var extra betydelsefullt för

dem som hade svårt att slappna av i mötet med vården. Rollen som patient kan innebära ett underläge gentemot vården, både makt- och kunskapsmässigt, men i och med att kvinnorna befann sig i en trygg hemmiljö jämnades den obalansen till viss del ut. Ett delmål för SRHR i Sverige är att abortvården ska vara säker, trygg, individanpassad samt tillgänglig över hela landet, vilket skulle upprätthållas genom en utveckling av hemabort som metod. Att själv bestämma över beslut som gäller ens kropp och ha tillgång till vård som stödjer det är grundläggande i sexuella och reproduktiva rättigheter (Folkhälsomyndigheten, 2020). Hemabort som vårdform går i linje med dessa rättigheter då det ökar kvinnans självbestämmande relaterat till sin kropp.

Några av kvinnorna i föreliggande studie upplevde att vårdpersonalen inte var lyhörd inför deras oro. De uppgav att det hade varit lättare för dem att uttrycka sig och formulera frågor ifall vårdpersonalen frågat om deras förförståelse kring abort. Genom att arbeta personcentrerat och identifiera patientens resurser och möjligheter kan barnmorskan skapa ett partnerskap med kvinnan. En förutsättning för det är dock att lyssna aktivt och visa sig närvarande (Ekman m.fl., 2020). Stöd och information från vårdpersonal var för många avgörande för att känna sig trygg med en hemabort och majoriteten av kvinnorna kände att vårdpersonalen bemötte dem respektfullt och professionellt. En betydelsefull del av den inledande informationen var att sätta rätt förväntningar inför abortprocessen. När förväntningarna stämde överens med utfallet blev upplevelsen bättre. Många kvinnor i föreliggande studie upplevde informationen kring smärta och blödning som otillräcklig vilket påverkade upplevelsen negativt. Flera av de frågor som lyftes vid telefonrådgivning berörde just smärta och blödning. Det visar att tydlig information om själva abortprocessen är essentiellt inför en hemabort, men också att kunna nå vården vid eventuell oro.

I underkategorin bristande stöd och information framkommer att vissa kvinnor upplevde en bristande eftervård och kände att vårdpersonalen endast tog hänsyn till fysiska faktorer medan många ville prata om tankar och upplevelser av aborten. Att genomgå en abort omgärdades av motstridiga känslor, vilket barnmorskan bör ha kännedom om för att kunna bemöta kvinnan på ett empatiskt sätt. Filosofin bakom barnmorskans vård utgår från en holistisk människosyn vilket innebär att ta hänsyn till sociala, psykiska och känslomässiga skillnader i kvinnors upplevelser (International Confederation of Midwifery, 2014b). Enligt svensk lagstiftning har en person som söker abortvård rätt till stödsamtal av legitimerad personal (SFS 1974:595) och ofta sker det i en inledande process. Resultatet i föreliggande studie visar dock ett behov av uppföljande samtal vilket vården måste vara extra lyhörd inför då många kvinnor vid hemabort gör en egen uppföljning med graviditetstest i hemmet.

Covid-19 pandemin har påskyndat utvecklingen av abortvården och gjort den mer tillgänglig då vissa länder tillfälligt lättat på regleringen av mifepriston och tillåtit hemanvändning. I underkategorin bekvämt att vara hemma framgick att kvinnorna uppskattade möjligheten att förlägga hela abortprocessen i hemmet då det gav en ökad bekvämlighet. Pandemins påverkan på abortvården kan leda till att länder lättar på regleringen av mifepriston, vilket skulle öka tillgängligheten till abort. Flera studier som gjorts under pandemin visar att hemadministrering av mifepriston och misoprostol är en säker metod som uppskattas av de kvinnor som använt den. Metoden förutsätter dock utförlig information kring blödning och smärta (Gambir, Garnsey, Necastro, & Ngo, 2020; Meurice, Whitehouse, Blaylock, Chang, & Lohr, 2021). Forskning har också visat att pandemin har påverkat stöd och vård relaterat till våld i nära relation (Endler m.fl., 2021), vilket är en påminnelse om att hemmet inte är en trygg plats för alla och något som måste tas i beaktning under en rådgivning inför val av abortmetod.

Enligt Agenda 2030, är god hälsa en förutsättning för att en människa ska kunna bidra till samhället och föra utvecklingen framåt. För att uppnå en god hälsa måste det finnas tillgång till vård vilket är en grundsten i ett jämlikt samhälle (FN, 2021). Resultatet i föreliggande studie visar att hemabort är en metod som ökar tillgången till abortvård vilket framkommer i underkategorin bekvämt att vara hemma samt bevarande av integritet. Det gäller särskilt för kvinnor som bor långt ifrån en abortklinik eller av annan anledning inte vill vistas i en sjukhusmiljö. Tillgången till en säker och omfattande abortvård är enligt WHO (2012) en förutsättning för att kunna uppnå en hög standard för sexuell och reproduktiv hälsa. En ökad tillgång till abortvård stärker således kvinnors hälsa vilket bidrar till hållbar utveckling. Barnmorskor som handlägger abort skriver i högre utsträckning ut långverkande preventivmedel vilket förhindrar ny graviditet och minskar risken för upprepad abort (Kopp Kallner, 2015). Att minska upprepade aborter är också en del av hållbar utveckling och en central del av abortvården där barnmorskans roll är att informera om och förskriva preventivmedel.

Hemabort är ett kostnadseffektivt alternativ då medicinsk abort i sig är billigare än en kirurgisk abort och genom hemabort sparas vårdplatser inom vårdinrättningar (Schmidt-Hansen m.fl., 2021). En risk som kostnadseffektivitet kan föra med sig är inskränkning på möjligheten att genomgå en abort på sjukhus. Minskad valmöjlighet framkom i föreliggande studie som en oro hos kvinnorna i underkategorin att få göra ett eget val. Resultatet i föreliggande studie visar att valfrihet var centralt för en bra upplevelse och det var betydelsefullt för kvinnorna att själv få göra ett informerat val av abortmetod. De kvinnor som upplevt sig pressade av vården att välja hemabort fick en sämre upplevelse. Vissa ifrågasatte om metoden var en fördel för kvinnan eller införd på grund av kostnadseffektivitet. Val av abortmetod är kvinnans val, men de beslut en människa tar står ofta i förbindelse till omgivningen och påverkas av anhöriga eller vårdpersonal, så kallad relationell autonomi (Larsson & Makenzius, 2021). I underkategorin professionellt stöd och information framgick att när kvinnorna inte blev dömda för sitt val utan bemöttes på ett respektfullt sätt av vårdpersonal kände de sig omhändertagna och trygga. Det visar att barnmorskan har en betydelsefull roll i att skydda kvinnans val och stärka hennes rätt till självbestämelse, vilket är i linje med den internationella etiska koden för barnmorskor (International Confederation of Midwifery, 2014a).

