

KAROLINSKA INSTITUTET

Institutionen för kvinnor och barns hälsa

Avdelningen för reproduktiv hälsa

Barnmorskeprogrammet 90 hp

Kurs: Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa

”Vad för sorts mor är jag, som vill döda mitt barn?”
**Föräldrars upplevelser av att avbryta en graviditet på
grund av fosteravvikelse**

- En litteraturöversikt

“What type of mother am I, who wants to kill her child?”
**Parents’ experiences of termination of pregnancy due to
fetal abnormality**

- A literature review

Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 15 hp
(Avancerad nivå), 2023

Författare:
Agnes Lundblad Karlsson
Leg. sjuksköterska
Barnmorskestudent

Handledare:
Eva Åkerman
PhD, Public Health Specialist
Karolinska Institutet

Författare:
Nathalie Andersson
Leg. sjuksköterska
Barnmorskestudent

Examinator:
Wibke Jonas
Leg. Barnmorska
PhD, Karolinska Institutet

Sammanfattning

Bakgrund: Användningen av fosterdiagnostik har ökat i Sverige och utvecklingen inom detta område går snabbt framåt, vilket resulterar i att fler fosteravvikelse upptäcks.

Fosteravvikelse kan variera i svårighetsgrad och avser både kromosomavvikelse samt fysiska missbildningar av fostret. Andelen aborter som utförs på grund av fosteravvikelse skiljer sig åt runt om i världen. Barnmorskans roll är att ge en god vård vid abort och stödja familjen.

Syfte: Syftet med litteraturöversikten var att undersöka blivande föräldrars upplevelser av att avbryta en graviditet på grund av en fosteravvikelse.

Metod: En litteraturöversikt med kvalitativ ansats genomfördes. Litteratursökningen genomfördes i två databaser: CINAHL och PubMed. Resultatet baserades på elva vetenskapliga kvalitativa artiklar. Dataanalys genomfördes med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Resultatet bestod av sex kategorier och tio subkategorier. Under dessa kategorier framkom det att beslutet om att avbryta graviditet var svårt och att avbrytandet präglades av skuld- och skamkänslor. Många kvinnor upplevde ett behov av att distansera sig från fostret efter beslutet. Aborten innebar mycket smärta både fysiskt och psykiskt. Föräldrarnas upplevelse av abortvården var både positiv och negativ.

Slutsats: Vårdpersonal fyllde en viktig roll i hur upplevelserna av ett avbrytande av en graviditet blev. Stöd till både kvinnan och partnern i beslutsprocessen, samt under och efter avbrytandet av graviditeten, var av stor betydelse för att upplevelsen av avbrytandet skulle bli så bra som möjligt.

Nyckelord: *Upplevelse, avbrytande av graviditet, fosteravvikelse.*

Abstract

Background: The use of fetal diagnostics has increased in Sweden and development in this area is progressing, resulting in more fetal abnormalities being detected. Fetal abnormalities can vary in severity and refer to both chromosomal abnormalities and malformations of the fetus. The proportion of abortions performed due to fetal abnormality diverges around the world. The midwife's role is to provide good care in case of abortion and support the family.

Aim: The aim of the literature review was to describe parents' experiences of termination of pregnancy due to fetal abnormality.

Method: A literature review with qualitative approach. The literature search was completed in two databases: CINAHL and PubMed. The result is based on eleven scientific qualitative articles. Qualitative content analysis was used during data analysis.

Results: The results consisted of six categories and ten subcategories. Within these categories it appeared that terminating a pregnancy due to abnormality was marked with feelings of guilt and shame. Many women felt a need to distance themselves from the fetus after making the decision. The abortion experience was filled with pain, both physically and mentally. The experiences of care were described as both positive and negative.

Conclusion: Healthcare professionals were important for the parents regarding how they experienced the termination. Support to both women and partners through the process of decision making and during and after the termination was essential to make the experience of the termination as good as possible.

Keywords: *Experience, termination of pregnancy, fetal abnormality.*

Innehållsförteckning

1. Definitioner	1
2. Inledning	2
3. Bakgrund.....	2
3.1 Fosterdiagnostik.....	2
3.1.1 KUB-test.....	3
3.1.2 Invasiv fosterdiagnostik	3
3.1.3 Non-invasive prenatal testing (NIPT).....	3
3.1.4 Rutinmässigt ultraljud.....	4
3.2 Fosteravvikelse.....	4
3.2.1 Kromosomavvikelse.....	5
3.2.2 Anatomiska missbildningar.....	6
3.3 Etiska aspekter kring fosterdiagnostik och fosteravvikelse	6
3.4 Abort vid fosteravvikelse.....	7
3.4.1 Abortlagstiftning i Sverige och andra delar av världen	8
3.4.2 Abortmetoder	9
3.5 Barnmorskans roll.....	11
4. Problemformulering.....	12
5. Syfte	12
6. Metod.....	12
6.1 Studiedesign.....	12
6.2 Datainsamling.....	12
6.3 Urval	13
6.4 Kvalitetsgranskning	16
6.5 Dataanalys	17
6.6 Etiska överväganden.....	18
7. Resultat.....	19
7.1 Att ta beslutet.....	20
7.1.1 Den känslomässiga och svåra beslutsprocessen.....	20
7.1.2 Acceptans och rättfärdigande	21
7.2 Att genomgå abortprocessen	22
7.2.1 Den psykiska smärtan	22

7.2.2 Den fysiska smärtan.....	24
7.2.3 Tiden efteråt.....	24
7.3 Relationen till fostret	25
7.3.1 I väntan på avbrytandet	25
7.3.2 Att se fostret eller inte	27
7.4 Känslor av skuld och skam.....	28
7.5 Att vara partner.....	29
7.6 Den upplevda abortvården.....	30
7.6.1 En god vårdupplevelse.....	30
7.6.2 En bristande vårdupplevelse.....	31
7.6.3 Bristande uppföljning.....	33
8. Diskussion	34
8.1 Metoddiskussion.....	34
8.1.1 Design	34
8.1.2 Datainsamling.....	34
8.1.3 Urval	36
8.1.4 Kvalitetsgranskning	38
8.1.5 Dataanalys och förståelse	38
8.1.6 Etiska överväganden.....	39
8.2 Resultatdiskussion	40
8.2.1 Beslutet att avbryta graviditeten.....	40
8.2.2 Vårdpersonalens stöd.....	41
8.2.3 Uppföljning efter avbrytande	42
8.2.4 Vårdmiljöns inverkan på den upplevda abortvården.....	42
8.2.5 Att vara partner.....	43
9. Slutsats.....	44
10. Kliniska implikationer	44
11. Framtida forskning	45
12. Referenslista.....	46
Bilaga 1: Sökmatrix	57
Bilaga 2: Granskningsmall SBU.	60
Bilaga 3: Artikelmatriser.....	63

1. Definitioner

I denna litteraturstudie används begreppet fosteravvikelse som sammanfattande begrepp för kromosomavvikelse och anatomiska missbildningar. Begreppet blivande föräldrar syftar till både den gravida och den icke-gravida partnern. Författarna har i litteraturstudien valt att använda sig av begreppet partner då ambitionen varit att använda ett inkluderande språk där könsidentiteten hos partnern inte anses relevant. I samtliga artiklar förutom en uppges könsidentiteten på partner vara män. I en studie som baseras på inlägg som skrivits på internet är könsidentiteten inte alltid uttalad. Begreppen "abort" och "avbrytande av graviditet" är synonymer och används varierande i litteraturstudien för att främja ett levande språk.

2. Inledning

I Sverige ska alla kvinnor erbjudas fosterdiagnostik samt information om fosterdiagnostik (Lag om genetisk integritet m.m, 2006). Användningen av fosterdiagnostik har ökat de senaste åren och utvecklingen inom detta område går framåt (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2006). Hos ca 3 % av de som genomgår fosterdiagnostik upptäcks någon typ av fosteravvikelse. Fosteravvikelser kan variera i svårighetsgrad och avser både kromosomavvikelser och missbildningar av fostret (Edwards et al., 2018).

Fosterdiagnostik är en etisk fråga i flera avseenden. Det avser bland annat vad som görs med den informationen som erhålls vid fosterdiagnostik (McMann et. al, 2014). Andelen aborter som utförs på grund av fosteravvikelse skiljer sig runt om i världen och varierar beroende på de abortlagar som finns i de enskilda länderna samt hur allvarlig fosteravvikelsen är (Schechtman et al., 2002). I Sverige är det totalt ca 5 % av alla graviditeter som avbryts när fostret har någon typ av fosteravvikelse (Socialstyrelsen, 2016). Enligt kompetensbeskrivningen för legitimerad barnmorska ska barnmorskor ge en god vård vid inducerad abort (Svenska barnmorskeförbundet, 2018). Syftet med denna litteraturöversikt var att undersöka blivande föräldrars upplevelser av att avbryta en graviditet på grund av fosteravvikelse. Författarna har ett intresse av att undersöka detta område då det är relevant för oss som blivande barnmorskor, då vi kommer att vårda blivande föräldrar i denna situation. Det är därav av betydelse att erhålla en ökad förståelse samt kunskap av föräldrarnas upplevelse för att kunna öka kvaliteten på vården.

3. Bakgrund

3.1 Fosterdiagnostik

Den 1 juli 2006 trädde lagen om genetisk integritet i kraft i Sverige. Lagen innebär bland annat att alla gravida kvinnor i Sverige ska erbjudas fosterdiagnostik samt information om fosterdiagnostik (Lag om genetisk integritet m.m, 2006). Fosterdiagnostik är ett samlingsbegrepp för metoder som används för att upptäcka avvikelser hos foster, det vill säga missbildningar eller kromosomavvikelser hos ett foster. Användningen av fosterdiagnostik har successivt ökat i Sverige de senaste åren i takt med att utvecklingen inom detta område gått framåt. Det finns olika metoder som kan användas för att upptäcka avvikelser. De

vanligast förekommande metoderna är kombinerat ultraljud och blodprov/biokemiska markörer (KUB-test) samt rutinultraljundsundersökning (SBU, 2006).

3.1.1 KUB-test

KUB-test är en diagnostisk metod som används för att bedöma sannolikheten för att fostret har en kromosomavvikelse. De vanligaste kromosomavvikelserna som kan upptäckas är trisomi 13, 18 och 21. Genom att mäta vätskespalten på fostrets nacke någon gång mellan gestationsvecka 11+0 till 13+6, samt utföra blodprovstagning på modern, kan man beräkna en sannolikhet för trisomier. Ett KUB-test kan dock inte ge något definitivt svar på om fostret har en kromosomavvikelse eller inte. Vid hög sannolikhet för kromosomavvikelse erbjuds den gravida kvinnan ytterligare diagnostik för att med större säkerhet kunna ge svar på om det föreligger kromosomavvikelse (Peterson et al., 2016). Hög sannolikhet för kromosomavvikelse på KUB-test brukar definieras som 1/300 eller högre än så. Denna gräns varierar dock i världen och även mellan olika laboratorier (Carlson & Vora, 2017). I Sverige definieras hög risk som 1/200 eller högre (Karolinska universitetssjukhuset, 2022).

3.1.2 Invasiv fosterdiagnostik

Att få en hög sannolikhet vid KUB-test kan leda till vidare utredning om kvinnan önskar detta. Detta kan göras med hjälp av fostervattenprov (amniocentes) eller moderkaksprov (chorionvillibiopsi). Användningen av båda dessa metoder har dock minskat i takt med att non-invasive prenatal testing (NIPT-test) blivit mer tillgängligt i världen och mer frekvent förekommande. Vid moderkaksprov tas en biopsi från placenta ut för analys. Biopsin tas antingen via cervix eller från utsidan av buken, transabdominellt. I och med biopsin får man tillgång till fostrets deoxiribonukleinsyra (DNA) och kan utreda vidare för eventuella kromosomavvikelser (Carlson & Vora, 2017). Fostervattenprov görs med hjälp av ultraljudsledd punktion av fosterhinnorna från utsidan av buken. Man gör en punktion av huden, livmodern och går in i fosterhinnorna där man sedan aspirerar ut en liten mängd fostervatten (Ciortea et al., 2023).

3.1.3 Non-invasive prenatal testing (NIPT)

NIPT-test är ytterligare en metod som kan erbjudas om ett KUB-test skulle visa på hög sannolikhet för kromosomavvikelser (Svensk förening för obstetrik och gynekologi [SFOG], 2016). NIPT-test erbjuds också inom privat regi på vissa mottagningar i Sverige vilket gör att

även kvinnor som fått veta att KUB visat låg risk för kromosomavvikelser, eller inte har gjort KUB alls, kan göra NIPT mot en kostnad (Karolinska Universitetslaboratoriet, 2017).

NIPT är en metod som kan analysera fostrets cellfria DNA med hjälp av ett venöst blodprov som tas från den gravida kvinnan. Beståndsdelar av det fetala DNA:t cirkulerar tidigt i moderns blod och det är därför möjligt att på ett icke-invasivt sätt få reda på information om fostrets genetiska uppsättning. Eftersom NIPT analyserar fostrets DNA kan man med hjälp av detta test även få ett säkert svar på vilket kön fostret har, redan tidigt i graviditeten. Detta kan vara relevant av medicinska skäl då vissa genetiska sjukdomar har större risk att utvecklas eller manifesteras hos det ena eller det andra könet. Därför kan det vara motiverat att tidigt veta om fostrets biologiska kön om det finns en risk att fostret blir bärare av en sådan typ av genetisk sjukdom eller syndrom. Det anses dock inte vara etiskt riktigt att använda NIPT som könsbestämmande metod i huvudsak, såvida det inte har relevans för eventuella genetiska könsbundna sjukdomar eller syndrom. NIPT har en mycket hög sensitivitet när det kommer till att finna kromosomala avvikelser, framför allt aneuploidier, alltså ett felaktigt antal av kromosomer. Till aneuploidier hör trisomier där det finns tre kromosomer i ett kromosompar istället för två. NIPT har en hög detektion när det kommer till trisomier och i synnerhet trisomi 21 där det upptäcks i 99,7 % av fallen (Alberry et al., 2021).

3.1.4 Rutinmässigt ultraljud

Alla gravida kvinnor i Sverige erbjuds en rutinmässig ultraljudsundersökning i andra trimestern av graviditeten, vanligtvis genomförs den någon gång mellan v18+0 till 20+0. Cirka 95 till 97 % av kvinnorna tackar ja till denna undersökning. Den rutinmässiga ultraljudsundersökningen genomförs systematiskt. Undersökningen syftar till att: bedöma antalet foster, bedöma viabilitet av fostret, granska placenta, datera graviditetslängden, uppskatta fostervattenmängden samt undersöka fostrets anatomi. Eftersom fostrets anatomi granskas innebär det att avvikelser så som missbildningar eller markörer för kromosomavvikelser kan upptäckas. Därav är även det rutinmässiga ultraljudet en typ av fosterdiagnostik (SFOG, 2014).

