



**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA**

KVINNORS UPPLEVELSER AV TELEMEDICIN INOM ABORTVÅRD

- En kvalitativ litteraturöversikt

Alice Tagesson, Caroline Persson & Rosanna Westerstad

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Barnmorskeprogrammet/RPH101
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	HT/2024
Handledare:	Karolina Lindén
Examinator:	Malin Bogren

Titel svensk:	Kvinnors erfarenhet av telemedicin inom abort
Titel engelsk:	Women's experience of telemedicine within abortion
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Barnmorskeprogrammet/RPH101
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	HT/2024
Handledare:	Karolina Lindén
Examinator:	Malin Bogren
Nyckelord:	Telemedicin, kvinnor, abort, upplevelse, sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR), barnmorska

Sammanfattning

Bakgrund: Tillgång till abortvård är av vikt för att minska graviditetsrelaterad dödlighet, trots detta är tillgången till abortvård ojämlig globalt och regleras av lagstiftning och restriktioner. Abortsökande kvinnor riskerar att tillta osäkra abortmetoder på grund av befintliga abortrestriktioner. Enligt svensk lag ska aborter utföras på vårdinrättningar av legitimerad personal. Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) är grundläggande för kvinnors rättigheter och barnmorskans profession arbetar för att upprätthålla dessa. Tillgången till telemedicin kan öka tillgängligheten av abortvård.

Syfte: Syftet med studien är att undersöka kvinnors upplevelser av telemedicin vid tidig medicinsk abort.

Metod: En systematisk litteraturöversikt genomfördes med en kvalitativ design. Databaserna PubMed och Cinahl har använts för insamling av data. Dataanalysen genomfördes enligt Bettany-Saltikov och McSherrys nio stegs modell.

Resultat: Resultatet baserades på 14 kvalitativa artiklar från höginkomstländer genomförda mellan år 2013–2024. Två kategorier identifierades *Ökad kontroll* och *Förtroende genom stöd och information*, med tillhörande underkategorier. Sammanfattningsvis visade telemedicin inom abortvård på ökad känslan av autonomi och självbestämmande, genom att erbjuda kvinnorna kontroll över processen samt ökade valmöjligheter för tid och plats. Metoden minskade risken för stigma genom ett diskret val av abortvård. Kvinnorna upplevde också en högre grad av integritet och bekvämlighet, samt ökad tillgänglighet genom minskade hinder i vardagen. Majoriteten av kvinnorna upplevde telemedicin positivt, medan fåtalet kvinnor upplevde bristande stöd och information.

Slutsats: Telemedicin inom abortvård ökar självbestämmande, skyddar integritet och minskar stigmatisering. Majoriteten av kvinnorna upplevde stöd och information positivt. Resultaten kan öka förståelsen hos vårdpersonal och främja implementering av telemedicin i fler höginkomstländer, vilket ger kvinnor större valfrihet och flexibilitet i sin sexuella och reproduktiva hälsa.

Nyckelord: Telemedicin, kvinnor, abort, upplevelse, sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR), barnmorska.

Abstract

Background: Access to abortion care is essential for reducing pregnancy-related mortality. Despite this, access to abortion care remains unequal globally and is regulated by legislation and restrictions. Women seeking abortions are at risk of resorting to unsafe abortion methods due to existing legal limitations. According to Swedish law, abortions must be performed in healthcare facilities by licensed professionals. Sexual and reproductive health and rights (SRHR) are fundamental to women's rights, and the profession of midwifery works to uphold these rights. The availability of telemedicine can enhance access to abortion care.

Aim: The aim of this study is to examine women's experiences with telemedicine in early medical abortion.

Method: A systematic literature review was conducted using a qualitative design. Databases PubMed and Cinahl were used to gather data. Data analysis was performed according to the Bettany-Saltikov and McSherry's nine-step model.

Results: The results were based on 14 qualitative studies from high income countries conducted between 2013 and 2023. Two categories were identified: *Increased Control* and *Trust through support and information*, along with related subcategories. In summary, telemedicine in abortion care was shown to enhance feelings of autonomy and self-determination by providing women with greater control over the process and increased options for time and location. The method reduced the risk of stigma by offering a discreet choice for abortion care. Women also reported a higher sense of privacy and convenience, as well as increased accessibility due to reduced everyday barriers. The majority of women had a positive experience with telemedicine, while a small number expressed concerns about a lack of support and information.

Conclusion: Telemedicine in abortion care enhances autonomy, protects privacy, and reduces stigma. The majority of women reported positive experiences with support and information. The findings may increase healthcare professionals' understanding and promote the implementation of telemedicine in more high-income countries, offering women greater choice and flexibility in their sexual and reproductive health.

Keywords: Telemedicine, women, abortion, experience, sexual and reproductive health and rights (SRHR), midwife.

Förord

Vi vill börja med att rikta ett stort tack till vår handledare Karolina Lindén för ditt engagemang och för ett fint samarbete. Tack för all stöttning och för hjälpen att ro detta arbete i hamn. Vi vill även tacka medstudenter för ert fina stöd, för feedback och bra diskussioner. Sist, men absolut det mest avgörande, vill vi även tacka varandra för det fina samarbete som fortlöpt under studiens gång.

Innehållsförteckning

Inledning	8
Bakgrund	8
<i>Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter</i>	8
<i>Graviditetsrelaterad dödlighet</i>	9
<i>Medicinsk abort</i>	10
<i>Abortlagstiftning</i>	11
<i>Säkra abortmetoder</i>	12
<i>Telemedicin</i>	12
<i>Barnmorskans arbete inom abortvård</i>	13
Problemformulering	14
Syfte	14
Metod	14
<i>Studiedesign</i>	14
<i>Urval</i>	14
Tabell 1. Inklusion- och exklusionskriterier	15
<i>Datainsamling</i>	15
Tabell 2 Söksträng för att undersöka kvinnors upplevelse av telemedicin vid tidig medicinsk abort	16
Figur 1 PRISMA	19
<i>Kvalitetsgranskning</i>	19
<i>Dataanalys</i>	20
Tabell 3. Exempel ur dataanalysprocessen	20
<i>Etiska överväganden</i>	21
Resultat	22
Tabell 4 Kategorier för att identifiera kvinnor upplevelse av telemedicin vid tidig medicinsk abort	22
<i>Ökad kontroll</i>	22
Känsla av självbestämmande	22
Minskad risk för stigmatisering	23
En känsla av bibehållen integritet	23
Minskade hinder i vardagen	24
<i>Förtroende genom stöd och information</i>	25
Stöttning från vården och närstående	25
Trygghet via rådgivning	26
Diskussion	27

<i>Metoddiskussion</i>	27
<i>Resultatdiskussion</i>	29
<i>Implikationer</i>	32
Slutsats	32
Referenslista	34
Bilagor	39
<i>Bilaga 1. Exkluderade artiklar</i>	39
<i>Bilaga 2. Inkluderade artiklar</i>	40
<i>Bilaga 3. Kvalitetsgranskning</i>	44

Inledning

Tillgången till säker abortvård är en avgörande faktor för att minska graviditetsrelaterad dödlighet. Trots betydande framsteg inom utvecklingen av säkra abortmetoder utförs nära hälften av alla aborter under osäkra förhållanden globalt. Det medför en ökad risk för allvarliga komplikationer och bidrar därmed till en fortsatt hög graviditetsrelaterad dödlighet. Under de senaste åren har telemedicin fått en alltmer framträdande roll inom abortvården i höginkomstländer och erbjuder möjligheter att öka tillgängligheten till säker vård. Enligt svensk lag ska abort induceras på en vårdinrättning av legitimerad sjukvårdspersonal, vilket innebär att självinducerade aborter i hemmet inte är tillåtna. Utvecklingen av telemedicinsk abortvård kan bidra till att uppfylla de globala målen i Agenda 2030, gällande mål 3 *god hälsa och välbefinnande* samt mål 5 *jämställdhet* som säkerställer tillgång till säker och personcentrerad vård.

Denna studie syftar till att undersöka kvinnors upplevelser av telemedicin vid tidig medicinsk abort. Genom att undersöka aspekter av trygghet, delaktighet och tillgänglighet kan förståelsen för telemedicinens potential och utmaningar fördjupas. Den ökade kunskapen är central i arbetet med att erbjuda jämlik och säker abortvård inom ramen för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter.

I denna litteraturoversikt benämns deltagarna som kvinnor. Vi har inte avsiktligt exkluderat personer som inte identifierar sig som kvinnor. De deltagande grupperna i de inkluderade artiklarna bestod av kvinnor, vilket reflekterades i användningen av pronomen. Vi respekterar alla könsidentiteter.

Bakgrund

Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter

Sexuell och reproduktiv hälsa definieras som "Ett tillstånd av fysiskt, känslomässigt, mentalt och socialt välbefinnande i relation till sexualitet; det är inte bara frånvaron av sjukdom, dysfunktion eller handikapp [...]" WHO: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/sexuell-halsa-hivprevention/sexuell-och-reproduktiv-halsa-och-rattigheter/> (1).

Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) definieras av *Gutmacher–Lancet Commission* vara ett omfattande begrepp som inkluderar människans emotionella, psykiska och sociala välmående. SRHR anses utgöra en grund till god hälsa, en god sexuell- och reproduktiv hälsa kan främja människors fysiska och psykiska välmående. Självbestämmande och rättigheter inom reproduktiv hälsa tillsammans med tillgång till rätt information bidrar till mindre stigma, socialt tryck och stress. Sexuell hälsa bör bygga på samtycke och vara fri från tvång, våld och diskriminering med möjlighet till egna val om sin kropp och framtid. Dessa faktorer anses leda till stärkt psykisk, fysisk och socialt välbefinnande. SRHR är en grund för jämställdhet och framtidens globala folkhälsa, framförallt för kvinnor som främst nyttjar vården

som ingår i rättigheterna. Den vård som SRHR innefattar är bland annat rätten till säker abort, tillgång och rådgivning av preventivmedel, sexualundervisning, vård av sexuellt våldsutsatta, förebyggande och behandlande vård av könssjukdomar samt mödravård. Globala folkhälsoproblem inom dessa områden hade kunnat minska om vården kunnat erbjuda och upprätthålla dessa rättigheter (2).

Förenta nationernas [FN] globala mål för hållbar utveckling har erkänt sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter som en väsentlig del för en god hälsa (3). Även jämställdhet mellan de kvinnliga och manliga könen samt ökad ekonomisk och social utveckling ger upphov till att upprätthålla dessa rättigheter. Vidare betonas behovet av granskning av lagar, förordningar och författningar för att anpassa och tillgodose den vård som rättigheterna kräver (4).

För att uppnå en god sexuell och reproduktiv hälsa behöver sexuella och reproduktiva rättigheter erkännas som mänskliga rättigheter. Det innefattar respekten för personens självbestämmande av sexualitet, könsidentitet och uttryck. Alla ska ha rätt att själva bestämma vem de vill inleda en sexuell relation med, om och hur de vill vara sexuellt aktiva samt bestämma vem de vill ingå äktenskap med. Vidare beskrivs frågan om reproduktion, att personen ska kunna avgöra själv om man vill skaffa barn och antalet barn. SRHR innefattar inga inslag av tvång, våld, utnyttjande eller diskriminering. Folkhälsomyndigheten betonar att arbetet med SRHR inte enbart syftar till en god sexuell och reproduktiv hälsa, utan också att hälsan ska vara jämlik mellan grupper (1).

Graviditetsrelaterad dödlighet

Graviditetsrelaterad dödlighet, även kallat mödradödlighet innebär att den gravida avlider i samband med en graviditet eller förlossning, upp till 42 dagar efter att en graviditet avslutats, oberoende av graviditetslängd eller obstetrisk orsak (5). Infektioner, preeklampsi, svår blödning, komplikationer från förlossningen och osäkra aborter är de främsta orsakerna till graviditetsrelaterad dödlighet och står för nästan 75% av berörda dödsfall. Faktorer som bidrar till graviditetsrelaterad dödlighet och hindrar kvinnor från att ta emot och söka vård ur ett globalt perspektiv är dålig vårdkvalitet, otillräckligt utbildad vårdpersonal och brist på medicinska förnödenheter. Sociala bestämningsfaktorer såsom inkomst, utbildningsnivå och etnicitet har också betydelse för om kvinnor tar emot eller söker vård. Även externa faktorer som klimat- och humanitär kris samt konflikter begränsar framgången i att minska graviditetsrelaterad dödlighet eftersom bland annat medicinska förnödenheter begränsas (6).

År 2020 var dödligheten under graviditet och förlossning 430 kvinnor per 100 000 levande födda i låginkomstländer, jämfört med 13 kvinnor per 100 000 levande födda i höginkomstländer. Dessa skillnader beror främst på den medicinska och sociala utvecklingen som sker ojämnt över världen. Dödligheten relaterat till graviditet har minskat med ca 34% över hela världen mellan år 2000 och 2020. Trots det är graviditetsrelaterad dödlighet fortsatt stor främst i låginkomstländer som står för knappt 95% av alla graviditetsrelaterade dödsfall år 2020 (6).

Abortvård är en viktig hälsoinsats som kan på ett säkert sätt utföras med en metod rekommenderad av WHO, det vill säga medicinsk eller kirurgisk abort. Lämplig metod i relation till graviditetslängd samt utförande av personal med kunskap i ämnet är grundläggande faktorer för en säker abort (7, 8). En osäker abort är till skillnad från en säker abort förenat med livsfara eftersom det ofta sker utan medicinsk kunskap (7). Stränga abortlagar är en bidragande faktor till ökat antal graviditetsrelaterad dödsfall, då abortsökande kvinnor inte har tillgång till den adekvata medicinska vården som behövs, alternativt söker sig till farligare abortmetoder. Statliga abortlagar har därmed direkt påverkan på kvinnors hälsa och inverkan på graviditetsrelaterad dödlighet (9). År 2012 vårdades uppskattningsvis 7 miljoner kvinnor på sjukhus i låginkomstländer för komplikationer som blev till följd av osäkra aborter (7, 10). Siffror för att uppskatta dödsfall på grund av osäkra aborter är mindre specifika eftersom underrapporteringen av aborter gjorda utanför klinik är stor (11). Antal graviditetsrelaterade dödsfall relaterat till säkra aborter är minimala $<1/100\ 000$. I länder där abort är strikt reglerat av abortlagar är osäkra aborter vanligare och dödstalen relaterat till osäkra aborter är betydligt högre $>200/100\ 000$ (7). Delstater i USA, ett höginkomstland med striktare abortrestriktioner har en dödlighet av gravida som är 7 % högre än i delstater med färre restriktioner (9). Trots stort antal komplikationer till följd av osäkra aborter är antalet kvinnor som dör kopplat till komplikationer av en abort avsevärt färre än antalet kvinnor som dör kopplat till en förlossning. Risken för dödsfall är 14 gånger högre vid en förlossning jämfört vid en abort (8).