Föreliggande studie belyser kunskapsläget kring kvinnors upplevelse av att genomgå en hemabort, dock behövs mer forskning inom området för att nå en fördjupad förståelse. Vissa kvinnor i föreliggande studie upplevde att informationen förmedlad av vårdpersonal inte stämde överens med hur verkligheten var. Det gällde särskilt upplevelsen av att stöta ut graviditetsrester och hantera dem. Att undersöka vad informationen inför en hemabort bör innehålla samt i vilken form stöd bör finnas tillgängligt från vården kan vara en fråga för framtida forskning.

Slutsats

En kvinnas upplevelse av att genomgå en hemabort är individuell och möjligheten att själv välja abortmetod är av stor vikt. Kvinnorna i föreliggande studie uttryckte sig dock övervägande positivt kring hemabort, då hemmet gav en ökad bekvämlighet i form av trygghet samt att ej behöva transportera sig. En förutsättning för att hemmet ska vara en trygg plats var dock tillgång till stöd, från vårdpersonal eller anhörig, och adekvat information. När

kvinnorna bemöttes utifrån ett personcentrerat förhållningssätt ökade deras trygghet och tillit till både vården och sig själva. De kvinnor som hade en sämre upplevelse relaterade det till bristande kongruens mellan förväntningar förmedlade av vårdpersonal och verkligheten. Det gällde särskilt inledande information om smärta, blödning och graviditetsrester. Resultatet antyder att den information som ges inför en hemabort behöver utvecklas och individanpassas. I takt med att abortvården förändras går det och anta att barnmorskan kommer få ett större ansvar och blir då kvinnornas främsta professionella stöd i abortprocessen. Resultatet i föreliggande studie kan fungera som kunskapsstöd för barnmorskor och bidra till en ökad förståelse kring vad kvinnor behöver från vården i form av information och stöd inför att genomgå en hemabort.

Referenslista

- Adolfsson, A. (2009). Den komplicerade graviditeten. I A. Kaplan, B. Hogg, I. Hildingsson, & I. Lindh (Red.), *Lärobok för barnmorskor* (3:e uppl., s. 115–191). Studentlitteratur.
- Alam, B., Kaler, A., & Mumtaz, Z. (2020). Women's voices and medical abortions: A review of the literature. *European Journal of Obstetrics & Gynecology & Reproductive Biology*, 249, 21–31. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.04.003>
- Algovik, M., Gemzell-Danielsson, K., Kopp Kallner, H., Linde, H., & Nordlund, E. (2021, 23 februari). "Aborter bör kunna genomföras i hemmet". *Svenska Dagbladet*. <https://www.svd.se/aborter-bor-kunna-genomforas-i-hemmet>
- Altshuler, A. L., Ojanen-Goldsmith, A., Blumenthal, P. D., & Freedman, L. R. (2017). A good abortion experience: A qualitative exploration of women's needs and preferences in clinical care. *Social Science & Medicine*, 191, 109–116. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.010>
- Atay, H., Perivier, H., Gemzell-Danielsson, K., Guillemot, J., Hassoun, D., Hottois, J., ... Levrier, E. (2021). Why women choose at-home abortion via teleconsultation in France: drivers of telemedicine abortion during and beyond the COVID-19 pandemic. *BMJ Sexual & Reproductive Health*, 47(4), 285–292. <https://doi.org/10.1136/bmjshr-2021-201176>
- Bettany-Saltikov, J., & McSherry, R. (2016). *How to do a systematic literature review in nursing: a step-by-step guide*. McGraw-Hill Education/Open University Press.
- *Bjerkholt Aamlid, I., Dahl, B., & Sommerseth, E. (2021). Women's experiences with information before medication abortion at home, support during the process and follow-up procedures - A qualitative study. *Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal of the Swedish Association of Midwives*, 27, 100582. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100582>
- *Boydell, N., Reynolds-Wright, J. J., Cameron, S. T., & Harden, J. (2021). Women's experiences of a telemedicine abortion service (up to 12 weeks) implemented during the coronavirus (COVID-19) pandemic: a qualitative evaluation. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 128(11), 1752–1761. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16813>
- Caldwell, K., Henshaw, L., & Taylor, G. (2011). Developing a framework for critiquing health research: An early evaluation. *Nurse Education Today*, 31(8), e1–e7. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.11.025>
- *Cappiello, J., Merrell, J., & Rentschler, D. (2014). Women's experience of decision-making with medication abortion. *MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing*, 39(5), 325–330. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000063>

- Cavet, S., Fiala, C., Scemama, A., & Partouche, H. (2017). Assessment of pain during medical abortion with home use of misoprostol. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 22(3), 207–211. <https://doi.org/10.1080/13625187.2017.1315092>
- Edvardsson, D., & Backman, A. (2020). *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Ekman, I., Lundberg, M., Lood, Q., Swedberg, K., & Norberg, A. (2020). Personcentrerad - en etik i praktiken. I I. Ekman (Red.), *Personcentrerad inom hälso- och sjukvård: från filosofi till praktik* (s. 27–57). Liber.
- 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. <https://doi.org/10.1111/aogs.14043>
- Endler, M., Cleeve, A., Sääv, I., & Gemzell-Danielsson, K. (2020). How task-sharing in abortion care became the norm in Sweden: A case study of historic and current determinants and events. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 150(1), 34–42. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13003>
- FARG. (2020). *SFOG-råd för Inducerad abort*. <https://www.sfog.se/media/337027/abort-sfog-raad-20200826.pdf>
- Fiala, C., Winikoff, B., Helström, L., Hellborg, M., & Gemzell-Danielsson, K. (2004). Acceptability of home-use of misoprostol in medical abortion. *Contraception*, 70(5), 387–392. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2004.06.005>
- *Fix, L., Seymour, J. W., Sandhu, M. V., Melville, C., Mazza, D., & Thompson, T.-A. (2020). At-home telemedicine for medical abortion in Australia: a qualitative study of patient experiences and recommendations. *BMJ Sexual & Reproductive Health*, 46(3), 172–176. <https://doi.org/10.1136/bmjshr-2020-200612>
- FN. (2021). *Globala målen för hållbar utveckling*. Hämtad 2021-11-19 från <https://fn.se/globala-malen-for-hallbar-utveckling/>
- Folkhälsomyndigheten. (2020). *Nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/0d489b0821164e949c03e6e2a3a7e6cc/nationell-strategi-sexuell-reproduktiv-halsa-rattigheter.pdf>
- Gambir, K., Garnsey, C., Necastro, K. A., & Ngo, T. D. (2020). Effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home versus in the clinic: a systematic review and meta-analysis in response to COVID-19. *BMJ Global Health*, 5(12), e003934. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003934>