3.2 Fosteravvikelser

Med hjälp av fosterdiagnostik kan eventuella fosteravvikelser upptäckas tidigt. Vid ca 3 % av alla graviditeter som genomgår fosterdiagnostik hittas någon typ av abnormalitet hos fostret.

Dock kan dessa variera i svårighetsgrad. Idag bedöms att ca hälften av alla fosteravvikelser är möjliga att upptäcka redan i första trimestern av graviditeten (Edwards et al., 2018).

3.2.1 Kromosomavvikelser

De vanligast förekommande kromosomavvikelseerna är trisomi 21 (Downs syndrom) följt av trisomi 18 (Edwards syndrom) och trisomi 13 (Patau syndrom). En trisomi innebär att ett kromosompar har tre kromosomer i stället för två. Screening för dessa trisomier har gjorts sedan 1970-talet och har utvecklats mycket sedan dess (Kagan et al., 2022).

Kvinnor i alla åldrar löper risk att få ett barn med Downs syndrom, men risken ökar avsevärt med stigande maternell ålder. Alla personer med Downs syndrom har vissa fysiska och intellektuella gemensamma nedsättningar men det kan variera mycket stort mellan individer när det gäller graden av nedsättningar och vilka funktionshinder dessa innebär i det vardagliga livet. En av de allvarligaste och vanligaste komplikationerna som följer med Downs syndrom är hjärtfel vilket ca 50 % av personer med Downs syndrom föds med. Den vanligaste typen av hjärtfel är atrioventrikulär septumdefekt (AVSD). Även andra åkommor som gastrointestinala problem, ökad risk för cancer, hörselnedsättning och epilepsi förekommer oftare hos personer med Downs syndrom (Gupta & Kabra, 2013).

Trisomi 18 (Edwards syndrom) är en kromosomavvikelse som orsakar medfödda abnormaliteter vilket resulterar i svåra komplikationer både prenatalt och postnatalt. Överlevnadsgraden för ett barn med trisomi 18 är låg då mortalitet inom 1 års ålder förekommer i 75 till 95 % av fallen. En ökad användning av terapeutisk behandling för dessa spädbarn har bidragit till att en större andel kan överleva in i det första levnadsåret. En tidig diagnos är viktig för att kunna genomföra screening av livshotande abnormaliteter. Abnormaliteter av hjärtat är vanligt förekommande hos barn med trisomi 18 och nästan en fjärdedel har flera komplexa hjärtmissbildningar. Utöver hjärtmissbildning medför trisomi 18 ofta respiratoriska komplikationer såsom interstitiell lungsjukdom, pulmonell hypertoni och obstruktion av de övre luftvägarna. Vidare är trisomi 18 associerat med ett flertal tillstånd såsom neurologiska abnormaliteter, neoplastiska sjukdomar, uro-genitala missbildningar, gastrointestinala missbildningar och skelettavvikelser (Kepple et al., 2021a).

Trisomi 13 (Patau syndrom) är en kromosomavvikelse som orsakar allvarliga medfödda abnormaliteter vilket leder till en hög sjuklighet och mortalitet. Mortalitet inom 1 års ålder för

barn med trisomi 13 förekommer i 90 % av fallen och trisomi 13 anses vara den mest dödliga kromosomavvikelsen av alla trisomier som är livsdugliga. En ökning av kirurgisk och medicinsk behandling för dessa spädbarn har resulterat i en ökning av andelen spädbarn som överlever till ett års ålder. Likt trisomi 18 är en tidig diagnos viktig för att kunna genomföra undersökningar för att upptäcka livshotande medfödda abnormaliteter. Abnormaliteter på hjärtat som leder till pulmonell hypertension och övercirkulation är en orsak till den ökade dödligheten. Avvikelser i det centrala nervsystemet, neoplastiska sjukdomar, gastrointestinala missbildningar och urogenitala missbildningar är några av de tillstånd som ses vid trisomi 13 (Kepple et al., 2021b).

3.2.2 Anatomiska missbildningar

Vid ultraljudsundersökning under graviditet kan abnormaliteter i fostrets anatomi upptäckas. Missbildningar eller fel på hjärtat är den vanligaste avvikelsen. Dock kan ett hjärtfel vara alltifrån enklare avvikelser som går att leva med till svåra hjärtfel som kräver operativa ingrepp och ibland inte är förenliga med liv. En annan grupp av fosteravvikelser är de som benämns som neuralrörsdefekter, som uppkommer när ryggmärgskanalen inte sluter sig på ett korrekt sätt. Detta kan leda till svåra tillstånd hos fostret, såsom ryggmärgsbråck. Till gruppen neuralrörsdefekter hör även tillståndet anencefali, avsaknad av delar eller hela hjärnan, som inte är förenligt med liv (Socialstyrelsen 2016).

3.3 Etiska aspekter kring fosterdiagnostik och fosteravvikelser

Fosterdiagnostik är en etisk fråga i flera avseenden. Sedan fosterdiagnostik började användas på 1950-talet har det väckt mycket känslor och åsikter (McMann et al., 2014). Statens Medicinsk-Etiska Råd (2006) uppger att etiska överväganden kring intresse- och värderingskonflikter alltid är närvarande inom fosterdiagnostik. Det centrala anses vara fosterdiagnostikens inverkan på människovärdesprincipen. Detta då fosterdiagnostik skulle kunna ses som ett verktyg där individer sorteras bort eller inte bedöms som lika önskvärda på grund av viss missbildning eller funktionsnedsättning (Statens Medicin-Etiska Råd, 2006).

Det finns ett flertal etiska kontroverser kring vad som görs med den information som erhålls vid en fosterdiagnostik. Det som diskuteras är vilken fosteravvikelse som motiverar till abort samt vilka riskfyllda invasiva fetala ingrepp den gravida kvinnan ska utsätta sig själv för med avseende på den osäkra fördelen för fostret. Överlag handlar det om vilket beslut som anses

etiskt korrekt med avseende för det blivande barnets livskvalitet. Beslutet i denna komplexa fråga leder till ett annat etiskt dilemma. Ett dilemma där kvinnan själv måste besluta om sin egna medicinska sjukvård som även innebär ett beslut kring fostrets tänkbara livsprognos och överlevnad (McMann et al., 2014).

Autonomi och rätten till självbestämmande är grundläggande principer inom hälso-och sjukvården. Gällande fosterdiagnostik innebär detta att blivande föräldrar har rätt att själva bestämma om de vill genomgå fosterdiagnostik och huruvida de önskar att fortsätta graviditeten eller inte efter att de erhållit svar på fosterdiagnostiken. Att informationen som erhålls om fosterdiagnostik är tydlig och korrekt är därav av stor betydelse för att kvinnan eller paret ska kunna genomföra ett informerat val (Statens Medicin-Etiska Råd, 2006).

3.4 Abort vid fosteravvikelse

Att fatta ett beslut om abort kan vara svårt och ta tid. Att fatta ett sådant avgörande beslut påverkas av flera aspekter, såsom sociala strukturer och egna värderingar. Det kan vara svårt för kvinnan att veta vilket som kommer att vara det bästa beslutet i slutändan. Hur kvinnor fattar beslut om abort beror till stor del på vad de har haft för inställning till frågan innan sin egen graviditet (Hoggart, 2018). Reproduktiva livsbeslut, såsom abort, är ett beslut som kvinnor sällan tar på egen hand. Det är vanligt att kvinnor vänder sig till det sociala stöd som finns runtomkring för att få stöd i sina val och beslut (Graham et al., 2022). Stöd ska även erbjudas i form av ett stödsamtal från vården vid beslutsfattande om att avbryta graviditeten. Stödsamtalet bör hållas av kurator eller annan yrkeskategori som har en beteendevetenskaplig kompetens för detta. Utöver detta penetreras ambivalens och det ges information vid ett rådgivande samtal med barnmorska eller läkare (Bygdeman et al., 2018).

Att vara ambivalent inför ett beslut om abort är vanligt. Beslutsprocessen kan ta tid och ett beslut om abort kan bidra till känslor av sorg och förlust, även om graviditeten ej varit önskad. Att genomgå en abort kan påverka en kvinna psykiskt, dock har de allra flesta upplevt att svåra känslor varit övergående inom 3 månader efter aborten (Allanson, 2007).

Andelen aborter som utförs på grund av fosteravvikelse skiljer sig runt om i världen och varierar beroende på de olika ländernas abortlagar. Vidare varierar andelen aborter som utförs på grund av fosteravvikelse av svårighetsgraden av fosteravvikelse. Trots denna variation så

visar internationell forskning att en betydande andel av föräldrar väljer att genomgå abort vid en fosteravvikelse som innebär en livsbegränsning för det kommande barnet (Schechtman et al., 2002). Statistik från Europa antyder att andelen aborter på grund av fosteravvikelse är ca 4,6 av 1000 födselar (Boyle et al., 2018). Abortfrekvensen på grund av trisomi 21 är i allmänhet hög i flera länder. I Danmark är abortfrekvensen på grund av trisomi 21 ca 95 % (Miltoft et al., 2017), i Australien ca 93% (Maxwell et al., 2015), i USA ca 85% (Natoli et al., 2012) och i Sverige ca 80% (Socialstyrelsen, 2016).

I Sverige är det totalt sett ca 5 % av alla graviditeter som avbryts när det framkommit att ett foster har någon typ av fosteravvikelse. Andelen aborter som i Sverige utförs på grund av fosteravvikelser varierar dock stort beroende på vilken typ av fosteravvikelse som upptäckts och det skiljer sig även mellan olika regioner i landet. Abortfrekvensen är väldigt hög för fosteravvikelser som inte är förenliga med liv samt fosteravvikelser som lätt detekteras under rutinultraljudet. Exempelvis genomgick cirka 90 % abort vid diagnos av anencefali och andelen aborter var även hög vid diagnos av dubbelsidig njuragensi, som liksom anencefali inte är förenligt med liv. Vid diagnos av trisomi 13 samt trisomi 18 är även andelen aborter hög då dessa diagnoser innebär ett kortvarigt liv samt då fler foster med denna diagnos upptäcks. Andelen aborter som genomförs med anledning av kromosomavvikelser har fördubblats från år 1999 till år 2016. Anledningen till detta är att fosterdiagnostik ökar vilket genererar i att fler kromosomavvikelser upptäcks. Abortfrekvensen för foster med trisomi 21 har även ökat mellan åren 1999 och 2016 från 45 % till 80 %. Det ska dock tas i beaktning att det är svårt att helt säkert veta att en abort har utförts just på grund av fosteravvikelse då kvinnor i Sverige har rätt att genomgå abort utan att uppge anledning till det (Socialstyrelsen, 2016). Av de aborter som utförs i Sverige efter graviditetsvecka 18 är cirka hälften på grund av prenatal diagnos av fosteravvikelse (Bygdeman et al., 2018).

3.4.1 Abortlagstiftning i Sverige och andra delar av världen

Frågan om abort och rätten till det är en ständigt aktuell fråga och lyfts med jämna mellanrum upp för diskussion (Reingold et al., 2016). Abortlagarna i världen varierar stort. Att abort på många håll i världen är hårt reglerat eller olagligt bidrar generellt till fler osäkra aborter som kan innebära stor fara för den kvinna som önskar avbryta sin graviditet. Generellt kan man se att aborter är säkrare och mer tillgängliga i höginkomstländer och mer osäkra och otillåtna i utvecklingsländer (Fathalla et al., 2020). I länder där aborter är lagliga varierar klausuler i

lagarna samt definitionen av när abort på grund av fosteravvikelse är tillåtet (Remez et al., 2020).

Enligt svensk abortlag får abort genomföras enligt kvinnans begäran fram till och med den artonde graviditetsveckan (18+0), utan att tillstånd för detta krävs. Har graviditeten pågått längre finns fortfarande möjlighet till abort men då med tillstånd av Socialstyrelsens Rättsliga Råd. Ett sådant tillstånd ges enbart om "synnerliga skäl" förekommer för aborten (Abortlag, 1974). Att "synnerliga skäl" ska förekomma innebär att särskilda omständigheter som sociala och/eller medicinska sådana ska föreligga (Utredningen om utländska aborter, 2005).

Besluten kring godkännande av abort grundas på en medicinsk bedömning av den ansvariga läkaren samt en utredning av en kurator. År 2021 godkändes 516 av 553 kvinnor abort efter graviditetsvecka 18. Den främsta orsaken var kromosomavvikelse och fosteravvikelse.

Resterande orsaker var sociala faktorer samt fysisk eller psykisk sjukdom (Socialstyrelsen, 2022).

En övre gräns för tillstånd till abort finns inte angivet i den svenska abortlagen. Det anges i stället att tillstånd till abort inte får ges om det finns skäl att anta att fostret är livsdugligt. Livsduglighet syftar till fostrets möjlighet att överleva utanför livmodern. Idag anses ett foster ha möjlighet till överlevnad utanför livmodern från graviditetsvecka 22+0 och tillstånd till abort ges därmed i regel inte när denna graviditetsvecka uppnåtts. Dock kan tillstånd för abort ges efter gestationsvecka 22+0 i de fallen där fostret inte är livsdugligt till exempel vid fastställd akrani eller då kvinnans liv är i allvarig fara (Bygdeman et al., 2018).

3.4.2 Abortmetoder

Inför en abort erhåller kvinnan ett rådgivande samtal där ambivalens kring aborten kan uppmärksammas och där kvinnan erhåller information, bland annat om de olika abortmetoderna som finns. En detaljerad anamnes av kvinnan tas för att erhålla information om relevanta medicinska faktorer inför val av abortmetod. Ultraljudsundersökning genomförs för att fastställa graviditetslängden och att graviditeten är intrauterin. Ett beslut gällande vilken abortmetod som är mest adekvat baseras på de medicinska faktorerna och graviditetslängden men även på kvinnans egna önskemål. Det finns två olika abortmetoder: kirurgisk abort och medicinsk abort (Bygdeman et al., 2018).

Kirurgisk abort innefattar ett flertal olika metoder för att kirurgiskt avsluta en graviditet. De olika metoderna är: manuell vakuumaspiration, elektrisk vakuumaspiration, hysterotomi samt dilatation och curettage (Kulier et al., 2001). Den metod som används vid kirurgisk abort i västvärlden är vakuumaspiration efter att en dilatation av cervix skett. Dilatationen av cervix sker främst med misoprostol som gör att cervix mjuknar (Bygdeman et al., 2018).

Vakuumaspiration innebär att graviditeten sugts ut ur livmodern med hjälp av en elektrisk eller manuell sug (Kulier et al., 2001). Curettage kan i västvärlden förekomma men sker endast vid undantag (Bygdeman et al., 2018). Curettage innebär att ett instrument förs in i livmodern och att graviditeten skrapas ut med hjälp av ett instrument efter att dilatation av cervix skett. De kirurgiska metoderna sker i lokalbedövning eller i generell anestesi (Kulier et al., 2001).

