

# Följderna av en begränsad eller icke-existerande aborträtt

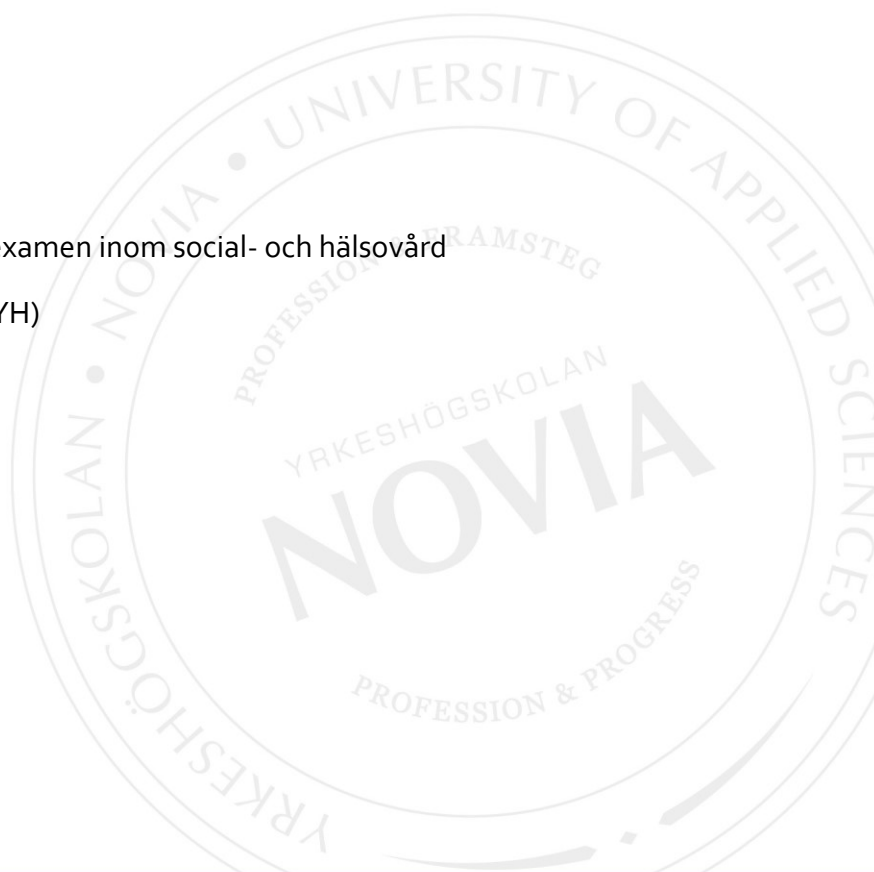
– en systematisk litteraturöversikt

Josefin Broända  
1801007

Examensarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Barnmorska (YH)

Vasa 2021



## EXAMENSARBETE

Författare: Josefin Broända  
Utbildning och ort: Barnmorska, Vasa  
Handledare: Anita Wikberg

Titel: Följderna av en begränsad eller icke-existerande aborträtt – en systematisk litteraturöversikt

---

Datum 27.5 2021      Sidantal 45      Bilagor 3

---

### Abstrakt

Aborträtten är ständigt aktuell, både då det kommer till lokala bakslag eller nationella liberaliseringar. Detta arbete synliggör följderna av en begränsad eller icke-existerande aborträtt. Syftet är att undersöka vilka konsekvenser strikta abortlagar får i praktiken. Metoden som har använts är en systematisk litteraturöversikt, varpå resultatet har tolkats enligt en tematisk innehållsanalys. Studien utgår från ett material på 6 studier; 2 kvalitativa och 4 kvantitativa.

Vid analys av resultatet framkom 7 teman och 11 kategorier. Resultatet synliggör hur en begränsad eller icke-existerande aborträtt påverkar den abortsökande, vårdpersonalen och samhället i stort. Faktorer som försämrad fysisk- och psykisk hälsa, ekonomiska svårigheter, att evidensbaserad vård förvägras, felrapporteringar kring abortvård, abortkomplikationer, ett förändrat hälsosökande beteende och ouppfyllda behov av preventivmedel visade sig vara förekommande effekter av en begränsad eller icke-existerande aborträtt.

Resultatet, samt bakomliggande teori kring aborträtt och abortstatistik, visar vikten av en liberal abortlagstiftning. Denna studie är ytterligare ett arbete som talar emot en inskränkning av aborträtten. Abortincidensen går ner med liberala abortlagar och tillgängliga preventivmedel, vilket innebär att abortmotståndets fokus bör ligga på att förbättra sexualundervisningen och göra preventivmedel lättillgängliga.

---

Språk: Svenska      Nyckelord: abort, begränsad aborträtt, icke-existerande aborträtt  
följder, systematisk litteraturöversikt

---

## BACHELOR'S THESIS

Author: Josefin Broända  
Degree Programme: Midwife, Vaasa  
Supervisor: Anita Wikberg

Title: The Aftermath of a Limited or Non-Existing Right to Abortion – A Systematic Literature Review

---

Date 27.5 2021      Number of pages 45      Appendices 3

---

### Abstract

The right to abortion is constantly relevant. Both when it comes to local setbacks and national liberalisations. This work highlights the aftermath of a limited or non-existing right to abortion. The purpose of this study is to investigate the consequences of a strict abortion law in practice. The method used is a systematic literature review and the result has been interpreted according to a thematic analysis. The study is based on the material from 6 studies; 2 qualitative and 4 quantitative.

A total of 7 themes and 11 categories emerged during the analysis of the result. The result shows how a limited or non-existing right to abortion affects the abortion seeker, the healthcare staff and the society in general. Factors such as deteriorating physical and mental health, financial difficulties, the denying of evidence-based care, abortion complications, a change in health-seeking behaviour and an unmet contraceptive need were common effects due to a limited or non-existing right to abortion.

The result, and the underlying theories about abortion rights and abortion statistics, shows the importance of a liberal abortion law. This study is yet another work that speaks against strict abortion rights. The incidence of abortion is declining with liberal abortion laws and available contraceptives, which indicates that the focus of the abortion resistance should be on improving sex education and making contraceptives easily accessible.

---

Language: Swedish      Keywords: abortion, limited abortion rights, non-existing abortion rights, systematic literature review

---

# Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Bakgrund .....	2
2.1	Vad är abort? .....	2
2.2	Varför görs abort? .....	3
2.3	Hur går en abort till? .....	4
2.3.1	Säker abort.....	5
2.3.2	Osäker abort .....	6
2.4	Aborttrender .....	8
3	Kristen Swansons omvårdnadsteori.....	11
4	Syfte och frågeställning.....	13
5	Metod .....	14
5.1	Systematisk litteraturöversikt .....	14
5.2	Urval och datainsamling.....	15
5.3	Tematisk innehållsanalys.....	17
5.4	Etiska överväganden.....	18
6	Resultat .....	20
7	Diskussion .....	33
7.1	Metoddiskussion.....	33
7.2	Resultatdiskussion.....	34
8	Slutsats .....	38
	Referenser .....	39
	Bilaga 1	
	Bilaga 2	
	Bilaga 3	

# 1 Inledning

Abort är ett ämne som väcker känslor. Den filosofiska frågeställningen om när livet börjar är omdiskuterad och tvistad. Dess komplexitet synliggörs då lagar, attityder och åsikter granskas på såväl den globala som lokala arenan. Enligt Center for Reproductive Rights (2020) förbjuder 26 länder inducerad abort helt och hållet, inklusive då kvinnans liv är i fara. 67 länder erbjuder fri abort, men med varierad gestationsgräns. I Finland är aborträtten begränsad. Inducerad abort får i Finland genomföras om åtminstone en av sex kriterier uppföljs, enligt lagen om avbrytande av havandeskap 239/1970 (bilaga 1). Abort av sociala orsaker, exempelvis att skötseln av barnet skulle vara ”avsevärt betungande för henne”, eller ifall hon vid befruktningsögonblicket är under sjutton år, är kriterier som godkänner abort. Medicinska orsaker är också godtagbara abortskäl, exempelvis ifall barnet ”skulle komma att vara psykiskt efterblivet eller [...] behäftas med svår sjukdom”. Finlands abortlag delas i grova drag av 13 andra länder, där abortlagen tolkas relativt liberalt. Oftast ser man till den individuella kvinnans situation för att möjliggöra abort ur olika omständigheter (Center for Reproductive Rights, 2020).

Val av ämne motiveras utgående från ovannämnda variationer gällande abortlagar. Lagarnas uppbyggnad och åtskildhet mellan olika länder förstärker uppfattningen om att inducerad abort är komplicerat ur flera synvinklar; sociala, psykiska, filosofiska, moraliska, etiska och religiösa. Eftersom uppfattningen om när liv börjar skiljer sig åt beroende på från vilken lära synpunkterna härstammar från, finns det inget entydigt svar för eller emot inducerad abort. Av den orsaken ämnar jag granska effekterna av en begränsad eller icke-existerande aborträtt. Med begränsad aborträtt avses att ett abortbeslut inte är fritt upptill graviditetsvecka 12. I länder vars abortlag är fri varierar gestationsgränsen – exempelvis på Island är abort fritt fram till vecka 22, i Sverige vecka 18 och i Norge vecka 12. Den vanligaste graviditetsgränsen i de länder där aborträtten är fri är 12 veckor (Center for Reproductive Rights, 2020). Enligt Världshälsoorganisationen (WHO, 2019a) är tillgången till fri och säker abort en rättighet som måste bevaras för att upprätthålla den reproduktiva och generella hälsan hos kvinnor.

En begränsad, systematisk litteraturöversikt kommer att användas för att undersöka följderna av en begränsad eller icke-befintlig aborträtt. Genom att granska och ta del av forskning som tangerar ämnet från länder med olika abortlagar eftersträvas en så mångfacetterad bild som möjligt.

## 2 Bakgrund

I kommande kapitel presenteras bakgrunden till temat. Vad abort är, varför det görs samt vilka olika tillvägagångssätt en abort kan utföras på förklaras. Skillnaden mellan säkra och osäkra aborter kommer att belysas med förankring till historiska abortmetoder. En kort genomgång av abortutvecklingen kommer att beskrivas för att få en bättre inblick i var aborträtten står i nuläget.

### 2.1 Vad är abort?

Det finns ingen entydig definition av abort. Beroende på vilken instans som fastställt vad abort innebär, så skiljer sig förklaringarna åt. Exempelvis Malmquist et al. (u.å.) definierar abort som "att en graviditet upphör eller avbryts fram till utgången av den 22:a graviditetsveckan", medan Medicinsk Ordbok (u.å.) definierar abort som ett "spontant eller framkallat missfall före 28:e graviditetsveckan". WHO (2019b) kombinerar de ovanstående definitionerna genom att precisera abort som "the termination of a pregnancy before the fetus has attained viability [...] corresponding gestational periods of 22 and 28 weeks". Det som binder olika definitioner samman är ändå att en graviditet avbryts. I detta arbete används ordet "abort" då det är fråga om inducerad abort medan ordet "missfall" används då en graviditet har avbrutits spontant.

Det är inte möjligt att med säkerhet fastställa hur många aborter som utförs. Dels eftersom olagliga aborter inte rapporteras, och dels eftersom det även förekommer brister vid rapporteringen kring lagliga och säkra aborter. Åhman och Shah (2002) menar att statistik som gäller utförda aborter inte kan anses vara helt tillförlitlig, oberoende av ifall statistiken hämtas från länder där abort är lagligt eller olagligt. Utöver de aborter som rapporteras korrekt förekommer det även aborter som inte rapporteras alls, underrapporteras eller klassas som missfall, trots att aborten är lagligt utförd. Say et al. (2014) menar att det även händer att dödsfall till följd av osäkra abortmetoder felrapporteras och påstås bero på HIV, speciellt i afrikanska länder.

Det statistiska bortfallet gällande abort är aktuellt oberoende av abortens laglighet, tillgänglighet eller säkerhet. Där abort är olagligt är dock slutsatser kring förekomst ännu svårare att dra. Man försöker därför nå tillförlitliga konklusioner genom att granska antalet vårdåtgärder som utförts utgående från vanliga komplikationer som kan uppstå efter att

osäkra abortmetoder använts (Åhman & Shah, 2002). Say et al. (2014) menar att sådana komplikationer kan handla om obstetrisk blödning eller graviditetsrelaterad sepsis.

## 2.2 Varför görs abort?

Det finns många orsaker till att aborter utförs. Finer et al. (2005) belyser att den vanligaste orsaken till att kvinnor i USA genomför abort är för att ett barn skulle försvåra kvinnans utbildning, arbete eller förmåga att ta hand om sina anhöriga. Även faktorer som en bristfällig ekonomi, relationsproblem och en ovilja att uppfostra ett barn som ensamstående kan ligga till grund för ett abortbeslut. Att kvinnan drabbas av påtryckningar från partner eller föräldrar bidrar också till att aborter utförs, trots att kvinnan själv velat behålla barnet. I studien rapporterade kvinnor även att de utfört abort eftersom de inte var redo för moderskapet, och att de var oförberedda på ansvaret som följer med ett barn. De ovannämnda orsakerna till varför kvinnor i USA genomgår aborter är jämförbara med de sociala orsaker kvinnor i Finland hänvisar till för att få ett godkänt abortbeslut. Sociala orsaker ligger som grund för över 90% av de 10 500 aborter som årligen utförs i Finland (Tarnanen & Heikinheimo, 2013). Orsakerna till att aborter utförs är komplexa och flera faktorer samspelar mot ett abortbeslut. Rädsla för det ansvar ett moderskap skulle innebära, ekonomiska svårigheter och brist på stöd från partnern återkom ofta som sammankopplade omständigheter som ledde till ett abortbeslut (Finer et al., 2005).

Chae et al. (2017) kommer fram till liknande slutsatser om varför abortbestlut fattas. Studien belyser orsaker till abort med data insamlat från 14 länder runt om i världen; Sverige och Belgien i Europa, Ryssland och Nepal i Asien, Ghana och Demokratiska republiken Kongo i Afrika och Jamaica i Latinamerika, för att nämna ett urval. Utgående från ländernas officiella statistik drogs slutsatser om att de vanligaste orsakerna till abort bestod av socioekonomiska skäl eller begränsad barnfödelse – kvinnan ville helt enkelt inte ha fler barn. En önskan om att skjuta upp barndebuten, att känna sig för ung för moderskap, att det inte var rätt tid i livet, att fokusera på de redan existerande barnen samt en oro över sitt partnerskap angavs också som grunder till abortbeslut. Även hälsofaktorer som risk för både kvinnans och fostrets hälsa, emotionella och mentala orsaker samt att kvinnan önskade ett bättre liv för barnet än vad hon kunde erbjuda påverkade abortbeslutet. Oberoende av demografiska och geografiska skillnader baserade sig flest abortbeslut på socioekonomiska orsaker. Studien av Chae et al. (2017), liksom resultat presenterat av Finer et al. (2005), visar

att det vanligtvis är en rad faktorer som samspelar då ett abortbeslut fattas. Dudley (2013) poängterar dessutom att det årligen bland amerikanska kvinnor utförs tusentals aborter till följd av våldtäkt och incest.