- Gemzell-Danielsson, K., & Kopp Kallner, H. (2021). *Abort*. Hämtad 2021-11-15 från <https://www.internetmedicin.se/behandlingsoversikter/gynekologi-obstetrik/abort/>
- Halldén B, Christensson K, & Olsson P. (2009). Early abortion as narrated by young Swedish women. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(2), 243–250. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00612.x>
- Hann, L. R., & Becker, A. (2020). The option to look: patient-centred pregnancy tissue viewing at independent abortion clinics in the United States. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 28(1), 1730122. <https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1730122>
- *Harden, J., Ancian, J., Cameron, S., & Boydell, N. (2021). Women’s experiences of self-administration of misoprostol at home as part of early medical abortion: a qualitative evaluation. *BMJ Sexual & Reproductive Health*, 47(2), 144–149. <https://doi.org/10.1136/bmjshr-2020-200661>
- *Hedqvist, M., Brodin, L., Tydén, T., & Larsson, M. (2016). Women’s experiences of having an early medical abortion at home. *Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal of the Swedish Association of Midwives*, 9, 48–54. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.07.003>
- Heikinheimo, O., Gissler, M., & Suhonen, S. (2008). Age, parity, history of abortion and contraceptive choices affect the risk of repeat abortion. *Contraception*, 78(2), 149–154. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2008.03.013>
- International Confederation of Midwifery. (2014b). *Philosophy and Model of Midwifery Care*. <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-philosophy-and-model-of-midwifery-care.pdf>
- International Confederation of Midwives. (2014a). *International Code of Ethics for Midwives*. <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf>
- *Iyengar, K., Klingberg Allvin, M., Iyengar, S. D., Danielsson, K. G., & Essén, B. (2016). ”Who Wants to Go Repeatedly to the Hospital?” Perceptions and Experiences of Simplified Medical Abortion in Rajasthan, India. *Global Qualitative Nursing Research*, 3, 2333393616683073. <https://doi.org/10.1177/2333393616683073>
- Justad-Berg, R. T., Eskild, A., & Strøm-Roum, E. M. (2015). Characteristics of women with repeat termination of pregnancy: a study of all requests for pregnancy termination in Norway during 2007–2011. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 94(11), 1175–1180. <https://doi.org/10.1111/aogs.12714>
- Karlsson, E. K. (2017). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 81–97). Studentlitteratur.
- Karolinska institutet. (uå.). *Termer för upplevelser och bemötande i olika former | Svensk MeSH*. Hämtad 2021-11-24 från <https://mesh.kib.ki.se/info/termer-for-upplevelser-och-bemotande>

- *Kero, A., Wulff, M., & Lalos, A. (2009). Home abortion implies radical changes for women. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care: The Official Journal of the European Society of Contraception*, 14(5), 324–333. <https://doi.org/10.3109/13625180903128609>
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 57–79). Studentlitteratur.
- Kopp Kallner, H., Gomperts, R., Salomonsson, E., Johansson, M., Marions, L., & Gemzell-Danielsson, K. (2015). The efficacy, safety and acceptability of medical termination of pregnancy provided by standard care by doctors or by nurse-midwives: a randomised controlled equivalence trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 122(4), 510–517. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12982>
- Kristensson Ugglå, B. (2020). Personfilosofi - filosofiska utgångspunkter för personcentrering inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: från filosofi till praktik* (s. 58–105). Liber.
- *LaRoche, K. J., & Foster, A. M. (2020). "It gives you autonomy over your own choices": A qualitative study of Canadian abortion patients' experiences with mifepristone and misoprostol. *Contraception*, 102(1), 61–65. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2020.04.007>
- Larsson, M., & Makenzius, M. (2021). Abort. I M. Oscarsson & S. Georgsson (Red.), *Etik för barnmorskor* (s. 141-159). Studentlitteratur.
- Lindberg, C., Fagerström, C., Sivberg, B., & Willman, A. (2014). Concept analysis: patient autonomy in a caring context. *Journal of Advanced Nursing*, 70(10), 2208–2221. <https://doi.org/10.1111/jan.12412>
- Løkeland, M., Iversen, O. E., Engeland, A., Økland, I., & Bjørge, L. (2014). Medical abortion with mifepristone and home administration of misoprostol up to 63 days' gestation. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 93(7), 647–653. <https://doi.org/10.1111/aogs.12398>
- *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. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01068.x>
- Meurice, M. E., Whitehouse, K. C., Blaylock, R., Chang, J. J., & Lohr, P. A. (2021). Client satisfaction and experience of telemedicine and home use of mifepristone and misoprostol for abortion up to 10 weeks' gestation at British Pregnancy Advisory Service: A cross-sectional evaluation. *Contraception*, 104(1), 61–66. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2021.04.027>
- Ngo, T. D., Park, M. H., Shakur, H., & Free, C. (2011). Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 89(5), 360–370. <https://doi.org/10.2471/BLT.10.084046>

- Oppegaard, K. S., Qvigstad, E., Fiala, C., Heikinheimo, O., Benson, L., & Gemzell-Danielsson, K. (2015). Clinical follow-up compared with self-assessment of outcome after medical abortion: a multicentre, non-inferiority, randomised, controlled trial. *Lancet (London, England)*, 385(9969), 698–704. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61054-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61054-0)
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- *Purcell, C., Cameron, S., Lawton, J., Glasier, A., & Harden, J. (2017). Self-management of first trimester medical termination of pregnancy: a qualitative study of women's experiences. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 124(13), 2001–2008. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14690>
- Rosén, M. (2017). Systematisk litteraturoversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 375–389). Studentlitteratur.
- Sandman, L., & Kjellström, S. (2018). *Etikboken: etik för vårdande yrken*. Studentlitteratur.
- Schmidt-Hansen, M., Pandey, A., Lohr, P. A., Nevill, M., Taylor, P., Hasler, E., & Cameron, S. (2021). Expulsion at home for early medical abortion: A systematic review with meta-analyses. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 100(4), 727–735. <https://doi.org/10.1111/aogs.14025>
- SFS 1974:595. *Abortlag*. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/abortlag-1974595_sfs-1974-595
- Shih, P., Rapport, F., Hogden, A., Bierbaum, M., Hsu, J., Boyages, J., & Braithwaite, J. (2018). Relational autonomy in breast diseases care: a qualitative study of contextual and social conditions of patients' capacity for decision-making. *BMC Health Services Research*, 18(1), 818. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3622-8>
- Socialstyrelsen. (2020a). *Statistik om aborter 2020*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2021-5-7373.pdf>
- Socialstyrelsen. (2020b). *Statistikdatabas för aborter*. Hämtad 2021-11-17 från https://sdb.socialstyrelsen.se/if_abo/resultat.aspx
- SOSFS 2009:15. *Socialstyrelsens föreskrifter om abort*. <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/200915-om-abort2/>
- SOU 2005:90. *Abort i Sverige: betänkande*. <http://www.regeringen.se/rattsdokument/statens-offentliga-utredningar/2005/11/sou-200590>