Medicinsk abort

Abort innebär spontan eller inducerat avbrytande av graviditet (12). Medicinsk abort utvecklades till en metod för att avbryta en graviditet i början av 1970-talet, eftersom tillgången av prostaglandiner ökade. Behandlingen utvecklades sedan under 1980-talet till en kombinationsbehandling med ett antiprogesteron. Medicinsk abort hade potential att utöka tillgången till aborttjänster i områden där kirurgiska alternativ var begränsade och därmed påverka individens upplevelse av abortvården (13).

En viktig upptäckt gjordes år 1985, när Bygdeman och Swahn kunde genom deras studie visa på att Mifepriston, ett antiprogesteron som blockerar receptorerna för progesteron ökar livmoderns kontraktilitet och ökar känsligheten för prostaglandiner i myometriet (14). Misoprostol, ett läkemedel med prostaglandiner, orsakar livmoderssammandragningar samt mjukar upp livmodertappen (13). Mifepriston samt Misoprostol kunde bidra till en mycket effektiv metod, där självadministrering var möjlig och utan behov av kirurgiskt ingrepp. Denna metod kunde leda till färre biverkningar som annars kunde kopplas till användning av enbart ett läkemedel (14). Kombinationsbehandling är fortsatt signifikant mer effektivt än intag av enbart det ena läkemedlet (13, 15).

I Sverige år 2023 utfördes cirka 35 550 aborter, vilket motsvarar drygt 18 aborter per 1000 kvinnor i åldern 15–44 år. Medicinsk metod användes i drygt 97% av fallen (16). Beslut om

abort i ett tidigare skede av graviditeten har blivit allt vanligare i bland annat nordiska länder, där de flesta aborter genomförs medicinskt innan graviditetsvecka nio. Tidig medicinsk abort definieras som avslutad graviditet innan graviditetsvecka 12 (17). Effekten av abort utförd innan graviditeten kunde visualiseras med ultraljud har studerats i en ny svensk studie. Resultatet visade på att tidig start av abort var lika effektivt som standardbehandling (18).

Effektiviteten och säkerheten har studerats i flertalet studier av medicinsk abort gjord på klinik och i hemmet. Deltagare erhöll Mifepriston oralt och därefter Misoprostol 24-48 timmar efter administrering skedde oralt, bukkalt, vaginalt eller sublinguallt (19). Tillvägagångssättet går i linje med WHO:s riktlinjer att kombinerad metod av Mifepriston och Misoprostol skall användas före graviditetsvecka tolv vid medicinsk abort (20). Översikten visade på att det inte fanns någon skillnad i effektivitet och säkerheten om aborten utfördes i hemmet eller på vårdinrättning (19).

Abortlagstiftning

Kvaliteten och säkerheten för abortvård har förbättrats de senaste 50 åren, eftersom en global trend om liberalisering av abortlagar uppmärksammats. Under 1970-talet skedde en mildring av abortlagarna i de nordiska länderna, vilket påverkade tillgången till abort i syfte att förbättra kvinnors reproduktiva rättigheter (17). Utifrån ett världsligt perspektiv har många abortlagar blivit mindre restriktiva sedan FN:s konferens i Kairo 1994. Abort är i många länder enbart tillåtet för att rädda kvinnans liv, bevara hennes fysiska och psykiska hälsa, vid våldtäkt eller incest, vid fosteravvikelse samt på sociala och ekonomiska grunder (21).

I Sverige regleras abortvården av Abortlagen (1974:595). Lagen fastställer specifika riktlinjer för sjukvårdens ansvar samt rättsliga och medicinska ramar för utförandet av inducerad abort. Enligt lagen ska abort induceras på en vårdinrättning utförd av en legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Det innebär att det enligt svensk lag inte är tillåtet att själv inducera abort i hemmet. I Sverige tillämpas fri abort, det vill säga en kvinna kan begära ett avbrytande av sin graviditet till och med graviditetsvecka 17+6 utan att uppge något skäl. Efter vecka 18+0 till och med vecka 21+6 krävs Socialstyrelsens godkännande av ett synnerligt skäl (22).

Mellan olika länder ses stora skillnader i aborträtten. Det kan även ses skillnader mellan delstater i ett land, särskilt vid federala system där egna regler kan införas (21). Efter upphävandet av Roe vs. Wade i USA år 2022, lagen som varit en garanti för aborträtten i samtliga delstater, blev tillgången till abort svår och osäker i vissa delar av landet. Kvinnor har upplevt begränsad tillgång till abort eller förbud, långa resvägar, höga kostnader, brist på stöd och stigmatisering samt oro för juridiska risker. Restriktionerna har givit konsekvenser för kvinnors mentala hälsa och ökat frekvensen av osäkra aborter (23).

Abortlagstiftning inom Europa och angränsande länder visar på att nationella skillnader har minskat, dock finns det fortsatt stora skillnader. Obligatorisk väntetid på sex respektive sju

dagar mellan rådgivning och abort ses i Belgien och Italien. I tolv länder är abort lagligt upp till tolv respektive fjorton fulla graviditetsveckor medan i Portugal, Slovenien och Serbien enbart är lagligt fram tills graviditetsvecka tio. I Malta samt Polen är abort på kvinnans begäran helt förbjudet (24). Faktorer som påverkar abortsäkerheten är till stor del landets lagar och policyer kopplat till abort (25).

Abortsäkerheten studerades i 119 olika länder globalt och analyserade i vilken utsträckning aborter var säkra, delvis säkra eller osäkra, i relation till respektive lands lagstiftning. Denna studie visade på att 87,4% av alla aborter som gjordes i ett land där abort var tillgängligt på begäran var säkra, tillskillnad från 25,2% i de 62 länder där abort är helt förbjudet eller enbart tillåts för att rädda kvinnans liv. Ett direkt samband kunde ses mellan landets inkomstnivå och abortsäkerhet, där andelen säkra aborter var högst i höginkomstländer. De tyder på att juridiska ramverk spelar en viktig roll vad gäller abortsäkerheten (25).

Säkra abortmetoder

Varje år uppstår cirka 121 miljoner graviditeter, varav hälften är oplanerade. Tre av tio graviditeter avbryts med inducerad abort. Sub-optimal abortvård i form av bristande tillgång till snabb, säker, respektfull och prisvärd vård utgör en risk för det mentala och sociala välbefinnandet, såväl som för det fysiska. För att uppnå hälsa krävs god tillgång till högkvalitativ vård där centrala delar omfattar information samt vård innan, under och efter aborten. Säker, icke-diskriminerande och respektfull abortvård ligger till grund för att uppnå de hållbara utvecklingsmålen. Det är av vikt att vårdpersonal åsidosätter egna värderingar om abortvård och ger opartisk och korrekt information för att kvinnan ska kunna fatta ett självständigt beslut (7). Aborter som utförs enligt evidensbaserad standard, det vill säga med medicinsk eller kirurgisk metod, anses vara säkra alternativ (25). Dessa metoder är också högeffektiva (26, 27) samt har liten risk för komplikationer (27).

Trots utveckling av säkra metoder inom abort sker fortsatt osäkra aborter som resulterar i en hög grad av komplikationer med allvarliga följder så som graviditetsrelaterad dödlighet samt höga kostnader för både kvinnan och hälsosystem. Osäkra aborter definieras som avbrytande av en graviditet, som utförs i en miljö som inte uppfyller kraven på medicinsk standard eller av utbildad person (25). WHO beskriver att begränsning av tillgången till abort inte minskar antalet aborter, utan ger i stället effekt på metoden som används. Nästan hälften av alla aborter globalt sker i osäkra förhållanden. Orsaker till att osäkra aborter genomförs i delar av världen är bland annat långa väntetider, obligatorisk medicinsk rådgivning inför en abort, långa resvägar för juridisk vård eller av ekonomiska skäl (7).

Telemedicin

Telemedicin är ett begrepp som formats utifrån det latinska ordet Mederi, som betyder ”att läka” och det grekiska ordet tele, som betyder ”avstånd”. Den faktiska meningen av telemedicin

är ”läkning på avstånd”. I praktiken innebär telemedicin att patienter och vårdpersonal kan ha kommunikation utan att behöva träffas fysiskt. Patienter kan få hälsoinformation, rådgivning, hjälp med medicinska problem, få diagnoser och behandling av vårdgivare på distans via videosamtal eller onlineplattformar (28).

Telemedicin användes första gången under tidigt 1900-tal, men etablerades först för cirka 50 år sedan. Forskare har de senaste 30 åren utforskat möjligheterna till hur avancerad kommunikationsteknik kan implementeras och förbättra patientvården. Tillgängligheten av telemedicin har minskat sjukvårdskostnaderna och ökat tillgången till högkvalitativ vård. WHO beskriver telemedicin som ett sätt att leverera hälso- och sjukvårdstjänster oberoende av avstånd, i syfte att främja hälsan hos den enskilda individen och i förlängningen samhället (28).

Telemedicin inom abortvård är tillgängligt i flera länder runt om i världen, bland annat så har telemedicin blivit särskilt viktigt i USA för att kvinnor som är i behov av att göra en medicinsk abort ska ha tillgång till behandling oavsett vilken delstat hon befinner sig i. Under Covid-19 pandemin, år 2020–2022 steg efterfrågan på tjänster via telemedicin då fysisk vård inte var tillgänglig i samma utsträckning som tidigare. Efterfrågan på abortläkemedel via telemedicin steg ytterligare efter att avskaffandet av Roe vs. Wade i USA år 2022. Därefter har telemedicinsk abort haft en allt viktigare roll för att upprätthålla tillgängligheten till abort i landet. Genomförandet av telemedicin har även implementerats i andra höginkomstländer såsom Storbritannien. Uppföljande forskning visar på att abort via telemedicin var lika säkert som aborter utförda via en klinik. Uppföljningen visar även på snabbare behandling med ett genomsnitt på 4 dagar snabbare än vid klinikbesök (29).

Barnmorskans arbete inom abortvård

Barnmorskans ansvarsområde är reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa. Vården som barnmorskan är delaktig i sker från kvinnans reproduktiva livscykel före barnafödande fram tills att kvinnan kommit i menopaus och till livets slutskede. För att förbättra standardvård, upprätthålla kvalitet och för att vägleda barnmorskor har International Confederation of Midwives [ICM] sammanställt en etisk kod för barnmorskeyrket. Viktiga delar som den etiska koden innefattar är att stärka kvinnors rätt till val och självbestämmande av sina kroppar och därmed främja de mänskliga rättigheterna. Vården ska ges på lika villkor oavsett patientens bakgrund och socioekonomiska status. Barnmorskan ska arbeta utifrån evidens och forskningsbaserad vård, värna om samtycke, delaktighet och ge personcentrerad vård (30). Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska regleras av Svenska barnmorskeförbundet. Beskrivningen tydliggör förbundets rekommendationer gällande kunskap, förmåga, färdigheter och förhållningssätt (31).

En studie utförd i hög-, medel- och låginkomstländer betonar barnmorskans centrala roll och ansvar inom abortvård. Studien lyfter fram att ICM stödjer barnmorskans roll i att kunna utföra medicinska aborter och en adekvat eftervård. Barnmorskan ska kunna säkerställa abortvårdens

tillgänglighet, verka för att minska graviditetsrelaterad sjuklighet och dödlighet, samt bevara och framhäva kvinnors rätt till sina reproduktiva valmöjligheter (32).

Problemformulering

Alla kvinnor har rätt till sexuella rättigheter och självbestämmande över sin reproduktiva hälsa. Sexuella rättigheter har erkänts som en mänsklig rättighet och ligger till grund för psykiskt, fysiskt och socialt välbefinnande. Tre av tio graviditeter resulterar i en inducerad abort, där metoderna varierar mellan osäkra och säkra aborter. En osäker abort är förenat med livsfara då det sker utan medicinsk expertis. Otillgänglig eller till och med avsaknad av abortvård har visat sig bidra till ökad graviditetsrelaterad dödlighet. I Sverige är abortvården säker och tillgänglig, där den fysiska tillgängligheten kan variera beroende på avstånd till klinik. Det finns önskemål om att reformera vår nuvarande lagstiftning som endast tillåter start av abort på vårdinrättning, till att även tillåta abortvård på distans. Telemedicin vid tidig medicinsk abort har visat sig vara medicinsk säker. Barnmorskor i Sverige har en central roll att integrera ny evidensbaserad kunskap och etablera ny forskning i vården. Telemedicin inom abortvård skulle kunna bidra till förbättrad tillgänglighet och därmed eventuellt tidigarelägga starten för inducerad abort samt reducera behovet av fysiska vårdmöten. För att det skall vara möjligt krävs en fördjupad förståelse av kvinnors erfarenhet av telemedicin inom abortvård.

Syfte

Syftet med studien är att undersöka kvinnors upplevelser av telemedicin vid tidig medicinsk abort.

Metod

Studiedesign

För att besvara syftet gjordes en systematisk litteraturöversikt med kvalitativ design, vilket gav en överblick av det aktuella forskningsläget. En kvalitativ design syftar till att förstå, förklara, tolka och beskriva helheten i den subjektiva upplevelsen av fenomenet (33). Metoden presenteras enligt Bettany-Saltikov & McSherrys 7-steps modell (34). AI i form av ChatGPT 4.0 har använts för textkorrigering genom delar av texten, men inte använts för att generera innehåll.