Våldtäkt används som maktmedel och tortyrmetod i krigsdrabbade områden. Vice ordförande för EU-kommissionen, Federica Mogherini och ledamot för EU-kommissionen, Christos Stylianides, uttryckte i ett brev till flera ledamöter i Europaparlamentet daterat 11 september 2015, en oro över de flickor och kvinnor som faller offer för våldtäkt i krig, med en graviditet som följd. De poängterar att många av de drabbade flickorna och kvinnorna tvingas föda oönskade barn, vilket kan leda till att de förvisas av sina familjer och samhället. Många av de drabbade söker sig till osäkra abortmetoder som allvarligt kan skada deras hälsa, ifall de ens överlever. En del begår även självmord. Mogherini & Stylianides (2015) hävdar att EU arbetar för att få ett stopp på det sexuella våld som sker i krigszoner. Abort måste därför erbjudas, oavsett lokal lagstiftning, i de fall där en graviditet hotar flickans eller kvinnans liv, eller orsakar outhärdligt lidande för henne. I sådana fall kan internationell humanitär lag rättfärdiga att säkra aborter erbjuds, framom det omänskliga lidande som en fullgången graviditet skulle medföra (Mogherini & Stylianides, 2015). Trots EU-kommissionens utlåtande kan tyvärr inte säkra aborter med hänvisning till internationell humanitär lag garanteras. FN:s befolkningsfond (UNFPA) rapporterade år 2015 att åtminstone 214 kvinnor som räddats från terrororganisationen Boko Haram var synligt gravida då de anlände till flyktinglägret i Borno, Nigeria. UNFPA och lokala sjukhus erbjöd dem rådgivning, behandling för våldtäkt och förlossningstjänster, men kvinnorna erbjöds ingen hjälp med att, om de önskade, göra abort (UNFPA, 2015).

## **2.3 Hur går en abort till?**

Abort möjliggörs på olika sätt beroende på dess tillgänglighet och laglighet. Beroende på kvinnans situation, sammanhang och kunskap skiljer abortmetoder sig åt radikalt världen över. Abort har alltid utförts, överallt. Abortmetoder, attityder och lagstiftning har dock förändrats genom tiden. Exempelvis var en tidig abortmetod i stammen Yanomamö, lokaliserad i Amazonas regnskog, att någon hoppade på den gravida kvinnans mage tills fosterhinnorna sprack. Att inta vissa örter eller att föra in vassa föremål som kvistar, rötter och djurben i livmodern var vanliga metoder kvinnor använde sig av (Hede et al., 1994). Att försöka forcera fosterhinnorna genom att föra in skarpa föremål via livmodern må vara en



urgammal abortmetod, men den används fortfarande. Exempelvis galgen har blivit något av en symbol för reproduktionsrättsrörelser för aborträtten, eftersom många kvinnor försökt perforera livmodern med just en galge för att framkalla aborter (Honigman et al., 1993; The DC Abortion Fund, u.å.). Andra metoder, som att själv utföra eller låta andra utöva fysiskt våld mot kroppen, och magen i synnerhet, är exempel på gamla abortmetoder som fortfarande används i länder där abort inte är tillgängligt. Även giftiga och frätande ämnen, som både har intagits oralt eller genom att införas i livmodern har använts flitigt. Speciellt användandet av fosfor har lett till att många kvinnor har fått livslånga men eller rentav mist sina liv till följd av abortförsök (Hede et al., 1994; Honigman et al., 1993).

Lyckligtvis finns det abortmetoder som utförs på säkra sätt, såvida landets lagstiftning möjliggör tillgängligheten. Nedan följer hur abort görs med hjälp av säkra metoder, samt en summering av hur osäkra abortmetoder ter sig idag.

### **2.3.1 Säker abort**

En säker abort kan utföras endera medicinskt eller kirurgiskt. Majoriteten av aborter i Finland görs medicinskt. Valet av abortmetod väljs av läkare i samråd med patienten, efter att en gynekologisk- och ultraljudsundersökning gjorts på patienten. I Finland är det rutin att samtidigt diskutera och utforma en plan för framtida preventivmedel, för att undvika upprepade aborter. Abort som utförs medicinskt kan göras delvis hemma eller helt på sjukhus, men finsk praxis är att abort utförs på sjukhus ifall graviditeten pågått över 9 veckor (Tarnanen & Heikinheimo, 2013).

Läkemedlen Mifepriston och Misoprostol används då abort utförs medicinskt. Mifepriston hämmar effekten av progesteron. Progesteron är ett hormon som är nödvändigt för att fortsätta en graviditet. Mifepriston orsakar därför abort, men ska kombineras med Misoprostol, ett prostaglandin som sammandrar glatt muskulatur. Misoprostol gör att livmodern dras samman och graviditeten (embryo/foster, fosterhinnor och moderkaka) stöts ut (Läkemedelsinformationscentralen, 2019; 2020).

Det är inte ovanligt med smärta och illamående i samband med medicinsk abort. Kräkningar och diarréer kan förekomma. Patienten uppmanas att gå på efterkontroll 2–4 veckor efter att aborten utförts, för att säkerställa att inga komplikationer uppstått och att resultatet har varit lyckat. För att verifiera att aborten har genomförts kontrolleras halten av graviditetshormonet

hCG, vilket kan göras med blod- eller urinprov. Ifall halten minskat har aborten fullföljts och kvinnan är inte längre gravid (Tarnanen & Heikinheimo, 2013). Vid medicinsk abort ges först en dos Mifepriston oralt. Efter 24–48 timmar ges en dos Misoprostol. Misoprostol ges vanligen vaginalt, men kan tas oralt innan graviditetsvecka 7. Misoprostol ges var tredje timme uppemot fem doser tills utstötningen av graviditeten har påbörjats. Medicinsk abort kan användas oberoende av graviditetsvecka, men läkemedlens dos justeras enligt graviditetens längd (WHO, 2012).

Om aborten sker kirurgiskt används vakuumsugning upptill graviditetsvecka 14. Vakuumsugning innebär att graviditeten sugs ur livmodern med hjälp av vakuum. Skrapning ska inte ske rutinmässigt efteråt. Vakuumsugningen kompletteras endast med skrapning ifall aborten inte har varit lyckad. Samtidig användning av endera Mifepriston eller Misoprostol för livmoderhalsberedning rekommenderas vid kirurgisk abort efter graviditetsvecka 14 (WHO, 2012). Graviditetsveckorna under vilka aborten kan ske kirurgiskt varierar dock mellan länder. I Finland kan vakuumsugning användas innan graviditetsvecka 12, aborter sker därför alltid medicinskt efter graviditetsvecka 12. Ifall graviditeten varat längre än 12 veckor görs abort endast med tillstånd från Valvira (tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården i Finland) (Käypä hoito, 2013a; 2013b).

Antibiotika bör ges profylaktiskt till kvinnor som genomgår kirurgisk abort, vilket inte är nödvändigt vid medicinsk abort. Oberoende av abortmetod borde alla kvinnor erbjudas adekvat smärtlindring. Ju längre in i graviditeten kvinnan är då aborten utförs, desto större är behovet av smärtlindring (WHO, 2012).

### **2.3.2 Osäker abort**

Det sker 25,1 miljoner osäkra aborter runtom i världen årligen. Osäkra aborter motsvarar 45% av alla aborter som utförs och majoriteten av dem, 97%, utförs i utvecklingsländer. I västvärlden sker osäkra aborter främst i Östeuropa (Ganatra et al., 2017). Jämfört med statistik från 2003, där 19,7 miljoner osäkra aborter utfördes, har det skett en ökning i antalet osäkra aborter. (WHO, 2012). Say et al. (2014) uppskattar att 7,9% av alla fall av mödradödlighet beror på osäkra aborter. Det motsvarar nästan 23 000 kvinnor som årligen mister sitt liv på grund av osäkra abortmetoder. Antalet dödsfall har dock gått ner; motsvarande siffra för år 2008 var 47 000 medan det år 1990 var 69 000 (Åhman & Shah, 2011).

Belton (2011) menar att en osäker abort innebär att en graviditet avbryts på olagliga och ohygieniska sätt, ofta av kvinnan själv. Fysiska komplikationer som blödningar, infektioner, smärtor och infertilitet kan uppstå efter att en osäker abort har utförts, samt psykiska svårigheter. Médecins Sans Frontières (2019) poängterar att ifall en flicka eller kvinna har bestämt sig för att avsluta en graviditet så kommer hon att göra det, oberoende av abortens säkerhet eller laglighet. Att fortsätta en oönskad graviditet kan vara så outhärdligt att hon hellre riskerar sitt eget liv än att fullfölja graviditeten. Osäkra aborter utförs endera av kvinnan själv, eller så vänder hon sig till utbildade leverantörer som saknar både kunskap och hygieniska faciliteter för att kunna utföra en abort säkert och korrekt. Genom historien har osäkra abortmetoder bestått av att föra upp skarpa föremål i livmodern, förtära giftiga substanser, använda sig av örtblandningar som förs upp i vaginan eller utsätta sig för fall eller våld mot buken. De flesta av dessa metoder är inte effektiva och avbryter inte graviditeten. Däremot kan de lämna skador för livet hos kvinnan (Médecins Sans Frontières, 2019; Hede et al., 1994).

Alla osäkra aborter kan undvikas. Belton (2011) hävdar att det endast är hälsostراتيجier och lagar som förhindrar att abort utförs på ett säkert sätt. För att undvika att osäkra aborter sker borde fokuset således ligga på att göra aborterna säkra, vilket förutsätter laglighet. För att reducera antalet aborter som utförs borde tillgången till sexualundervisning tryggas och möjligheten att nyttja preventivmedel säkerställas. WHO (2012) håller med ovanstående och hävdar att man hade kunnat förhindra de dödsfall och skador som uppkommit på grund av osäkra aborter genom sexualundervisning, familjeplanering och erbjudandet av säkra och lagliga aborter, där även vård vid eventuella komplikationer tillgodoses. Odland, Bygdeman och Milsom (2008) är inne på samma linje och menar att Sverige har haft en trend med minskade tonårsaborter. Trenden anses bero på att det har gjorts medvetna satsningar på ungdomsmottagningar. Ungdomsmottagningarna har aktivt arbetat med att upplysa och informera om sexualundervisning, samt erbjudit rådgivning kring sexualitet och tillgång till preventivmedel.

Gyllenberg (2020) framför i sin doktorsavhandling att aborter i Vanda har gått ner med 36% bland 15–19-åringar och 14% bland 20–24-åringar efter att staden började dela ut gratis långverkande preventivmedel år 2013. Vanda stad erbjöd alla kvinnor att få sitt första långverkande preventivmedel kostnadsfritt, såsom preventiva implantat, intrauterina preventivmedel samt injicerbara preventivämnen. Långverkande preventivmedel är effektiva, säkra och lönsamma och de kräver ingen daglig hantering av användaren. Trots det används mest kortverkande preventivmedel i västvärlden, vilket kan antas bero på

missuppfattningar om preventivmetodernas säkerhet, samt brister gällande både patient- och leverantörsmedvetenhet. Vandas satsning visade att risken för abort var 80% lägre bland kvinnor som fick gratis långverkande preventivmedel än bland kvinnor som inte använde sig av dem. Projektet var även lönsamt ur en ekonomisk synvinkel.

## 2.4 Aborttrender

Bearak et al. (2020) menar att det utförs 73,3 miljoner aborter (säkra och osäkra) årligen. År 1990 slutade 51% av alla oavsiktliga graviditeter i abort, vilket har höjts till 61% år 2019. Globalt sett har det skett en liberalisering kring abortfrågan, trots att lokala bakslag förekommer. År 1994 skrev 179 länder under *International Conference on Population and Development Programme of Action* (ICPD), vilket är det första internationella avtalet som erkänner reproduktiva rättigheter som mänskliga rättigheter. Sedan ICPD har nästan 50 länder liberaliserat sina abortlagar. 15 länder har sedan 1994 luckrat upp sina abortlagar och erbjuder numera fri abort på kvinnans begäran. 18 länder har gått från att förbjuda abort helt till att godkänna abort under vissa omständigheter, som av socioekonomiska skäl, ifall kvinnans liv är i fara eller om graviditeten har uppkommit till följd av våldtäkt eller incest. Två länder, Nepal och São Tomé och Príncipe, har gått från att ha ett totalförbud, oberoende av omständigheter, till att direkt erbjuda fri abort. Nästan hälften av de länder där abortlagar har liberaliserats finns i Afrika. Endast två länder i Mellanöstern, Iran och Förenade Arabemiraten, har sedan ICPD undertecknades liberaliserat sina abortlagar. Island hör till världens mest liberala länder då det kommer till aborträtten. År 2019 godkände parlamentet att abort ska erbjudas fritt fram till graviditetsvecka 22 (Center for Reproductive Rights, 2019; 2020).

Trots att länders abortlagar överlag har blivit mer tillåtande, så har den liberala utvecklingen fått konservativa röster att höjas. Exempelvis i länder som Colombia, Polen och USA har abortmotståndare fått till stånd sociala rörelser som påverkar opinionen med syftet att begränsa aborträtten. Trots att abortkritiska röster ljuder i Colombia säkerställer dock lagen fortfarande rätten till abort, medan utvecklingen i Polen och USA är på bakåtmarsch (Ruibal, 2014; Hussein et al. 2018; Jones et al. 2020).

Abortlagen i Polen hör till en av de strängaste i Europa och i januari 2021 hävdade den polska regeringen att abort av foster med fosterskador strider mot landets grundlag. En ännu striktare abortlag trädde i kraft, där abort nu endast tillåts om moderns liv är i fara eller ifall

hon har blivit utsatt för våldtäkt eller incest. År 2019 utfördes 98% av alla aborter i Polen med hänvisning till fosterskador, vilket innebär att den nya lagen i praktiken är nästintill ett totalförbud mot abort. Katarzyna Jezierska, docent i statsvetenskap, menar att beslutet är strategiskt på grund av den pågående covid-19-pandemin, eftersom tillfälliga pandemilagar förbjuder fysiska protester. I januari 2021, då lagen trädde i kraft, tilläts endast fem personer samlas. I praktiken har inte restriktionerna följts – landsomfattande protester och demonstrationer har ordnats både av anhängare av fri abort, men även av abortmotståndare som dels tycker lagen ska skärpas ytterligare och dels vill visa sitt stöd för ytterligare ett lagförslag som riskeras att röstas igenom. Ifall det lagförslaget verkställs skulle sexualundervisning kriminaliseras helt, både inom och utanför utbildningsmiljöer. Straffet för att undervisa eller prata om sexualitet och sexuell hälsa med minderåriga kunde då ge upp till tre års fängelse. Lagförslaget motiveras med att den strävar till att stoppa pedofili. Det antyder även att den nuvarande sexualundervisningen främjar homosexualitet och fördärvar barn (von Kraemer, 2020; Nummenmaa, 2021).