Risken med kirurgisk abort som metod innefattar postoperativa infektioner, uterusperforation, blödning och trauma av cervix. Kirurgisk abort rekommenderas inte att genomföras innan graviditetsvecka sju då det innebär en större risk för ofullständig eller utebliven abort. Efter graviditetsvecka tolv rekommenderas medicinsk abort. Medicinsk abort kan genomföras oavsett graviditetslängd (Bygdeman et al., 2018).

Medicinsk abort kan liknas med ett framkallat missfall där kvinnan får vaginala blödningar med påföljande smärta i buken. Den medicinska aborten induceras med hjälp av två läkemedel: mifepriston och misoprostol (Mazza et al., 2020). Initialt erhåller kvinnan 200 mg mifepriston (Bygdeman et al., 2018). Mifepriston är en progesteronhämmare vilket medför progesteronets graviditetsbevarande effekt hämmas. Fortskridningen av graviditeten upphör, embryo samt placenta släpper från livmoderns vägg och cervix mjukas upp samt vidgas. Utöver detta har mifepriston även effekt på livmoderns myometrium genom att den ökar myometriets känslighet för prostaglandin. 24 till 48 timmar efter att mifepriston intagits så intas misoprostol som är en prostaglandinanalogue. Misoprostol leder till att cervix öppnas upp och kvinnan får sammandragningar i livmodern. Cirka tre till fyra timmar efter att misoprostol intagits startar för många en abortering och blödning. Blödningen kan pågå i 10 till 16 dagar (Mazza et al., 2020). Initialt erhåller kvinnan 800 mikrogram misoprostol men om ingen effekt erhålls kan 400 mikrogram intas 3 till 4 timmar efter den första dosen (Bygdeman et al., 2018). Utöver att misoprostol leder till blödning så kan kvinnan även uppleva krampande buksmärta, feber, frossa, diarré, illamående och kräkningar samt hudutslag (Gemzell-Danielsson, 2007). Därav finns en stor betydelse av att kvinnan befinner sig på en plats under aborten där hon känner sig trygg och kan erhålla stöd (Bygdeman et al., 2018).

3.5 Barnmorskans roll

Barnmorskans kompetensområde innefattar sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa. Detta innefattar bland annat att barnmorskor utifrån sin kompetens ska ge information om fosterdiagnostik samt vid inducerad abort ge en god vård (Svenska barnmorskeförbundet, 2018). Enligt lagen om genetisk integritet m.m (2006) ska alla gravida kvinnor i Sverige erbjudas fosterdiagnostik samt information om fosterdiagnostik. Denna information skall ges på ett individuellt anpassat sätt efter parets behov på mödrahälsovården så att paret kan göra ett informerat val angående fosterdiagnostik. Vidare har vården ansvar att lämpligt stöd finns tillgängligt för ett par som får en prenatal diagnos av fosteravvikelse (SOSFS 2012:20). Vid prenatal diagnos av fosteravvikelse ställs föräldrarna inför valet att fortsätta graviditeten alternativt att avbryta graviditeten (SFOG, 2014).

Enligt svensk abortlag (SFS 1974:595) är det endast läkare som får utföra abort. I en utredning av Socialstyrelsen (2008) gällande fördelning av arbetsuppgifter vid medicinsk abort framgår det att det är läkaren som har det övergripande ansvaret för utförandet av aborter samt att genomföra abort inte kan delegeras men att läkaren kan fördela arbetsuppgifter till de som har kompetens för detta (Socialstyrelsen, 2008). Formellt sett är det följaktligen en läkare som är ansvarig för utförandet av en abort men att stödja och omhänderta paret som genomgår abort har varit en barnmorskas eller sjuksköterskans uppgift under en lång tid (Bygdeman et al., 2018). Barnmorskor inom abortvården genomför bland annat administrering av ordinerade läkemedel för inducering av abort, ger smärtlindring och rådgivning (Socialstyrelsen, 2008). Vidare ska barnmorskor informera kvinnan om behandling, diskutera kring preventivmedel och erbjuda samt utföra efterkontroll som främst syftar till att försäkra sig om att graviditeten inte har fortgått (Bygdeman et al., 2018). Enligt svensk abortlag skall det även erbjudas stödsamtal till kvinnan efter en abort (SFS 1974:595). Bemötandet av en kvinna som genomgår abort är av mycket stor betydelse. Det är av stor vikt att kvinnan bemöts empatiskt och icke-fördömande samt att barnmorskan visar engagemang och har god kompetens (Bygdeman et al., 2018). Enligt den internationella etiska koden för barnmorskor ska barnmorskan stödja familjen i sitt beslut, agera icke diskriminerande och vara lyhörd för de emotionella, psykiska, andliga och fysiska behov som finns (International Confederation of Midwives [ICM], 2014).

4. Problemformulering

Fosterdiagnostik är idag vanligt förekommande. Eftersom diagnostiken ökar och förbättras kommer fler fosteravvikelse att upptäckas. Detta innebär att fler blivande föräldrar kommer att behöva ta ett beslut gällande att fortgå eller avsluta en graviditet på grund av prenatal diagnos av fosteravvikelse. Författarna har ett intresse av att undersöka blivande föräldrars upplevelser av att avbryta en graviditet på grund av fosteravvikelse. Att undersöka detta område är relevant för oss som blivande barnmorskor, då vi kommer att vårda blivande föräldrar i denna situation. Det är därav relevant att erhålla en ökad förståelse samt kunskap av föräldrarnas upplevelse för att kunna öka kvaliteten på vården.

5. Syfte

Syftet med litteraturöversikten var att undersöka blivande föräldrars upplevelser av att avbryta en graviditet på grund av fosteravvikelse.

6. Metod

6.1 Studiedesign

En litteraturöversikt med kvalitativ ansats utfördes för att besvara studiens syfte. En litteraturöversikt syftar till att sammanställa resultat av flera olika vetenskapliga artiklar för att erhålla ett resultat som skildrar kunskapsläget inom ett specifikt område. Detta kan i sin tur identifiera behov av vidare studier inom ett ämne och därmed föranleda att vidare studier inom ämnet genomförs. En kvalitativ ansats ansågs relevant till studien då denna beskriver och skapar en förståelse för människors subjektiva upplevelser av ett fenomen (Forsberg & Wengström, 2016).

6.2 Datainsamling

Litteratursökning genomfördes i databaserna CINAHL och PubMed. Dessa databaser användes då de ansågs lämpliga baserat på studiens syfte då de enligt Forsberg och Wengström (2016) bland annat innehåller vetenskapliga artiklar om omvårdnad och medicin. Litteratursökningen påbörjades efter handledning av bibliotekarie vid Karolinska Universitetsbiblioteket. De sökord som användes vid litteratursökningen identifierades utifrån

de nyckelbegrepp som återfinns i studiens syfte. Nyckelbegreppen var upplevelse, abort och fosteravvikelse. Även synonymer och angränsande ord till nyckelbegreppen identifierades. Att identifiera sökord på detta vis stöds av Kristensson (2014). Utifrån dessa ord urskildes indexord i respektive databas. Indexord är ord som de vetenskapliga artiklarna tilldelats i databaserna beroende på vad artikeln handlar om beskriver Kristensson (2014). Dessa indexord identifierades med hjälp av *Svenska MeSH* samt funktionen *suggest subject terms* i CINAHL. I CINAHL benämns dessa indexord som *CINAHL subject headings* och i PubMed som *Medical subject Headings* (MeSH-termer). Det är dock inte säkert att alla nyckelord från syftet finns som ett indexord. Därav ansågs även fritextsökning vara relevant. Fritextsökning innebär att en sökning sker fritt i databasen med ett sökord som inte är ett av databasens indexord (Kristensson, 2014). Trunkering användes vid fritextsökning då trunkering medför att olika utformningar och ändelser av ett specifikt ord täcks in i sökningen. Vid trunkering i en sökning används asterisk (*) efter sökordet (Karlsson, 2017).

De indexord som användes i litteratursökningen var *life change events*, *abortion induced*, *abnormalities*, *chromosome aberrations*, *fetal abnormalities* och *congenital abnormalities*. Indexordet *congenital abnormalities* fanns endast i PubMed och användes därav endast i PubMed. Motsvarande indexord i databasen CINAHL som användes var *abnormalities* och *fetal abnormalities*. De sökord som användes vid fritextsökning i titel och abstract var *experience**, *attitude**, *view**, *feeling**, *perception**, *abortion**, *termination**, *pregnancy**, *fetal anomaly** och *abnormality**.

Booleska operatorer "OR" och "AND" användes för att kombinera indexord och fritextsökning. Sökoperator "OR" användes mellan sökord där artiklar ville upptäckas som avhandlade något av sökorden. Denna sökning gav en mer utvidgad sökning. Sökoperator "AND" användes när sökord skulle kombineras och artiklar skulle finnas som avhandlade samtliga sökord. Detta bidrog till en avgränsning av sökningen (Forsberg & Wengström, 2016). Litteratursökningen redovisas i en sökmatrix, se bilaga 1.

6.3 Urval

Inklusionskriterierna för litteraturstudien var kvalitativa vetenskapliga artiklar som var peer-reviewed, publicerade mellan 2013 och 2023, skrivna på engelska eller svenska samt artiklar som var etiskt godkända. Att genomföra avgränsningar i sin sökning, till exempel att begränsa sig till de språk som författarna behärskar och vilken typ av metod studierna har är viktigt för

att inkludera relevanta artiklar till studien enligt Kristensson (2014). Att använda sig av inklusionskriteriet peer-reviewed innebär att artikeln har granskats innan publicering och säkerhetsställer därav kvalitet på forskningen som genomförts (Karlsson, 2017). I PubMed finns inte peer-reviewed som en avgränsning vid sökning. Därav kontrollerade författarna att artiklarna från PubMed var vetenskapligt granskade via den vetenskapliga tidskriften de publicerats i. Avgränsningen 2013 till 2023 valdes i denna litteraturöversikt för att inkludera aktuell forskning publicerad de 10 senaste åren. Exklusionskriterier var artiklar som beskrev illegal abort, litteraturstudier samt artiklar som bedömdes ha stora brister efter kvalitetsgranskning med hjälp av en granskningsmall hämtad från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU] (2022), se bilaga 2. Initialt hade författarna en ambition om att inkludera artiklar från hela världen, men efter att sökningarna genomförts och artiklarna lästes i sin helhet blev det tydligt att perspektiv och kontexter skilde sig stort mellan västvärlden och övriga världen. För att kunna genomföra en så relevant litteraturstudie som möjligt, och som kunde vara överförbar till en svensk kontext, valde därför författarna att ytterligare begränsa urvalet till artiklar som var skrivna och publicerade i västvärlden: Europa, Nordamerika samt Australien. En översikt av samtliga inklusions- och exklusionskriterier i litteraturstudien presenteras i tabell 1.

Tabell 1: Översikt av inklusions- och exklusionskriterier:

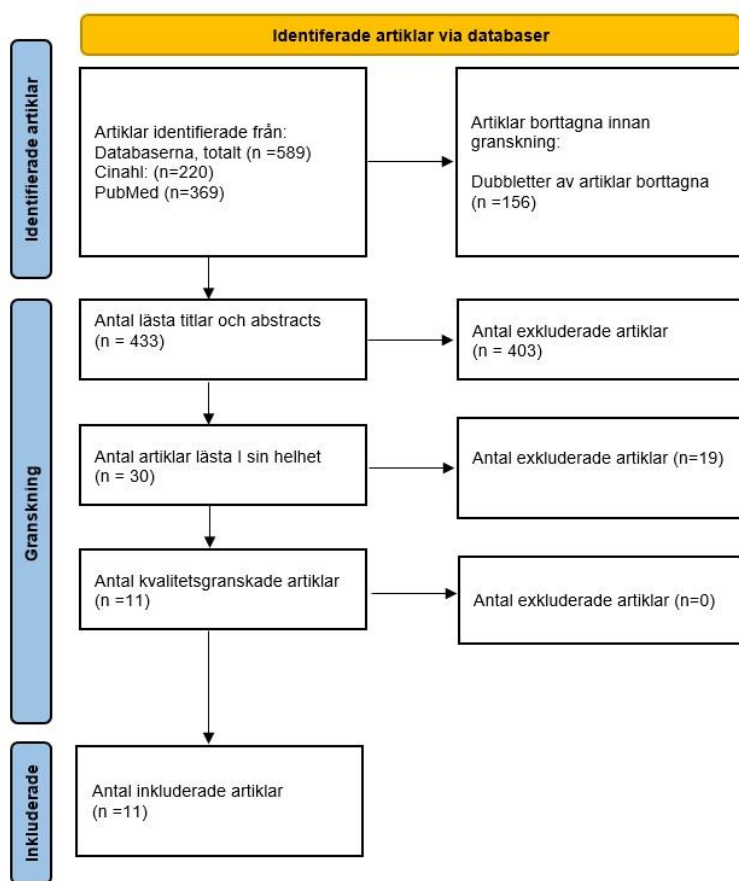
Inklusionskriterier:	Exklusionskriterier:
Kvalitativa vetenskapliga artiklar.	Artiklar som beskrev illegal abort.
Artiklar som var peer-reviewed.	Litteraturstudier.
Artiklar publicerade mellan 2013 och 2023.	Artiklar som bedömdes ha stora brister efter kvalitetsgranskning med hjälp av en granskningsmall hämtad från SBU (2022).
Artiklar skrivna på engelska eller svenska.	
Artiklar som var etiskt godkända.	
Artiklar med studier från västvärlden.	

Artiklar som presenterade studier genomförda med avseende att ur olika hänseenden beskriva män eller kvinnors upplevelser av att avsluta en graviditet på grund av fosteravvikelse.	
Artiklar som presenterar studier som innefattar upplevelsen av att fatta beslut kring att avbryta en graviditet på grund av fosteravvikelse.	

Urvalet av adekvata artiklar genomfördes i flera steg efter litteratursökningen.

Litteratursökningen resulterade i totalt 589 artiklar. Av dessa var 156 artiklar dubletter.