Urval

För att finna relevanta artiklar som svarade på studiens syfte fastställdes inklusions- och exklusionskriterier. Kriterierna formulerades med hjälp av PEOT som inkluderar People, Exposure, Outcome och Type of study. Dessa avgränsningar gjordes för att kunna hitta artiklar som besvara syftet och utesluta irrelevanta artiklar (34). I tabell 1 presenteras inklusions- och exklusionskriterier i enlighet med PEOT.

Endast kvalitativa studier inkluderades i urvalet eftersom studiens syfte var att undersöka kvinnors upplevelse. Utvalda artiklar skulle vara skrivna på engelska för att inkludera ett internationellt perspektiv. Artiklarna skulle vara tillgängliga i fulltext, vara etiskt godkända och peer-reviewed för att säkerställa att artiklarna är vetenskapligt granskade. Studier där kvinnor vårdades på klinik exkluderades då syftet var att undersöka kvinnors upplevelse av telemedicin och abort i hemmet. Artiklar med deltagare under 18 år exkluderades för att utesluta minderåriga. Artiklar där vårdpersonal alternativt anhörigas upplevelse beskrevs exkluderades, eftersom det inte motsvarade studiens syfte. Artiklar där samarbeten med företag presenterades exkluderades på grund av risk för bias. Studier som var gjorda i låginkomstländer exkluderades då de inte är applicerbara på svensk sjukvård. Därmed avgränsades urvalet av artiklar till endast höginkomstländer enligt världsbankens (35) för att öka överförbarheten av resultatet till en svensk kontext.

Tabell 1. Inklusion- och exklusionskriterier för att undersöka kvinnors upplevelse av telemedicin vid tidig medicinsk abort

	Inklusionskriterier	Exklusionskriterier
People	Kvinnor som varit gravida	Vårdpersonal Partner Kvinnor under 18år
Exposure	Genomgått abort med telemedicin	Genomgått abort på klinik
Outcome	Kvinnors upplevelser av telemedicin vid abort	Kvinnors upplevelse av administration av läkemedel på vårdinrättning
Type of study	Kvalitativa etiskt godkända originalartiklar Artiklar skrivna på engelska Artiklar tillgängliga i fulltext Peer-reviewed Studier gjorda i höginkomstländer	Kvantitativa artiklar Låg kvalitet enl SBU:s granskningsmall Betalda artiklar från företag

Datainsamling

Litteratursökning till denna studie pågick i november år 2024. Litteratursökningen gjordes i databaserna PubMed och Cinahl, dessa databaser valdes då de är relevanta för studier inom omvårdnad och medicin. Samtliga artiklar som var relevanta för ämnet och tillgängliga i fulltext valdes. Artiklsökningarna påbörjades i Cinahl, där sökord utifrån PEOT tillämpades. Sökningarna inleddes med fritext och kompletterades med termer från Cinahl Headings. För att

säkerställa kvaliteten på artiklarna användes avgränsningen "Peer reviewed" i Cinahl. Samma sökstrategi användes även i PubMed och kompletterades med termer från Svensk MeSh. Sökord redovisas i Tabell 2 söksträng. Funna artiklar lästes och nyckelord kunde identifieras för att göra ytterligare sökningar. Denna strategi för att forma sökord är till fördel vid en kvalitativ studie för att inkludera samtlig forskning (34). Trunkering användes i PubMed för att inkludera alla ändelser av ett begrepp. För att kombinera sökorden användes booleska termerna OR och AND.

För att på ett strukturerat sätt utföra sökningen användes PEOT i enlighet med Bettany-Saltikov och McSherry (34). P (people) inkluderade begreppen kvinnor och patienter vilket innefattade gravida eller tidigare gravida kvinnor i artikelsökningen. E (exposure) inkluderade begreppen abort och telemedicin vilket innefattade de kvinnor som genomgår alternativt genomgått abort med telemedicin. O (outcome) inkluderade begreppen upplevelse och perspektiv vilket innefattade kvinnornas upplevelse av telemedicin vid abort. T (Type of study) inkluderade kvalitativa studier samt etiskt godkända originalartiklar skrivna på engelska för att inkludera ett internationellt perspektiv. Se tabell 2 för söksträng.

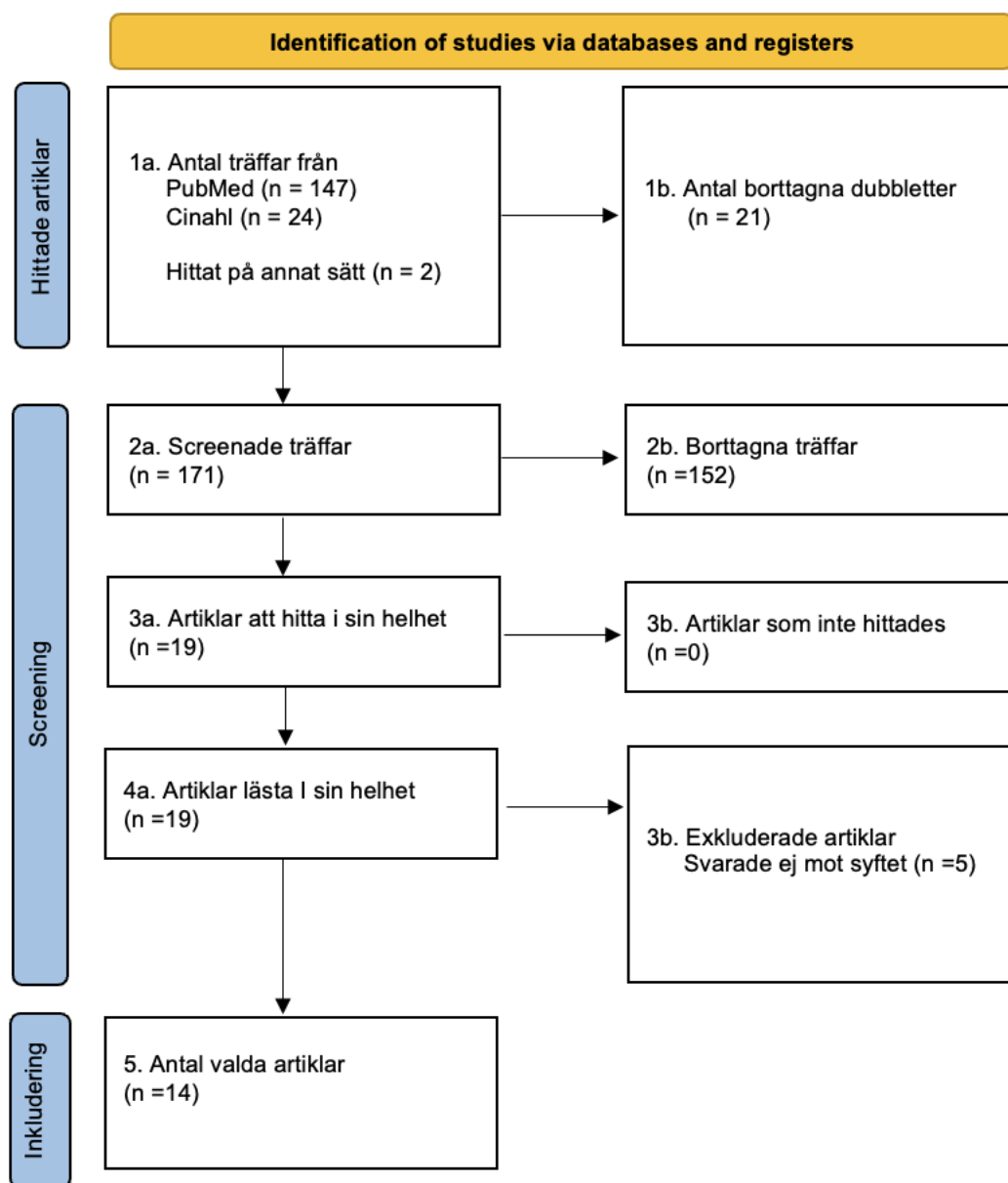
Tabell 2 Söksträng för att undersöka kvinnors upplevelse av telemedicin vid tidig medicinsk abort

Databas och datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Titlar och Abstrakt som svarar till syftet	Artiklar att kvalitetsgranska
PubMed 11/11	((((((Women* AND (english[Filter])) OR (Patient* AND (english[Filter])))) OR (Female* AND (english[Filter])))) AND (experiences or perceptions or attitudes or views AND (english[Filter])))) AND (telemedicine OR telehealth OR telecare AND (english[Filter])))) AND (abortion AND (english[Filter])))) AND (qualitative study AND (english[Filter]))	English language	32	10	7

Cinahl 11/11	women or female or woman or females, experiences or perceptions or attitudes or views, abortion, telemedicine or telehealth or telecare, qualitative research or qualitative study or qualitative methods or interview	English language, peer-review	8	5	0 valda (3 dubbletter)
PubMed 13/11	((((Women* OR Patient* OR female* AND (english[Filter])) AND (experience OR Perspectives AND (english[Filter])) AND (abortion* AND (english[Filter])) AND (telemedicine or telehealth or telecare AND (english[Filter]))	English language	85	15	5 valda (7 dubbletter)
Cinahl 13/11	Patient AND Women OR female OR woman OR females AND experience OR perceptions Or attitudes OR views AND telemedicine OR telehealth OR telecare AND abortion	English language, peer-review	16	5	0 valda (3 dubbletter)
Pubmed 13/11	(((((women or female or woman or females AND (english[Filter])) AND (experiences or perception or attitudes or views AND (english[Filter])) AND (telemedicine or telehealth AND (english[Filter])) AND (abortion AND (english[Filter])) AND (qualitative study AND (english[Filter]))	English language	30	11	0 valda (8 dubbletter)

Sökningarna i databaserna genererade 171 artiklar där titlarna granskades. Av dessa artiklar var 46 titlar av intresse där 21 var dubletter i de två olika databaserna PubMed och Cinahl. Därefter beslutades vilka artiklar som skulle läsas i fulltext. Totalt lästes 17 artiklar i fulltext, av dessa kunde 12 artiklar väljas ut som svarade på studiens syfte. Via diskussion med forskare verksam inom området erhöles ytterligare två artiklar som svarade till syftet. Dessa artiklar framkom inte i databassökningarna men var publicerade i PubMed. Dessa två artiklar inkluderas därför inte direkt i söksträngen utan redovisas i PRISMA-figur. Totalt inkluderades 14 artiklar till resultatet i studien. Samtliga artiklar som valdes ut till resultatet lästes i sin helhet av minst två av oss samt diskuterades i helgrupp med samtliga tre studenter för att säkerställa kvalitén av artiklarna. Tre artiklar inkluderade kvinnor och vårdgivarnas upplevelser av telemedicin inom abortvård. Det samma gällde en artikel där två män inkluderades då de sökte medicinsk vård till sina partners. Artiklarna inkluderades eftersom det framgick i resultatet vem som uttryckte vad. Från de 19 artiklar som lästes i fulltext exkluderades fem, eftersom de inte svarade på studiens syfte. Exkluderade artiklar redovisas i bilaga 1. Sök- och urvalsprocessen redogörs i PRISMA-figur 1 (36).

Figur 1 PRISMA



Kvalitetsgranskning

Kvalitetsgranskning genomfördes enligt SBU:s granskningsmall ”bedömning av studier med kvalitativ metodik” som presenteras i bilaga 2, i syfte att säkerställa att artiklarna uppfyllde trovärdighet. Granskningsmallen är strukturerad enligt fem huvudsakliga rubriker: studiens metodik, deltagare, datainsamling, analys och forskare. Varje rubrik innehåller specifika frågor för att systematiskt utvärdera tillförlitligheten, validitet och risk för eventuell bias (37). Tillförlitligheten i en litteraturöversikt är beroende av kvalitén på artiklarna som inkluderats i studien (34). Artiklarna granskades individuellt för att sedan diskutera kvalitén av varje artikel

gemensamt. Kvalitetsbedömningen utfördes manuellt och utifrån svaret på frågorna bedömdes artiklarna ha hög-, medel- eller låg tillförlitlighet.

Dataanalys

Analysen av artiklarnas resultatdel har genomförts i enlighet med Bettany-Saltikov och McSherrys nio stegs modell för analys av kvalitativa data (34). Det första steget innefattade noggrann genomläsning av resultatdelen flertalet gånger för att få en fördjupad förståelse av data, vilket var av vikt för att kunna sätta sig in i kvinnornas perspektiv och få en ökad medvetenhet för kvinnornas livsvärld. Därefter markerades meningsbärande enheter som svarade på studiens syfte genom färgkodning för att identifiera teman. Markering av data ifrån inkluderade artiklar genomfördes av minst två personer för respektive artikel för att säkerställa samsyn och att inget resultat som svarade på syftet utelämnats. Resultatet som markerades extraherades och kategoriserades i teman, vilket utfördes först enskilt och därefter i par. Det markerade resultaten med gemensamma teman bildade underkategorier. Därefter kunde kategorier utformas av underkategorier med liknande resultat. För att minska risken för bias utfördes kategorisering först på olika håll för att därefter diskuteras gemensamt. De slutgiltiga huvud- och underkategorier som valdes ut studerades noggrant tillsammans för att liknande rubriker skulle exkluderas. Artiklarna genomgick därefter ytterligare genomläsning för att säkerställa att all relevant data inkluderats. Eftersom vårt modersmål är svenska sparades originaltexterna på engelska i ett separat dokument för att kunna gå tillbaka och säkerställa en korrekt tolkning. I tabell 3 går att utläsa ett utdrag ur analysprocessen, där det framgår hur extraherade data ledde fram till kategorier med tillhörande underkategorier.