Ruibal (2014) poängterar att det främst är konservativa åsikter som stöds av religiösa samfund som ligger till grund för abortmotståndet. Hon framhäver vikten av en fungerande domstol som verkar statligt. Samtidigt varnar hon för effekten av att konservativa aktivister utnämns till aktörer inom domstolen, en utveckling som har setts bland annat i USA. I USA har abortmotståndare också använt sig av covid-19-pandemin som argument för att inskränka aborträtten, genom att hävda att aborter anses vara icke-brådskande ärenden. Även innan covid-19-pandemin begränsade exempelvis delstaten Texas sina abortlagar, så att nästan hälften av delstatens 41 abortkliniker stängdes ner. Trots att abort fortfarande är lagligt i teorin är det inte längre lika tillgängligt. Paradoxalt nog leder nedstängningen av abortkliniker till att fler kvinnor önskar genomföra abort. Trots att den officiella abortstatistiken gått ner i samband med att abortkliniker lagts ner har det lett till en ökad ekonomisk belastning för kvinnor som istället tvingats resa allt längre för att få en abort genomförd. Det leder till en ekonomisk osäkerhet, vilket är ett ofta rapporterat motiv till att aborter utförs. I de fall där en abort var önskad, men kvinnan av diverse orsaker inte beviljades den, rapporterades ökad fattigdom, större ekonomisk skuldsatthet, mer kronisk smärta och sämre allmänhälsa. Kvinnor som nekades abort och således tvingades bära och föda barnet mot sin vilja var även mer benägna att bli utsatta för ihållande fysiskt våld från mannen som var inblandad i graviditeten (Jones et al., 2020).

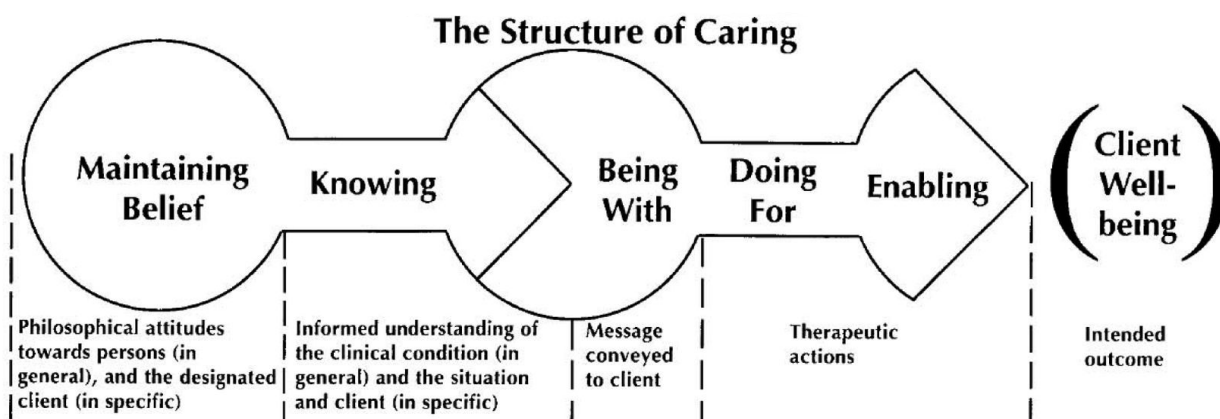
Även i Sverige, där fri abort erbjuds fram till graviditetsvecka 18, har abortkritiska röster höjts genom åren. Abortmotståndare har även försökt etablera ett ”post-abortsyndrom” som

skulle erkänna en koppling mellan allvarliga mentala och emotionella symtom och utförd abort, dock utan framgång. Fokus har även satts på moral och vårdetik där exempelvis barnmorskor har hänvisat till sin religionsfrihet för att slippa utföra och assistera vid vårdmoment som syftar till att avsluta en graviditet. Barnmorskorna prövade fallet rättsligt, men förlorade i flera instanser. Överklagan nådde ända till Europadomstolen år 2020. Europadomstolen beslutade enhälligt att inte ta upp fallet, vilket anses vara ett tydligt ställningstagande för aborträtten (Lennerhed, 2019; Pagels. 2020).

### 3 Kristen Swansons omvårdnadsteori

Kristen Swansons omvårdnadsteori används som teoretisk utgångspunkt för arbetet. Swanson utformade teorin från sina studier gjorda på 1990-talet ur olika läror som vårdvetenskap, filosofi och etik. Studierna gjordes inom perinatal omvårdnad och fokuserade på kvinnor som nyligen drabbats av missfall (Kavanaugh et al., 2010). Studierna visade att då Swansons teori applicerades vid vården av missfall reducerades depression, ilska och förvirring hos de drabbade kvinnorna samtidigt som självkänslan förbättrades (Marriner-Tomey & Alligood, 2006).

Målet med teorin är att få patienten att nå ett så bra välmående som möjligt. Teorin lyfter olika kategorier som krävs för att möjliggöra välmående. Teorin utgår från fem kategorier vid omvårdnad; *maintaining belief* (visa tillit), *knowing* (veta), *being with* (vara med), *doing for* (göra för) och *enabling* (möjliggöra). Kategorierna fungerar i ett samspel med varandra där handlingar ur varje omvårdnadskategori är närvarande i vården (figur 1) (Swanson, 1993).



**Figur 1:** Omvårdnadsstrukturen som synliggör samspillet mellan de fem omvårdnadskategorierna som behövs för att få patienten att nå ett så gott välbefinnande som möjligt (Swanson, 1993, s. 355).

*Att visa tillit* innebär att vårdaren förhåller sig positivt och upprätthåller tron, samt hjälper patienten få tillit till sin förmåga att ta sig igenom det svåra. Vårdaren upprätthåller en positiv attityd och erbjuder en realistisk optimism åt patienten (Swanson, 1991).

Med *att veta* menas att vårdaren strävar efter att förstå olika händelsers betydelse i andras liv. Vårdaren inser att händelser kan betyda olika saker för olika personer. För vårdaren små saker kan vara signifikanta och betydande för patienten, och detta måste vårdaren kunna förstå för att säkra en god omvårdnad. Det nås genom kommunikation och uppmuntran. Att kommunicera för att undvika missförstånd och antaganden samt att försöka finna ledtrådar för att öka förståelsen för patienten gynnar omvårdnaden (Swanson, 1991).

Att *vara med* syftar på att vårdaren eftersträvar en emotionell närvaro. Vårdaren är närvarande och lyhörd inför patienten, både inför det verbala och icke-verbala bemötandet. Vårdaren ska inte vara påträngande och dömande. Genom att använda sig av ett respektfullt språk, samt genom att visa känslor, förstärks bandet mellan patient och vårdare (Swanson, 1991; Kavanaugh et al., 2010).

Vid följande omvårdnadskategori ska vårdaren *göra för* patienten det som patienten själv skulle göra ifall hen hade klarat av det. Vårdaren tröstar, skyddar och respekterar patienten. Vårdaren sätter upp realistiska förväntningar för patienten och handlar på ett kompetent sätt (Swanson, 1991).

Vårdaren hjälper patienten att klara av olika skeden i livet och hantera för patienten obekanta händelser vid omvårdnadskategorin *att möjliggöra*. Vid livsavgörande beslut eller plötsliga sjukdomsanfall bör vårdaren informera och stötta patienten. Genom att fokusera på det skedda och tänka igenom vad som hänt och vad som kan hända, kan patienten förberedas för den nya situationen. Vårdaren kan ge kontinuerlig respons på patientens utveckling för att upprätthålla vägen till tillfrisknande eller acceptans (Swanson, 1991).

Kategorierna skapar tillsammans mening till handlingar som utgör omvårdnad. Omvårdnaden blir, utgående från dessa kategorier, meningsfull. En meningsfull omvårdnad reducerar risken för ett negativt utfall (Marriner-Tomey & Alligood, 2006). Teorin förklarar på ett nyanserat sätt vilka element som behövs för en god omvårdnad. Teorins brukbarhet är att den synliggör att vårdåtgärder inte existerar skilda för sig, utan att det behövs ett helhetstänk för att säkerställa patientens välbefinnande. Teorin lämpar sig väl i detta arbete, eftersom behovet av Swansons empatiska synsätt på vårdande är en nödvändighet, speciellt då den vård patienten behöver är lagstadgat begränsad eller illegal.



## **4 Syfte och frågeställning**

Syftet med arbetet är att undersöka vilka följder som uppkommer av en begränsad eller icke-existerande aborträtt.

Frågeställningarna lyder således: Vad leder en inskränkning av aborträtten till? Vilka konsekvenser får strikta abortlagar i praktiken?

## 5 Metod

Arbetets metod är en systematisk litteraturöversikt. Valet att utföra en systematisk litteraturöversikt motiveras genom dess lämplighet för arbetets omfattning. Bettany-Saltikov (2012) poängterar att en systematisk litteraturöversikt lämpar sig väl då materialet är omfattande. Metoden ger en övergripande bild av helheten som presenteras i det valda området.

### 5.1 Systematisk litteraturöversikt

En systematisk litteraturöversikt lämpar sig för att undersöka ifall det finns fog för att rekommendera vissa åtgärder eller behandlingar. Metoden förutsätter att det finns tillräckligt med forskning av acceptabel kvalitet att utgå från. Ifall ett sådant underlag finns kan en systematisk litteraturöversikt svara på ifall det finns ett vetenskapligt stöd för att handla på ett visst sätt. En systematisk litteraturöversikt är därför en effektiv metod för att i detta arbete undersöka hur följderna av en begränsad eller icke-existerande aborträtt ser ut, eftersom metoden strävar efter att motivera beslutsunderlag för vissa tillvägagångssätt. Metoden förutsätter transparens och saklighet vilket innebär att både för- och nackdelar som framkommer ska framhållas (Forsberg & Wengström, 2015).

En systematisk litteraturöversikt utgår från tydliga frågeställningar som ämnas besvaras utgående från aktuell forskning. Materialet ska insamlas från vetenskapliga artiklar genom systematiska sökningar med en klar sökstrategi, så att samtliga studier av relevans inkluderas. Arbetet ska utgå från tydliga inklusions -och exklusionskriterier, där det framkommer hur de valda studierna kom att ingå i arbetet, samt varför övriga har blivit uteslutna (Forsberg & Wengström, 2015). Opartiskhet är utmärkande för en systematisk litteraturöversikt samtidigt som det finns en medvetenhet om att forskning kan vara subjektivt färgad och resultat ensidiga. Studierna som inkluderas bör därför vara kvalitetsgranskade för att på ett objektivt sätt kunna inkluderas i arbetet (Bettany-Saltikov, 2012).

## 5.2 Urval och datainsamling

Den urvalsstrategi som väljs är betydande, eftersom olika urvalsmetoder inverkar olika på resultatet. Det är därför viktigt med en tydlig urvalsprocess. Det är syftet som avgör vilken urvalsstrategi som är mest ändamålsenlig för arbetet. Eftersom syftet med detta arbete är att undersöka vilka följder som uppkommer av en begränsad eller icke-existerande aborträtt, vilket kräver att strategin innefattar ett brett undersökningsmaterial, så fodras en urvalsmetod som innefattar så många infallsvinklar som möjligt. I detta arbete kommer ett strategiskt urval att användas, där datainsamlingen inkluderar samtliga länder med begränsade abortlagar. Således eftersträvas ett resultat som är generaliserbart. Ett strategiskt urval anses vara lämpligt då den som undersöker vill försäkra sig om en variation i det insamlade materialet. Metoden lämpar sig väl ifall urvalet delar nödvändiga kännetecken, vilket i detta fall är erfarenheter och konsekvenser av en begränsad eller icke-existerande aborträtt. Urvalsmetoden kombineras med ett snöbollsurval, vilket här innebär att inkluderade artiklars referenslista granskas, för att finna lämpliga studier som kunde inkluderas tills datamättnad nås (Forsberg & Wengström, 2015).

Urvalsprocessen skedde i sex steg, med stöd av Forsberg och Wengström (2015).

*I steg 1 valdes intresseområdet och sökord utformades utgående från frågeställningarna.* Sökorden skrevs på engelska för ett bredare utbud. Initialt gjordes sökningar med syftet att finna relevanta sökord. Genom att granska lämpliga artiklar och deras nyckelord identifierades sökord som kom att användas för den systematiska litteratursökningen.

*I steg 2 valdes lämpliga kriterier för sökningen.* Ett antal inklusions- och exklusionskriterier valdes. Ett inklusionskriterium valdes utifrån datumbegränsningar. Studierna ska vara vetenskapliga och befinna sig inom årsspannet 2015–2020, en datumbegränsning som valts med stöd av Forsberg och Wengström (2015). En systematisk litteraturöversikt ska basera sig på aktuell forskning, som helst har utförts inom de senaste fem åren. I detta arbete användes en marginal på sex år för att vidga antalet sökträffar något. I sökprocessen inkluderas vetenskapliga studier som följer forskningsprocessens vetenskapliga uppbyggnad, vilket enligt Forsberg och Wengström (2015) utgörs av titel, sammanfattning, bakgrund, syfte, metod, resultat, diskussion och referenser. Studier som varken svarar på detta arbetes syfte eller frågeställningar exkluderas. De valda inklusions- och exklusionskriterierna presenteras i sin helhet på följande sida (tabell 1).

INKLUSIONSKRITERIER	EXKLUSIONSKRITERIER
Publicerade mellan 2015–2020	
Skrivna på engelska	Skrivna på annat språk än engelska
Lättillgängliga i full text	Inte lättillgängliga i full text
Vetenskaplig uppbyggnad	Avviker från en vetenskaplig uppbyggnad
Besvarar syftet eller frågeställningarna	Besvarar varken syftet eller frågeställningarna
Forskning som berör begränsad eller icke-existerande aborträtt	Allmänt om abort, fri abort
Peer reviewed – referentgranskade av oberoende experter	Ej referentgranskade

**Tabell 1: Valda inklusions- och exklusionskriterier.**

*I steg 3 gjordes sökningen i lämpliga databaser. Sökningen gjordes i CINAHL och EBSCO Academic Search Elite i november 2020. Olika kombinationer av sökorden “restricted abortion”, “illegal abortion”, ”limited abortion rights”, “effects” och “consequences” användes tillsammans med operatorena ”AND” och ”OR”. Sökstrategin motiveras av Forsberg och Wengström (2015), som hävdar att sökbegrepp kan väljas utifrån logiska enskilda ord, synonymer till dem samt ordkombinationer som är förekommande i frågeställningarna. Försök gjordes även att finna lämpliga artiklar utanför databaser, exempelvis gjordes sökningar i tidningarna *American Journal of Nursing* och *Journal of Midwifery & Reproductive Health* varpå två studier kvalificerade sig för ytterligare granskning.*

*I steg 4 bör skribenten på egen hand söka efter ännu ej publicerat material för att identifiera pågående forskning i området. Olika sökfunktioner användes för att formulera sökfraser som ”ongoing research regarding effects due to restricted abortion laws” och ”ongoing studies about the effects of illegal abortions”. Jag följde med aktuella nyheter gällande abortfrågan, för att snappa upp pågående debatter som eventuellt kunde leda till ytterligare forskning. Speciellt förekommande i nyhetsinslag var den nya (januari 2021) och strängare abortlagen*

i Polen, samt att tillgången till abort i vissa delstater i USA skärptes ytterligare med hänvisning till covid-19-pandemin. Sökningar gjordes i söktjänsten Google kring de debatterna för att kontrollera förekomsten av pågående forskning kring händelserna. Inga pågående studier påträffades som inkluderades i detta arbete.