Inledningsvis lästes således 433 artiklars titlar och abstract. Dessa titlar och abstracts lästes enskilt och oberoende av författarna. Artiklar lades åt sidan och diskuterades gemensamt av författarna i de fall osäkerhet uppstod kring artikelns relevans till studien. Totalt exkluderades 403 artiklar efter läsning av abstract och titlar då de inte ansågs besvara litteraturstudiens syfte. De artiklar som bedömdes som adekvata till studiens syfte eller där osäkerhet förekom lästes i sin helhet enskilt och oberoende av författarna. Totalt lästes 30 artiklar i sin helhet. Artiklarna diskuterades sedan av författarna gemensamt. Ett urval genomfördes sedan, baserat på syftets relevans samt litteraturstudiens inklusions- och exklusionskriterier. Totalt exkluderades 19 artiklar efter diskussion av författarna: 2 saknade etiskt godkännande, 12 stycken ansågs inte besvara studiens syfte och 5 stycken studier var genomförda i länder som inte har ett västerländskt perspektiv. Kvarvarande 11 artiklar genomgick en kvalitetsgranskning vilket förklaras nedan. Samtliga 11 vetenskapliga artiklar höll en god kvalitet och inkluderades. Att genomföra sitt urval på detta sätt vid en litteraturstudie understöds av Rosén (2017) och Kristensson (2014). Urvalsprocessen redovisas enligt PRISMA-modellen:



Figur 1: Urvalsprocess enligt PRISMA (2020).

6.4 Kvalitetsgranskning

Författarna genomförde oberoende av varandra en kvalitetsgranskning av de elva artiklar som uppfyllde litteraturstudiens inklusionskriterier. Detta för att säkerställa att artiklarna hade en god kvalitet och besvarade studiens syfte. I de fall som författarna inte var överens fördes en diskussion och jämförelse av bådas kvalitetsgranskning. Kvalitetsgranskningen genomfördes med hjälp av en granskningsmall hämtad från SBU (2022), se bilaga 2.

Utifrån denna mall genomfördes en bedömning av artiklarnas metodologiska brister. De metodologiska aspekterna som granskades var den valda teorin och filosofiska hållningen, syfte, urval, datainsamling, analys och forskarnas förhållning samt kompetens i relation till studien. Den sammanvägda bedömningen klassificerades enligt granskningsmallen i tre grupper: obetydliga eller mindre brister, måttliga brister eller stora brister. Exempelvis bedömdes en artikel ha obetydliga eller mindre brister om studien var tydligt beskriven och det inte ansågs finnas några allvarliga metodologiska brister som kunde påverka studiens tillförlighet. En mindre brist som upptäckts i studier har exempelvis varit när det varit tydligt

att det varit en kvalitativ studie men oklart definierat vilken vald teoretiskt filosofisk hållning eller ansats som studien har haft, exempelvis fenomenologisk. Enligt granskningsmallen ska artiklar med stora brister inte inkluderas i litteraturstudien (SBU, 2022). Exempel på en stor brist i en artikel hade kunnat vara en otydligt beskriven metod eller en oklar eller oetisk datainsamling. Samtliga elva artiklar som genomgick kvalitetsgranskning inför denna litteraturstudie hade obetydliga eller mindre brister. Således inkluderades samtliga elva artiklar i litteraturstudien. Inkluderade artiklar redovisas i artikelmatris, se bilaga 3.

6.5 Dataanalys

Innehållsanalys användes för att analysera data från de elva inkluderade artiklarna i denna studie. Samtliga artiklar som inkluderades under datainsamlingen var kvalitativa. Därav valdes innehållsanalys som metod för analys. Att använda sig av en innehållsanalys innebär en indelning och kondensering av resultatet i olika kategorier/subkategorier för att lättare kunna beskriva olika fenomen (Forsberg & Wengström 2016). Den innehållsanalys som användes i denna litteraturstudie är den kvalitativa innehållsanalysen utformad av Graneheim och Lundman (2004). En manifest analys genomfördes av artiklarnas resultat. Manifest analys innebär att en textnära analys sker där det synliga och uppenbara i texten analyseras. Detta för att konkret beskriva det resultatet som uppkom (Graneheim & Lundman, 2004).

Inledningsvis lästes de vetenskapliga artiklarna upprepade gånger för att erhålla en helhetskänsla av innehållet. Artiklarna lästes av författarna både enskilt och i sällskap av varandra, för att kunna diskutera artiklarnas innehåll med varandra. Därefter påbörjades dataanalysen. Meningsbärande enheter som besvarade studiens syfte identifierades i artiklarnas resultat. Författarna identifierade meningsbärande enheter var för sig och markerade dessa med hjälp av överstrykningsfunktionen i *Adobe Acrobat Reader*. Därefter diskuterade och jämförde författarna tillsammans vilka meningsbärande enheter som ansågs motsvara studiens syfte. De meningsbärande enheterna som ansågs motsvara studiens syfte kopierades från artiklarnas resultat och in i en tabell, se tabell 2. De meningsbärande enheter som författarna efter diskussion inte ansåg besvara studiens syfte togs bort. De meningsbärande enheterna kondenserades sedan tillsammans av författarna. Enligt Graneheim och Lundman (2004) innebär kondensering en process där en reduktion av text sker samtidigt som huvudinnehållet bevaras. De kondenserade meningsbärande enheterna fick därefter en kod som framställdes genom diskussion mellan författarna. En jämförelse mellan de olika

koderna skedde sedan där likheter och olikheter mellan koderna urskildes varpå det skapades sex kategorier och tio subkategorier. Kodningen samt skapandet av subkategorier och kategorier skedde genom diskussion mellan författarna. Exempel på genomförd dataanalys från meningsbärande enhet till kategori presenteras i tabell 2.

Tabell 2: Exempel på genomförd dataanalys från meningsbärande enhet till kategori:

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Kod	Subkategori	Kategori
<i>“Without a doubt, it's the hardest decision I've ever had to make.”</i>	Det svåraste beslutet som någonsin behövt tas.	Svåraste beslutet.	Den känslomässiga och svåra beslutsprocessen.	Att ta beslutet.
On the other hand, the women praised the nurses for their empathy, patience and human touch.	Kvinnorna hyllade sjuksköterskor för deras empati, tålamod och medmänsklighet.	Gott stöd från vårdpersonal.	En god vårdupplevelse.	Den upplevda abortvården.
Support was one of the main coping strategies used during the procedure. Women unanimously identified their partner as their main source of support.	Stöd var en huvudsaklig copingstrategi. Kvinnor nämnde enhälligt sin partner som största stöd.	Stöd från partner.		Att vara partner.

6.6 Etiska överväganden

Inget etiskt godkännande söktes för litteraturstudien då det inte finns något krav för detta.

Enligt lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) behöver inte arbeten eller studier som genomförs på grundnivå eller avancerad nivå inom högskolan genomföra etikprövning. Forsberg och Wengström (2016) uppger att det finns en vikt av att genomföra etiska överväganden vid litteraturstudier gällande urval och redovisning av resultatet. I studien inkluderades endast vetenskapliga artiklar som har godkänts av en etisk

kommitté eller där grundliga etiska överväganden har genomförts. Samtliga artiklar som inkluderades i litteraturstudien redovisas. Allt resultat från de vetenskapliga artiklarna som besvarade studiens syfte inkluderades och återgavs på ett korrekt sätt. Datainsamling och dataanalys skedde objektivt, omsorgsfullt och de forskningsetiska aspekterna togs i beaktning för att säkerställa att resultatet återgavs på ett korrekt sätt. Detta för att inte riskera vetenskaplig oredlighet. Vetenskaplig oredlighet innebär enligt Vetenskapsrådet (2017) överträdelser så som exempelvis plagiat, förvrängning eller frisering av resultat som sker avsiktligt eller av oaktsamhet. Samtliga nämnda etiska överväganden genomfördes fortlöpande under litteraturstudien.

7. Resultat

Resultatet är baserat på elva vetenskapliga artiklar. Artiklarna är skrivna och publicerade i Sverige (n=3), Spanien (n=1), Irland (n=1), Storbritannien (n=2), Danmark (n=1), USA (n=1) och Australien (n=2). Resultatet redovisas i sex kategorier som identifierats under innehållsanalysen. Till fyra av dessa kategorier framkom subkategorier, totalt tio stycken. Kategorier och subkategorier presenteras nedan i tabell 3.

Tabell 3: Kategorier och subkategorier:

Kategorier	Subkategorier
Att ta beslutet	<i>Den känslomässiga och svåra beslutsprocessen</i>
	<i>Acceptans och rättfärdigande</i>
Att genomgå abortprocessen	<i>Den psykiska smärtan</i>
	<i>Den fysiska smärtan</i>
	<i>Tiden efteråt</i>
Relationen till fostret	<i>I väntan på avbrytandet</i>
	<i>Att se fostret eller inte</i>
Känslor av skuld och skam	
Att vara partner	
Den upplevda abortvården	<i>En god vårdupplevelse</i>
	<i>En bristande vårdupplevelse</i>
	<i>Bristande uppföljning</i>

7.1 Att ta beslutet

7.1.1 Den känslomässiga och svåra beslutsprocessen

Att fatta beslutet om att avbryta graviditeten efter att ha fått beskedet om fosteravvikelse beskrevs av flera föräldrar som det svåraste beslutet de någonsin behövt ta (Atienza-Carrasco et al., 2020; Lafarge et al., 2013; Obst et al., 2021). Det beskrevs som ett beslut som var mycket känslomässigt och utmanande på flera sätt (Atienza-Carrasco et al., 2020; Carlsson et al., 2016; Carlsson & Mattsson, 2018; Jackson et al., 2023; Lafarge et al., 2013; Lotto et al., 2016; Lou et al., 2021; Maguire et al., 2015; Obst et al., 2021). Beslutet präglades av mycket ångest, sorg och smärta (Atienza-Carrasco et al., 2020; Carlsson & Mattsson, 2018; Jackson et al., 2023; Lou et al., 2021; Obst et al., 2021).

Flera kvinnor beskrev en stor känsla av ensamhet i beslutsprocessen (Atienzo-Carrasco et al., 2020; Jackson et al., 2023). I processen kring beslutsfattande spelade vårdpersonalens stöd, information och bekräftelse stor roll (Carlsson & Mattsson, 2018; Lafarge et al., 2013; Lou et al., 2021; Obst et al., 2021). Många föräldrar beskrev att de sökte efter information kring den aktuella diagnosen, prognosen och hur ett avbrytande faktiskt gick till. Detta ansågs vara mycket hjälpsamt i beslutsprocessen (Carlsson & Mattsson, 2018; Obst et al., 2021).

Det beskrevs även att det var ett för stort ansvar att ta beslutet på egen hand (Carlsson & Mattsson, 2018). Det var viktigt att stödja varandra som par i beslutet och visa att det var ett gemensamt beslut. Det slutgiltiga beslutet var kvinnans men partners beskrev att de önskade kunna ta över skuld känslor och smärta, både fysisk och psykisk sådan, från kvinnan (Jackson et al., 2023). Det var många existentiella frågor som ställdes på sin spets och att som ensam kvinna eller par fatta ett beslut om avbrytande kändes i många fall överväldigande (Carlsson & Mattsson, 2018).

“I am playing God now. That is what I thought, playing God and deciding who was going to live and who was not going to live...” (Carlsson & Mattsson, 2018, s.5).

Att formellt skriva på papper om samtycke till att avbryta graviditeten beskrevs som svårt och hade en stor symbolisk betydelse. Flera kvinnor beskrev att de önskade att även deras partner skrev på pappret, även om det enbart är kvinnan som rent juridiskt behövde göra det. Att känna att beslutet var gemensamt och att man var överens var viktigt för många (Carlsson & Mattsson, 2018; Lotto et al., 2016).

“I made [my husband] sign the consent form too.... I wanted to be sure that it was our decision, not just mine. I know that legally it had to be my signature but we both wanted to sign it.... That just felt...right and it sort of shares out the guilt a bit.” (Lotto et al., 2016, s. 15).

Flera föräldrar uppgav att det var ett beslut med två svåra alternativ, som båda var mycket smärtsamma - att antingen avbryta en önskad graviditet med efterföljande smärta och skuldkänslor, eller att fortsätta graviditeten med vetskapen om att det skulle innebära ett stort lidande för det kommande barnet. Att få höra att det kommande barnet skulle uppleva mycket smärta och lidande var en avgörande faktor när det kom till beslutsfattandet (Carlsson et al., 2016; Carlsson & Mattsson, 2018; Jackson et al., 2023; Lafarge et al., 2013).

7.1.2 Acceptans och rättfärdigande

Att erhålla informationen om att fostrets avvikelse skulle orsaka lidande och ett ovärdigt liv bidrog till en acceptans av beslutet (Atienzo-Carrasco et al., 2020; Carlsson et al., 2016; Carlsson & Mattsson, 2018; Lafarge et al., 2013; Lotto et al., 2016; Obst et al., 2021). En del föräldrar uttryckte även att de inte ansåg sig kunna ge rätt vård till ett barn med avvikelse och att det inte var rättvist att föda ett barn in i ett liv som funktionshindrad (Atienzo-Carrasco et al., 2020; Carlsson & Mattsson, 2018).

“It would have been very selfish of me to bring that child into the world, when they tell you that you'll spend your life going from one hospital to another, from one operation to another and without any hope of a cure” (Atienzo-Carrasco et al., 2020, s. 1230).

Flera föräldrar beskrev att de kände skuld över beslutet att avsluta graviditeten (Atienzo-Carrasco et al., 2020; Carlsson et al., 2016; Carlsson & Mattsson, 2018; Jackson et al., 2023; Lotto et al., 2016; Maguire et al., 2015). Skuldkänslorna kunde dock i flera fall mildras av vetskapen om att diagnosen var mycket dålig eller dödlig (Carlsson & Mattsson, 2018; Jackson et al., 2023; Maguire et al., 2015). Flera föräldrar uppgav att det kändes som det rätta beslutet att avsluta graviditeten även om det var mycket svårt (Carlsson & Mattsson, 2018; Lafarge et al., 2013; Lotto et al., 2016; Lou et al., 2021). För vissa kvarstod dock mycket tvivel och oro kring om beslutet var det rätta (Carlsson & Mattsson, 2018; Lotto et al., 2016; Maguire et al., 2015).

“We’ll always have the question, you know, whether we made the right decision or not”
(Maguire et al., 2015, s. 237).

Beslutet om ett avbrytande av graviditeten där diagnosen var allvarlig beskrevs i vissa fall som en aktiv kärlekshandling. Föräldrarnas vetskap om att de skyddade det kommande barnet från ett kommande lidande var betydelsefullt (Carlsson & Mattsson, 2018; Lafarge et al., 2013).

“... Although this decision was a bit extreme, I felt that as a mother, I was making a decision to take away my child’s pain and it was for reasons out of love” (Lafarge et al., 2013, s. 931).

7.2 Att genomgå abortprocessen

7.2.1 Den psykiska smärtan

Den psykiska påfrestningen, emotionella smärtan samt sorgen under och efter aborten beskrevs genomgående som svår och mycket påtaglig. Sorgen yttrade sig på flera olika sätt (Asplin et al., 2014; Atienza-Carrasco et al., 2020; Carlsson et al., 2016; Carlsson & Mattsson, 2018; Jackson et al., 2023; Lafarge et al., 2013; Lotto et al., 2016; Lou et al., 2021; Obst et al., 2021; Pitt et al., 2016). En kvinna beskrev att hon inte kände sorg över just det fostret hon bar på, utan snarare en sorg över det friska barn hon hade föreställt sig att hon bar på, men nu inte skulle få (Lou et al., 2021).