- Starrs, A. M., Ezeh, A. C., Barker, G., Basu, A., Bertrand, J. T., Blum, R., ... Ashford, L. S. (2018). Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The Lancet*, 391(10140), 2642–2692. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30293-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30293-9)
- Stålhandske, M. L., Ekstrand, M., & Tydén, T. (2011). Women's existential experiences within Swedish abortion care. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 32(1), 35–41. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2010.545457>
- Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi. (2018). *Inducerad abort*. <https://www.sfog.se/natupplaga/ARGrappor9792c7d5-5648-475e-bee6-81478b0d9323.pdf>
- Svenska barnmorskeförbundet. (2018). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2020/04/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska.pdf>
- Swica, Y., Chong, E., Middleton, T., Prine, L., Gold, M., Schreiber, C. A., & Winikoff, B. (2013). Acceptability of home use of mifepristone for medical abortion. *Contraception*, 88(1), 122–127. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2012.10.021>
- WHO. (2012). *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems Second edition*. [file:///C:/Users/ester/Downloads/9789241548434_eng%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/ester/Downloads/9789241548434_eng%20(2).pdf)
- WHO. (2015). *WHO | Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/181041/9789241549264_eng.pdf
- WHO. (2020). *WHO recommendations on self-care interventions: self-management of medical abortion*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332334/WHO-SRH-20.11-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- WHO. (2021). *Model List of Essential Medicines*. Hämtad 2021-11-16 från <https://list.essentialmeds.org/>

Bilagor

Bilaga 1. Exkluderade artiklar

Exkluderade artiklar	Orsak
1. Aiken, A. R. A., Johnson, D. M., Broussard, K., & Padron, E. (2018). Experiences of women in Ireland who accessed abortion by travelling abroad or by using abortion medication at home: A qualitative study. <i>BMJ Sexual & Reproductive Health</i> , bmjsrh-2018-200113. https://doi.org/10.1136/bmjsrh-2018-200113	Svarar ej till syftet
2. Cameron, S., Glasier, A., Dewart, H., & Johnstone, A. (2010). Women's experiences of the final stage of early medical abortion at home: Results of a pilot survey. <i>The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care</i> , 36(4), 213–216. https://doi.org/10.1783/147118910793048719	Kvantitativ metod
3. Fiala, C., Winikoff, B., Helström, L., Hellborg, M., & Gemzell-Danielsson, K. (2004). Acceptability of home-use of misoprostol in medical abortion. <i>Contraception</i> , 70(5), 387–392. https://doi.org/10.1016/j.contraception.2004.06.005	Kvantitativ metod
4. Fielding SL, Edmunds E, & Schaff EA. (2002). Having an abortion using mifepristone and home misoprostol: A qualitative analysis of women's experiences. <i>Perspectives on Sexual & Reproductive Health</i> , 34(1), 34–40. https://doi.org/10.2307/3030230	Ej etiskt godkänd
5. Fuentes, L., Baum, S., Keefe-Oates, B., White, K., Hopkins, K., Potter, J., & Grossman, D. (2020). Texas women's decisions and experiences regarding self-managed abortion. <i>BMC Women's Health</i> , 20(1), 6. https://doi.org/10.1186/s12905-019-0877-0	Svarar ej till syftet
6. Kero A, Lalos A, & Wulff M. (2010). Home abortion—Experiences of male involvement. <i>European Journal of Contraception & Reproductive Health Care</i> , 15(4), 264–270. https://doi.org/10.3109/13625187.2010.485257	Svarar ej till syftet
7. Larrea, S., Hidalgo, C., Jacques-Aviñó, C., Borrell, C., & Palència, L. (2021). "No one should be alone in living this process": Trajectories, experiences and user's perceptions about quality of abortion care in a telehealth service in Chile. <i>Sexual and Reproductive Health Matters</i> , 29(3), 1948953.	Påverkad av religion/strikta abortlagar
8. Les, K., Gomperts, R., & Gemzell-Danielsson, K. (2017). Experiences of women living in Hungary seeking a medical abortion online. <i>The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care: The Official Journal of the European Society of Contraception</i> , 22(5), 360–362. https://doi.org/10.1080/13625187.2017.1397112	Påverkad av religion/strikta abortlagar
9. Lohr, P. A., Wade, J., Riley, L., Fitzgibbon, A., & Furedi, A. (2010). Women's opinions on the home management of early medical abortion in the UK. <i>The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care</i> , 36(1), 21–25. https://doi.org/10.1783/147118910790290894	Kvantitativ metod
10. McKay, R. J., & Rutherford, L. (2013). Women's satisfaction with early home medical abortion with telephone follow-up: A questionnaire-based study in the U.K. <i>Journal of Obstetrics and Gynaecology: The Journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology</i> , 33(6), 601–604. https://doi.org/10.3109/01443615.2013.782276	Kvantitativ metod
11. Suhonen, S., Tikka, M., Kivinen, S., & Kauppila, T. (2011). The level of unpleasantness of pain influences the choice of home treatment during medical abortion. <i>Scandinavian Journal of Pain</i> , 2(1), 19–23. https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2010.09.007	Svarar ej till syftet

Bilaga 2. Kvalitetsgranskning av artiklar, poängsummering

Frågor från kvalitetsgranskning från Caldwell m.fl. (2011)	1. Fix m.fl. (2020)	2. Makenzius m.fl. (2013)	3. Kero m.fl. (2009)	4. LaRoche m.fl. (2020)	5. Purcell m.fl. (2017)	6. Iyengar m.fl. (2016)	7. Harden m.fl. (2021)	8. Boydell m.fl. (2021)	9. Hedqvist m.fl. (2016)	10. Bjerkholt Aamlid m.fl. (2021)	11. Cappiello m.fl. (2014)
1. Does the title reflect the content?	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2
2. Are the authors credible?	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2
3. Does the abstract summarise the key components?	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
4. Is the rationale for undertaking the research clearly outlined?	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
5. Is the literature review comprehensive and up to date?	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
6. Is the aim of the research clearly stated?	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
7. Are all ethical issues identified and addressed?	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
8. Is the methodology identified and justified?	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2