*I steg 5 valdes relevanta artiklar ut på basen av titel. Abstraktet granskades och ett första urval av litteratur kom att analyseras ytterligare. Totalt identifierades 342 artiklar. Av dessa exkluderades 14 som dubletter. 328 artiklars titel granskades, och av de titlarna som verkade relevanta för arbetet granskades även abstraktet. 306 artiklar bedömdes vara irrelevanta för arbetet vilket kvalificerade 22 artiklar för fulltextgranskning och ytterligare analys.*

*I steg 6 läses artiklarna i sin helhet. Av de 22 artiklar som kvalificerade till fulltextgranskning exkluderades 18 artiklar av dokumenterade orsaker, exempelvis svarade de inte på detta arbets frågeställningar eller så följde de inte en vetenskaplig uppbyggnad. Slutligen inkluderades 4 artiklar i arbetet på basen av databassökningar. De valda artiklarnas referenslista granskades varpå ytterligare 2 artiklar identifierades som relevanta och inkluderades. I databaserna där de inkluderade artiklarna påträffades undersöktes ifall några artiklar refererat till dem, genom att granska "times cited in this database". Inga relevanta artiklar hittades den vägen. De 2 artiklar som valts utgående från inkluderade artiklars källförteckning matades manuellt in i databaserna CINAHL och EBSCO Academic Search Elite i december 2020, för att granska "times cited in this database". Ingen nyare forskning hittades den vägen.*

Det totala antalet inkluderade artiklar blev slutligen 6. Ett komplett sökschema finns att tillgå i bilaga 2 där datainsamlingsprocessen framkommer enligt ett PRISMA flödesschema.

### **5.3 Tematisk innehållsanalys**

Av de 6 inkluderade artiklarna är 2 kvalitativa och 4 kvantitativa. Tillvägagångssättet för analys måste ta de olika studiernas upplägg i beaktande för att få en korrekt analys av resultatet. Resultaten för kvalitativa och kvantitativa studier kan presenteras var för sig för tydlighetens skull, men det är inget krav. En innehållsanalys kan tillämpas oberoende. En tematisk innehållsanalys kommer därför att användas vid analys av samtliga studier (Forsberg & Wengström, 2015). Valet av en tematisk innehållsanalys motiveras genom att

kvalitativa och kvantitativa studier bör analyseras likvärdigt då de sammanförs i ett arbete. Trots att en tematisk innehållsanalys är mest lämpad för analys av kvalitativt material används analysmetoden även, i något modifierad form, vid analys av de kvantitativa artiklarna. Valet görs med stöd av Krippendorff (2004), som inte gör någon större distinktion mellan analys av kvalitativa och kvantitativa studier, så länge analysen utgår från ett bestämt system för kodning. Krippendorff (2004) menar att tolkning och mätning följs åt i skapandet av teman, vilket möjliggör att en tematisk analysform även används vid analys av de kvantitativa studierna.

I analysen granskas studierna upprepade gånger för att få en bild av vilka koder som är återkommande, vilket leder till att teman utformas. Således skapas grunden för den tematiska analysen. Därefter tolkas och diskuteras artiklarna utifrån de teman som har utformats, vilket innebär att både likheter och olikheter studierna emellan framkommer (Bryman, 2018).

Innehållsanalysen sker i fem steg. I det första steget läses texten flera gånger för att få en överblick av materialet. I det andra steget avläses olika koder ur resultatet, exempelvis *ångest*, *smärta* och *frustration*. I de kvalitativa studierna utformades koderna utifrån respondenternas berättelser. Statistiken, och författarnas tolkning av statistiken berättat i ord, utformade koderna ur det kvantitativa materialet. Statistik kring abortkomplikationer ledde exempelvis till koder som *smärta* och *komplikation*, vilket även kunde urskiljas ur de kvalitativa studierna. I det tredje steget omvandlas koderna till kategorier som *långa väntetider* och *bristande kunskap*. I det fjärde steget undersöks kategorierna; kan de sammanfogas, är någon kategori överflödig och slutligen utformas teman. Resultatet tolkas utgående från de teman analysen medförde, och en diskussion utformas i det femte och sista steget för en innehållsanalys (Forsberg & Wengström, 2015).

## 5.4 Etiska överväganden

En systematisk litteraturöversikt innebär att resultatet utgår från andra forskares studier, vilket innebär att inga respondenter medverkar i detta arbete. Forskarna, vars studier detta arbete bygger på, har inte tillfrågats om lov. Därför har särskild noggrannhet iakttagits för korrekt hänvisning. Studierna som resultatet bygger på presenteras i referenslistan markerade med asterix (\*) för ökad synlighet. Alla källor presenteras inne i den löpande texten, samt i referenslistan. Forskningsetiska delegationen (TENK, 2012) poängterar att förfälskning och plagiering är oredligheter som inte hör hemma i forskningsvärlden. Plagiat

eller fabricering förekommer inte. Inte heller används studier som har blivit plagierade eller fabricerade. Detta försäkrar jag mig om genom att endast inkludera artiklar som har blivit peer reviewed, vilket innebär att de har referentgranskats av minst två av varandra oberoende experter innan publicering. Referentgranskarna kan endera rekommendera eller avråda från publicering utgående från studiens innehåll och kvalitet (Forsberg & Wengström, 2015).

För att undvika att resultatet blir subjektivt färgat av författares tolkningar av andra forskares resultat, har även en del studier som använts i de artiklar som valts till detta arbete ytligt granskats, för att försäkra att resultatet har tolkats korrekt vid de fall där oklarheter uppfattades. De studierna fanns att tillgå i de inkluderade artiklarnas referenslista. Sammanlagt 7 studier från 2 av de inkluderade artiklarnas referenslistor kollades upp ytterligare för att försäkra att de blivit korrekt tolkade. Min tolkning av samtliga studier som granskades ytterligare var överensstämmande med författarnas tolkning.

## 6 Resultat

Totalt 6 studier ansågs relevanta och lämpliga för inkludering. Av dem var 4 kvantitativa och 2 kvalitativa. De kvantitativa studierna redogjorde för statistiska resultat kring förekomster av abortkomplikationer samt sambandet mellan abortlagar, mödrasjuklighet och -dödlighet. De kvalitativa studierna undersökte erfarenheter bland abortsökande kvinnor som begränsats av restriktiva abortlagar, och upplevt svårigheter att få abortvård. En artikelöversikt finns att tillgå i bilaga 3.

De valda studierna befinner sig inom årsspannet 2015–2019. De har genomförts i Kenya, Botswana, USA, Storbritannien, Senegal och Australien. Abortlagarna i respektive land ser enligt Center for Reproductive Rights (2020) förenklat ut som följande; Kenyas abortlag tillåter abort ifall utbildad vårdpersonal anser det vara en akut behandling då moderns liv eller hälsa är i fara. Botswana tillåter abort vid våldtäkt, incest, fosterskador eller ifall graviditeten allvarligt skulle hota den mentala hälsan. I USA skiljer sig lagarna åt på delstatsnivå, men i teorin är abort tillåtet och tillgängligt på begäran av abortsökande. I praktiken är så inte fallet. Flera delstater, inklusive Texas som studien härstammar från, har begränsat tillgängligheten till abort genom restriktioner som drabbar både abortleverantörer och abortsökande. Storbritannien tillåter abort av sociala-, ekonomiska och hälsomässiga skäl och i Senegal är det totalförbjudet. Australiens abortlag är lik den i USA – i teorin laglig och tillgänglig på begäran, men i praktiken varierar lagen på delstatsnivå. Artikeln från Australien berör dock inte följderna av en begränsad abortlagstiftning uteslutande i Australien, utan studien undersöker sambandet mellan abortlagar och mödradödlighet i 162 länder.

Genom att tillämpa en tematisk innehållsanalys kunde 7 teman och 11 kategorier urskiljas från studierna. En överblick av resultatet kan ses på följande sida i tabell 2. Teman är skrivna med fet stil och kategorierna är kursiverade.



TEMAN	KATEGORIER
<b>Ekonomiska och logistiska svårigheter att få abortvård</b>	<i>Långa, dyra och multipla vårdbesök</i>
	<i>Abortvården finns på annan ort</i>
	<i>Svårt att finna instans som utför abortrelaterad vård</i>
<b>Önskad abortmetod nekas</b>	<i>Kräver att abortsökande är pålästa</i>
	<i>Evidensbaserad abortvård förvägras</i>
<b>Psykiskt mående från abortbeslut till genomförd abort</b>	<i>Svårighet att upprätthålla sekretess</i>
	<i>Negativa vårdkontakter</i>
	<i>Långa väntetider</i>
<b>Felrapportering inom vården och från abortsökande</b>	
<b>Abortkomplikationer</b>	<i>Vård beroende av socioekonomisk status</i>
	<i>Abortkomplikationer beroende av abortlagar</i>
	<i>Bristande kunskap</i>
<b>Ouppfyllt behov av preventivmedel</b>	
<b>Hälsosökande beteende</b>	

Tabell 2: Resultatet presenteras i form av teman och kategorier.

### Ekonomiska och logistiska svårigheter att få abortvård

Fem studier, två kvalitativa och tre kvantitativa, lyfter ekonomiska och logistiska svårigheter gällande abortrelaterad vård före, under och efter aborten. De kvalitativa studierna berör abortsökandes egna erfarenheter av hela abortupplevelsen och de kvantitativa studierna fokuserar på svårigheter vid abortkomplikationer (Braum et al., 2016; Heller et al., 2016; Ziraba et al., 2015; Sedgh et al., 2015; Melese et al., 2017).

### *Långa, dyra och multipla vårdbesök*

Abortsökande kvinnor vittnar om att abortvården kräver flera vårdbesök, som dessutom drar ut på tiden. Abortsökande är tvungna att utebli från sitt arbete vid två eller fler tillfällen, och abortkliniker i Texas kräver att en stödperson medverkar vid besöken. En kvinna berättar att kostnaderna dubblerades eftersom hennes man var tvungen att närvara vid två tillfällen, vilket resulterade i uteblivna löner samt en ökning i logistiska utgifter. Utöver det tar även abortkliniken en avgift. En annan kvinna vittnar om ytterligare kostnader då vårdbesöket dragit ut på tiden, vilket resulterade i att hon missade bussen hem (Braum et al., 2016). Fynd från Kenya tyder på att en del kvinnor som söker abortrelaterad vård är tvungna att stanna kvar på vårdplatsen längre än nödvändigt, vilket leder till ökade kostnader (Ziraba et al., 2015). Heller et al. (2016) lyfter att abortvården bland skotska kvinnor kan kräva upp till tre besök, vilket innebär ett större lönebortfall hos abortsökanden och eventuell stödperson.

Forskning från Kenya visar att kvinnor som genomgått abort och upplever komplikationer drar sig från att söka vård av ekonomiska skäl, ett fenomen som även stöds av resultat från Senegal (Ziraba et al., 2015; Sedgh et al., 2015). Fattiga kvinnor drabbades av abortkomplikationer i 69% av fallen medan motsvarande siffra för rika kvinnor var 35%. Studien visar samtidigt att det var mindre sannolikt att fattiga kvinnor fick vård för abortkomplikationer, trots att de drabbades mer frekvent. Fattiga kvinnor fick vård i 53% av fallen medan 89% av rika erhöll behandling för abortkomplikationer (Sedgh et al., 2015).

### *Abortvården finns på annan ort*

Abortsökande kan vara tvungna att resa långa sträckor med flera transportmedel för att nå en instans som erbjuder abortvård (Baum et al., 2016; Heller et al., 2016; Sedgh et al., 2015). Flera kvinnor i studien av Heller et al. (2016) var tvungna att använda sig av bil, taxi, färja eller flyg för att ta sig till abortvården. Inte sällan användes en kombination av åtminstone två olika transportmedel. Längre resor till abortvård krävde även bortfall från jobb och hjälp med dagvård. Liknande resultat framförs av Baum et al. (2016), där kvinnor varit tvungna att resa hundratals kilometer för abortvård. En kvinna uppgav att hon var tvungen att säga upp sig från sitt arbete eftersom hon stötte på svårigheter att få ledigt för de vårdbesök som krävdes för att genomföra aborten. För att undvika extra kostnader, som att övernatta på hotell, valde några kvinnor att köra sträckan ensam eller tillsammans med en stödperson. En kvinna vittnar om logistiska och ekonomiska svårigheter då hennes bil gick sönder under

resans gång, och hon var tvungen att använda sig av taxi samt två bussar för att komma till abortkliniken. Studien gjord av Heller et al. (2016) visar att abortupplevelsen försvårades avsevärt hos kvinnor som var tvungna att resa lång väg för att få vård. Val av transportmedel, sömnbrist efter övernattnings på hotell eller sjukhus och påtagliga smärtor efter ingreppet försvårade hemfärden för kvinnorna. En kvinna med en resväg på 208 miles (~334 kilometer) från kliniken vittnar om upplevelsen av att ta sig hem på egen hand efter en medicinsk abort:

So I had to drive on my own in quite a fair amount of pain [...] I actually – well 'miscarried' is not quite the right word – but, you know, everything kind of came away on its own at that point. But I still had like an extra hour to drive whilst being in that situation. So that was quite nasty and not something I'd really want to happen to anybody else. (Heller et al., 2016, s. 1687).

En kvinna med en resväg på 300 miles (~480 kilometer) vittnar om att tanken på resans längd fick henne att överväga att inte göra abort, trots att hon redan bestämt sig:

The only time I thought about not doing it was in the beginning because, like I said, driving to San Antonio was -like wow, I have to drive six hours to do the procedure. I thought it was a little bit out of my league, like don't do it, that's too far. (Baum et al., 2016, s. 7).

Geografiska svårigheter förekom också efter själva aborten. Fynd från Senegal visar att kvinnor på landsbygden med lång väg till vård drabbades av abortkomplikationer i 73% av fallen medan motsvarande andel för kvinnor med kort väg till vård var 48% (Sedgh et al., 2015).

#### *Svårt att finna instans som utför abortrelaterad vård*

I studien från Texas hittade kvinnorna instanser som erbjöd abortrelaterad vård från bekanta, via internet eller från hälsocentralen. Majoriteten av kvinnor var tvungna att kontakta flera kliniker, eftersom många hade stängt eller slutat erbjuda abortvård. Flera kvinnor uppgav att påfrestningen att söka, hitta och ta sig till en klinik var så stor att de övervägde att inte genomföra aborten. En kvinna som sökt vård för abort valde att fortsätta graviditeten på grund av svårigheter att ta sig till och från kliniken, samt att hon var tvungen att vänta åtminstone tre veckor på en ledig tid (Baum et al., 2016). Skotska kvinnor upplevde också frustration och stress över att abort inte erhöles från vårdinstanser på närmare håll. De uttryckte en oförståelse för varför just abortvården krävde längre resväg än annan vård

(Heller et al., 2016). Studierna från Senegal, Kenya och Botswana visar att fastän abortvård finns att tillgå, åtminstone post-abortrelaterad sådan, så drar sig kvinnor från att använda den. Dels, som nämnts ovan, av ekonomiska och logistiska skäl men även på grund av en befogad rädsla av att drabbas av rättsliga följder som böter eller fängelse (Sedgh et al., 2015; Ziraba et al., 2015; Melese et al., 2017).

### **Önskad abortmetod nekas**

Samtliga studier belyser att den abortmetod patienten önskat har blivit nekad, eller att vårdpersonal försökt neka önskad metod. Trots att evidens talar för en viss typ av vård förekommer det att patienter erbjuds eller tvingas till andra ingripanden. Detta kan härledas till lokala abortlagar eller en bristande kunskap hos vårdpersonal (Braum et al., 2016; Heller et al., 2016; Ziraba et al., 2015; Sedgh et al., 2015; Melese et al., 2017; Litt et al., 2019).