Tiden mellan att beslutet fattats och att aborten påbörjades kunde variera mellan dagar till veckor och beskrevs av många kvinnor som att befinna sig i ett slags “ingen-mans-land”. Att fortfarande vara gravid men samtidigt förbereda sig för att förlora sitt barn, och befinna sig i stor sorg, hängde inte ihop och var en väldigt smärtsam upplevelse. Många kvinnor försökte i denna fas att distansera sig helt och fokusera på andra saker (Lafarge et al., 2013; Lotto et al., 2016; Pitt et al., 2016). Vissa föräldrar upplevde dock att tiden mellan diagnos och avbrytande var för kort vilket ansågs psykiskt stressande. De upplevde att det inte fanns tillräckligt med tid för att fundera och förbereda sig inför aborten (Obst et al., 2021).

Vid flera tillfällen beskrevs den psykiska smärtan som värre och svårare att hantera än den fysiska (Atienza-Carrasco et al., 2020; Pitt et al., 2016). Många uttryckte också att den psykiska smärtan höll i sig under en längre tid (Asplin et al., 2014; Atienza-Carrasco et al., 2020; Carlsson & Mattsson, 2018; Lafarge et al., 2013; Lotto et al., 2016; Maguire et al.,

2015; Pitt et al., 2016).

Att ta de läkemedel som startade hela abortprocessen beskrevs som mycket svår. Det upplevdes som en tydlig brytpunkt som inte gick att ångra eller ta tillbaka, vilket var plågsamt för många av kvinnorna. Några av kvinnorna hade önskat att de sluppit göra detta själva, och tror att det hade varit lättare om vårdpersonal aktivt hade administrerat de läkemedel som startade avbrytandet (Atienzo-Carrasco et al., 2020; Pitt et al., 2016).

“It was the longest time I swirled [the tablet] around on the table... I knew that once I had taken the tablet it was the beginning of the end, so it was very, very hard for me to take that tablet” (Pitt et al., 2016, s. 172).

Det fanns dock även kvinnor som upplevde att det var en stor lättnad att äntligen få ta de läkemedlen som startade abortprocessen. Väntan var över och detta var det första steget för att kunna gå vidare (Lotto et al., 2016). En kvinna beskrev det som att hela processen kring avbrytandet gjorde henne själsligt utmattad och att alla negativa känslor förstärktes kraftigt när processen väl startade. En annan kvinna förklarade hur hon försökte fokusera på annat och inte tänka för mycket på vad hon skulle ta sig igenom. Att skingra tankarna till andra saker var en hjälp för henne (Asplin et al., 2014).

Att slutligen föda fram och separeras från sitt foster nämndes av många som det allra svåraste i hela processen. Det var ett slutgiltigt och oåterkalleligt avsked av ett önskat barn (Atienzo-Carrasco et al., 2020; Carlsson & Mattsson, 2018; Pitt et al., 2016). Att lämna sitt aborterade foster, som var ett önskat barn, på sjukhuset och åka hem beskrevs som mycket tungt och onaturligt. Att separeras från sitt nyfödda barn, även om det inte levde, var smärtsamt, överkligt och hjärtekrossande (Lafarge et al., 2013; Pitt et al., 2016).

“We need to go home...I wanted him [to come] home too...I never wanted to leave but I couldn't stay there forever...The hardest thing you'll ever do is leave your baby there” (Pitt et al., 2016, s. 172).

Samtidigt beskrevs det som läkande att få komma hem efter aborten för att försöka gå vidare. En kvinna beskriver att hon kunde lämna en stor del av traumat i rummet där hennes foster föddes och att både hon och hennes partner behövde komma hem för att kunna påbörja ett läkande. Hemmet var en trygg plats för många (Pitt et al., 2016).

7.2.2 Den fysiska smärtan

Abortprocessen beskrevs som fysiskt smärtsam för kvinnorna (Asplin et al., 2014; Atienzo-Carrasco et al., 2020; Carlsson et al., 2016; Carlsson & Mattsson, 2018; Lafarge et al., 2013; Lotto et al., 2016). Många kvinnor beskrev aborten som traumatisk på grund av att den var mycket smärtsam men även då abortprocessen var lång och utdragen (Atienzo-Carrasco et al., 2020). Många kvinnor beskrev ett behov av att erhålla adekvat smärtlindring (Asplin et al., 2014; Carlsson et al., 2016; Lafarge et al., 2013; Lotto et al., 2016). Smärtlindring var nödvändigt för att kunna ta sig igenom aborten och minska lidandet (Lafarge et al., 2013).

Flera kvinnor valde att tacka ja till smärtstillande läkemedel, inte enbart för att den fysiska smärtan, utan för att lättare kunna koppla bort vad som pågick och inte vara lika medveten om allting runt omkring (Atienzo-Carrasco et al., 2020; Lafarge et al., 2013).

“Directly afterwards I was offered some pethidine for the pain, and although I wasn’t in pain I accepted it. It numbed my brain and helped me sleep when I got home” (Lafarge et al., 2013, s. 928).

Några kvinnor berättade att de tackade nej till smärtlindring för att de ville uppleva hela födseln som den var, och normalisera skeendet. Förlossningssmärtan beskrevs av några kvinnor som att det skapade ett band till fostret och en känsla av samhörighet och samarbete, vilket gav det mening och betydelse. En kvinna beskrev att hon först inte ville ha någon smärtlindring för att hon ville utsätta sig själv för lidande och smärta (Lafarge et al., 2013).

Generellt beskrev flera kvinnor att den fysiska smärtan förstärkte den psykiska smärtan och bidrog till en kaotisk upplevelse (Atienzo-Carrasco et al., 2020). Vidare beskrevs även det omvända – att den fysiska smärtan upplevdes värre på grund av den psykiskt känslomässiga situationen (Carlsson et al., 2016).

“I have never experienced pain like that all my life and as you are in such poor mental shape when you’re lying there, the physical pain is heightened because of that” (Carlsson et al., 2016, s. 58).

7.2.3 Tiden efteråt

Tiden efter avbrytandet beskrevs som en period fylld av sorgearbete och återhämtning. Det var viktigt att försöka hitta en balans mellan att distrahera sig och gå vidare, samtidigt som

sorgen behövde få ta plats. Det beskrevs som en tid fylld av koncentrationssvårigheter, mörka tankar och en känsla av meningslöshet (Asplin et al., 2014; Obst et al., 2021).

“I had a hard time to focus the first three months after termination; everything felt quite meaningless and I needed help to get more energy and to concentrate ...” (Asplin et al., 2014, s.624-625).

För några kvinnor fanns graviditetssymptomen kvar en tid efter avbrytandet vilket hela tiden påminde dem om fostret och aborten, och gjorde det svårt att försöka gå vidare. Även saker hemma, som inhandlats inför barnets ankomst, påminde och smärtade (Pitt et al., 2016).

Att ha minnen sparade var både hjälpsamt och svårt, men de flesta kvinnor beskrev ändå att de uppskattade att ha fått med sig minnen såsom hand- och fotavtryck och bilder från sjukhuset. Flera kvinnor uttryckte att det var hjälpsamt för sorgeprocessen. Några kvinnor uttryckte dock en oro att minnena skulle göra det svårt att gå vidare (Jackson et al., 2023; Pitt et al., 2016). Ett flertal beskrev att sorgen de upplevde av avbrytandet av graviditeten och förlusten av det önskade barnet skulle finnas med dom under en lång tid eller till och med för resten av livet (Carlsson et al., 2016; Carlsson & Mattsson, 2018; Maguire et al., 2015).

Den första tiden efter aborten beskrevs det som svårt att se andra gravida kvinnor eller träffa vänner som var gravida. Det påminde för mycket om det egna traumat, och det fanns en känsla av att ingen kunde förstå sorgen och smärtan som de bar på. Detta kunde i vissa fall leda till att kvinnor isolerade sig hemma, även om det egentligen inte var deras avsikt eller önskan (Asplin et al., 2014; Lafarge et al., 2013).

Många föräldrar beskrev en stark rädsla inför att försöka bli gravida igen, då de var rädda att samma sak skulle hända igen. Samtidigt såg många fram emot att få bli gravida igen och få en ny chans. Mellan dessa två starka känslor fanns en uppenbar konflikt (Atienzo-Carrasco et al., 2020; Carlsson et al., 2016; Carlsson & Mattsson, 2018; Maguire et al., 2015).

7.3 Relationen till fostret

7.3.1 I väntan på avbrytandet

Relationen och förhållningssättet till fostret beskrevs på olika sätt. För vissa kvinnor och partners var det viktigt att benämna det som ett barn och rättfärdiga det som en individ, medan andra valde att använda just ordet “foster” och distansera sig från fostret för att kunna hantera

ett avbrytande (Lou et al., 2021; Obst et al., 2021; Pitt et al., 2016). En kvinna beskrev att hon gick in i ett rent överlevnadsläge och var tvungen att tänka att fostret inte var ett barn för att kunna klara av att avsluta graviditeten (Lou et al., 2021).

“... I just had to say...had to say: This was not a child. To be able to go through with it at all...Even if I don't really mean it. Because I don't. But it was just... survival mode” (Lou et al., 2021, s. 5).

En kvinna upplevde det som mycket påfrestande att känna sitt foster röra sig i magen efter att beslutet om avbrytande hade fattats. Hon kände en stor skuld och smärta gentemot fostret och sitt beslut (Pitt et al., 2016).

“I'd just felt the baby moving and I thought - 'what type of mother am I, who wants to kill her child?'. ” (Pitt et al., 2016, s. 171).

När beslutet om avbrytande var fattat upplevde många kvinnor ett behov av att avskärma sig och distansera sig från fostret. Tankar på exempelvis namn och barnkläder, som tidigare varit mycket närvarande, blev till förbjudna tankar och några kvinnor beskrev att de inte längre kände eller definierade sig som gravida (Lou et al., 2021). Några kvinnor beskrev hur de, efter att beslutet om avbrytande fattats, började konsumera mat och andra substanser som de tidigare undvikit under graviditeten enligt rekommendationer. Även detta som ett sätt att distansera sig emotionellt från fostret. Att sluta titta på sig själv och den gravida kroppen i spegeln var ett ytterligare sätt att ta distans (Pitt et al., 2016).

Att ta reda på könet på fostret var en aspekt som återkom ett flertal gånger. För några föräldrar var det viktigt att få veta, medan det för andra var väldigt jobbigt och gjorde processen svårare. Att ta reda på könet gjorde fostret mer till en individ. Vissa kvinnor beskrev att de därför önskat att de inte hade tagit reda på könet. Andra var glada att de gjorde det eftersom det bekräftade att det var ett önskat barn och att det betydde någonting (Lou et al., 2021).

“Yeah, that was a punch in the gut ... I shouldn't have asked about that... because it was just a fetus to me. Until I found out that it was a girl. ... Then it was my little girl, you know...” (Lou et al., 2021, s. 4).

7.3.2 Att se fostret eller inte

Något som många kvinnor och partners tog upp var frågan kring att se sitt foster efter födseln eller inte (Atienza-Carrasco et al., 2020; Carlsson et al., 2016; Carlsson & Mattsson, 2018; Lafarge et al., 2013; Lotto et al., 2016). Några föräldrar uttryckte att de hade önskat att få mer tid på sig att fundera på om de ville se fostret eller inte. Det upplevdes som att det inte fanns utrymme att tänka efter vad som kändes bäst (Carlsson & Mattsson, 2018). Många beskrev det som viktigt och nödvändigt och kände att det gav dem ett viktigt avslut och ett inre lugn (Atienza-Carrasco et al., 2020; Carlsson et al., 2016).

“Seeing it showed me that it was real. Although it was tough, it was necessary to get over this chapter in my life” (Atienza-Carrasco et al., 2020, s. 1232).

Att se fostret gjorde allt mer verkligt vilket underlättade en känslomässig återhämtning. Att spendera tid tillsammans med fostret efter födseln beskrevs som ett första och viktigt steg att slutgiltigt acceptera och hantera förlusten (Carlsson & Mattsson, 2018; Lafarge et al., 2013; Lotto et al., 2016). För flera av kvinnorna och deras partners var det viktigt att fysiskt se fostrets tydliga defekter och avvikelser. Det gav dem en bekräftelse och en känsla av att de gjort rätt beslut (Lotto et al., 2016).

“... and I guess that as soon as we saw our little [baby] we knew that we’d, you know [made the right decision]. We could physically see the abnormalities, you know she had a cleft lip even though [the] fingers and toes were all formed perfectly, [the] brain was not, and half [the] skull was missing” (Lotto et al., 2016, s. 17).

Vissa tyckte dock att det var väldigt jobbigt och obehagligt att se hur skadat fostret var (Lafarge et al., 2013; Lotto et al., 2016). Å andra sidan kunde det upplevas som mycket svårt för de föräldrar vars foster inte hade en tydligt synlig defekt. Här spelade det stor roll att få ett slutgiltigt svar från en senare obduktionsrapport som kunde bekräfta att fostrets avvikelse eller skada stämde överens med den prenatala diagnosen, trots att det inte var synligt för föräldrarna vid födseln (Asplin et al., 2014; Lafarge et al., 2013; Lotto et al., 2016).

Ett flertal kvinnor och partners ville inte se sitt foster efter födseln. Det kunde finnas flera orsaker till varför, bland annat var det på grund av rädslan över hur fostret skulle se ut. Många uttryckte en rädsla över att se sitt foster med skador och avvikande utseende. Vissa beskrev att det handlade om att det kändes för smärtsamt och svårt att se sitt döda foster. Det fanns en

rädsla över att fostret skulle visa livstecken och att det skulle skapa ett trauma och försvåra det psykiska läkandet (Atienza-Carrasco et al., 2020; Carlsson et al., 2016; Lotto et al., 2016). Ett föräldrapar beskrev hur de bad vårdpersonalen att ta iväg fostret efter födseln och sedan berätta för dem hur fostret såg ut, innan de själva såg det. Detta för att kunna förbereda sig själva på vad de skulle mötas av (Lotto et al., 2016). En del föräldrapar som valde att inte se sitt foster kände ånger efteråt (Atienza-Carrasco et al., 2020; Carlsson et al., 2016; Lotto et al., 2016).

Några av de kvinnor och partners som valde att se och tillbringa tid med fostret efter födseln uttryckte hur viktigt det var för dem att vårdpersonalen behandlade fostret med värdighet och respekt, precis som om det hade varit ett fullgånget och levande barn. En barnmorska hade hjälpt till med att ta på kläder och göra hand- och fotavtryck, vilket hade varit väldigt betydelsefullt för det paret (Obst et al., 2021).