Frågor från kvalitetsgranskning från Caldwell m.fl. (2011)	1. Fix m.fl. (2020)	2. Makenzius m.fl. (2013)	3. Kero m.fl. (2009)	4. LaRoche m.fl. (2020)	5. Purcell m.fl. (2017)	6. Iyengar m.fl. (2016)	7. Harden m.fl. (2021)	8. Boydell m.fl. (2021)	9. Hedqvist m.fl. (2016)	10. Bjerkholt Aamlid m.fl. (2021)	11. Capiello m.fl. (2014)
9. Is the philosophical background and study design identified and the rationale for choice of design evident?	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10. Are the major concepts identified?	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
11. Is the context of the study outlined?	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
12. Is selection of participants described and the sample method identified?	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
13. Is the method of data collection auditable?	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
14. Is the method of data analysis credible and confirmable?	1	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2

Frågor från kvalitetsgranskning från Caldwell m.fl. (2011)	1. Fix m.fl. (2020)	2. Makenzius m.fl. (2013)	3. Kero m.fl. (2009)	4. LaRoche m.fl. (2020)	5. Purcell m.fl. (2017)	6. Iyengar m.fl. (2016)	7. Harden m.fl. (2021)	8. Boydell m.fl. (2021)	9. Hedqvist m.fl. (2016)	10. Bjerkholt Aamlid m.fl. (2021)	11. Cappiello m.fl. (2014)
15. Are the result presented in a way that is appropriate and clear?	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2
16. Are the results transferable?	1	2	2	2	2	1	1	1	2	2	1
17. Is the discussion comprehensive discussion?	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
18. Is the conclusion comprehensive?	2	2	0	2	2	2	0	2	2	2	2
Poäng Max 36	31	35	29	34	35	33	31	34	35	35	31
Summering Medel-Hög	Med	Hög	Med	Hög	Hög	Hög	Med	Hög	Hög	Hög	Med

Bilaga 3. Sammanfattning av inkluderade artiklar

Författare, land, deltagare och studiekvalitet enl. Caldwell, K., Henshaw, L., & Taylor, G. (2011).	Studiedesign, metod och syfte	Urval	Genomförande	Resultat
<p>Makenzius, M., Tydén, T., Darj, E., & Larsson, M. (2013). Autonomy and dependence--experiences of home abortion, contraception and prevention.</p> <p>Land: Sverige</p> <p>Hög kvalitet 35 poäng</p> <p>Antal deltagare: 24</p>	<p>Kvalitativ intervjustudie</p> <p>Syfte: Att undersöka män och kvinnors upplevelser och behov relaterat till vården vid en hemabort, samt att belysa synen på preventivmedel och förhindrande av oönskad graviditet.</p>	<p>Deltagare rekryterades mellan 2009–2010 från fem sjukhus i Sverige. Personer som skulle genomgå en hemabort, med intag av mifepriston på klinik och misoprostol i hemmet, gavs muntlig och skriftlig information om studien. Av 32 tillfrågade kvinnor valde 24 att delta. Deras partner bjöds in att delta och 13 män antog erbjudandet.</p>	<p>Intervjuerna genomfördes inom 6 veckor efter aborten. Intervjuerna utgick från ett semi-strukturerat intervjuformulär med studiespecifika frågor utvecklade av forskare, gynekologer, sjuksköterskor/barnmorskor och socialarbetare. Intervjuformuläret testades innan intervjuerna. Intervjuerna spelades in och transkriberades ord för ord. En kvalitativ innehållsanalys gjordes utifrån Granheim och Lundman. Intervjuerna lästes flera gånger för att få en uppfattning om helheten och för att extrahera meningsbärande enheter. Enheterna fick sedan en kod som mynnade ut i underkategorier. Slutligen formades två huvudteman. Genom hela analysen diskuterade forskningsgruppen resultaten.</p>	<p>(I föreliggande studie extraherades endast citat från kvinnliga deltagare till resultatet)</p> <p>Två övergripande teman identifierades: Autonomi och Beroende.</p> <p>Autonomi: Att genomgå en abort och val av metod var ett av kvinnan väl övervägt beslut, stöttat av hennes partner. Hemmiljön ökade deras integritet och kontroll, vilket underlättade för dem att uttrycka sina känslor. De var motiverade att undvika ny oönskad graviditet och såg det som ett eget ansvar.</p> <p>Beroende: Det fanns ett behov av att bemötas med empati och respekt av vårdgivare samt att ges adekvat information. I förebyggandet av oönskad graviditet visade sig ekonomiska förutsättningar, tydlig information och utbildning vara essentiellt.</p>

<p>LaRoche, K. J., & Foster, A. M. (2020). "It gives you autonomy over your own choices": A qualitative study of Canadian abortion patients' experiences with mifepristone and misoprostol.</p> <p>Land: Kanada</p> <p>Hög kvalitet 24 poäng</p> <p>Antal deltagare: 64</p>	<p>Kvalitativ design med djupintervjuer</p> <p>Syfte: Att undersöka personers upplevelse av att välja och få tillgång till medicinsk abort och generera inblick i hur information och service kan förbättras.</p>	<p>Urvalet, intervjuformuläret och analysmetoden utformades utifrån en tidigare större kvalitativ studie som undersökte upplevelsen av abort, från samma forskargrupp. Information om studien spreds via sociala medier, en webbsida och via affischer på abortkliniker. De som valde att delta kontaktade en studiekoordinator som svarade på frågor, försäkrade om behörighet samt bokade in tidpunkten för intervjun. 64 personer intervjuades mellan 2017–2019. Alla deltagare hade gått igenom en medicinsk abort i hemmet där både mifepriston och misoprostol intogs hemma.</p>	<p>Semistrukturerade djupintervjuer utfördes av en av författarna som en del av en avhandling. Alla intervjuer utfördes via telefon/Skype och varade runt 60 minuter. Intervjuerna spelades in, efter tillåtelse och transkriberades. Öppna frågor ställdes. Som del i den analytiska processen hade de regelbundna möten i teamet för att identifiera återkommande teman och identifiera mättnad. Utifrån transkript och anteckningar gjordes en innehålls- och temaanalys genom att utforma underkategorier och huvudkategorier ATLAS.ti version 8.1.3 användes för att hantera data.</p>	<p>Majoriteten av deltagarna var positiva över sin upplevelse av att använda mifepriston/misoprostol vid tidig abort. De flesta uppgav att medicinsk abort gav en ökad autonomi, integritet och bekvämlighet jämfört med instrumentell metod och gillade särskilt möjligheten att utföra aborten i en familjärt och trygg hemmiljö. Det lilla antal som beskrev en negativ upplevelse kände sig generellt dåligt informerade kring vad de skulle förvänta sig. Flera uppgav att media var en huvudkälla för att hitta information och var man kunde tillgå vård.</p>
<p>Purcell, C., Cameron, S., Lawton, J., Glasier, A., & Harden, J. (2017). Self-management of first trimester medical termination of</p>	<p>Kvalitativ intervjustudie</p> <p>Syfte: Att undersöka upplevelsen hos kvinnor som åker hem för att avsluta en medicinsk abort, upp</p>	<p>Kvinnor som gått igenom en tidig medicinsk abort med avslut i hemmet rekryterades från en statlig klinik för sexuell och reproduktiv hälsa och två sjukhusbaserade kliniker. 135 kvinnor</p>	<p>Intervjuer hölls 3–5 veckor efter aborten. Rekrytering och intervjuer gjordes löpande tills mättnad var uppnådd. Ett flexibelt intervjuformulär utformades från litteraturöversikter och med stöd från "Study Advisory Group". Intervjuerna spelades in och</p>	<p>Huvudteman som framkom efter analysen kopplades till att själv ta misoprostol på klinik; anledningar till att välja att slutföra aborten i hemmet; vad som underlättar en abort i hemmet och förväntningar; upplevelsen av att ta sig hem; att själv bedöma och hantera</p>