### *Kräver att abortsökande är pålästa*

Av 20 abortsökande kvinnor erhöll 15 kirurgisk abort i studien av Baum et al. (2016). Av de 15 kvinnorna hade 11 starkt föredragit medicinsk abort, men de blev av olika orsaker nekade önskad abortmetod. I de flesta fall var graviditeten för långt gången enligt den lokala lagstiftningen. Medicinsk abort erbjuds endast fram till graviditetsvecka 6+6 i Texas, vilket först och främst kräver att abortsökande är medvetna om att den gränsen existerar. Abortsökande måste även själva känna till eller ta reda på vilken klinik som erbjuder metoden. En kvinna vittnar om ett motstånd från vården angående önskad abortmetod, och att hon själv var tvungen att ta reda på vilka lagar som gällde:

During my first visit when I was discussing the procedures, [the counselor] told me that I couldn't take the pill. And I really did not want to do the vacuum [procedure] unless it absolutely came down to that. And so she left and she came back and that was when I remembered reading that you can do it before seven weeks. (Baum et al., 2016, s. 8).

En annan kvinna berättar att hon fick reda på graviditeten i vecka 6 och var tvungen att kontakta tre abortkliniker innan hon fick en tid till önskad abortmetod, eftersom hon var medveten om att medicinsk abort endast kunde erbjudas före graviditetsvecka 7. Andra

kvinnor berättar om att önskad abortmetod inte gick att fås på abortkliniken som låg närmast och att de var oförmögna eller ovilliga att resa till en klinik längre bort. Det resulterade i kirurgisk abort, trots en önskan om ett medicinskt tillvägagångssätt (Baum et al., 2016). Även abortsökande i studien av Heller et al. (2016) var medvetna om att det fanns en gräns i antalet graviditetsveckor som avgjorde ifall önskad abortmetod gick att fås, vilket skapade stor ångest och press på att själva ta reda på vilka lagar som gällde.

### *Evidensbaserad abortvård förvägras*

Samtliga studier berör kategorin om att evidensbaserad abortvård nekas. Eftersom abort i praktiken inte är fritt tillgängligt i någondera av de länder där studierna har utförts, är den abortrelaterade vården begränsad (Baum et al., 2016; Heller et al., 2016; Ziraba et al., 2015; Melese et al., 2017; Sedgh et al., 2015; Litt et al., 2019). En del skotska kvinnor upplevde en påtaglig fördröjning för att få abort, samt onödiga förfaringssätt av vården. Exempelvis uppmanades kvinnor att ta nytt graviditetstest efter en vecka för att dubbelkolla att det faktiskt var positivt, istället för att genast få remiss till abortvården. Andra erhöll ingen remiss alls och tvingades på egen hand finna lämplig vård. Valet av abortmetod användes heller inte enligt rådande evidens. Användningen av medicinsk abort är i underkant, eftersom det enligt lag kräver att två läkare certifierar att kvinnan är berättigad till den. Bland kvinnor som bor på landsbygden är det svårt att hitta två läkare som intygar berättigandet till abort. Av den orsaken tvingades en kvinna resa 244 miles (~ 392 kilometer) för att genomföra medicinsk abort. Även kvinnorna i Texas var tvungna att inta Misoprostol på en abortklinik. I Texas är medicinsk abort endast tillåtet innan graviditetsvecka 7, vilket ledde till att en del kvinnor tvingades genomgå kirurgisk abort istället, trots evidens om att medicinsk abort vore mer lämpligt och med lägre komplikationsrisk (Baum et al., 2016).

Studien från Botswana poängterar att många som erbjuder abortrelaterad vård inte besitter kunskap om evidensbaserad vård, vilket i praktiken innebär att vården som erbjuds är osäker. Exempelvis behandlades 2,9% av de kvinnor som sökt vård för abortrelaterade komplikationer med vakuumsugning, jämfört med 83,4% som erhöll skrapning med kyrett. Vidgning av livmoderhalsen och skrapning med kyrett är både osäkrare och mer smärtsamt än vakuumsugning (Melese, 2017). Studierna från Kenya, Senegal och Australien tyder på liknande samband där abortrelaterad vård förvägras med hänvisning till bristande kunskap eller restriktiva abortlagar (Ziraba et al., 2015; Sedgh et al., 2015; Litt et al., 2019).

## **Psykiskt mående från abortbeslut till genomförd abort**

Fyra studier, två kvalitativa och två kvantitativa, poängterade att abortsökandes psykiska mående hade påverkats av abortbeslutet innan, under och efter proceduren (Heller et al., 2016; Baum et al., 2016; Sedgh et al., 2015; Ziraba et al., 2015). Det är dock skäl att anta att abortsökande i samtliga studier drabbats av psykisk påfrestning i viss mån, eftersom majoriteten drabbats av komplikationer och svårigheter gällande den abortrelaterade vården. Nedan presenteras en rad faktorer av vilka det psykiska måendet uttryckligen berörts negativt.

### *Svårighet att upprätthålla sekretess*

Två studier tog upp svårigheter med att hålla abortbeslutet hemligt. Många kvinnor kände att de tvingades delge sitt abortbeslut till andra, trots en önskan om att hålla det för sig själva. Långa och multipla resor till abortkliniken tvingade kvinnor att berätta om sitt abortbeslut för arbetsgivare, ex-partners, föräldrar och syskon, speciellt ifall kvinnorna hade barn från tidigare som var i behov av barnvakt. Att berätta om sitt abortbeslut, trots en önskan om att hålla det hemligt, ledde till ökad stress. Dels eftersom det fanns en oro över andras reaktioner, och dels på grund av att det kändes som en privat angelägenhet (Heller et al., 2016; Baum et al., 2016).

Heller et al. (2016) poängterar att sekretessen var svår att upprätthålla i takt med att graviditeten pågick, vilket förvärrades av att kvinnorna var tvungna att vänta på att utföra abort mellan 10 dagar och 3 veckor. Kvinnor vittnade om en påtaglig oro för att graviditeten skulle synas utåt i takt med att kroppen förändrades, och att symtom som graviditetsillamående skulle bli märkbara för andra.

### *Negativa vårdkontakter*

Många kvinnor upplevde att vårdpersonal hade bemött dem negativt då de sökt abortrelaterad vård (Heller et al., 2016; Baum et al., 2016; Sedgh et al., 2015; Ziraba et al., 2015). Kvinnor i Texas upplevde att vården inte försedde dem med tillräcklig information, ibland även felaktig sådan. Exempelvis skulle en kvinna ha tvingats till kirurgisk abort ifall hon inte själv hade haft vetskap om att hon enligt lag hade rätt att utföra aborten medicinskt

(Baum et al., 2016). Skotska kvinnor upplevde sig inte sällan negligerade av vårdpersonal. En av fyra allmänläkare i England anser sig vara mot abort, vilket försvårade tillgången till vård. Abortmotståndet kunde exempelvis komma till uttryck som oskrivna remisser, uppmaningar om att återkomma senare med nytt graviditetstest samt direkta tillsägelser om att gå hem och fundera på saken. Abortsökande kände att vårdpersonal agerade på ett dömande sätt. En kvinna berättade att hon hade upplevt kraftiga blödningar efter sin abort, men valt att inte söka vård eftersom ”they [vårdpersonalen] had put me off the first appointment.” (Heller et al., 2016, s. 1688).

Fynd från Senegal visar att kvinnor väljer att inte söka vård för abortkomplikationer utifrån en rädsla att anmälas. Vårdpersonal är inte enligt lag skyldiga att rapportera misstankar om utförda aborter till rättsväsendet, men faktum är att kvinnor som har sökt vård för abortkomplikationer har angivits, och mot sin vilja blivit kvarhållna tills polis anlant (Sedgh et al., 2015). Kenyanska kvinnor drar sig också från att söka abortrelaterad vård av liknande skäl. Ifall kvinnan söker vård för abortkomplikationer kan vårdpersonalens negativa attityder dessutom avspegla sig i valet av vård, samt hur och när den ges, vilket kan leda till att de komplikationer kvinnan sökt vård för kan försämrats (Ziraba et al., 2015).

### *Långa väntetider*

Kvinnor upplevde en fördröjning i den abortrelaterade vården. Abortsökande i studien av Heller et al. (2016) uppmanades, trots positivt graviditetstest, åka hem och vänta en vecka på att ta ett nytt test. En kvinna blev uttryckligen tillsagd att tänka över sitt beslut en vecka innan remiss skulle skrivas för aborten. Trots att hon faktiskt väntade den sagda tiden skrevs ingen remiss. Uteblivna remisser var något också andra kvinnor fick erfara. I snitt var abortsökande tvungna att vänta mellan 10 dagar och 3 veckor på en första bedömning efter att de uttryckt sitt ärende. Många vittnade om att väntetiden var den största bidragande orsaken till oro och ångest. Dels fanns en rädsla att de skulle passera den graviditetslängd i vilken önskad abortmetod var möjlig, och dels var de rädda att graviditeten skulle komma att synas utåt i takt med att kroppen förändrades. Många uttryckte en oro över att de skulle börja anknyta till fostret, trots att de bestämt sig för att avbryta graviditeten. Väntetiden beskrevs i ord som ”incredibly stressful”, ”horrendous”, ”traumatic” och ”cruel”, och en kvinna uttryckte att väntetiden fick henne att drabbas av panik (Heller et al., 2016, s. 1687). En kvinna i studien gjord av Baum et al. (2016) beslutade att fortsätta sin graviditet, trots tidigare fattat abortbeslut, till följd av den långa väntetiden på 3 veckor. Hon valde att inte

återvända till kliniken för den inplanerade aborten, eftersom hon uttryckte en oro över hur långt gången i graviditeten hon då skulle ha varit.

Kenyanska kvinnor med relativt lättbehandlade abortkomplikationer, exempelvis en blödning, kan hamna att vänta längre på vård till följd av vårdpersonalens ovilja att hjälpa patienter som utfört abort. Komplikationerna kan då snabbt förvärras och bli rentav livshotande (Ziraba et al., 2015).

### **Felrapportering inom vården och från abortsökande**

Tre kvantitativa studier visar att det händer att abort rapporteras som något annat, främst som missfall, både från den som självinducerat aborten och från vårdpersonal (Sedgh et al., 2015; Melese et al., 2017; Latt et al., 2019). Resultat från Botswana visade att 95,5% av de 619 kvinnor som sökt abortrelaterad vård sökte hjälp för missfall. Endast 3,9% hävdade att det var fråga om komplikationer efter abort. Komplikationer som anemi (31,2%), septisk chock (3,9%), bäckenperitonit (2,4%), livmoderperforation (0,6%) och dödsfall (1,5%) rapporterades. Det förekom även fynd som främmande föremål i vaginan (1,8%) och sår på livmoderhalsen (1,1%), vilket talade för abortförsök. Många av komplikationernas svårighetsgrader överensstämde inte med symtom på missfall. Det indikerar att sannolikheten är hög att patienter felrapporterar inducerade aborter som missfall. Över en tredjedel av kvinnorna sökte vård efter tre dagar av vaginal blödning, ett agerande som är ovanligt bland kvinnor med en önskan om att fortsätta graviditeten. Troligtvis görs denna felrapportering till följd av en rädsla för rättsliga konsekvenser. Missfall anses även bland många vara mer socialt eftersträvänsvärt, framom abort. Därför förekommer det även att vårdpersonal dokumenterar vårdbesöket som något annat än vad det egentligen varit frågan om (Melese et al., 2019).



## Abortkomplikationer

Samtliga studier berörde abortkomplikationer på olika sätt. De kvantitativa studierna listade fysiska abortkomplikationer som anemi, sepsis, infektion, blödning, njursvikt, stelkramp och organsvikt. Även flertal dödsfall rapporterades. Abortkomplikationer berodde på en rad faktorer, och allvarlighetsgraden varierade beroende av socioekonomiska och geografiska förutsättningar, rådande abortlagar samt bristande kunskap hos vårdpersonal och kvinnor som genomfört abort (Braum et al., 2016; Heller et al., 2016; Ziraba et al., 2015; Sedgh et al., 2015; Melese et al., 2017; Litt et al., 2019).

### *Vård beroende av socioekonomisk status*

Sedgh et al. (2016) hävdar att fattiga kvinnor i Senegal är två gånger mer troliga att drabbas av abortrelaterade komplikationer än rika. Det är samtidigt hälften så troligt att fattiga kvinnor behandlas för komplikationerna. Eftersom fattiga oftare drabbas av komplikationer som kräver vård, är risken större att de "blir påkomna" och utsätts för rättsliga konsekvenser, ifall aborträtten är begränsad eller icke-existerande. Fattiga kvinnor använder sig även av farligare abortmetoder, exempelvis är intaget av frätande ämnen och örtblandningar vanligare hos fattiga kvinnor än rika. Kvinnans socioekonomiska status påverkar därför kvinnans hälsa före, under och efter abort(försök). Ifall diverse osäkra abortmetoder inte fungerar finns det även rapporter om kvinnor som utfört barnamord efter förlossningen, vilket av kvinnan ses som en sista desperat utväg. Abortsökande kvinnor i Texas belyser också betydelsen av socioekonomisk status då det kommer till medicinsk abort: "I feel like they're trying to make the woman not get it 'cause the price is so high and they know they won't be able to afford it." (Baum et al., 2016, s. 10).

### *Abortkomplikationer beroende av abortlagar*

Ur samtliga studier kan det läsas att många abortkomplikationerna sker till följd av restriktiva abortlagar (Braum et al., 2016; Heller et al., 2016; Ziraba et al., 2015; Sedgh et al., 2015; Melese et al., 2017; Litt et al., 2019). Osäkra aborter är en ledande orsak till mödradödlighet världen över, en dyster statistik där länder med restriktiv aborträtt är överrepresenterade. Abortrelaterade komplikationer ökar med begränsade abortlagar, vilket innebär att mödradödligheten minskar då abortlagar liberaliseras (Melese et al., 2017; Latt

et al., 2019). Då abortlagar lättar från ett totalförbud, till att abort är lagligt för att bevara kvinnans mentala hälsa *eller* ifall graviditeten uppkommit av våldtäkt eller incest *eller* vid fosterskador *eller* vid ekonomiska eller sociala skäl minskar mödradödligheten med 85–144 fall per 100.000 förlossningar. Det kan förklaras med att kvinnor söker sig till säkra abortmetoder ifall de är lagliga (Latt et al., 2019).

Melese et al. (2017) visar att 95,5% av de som sökte vård för abortkomplikationer i Botswana hävdade att det var fråga om komplikationer efter missfall. Många av dem rapporterade dock om återkommande missfall i andra trimestern, vilket indikerar att det troligtvis rör sig om komplikationer efter abort. I Studien av Sedgh et al. (2016) drabbades 55% av 51 500 kvinnor som utfört abort av komplikationer. Eftersom abort är totalförbjudet i Senegal var i princip samtliga av dem osäkra. Av de som drabbades av komplikationer fick 58% hjälp av vården, vilket innebär att en stor andel kvinnor förblev obehandlade. En rädsla för rättsliga konsekvenser, att vården är för långt borta, en okunskap om när en ska söka vård eller dömande vårdpersonal kan ligga som förklaring till den höga andelen obehandlade abortkomplikationer. I Texas går begränsningen av medicinsk abort mot rådande evidens, vilket ökar risken för abortkomplikationer (Baum et al., 2016).