7.4 Känslor av skuld och skam

Genomgående och återkommande hos många kvinnor och partners var känslan av skuld och skam gällande avbrytande av graviditeten. Många upplevde att det fanns ett stigma kring beslutet och upplevde det som svårt att prata om med utomstående (Jackson et al., 2023; Lotto et al., 2016; Maguire et al., 2015; Obst et al., 2021; Pitt et al., 2016). Vissa berättade inte alls att de hade gjort ett avbrytande på grund av fosteravvikelse utan valde istället att säga att de fått ett missfall, för att undvika andras dömande åsikter. Det upplevdes vara mer socialt accepterat att ha fått ett missfall. Flertalet kvinnor upplevde det som att de, trots ett aktivt beslut om avbrytande, inte heller hade haft något val i sina beslut. Det var då lättare att för omgivningen beskriva det som att de hade fått ett missfall (Maguire et al., 2015; Obst et al., 2021).

“I’ve had to tell the girl at work that we lost it rather than what we decided to do, to end the pregnancy. Abortion has such strong, you know people have such strong views about it...I just don’t want to have to justify my decision to other people” (Lotto et al., 2016, s. 17).

Några deltagare beskrev att de tror att de hade känt ännu starkare skuld- och skamkänslor om de berättat som det var, på grund av stigmatiseringen kring detta ämne. Vissa föräldrar hade dock snarare upplevelsen av att det fanns skuld, skam och stigma generellt kring att gå miste om en graviditet, oavsett hur förlusten sett ut. Det kunde därför upplevas som svårt att över

huvud taget berätta om förlusten för vänner och familj. Oavsett var det tydligt för många att känslorna kring skuld, skam och stigma gjorde det svårt att bearbeta det som hänt och det förstärkte känslan av sorg och ångest (Obst et al., 2021).

Vissa föräldrar uttryckte även en känsla av skuldkänslor kring själva avvikelserna. Vissa kände att de var ansvariga för fostrets avvikelse eller diagnos (Maguire et al., 2015; Obst et al., 2021). En kvinna berättade hur hon la skulden på sig själv för avvikelserna och var övertygad om att det handlade om att hon tagit läkemedel under graviditetens början som kanske kunnat vara skadliga. En annan kvinna berättar att hon egentligen visste att hon inte hade kunnat förhindra den skada som uppkommit, men att hon ändå inte kunde sluta anklaga sig själv för situationen de hamnat i (Maguire et al., 2015).

7.5 Att vara partner

Att vara partner i processen kring avbrytande av graviditet beskrevs på olika sätt. Många partners beskrev att de hamnade i andra hand och i skuggan av kvinnan. Detta var något som det uttrycktes förståelse för, men som samtidigt upplevdes som mycket svårt. Många beskrev även en avsaknad av rutin i vården kring partners behov och lämpligt stöd till dem. Det uttrycktes en förståelse för att det huvudsakligt fokus låg på kvinnan och hennes emotionella och fysiska smärta, men partners kände fortfarande att detta var en svår upplevelse även för dem (Carlsson & Mattsson, 2018; Lotto et al., 2016; Obst et al., 2021).

Partners stöd återkom som en mycket viktig aspekt. Flera kvinnor beskrev att stödet de fick från sin partner under hela processen kring avbrytandet var det viktigaste och huvudsakliga stödet. Att känna en samhörighet och känna att man gick igenom denna svåra process tillsammans var något som betydde väldigt mycket (Atienza-Carrasco et al., 2020; Lafarge et al., 2013; Obst et al., 2021). Dock kunde flera partners ha känslan av att de inte visste hur de skulle stötta kvinnan på bästa sätt. Många kände sig hjälplösa och värdelösa i den situationen och uttryckte att det hade varit värdefullt att få mer hjälp från vården i hur de kunde stötta sin kvinna på bästa sätt (Obst et al., 2021).

Många partners till kvinnorna nämnde att de själva inte fokuserade så mycket på sin egen sorg och det trauma de tvingades gå igenom, utan att de istället fokuserade på kvinnan och att hon skulle må så bra som möjligt genom processen (Lotto et al., 2016; Obst et al., 2021). Flera partners beskrev att deras huvudfokus under hela avbrytandet var kvinnans fysiska och

psykiska välmående. Detta kunde dock leda till att partners helt glömde bort sina egna behov kring hantering av sorg och känslor (Obst et al., 2021). Övergripande förklarade många partners det som att det var en svår situation att vara stödjande och samtidigt bära på en egen stor sorg. Några partners beskrev till exempel att de hade svårt att prata om sorgen med kvinnan då de inte ville belasta henne mer och bidra till ytterligare svåra känslor och ångest (Carlsson & Mattsson, 2018; Lotto et al., 2016; Obst et al., 2021). Det fanns också de partners som beskrev att det kändes svårt att söka stöd efteråt, delvis på grund av upplevda sociala förväntningar att man som man ska kunna klara sig själv och först och främst stötta sin familj (Obst et al., 2021).

“I just didn’t give myself a second thought, for what it meant for me, or how it was affecting me, because she’s the one carrying the baby ...” (Obst et al., 2021, s. 2724).

7.6 Den upplevda abortvården

7.6.1 En god vårdupplevelse

Vårdpersonalens stöd ansågs som mycket viktigt för kvinnornas upplevelse av abortprocessen. Stöd innebar både emotionellt och fysiskt stöd men även att lyssna på kvinnan och hjälpa henne med sina rädslor (Lafarge et al., 2013). Ett flertal föräldrar beskrev att de erhållit ett gott stöd och en god vård i samband med avbrytandet av graviditeten (Asplin et al., 2014; Atienza-Carrasco et al., 2020; Jackson et al., 2023; Lafarge et al., 2013; Lotto et al., 2016; Obst et al., 2021;).

“We experienced the care as perfect; they were professional and they helped me attach to my boy” (Asplin et al., 2014, s. 623).

Föräldrar upplevde att vårdpersonal gav känslösam och omsorgsfull vård till båda parter (Obst et al., 2021). Vidare upplevde kvinnor att vårdpersonalen var medmänskliga, empatiska och tålmodiga (Atienza-Carrasco et al., 2020). Hängiven och trygg personal som vårdade kvinnorna och paren upplevdes som viktigt (Lotto et al., 2016). Föräldrar upplevde att det var viktigt att vårdpersonal förstod hur traumatiskt det var för dem att erhålla prenatala diagnosen om fosteravvikelse och hur det förändrade deras upplevelse samt deras känsla av att passa in (Jackson et al., 2023). Att erhålla en empatisk vård värdesattes högt (Asplin et al., 2014; Atienza-Carrasco et al., 2020; Carlsson et al., 2016; Lafarge et al., 2013). Den goda, empatiska och även strukturerade vården som kvinnor upplevde uppgavs bero på att

vårdgivarna hade en plan över vården (Asplin et al., 2014).

“The nurses and other staff made my stay in the hospital more bearable ... at the most painful moments they were always there. I felt they were there for me” (Atienza-Carrasco et al., 2020, s. 1231).

Utöver stöd från vårdpersonal var även religiöst stöd viktigt för vissa föräldrar och bidrog till en god vårdupplevelse. En kvinna beskrev att sjukhusets pastor var underbar, sympatisk och förstående vilket hjälpte paret i sin sorg (Lafarge et al., 2013). Det uppskattades även av föräldrar när personalen ansträngde sig för att vårdmiljön skulle vara så bra som möjligt. Att barnmorskan mötte upp föräldraparet redan i sjukhusentrén var ett exempel - och att sedan inte behöva vårdas i direkt samband till nyblivna mammor och nyfödda barn bidrog till en god vårdupplevelse (Lotto et al., 2016; Pitt et al., 2016).

“The only good thing was ... we did not see a single baby, which was nice, especially when you know you are losing your baby...” (Lotto et al., 2016, s. 17).

Flera föräldrar beskriver hur de fick uppmuntran och hjälp från vårdpersonalen att bevara minnen från sitt foster, såsom exempelvis hand- och fotavtryck och bilder. Detta uppskattades mycket av de allra flesta, även om det initialt kunde kännas konstigt för vissa föräldrar att spara sådana saker (Jackson et al., 2023; Lafarge et al., 2013; Obst et al., 2021; Pitt et al., 2016).

7.6.2 En bristande vårdupplevelse

Ett flertal föräldrar upplevde att vården på många sätt var bristande och inte levde upp till de förväntningar och behov som de hade (Asplin et al., 2014; Atienza-Carrasco et al., 2020; Carlsson et al., 2016; Carlsson & Mattson., 2018; Jackson et al., 2023; Lafarge et al., 2013; Lotto et al., 2016; Obst et al., 2021; Pitt et al., 2016). Många upplevde att de inte fått tillräcklig information kring hur processen kring avbrytandet skulle gå till och vad som skulle hända. Flera upplevde att de inte var beredda på varken den fysiska eller psykiska smärtan (Asplin et al., 2014; Carlsson et al., 2016; Lotto et al., 2016). Vissa uppgav att de erhöll otillräcklig smärtlindring (Asplin et al., 2014; Carlsson et al., 2016). Föräldrar uppgav även att de inte var förberedda på att aborten skulle gå till som en förlossning, hur stort fostret skulle vara eller att de skulle föda fram en efterbörd. Några kvinnor beskrev att de kände att det inte fanns någon tydlig rutin eller riktlinje kring vårdens utformning utan att det berodde

mycket på vilken personal de fick träffa och vad de själva efterfrågade (Asplin et al., 2014; Lotto et al., 2016).

Många kände sig ensamma under abortprocessen och upplevde att de inte fick det stöd de hade behövt (Asplin et al., 2014; Atienza-Carrasco et al., 2020; Carlsson & Mattsson, 2018; Jackson et al., 2023; Lafarge et al., 2013; Lotto et al., 2016; Obst et al., 2021). Personalen upplevdes i flera fall som stressade och hårt belastade vilket ledde till att flera kvinnor fick föda fram fostret i sjukhussalen ensamma utan personalens närvaro. Att möta sitt foster ensam beskrevs som enormt påfrestande. Det uttrycktes i flera fall en förståelse för att personalen hade mycket att göra, men samtidigt var känslan att de hade önskat ett större stöd och en större närvaro från en barnmorska eller sjuksköterska (Asplin et al., 2014; Atienza-Carrasco et al., 2020; Carlsson & Mattsson, 2018; Jackson et al., 2023; Lafarge et al., 2013; Lotto et al., 2016).

“It was so undignified and to see that little body on my own with no support was terrible. I called for the midwife who laughed and made a joke about how quick I had been then she left the room, allowing me then to deliver the after birth myself, again alone” (Lafarge et al., 2013, s. 927).

En kvinna beskrev att kommunikationen mellan henne och vårdpersonalen var bristfällig och att hon kände sig som en börda. Det upplevdes som att hon och hennes foster var en mörk hemlighet på avdelningen som det inte skulle pratas om, och att hon skulle gömmas undan, vilket var en mycket jobbig känsla (Jackson et al., 2023).

En skillnad på upplevelsen av vården framkom mellan de som genomgick sent avbrytande och de som genomgick tidigt avbrytande. De som genomgick tidigt avbrytande fick abortera i ett plastbäcken vilket upplevdes som ovärdigt och förödmjukande. Partners beskrev i detta fall att det upplevdes som att de fick en lägre nivå av vård till skillnad från vid en förlossning och att de kände sig åsidosatta (Obst et al., 2021).

“... when the baby was born and delivered, it was um, essentially into a plastic container, or a bucket, and the sound – I’ll never forget the sound of her landing in that container. And just the feeling of the indignity for her for that was um, just something that’s always stuck with me, and um, also with my wife” (Obst et al., 2021, s.2724).

I vissa fall var själva vårdmiljön något som bidrog till en sämre upplevelse av abortvården.

Att komma till sjukhuset i allmänhet och kvinnosjukvården i synnerhet, och mötas av nallar, ballonger, blommor och tavlor på väggarna föreställande ammande kvinnor med sina nyfödda barn väckte mycket jobbiga känslor hos kvinnorna som kom till sjukhuset för att genomgå ett avbrytande. Det var på samma sätt mycket påfrestande att dela väntrum med kvinnor som kom in för att genomgå planerade kejsarsnitt, eller kvinnor som väntade på att komma in till förlossningsavdelningen för att induceras. Det bidrog till en stark känsla av att inte höra till och att vara på fel plats (Atienza-Carrasco et al., 2020; Pitt et al., 2016). Några kvinnor som behövde vård efter genomgången abort fick vistas på BB tillsammans med nyblivna mödrar och nyfödda barn. Detta upplevdes som mycket ångestfyllt och smärtsamt (Lotto et al., 2016).

7.6.3 Bristande uppföljning

Avsaknad av uppföljning efter avbrytandet återkom flera gånger och var relevant både för kvinnorna såväl som för deras partners (Asplin et al., 2014; Atienza-Carrasco et al., 2020; Jackson et al., 2023; Lafarge et al., 2013; Obst et al., 2021). Vissa kvinnor fick inte någon uppföljning från vården över huvud taget utan fick förlita sig på stödet från vänner och familj. Känslan av att vara bortglömd och oviktig beskrevs av flera kvinnor (Asplin et al., 2014; Atienza-Carrasco et al., 2020).

Stödet från vårdpersonalen under abortprocessen beskrevs som mycket viktigt och avgörande. Många kvinnor uttryckte att de därför trodde att de hade blivit mycket hjälpta av att få någon slags kontakt eller uppföljning av vården även efteråt (Lafarge et al., 2013).

Att plötsligt och snabbt gå från att vara gravid till inte gravid upplevdes medföra ett helt annat bemötande och omhändertagande vilket många kvinnor blev smärtsamt medvetna om (Pitt et al., 2016). Det beskrevs som en chock att så snabbt gå från gravid till inte gravid och behöva anpassa sig till den nya situationen. Flera beskrev att vården släppte taget om dom och inte verkade ha något ansvar så fort som aborten var genomförd (Asplin et al., 2014).

”After termination and not being pregnant anymore the help you get is bugged all; no one cares about you” (Asplin et al., 2014, s. 623).

De kvinnor som faktiskt fick en uppföljning eller avslutande samtal tyckte att det var bra och värdefullt då det blev en möjlighet till att få ställa frågor. Dock ansåg att de själva hade fått ta initiativ till det och att det inte verkade ha funnits några rutiner kring det från vårdens sida (Asplin et al., 2014).

8. Diskussion

8.1 Metoddiskussion

I metoddiskussionen kommer flertal aspekter kring litteraturstudiens styrkor och svagheter att diskuteras. Trovärdighet är ett centralt begrepp som används för att värdera och beskriva vetenskaplig kvalitet i en kvalitativ studie. Trovärdigheten bedöms utifrån de fyra aspekterna överförbarhet, tillförlitlighet, verifierbarhet och giltighet (Kristensson, 2014).