<p>pregnancy: a qualitative study of women's experiences.</p> <p>Land: Storbritannien</p> <p>Hög kvalitet 35 poäng</p> <p>Antal deltagare: 44</p>	<p>till 63 dagars graviditet, efter att ha fått mifepriston och misoprostol på en NHS TOP-klinik.</p>	<p>fyllde i ett formulär och godkände att bli kontaktade för studien, slutgiltiga urvalet var 44. Alla gav skriftligt samtycke.</p>	<p>transkriberades i sin helhet. Ett tematiskt analytiskt tillvägagångssätt baserat på "the Framework method" gjordes av två av författarna, som var för sig läste igenom alla transkripten upprepade gånger innan de träffades, diskuterade och jämfördes och kom fram till huvudteman. Kodade data analyserades vidare mellan teman för att hitta likheter. Mjukvaran NVIVO 10 qualitative data analysis underlättade kodning och datahantering.</p>	<p>progressen; stöd vid hemabort och att konstatera komplett abort genom ett graviditetstest. Deltagarna tyckte i huvudsak att metoden var acceptabel och/eller det föredragna alternativet, särskilt när det upplevdes som ett beslut som togs i samstämmighet med vården.</p>
<p>Iyengar, K., Klingberg Allvin, M., Iyengar, S. D., Danielsson, K. G., & Essén, B. (2016). "Who Wants to Go Repeatedly to the Hospital?" Perceptions and Experiences of Simplified Medical Abortion in Rajasthan, India.</p> <p>Land: Indien</p> <p>Hög kvalitet 33 poäng</p>	<p>En kvalitativ explorativ intervjustudie.</p> <p>Syfte: Att undersöka kvinnors upplevelse och uppfattning av att ta misoprostol i hemmet och att själv avgöra om den tidiga medicinska aborten är komplett, i en resursfattig miljö i Rajasthan i Indien.</p>	<p>Urvalet drogs från 172 kvinnor vilka deltog i en försöksstudie där de skulle använda misoprostol i hemmet och sedan själva ta ett graviditetstest för att undersöka effektiviteten av metoden. Kvinnorna sökte vård på abortkliniker inom primärvården. 20 kvinnor inkluderades för en djupintervju, därefter bedömde författarna att mättnad hade uppnåtts då inget nytt material identifierades. Alla</p>	<p>Intervjuerna utfördes mellan 2013–2014, 4–6 veckor efter aborten. Intervjuerna transkriberades ord för ord till deltagarnas modersmål. Sedan gick första författaren igenom transkripten tillsammans med en forskarkollega, läste dem upprepade gånger och skapade en lista av koder som reflekterade viktiga aspekter i datan. Huvudfynden och beskrivande citat översattes till engelska. Likheter och skillnader identifierades och användes för att framställa det slutliga resultatet. En validitetskontroll gjordes genom att läsa igenom</p>	<p>Genom att använda misoprostol i hemmet kunde kvinnorna undvika besväret med att resa, ordna med barnvakt, lösa hushållssysslor och kunde upprätthålla sekretess. Genom att använda ett graviditetstest efter aborten kunde kvinnornas oro för graviditetsrester lindras. Majoriteten uppgav att de skulle föredra medicinsk abort med endast ett initialt besök på klinik i framtiden.</p>

Antal deltagare: 20		deltagare gav skriftligt samtycke.	intervjuerna igen i fulltext, så att inget missförstås eller missats.	
<p>Boydell, N., Reynolds-Wright, J. J., Cameron, S. T., & Harden, J. (2021). Women’s experiences of a telemedicine abortion service (up to 12 weeks) implemented during the coronavirus (COVID-19) pandemic: a qualitative evaluation.</p> <p>Land:Storbritannien</p> <p>Hög kvalitet 34 poäng</p> <p>Antal deltagare: 20</p>	<p>Kvalitativ design. Semi-strukturerade intervjuer.</p> <p>Syfte: Att undersöka upplevelsen hos kvinnor i Skottland som genomgått medicinsk abort i hemmet upp till 12:e graviditetsveckan, genom en telemedicinsk abortservice implementerat under covid-19 pandemin, för att identifiera områden som kan förbättras.</p>	<p>Urvalet styrdes med hänsyn till studiens resurser och längd. Deltagarna rekryterades mellan maj-juli 2020 genom att ett formulär med inbjudan att delta skickades hem tillsammans med det medicinpaket (mifepriston och misoprostol) som sändes till dem som skulle göra abort i hemmet. Av 54 som potentiella deltagare ställde 20 stycken upp på intervju. Alla deltagarna gav samtycke till studien.</p>	<p>Individuella semi-strukturerade intervjuer hölls via telefon ca tre veckor efter aborten. En ämnesguide användes för att strukturera upp diskussionen. Intervjuerna spelades in och pågick ca 45 minuter. Datan analyserades tematiskt av hela teamet genom en metod utformat av “the Framework analytic method”. Intervjuerna transkriberades ord för ord och, avidentifierades och matades in i mjukvaran “NVIVO qualitative data analysis software” för att underlätta datahantering, kodning och för att generera ett kodat ramverk. Transkripten lästes upprepade gånger och jämfördes för att hitta likheter och skillnader. Ett kodat ramverk vilket fångade både ursprungsfrågan och framväxande frågor utvecklades och applicerades på intervjudatan. Den kodade datan analyserades sedan djupare för att matcha konstruktionen av sub- och huvudkategorier.</p>	<p>Deltagarna uppskattade alternativet att kunna få tillgång till abortvård genom telemedicin och betonade fördelarna med att kunna välja mellan telefonrådgivning och rådgivning på plats för att metoderna kunde passa olika beroende på olika förutsättningar. Kvaliteten på abortvården förbättrades genom den telemedicinska abortservicen kopplat till en ökad tillgång, bekvämlighet, ökad flexibilitet och nära tillgång till stöd via telefonen. Deltagarna beskrev också att de var bekväma med att det inte gjordes något ultraljud innan aborten och i vissa fall föredrogs det att inte ha gjort ett ultraljud.</p>