### *Bristande kunskap*

Sedgh et al. (2016) menar att 55% av alla aborter som skedde i Senegal år 2012 ledde till komplikationer. Den höga komplikationsgraden tyder på att aborterna skedde under osäkra förhållanden, med riskabla metoder. Avsaknaden av material, resursbrist och bristande kunskap om hur säkra aborter utförs kan förklara varför 71% av abortsökande drabbades av komplikationer då en utbildad leverantör ansvarade för proceduren. Då kvinnorna försökte utföra abort på egen hand drabbades 79% av komplikationer. I tabell 3 på följande sida presenteras varifrån kvinnorna i Senegal erhöll aborter, samt hur stor andel av aborterna som medförde komplikationer.

Provider type	% of all abortions provided	% of abortions resulting in complications
Untrained provider/ traditional practitioner	38	71
Woman herself	21	79
Nurse/midwife	20	35
Doctor	17	22
Pharmacy	4	52
Total	100	na

*Note:* na=not applicable.

**Tabell 3: Beräknad procentuell fördelning av aborter och uppskattad andel av aborter som resulterade i komplikationer, efter typ av leverantör. Health Professionals Survey, Senegal 2012 (Sedgh et al., 2016, s. 15).**

I studien av Melese et al. (2017) behandlades inte abortkomplikationer enligt rådande evidens. Exempelvis vid livmodertömning användes vidgning av livmoderhalsen och skrapning med kyrett bland 83,4% av de 619 som sökt abortrelaterad vård. Vakuumsugning användes endast hos 2,9%, trots att vakuumsugning är att föredra evidensmässigt. Vakuumsugning borde även användas som behandlingsmetod vid abortkomplikationer ifall livmodertömning inte startat inom 6 timmar efter påbörjad abort. Ifall väntetiden på livmodertömning var över 6 timmar efter att kvinnan anlänt till sjukhus, vilket var fallet hos 67% av kvinnorna, ökade risken för allvarliga komplikationer. Att väntetiden överskrev 6 timmar kan bero på en rad faktorer, men det är sannolikt att bristande kunskap om abortrelaterad vård bland vårdpersonal är en av dem. Ziraba et al. (2015) belyser också felaktig behandling vid abortkomplikationer. Av de komplikationer som krävde livmodertömning användes vakuumsugning hos 65% och behandlingsmetoden som sådan var hög även i de fall aborten skett sent i graviditeten, vilket går emot rådande evidens. Endast 8% av livmodertömningarna gjordes med hjälp av Misoprostol, en metod som hade varit att föredra. Bristande kunskap om abortrelaterad vård synliggjordes även i studierna av Sedgh et al. (2016) och Heller et al. (2016).

Ziraba et al. (2015) poängterar ytterligare att bristande kunskap bland vårdpersonal inte är den enda orsaken till fördröjd vård. Det är inte ovanligt att många kvinnor som utfört abort är omedvetna om vilka komplikationer som kan uppkomma, och söker därför inte genast vård. Det leder till att komplikationernas svårighetsgrad kan försämrats.

## **Ouppfyllt behov av preventivmedel**

Två kvantitativa studier belyser att en restriktiv eller icke-existerande aborträtt ofta medför ett ouppfyllt behov av preventivmedel (Sedgh et al., 2016; Melese et al., 2017). Av gifta kvinnor i Senegal använde endast 20% ett preventivmedel. I snitt vill kvinnor i Senegal ha 3,2 barn, men de har 5,0. Det kan tolkas som att kvinnor får fler barn än de ursprungligen önskat, till följd av bristande tillgång till preventivmedel. Det tyder också på att många oplanerade graviditeter fullbordas. Av alla kvinnor, oberoende av civilstånd, använder 16% preventivmedel i Senegal, samtidigt som abort är förbjudet (Sedgh et al., 2016). I Botswana erbjöds endast 4,8% av 619 kvinnor någon typ av preventivmetod, efter att de hade behandlats för abortrelaterade komplikationer. Samtal och rådgivning efter aborten eller missfallet hölls med 19,5% (Melese et al., 2017).

## **Hälsosökande beteende**

En kvalitativ och tre kvantitativa studier tar fasta på abortsökandes hälsosökande beteende (Heller et al., 2016; Sedgh et al., 2016; Ziraba et al., 2015; Latt et al., 2019). Heller et al. (2016) poängterar att många skotska kvinnor upplevde ett dömande bemötande av vårdpersonal då de sökte abortrelaterad vård. En kvinna valde att inte kontakta vården då hon drabbades av abortkomplikationer eftersom hon vid initialbesöket blivit negativt bemött. Tre kvinnor uppgav att de fruktade ett eventuellt återbesök till följd av hur de tidigare blivit bemötta i samband med den abortrelaterade vården, vilket troligen påverkar det hälsosökande beteendet i framtiden. Sedgh et al. (2016), som undersökte abortkomplikationer i Senegal, betonar att många kvinnor drog sig från att söka abortrelaterad vård av rädsla för att drabbas av rättsliga konsekvenser. Det är även mer sannolikt att fattiga kvinnor drabbas av abortkomplikationer, men mindre troligt att de får vård. Ziraba et al. (2015) håller med ovanstående. Många kenyanska kvinnor kunde vänta i flera dagar på att söka vård av rädsla för rättsliga och sociala följder. Latt et al. (2019) instämmer, och menar att sambandet mellan strikta abortlagar och mödradödlighet till viss del kan förklaras av att restriktiva abortlagar påverkar kvinnors hälsosökande beteende negativt. Det hälsosökande beteendet vid strikt eller icke-existerande aborträtt präglas av en rädsla för rättsliga konsekvenser, vilket innebär att en behövd vård inte söks.

## 7 Diskussion

Diskussionsdelen indelas i en metoddiskussion och en resultatdiskussion. Studien kommer att kommenteras med fokus på den valda metodens inverkan på resultatet, samt det erhållna resultatets relevans i diskursen kring aborträtt. Resultatet kommer att kopplas an till redan befintlig teori kring ämnet. Förbättringsförslag och brister med arbetet kommer att synliggöras.

### 7.1 Metoddiskussion

Metoden som användes var en systematisk litteraturöversikt. Valet av metod är förknippat med en del begränsningar som bör lyftas. Det finns relativt många regler kring hur en systematisk litteraturöversikt ska utföras, vilket i detta arbete kan ha varit både en fördel och nackdel. Tydliga riktlinjer kan ha verkat positivt på arbetets gång och kvalitet, medan friare tyglar kunde ha breddat resultatet. Exempelvis kunde den något nyare och oreglerade metoden ”scoping review” ha använts, eftersom den inkluderar ett bredare urval. Kännetecknande för ”scoping review” är att även grå litteratur kan användas, vilket gällande abort nästintill finns i överflöd. Nyttan med ”scoping review” skulle alltså ha varit ett bredare sampel, men kvalitetsgranskning är däremot inget krav (Forsberg & Wengström, 2015). Av den orsaken bedömdes en systematisk litteraturöversikt vara den mest lämpade formen för arbetet, eftersom kvaliteten måste säkerställas för att nå fram till ett tillförlitligt och generaliserbart resultat.

Att göra en systematisk litteraturöversikt innebär att materialet tolkas flera gånger av olika personer. I de kvalitativa studierna har tolkningen gjorts åtminstone tre gånger – först av den intervjuade som sätter ord på sina egna upplevelser i retroperspektiv, sedan av intervjuaren och därefter igen i detta arbete. Det är även möjligt att ytterligare parter har tolkat materialet innan publicering, eftersom flera forskare samarbetade i arbetet med studierna. Att resultatet tolkas fler gånger kan leda till misstolkningar. Referat av de kvalitativa studiernas resultat har därför belysts med direkta citat av de intervjuade, för att försöka undvika feltolkning. Vid de kvantitativa studierna har också fler tolkningar gjorts, men risken för feltolkning anses där vara mindre, eftersom resultatet presenteras i form av statistik.

Arbetets resultat baserar sig på både kvalitativa och kvantitativa studier. Fastän litteraturen poängterade att en tematisk innehållsanalys trots det är möjlig, kunde arbetet med fördel ha valt att fokusera på antingen kvalitativa eller kvantitativa studier för tydlighetens skull. Sökningen visade sig bli bred, och sökprocessen skulle ha kunnat gynnas av fler exklusionskriterier. Exempelvis kunde fokus ha satts på att undersöka följderna av en begränsad eller icke-existerande aborträtt endast i Europa, eftersom undersökningen på ett globalt plan blev väldigt omfattande. Att samplet härstammar från hela världen istället för ett avgränsat område kan också ha en negativ inverkan på generaliserbarheten.

## 7.2 Resultatdiskussion

Arbetet syftade till att undersöka följderna av en begränsad eller icke-existerande aborträtt. På basen av de undersökta studierna framkommer att en begränsad eller icke-existerande aborträtt medför ekonomiska och logistiska svårigheter, försämrat psykiskt och fysiskt mående, ökade abortkomplikationer, förhöjd mödradödlighet samt ett försämrat hälsosökande beteende. Parallellt med en restriktiv eller icke-existerande aborträtt finns samtidigt ett ouppfyllt behov av preventivmedel. I kontrast till det visar forskning att abortantalet går ner med satsningar på sexualrådgivning och lättillgängliga preventivmedel (Odlind, 2018; Gyllenberg, 2020).

Inom den abortrelaterade vården förekommer det felrapporteringar där abort klassas som missfall. Detta görs dels av en rädsla för rättsliga konsekvenser, och dels eftersom missfall är mer socialt önskvärt än abort. Att vårdpersonal väljer att rapportera aborter som missfall kan, ur Swansons omvårdnadsteori, ses som ett uttryck för god omvårdnad. Enligt teorin möjliggörs god vård ur ett empatiskt synsätt där vårdaren försöker sätta sig in i patientens situation, vilket vårdpersonalen då gör genom att med felrapportering skydda kvinnans integritet (Swanson, 1991). Element ur Swansons omvårdnadsteori synliggörs även i Bangladesh, där det är möjligt att via vården få hjälp med ”menstruationsreglering”, vilket kan utföras 6–10 veckor efter utebliven menstruation. Inget graviditetstest tas innan och metoden som används är vakuumsugning. I praktiken är det alltså fråga om en tidig abort, men eftersom inget graviditetstest görs innan ingreppet är det rent juridiskt inte fråga om en abort. Nödvändig vård ges alltså på patientens villkor, trots att lagstiftningen talar emot den egentliga vården (Chowdhury & Moni, 2004). De studier som ligger till grund för detta arbete visar dock att Swansons omvårdnadsteori sällan har tillämpats. Vårdares negativa

attityder leder till att bristfällig eller felaktig information ges till patienten, eftersom vårdpersonalen agerar dömande. En del kvinnor väljer att inte söka postabortvård till följd av hur de tidigare har blivit bemötta från vårdens sida. Negativa attityder hos vårdpersonalen kan leda till att relativt lindriga abortkomplikationer eskalerar. Där aborträtten är starkt reglerad eller icke-existerande undviker kvinnor att söka vård av rädsla för rättsliga konsekvenser. Vårdpersonal är dock inte tvungna att rapportera vidare vid misstanke om abort, men det är en reell risk abortsökande måste ta ställning till. Det leder till att kvinnor inte söker hjälp i tid, eller överhuvudtaget, vilket även synliggörs i statistik kring mödradödlighet. Genom att tillämpa Swansons omvårdnadsteori kunde vårdpersonal försöka sätta sig in i den abortsökandes situation. Genom en öppen och icke-dömande diskussion kunde vårdaren försöka förstå grunden till abortbeslutet. Således kunde vårdaren ge den vård kvinnan behöver, istället för den bristfälliga vård som vårdaren anser att kvinnan förtjänar.

Den abortrelaterade vård som erbjuds är beroende av kvinnans geografiska läge och socioekonomiska status, samtidigt som det krävs att den abortsökande själv är påläst om vilka lagar och metoder som gäller. Önskad abortmetod kan, trots att evidens talar för metoden, nekas. Det kan bero på bristande kunskap, negativa attityder hos vårdpersonal eller destruktiva abortlagar. Studier visar att evidensbaserade abortmetoder regleras via lagar, utan grund. I samtliga undersökta studier är Misoprostol inte lagligt att intas i hemmet, något rådande evidens talar emot. Forskning visar att medicinsk hemabort med Misoprostol är säkert och effektivt. Hemabort med Misoprostol skulle därför gynna de kvinnor som tvingas utsätta sig för de svårigheter som kommer av att tvingas resa långa sträckor för evidensbaserad abortmetod (Løkeland et al., 2014). I flera studier var skrapning med kyrett i klar majoritet vid valet av behandling, trots att vakuumsugning var indikerat. Misoprostol användes också sällan, trots att läkemedlet är att föredra vid livmodertömning och kan användas oberoende av gestationslängd (WHO, 2012). Vård som inte ges evidensmässigt kan, utöver negativa attityder och sträng lagstiftning, bero på bristande tillgång till material, läkemedel och kunnig vårdpersonal. Kompetent personal inom abortvården är en brist också på platser där abort är lagligt, vilket skapar en onödigt barriär till säker abortvård. Fastän rätten till abort är fri betyder det inte att den per automatik är tillgänglig (Wanaka et al., 2020; WHO, 2015).

Studierna utgick från områden där aborträtten är begränsad eller icke-existerande. Dylåka lagar skapas ur olika motiv. År 1966 förbjöd exempelvis Rumänien abort och preventivmedelsanvändning, med få undantag, med intentionen att öka landets födelseantal.

Födelseantalet höjdes inte, men mödradödligheten steg markant och antalet barn som lämnades bort till institutioner ökade. År 1989 liberaliserades abortlagen som en akut folkhälsoåtgärd, för att reducera den höga mödradödlighet som uppkommit till följd av osäkra aborter. Ett år efter liberaliseringen hade mödradödligheten sjunkit med 50%. Att mödradödligheten går ner betydligt då abortlagar liberaliseras påträffades även i detta arbete. I Rumänien uppskattas det att över 10 000 kvinnor dog som följd av den strängt begränsade abortlagen under de 23 år den var i kraft. Lagens konsekvenser synliggjordes även med tusentals barn som lämnades över till barnhem, samt en förhöjd andel som dog i spädbarnsdöd. Tilltron till myndigheter, rättsväsendet och vården fick sig dessutom en kraftig törn, något rumänska kvinnor fortfarande 10 år efter att abortlagen liberaliserades, kände av (Stephenson et al., 1992). Likande resultat framkom under arbetets gång, där kvinnors hälsosökande beteende ändrades utgående från sociala och rättsliga rädslor som växer fram ur en begränsad abortlagstiftning.