Tabell 3. Exempel ur dataanalysprocessen

Extraherade data	Meningsbärande enhet	Underkategori	Kategori
Women commonly referred to the costs they avoided by Choosing telemedicine, including lost income, gas money, and childcare expenses. One woman said that if she had not had the telemedicine option, she would have stayed in the city for the duration of the waiting period to avoid traveling back	Flertalet kvinnor upplevde telemedicin som en minskad ekonomisk börda.	Minskade hinder i vardagen	Ökad kontroll

and forth: (Ehrenreich et al., 2019)			
--------------------------------------------	--	--	--

Etiska överväganden

Helsingforsdeklarationen ligger till grund för etiska principer vad gäller studier gjorda på människor. Etiska överväganden i deklARATIONEN ligger även till grund för utformning av lagstiftning inom ämnet. Individens självbestämmande och integritet är viktigare än samhällets intresse för vetenskapen, det är därför av största vikt att all forskning som bedrivs på människor ska vara till nytta och gå att använda (38). Nyttan med vår litteraturstudie är att kunna sammanställa den senaste forskningen om telemedicin inom abortvård. Ökad kunskap inom ämnet kan generera ökad implementering av metoden och göra abort tillgängligt för fler. Det är av vikt för forskningens validitet att etiska dialoger framgår, samt att artiklarna är etiskt godkända. Forskare bör även föra en diskussion om etiska resonemang och redogöra för deltagarnas medverkan genom att anonymisera deltagarna (34). Samtliga artiklar som inkluderades i studien hade etiskt godkännande och deltagarnas personuppgifter var avidentifierade.

Innan en litteraturöversikt påbörjas är det av vikt att författarna för etiska överväganden. Det är inte tillåtet att fara med osanning eller plagiera data. All forskning som framkommer ska presenteras med tillförlitliga källor. Samtliga artiklar som inkluderas i litteraturöversikten ska presenteras i resultatet, även om de inte överensstämmer med författarnas syn på ämnet (33).

Resultat

Resultatet har sammanställts av 14 kvalitativa artiklar publicerade mellan åren 2013–2024, i länderna Australien (n=1), Storbritannien (n=1), USA (n=9), regionerna England, Scotland, Wales (n=2) och Nordirland (n=1). Inkluderade artiklar är presenterade i bilaga 2. Från resultaten ur originalartiklarna kunde ett nytt resultat sammanställas som svarar till studiens syfte *att undersöka kvinnors upplevelse av telemedicin inom abortvård*. Resultatet redovisas i två kategorier och sex underkategorier.

Tabell 4 Kategorier för att identifiera kvinnor upplevelse av telemedicin vid tidig medicinsk abort

Ökad kontroll	Förtroende genom stöd och information
Känsla av självbestämmande	Stöttning ifrån vården och närstående
Minskad risk för stigmatisering	Trygghet via rådgivning
En känsla av bibehållen integritet	
Minskade hinder i vardagen	

Ökad kontroll

Känsla av självbestämmande

Självbestämmande belystes som en central faktor i kvinnornas upplevelse av egenvård vid tidig abort inom telemedicin, vilket bidrog till en ökad känsla av handlingsfrihet. Kvinnorna beskrev att de kände kontroll över sina egna kroppar och att de själva beslutade hur och när de skulle genomföra aborten (39, 40). Vidare framkom det att telemedicin gav kvinnorna möjlighet att genomföra aborten på sina egna villkor, vilket stärkte deras känsla av autonomi (39). Telemedicin uppfattades som ett alternativ vilket gav kvinnorna större frihet att fatta egna beslut om hur och var de ville genomföra aborten, vilket var särskilt betydelsefullt när andra alternativ inte var tillgängliga eller passade deras livssituation (41).

Telemedicin gav kvinnorna en ökad känsla av autonomi, särskilt när abortvården inte var tillgänglig i den region där kvinnan bodde. Genom telemedicin upplevde kvinnorna att de fick större kontroll över processen. De kunde själva välja både tidpunkt för aborten och om de ville genomföra den hemma via telemedicin eller på en vårdinrättning. Valet av plats för aborten upplevdes som stärkande och gav kvinnorna en större känsla av kontroll och självbestämmande över deras kroppar och val (41, 42). Kvinnor uppskattade möjligheten att kunna genomföra aborten under helgdagar vilket passade bättre i flera kvinnors livssituation. Kvinnorna kunde ta abortmedicin när de kände sig redo utan att känna sig pressade av tid (41), telemedicin möjliggjorde därmed en mer bekväm upplevelse av aborten, då oönskade

sociala situationer och fysiska möten kunde undvikas. Att ha full kontroll och möjlighet till självbestämmande över aborten gjorde situationen lättare att hantera. Kvinnorna upplevde att de genom telemedicin fick möjlighet att genomföra aborten i en bekväm hemmiljö där de kunde ta sin tid för återhämtning utan att behöva oroa sig för externa krav. Den enda åtgärd de behövde vidta var att ta emot läkemedlet från brevbäraren, varefter de själva kunde planera och styra hela förloppet. Att få genomföra aborten självständigt hemma var en lättnad för många och flera kvinnor betonade att telemedicin upplevdes som positivt i sitt självbestämmande (41, 43, 44). En kvinna beskrev känslan av självstyrelse som att hon ”satt i förarsätet” och kände sig oberoende av vårdpersonal. Vidare upplevde kvinnor att telemedicin vid abort var ett sätt att återta och förstärka sitt självbestämmande. Genom att kunna göra egna val om hur de ville tillbringa tiden i samband med aborten, exempelvis genom att röka en cigarett eller delta i andra aktiviteter, kunde de agera i sin egen hemmiljö utan att behöva ta hänsyn till andra människor. Denna form av vård gav dem möjlighet att vara i kontroll över sin tid, sitt hem och sin energi (40). Det ledde i sin tur till att abortprocessen upplevdes mer tillgänglig och anpassad till den enskilda kvinnans behov (41, 43-45).

Minskad risk för stigmatisering

En viktig faktor för kvinnors upplevelse av telemedicin vid tidig medicinsk abort är hur tillvägagångssättet kunde minska den stigmatisering och det sociala dömande som kvinnor upplevde var förknippat med att söka abortvård (46, 47). Telemedicin upplevdes som en diskret lösning eftersom kvinnor kände att de kunde hantera aborten utan att riskera att utsättas för offentliga påtryckningar eller skuld från utomstående (39).

Många kvinnor upplevde att användningen av telemedicin gav dem möjlighet att fatta sitt abortbeslut enskilt och undvika rädslan för att bli dömda av omgivningen (43) och därmed minska risken att bli utsatta för negativa kommentarer (47, 48). För många kvinnor var det en viktig aspekt eftersom rädslan för att bli påkommen att söka sig till en abortklinik gjorde att kvinnor justerade sina resplaner eller möten för att inte riskera att bli upptäckta. Kvinnor valde uttryckligen att söka abortvård via telemedicin för att skydda sin integritet eftersom det för några skulle vara direkt skadligt att bli igenkänd på en abortklinik på grund av stigma från familj. Upplevelsen av telemedicin mötte kvinnornas förväntningar och resulterade i positiva upplevelser av minskat stigma (49).

Kvinnorna upplevde att få tillgång till en säker abortmetod via telemedicin utan omgivningens kännedom var avgörande. Telemedicin via videosamtal gav kvinnorna möjlighet att på ett säkert sätt få tillgång till abortvård och samtidigt kunna hantera stigmatiseringen av abort (46, 50).

En känsla av bibehållen integritet

En framträdande fördel med telemedicin som kvinnorna upplevde var den höga graden av integritet och sekretess (39, 45). Kvinnor upplevde att telemedicin ökade och skyddade

integriteten. Att vara bakom en datorskärm gav dem en känsla av bättre sekretess och kontroll, vilket förstärkte deras känsla av integritet (41). Det digitala väntrummet gav också kvinnorna tid att förbereda sig för mötet med vårdpersonal vilket upplevdes som mindre stressande (48).

Kvinnor beskrev att de ibland medvetet missade eller uteblev från sina besök på en abortklinik på grund av risken för att möta bekanta, med rädslan för att någon skulle få reda på vad kvinnan gick igenom. Genom att använda telemedicin upplevde många att de kunde undvika denna oro och genomföra aborten på ett mer diskret sätt (46). Kvinnorna beskrev vidare en lättnad över att inte riskera att möta grannen, barnflickan eller kompiserna på väg till abortkliniken och undvika frågor (42, 46, 49).

De beskrev upplevd oro för integriteten via videosamtal inom telemedicin, vilket innefattade säkerheten i anslutningen och osäkerhet om det eventuellt fanns fler personer i rummet (50). Kvinnor beskrev även problematiken med att hitta ett avskilt utrymme i hemmet där hon inte skulle höras eller synas för familj och vänner, för att inte avslöja sitt digitala möte med vården (43). En del kvinnor menade istället att integriteten upplevdes lika med eller bättre via ett videosamtal (51). Andra kvinnor upplevde att vara i hemmet bidrog till att upprätthålla deras integritet, då de inte var tvungna att lämna bostaden och förklara för en familjemedlem anledningen till deras frånvaro (39). Vissa kvinnor rapporterade att ett videosamtal innebar minskad ångest och oro över deras beslut, samt minskad känsla av ensamhet och att vara offentlig (49).

Känslan av bibehållen integritet i samband med abort var central för kvinnorna. En del kvinnor beskrev tidigare erfarenheter av klinikbaserad abortvård som oacceptabla på grund av upplevd förlust av integritet. Genom att upprätthålla integriteten genom hela abortprocessen ansåg kvinnorna att telemedicin var ett accepterat tillvägagångssätt för att få tillgång till abortvård (47).

Minskade hinder i vardagen

Det grundläggande skälet till att kvinnorna valde telemedicin var till följd av upplevd bekvämlighet (49). Genom att använda en telemedicinsk tjänst upplevde kvinnorna minskat behov av förberedelser som annars krävdes för att fysiskt kunna ta sig till en klinik (40, 41, 43, 45, 47, 50). Det beskrevs även att telemedicin minskade avbrott i deras dagliga liv (40) och erbjöd flexibilitet vad gällde både tidpunkt och plats (43, 45). Det bidrog till att behandlingen kunde anpassas efter personliga omständigheter (41, 43).

Användning av telemedicin rapporterades minska stress, vilket kvinnorna relaterade till minskat behov av frånvaro från arbete och därigenom reducerad förlorad inkomst (43, 45, 49, 50). Kvinnorna beskrev vidare att telemedicin gav större flexibilitet gällande bokning och genomförande av digitala vårdmöten, vilket underlättade abortprocessen och kunde anpassas

till kvinnors livssituation. Möjligheten till videomöte underlättade för kvinnorna och deras vardag genom att delta i vårdmöten utan behov av ledighet från arbetet. Denna flexibilitet bidrog till att processen blev mindre störande i kvinnornas vardag (40, 45, 47, 49). Kvinnorna upplevde att telemedicin bidrog till att aborten inte fördröjdes till följd av svårigheter att få ledigt från arbetet (49, 50). Kvinnor beskrev att telemedicin även underlättade processen genom att ta bort behovet av barnomsorg vilket minskade upplevelsen av stress (40, 42). Minskat behov av barnomsorg medförde färre ekonomiska kostnader (49) och telemedicin gjorde abortprocessen tillgänglig (40, 41, 43).

En annan viktig faktor till att kvinnorna valde telemedicin var minskade hinder som annars uppkommit vid behov av fysisk transport till en klinik (39, 47). En kvinna beskrev att hon troligtvis varit för långt gången i graviditeten vid den tidpunkt hon haft de ekonomiska resurser som krävts för resan (42), medan en kvinna beskrev att hon skulle fått välja mellan att utföra aborten eller att betala hyran (39). Telemedicin upplevdes därav positivt och flexibelt (42, 46) eftersom det gav möjlighet till minskat behov av resor och därmed minskade kostnader för kvinnorna (41, 43, 46, 47, 50, 51). En del kvinnor upplevde att telemedicin var deras enda möjlighet att komma i kontakt med abortvården (48). Särskilt kvinnor som bodde på landsbygden upplevde svårigheter att hitta intilliggande kliniker, där långa resor skulle medföra fysiska och ekonomiska påfrestningar. Telemedicin upplevdes positivt ur denna aspekt (46) och tog bort barriärer vid avsaknad av närliggande abortklinik (47). Några kvinnor upplevde att telemedicin underlättade vid bristande transportmöjlighet till en klinik (39, 40, 47, 50). Flera kvinnor saknade körkort vilket försvårade möjligheten till transport (40, 50), telemedicin upplevdes därmed bekvämt för dessa kvinnor (40). En ammande kvinna upplevde resan samt väntan på klinik inte som ett möjligt alternativ och menade att telemedicin eliminerade dessa hinder. En del kvinnor hade möjligheten till att fysiskt kunna ta sig till en klinik, däremot var de dagar och öppettider som fanns tillgängliga ett hinder (47) samt skulle försena deras aborter ytterligare (49). Videosamtal via telemedicin erbjöd ökad tillgänglighet och bekvämlighet, vilket gjorde att kvinnor upplevde alternativet enklare. De beskrev att de kände sig bekväma med att kommunicera med vårdpersonal via digitala plattformar (40, 45, 48, 49).

Förtroende genom stöd och information

Stöttning från vården och närstående

Enligt kvinnorna varierade upplevelsen av stödet från vårdgivarna. En del kvinnor upplevde att stödet var tillräckligt och att de hade en känsla av att ha blivit omhändertagna (43).

Vårdpersonalen beskrevs som inlyssnande, sympatiska och medkännande, vilket gav kvinnorna en känsla av trygghet och sammanhang (44). Kvinnorna betonade också att när vårdgivaren gav exempel på hur de skulle kunna ge egenvård i hemmet, som att använda värmekudde eller receptfria läkemedel för smärtlindring, bidrog detta till en känsla av trygghet och lugn. Kvinnorna möttes av en atmosfär präglad av trygghet och respekt (48). Vårdgivarna beskrev också att kvinnorna skulle skapa en stödjande miljö genom att ta ledigt från arbetet, ha en stödperson i hemmet och inte ha ansvar över barnen, vilket ledde till att

kvinnorna upplevde tillit och förtroende. Kvinnorna beskrev att vårdpersonalen ringde upp och erbjöd stöd vilket upplevdes vänligt och supportgivande. Känslan av att alltid kunna nå vårdpersonalen var betryggande (40, 44, 48). Kvinnorna upplevde videosamtalet som mer personligt än vad ett fysiskt besök sannolikt skulle ha varit (48). Flera kvinnor beskrev att möjligheten till ögonkontakt under videosamtalet bidrog till en positiv upplevelse (49). Samtidigt ansåg inte alla kvinnor att videosamtal var ett lämpligt alternativ. (48-51). För en del upplevdes videosamtalet som mindre personligt, och de menade att ögonkontakten hade varit mer effektiv vid ett fysiskt möte (50).