<p>Hedqvist, M., Brolin, L., Tydén, T., & Larsson, M. (2016). Women's experiences of having an early medical abortion at home.</p> <p>Land:Sverige</p> <p>Hög kvalitet 35 poäng</p> <p>Antal deltagare: 119</p>	<p>En tvärsnittsstudie med deskriptiv och komparativ design. Semistrukturerade telefonintervjuer. Kvantitativa och kvalitativa data genererades.</p> <p>Syfte: Att bedöma kvinnors upplevelse av att genomföra en tidig medicinsk abort i hemmet och att undersöka deras uppfattning av informationen de fick före aborten. Studien syftade också till att undersöka eventuella skillnader mellan olika grupper av kvinnor.</p>	<p>Deltagarna rekryterades på en klinik för familjeplanering på ett universitetssjukhus i Sverige. Alla svensk- eller engelskspråkiga kvinnor som skulle göra en tidig medicinsk abort i hemmet (mifepriston på klinik och misoprostol hemma) tillfrågades. Av 157 kvinnor som mötte inklusionskriterierna valde 119 att delta i studien. En assisterande sjuksköterska informerade deltagarna om studien, och att de när som helst kunde avbryta.</p>	<p>Kvinnorna kontaktades på telefon ca sex veckor efter aborten. Dagen innan intervjun fick kvinnan ett sms med ett förslag för tid på intervjun. De svarade på ett frågeformulär med 31 frågor, de flesta flervalsfrågor, men några frågor var öppna. Den sista frågan var öppen och gav kvinnan möjlighet att fritt prata om upplevelsen av aborten. Svaren noterades under intervjun. Datan analyserades med statistikprogrammet SPSS, grupper jämfördes med varandra med metoden Fisher's Exact Test och Mann-Whitney U-test. De öppna frågorna analyserades med en kvantitativ innehållsanalys. Datan lästes av alla författare och meningsbärande enheter identifierades och jämfördes.</p>	<p>(I föreliggande studie har endast den kvalitativa datan extraherats)</p> <p>Resultatet visade en nöjdhet med metoden, och att det kändes bra att vara hemma. Många beskrev att informationen de fått varit undermålig, det kunde röra sig om information om blödning, smärta, abortprocessen, utstötningen av embryot och möjlighet att få träffa en kurator. Några framhöll att de inte fått information om andra metoder eller hade uppskattat möjligheten att abortera på kliniken. De flesta kvinnor kände sig nöjda med bemötandet av personalen, de som var missnöjda var ofta missnöjd med en specifik händelse. Några var missnöjda med tillgängligheten och önskade bättre tillgänglighet på telefonen. Andra upplevde tillgängligheten som bra. Uppföljning var något som flera kvinnor önskade då det inte blivit erbjudna något återbesök.</p>
<p>Bjerkholt Aamlid, I., Dahl, B., & Sommerseth, E. (2021). Women's experiences with information before medication abortion at home, support</p>	<p>Kvalitativ intervjustudie.</p> <p>Syfte: Att undersöka kvinnors upplevelser av att genomföra en medicinsk abort i hemmet utifrån</p>	<p>Information om studien publicerades på hemsidan av ett universitet i sydöstra Norge och på Facebook. Deltagare inkluderades om de hade utfört en abort i hemmet (mifepriston på klinik och</p>	<p>Intervjun genomfördes där kvinnan helst ville. Intervjun skedde på plats men några via telefon eller video. Intervjuerna var ca 47 minuter, och spelades in och transkriberades. Intervjun genomfördes utifrån en intervjuguide med tre öppna</p>	<p>Analysen resulterade i tre teman. Det första teman handlar om hur informationen som gavs före aborten upplevdes som otillräcklig och hur detta påverkade deras känsla av trygghet. I nästa tema beskrev deltagarna hur brist på bekräftelse</p>

<p>during the process and follow-up procedures - A qualitative study.</p> <p>Land: Norge</p> <p>Hög kvalitet 35 poäng</p> <p>Antal deltagare: 23</p>	<p>uppfattning av information som gavs före aborten, stödet under processen och uppföljning.</p>	<p>misoprostol hemma) före 12 veckors gestationsålder. 23 kvinnor mellan 24-45 år uppfyllde inklusionskriterierna och inkluderades i studien. Deltagarna godkände deltagandet i studien via mail.</p>	<p>frågor, deltagarna gavs möjlighet att lyfta andra tankar efter intervjun. Malteruds metod för systematisk text-kondensation användes för dataanalys. Materialet gick igenom av en författare och diskuterades sedan tillsammans. Analysen mynnade ut i meningsbärande enheter och teman.</p>	<p>från vårdpersonalen påverkade deras känsla av stöd. Det tredje temat förklarar hur deltagarna uppfattade tillgängligheten av vårdpersonal under hemaborten och hur detta påverkade deras välbefinnande.</p>
<p>Fix, L., Seymour, J. W., Sandhu, M. V., Melville, C., Mazza, D., & Thompson, T.-A. (2020). At-home telemedicine for medical abortion in Australia: a qualitative study of patient experiences and recommendations.</p> <p>Land:Australien</p> <p>Medelkvalitet 31 poäng</p> <p>Antal deltagare: 24</p>	<p>Kvalitativ intervjustudie, utgjorde den kvalitativa delen av en större Mixed method-studie.</p> <p>Syfte: Att undersöka patienters upplevelse av att genomgå en medicinsk abort genom användandet av MSA´s en telemedicinsk service hemifrån.</p>	<p>Deltagare som online fyllt i en enkät om sin abortupplevelse fick frågan om de också ville bli kontaktade för en intervju. Inklusionskriterier var att ha gått igenom en medicinsk abort via MSA [Marie Stopes Australia] genom att använda en telemedicinsk service hemifrån (Själv administrera mifepriston och misoprostol). 24 personer mellan 20–43 år intervjuades.</p>	<p>Semistrukturerade djupintervjuer hölls via telefon. Varje deltagare gav muntligt informerat samtycke innan intervjun. Alla intervjuer spelades in och transkriberades ord för ord. Studieteamet utvecklade primära koder och utvecklade dem upprepade allt eftersom teman utvecklade sig. Två forskare tränade i kvalitativ forskning kodade oberoende av varandra varje intervju. Hela forskningsteamet utförde sedan en tematisk analys för att identifiera huvudkategorier över alla intervjuer.</p>	<p>Kvinnorna valde den telemedicinska servicen hemifrån eftersom det var smidigt, de kunde vara kvar hemma och sköta vardagssysslor samt gav ökad sekretess och integritet. Några deltagare påpekade att allmänläkarens kunskap om tillgängliga abortkliniker eller metoder påverkade deras tillgänglighet till vård. De flesta deltagare tyckte att sekretessen vid telemedicinsk service hemifrån var jämförbart eller bättre än ett fysiskt besök och nästa alla kände sig bekväma via telefon. De flesta var nöjda med hemleveransen av abortmedicinen och skulle rekommendera servicen.</p>