Säker abort och låg abortincidens är en realitet. De områden (Nordeuropa och Nordamerika) som har högst andel säkra aborter har också den lägsta abortincidensen. De flesta länder i de områdena har friare abortlagar och befolkningen har möjligheten att nyttja lättillgängliga preventivmedel. Länderna har en högre ekonomisk utveckling och större jämlikhet mellan könen. Hälsoinfrastrukturen är välutvecklad, vilket möjliggör att de som behöver vård oftast kan ta sig fram, samt att vården som erbjuds är adekvat. Det är alltså möjligt att med rätt satsningar reducera antalet aborter som görs, samtidigt som abortsäkerheten hålls hög (Ganatra et al., 2017). Finlands aborträtt är, till skillnad från de övriga nordiska länderna, inte fri. I december 2020 lämnades medborgarinitiativet ”EgenVilja2020” in till riksdagen, en uppmaning om att Finlands abortlagstiftning måste ses över, så att rätten till fri abort ska säkerställas fram till graviditetsvecka 12. I dagsläget måste medicinsk abort, enligt finsk abortlagstiftning, åtminstone delvis göras på sjukhus, något ”EgenVilja2020” motsätter sig (Finlands Riksdag, 2020). Medborgarinitiativet får stöd av Løkeland et al. (2014), där det framkommer att medicinsk abort är säkert och effektivt även utanför sjukhusmiljöer. ”EgenVilja2020” vill även slopa kravet på att ett abortbeslut kräver godkännande av två läkare – först inom primärvården och sedan ytterligare vid specialistsjukvården. Det medför en extra belastning för den abortsökande, samtidigt som det tar fler resurser från sjukvården. Lagen förutsätter även att kvinnan ska uppge på vilka grunder hon önskar genomgå abort. Den finska abortlagstiftningen tolkas oftast liberalt, vilket innebär att den abortsökande i princip alltid beviljas abort. Att kvinnan tvingas uppge orsaken till att hon önskar genomgå abort försätter henne dock i en situation var hon kan bedömas, eller upplever sig bli bedömd,



vilket skapar en onödig stress (Finlands Riksdag, 2020). Chavkin et al. (2018) menar att en liberalisering av abortlagstiftningen skulle garantera kvinnornas reproduktiva autonomi, vilket är av extra stor vikt då abortkritiska vindar med jämna mellanrum blåser. År 2018 deltog exempelvis Finlands utrikesminister Timo Soini i en abortkritisk demonstration under sin tjänsteresa i Kanada, vilket kunde feltolkas som att han representerade Finlands officiella åsikt i frågan. Soini beklagade även Irlands folkomröstning i abortfrågan, där abortlagstiftningen kom att liberaliseras (Ginman, 2018). Av de orsakerna talar innehållet i detta arbete för att Finlands abortlagstiftning bör luckras upp. Ruibal (2014) poängterar att aborträtten kan bli friare eller stramare, beroende på den rådande opinionen. Utrikesministerns utfall kan därför anses vara ett försök till att underminera den finska aborträtten. Det är därför av betydande vikt att staten liberaliserar abortlagstiftningen, och med den gör ett tydligt ställningstagande för rätten till kvinnans autonomi och självbestämmande.

## 8 Slutsats

Studien belyser att en begränsad eller icke-existerande aborträtt uteslutande missgynnar den abortsökande, bland annat genom försämrad psykisk- och fysisk hälsa, ekonomi och relationen till vården. Även samhället påverkas negativt av att aborträtten inskränks, i form av ökad mödradödlighet och en bestående misstro till myndigheten bland de abortsökande. En betydande majoritet av de vetenskapliga studier som görs talar för vikten av en liberal aborträtt. Trots det fortsätter länder som Polen och delstater i USA att begränsa tillgången till abort. Mer forskning bör sättas på att förstå mekanismerna bakom de abortkritiska rösterna, för att komma underfund med hur evidens ska kunna vara vägledande i abortdebatten. Etiska och moraliska föreställningar gällande abortfrågan, särskilt bland beslutsfattare och vårdpersonal, är irrelevanta i sammanhanget - speciellt då evidens talar för att abortantalet går ner med liberala abortlagar och tillgängliga preventivmedel. Med den vetenskapen borde abortmotståndets huvudfokus ligga på sexualundervisning, reproduktiv hälsa och tillgängligheten av preventivmedel, istället för på bestraffning av de 25 miljoner kvinnor som årligen tvingas genomgå osäkra aborter.

## Referenser

Resultatet baseras på artiklar markerade med asterix (\*)

\*Baum, SE., White, K., Hopkins, K., Potter, JE., & Grossman, D. (2016). Women's Experience Obtaining Abortion Care in Texas after Implementation of Restrictive Abortion Laws: A Qualitative Study. *PLoS ONE* 11(10): e0165048. doi: 10.1371/journal.pone.0165048

Bearak, J., Popinchalk, A., Ganatra, B., Moller, A-B., Tunçalp, Ö., Beavin, C., Kwok, L. & Alkema, L. (2020). Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *The Lancet Global Health*, July 22. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30342-

Belton, S. (2011). Unsafe Abortion: A Public Health Approach. *Jurnal MKMI*, 7(2), 150-157. doi:10.1363/4005508

Bettany-Saltikov, J. (2012). *How To Do A Systematic Literature Review In Nursing: A Step-By-Step Guide*. McGraw-Hill Education.

Bryman, A. (2018). *Samhällsvetenskapliga metoder*. (3 uppl). Liber.

Center for Reproductive Rights. (2019). Accelerating Progress: Liberalization of Abortion Laws Since ICPD. [Online]. Hämtad 7-10-20 från <https://reproductiverights.org/sites/default/files/documents/World-Abortion-Map-AcceleratingProgress.pdf>

Center for Reproductive Rights. (2020). The World's Abortion Laws. [Online]. Hämtad 20-05-20 från <https://reproductiverights.org/worldabortionlaws>

Chae, S., Desai, S., Crowell, M. & Sedgh, G. (2017). Reasons why women have induced abortions: a synthesis of findings from 14 countries. *Contraception*, 96(4), 233-241. doi: 10.1016/j.contraception.2017.06.014

Chavkin, W., Stifani, BM., Bridgman-Packer, D., Greenberg, J., & Favier, M. (2018). Implementing and expanding safe abortion care: An international comparative case study of six countries. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 143(4), 3–11. doi: 10.1002/ijgo.12671

Chowdhury, SN., & Moni, D. (2004). A situation analysis of the menstrual regulation programme in Bangladesh. *Reproductive Health Matters*, (12)24, 95-104. doi: 10.1016/s0968-8080(04)24020-4

Dudley, S. (2003). *Women Who Have Abortions*. [Online]. Hämtad 17-11-2020 från National Abortion Federations webbplats: [https://prochoice.org/wp-content/uploads/women\\_who\\_have\\_abortions.pdf](https://prochoice.org/wp-content/uploads/women_who_have_abortions.pdf)

Finer, L., Frohworth, L., Dauphinee, L., Singh, S. & Moore, A. (2005). Reasons U.S. Women Have Abortions: Quantitative and Qualitative Perspectives. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 37(3), 110-118. doi: 10.1363/psrh.37.110.05

Finlands Riksdag. (12 december 2020). *Asian käsittelytiedot KAA 8/2020 vp. OmaTahto2020 – Päivitetään Suomen aborttilaki 2020-luvulle!* [Online] Hämtad 13-01-2021 från [https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/KasittelytiedotValtiopaivaasia/Sivut/KAA\\_8+2020.aspx](https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/KasittelytiedotValtiopaivaasia/Sivut/KAA_8+2020.aspx)

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturöversiktr: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4 uppl.). Natur & Kultur.

Ganatra, B., Gerds, C., Rossier, C., Johnson Jr, BR., Tunçalp, Ö., Assifi, A., Sedgh, G., Singh, S., Bankole, A., Popinchalk, A., Bearak, J., Kang, Z., & Alkema, L. (2017). Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet*, 390(10110), 2372–2381. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31794-4

Ginman, S. (14 augusti 2018). Soini utnyttjar abortfrågan. *HBL*. [Online]. <https://www.hbl.fi/artikel/soini-utnyttjar-abortfragan/>

Gyllenberg, F. (2020). *Long-acting reversible contraception free-of-charge: Initiations, user characteristics and induced abortions*. [Doktorsavhandling, Helsingfors Universitet].

Hede, M., Lekander, N., Lodalen, M., & Yderberg, N. (1994). *Det svåra valet – En bok om abort*. Bonnier.

\*Heller, R., Purcell, C., Mackay, L., Caird, L., & Cameron, ST. (2016). Barriers to accessing termination of pregnancy in a remote and rural setting: a qualitative study. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology* (123)10, 1684-94. doi: 10.1111/1471-0528.14117

Honigman, B., Davila, G., & Petersen, J. (1993). Reemergence of self-induced abortions. *The Journal of emergency medicine*, 11(1), 105-112. doi: 10.1016/0736-4679(93)90021-x

Hussein, J., Cottingham, J., Nowicka, W., & Kismodi, E. (2018). Abortion in Poland: politics, progression and regression. *Reproductive Health Matters*, 26(52), 11-14. doi: 10.1080/09688080.2018.1467361

Jones, RK., Lindberg, L., & Witwer, E. (2020). Covid-19 Abortion Bans and Their Implications for Public Health. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 52(2). doi: 10.1363/psrh.12139

Kavanaugh, K., Moro, TT., Savage, T., & Mehendale, R. (2010). Enacting a Theory of Caring to Recruit and Retain Vulnerable Participants for Sensitive Research. *Research in Nursing & Health*, 29(3), 244. doi: 10.1002/nur.20134

Krippendorff, K. (2004). *Content Analysis. An Introduction to Its Methodology*. (2 uppl.). SAGE publications.

Käypä hoito. (9 januari 2013a). Raskaudenkeskeytys imukaavinnalla (ohje potilaalle). [Online]. <https://www.kaypahoito.fi/nix01922>

Käypä hoito. (15 januari 2013b). Raskaudenkeskeytys (ohje potilaalle, kesto yli 12 viikkoa). [Online]. <https://www.kaypahoito.fi/nix01926>

Lag om avbrytande av havandeskap (24.3.1970/239). Finlex. [Online]. <https://finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1970/19700239>

\*Latt, SM., Milner, A., & Kavanaugh, A. (2019). Abortion laws reform may reduce maternal mortality: an ecological study in 162 countries. *BMC Women's Health*, 19(1). doi: 10.1186/s12905-018-0705-y

Lennerhed, L. (2019). No backlash for Swedish women? The right to abortion on demand, 1975-2000. *Journal of Modern European History*, 17(3), 326–336. doi: 10.1177/1611894419854681

Läkemedelsinformationscentralen. (2019). CYTOTEK tablett 0,2 mg. [Online]. Hämtad 29-10-20 från [https://laakeinfo.fi/Medicine.aspx?m=&d=2138298&i=PFIZER\\_CYTOTEK\\_CYTOTEK+tablett+0%2c2+mg](https://laakeinfo.fi/Medicine.aspx?m=&d=2138298&i=PFIZER_CYTOTEK_CYTOTEK+tablett+0%2c2+mg)

Läkemedelsinformationscentralen. (2020). MIFEPRISTONE LINEPHARMA tablett 200 mg. [Online]. Hämtad 29-10-20 från [https://laakeinfo.fi/Medicine.aspx?m=&d=2248075&i=NORDIC+DRUGS\\_MIFEPRISTONE+LINEPHARMA\\_MIFEPRISTONE+LINEPHARMA+tablett+200+mg](https://laakeinfo.fi/Medicine.aspx?m=&d=2248075&i=NORDIC+DRUGS_MIFEPRISTONE+LINEPHARMA_MIFEPRISTONE+LINEPHARMA+tablett+200+mg)

Løkeland, M., Iversen, O. E., Engeland, A., Økland, I., & Bjørge, L. (2014). Medical abortion with mifepristone and home administration of misoprostol up to 63 days' gestation. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 93(7), 647–653. doi: 10.1111/aogs.12398

Malmquist, J., Castell, K., Bygdeman, M., Bäckström, S. & Westerlund, U. (u.å.) Abort. *Nationalencyklopedin*. [Online]. Hämtad 21-05-20 från <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/abort>

Marriner-Tomey, A., & Alligood, MR. (2006). *Nursing Theorists and Their Work* (6 uppl.). Elsevier Mosby cop.

Médecins Sans Frontières. (2019). Unsafe abortion: a forgotten emergency. [Online]. Hämtad 22-05-20 från <https://www.msf.org/unsafe-abortion-forgotten-emergency-womens-health>

Medicinsk Ordbok. (u.å.). Abort. [Online]. Hämtad 21-05-20 från <https://www.medicinskordbok.se/resultat/abort>

\*Melese, T., Habte, D., Tsima, BM., Mogobe, KD., Chabaesele, K., Rankgoane, G., Keakabetse, TR., Masweu, M., Mokotedi, M., Motana, M., & Moreri-Ntshabele, B. (2017). High Levels of Post-Abortion Complication in a Setting Where Abortion Service Is Not Legalized. *PLoS ONE* 12(1): e0166287. doi:10.1371/journal.pone.0166287

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman DG., & The PRISMA Group. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*, 6(7). doi: 10.1371/journal.pmed100009

Mogherini, F., & Stylianides, C. (2015). [Online]. Hämtad 29-10-20 från <https://sophieintveld.eu/download/getFile/2587>

Nummenmaa, M. (29 januari 2021). Massiva protester i Polen mot nyinförd abortlag – önskade graviditeter och farliga olagliga aborter att vänta. *Svenska Yle*. [Online]. <https://svenska.yle.fi/artikel/2021/01/29/massiva-protester-i-polen-mot-nyinford-abortlag-onnskade-graviditeter-och-farliga>

Odland, V., Bygdeman, M., & Milsom, I. (2008). *Familjeplanering – Preventivmetoder, aborter och rådgivning*. Studentlitteratur.

Pagels, S. (2020). Europadomstol nekar prövning för abortvägrande barnmorskor. *Vårdfokus*. [Online]. Hämtad 7-10-20 från <https://www.vardfokus.se/webbnyheter/2020/mars/europadomstolen-nekar-provning--for-abortion-vagrande-barnmorskor/>

Ruibal, A. (2014). Movement and counter-movement: A history of abortion law reform and the backlash in Colombia 2006-2014. *Reproductive Health Matters*, 22(44). doi: 10.1016/S0968-8080(14)44803-1

Say, L., Chou, D., Gemmill, A., Tunçalp, Ö., Moller, A-B., Daniels, J., Gülmezoglu, AM., Temmerman, M., & Alkema, L. (2014). Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *The Lancet*, 2(6), 323-333. doi: 10.1016/S2214-109X(14)70227-X

\*Sedgh, G., Sylla, AH., Philbin, J., Keogh, S., & Ndiaye, S. (2015). Estimates of the Incidence of Induced Abortion and Consequences of Unsafe Abortion in Senegal. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 41(1), 11-19. doi: 10.1363/4100115

Stephenson, P., Wagner, M., Badea, M., & Serbanescu, F. (1992). Commentary: the public health consequences of restricted induced abortion--lessons from Romania. *American journal of public health*, 82(10), 1328–1331. doi:10.2105/ajph.82.10.1328

Swanson, KM. (1991). Empirical Development of a Middle Range Theory of Caring. *Nursing Research*, 40(3), 161-166. doi: 10.1097/00006199-199105000-00008

Swanson, KM. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *The Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 352-357. doi: 10.1111/j.1547-5069.1993.tb00271.x

Tarnanen, K. & Heikinheimo, O. (2013). Abort. *Käypähoito*. [Online]. Hämtad 21-05-20 från <https://www.kaypahoito.fi/sv/khr00046#s6>

TENK. (2012). *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland*. Forskningsetiska delegationen.