Det fanns även kvinnor som upplevde att stödet var otillräckligt. En kvinna beskrev att hon mottog den sedvanliga informationen, men upplevde att den inte var fullständig. Vårdpersonalen kunde då ta det i beaktning och anpassade informationen på ett mer personcentrerat sätt, vilket förhöjde kvinnans upplevelse av stödet och kände sig nöjd i situationen. Samtidigt som stödet från vårdpersonal upplevdes som tillräckligt för en del kvinnor, kände sig andra mer distanserade (49). Några kvinnor beskrev att de kände sig oförmögna att känna ett känslomässigt engagemang till vårdpersonalen via videosamtal (48). Känslan av att vårdpersonalen läste ett manus var olustig och en kvinna beskrev att hon ville gråta av det bristfälliga stödet. Vidare beskrevs att andra kvinnor inte kände sig bekväma med att visa känslor i den situationen och kunde heller inte ställa några frågor eftersom upplevelsen var obekväma (49).

Kvinnors upplevelse av stöd från familj och vänner var viktigt vid telemedicin och beskrevs som högt värderad. Att kunna vara hemma i en trygg miljö framgick som positivt istället för att behöva vara på en vårdinrättning utan anhöriga (44). En kvinna beskrev att stödet från hennes partner upplevdes vara viktigt vid telemedicin. Partnern stöttade henne hela vägen och gav henne möjligheten att utföra aborten på sina villkor, vilket upplevdes som en form av frihet (52).

Trygghet via rådgivning

Många kvinnor upplevde att rådgivningen via videosamtal var tydlig och personcentrerad, samt effektiv då mötet enbart innefattade information om abortprocessen (48-50).

Vårdpersonalen gick igenom processen steg för steg utan att använda för komplicerade medicinska termer och tog sig god tid på att svara på kvinnornas frågor vilket bidrog till en positiv upplevelse (40, 43, 49, 51). Kvinnorna uppskattade att vårdpersonalen var tydlig och rak i sin kommunikation. De fick konkret information om typiska och atypiska symtom som skulle kunna uppkomma under aborten, vilket gjorde att det kändes realistiskt (40, 44, 45). Upplevelsen av trygghet framkom när en kvinna beskrev att hon kände sig trygg trots att en avvikande händelse inträffat, eftersom hon redan fått tydlig information om när hon skulle söka akutvård (40).

När kvinnorna skulle genomföra sin abort i hemmet, var det delade åsikter om hur vida informationen och instruktionerna upplevdes vara tillräckliga. En del kvinnor upplevde oro att

mötet online skulle bli besvärligt i form av svårigheter att förstå informationen samt att telemedicin som ett sätt att förmedla information skulle upplevas svår (49). Andra kvinnor upplevde ingen svårighet att följa instruktionerna eller administrera läkemedlet. Trots mycket skriftlig information var det tydligt, enkelt och stämde väl överens med tidigare information och tolkades som lätt att följa (44, 49). Informationsbroschyren som skickades ut tolkades som snabb och tillgänglig, där de enkelt kunde ta reda på vanliga frågor som uppstod. Det fanns även information om var kvinnorna skulle vända sig om de behövde personlig rådgivning, vilket uppskattades (45). Samtidigt framgick det att en del kvinnor upplevde den skriftliga informationen som bristfällig. Det rådde otydlighet om valet av administrering, där både oral och vaginal administration kunde väljas, vilket beskrevs som svårt att ta ställning till i en sådan situation. Vidare framgick det att informationen om symtombilden inte alltid stämde överens med vad kvinnorna faktiskt upplevde, vilket gjorde att kvinnorna kände sig oförberedda på exempelvis smärtorna som aborten gav (44).

Diskussion

Metoddiskussion

En systematisk litteraturöversikt syftar till att ge en sammanfattande överblick av den aktuella forskningen inom ett specifikt ämnesområde (34). En kvalitativ forskning är en god metod för att identifiera människors upplevelser och se till deras sammanhang (53). I denna studie framkom telemedicin inom abortvård som ett relativt nytt forskningsfält, vilket tydligt framgick genom att samtliga relevanta artiklar för denna översikt var publicerade under de senaste åren 2018-2024, med undantag från en artikel från år 2013. Detta indikerar att forskningsområdet fortfarande är under utveckling. Den begränsade mängden tillgänglig forskning, samt det låga antalet träffar trots en omfattande litteratursökning ledde till att få begränsningar infördes i sökstrategin. Artiklarna avgränsades till engelska, vilket kan ha medfört att potentiellt betydelsefulla artiklar på andra språk exkluderades, detta kan betraktas som en potentiell svaghet i denna översikt. Exkludering av artiklar baserat på språk är en vanlig metod i systematiska översikter, det kan innebära en begränsning i den totala täckningen av ämnet (34). Avgränsningen gjordes på grund av studenternas språkkunskaper samt för att kunna inkludera flertalet höginkomstländer. Svenska språket uteslöts då telemedicin inom abortvård inte är implementerad i Sverige. I litteraturstudien avgränsades även urvalet till höginkomstländer. Om kvinnor från låginkomstländer hade inkluderats, hade det möjliggjort ett bredare perspektiv på kvinnors upplevelser av telemedicin inom abortvård. Valet att enbart inkludera höginkomstländer grundades på att dessa länders kontext bedömdes ha större överförbarhet till den svenska vårdmodellen.

För att undvika att viktiga artiklar uteslöts genom för snäva sökningar konsulterades Göteborgs universitetsbibliotekarier för att optimera sökorden och välja lämpliga databaser. Två artiklar erhöles genom kontakt med forskare inom ämnesområdet. Trots en noggrant genomförd

sökstrategi identifierades dessa artiklar inte i sökningarna, även om de fanns tillgängliga i PubMed. En närmare granskning visade att den ena artikeln inte hade använt några relevanta keywords eller MeSH-termer, medan den andra hade bristfälliga keywords som endast omfattade "COVID-19", "abortion" och "induced". Dessa brister kan ha förklarat varför artiklarna inte ingick i den ursprungliga söksträngen. Vid artikelsökning till diskussion framkom ytterligare en kvalitativ artikel som svarade till denna studies syfte, dock var artikeln publicerad efter att litteratursökningen utfördes, vilket förklarar varför den inte uppkom i söksträngen. Risken för att viktig forskning har uteslutits inom kvalitativa studier anses som liten, eftersom de flesta valda artiklar identifierades genom den genomförda söksträngen. Det har diskuterats om resultatet av litteraturöversikten skulle blivit annorlunda om kvantitativa studier hade inkluderats. För att bättre kunna belysa syftet med litteraturöversikten valdes dock enbart kvalitativa studier, eftersom dessa möjliggör en djupare förståelse av kvinnornas upplevelser. Under sökprocessen användes databaserna PubMed och CINAHL, vilket kan ses som en begränsning i antalet databaser. Det kan vara fördelaktigt att inkludera ett större antal databaser till framtida studier, dock anser vi att PubMed och CINAHL är två betydande och relevanta databaser i relation till studiens syfte.

De valda studierna granskades med hjälp av SBU:s granskningsmall för kvalitativa studier (37). Mallen saknar ett specifikt poängsystem och istället diskuterades frågorna för att bedöma huruvida artiklarna var tillförlitliga eller inte. Eftersom vissa av frågorna i mallen kan vara öppna för tolkning, kan detta ha påverkat granskningens objektivitet och trovärdighet, då tillförlitligheten bedömdes manuellt. Trots detta genomfördes granskningen på ett noggrant och systematiskt sätt, för att säkerställa en så tydlig och konsekvent bedömning som möjligt. Frågorna reviderades och utvärderades vid flertalet tillfällen. Därmed anses kvalitetsbedömningen ha varit grundlig, vilket stärker att endast artiklar av god kvalitet inkluderades i litteraturöversikten.

Vårt modersmål är svenska och för att minimera risken för feltolkningar vid översättning av artiklarna sparades originaltexterna på engelska i ett separat dokument. Detta möjliggjorde att vi vid behov kunde gå tillbaka och granska specifika avsnitt, vilket säkerställde en noggrann analys och minskade risken för felaktiga översättningar.

En väl genomförd systematisk litteraturöversikt bör säkerställa att resultatet inte påverkas av subjektiva bedömningar eller förutfattade meningar (54). Vi har tidigare erfarenhet från arbete på en gynekologisk akutvårdsmottagning och har varit involverade i abortvård. Det fanns dock ingen erfarenhet mellan tidigare arbete och vårdmetoden telemedicin inom abortvård. För att minimera risken för att vår egen förförståelse skulle påverka resultatet, har vi aktivt reflekterat och diskuterat förförståelsen under processens gång, vilket betonas är en viktig åtgärd för att undvika att våra slutsatser förvrängs (55). Bias har ytterligare reducerats genom att varje studie har granskats individuellt och att utdrag och tolkningar därefter diskuterats och jämförts. Analysen utfördes med hjälp av Bettany-Saltikov och McSherrys nio-stegsmodell för kvalitativ dataanalys (34), vilket möjliggjorde en systematisk och transparent process. Denna metod

säkerställde att de analyserade resultaten baserades på artiklarnas innehåll och inte präglats av förförståelse eller personliga erfarenheter.

I de genomförda sökningarna identifierades en mångfald av kvalitativa- och kvantitativa studier samt litteraturöversikter. Detta tyder på att det inte finns någon uppenbar metodologisk lucka inom ämnet, dock bedöms forskningsområdet som relativt nytt och kan dra nytta av ytterligare forskning för att uppnå en mer omfattande förståelse av telemedicinen inom abortvård. Ett potentiellt forskningsområde för framtiden skulle kunna vara att undersöka partnerns upplevelse av telemedicin vid abortvård, vilket skulle kunna bidra till en bredare kunskap om telemedicinens påverkan ur ett mer holistiskt perspektiv.

En etisk aspekt som har reflekterats över är att kvinnor som genomgår abort kan utgöra en särskilt sårbar och utsatt grupp, eftersom denna situation ofta beskrivs som påfrestande och emotionellt belastande av de berörda kvinnorna. Enligt Helsingforsdeklarationen (38) beskrivs det att forskning som utövas på sårbara grupper, enbart är försvarbart om forskningen svarar på deltagarnas hälsobehov eller om forskningen inte kan framställas på en icke sårbar grupp. Vidare måste de sårbara individerna ha möjlighet att dra nytta av den kunskap eller de förbättrade metoder som forskningen resulterar i. Vi anser att inkluderade artiklar i litteraturöversikten har beaktat etiska överväganden och samtliga artiklar hade etiskt godkännande. Vidare har diskussion skett om resultatet i denna litteraturöversikt kan komma att användas på ett negativt sätt. Det framkom att resultatet kan uppfattas olika beroende på läsarens perspektiv, åsikter och värderingar. Trots detta tros inga uppenbara eller direkta negativa konsekvenser eller vinningar kunna utvinnas av resultaten.

Resultatdiskussion

Resultatet av litteraturöversikten visade att kvinnors upplevelser av telemedicin vid tidig medicinsk abort kan summeras i två kategorier, *ökad kontroll* och *förtroende genom stöd och information*. Resultatet visar att kvinnor som genomgått telemedicin vid abortvård upplever ökat självbestämmande, minskad stigmatisering och ökad personlig integritet.

Ett av de mest framträdande resultaten var kvinnornas upplevelse av ökat självbestämmande. Kvinnor upplevde att de kunde göra egna val på sina villkor, vilket stärkte deras känsla av autonomi och kontroll. Detta resultat bekräftas i en kvantitativ studie från USA (56), där kvinnor uttryckte en ökad känsla av egenmakt och autonomi när de fick tillgång till telemedicin inom abortvård. Liknande resultat har framkommit i en svensk studie som undersökte kvinnors upplevelser av hemabort. I studien beskrev kvinnorna att hemabort ökade deras autonomi, kontroll och möjligheten att fritt uttrycka sina känslor (57). Detta resultat kan spegla och likna kvinnors upplevelse av telemedicin inom abortvård. En potentiell styrka i detta resultat är att det bekräftar att kvinnorna upplevde samma fördelar med abort i hemmet, vilket stärker litteraturstudiens resultat. Å andra sidan, är hemabort och telemedicin två liknande situationer, vilket gör det svårt att urskilja vilka faktorer som påverkar upplevelsen i varje fall. I

höginkomstländer finns ofta god tillgång till abortvård, men även här finns det hinder för kvinnor att få tillgång till telemedicin (25). SRHR bör tas i beaktande för att säkerställa att den vård som krävs upprätthålls för att rättigheterna ska respekteras (4). För att säkerställa SRHR är barnmorskans yrkesutövning, enligt ICM:s riktlinjer av betydelse för att främja kvinnors rätt till val och självbestämmande. Detta bidrar i sin tur till att stärka och skydda de mänskliga rättigheterna (30).

Ett av litteraturstudien resultat visar på att kvinnor upplevde stigmatisering av att söka abortvård. Studiens resultat framhävde att telemedicin vid tidig medicinsk abort minskade stigmatisering och socialt dömandet från omgivningen. Liknande resultat återfanns i tidigare forskning där en systematisk litteraturöversikt lyfte fram en del kvinnors oro och upplevelse av stigmatisering från vänner, familj och samhället till följd av hennes abortbeslut (58). En annan litteraturöversikt stödjer resultatets fynd och lyfte fram kvinnors upplevelse av att telemedicin minskade stigmatisering på grund av dess bibehållna integritet (59). Kvinnor som genomgår en abort utmanas av sociala normer kring deras sexualitet som en konsekvens av stigmatiserande bemötande från samhället (58). Kvinnors rätt till sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter bör därför beaktas för att säkerställa att kvinnor har tillgång till den vård som krävs för att rättigheterna ska upprätthållas (4). Viss stigmatisering av att ge abortvård kunde även ses hos vårdgivare i kontext där restriktiva abortlagar fanns (58). Barnmorskor har därmed en betydande roll inom abortvård, där de förhåller sig till ICM:s etiska kod och bemöter kvinnor på ett icke-diskriminerande sätt (30).