8.1.1 Design

Denna studie är baserad på en litteraturöversikt med kvalitativ ansats. Valet att genomföra en litteraturöversikt för att besvara studiens syfte betraktas som en styrka. Enligt Kristensson (2014) är en litteraturöversikt av flera skäl motiverat att genomföra framför en empirisk studie. Ett av skälen är att en litteraturöversikt sammanställer befintlig vetenskaplig forskning inom ett visst ämne vilket kan bidra till att hälso- och sjukvården får underlag till att bedriva evidensbaserad vård (Kristensson, 2014). Studien hade dock även kunnat genomföras med en kvalitativ intervjustudie vilket även hade besvarat studiens syfte och gett ett resultat mer baserat på enbart Sveriges kontext.

8.1.2 Datainsamling

Handledning under litteratursökningen erhöles av bibliotekarie från Karolinska Universitetsbiblioteket. Det anses som en styrka då det rekommenderas att utföra litteratursökning med hjälp av bibliotekarie enligt Forsberg och Wengström (2016). Vidare anser Rosén (2017) att en litteratursökning med fördel kan ske tillsammans med bibliotekarie då de kan bidra med återkoppling och bedöma sökningens specificitet samt sensitivitet. Specificitet innebär att sökningen resulterar i relevanta artiklar medan sensitivitet innebär att sökningen genererar alla potentiella artiklar till studien (Rosén, 2017).

Litteratursökningen genomfördes i två databaser, CINAHL och PubMed. Valet av databaser anses adekvata baserat på studiens syfte då dessa enligt Forsberg och Wengström (2016) bland annat innehåller vetenskapliga artiklar om omvårdnad och medicin. Att litteratursökningen genomfördes i två databaser anses öka studiens trovärdighet eftersom det ökar sökningens sensitivitet (Henricson, 2017). Sökningen i de två databaserna genererade även i ett större antal dubletter av inkluderade artiklar vilket anses vara en styrka då det

indikerar på en slags datamättnad. Datamättnad innebär att insamlandet av data inte genererar i nya artiklar (Polit & Beck, 2021). En svaghet gällande studien kan anses vara att inte fler databaser inkluderades i sökningsprocessen. Sökning i fler databaser hade kunnat generera i fler relevanta artiklar till studien dvs hade kunnat öka studiens sensitivitet och trovärdighet ännu mer. Sökning i fler databaser genomfördes dock inte på grund av tidsbegränsning av genomförandet av studien samt då flertalet artiklar som inkluderades genom urvalet var dubletter.

Sökorden som användes under litteratursökningen identifierades utifrån de nyckelbegrepp som återfinns i studiens syfte samt synonymer till dessa nyckelbegrepp. Att urskilja sökord på detta vis stöds av Kristensson (2014). Det finns dock en risk att inte samtliga synonymer till nyckelbegreppen identifierades vilket skulle kunna generera i att artiklar utelämnats vilket anses som en svaghet. Indexord utformades från sökorden och användes i litteratursökningen vilket medförde att sökningen blev mer specifik (Kristensson, 2014). Då inte alla artiklar är indexerade ansågs även fritextsökning vara av relevans (Henricson, 2017). Fritextsökning bidrog till ökad sensitivitet i sökningen eftersom fler artiklar framträdde (Kristensson, 2014). På samtliga ord i fritextsökning användes trunkering vilket anses som en styrka då trunkering resulterar i att utformningar och ändelser av ett specifikt ord täcks in i sökningen. Detta resulterar i att sökningen blir mer sensitiv (Karlsson, 2017). Fritextsökning och indexord kombinerades under litteratursökningen med booleska operatorer. "OR" användes mellan synonymer i fritextsökning och indexord vilket gav en mer sensitiv sökning. "AND" användes när sökord kombinerades för att finna artiklar som avhandlade samtliga sökord, detta bidrog till en mer specifik sökning (Forsberg & Wengström, 2016). En kombination mellan fritextsökning och sökning på indexord i databaserna anses vara en styrka i studien då det ökar sökningens specificitet enligt Henricson (2017). Sökstrategin i denna litteraturöversikt anses vara av god kvalitet då den är utformad med hänsyn till både sensitivitet och specificitet genom ovan nämnda beskrivning. Enligt Rosén (2017) är den bästa möjliga sökstrategin både sensitiv och specifik - det vill säga den identifierar väsentliga artiklar utan alltför många irrelevanta artiklar.

Datainsamlingen är tydligt beskriven i arbetet och sökningen återfinns i detalj i sökmatrix, bilaga 1. En tydligt beskriven metod stärker studiens verifierbarhet enligt Henricson (2017). I sökmatrixen framgår även tydligt under vilken tidsperiod som data samlades in. Att framställa tydligt när datainsamling skett är ett tillvägagångssätt för att påvisa giltighet i studien enligt

Kristensson (2014). Giltighet innebär hur pass stabil insamlade data är över tid och därmed även hur stabilt resultatet är (Kristensson, 2014).

8.1.3 Urval

Inklusions- och exklusionskriterier har använts i studien. Att genomföra avgränsningar i en studie uppger Kristensson (2014) är viktigt för att kunna inkludera relevant data till studien. Samtliga inkluderade artiklar i studien är peer reviewed vilket stärker studiens trovärdighet eftersom samtliga inkluderade artiklar i studien är vetenskapligt bedömda (Henricson, 2017).

Endast kvalitativa artiklar har inkluderats i litteraturstudien vilket anses öka studiens trovärdighet. Enligt Henricson (2017) ökar en litteraturstudies trovärdighet när inkluderade artiklar har samma studiedesign. I litteraturstudien inkluderades endast artiklar som var publicerade mellan 2013 och 2023 för att författarna önskade att erhålla så aktuell forskning som möjligt till studien. Att vidta avgränsningar för att inkludera så aktuell forskning som möjligt stöds av Kristensson (2014) som uppger att en studie bör innehålla så aktuell forskning som möjligt, det är däremot inte betonat vilken tidsbegränsning som är mest lämplig. Valet att begränsa litteraturstudien till 10 år kan därav ifrågasättas och det finns en risk att artiklar publicerade tidigare än 2013 som svarade på studiens syfte förbigåtts.

Samtliga inkluderade artiklar i studien var publicerade på engelska. Att genomföra en begränsning till de språk som författarna behärskar stöds av Kristensson (2014). Ingen av författarna har engelska som modersmål och därav finns en begränsad kunskap i det engelska språket. Detta utgör en risk för att en felaktig tolkning av artiklarna sker som kan påverka resultatet vilket anses som en svaghet (Kjellström, 2017). Detta har dock författarna haft i åtanke och för att minska risken för feltolkning har engelska lexikon använts och samtliga artiklar har bearbetats oberoende av varandra och sedan diskuterats.

Samtliga artiklars abstracts lästes i första urvalet vilket anses som en styrka då risken för att relevanta artiklar utesluts minskar till skillnad från om ett urval baserat på artiklarnas titlar först hade skett. Abstracts lästes oberoende av författarna, därefter diskuterades artiklarnas relevans för inkludering i studien sinsemellan författarna. De artiklar som minst en av författarna ansåg adekvat till studiens syfte eller där osäkerhet förekom lästes i fulltext. Detta anses vara en styrka då Rosén (2017) beskriver att det är bättre att granska artikeln ytterligare vid osäkerhet så att ingen relevant artikel utesluts. Artiklarna lästes i fulltext oberoende av

författarna och därefter diskuterades artiklarnas relevans till studien gemensamt av författarna. Att genomföra ett urval på detta sätt verifieras av SBU (2020). SBU (2020) beskriver att urvalet ska ske i flera steg varav artiklar ska granskas oberoende av författare och sedan ska ett konsensusutförande ske varav det beslutas vilka artiklar som ska ingå i studien.

Överförbarhet syftar till i vilken utsträckning studien kan överföras till andra kontexter (Mårtensson & Fridlund, 2017). Samtliga inkluderade artiklar i studien är utarbetade i västvärlden. Anledningen till att endast artiklar där studier utförts i västvärlden inkluderats är för att författarnas mål var att litteraturstudiens resultat skulle bli överförbart till Sveriges kontext. De artiklar som inkluderats är utformade i Sverige, Danmark, Storbritannien, Spanien, USA, Irland och Australien. Anledningen till att endast artiklar från västvärlden inkluderats beror på att i västvärlden finns det större likheter mellan abortlagarna till skillnad från övriga världen. I västvärlden utgår de flesta länder från att det ska vara fri abort fram till en viss graviditetsvecka och/eller vid medicinsk indikation (Center for reproductive rights, u.å). En likhet mellan de inkluderade ländernas abortlagar, kulturella likheter samt likheter i sjukvårdens kvalitet anser författarna medföra att litteraturstudiens resultat kan bli överförbart till Sverige men även till andra västerländska kontexter. Ett bredare perspektiv hade säkerligen kunnat erhållas om artiklar från samtliga delar av världen inkluderats men författarna anser att det hade bidragit till ett resultat som inte blivit överförbart till Sverige med tanke på de stora skillnaderna i abortlagar, religion och sjukvårdsystem.

Det går dock att föra en diskussion vidare kring att två av studierna som inkluderades i litteraturstudien är utförda i Irland respektive USA där religion har ett stort inflytande och där rätten till abort är ett pågående debatterat ämne. Irland har länge haft en av världens mest restriktiva abortlagar. År 2018 röstades en ändring av Irlands abortlag igenom vilket har resulterat i att abort nu är tillåtet fram till graviditetsvecka 12 samt efter graviditetsvecka 12 om fostret har en dödlig avvikelse (Taylor et al., 2020). Studien som är utförd i Irland genomfördes efter att deras abortlag ändrades men det kvarstår dock ett faktum att stigmatiseringen kring abort fortsatt kan vara högre i detta land och därmed påverka den vård som ett par erhåller vid abort. Därmed kan resultatet i studien från Irland vara mindre överförbart till Sveriges kontext samt även påverka litteraturstudiens resultat i form av en mer negativ aspekt vilket anses som en svaghet. Studien som är genomförd i USA är genomförd i delstaterna Kalifornien och Michigan. I Kalifornien och i Michigan är abort enligt lag tillåtet fram tills fostret anses livsdugligt, vanligen mellan graviditetsvecka 24 och 26 (Abortion

Finder, u.å-a; Abortion Finder, u.å-b). Detta är likt abortlagen i Sverige och därav anses överförbarhet av den studien vara relevant till Sveriges kontext. Dock kvarstår dilemmat att rätten till abort skiljer sig mellan de olika delstaterna i USA och att USA år 2022 hävt lagen som förbjuder delstaterna att införa abortförbud (RFSU, 2022). Studien från USA som inkluderas i denna litteraturstudie är dock publicerad år 2015 och har inte påverkats av deras ändring av abortlagen år 2022.

8.1.4 Kvalitetsgranskning

Kvalitetsgranskning utfördes med hjälp av granskningsmall från SBU, vilket Rosén (2017) förordar. Endast artiklar som hade obetydliga eller mindre brister inkluderades i studien vilket anses stärka studiens trovärdighet. Kvalitetsgranskningen genomfördes oberoende av författarna och sedan jämfördes granskningarna vilket stärker tillförlitligheten enligt Henricson (2017). Författarna som genomförde kvalitetsgranskningen har dock begränsade kunskaper gällande studiemetodik vilket medför att kvalitetsgranskningen kan vara något bristfällig vilket anses som en svaghet.

Data från respektive studie som inkluderats i denna litteraturstudie anses vara tillförlitlig av författarna efter kvalitetsgranskning. Dock är författarna transparanta med att kultur, religion och skillnad i abortlagar mellan samtliga inkluderade länder alltid har en inverkan på de enskilda studiernas resultat. Därmed har det även en inverkan på överförbarheten till annan kontext samt på hur resultatet i denna litteraturstudie utformats.

8.1.5 Dataanalys och förförståelse

Processen under dataanalysen är tydligt beskriven och båda författarna har kontrollerat analys, data samt resultat vilket ökar neutraliteten och minskar risken av att oavsiktligt förvränga data (Mårtensson & Fridlund, 2017). Även Kristensson (2014) beskriver att när flera personer är delaktiga under datainsamling och dataanalys så sker triangulering vilket stärker litteraturöversiktens tillförlitlighet eftersom det minskar risken för att en enskild persons förförståelse påverkar resultatet. Tillförlitlighet innebär hur sanningsenligt resultatet som presenteras är samt hur tolkningar som genomförts utifrån datamaterialet är grundade och inte genomförda utifrån förutfattade meningar från författarna (Kristensson, 2014).

Enligt Mårtensson och Fridlund (2017) finns det en risk för att författarnas tidigare erfarenheter och förutfattade meningar medför en inverkan på datainsamling samt analys av

data. En studie erhåller en ökad tillförlitlighet om författarna redogör sin förförståelse (Mårtensson & Fridlund, 2017). En förförståelse av sjukvården och sjuksköterskans kompetensområden genom yrkesmässig erfarenhet finns hos författarna i litteraturstudien. Författarna har arbetat som sjuksköterskor i fyra år, ena författaren inom barnsjukvård och andra författaren inom akutsjukvård samt gynekologi. Ingen av författarna har arbetat inom abortvården och har därav ingen yrkesmässig erfarenhet av detta vilket kan anses som en svaghet då det föreligger en mindre förförståelse inom ämnet. Den förförståelsen som författarna har av abortvården är baserat på teoretisk kunskap samt verksamhetsförlagd utbildning under barnmorskeprogrammet. Under studiens gång har författarna diskuterat sin förförståelse med varandra för att minska risken för att denna ska påverka resultatet. Enligt Henricson (2017) går det dock aldrig att utesluta förförståelsens inverkan på analysen och därav på resultatet.

För att uppnå tillförlitlighet behöver även rätt typ av meningsbärande enhet väljas ut under dataanalysen så att inte textens betydelse försvinner under kondensering. För att ytterligare stärka studiens tillförlitlighet har därför dataanalysen beskrivits tydligt och så transparent som möjligt. Även exempel på hur meningsenheter har kondenserats och abstraktioner har genomförts i dataanalysen återfinns i litteraturstudien vilket stärker tillförlitligheten (Graneheim & Lundman, 2004).

I resultatet har citat från intervjuer i de inkluderade artiklarna redovisats. Enligt Graneheim och Lundman (2004) stärker detta studiens verifierbarhet eftersom läsaren får en uppfattning om det insamlade datamaterialet och att resultatet är en godtagbar tolkning av det insamlade datamaterialet. En tydlig beskrivning av resultat tillsammans med citat ökar även tillförlitligheten (Graneheim & Lundman, 2004).