The DC Abortion Fund. (u.å.). The Coat Hanger as a Symbol, And Why Abortion Access Matters. [Online]. Hämtad 29-09-20 från <https://dcabortionfund.org/2014/03/statement-from-val-vilott-president-of-the-dc-abortion-fund/>

UNFPA. (2015). Hundreds freed from Boko Haram require medical care, counselling. [Online]. Hämtad 29-10-20 från <https://www.unfpa.org/news/hundreds-freed-boko-haram-require-medical-care-counselling>

von Kraemer, M. (27 oktober 2020). Extrem abortlag fick grönt ljus i Polen – väcker avsky, folket drar ut på gatorna i protest. *Svenska yle*. [Online]. <https://svenska.yle.fi/artikel/2020/10/23/extrem-abortlag-fick-gront-ljus-i-polen-vacker-avsky-folket-drar-ut-pa-gatorna-i>

Wanaka, S., Hussen, S., Alagaw, A., Tolosie, K., & Boti, N. (2020). Maternal Delays for Institutional Delivery and Associated Factors Among Postnatal Mothers at Public Health Facilities of Gamo Zone, Southern Ethiopia. *International journal of women's health*, 12, 127–138. doi: 10.2147/IJWH.S240608

WHO. (2012). *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems* (2 uppl.). Geneva: World Health Organization.

WHO. (2015). *Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception*. Geneva: World Health Organization.

WHO. (2017). Worldwide, an estimated 25 million unsafe abortions occur each year. [Online]. Hämtad 29-10-20 från <https://www.who.int/news/item/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe-abortions-occur-each-year>

WHO. (2019b). Number of Abortions, all ages. [Online]. Hämtad 20-05-20 från [https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa\\_587-7011-number-of-abortions-all-ages/](https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_587-7011-number-of-abortions-all-ages/)

WHO. (2019a). Preventing unsafe abortion. [Online]. Hämtad 20-05-20 från <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>

\*Ziraba, AK., Izugbara, C., Levandowski, BA., Gebreselassie, H., Mutua, M., Mohamed, SF., Egesa, C., & Kimani-Murage EW. (2015). Unsafe abortion in Kenya: a cross-sectional study of abortion complication severity and associated factors. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(34). doi: 10.1186/s12884-015-0459-6



Åhman, E. & Shah, I. (2002). Unsafe Abortion: Worldwide Estimates for 2000. *Reproductive Health Matters*, 10(19), 13-17. doi: 10.1016/S0968-8080(02)00012-5

Åhman, E. & Shah, I. (2011). New estimates and trends regarding unsafe abortion mortality. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 115(2), 121-126. doi: 10.1016/j.ijgo.2011.05.027

## Bilaga 1

### Finlands Lag om avbrytande av havandeskap 239/1970

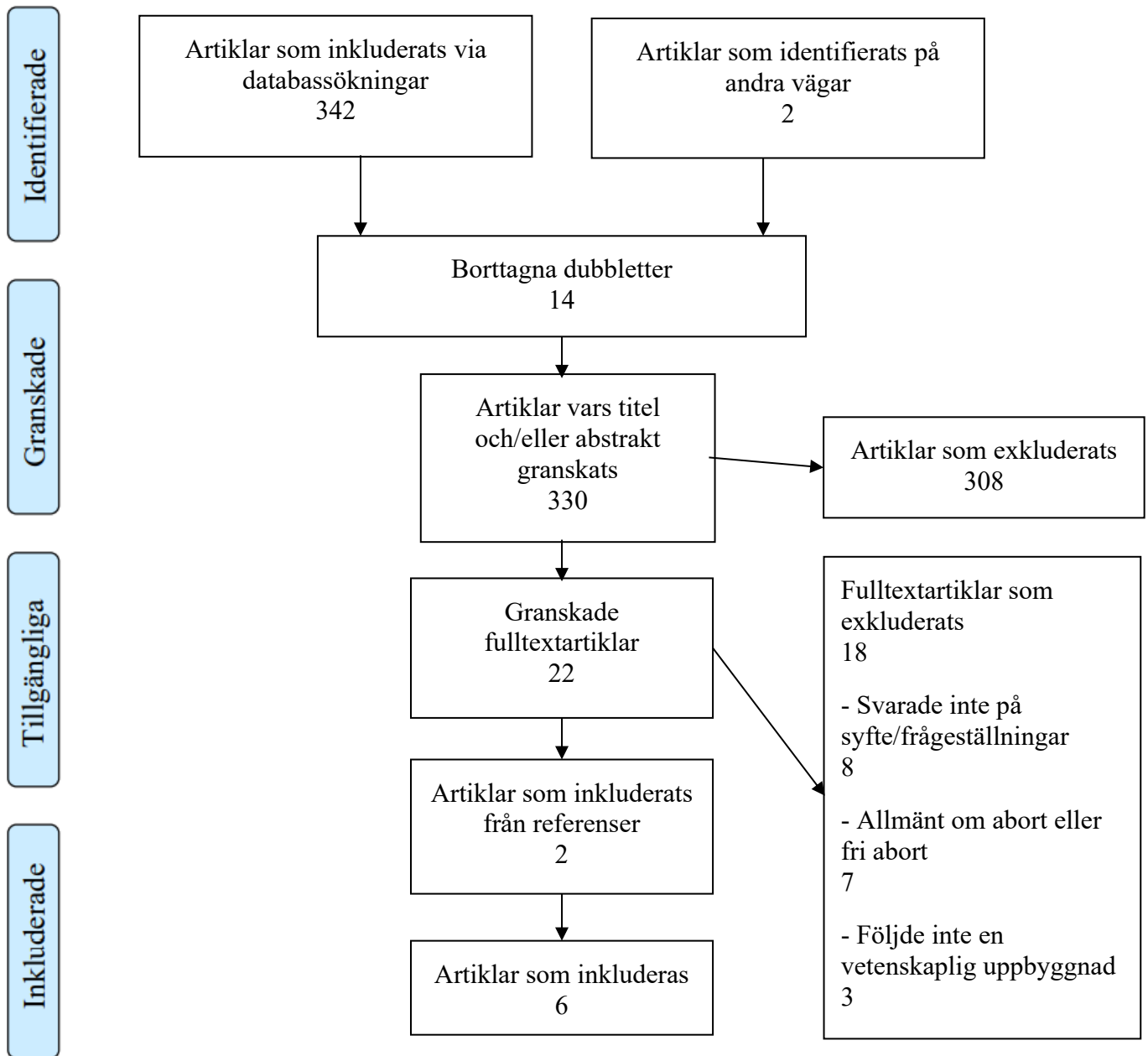
#### 1 §

Havandeskap må med iakttagande av stadgandena i denna lag på begäran av kvinnan avbrytas:

- 1) när havandeskapets fortskridande eller förlossningen på grund av sjukdom, kroppslyte eller svaghet hos kvinnan skulle medföra fara för hennes liv eller hälsa;
- 2) när förlossningen och skötseln av barnet med beaktande av kvinnans och hennes familjs levnadsförhållanden samt övriga omständigheter skulle vara avsevärt betungande för henne;
- 3) då kvinnan gjorts havande under förhållanden som avses i 17 kap. 22 § [samlag med nära släkting], 20 kap. 1 [våldtäkt] eller 2 § [grov våldtäkt], 5 § [sexuellt utnyttjande], 6 § 2 mom. [sexuellt utnyttjande av barn] eller 7 [grovt sexuellt utnyttjande av barn] eller 7 b § [grov våldtäkt mot barn] i strafflagen (39/1889), (12.4.2019/493)
- 4) när hon vid den tidpunkt då hon gjorts havande ej fyllt sjutton år eller fyllt fyrtio år eller när hon redan fött fyra barn;
- 5) när det finnes skäl att förmoda, att barnet skulle komma att vara psykiskt efterblivet eller behäftat med eller senare komma att behäftas med svår sjukdom eller svårt kroppslyte; eller
- 6) när hos barnets föräldrar eller någondera av dem sjukdom, rubbad själsverksamhet eller annan därmed jämförbar orsak allvarligt begränsar deras förmåga att sköta barnet.

## Bilaga 2 PRISMA flödesschema

Moher et al. (2009)



Författare, år, tidskrift, land	Titel	Syfte	Metod	Resultat
1. Melese, T., Habte, D., Tsima, BM., Mogobe, KD., Chabaesele, K., Rankgoane, G., Keakabetse, TR., Masweu, M., Mokotedi, M., Motana, M., & Moreri-Ntshabele, B. (2017). <i>PLoS ONE</i> . Botswana.	High Levels of Post-Abortion Complication in a Setting Where Abortion Service Is Not Legalized.	Bedöma mönster och faktorer för komplikationer som kan uppkomma efter abort där abort är olagligt.	Kvantitativ. Retrospektiv tvärsnittsstudie som utförts på fyra sjukhus. Data insamlades från 619 patient-journaler med avseende på sociodemografiska faktorer, abort-komplikationer och längden på sjukhusvistelsen.	Den ledande abortkomplikationen var anemi (31,2%) följt av hypovolemisk och septisk chock (10,5%). Även vaginal utstötning (17,9%), öm livmoder (11,3%), bäckenperitonit (2,4%) och dödsfall (1,5%) rapporterades.
2. Sedgh, G., Sylla, AH., Philbin, J., Keogh, S., & Ndiaye, S. (2015). <i>International Perspectives on Sexual and Reproductive Health</i> . Senegal.	Estimates of the Incidence of Induced Abortion and Consequences of Unsafe Abortion in Senegal.	Uppskatta förekomsten av abort och förekomsten av komplikationer från osäker abort i Senegal där aborträtten är icke-existerande.	Kvantitativ. Undersökningar baserade på strukturerade intervjuer med 1) den ansvariga för anläggningens hälsovård från 168/(172) vårdinrättningar och 2) ett strategiskt urval av 110 vårdanställda med kunskap om abortförsörjning.	År 2012 gjordes omkring 51 500 illegala aborter i Senegal av vilka 16 700 resulterade i komplikationer som behandlades på vårdinrättningar. Ytterligare 12 200 aborter ledde till komplikationer som förblev obehandlade. 79% av självinducerade aborter och 71% av aborter utförda av otränade ledde till komplikationer som blödning, ofullständig abort, chock, sepsis, njursvikt och infektion.
3. Latt, SM., Milner, A., & Kavanaugh, A. (2019). <i>BMC Women's Health</i> . Australien.	Abortion laws reform may reduce maternal mortality: an ecological study in 162 countries.	Bedöma sambandet mellan abortlagar och mödradödlighet i 162 länder mellan år 1985–2013.	Kvantitativ. Uppgifter om abortlagar hämtades ur FN:s databas. Uppgifter om mödradödlighet hämtades ur WHO:s databas om global hälsa.	En liberalisering av begränsade abortlagar minskar mödradödlighet, eftersom; 1) laglig och tillgänglig abort reducerar antalet osäkra aborter, 2) länder med högre TFR (total fertility rate) har högre mödradödlighet och avskaffning av restriktiva abortlagar minskar TFR och 3) kvinnors hälsosökande beteende förändras så att oönskat gravida söker sig till säkra aborttjänster.

Författare, år, tidskrift, land	Titel	Syfte	Metod	Resultat
4. Baum, SE., White, K., Hopkins, K., Potter, JE., & Grossman, D. (2016). <i>PLoS ONE</i> . USA.	Women's Experience Obtaining Abortion Care in Texas after Implementation of Restrictive Abortion Laws: A Qualitative Study.	Undersöka hur de kvinnor som påverkats mest av att abortlagarna i Texas begränsades ytterligare år 2013. Undersökningen fokuserade därför på kvinnor som fick längre väg till närmaste klinik samt de som ville ha medicinsk abort.	Kvalitativ. Djupintervjuer med ett strategiskt urval av 20 kvinnor som rekryterades från 10 abortkliniker i Texas. Urvalet inkluderade kvinnor som tvingats resa över 50 miles (~80,km) per väg, eller kvinnor som erhöll eller ville ha medicinsk abort.	Begränsningen ledde till hinder gällande information, ekonomi och logistik för kvinnor som sökte aborttjänster, vilket förvärrades av fattigdom. 2 kvinnor ansåg att processen att hitta och ta sig till en abortklinik var så betungande att de övervägde att inte genomgå abort; 1 kvinna fortsatte sin graviditet på grund av svårigheter att ta sig till en klinik i kombination med lång väntetid; 2 kvinnor var tvungna att informera fler personer än de velat om sitt abortbeslut för att kunna ordna med resa till och från kliniken. Kvinnor som önskade medicinsk abort upplevde stor frustration över svårigheter eller oförmåga att få önskad abortmetod.
5. Ziraba, AK., Izugbara, C., Levandowski, BA., Gebreselassie, H., Mutua, M., Mohamed, SF., Egesa, C., & Kimani-Murage EW. (2015). <i>BMC Pregnancy and Childbirth</i> . Kenya.	Unsafe abortion in Kenya: a cross-sectional study of abortion complication severity and associated factors.	Undersöka svårighetsgrader av komplikationer efter abort i Kenya.	Kvantitativ. Nationellt representativt urval av 1) data från 292/(326) vårdinrättningar och 2) intervjuer med 2625 kvinnor som sökt vård för abortkomplikationer.	Av utförda aborter uppvisade 40,1% av patienterna svåra komplikationer som generaliserad peritonit, stelkramp, chock, takykardi, organsvikt, mekanisk skada, sepsis och/eller död. 37,1% av patienterna hade måttliga symtom som lokal peritonit, öm livmoder, temperaturstegring och/eller livmoderutstötningar.

Författare, år, tidskrift, land	Titel	Syfte	Metod	Resultat
6. Heller, R., Purcell, C., Mackay, L., Caird, L., & Cameron, ST. (2016). <i>British Journal of Obstetrics &amp; Gynaecology</i> . Storbritannien.	Barriers to accessing termination of pregnancy in a remote and rural setting: a qualitative study.	Undersöka aborterfarenheter från kvinnor bosatta i landsbygdsområden i de skotska högländerna och ifall de upplevt några hinder då de genomfört abort.	Kvalitativ. Bekvämlighetsurval. 16 semi-strukturerade telefonintervjuer med kvinnor som genomfört abort av icke-medicinska skäl. Rekryteringen skedde vid Raigmore Hospital där lämpliga kandidater som besökte kliniken för första gången tillfrågades ifall de ville medverka. 28 kvinnor rapporterade sitt intresse, varav 1 drog sig ur och 11 var okontaktbara vid senare kontaktförsök.	Kvinnor i avlägsna landsbygdsområden upplever hinder för att få tillgång till aborter. Fyra teman kunde urskiljas: 1) resans inverkan (längd, tid, transportmedel, möjligheten att upprätthålla integritet), 2) tidsmässiga faktorer (typisk väntetid på 10 dagar – 3 veckor, ångest och oro över att graviditeten skulle pågå över tillåten abortgräns, att omgivningen skulle lägga märke till graviditeten), 3) negativa attityder hos sjukvårdspersonal (uppmanas att åka hem och fundera på saken, ”bortglömda” remisser, uppmanas att själv kontakta en abortklinik utan sjukvårdares remiss) och 4) abortstigma och förväntningen att abort är traumatiserande.