Resultatet av denna studie betonar vikten av integritet och sekretess som var av betydelse för hur kvinnorna valde att utföra sin abort. För att inte riskera att kvinnans situation blev offentlig uppskattades möjligheten till telemedicin för att öka integriteten. Resultaten från litteraturstudien överensstämmer med en studie från England som framhävde hur integriteten förstärktes när kvinnorna hade möjlighet att kontakta vården digitalt för att undvika ta sig till kliniker. Kvinnorna upplevde att telemedicin uppfyllde kraven på integritet även när kvinnorna var i hemmet. Studien från England framhävde även att barnmorskorna upplevde fördelar och utmaningar med att kunna bibehålla kvinnornas integritet via telemedicin. Barnmorskorna betonar också oro med risken för att anhöriga kontrollerar och övervakar patienten under samtal med vårdpersonal, vilket anses försämra integriteten (60) och bekräftades av vissa kvinnor i resultatet av denna litteraturstudie. Å andra sidan framhäver barnmorskor förbättring med tillgång till telemedicin för kvinnorna som annars inte hade haft möjlighet att söka fysisk vård (60). Liknande resultat återfanns i litteraturöversikten då kvinnor som inte kunnat lämna hemmet kunde kontakta vården via onlinetjänst i det dolda. De kunde därmed få tillgång till abortvård som annars inte hade varit möjlig på grund av närstående. SRHR bekräftar kvinnors rätt att fatta beslut om sin egen kropp och framtid (2). En grundläggande aspekt av barnmorskans etiska kod är att stärka kvinnors rätt till autonomi och valfrihet. Vården ska ges på lika villkor och syfta till att främja kvinnors delaktighet (30).

Ytterligare ett fynd som framkom i resultatet var att kvinnor upplevde telemedicin som främjande, då möjligheten att undvika resor och minska behovet av barnomsorg bidrog till färre hinder i vardagen. I en systematisk litteraturoversikt från USA beskrev kvinnor att de uppskattade telemedicin eftersom hindret att transportera sig till klinik togs bort och de kunde därmed utföra aborten i hemmet (61). Genom att minska onödiga hinder inom abortvården och ytterligare öka tillgången till vård, främjas kvinnors rättigheter inom SRHR. SRHR omfattar inte bara människans fysiska hälsa utan även hennes emotionella, psykiska och sociala välmående (2). En viktig aspekt av barnmorskans arbete är att säkerställa att vården ges på lika villkor, oavsett patientens bakgrund eller socioekonomiska status. Ett potentiellt hinder för att uppnå detta mål kan uppstå om vissa kvinnor har tillgång till telemedicin medan andra inte (30). Telemedicin hade därmed kunnat minska ojämlikheter i tillgången till abortvård.

Av resultatet framgick att kvinnorna kände sig bekräftade och upplevde att vårdpersonalen var inlyssnande för deras behov. De beskrev sammanhanget bekvämt och stödet de fick som tillräckligt. Resultaten från denna studie överensstämmer med en studie från Australien där kvinnorna beskrev att de kände sig bekväma och sedda med telemedicin vilket upplevdes stödjande för kvinnorna (62). Barnmorskor i en studie från England och Wales uttryckte oro över att videosamtalet kunde begränsa förståelsen för patientens situation, vilket i sin tur kunde påverka det stöd som erbjöds. En del barnmorskor upplevde mötesformen obekvämt, medan andra ansåg att det fungerade väl (60). I en studie från Storbritannien bekräftas fyndet att stödet upplevdes otillräckligt och mindre personligt av kvinnorna (63). Liknande upplevelser framgick även i litteraturstudiens resultat där kvinnorna uttryckte obehag, brist på emotionellt stöd och en känsla av fränkoppling från vårdpersonalen. Det kan antas att barnmorskors upplevelse av telemedicin avspeglades och påverkade kvinnornas upplevelse, vilket understryker vikten av barnmorskors trygghet och förtroende av metoden för att bidra till en ökad positiv vårdupplevelse. SRHR beskriver att alla människor har rätt till känslomässigt och socialt välbefinnande i relation till sin sexualitet (1), barnmorskan har därmed en central roll i att tillgodose kvinnans behov av stöd. Det framgår enligt ICM:s etiska kod att barnmorskan ansvarar för att stödja patienten genom kommunikation, som syftar till att stärka kvinnan och skapa trygghet, delaktighet och jämlikhet i vårdrelationen (30). Resultatet i litteraturoversikten visar att telemedicin har en inverkan på stödet och vidare forskning i området stöd inom telemedicin kan bidra till att utveckla och forma stödet för att tillgodose kvinnornas behov. En litteraturstudie som undersökte hemabort belyste viktiga aspekter av stöd, där kvinnor uttryckte behov av tydliga instruktioner och tillgång till vårdpersonal (64). Detta stödjer uppfattningen att även kvinnor som genomgår abort via telemedicin behöver samma typ av stöd, då telemedicin och hemabort har liknande förlopp. Resultaten från denna studie kan tillämpas för att främja den fortsatta utvecklingen av telemedicin utifrån kvinnors upplevelser.

Majoriteten av kvinnorna i resultatet upplevde informationen tydlig och personcentrerad, vilket skapade en känsla av trygghet och förtroende hos kvinnorna. En studie från USA stärker resultatet där kvinnorna beskrev informationen som tillräcklig och tydlig, samt

beskrivande för vad kvinnorna kunde förvänta sig av processen (65). I litteraturstudien framkom det däremot att en artikel från Storbritannien rapporterade att kvinnor initialt upplevde informationen som bristfällig och otydlig. Skillnaderna i upplevelsen av informationen från dessa två höginkomstländer väcker frågor om vad som skiljer informationsmodellerna åt och varför resultaten skiljer sig. Barnmorskan har till ansvar att självständigt anpassa vården personcentrerat och tillgodose behov av information för att stärka patientens förmåga till hälsofrämjande åtgärder (30). Ytterligare forskning inom området kan bidra till att identifiera, utvärdera och implementera informationsmodeller samt utveckla strategier för att kommunicera denna information. Ur ett svenskt perspektiv kan erfarenheter från både USA och Storbritannien ge värdefulla insikter i att förbättra informationsöverföringen vid telemedicin inom abortvård. SRHR omfattar tillgång till korrekt och tydlig information, vilket är avgörande för att säkerställa säkra aborter (1).

Implikationer

Litteraturstudien sammanfattar det aktuella kunskapsläget av kvinnors upplevelse av telemedicin inom abortvård. Ett tillräckligt antal artiklar inkluderades i studien, vilket indikerar att det finns etablerad forskning inom området. Inkluderade artiklarna var publicerade i Australien, USA och Storbritannien, då telemedicin inom abortvård är implementerat i större utsträckning där. Implementeringen kan delvis bero på striktare lagstiftningen i delar av dessa länder och regioner, därav blir telemedicin inom abortvård viktigare för den enskilda kvinnan. De inkluderade artiklarna var baserade på studier från höginkomstländer, då dessa bedömdes vara mer relevanta för den svenska kontexten. Det är dock viktigt att notera att resultaten inte är helt överförbara, då skillnader i vårdmodellernas struktur och organisation kan påverka generaliserbarheten. Telemedicin är idag inte tillgängligt i Sverige, implementering av metoden skulle kunna bidra till ökad tillgänglighet och valfrihet för kvinnor som söker abortvård. Det är av vikt att genomföra ytterligare forskning inom ämnet utifrån en nordisk kontext för att eventuellt möjliggöra en implementering i svensk sjukvård, då nordiska vårdmodeller är mer likt den svenska. Befintlig forskning har visat att telemedicin inom abortvård kan spela en betydande roll för att främja SRHR. Förhoppningen med denna litteraturstudie är att bidra till en fördjupad förståelse för kvinnors upplevelser av telemedicin inom abortvård och därigenom skapa en grund för framtida forskning och implementering.

Slutsats

Resultatet av denna litteraturstudie visade på kvinnors upplevelse av telemedicin vid tidig medicinsk abort. Studien identifierade följande:

- En möjlig ökning av självbestämmande och kontroll
- Förstärkt känsla av integriteten
- Minskad upplevelse av stigmatisering
- Varierande erfarenheter av information och stöd, där majoriteten av kvinnorna uttryckte positiva upplevelser.

Resultaten kan bidra till en fördjupad förståelse för kvinnors upplevelser av telemedicin vid tidig medicinsk abort, vilket kan bidra till fördjupad kunskap hos vårdpersonal och främja kvinnors välbefinnande. En ökad insikt av dessa upplevelser kan skapa en större öppenhet för att implementera telemedicin inom abortvården i fler höginkomstländer. Detta skulle i sin tur kunna erbjuda kvinnor större valfrihet och flexibilitet kopplat till sexuell och reproduktiv hälsa.

Referenslista

1. Folkhälsomyndigheten. Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) [Internet]. Folkhälsomyndigheten 2024; [updated 2023-02-21; cited 2024-11-19]. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/sexuell-halsa-hivprevention/sexuell-och-reproduktiv-halsa-och-rattigheter/>
2. Starrs AM, Ezeh AC, Barker G, Basu A, Bertrand JT, Blum R, et al. Accelerate progress-sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. *Lancet*. 2018;391(10140):2642-92.
3. Förenta nationen. MÅL 5: JÄMSTÄLLDHET [Internet]. Svenska FN-förbundet 2015; [updated 2015; cited 2024-12-02]. Available from: <https://fn.se/wp-content/uploads/2023/02/Mål-5-jämställdhet.pdf>.
4. World health organisation. Sexual and reproductive health and rights [Internet]. World health organisation 2024; [updated 2024-05-16; cited 2024-11-14]. Available from: https://www.who.int/health-topics/sexual-and-reproductive-health-and-rights#tab=tab_2.
5. World health organisation, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. Trends in maternal mortality 2000 to 2020 [Internet]. Geneva: World Health Organization 2023; [cited 2024-11-19]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366225/9789240068759-eng.pdf?sequence=1>.
6. World health organisation. Maternal mortality [Internet]. World health organisation 2024; [updated 2024-04-26; cited 2024-11-16]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.
7. World health organisation. Abortion [Internet]. World health organisation 2024; [updated 2024-05-17; cited 2024-11-14]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion>.
8. Raymond EG, Grimes DA. The comparative safety of legal induced abortion and childbirth in the United States. *Obstet Gynecol*. 2012;119(2 Pt 1):215-9.
9. Vilda D, Wallace ME, Daniel C, Evans MG, Stoecker C, Theall KP. State Abortion Policies and Maternal Death in the United States, 2015–2018. *Am J Public Health*. 2021;111(9):1696-704.
10. Singh S, Maddow-Zimet I. Facility-based treatment for medical complications resulting from unsafe pregnancy termination in the developing world, 2012: a review of evidence from 26 countries. *Bjog*. 2016;123(9):1489-98.
11. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2014;2(6):e323-33.
12. Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi [SFOG]. Inducerad abort [Internet]. Uppsala: SFOG-kansliet; [updated 2018; cited 2024-11-20]. Available from: <https://www.sfog.se/natupplaga/argrappor9792c7d5-5648-475e-bee6-81478b0d9323.pdf>.
13. Zhang J, Zhou K, Shan D, Luo X. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2022(5).
14. Bygdeman M, Swahn ML. Progesterone receptor blockage. Effect on uterine contractility and early pregnancy. *Contraception*. 1985;32(1):45-51.
15. Blum J, Raghavan S, Dabash R, Ngoc N, Chelli H, Hajri S, et al. Comparison of misoprostol-only and combined mifepristone-misoprostol regimens for home-based early medical abortion in Tunisia and Vietnam. *Int J Gynaecol Obstet*. 2012;118(2):166-71.

16. Socialstyrelsen. Statistik om aborter [Internet]: Socialstyrelsen 2023; [cited 2024-11-19]. Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2024-5-9073.pdf>.
17. Skjeldestad FE, Gissler M, Geirsson RT, Heino A, Sigbjörnsdóttir HB, Akerkar R, et al. Trends over 50 years with liberal abortion laws in the Nordic countries. *PLoS One*. 2024;19(7):e0305701.
18. Brandell K, Jar-Allah T, Reynolds-Wright J, Kopp Kallner H, Hognert H, Gyllenberg F, et al. Randomized Trial of Very Early Medication Abortion. *N Engl J Med*. 2024;391(18):1685-95.
19. Gambir K, Garnsey C, Necastro KA, Ngo TD. 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 Glob Health*. 2020;5(12).
20. World health organisation. Abortion care guideline [Internet]. World health organisation 2022; [updated 2022-03-08; cited 2024-11-19]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>.
21. United Nation Department of Economic and Social Affairs. World Population Policies 2017: Abortion laws and policies - A global assessment [Internet]. New York 2020; [cited 2024-11-19]. Available from: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/undesapd_2017_world_populationpolicies_report.pdf.
22. Abortlag (1974:595) [Internet]. Stockholm: Socialdepartementet; [cited 2024-11-20]. Available from: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/abortlag-1974595_sfs-1974-595/.
23. Pleasants E, Weidert K, Parham L, Anderson E, Dolgins E, Cheshire C, et al. Abortion access barriers shared in "r/abortion" after Roe: a qualitative analysis of Reddit community post-Dobbs decision leak in 2022. *Sex Reprod Health Matters*. 2024;1-28.
24. Fiala C, Agostini A, Bombas T, Lertxundi R, Lubusky M, Parachini M, et al. Abortion: legislation and statistics in Europe. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2022;27(4):345-52.
25. Ganatra B, Gerds C, Rossier C, Johnson BR, Jr., Tunçalp Ö, Assifi A, et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010-14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet*. 2017;390(10110):2372-81.
26. Kapp N, Eckersberger E, Lavelanet A, Rodriguez MI. Medical abortion in the late first trimester: a systematic review. *Contraception*. 2019;99(2):77-86.
27. Ireland LD, Gatter M, Chen AY. Medical Compared With Surgical Abortion for Effective Pregnancy Termination in the First Trimester. *Obstet Gynecol*. 2015;126(1):22-8.
28. Shende V, Wagh V. Role of Telemedicine and Telehealth in Public Healthcare Sector: A Narrative Review. *Cureus*. 2024;16(9):e69102.
29. Baker CN. History and Politics of Medication Abortion in the United States and the Rise of Telemedicine and Self-Managed Abortion. *J Health Polit Policy Law*. 2023;48(4):485-510.
30. Midwives ICo. International Code of Ethics for Midwives [Internet]. International Conferderation of Midwives 2008; [updated 2014-01-05; cited 2024-11-20]. Available from: <https://internationalmidwives.org/resources/international-code-of-ethics-for-midwives/>.
31. Svenska barnmorskeförbundet. Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska [Internet]. Stockholm: 2018-05-14; [updated 2019-01; cited 2024-12-02].