<p>Kero, A., Wulff, M., & Lalos, A. (2009). Home abortion implies radical changes for women.</p> <p>Land: Sverige</p> <p>Medelkvalitet 29 poäng</p> <p>Antal deltagare: 100</p>	<p>En intervjustudie som genererade både kvalitativa och kvantitativa data.</p> <p>Syfte: Att generera en djupare kunskap kring kvinnors upplevelser, synpunkter och reaktioner kring att genomgå en medicinsk abort i hemmet med hjälp av misoprostol.</p>	<p>100 kvinnor som genomgått hemabort (administrering av mifepriston på sjukhus och misoprostol i hemmet) inkluderades mellan åren 2006–2008. Alla gav ett informerat samtycke.</p>	<p>Ett semi-strukturerat intervjuformulär (innehållande 41 frågor) utvecklades med fokus på sociodemografi, reproduktiva egenskaper, anledning till abort, attityder, känslomässig och fysisk upplevelse och känslor en vecka efter aborten. Förutom frågor med givna svarsalternativ fanns också öppna frågor. Svaren på de öppna frågorna skrevs ner direkt efter intervjun. Den kvalitativa datan diskuterades, kodades och kategoriserades av alla deltagare i forskningsgruppen och analyserades konceptuellt. Den kvantitativa datan analyserades med hjälp av det statistiska programmet SPSS version 15.0.</p>	<p>(I föreliggande studie har endast den kvalitativa datan extraherats)</p> <p>Majoriteten av kvinnorna upplevde välbefinnande och var nöjda med sitt val av abortmetod. De uppskattade integriteten och bekvämligheten de fick hemma vilket också gav partnern möjlighet att närvara. Att ta mifepriston på klinik gav upphov till existentiella tankar och var av vissa svårare än själva aborten hemma. Lättnad var största känslan på dagen för aborten. De flesta kände inget obehag av att hantera graviditetstesterna medan vissa tyckte synen var obehaglig.</p>
<p>Harden, J., Ancian, J., Cameron, S., & Boydell, N. (2021). Women’s experiences of self-administration of misoprostol at home as part of early medical abortion: a qualitative evaluation.</p> <p>Land: Storbritannien</p>	<p>En kvalitativ design med djupintervjuer</p> <p>Syfte: Att undersöka kvinnors upplevelse av att genomgå en tidig medicinsk abort med administrering av misoprostol i hemmet i NSH Lothian (National Health Service, Edinburgh and surrounding regions)</p>	<p>Kvinnor som besökte en specialistabortklinik i NHS Lothian, som var lämpliga för och som valde att genomföra en tidig medicinsk abort med hemadministrering av misoprostol informerades om studien och fick lämna sina kontaktuppgifter.</p> <p>Av 80 potentiella deltagare gick 20 kvinnor mellan 21–45 med på att genomföra en</p>	<p>Deltagarna gav informerat samtycke före intervjun. Intervjuerna på genomsnitt 60 min hölls 2–6 veckor efter aborten, i kvinnans hem, på universitetet eller på telefon. De spelades in digitalt och transkriberades.</p> <p>En tematisk analys av det transkriberade materialet gjordes av författarna och teman och underteman togs fram.</p>	<p>Resultatet visade att kvinnorna uppskattade flexibiliteten som administration av misoprostol i hemmet gav dem. Särskilt att själv kunna bestämma tiden för aborten. Detta var särskilt betydelsefullt för de kvinnor som ville dölja aborten från andra. De flesta kvinnor uppskattade att vara hemma med den komfort och trygghet det gav dem. Men några få betonade att de kände oro över att vara hemma. Många sa att administreringen av misoprostol var lätt att utföra men</p>

<p>Medelkvalitet 31 poäng</p> <p>Antal deltagare: 20</p>	<p>för att kunna utveckla framtidens abortvård.</p>	<p>intervju. Deltagarna rekryterades mellan januari-juni 2019.</p>		<p>några uttryckte funderingar kring om allt hade varit “normalt”.</p>
<p>Cappiello, J., Merrell, J., & Rentschler, D. (2014). Women’s experience of decision-making with medication abortion.</p> <p>Land: USA (Nordöstra)</p> <p>Medelkvalitet 31 poäng</p> <p>Antal deltagare: 22</p>	<p>En konstruktivistisk grounded theory, öppna djupintervjuer</p> <p>Syfte: Förklara och analysera kvinnans upplevelse av att välja och genomgå en medicinsk abort.</p>	<p>Deltagare rekryterades av personal på abortklinik som informerade om studien.</p> <p>Inklusionskriterier var att kvinnan kunde prata engelska och vara över 18 år, 16–17 inkluderades om de fick förälders godkännande. Studien inkluderade 22 kvinnor mellan från 16–44 år som genomgått en medicinsk abort (mifepriston på klinik och misoprostol i hemmet) före graviditetsvecka 9.</p>	<p>Data samlades in från 2005–2007. Intervjuer genomfördes 2–16 veckor efter aborten, intervjuerna hade ett genomsnitt på 60 min. Tre av intervjuerna genomfördes på telefon, de andra på plats. Intervjuerna spelades in med godkännande av deltagarna. Mättnad nåddes när det inte framkom någon ny information. En av författarna intervjuade men alla tre författare genomförde analys av datan.</p>	<p>Fem teman framkom som påverkade kvinnans välja medicinsk abort; att välja en naturlig metod, att undvika kirurgi, respektera “barnet”, möjlighet att planera in i vardagen, uppskatta hemmiljön. Känslan av att själv ha kontroll var den största faktorn till att välja medicinsk abort.</p>