Available from: <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2020/04/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska.pdf>.

32. Fullerton J, Butler MM, Aman C, Reid T, Dowler M. Abortion-related care and the role of the midwife: a global perspective. *Int J Womens Health*. 2018;10:751-62.
33. Forsberg C. Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. 4. rev. utg. ed. Wengström Y, editor. Stockholm: Stockholm : Natur & kultur; 2016.
34. Bettany-Saltikov J. How to do a systematic literature review in nursing : a step-by-step guide. 2. ed. McSherry R, editor. London: London : McGraw-Hill Education/Open University Press; 2016.
35. World bank Group and UNDESA/Population Division. GDP per capita (current US\$) [Internet]. 2025 [cited 2025-01-10]. Available from: <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD>.
36. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71.
37. Satens beredning för medicinska och social utvärdering. Bedömning av studier med kvalitativ metodik [Internet]. [updated 2022-05-11; cited 2024-11-21]. Available from: https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning_studier_kvalitativ_metodik.pdf.
38. World Medical Association. WMA DECLARATION OF HELSINKI [Internet]. Helsingfors: World Medical Association; [updated 2013; cited 2024-11-21]. Available from: <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2024/10/DoH-Oct2013.pdf>.
39. Aiken ARA, Broussard K, Johnson DM, Padron E. Motivations and Experiences of People Seeking Medication Abortion Online in the United States. *Perspect Sex Reprod Health*. 2018;50(4):157-63.
40. Tressan A, Nyandak D, Srinivasulu S, Fiastro AE, MacNaughton H, Godfrey EM. Telemedicine Abortion in Primary Care: An Exploration of Patient Experiences. *Ann Fam Med*. 2024;22(1):19-25.
41. Lohr PA, Lewandowska M, Meiksin R, Salaria N, Cameron S, Scott RH, et al. Should COVID-specific arrangements for abortion continue? The views of women experiencing abortion in Britain during the pandemic. *BMJ Sex Reprod Health*. 2022;48(4):288-94.
42. Aiken ARA, Padron E, Broussard K, Johnson D. The impact of Northern Ireland's abortion laws on women's abortion decision-making and experiences. *BMJ Sex Reprod Health*. 2018.
43. Boydell N, Reynolds-Wright JJ, Cameron ST, Harden J. Women's experiences of a telemedicine abortion service (up to 12 weeks) implemented during the coronavirus (COVID-19) pandemic: a qualitative evaluation. *Bjog*. 2021;128(11):1752-61.
44. Hoggart L, Purcell C, Bloomer F, Newton V, Oluseye A. Social connectedness and supported self-management of early medication abortion in the UK: experiences from the COVID-19 pandemic and learning for the future. *Cult Health Sex*. 2024;26(7):855-70.
45. Godfrey EM, Fiastro AE, Ruben MR, Young EV, Bennett IM, Jacob-Files E. Patient Perspectives Regarding Clinician Communication During Telemedicine Compared With In-Clinic Abortion. *Obstet Gynecol*. 2023;141(6):1139-53.
46. Ehrenreich K, Marston C. Spatial dimensions of telemedicine and abortion access: a qualitative study of women's experiences. *Reprod Health*. 2019;16(1):94.

47. Kerestes C, Delafield R, Elia J, Chong E, Kaneshiro B, Soon R. "It was close enough, but it wasn't close enough": A qualitative exploration of the impact of direct-to-patient telemedicine abortion on access to abortion care. *Contraception*. 2021;104(1):67-72.
48. Ruggiero SP, Seymour JW, Thompson TA, Kohn JE, Snow JL, Grossman D, et al. Patient and provider experiences using a site-to-site telehealth model for medication abortion. *Mhealth*. 2022;8:32.
49. Ehrenreich K, Kaller S, Raifman S, Grossman D. Women's Experiences Using Telemedicine to Attend Abortion Information Visits in Utah: A Qualitative Study. *Womens Health Issues*. 2019;29(5):407-13.
50. Grindlay K, Lane K, Grossman D. Women's and providers' experiences with medical abortion provided through telemedicine: a qualitative study. *Womens Health Issues*. 2013;23(2):e117-22.
51. Fix L, Seymour JW, Sandhu MV, Melville C, Mazza D, Thompson TA. At-home telemedicine for medical abortion in Australia: a qualitative study of patient experiences and recommendations. *BMJ Sex Reprod Health*. 2020;46(3):172-6.
52. Kerestes C, Delafield R, Elia J, Shochet T, Kaneshiro B, Soon R. Person-centered, high-quality care from a distance: A qualitative study of patient experiences of TelAbortion, a model for direct-to-patient medication abortion by mail in the United States. *Perspect Sex Reprod Health*. 2022;54(4):177-87.
53. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet*. 2001;358(9280):483-8.
54. Rosén M. Systematisk litteraturoversikt I M. Henricsson (Red.) Vetenskaplig teori och metod - Från idé till examination inom omvårdnad (s.375-387). Studentlitteratur. [
55. Henricson MDIMHR, Vetenskaplig teori och metod -, Studentlitteratur. Fiteios-
56. Aiken ARA, Starling JE, van der Wal A, van der Vliet S, Broussard K, Johnson DM, et al. Demand for Self-Managed Medication Abortion Through an Online Telemedicine Service in the United States. *Am J Public Health*. 2020;110(1):90-7.
57. Makenzius M, Tydén T, Darj E, Larsson M. Autonomy and dependence--experiences of home abortion, contraception and prevention. *Scand J Caring Sci*. 2013;27(3):569-79.
58. Hanschmidt F, Linde K, Hilbert A, Riedel-Heller SG, Kersting A. Abortion Stigma: A Systematic Review. *Perspect Sex Reprod Health*. 2016;48(4):169-77.
59. Conti J, Cahill EP. Self-managed abortion. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2019;31(6):435-40.
60. Parsons JA, Romanis EC. "All hands on deck": a qualitative study of safeguarding and the transition to telemedical abortion care in England and Wales. *Soc Sci Med*. 2024;348:116835.
61. Brown C, Neerland CE, Weinfurter EV, Saftner MA. The Provision of Abortion Care via Telehealth in the United States: A Rapid Review. *J Midwifery Womens Health*. 2023;68(6):744-58.
62. Hyland P, Raymond EG, Chong E. A direct-to-patient telemedicine abortion service in Australia: Retrospective analysis of the first 18 months. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2018;58(3):335-40.
63. Meiksin R, Lewandowska M, Scott RH, Palmer M, McCarthy O, Salaria N, et al. Patient and health professional attitudes towards the use of telemedicine for abortion care in Britain: Findings from the SACHA study. *Digit Health*. 2024;10:20552076241288717.

64. Baraitser P, Free C, Norman WV, Lewandowska M, Meiksin R, Palmer MJ, et al. Improving experience of medical abortion at home in a changing therapeutic, technological and regulatory landscape: a realist review. *BMJ Open*. 2022;12(11):e066650.
65. Aiken ARA, Romanova EP, Morber JR, Gomperts R. Safety and effectiveness of self-managed medication abortion provided using online telemedicine in the United States: A population based study. *Lancet Reg Health Am*. 2022;10.

Bilagor

Bilaga 1. Exkluderade artiklar

Exkluderade artiklar	Orsak
Ehrenreich, K., & Marston, C. (2019). Spatial dimensions of telemedicine and abortion access: a qualitative study of women's experiences. <i>Reproductive health</i> , 16(1), 94. https://doi.org/10.1186/s12978-019-0759-9	Svarar ej på syftet
LaRoche, K. J., Wynn, L. L., & Foster, A. M. (2020). "We've got rights and yet we don't have access": Exploring patient experiences accessing medication abortion in Australia. <i>Contraception</i> , 101(4), 256–260. https://doi.org/10.1016/j.contraception.2019.12.008	Svarar ej på syftet
Hukku, S., Ménard, A., Kemzang, J., Hastings, E., & Foster, A. M. (2022). "I just was really scared, because it's already such an uncertain time": Exploring women's abortion experiences during the COVID-19 pandemic in Canada. <i>Contraception</i> , 110, 48–55. https://doi.org/10.1016/j.contraception.2022.01.014	Svarar ej på syftet
Saldanha S, Caddy C, Williams H, Hocking JS, Coombe J. Early medical abortion provision via telehealth in Victoria: A qualitative descriptive study. <i>Aust J Gen Pract</i> . 2024 Nov;53(11):794-798. doi: 10.31128/AJGP-04-23-6799. PMID: 39499832.	Svarar ej på syftet
Van den Dungen RF, Gomperts R. 'The abortion gave me my life back': the long-term impact of access to self-managed medication abortion through telemedicine on women's lives in legally restricted countries. <i>Cult Health Sex</i> . 2024 Sep 29:1-12. doi: 10.1080/13691058.2024.2408337. Epub ahead of print. PMID: 39342496.	Svarar ej på syftet

Bilaga 2. Inkluderade artiklar

Författare, titel och årtal	Databas, land	Syfte	Resultat
Abigail R.A. Aiken, Kathleen Broussard, Dana M. Johnson and Elisa Padron. Motivations and Experiences of People Seeking Medication Abortion Online in the United States. 2018	PubMed, USA	Syftet var att undersöka varför kvinnor i USA söker medicinsk abort online och att beskriva deras erfarenheter av att hitta information, stöd och läkemedel.	Resultatet belyste att tillgängligheten ökade, självbestämmandet stärktes samt att det var ett bättre ekonomiskt val att välja telemedicin.
Abigail R. A. Aiken, Elisa Padron, Kathleen Broussard, Dana Johnson. The impact of Northern Ireland's abortion laws on women's abortion decision-making and experiences. 2022	PubMed, Nordirland	Syftet var att utvärderade effekterna av Nordirlands abortlagar på kvinnors beslutsfattande och erfarenheter av att få tillgång till abort.	Kvinnor upplever flera hinder för att resa till vårdinstanser för abort, även när abort tillhandahålls utan kostnad. Telemedicin valdes ofta framför resor, eftersom barnpassning var ett hinder samt av ekonomiska skäl. Mer egenmakt upplevdes genom telemedicin.
Ehrenreich K, Kaller S, Raifman S, Grossman D. Women's Experiences Using Telemedicine to Attend Abortion Information Visits in Utah: A Qualitative Study. 2019	PubMed, USA	Syftet med denna studie var att utvärdera patienters erfarenheter av att använda telemedicin för att delta i informationsbesök om abort.	Kvinnor upplevde att telemedicin minimerade bördan av kostnader, resor och sparade tid genom att delta i digitala informationsbesök. Kvinnorna rapporterade fördelen med digitala besök att kunna upprätthålla integriteten genom att inte ses på klinik.
Ehrenreich K, Marston C. Spatial dimensions of telemedicine and abortion access: a qualitative study of women's experiences. 2019	PubMed, USA	Syftet var att undersöka kvinnors erfarenhet av att använda telemedicin i det första steget: informationsbesöket.	20 kvinnor intervjuades om tillgången till abort via telemedicin. Studien visade på minskad tillgång till abort berodde på materiella och sociala dimensionerna. Långa väntetiden och långa reseavstånd samt rädsla för att bli dömd av omgivningen hade betydande roll i att inte söka abortvård. Studien visar på att telemedicin har en viktig roll i att förbättra tillgången till abortvård.

<p>Fix L, Seymour JW, Sandhu MV, Melville C, Mazza D, Thompson TA. At-home telemedicine for medical abortion in Australia: a qualitative study of patient experiences and recommendations. 2020</p>	<p>PubMed, Australien</p>	<p>Studiens syfte var att undersöka erfarenheten av att er hålla telemedicin av Marie Stopes Australia.</p>	<p>Telemedicin valdes av deltagarna då det var mer lättillgängligt än klinikbaserad vård. Möjligheten att kunna vara i sitt hem och upprätthålla sin integritet var av betydelse. Bekvämligheten med att få hem abortmedicin i brevlådan utan att besöka klinik framträder av kvinnorna.</p>
<p>Godfrey EM, Fiastro AE, Ruben MR, Young EV, Bennett IM, Jacob-Files E. Patient Perspectives Regarding Clinician Communication During Telemedicine Compared With In-Clinic Abortion. 2023.</p>	<p>PubMed, USA</p>	<p>Syftet var att utforska patientperspektiv när det gäller kommunikation mellan patient och läkare under telemedicinsk medicinabort jämfört med klinikbesök.</p>	<p>Deltagare som fick telemedicinsk aborttjänst rapporterade högkvalitativ kommunikation mellan patient och vårdpersonal. Upplevelse av frihet att välja plats för konsultation och känna sig mer avslappnad under möten var positivt. De kände sig respekterade och hörda från vårdpersonal och en känsla av att det skedde privat var uppskattat.</p>
<p>Grindlay K, Lane K & Grossman D. Women's and Providers' Experiences with Medical Abortion Provided Through Telemedicine: A Qualitative Study. 2012</p>	<p>PubMed, USA</p>	<p>Syftet med denna studie var att utvärdera patienters och vårdgivares erfarenheter av telemedicinskt tillhandahållande av medicinsk abort.</p>	<p>Patienter och vårdgivare upplevde många fördelar med telemedicin så som minskat resande samt större tillgänglighet vad gäller tid och plats. De flesta patienterna var positiva till videosamtal och upplevde detta säkert och privat medan vissa föredrog att vara i samma rum som vårdgivaren. Studien belyste vikten av valmöjligheter.</p>
<p>Hoggart L, Purcell C, Bloomer F, Newton V & Oluseye A. Social connectedness and supported selfmanagement of early medication abortion in the UK: experiences from the COVID-19 pandemic and learning for the future. 2024</p>	<p>PubMed, Storbritannien</p>	<p>I denna artikel utforskar vi förhållandet mellan självhantering av en abort och källor till stöd (inklusive vårdpersonal, familj och vänner); samt överväger frågor om reproduktionskontroll och autonomi.</p>	<p>Deltagarna upplevde självhantering av aborten i hemmet positivt. En avgörande faktor var en känsla av samhörighet och support för att stödja individuell autonomi i hemmet.</p>

<p>Kerestes C, Delafield R, Elia J, Chong E, Kaneshiro B, Soon R. "It was close enough, but it wasn't close enough": A qualitative exploration of the impact of direct-to-patient telemedicine abortion on access to abortion care. 2021</p>	<p>PubMed, USA</p>	<p>Syftet var att undersöka hur medicinsk abort via telemedicinsrådgivning kontra traditionell klinikvård påverkade deltagarnas tillgång till vård.</p>	<p>Telemedicin var mer bekvämt och mer lättillgängligt för patienten än klinikbaserad vård. Telemedicin ledde till minskade kostnader, resor och väntetid. Bättre integritet vid telemedicin.</p>
<p>Kerestes C, Delafield R, Elia J, Shochet T, Kaneshiro B, Soon R. Person-centered, high-quality care from a distance: A qualitative study of patient experiences of TelAbortion, a model for direct-to-patient medication abortion by mail in the United States. 2022</p>	<p>PubMed, USA</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka upplevelsen av personcentrerad vård inom telemedicinsk abort.</p>	<p>Telemedicin var en accepterad metod och upplevelsen av att behålla sin autonomi, integritet och värdighet samtidigt som kvinnorna upplevde att de fick tillräckligt stöd digitalt.</p>
<p>Lohr PA, Lewandowska M, Meiksin R, Salaria N, Cameron S, Rachel H Scott, Reiter J, Palmer MJ, French RS & Wellings K. Should COVID-specific arrangements for abortion continue? The views of women experiencing abortion in Britain during the pandemic. 2022</p>	<p>PubMed, England, Scotland or Wales</p>	<p>Syftet var att utforska deras syn på förändringarna i aborttjänstens konfiguration under pandemin och om abort via telemedicin och användning av abortmedicinering i hemmet bör fortsätta.</p>	<p>Deltagarna var positiva till användning av Mifepriston och Misoprostol i hemmet. Faktorer som bidrog till detta bestod av minskat stigma, bekvämlighet, komfort, integritet och respekt för autonomi. Deltagarna var också positiva till en telemedicinsk modell av liknande anledningen, och upplevdes nödvändigt i en tid som pandemin.</p>
<p>N Boydell, JJ Reynolds-Wright, ST Cameron, J Harden. Women's experiences of a telemedicine abortion</p>	<p>PubMed, England, Skottland och Wales</p>	<p>Syftet med studien var att utforska erfarenheterna av kvinnor som fick tillgång till medicinsk abort hemma upp till graviditetsvecka 12 via telemedicinsk aborttjänst.</p>	<p>Kvinnorna uppskattade möjligheten att få tillgång till abortvård via telemedicin och betonade fördelarna med att bli erbjudna ett annat val som var mer flexibelt och kunde ställas om till just</p>

service (up to 12 weeks) implemented during the coronavirus (COVID-19) pandemic: a qualitative evaluation. 2021			deras liv och omständigheter. Tillgängligheten var en stor fördel.
Samantha P. Ruggiero, Jane W. Seymour, Terri-Ann Thompson1, Julia E. Kohn, Jennifer L. Snow, Daniel Grossman, Laura Fix. Patient and provider experiences using a site-to-site telehealth model for medication abortion. 2022	PubMed, USA	Syftet med denna studie var att dokumentera patienters och vårdgivares erfarenheter som använde telemedicin inom abortvård	Resultatet visar att en stor majoritet av telehälsopatienter beskrev att de kände sig bekväma med att prata med vårdpersonal över telehälsa och hade inga problem med att använda telehälsotekniken. Flera beskriver att de inte hade kunnat få tillgång till abort om inte telemedicin hade varit ett val.
Tressan A, Nyandak D, Srinivasulu S, Fiasro AE, MacNaughton H & Godfrey EM. Telemedicine Abortion in Primary Care: An Exploration of Patient Experiences. 2024	PubMed, USA	Syftet med studien var att utforska patienters erfarenheter och perspektiv få telemedicinsk abort genom sin primärvårdshälsa system.	Deltagarna upplevde telemedicinska tjänster i primärvården positivt, acceptabelt och enkelt. Detta system gav dem stöd i autonomi, kontroll och flexibilitet och minskade besvär som upplevts vid behov av att uppsöka en klinik. Deltagarna uppskattade att få abortvård via deras etablerade vårdteam.

Bilaga 3. Kvalitetsgranskning

Artikelförfattare	Kerestes C, et al. (2022)	Lohr PA, et al. (2022)	Hoggart, et al. (2024)	Tressan, et al. (2024)	Grindlay, et al. (2013)	Boydell et al. (2021)	Ruggiero et al. (2022)
Vilken teori/filosofisk hållning utgick författarna från?	Kvalitativ metod	Kvalitativ metod	Kvalitativ metod	Kvalitativ metod	Kvalitativ metod	Kvalitativ metod	Kvalitativ metod
Hänger syfte och fråga ihop med teori/filosofisk hållning?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Hur gjordes urvalet?	Deltagare rekryterades från Gynuity TelAbortion-studien. Patienterna kontaktade en deltagande sida och erbjöds TelAbortion eller specifikt kontaktade kliniken efter att ha fått reda på om TelAbortion från sin webbplats	Deltagarna rekryterades från sex olika kliniker, där kvinnorna hade varit i kontakt med kliniken r/t telemedicin.	Deltagarna var rekryterade via My Body My Life project webside, sociala medier samt annonssida online.	Deltagarna rekryterades genom elektroniska journalsystem där patienterna valdes ut. Därefter ringde forskarna upp eventuella deltagare.	Deltagare rekryterades genom "Planned Parenthood called a central call center" som länkade patienterna vidare till studien.	Via deltagarinformationsblad från läkemedelsförpackningen för dem som använder abortmedicin i hemmet samt under uppföljande telefonkonsultation med klinik.	Patienter kontaktade vården och fick information om sina alternativ för abortvård och fick då välja om de ville delta i studie vid medicinsk abort.
Är urvalet lämpligt för att besvara frågan?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

Är rekryteringsmetoden lämpligt vald och genomförd?	Ja	Ja	Delvis	Ja	Ja	Ja	Ja
Finns det allvarliga brister i urvalsmetod som kan påverka tillförlitligheten?	Nej	Nej	Nej, dock fick enbart personer som var aktiva online information om studien.	Nej	Nej	Nej	Nej
Vilka metoder användes för datainsamling?	Semistrukturerade telefonintervjuer	Semistrukturerade(telefon) djupintervjuer	Telefonintervjuer	Semistrukturerade telefonintervjuer	Semistrukturerade djupintervjuer	Semistrukturerade intervjuer	Djupintervjuer
Finns det allvarliga brister i datainsamlingen som kan påverka tillförlitligheten?	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Vilka metoder användes för analys?	Content analysis	Framework	Reflexiv tematisk analys	Reflexiv tematisk analys	Kvalitativ induktiv analysmetod	Framework	Induktiv kodning med modifierande grounded theory-metoder
Är vald analysmetod lämplig och genomförd på lämpligt sätt?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Var forskarna reflexiva vid tolkning av data?	Oklart	Oklart	Ja	Ja	Oklart	Ja	Ja

Validerades tolkningarna?	Oklart	Oklart	Oklart	Oklart	Oklart	Oklart	Ja
Finns det allvarliga brister i analysen som kan påverka tillförlitligheten?	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Vilken bakgrund och kompetens hade forskarna?	Forskare från University of Hawaii samt New York	Forskare på Service and Stratford-upon-Avon, Storbritannien inom reproduktion. Forskare på Policy, London School of Hygiene & Tropical Medicine, London, Storbritannien inom folkhälsovetenskap samt på Chalmers Centre, Edinburgh, Storbritannien. Forskare på Medical Research Institutet, University of Edinburgh MRC Center inom Reproduktion. Forskare på London School of Hygiene & Tropical Medicine, London, Storbritannien inom epidemiologi.	Oklart	De olika forskarna är primärvårdsläkare, doktorander inom reproduktiv hälsoforskning, doktorer inom folkhälsa och arbetar inom abortriktlinjer, har magister i kvalitativ forskning, arbetande inom samt arbetar inom telehälsa och medicinabort	Forskare i reproduktiv hälsa, obstetrik och gynekologi	Samhällsvetare med lång erfarenhet av kvalitativ forskning om sexuella och reproduktiva hälsa	Oklart

		Forskare på Public Health, Lambeth Local Authority, London, Storbritannien inom graviditetsrådgivnin.					
Har forskarna någon relation till studiedeltagarna som kan påverka datainsamlingen?	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Har forskarna hanterat sin förförståelse på acceptabelt sätt?	Oklart	Oklart	Oklart	Oklart	Oklart	Oklart	Oklart
Var forskarna oberoende av finansiella eller andra förutsättningar som kunde påverka analysen?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Finns det allvarliga brister gällande förförståelse/forskaren som kan påverka tillförlitligheten?	Oklart	Oklart	Oklart	Delvis. forskarna diskuterar sin förförståelse och att de är medvetna om deras kunskap sedan innan. Forskarna skriver att det kan ha påverkat.	Oklart	Nej	Nej

Sammanvägd bedömning	Medel/hög	Medel/hög	Medel/Hög	Hög	Medel/hög	Hög	Medel/hög
----------------------	-----------	-----------	-----------	-----	-----------	-----	-----------

Forståttning bilaga 2. Kvalitetsgranskning

Artikelförfattare	Ehrenreich, K., & Marston, C. (2019)	Ehrenreich et al. (2019)	Kerestes et al. (2021)	Fix et al. (2020)	Aiken et al. (2018)	Aiken et al. (2022)	Godfrey et al. (2023)
Vilken teori/filosofisk hållning utgick författarna från?	Kvalitativ metod/grounded theory	Kvalitativ metod	Kvalitativ metod	Kvalitativ metod	Kvalitativ metod	Kvalitativ metod	Kvalitativ metod
Hänger syfte och fråga ihop med teori/filosofisk hållning?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Hur gjordes urvalet?	Tillfrågade av personal vid tidpunkten för informationsbesöket via telemedicin - fyllde i online enkät och ringdes därefter upp.	Tillfrågade av personal vid tidpunkten för informationsbesöket via telemedicin - fyllde i online enkät och ringdes därefter upp.	Tillfrågade av vårdpersonal via vårdinrättning som erbjöd telemedicin, därefter uppringda av forskarna.	Deltagare rekryterades genom att registrera sig till studien och fyllt i onlineenkät ang. deras abortupplevelse. Därefter kontaktades av en studiekeordinator .	Deltagare rekryterades från två ideella organisationer som tillhandahåller tidig medicinering av abort genom telemedicin online.	Deltagare bjöds in genom tre organisationer som har täta kontakter med kvinnor i Northern Irland som söker abort.	För att rekrytera deltagare frågade CRC-personalen varje kvalificerad patient för att ange sitt intresse av att bli kontaktad av UW-studieteamet när de undertecknade sin samtycke till aborttjänster.
Är urvalet lämpligt för att besvara frågan ?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

Är rekryteringsmetoden lämpligt vald och genomförd?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Finns det allvarliga brister i urvalsmetod som kan påverka tillförlitligheten?	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Vilka metoder användes för datainsamling?	Djupintervju	Semistrukturerade intervjuer	Semistrukturerade intervjuer	Semistrukturerade djupintervjuer	Semistrukturerade intervjuer	Semistrukturerade intervjuer	Tvärsnitts, djupgående, semistrukturerad intervjustudie
Finns det allvarliga brister i datainsamlingen som kan påverka tillförlitligheten?	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Vilka metoder användes för analys?	Iterativ tematisk analys	Iterativ tematisk analys	Kvalitativ innehållsanalys	Tematisk analysmetod	Tematisk analys i enligt med Grounded theory	Tematisk analys i enligt med Grounded theory	Induktiv-deduktiv.
Är vald analysmetod lämplig och genomförd på lämpligt sätt?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Var forskarna reflexiva vid tolkning av data?	Oklart	Oklart	Oklart	Oklart	Oklart	Oklart	Oklart
Validerades tolkningarna?	Oklart	Oklart	Ja	Ja	Oklart	Oklart	Oklart
Finns det allvarliga brister i analysen som kan påverka tillförlitligheten?	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej

Vilken bakgrund och kompetens hade forskarna?	Projektledare inom flera forskningsprojekt & professor i folkhälsa	Direktör och projektledare på organisationen ANSIRH	Forskare inom obstetrik, gynekologi och folkhälsa	3 st arbetar på Ibis Reproductive Health, MA, USA samt 2st arbetar på Marie Stopes, Australia och en på Department of General Practice, Australia.	Forskarutbildning , professor, doktorand samtliga vid universitetet i Texas, Austin.	Forskarutbildning , professor, doktorand samtliga vid universitetet i Texas, Austin.	Forskarutbildning , professor, doktorand samtliga vid University of Washington
Har forskarna någon relation till studiedeltagarna som kan påverka datainsamlingen?	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Har forskarna hanterat sin förförståelse på acceptabelt sätt?	Oklart	Oklart	Oklart	Oklart	Oklart	Oklart	Oklart
Var forskarna oberoende av finansiella eller andra förutsättningar som kunde påverka analysen?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Finns det allvarliga brister gällande förförståelse/forskaren som kan påverka tillförlitligheten?	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Sammanvägd bedömning	Medel/Hög	Medel/Hög	Hög	Hög	Medel/Hög	Medel/Hög	Medel/Hög