8.1.6 Etiska överväganden

Tydliga etiska överväganden har beskrivits samt genomförts i litteraturstudien vilket anses som en styrka. Endast artiklar som har etiskt godkännande från en etisk kommitté har inkluderats i studien. Detta anses som en styrka då ett viktigt etiskt övervägande i en litteraturstudie enligt Forsberg och Wengström (2016) är att välja artiklar som har etiskt godkännande. All data som bedöms av författarna svara på studiens syfte har redovisats i resultatet vilket enligt Forsberg och Wengström (2016) är en viktig etisk aspekt då det är oetiskt att presentera ett selektivt resultat.

8.2 Resultatdiskussion

I den här litteraturstudien undersöktes föräldrars upplevelse av att avbryta en graviditet på grund av fosteravvikelse. Resultatet bygger på elva vetenskapliga kvalitativa artiklar. Vid dataanalys identifierades sex huvudkategorier och tio subkategorier som resultatet presenteras i. Under de sex kategorierna kunde resultatens huvudfynd placeras in. De sex kategorierna var: *Att ta beslutet*, *Att genomgå abortprocessen*, *Relationen till fostret*, *Känslor av skuld och skam*, *Att vara partner* och *Den upplevda abortvården*. Diskussion kommer föras kring fem aspekter av huvudresultatet.

8.2.1 Beslutet att avbryta graviditeten

Ett av resultatets huvudfynd rörde beslutsfattandet kring avbrytandet av graviditeten. Resultatet belyste hur svårt, smärtsamt och känslösamt det var att fatta beslut om att avbryta graviditeten efter att ha fått beskedet om fosteravvikelse. Tidigare studier av Andersson et al. (2014) och Koponen et al. (2013) styrker detta resultat då även de uppger att föräldrar upplevde att beslutet kring att avsluta en graviditet var ett dilemma som var känslomässigt svårt. Det framkom även i tidigare studie att det fanns en ambivalens kring beslutsfattandet där det blivande barnets och även föräldrarnas livskvalitet togs i beaktning vid beslutsfattandet (Gawron et al., 2013). Aspekten att föräldrarnas livskvalitet togs i beaktning i beslutsfattandet framkom inte i denna studies resultat. Dock framkom det att en avgörande faktor till beslutet att avbryta graviditeten var att föräldrarna inte ville orsaka lidande för det kommande barnet. I en svensk studie från 2013 framkom det också att den viktigaste och mest avgörande aspekten i valet av att avsluta en graviditet var allvarlighetsgraden av avvikelser. Detta gällde både för kvinnor som valde att behålla graviditeten och för de som valde att avbryta. Även socioekonomiska faktorer samt huruvida kvinnan hade haft svårigheter att bli gravid vägrade in och spelade roll i beslutsfattandet (Asplin et al., 2013).

För att kunna genomföra ett informerat val om graviditetens fortgång framkom det i resultatet att vårdpersonalens stöd, information och bekräftelse spelade stor roll i beslutsfattandet. Enligt tidigare studie av Hodgson och McClaren (2018) framkommer det att det är av stor betydelse att föräldrar erhåller noggrann information om den fosteravvikelse som prenatalt diagnostiserats samt om valmöjligheter kring graviditeten för att kunna göra ett val som baseras på en förståelse kring situationen. Vidare uppger tidigare studie att information till föräldrar är av värde för att de ska uppleva en känsla av kontroll för att kunna genomföra ett

informerat val (Gawron et al., 2013). I en studie av Hertig et al. (2014) skildras dock dilemmat att läkare självklart endast ska ge adekvat information så att paret själva kan ta ett beslut kring graviditeten men att det finns en möjlighet för läkare att betona vissa saker i informationen som kan påverka föräldrar till att ta ett visst beslut. I en norsk studie från 2013 återkommer detta ytterligare. Där kunde man visa på att de allra flesta gravida kvinnor önskade göra den fosterdiagnostik som fanns tillgänglig och erbjöds, men att de inte ville fatta beslutet om vidare invasiva ingrepp på egen hand. Samtidigt uttrycktes från flera håll att det ändå kändes viktigt och självklart att det slutgiltiga beslutet och valet kring invasiv diagnostik, samt kring ett eventuellt avbrytande, låg på kvinnan enkom (Aune & Möller, 2012).

8.2.2 Vårdpersonalens stöd

Ett annat huvudfynd i resultatet är den upplevda abortvården som både upplevdes som god och bristande. Ett flertal föräldrar beskrev att de erhållit ett gott stöd och en god vård i samband med avbrytandet av graviditeten. Det framgår dock även i resultatet att flera föräldrar upplevde att vården under avbrytandet av graviditeten var bristande och inte levde upp till de förväntningar och behov som de hade. Tidigare studie har även visat att upplevelsen av abortvården i vissa fall var bristande och på så vis negativ men även positiva upplevelser av abortvården har presenterats. Då abortvården i dessa fall upplevts som mer negativ har vårdgivare visat på ett bristande empatiskt och förstående omhändertagande av föräldrarna (Koponen et al., 2013). Betydelsen av att vården ger ett empatiskt stöd där föräldrar tillåts bearbeta sina känslor och dilemman uttrycks i en studie av McCoyd (2007). Enligt resultatet i denna litteraturstudie framgår det att en av anledningarna till att vården upplevdes som bristande under aborten var för att många föräldrar kände sig ensamma under abortprocessen och inte erhöll det stöd som de hade behövt. Stödet under en abort har enligt en tidigare studie av Andersson et al. (2014) visat sig ha stor inverkan på föräldrars långsiktiga välmående och hur de hanterar aborten. Stödet av vårdpersonal och av närstående hjälper kvinnan att omvandla en oro till en känsla av att ha kontroll över situationen (Andersson et al., 2014). Att stödet präglas av empati och att vårdpersonal visar att de erhåller kompetens har i en studie av Slade et al. (2001) visat vara centralt för att kvinnan ska uppleva trygghet. Även i denna litteraturstudies resultat framgår vikten av ett gott stöd då vårdpersonalens stöd ansågs som mycket viktigt för kvinnornas upplevelse av abortprocessen.

Enligt studiens resultat framkom det av föräldrar att vårdpersonal upplevdes som stressade och hårt belastade vilket ansågs vara en av orsakerna till bristen på stöd som vissa föräldrar upplevde. Enligt FN:s befolkningsfond (2021) saknas det globalt inom vården ca 900 000 barnmorskor. Enligt författarnas egna erfarenheter som sjuksköterskor och barnmorskestudenter anses det som ett relevant resonemang att belastningen på barnmorskorna är en anledning till att stödet inte upplevs vara tillräckligt. I en amerikansk studie från 2015 undersöktes om stödet från en doula kunde vara hjälpsamt och lindrande för kvinnor som genomgick abort. I den studien var dock aborterna inte enbart på grund av fosteravvikelse. Närvaron och stödet av en doula visade sig inte ha någon signifikant betydelse på kvinnornas fysiska smärtupplevelser, men däremot bidrog doulans stöd till en tryggare och bättre upplevelse i stort. När kvinnorna fick frågan om sina upplevelser efter genomgången abort var det ett enhälligt och tydligt resultat. 96 % av de kvinnor som erhöll en doula under sin abort rekommenderade det starkt och uttryckte att det hade hjälpt dem. Nästan samtliga kvinnor av dessa 96 % uttryckte att en doula under abort borde vara standard i abortvården (Chor et al., 2015). Med bakgrund i denna rapport kan man anta att en doula som stöd vid en abort på grund av fosteravvikelse hade varit hjälpsamt och betydelsefullt för både kvinnor och deras partners.

8.2.3 Uppföljning efter avbrytande

Enligt den svenska abortlagen skall det erbjudas stödsamtal till kvinnan efter en abort (SFS 1974:595). Enligt resultat från denna litteraturstudie framkom det dock att det fanns en avsaknad av uppföljning och eftervård av föräldrar efter avbrytandet av graviditeten. En avsaknad av eftervård efter ett avbrytande av graviditet framgår även i tidigare studie av Koponen et al. (2013). Vidare anges det i denna studie att mödrar uttryckt att tiden efter avbrytandet var mycket emotionell och att kvinnor som genomgått abort hade varit i behov av samt önskat ett professionellt stöd (Koponen et al., 2013). Enligt en studie av McCoyd (2009) var uppföljning livsviktig för vissa kvinnor då de efter aborten isolerat sig själva. Ett uppföljningssamtal var till stor hjälp för att få hjälp med att hantera de känslor som uppstod efter aborten (McCoyd, 2009).

8.2.4 Vårdmiljöns inverkan på den upplevda abortvården

Att vårdmiljön inte var anpassad efter kvinnornas behov återkom som ett viktigt fynd i litteraturstudiens resultat. Många kvinnor lyfte en känsla av att vara på fel plats och att inte

passa in bland höggravida kvinnor som var på sjukhuset för att föda, eller tillsammans med nyförlösta kvinnor på BB. Att uppleva den känslan av att vara malplacerad kunde bidra till känslor av utanförskap och alienering. Detta stöds ytterligare av Fisher och Lafarge (2015) vars studie också tar upp aspekten kring vårdmiljön vid avbrytande av graviditet. Även där uttryckte kvinnor att det varit svårt att vistas i samma lokaler som höggravida och nyförlösta och att det förstärkt svåra känslor. Dock lyfts här även att ett fåtal kvinnor uttryckte att de uppskattade att vistas på en vanlig förlossningsavdelning då det gav dem en bekräftelse att de var lika mycket födande kvinnor som övriga på avdelningen, och att deras födsel förtjänade lika god vård som vilken annan födsel som helst (Fisher & Lafarge, 2015).

8.2.5 Att vara partner

Upplevelsen av att vara partner identifierades som en kategori i resultatet. Många partners beskrev en känsla av att vara åsidosatta och det upplevdes inte som att vårdpersonal gav dem ett riktat stöd trots att avbrytandet var en svår upplevelse även för dem. I en studie från 2021 uppkom samma resultat: partners kände sig i många fall exkluderade och inte sedda av vårdpersonal och sjukvården i stort (Kecir et al., 2021). I en annan studie framkommer det även att partners uppmuntras vara delaktiga under kvinnans besök inom obstetrike men att de är åsidosatta. Detta tros kunna bero på att en partners roll inom obstetrike karakteriseras som en stödjande funktion till kvinnan och att partners känslor därav inte tas i beaktning. Att vara en manlig partner och ha rollen som stödjande funktion och att beskydda kan ses som en västerländsk uppfattning om maskulinitet. Vidare klargörs det att även om partners uppmuntras att vara med vid besök inom obstetrike så är inte deras uttryckta känslor välkomna om detta kan påverka deras partners i en negativ utsträckning (Locock & Alexander, 2006). Att inte uttrycka sina känslor för rädsla att orsaka mer lidande för sin partner var något som även framgick i resultatet i denna litteraturstudie. Att inte uttrycka sina känslor som partner i samband med avbrytande av graviditet framkommer även i en tidigare studie av McCoyd (2007). Anledningen till att männen inte uttryckte sin sorg var för att visa styrka och inte orsaka mer lidande för kvinnan. Att partners inte uttrycker sina känslor i samband med avbrytande har dock visat sig i tidigare forskning kunna orsaka att kvinnor upplever en brist på anknytning mellan sig och sin partner samt mellan partner och graviditeten. Detta kan i sin tur leda till en större sorg för kvinnan (McCoyd, 2007).

9. Slutsats

Litteraturstudien uppvisar ett brett resultat kring kvinnors och mäns upplevelser av att avbryta en graviditet på grund av fosteravvikelse. Att ta ett beslut kring att avbryta en graviditet på grund av fosteravvikelse är svårt, omvälvande och smärtsamt. Beslutet grundar sig ofta i en önskan att minska lidande för sitt kommande barn. Att mötas med respekt av en närvarande och stödjande barnmorska är essentiellt för många då abortprocessen ofta är smärtsam, såväl psykiskt som fysiskt. Stigmatisering kring avbrytande av graviditet förekommer och leder ofta till känslor av skuld och skam. Föräldrar kan därmed bli restriktiva med att berätta om sitt avbrytande. Många känner ett behov av stöd efter avbrytandet, men upplever att de inte vet var de kan vända sig. En bättre uppföljning av paren efteråt, ett mer närvarande och empatiskt stöd av barnmorskor såväl för kvinnorna som för deras partners samt en vårdmiljö anpassad för avbrytande av graviditet kan bidra till att vården upplevs som god. Stöd till både kvinnan och partnern i beslutsprocessen, samt under och efter avbrytandet av graviditeten, är av stor betydelse för att upplevelsen av avbrytandet ska bli så bra som möjligt.

10. Kliniska implikationer

Resultatet i litteraturöversikten ger en ökad kunskap om föräldrars upplevelse av att avbryta en graviditet på grund av fosteravvikelse. Resultatet skulle kunna presenteras och integreras på barnmorskeutbildningar samt på kvinnokliniker där dessa kvinnor vårdas. Denna studies resultat kommer att presenteras på en kvinnoklinik i Örebro våren 2023 och möjligtvis på en barnmorskekonferens senare under året. Förhoppningen är att denna ökade kunskap då kan resultera i att vårdpersonal får en ökad förståelse kring de faktorer som inverkar på föräldrarnas upplevelse. Riktlinjer kring omhändertagande av föräldrar och uppföljning efter avbrytande skulle med hjälp av dessa kunskaper kunna förbättras. Detta ger en bättre förutsättning för att kunna tillgodose kvinnornas behov. Detta anses vara till klinisk nytta för att vårdpersonal med hjälp av denna förståelse ska kunna utforma ett omhändertagande och ge en vård som gynnar föräldrars upplevelse så att de får optimala förutsättningar för att bearbeta den emotionella och fysiska smärta som en abort kan orsaka.

11. Framtida forskning

Fosterdiagnostik är ett område i ständig utveckling. Stora framsteg har gjorts de senaste decennierna och mycket information om foster kan nu erhållas redan tidigt i graviditeten. Samtidigt utvecklas neonatalvården ständigt och kan vårda och rädda barn från allt lägre gestationsveckor. I vilken vecka ett foster anses livsdugligt kan därmed komma att bli tidigare än det är idag vilket kan komma att påverka abortlagen i Sverige som har sin avsatta gräns för abort vid livsduglighet av fostret. Detta kan komma att innebära många etiska dilemman framöver. Inom dessa områden kan författarna därav se att det finns flera intressanta aspekter att genomföra forskning inom. Forskning kring föräldrars kunskap och åsikt om fosterdiagnostik är ett intressant ämne. Frågeställningar som anses intressanta för vidare studier inom detta ämne anses exempelvis vara: Vad är dagens blivande föräldrars åsikter kring att det går att ta reda på allt fler detaljer om sitt ofödda barn? Har blivande föräldrar tillräckligt mycket kunskap om fosterdiagnostik för att kunna göra ett aktivt och informerat val om att utföra fosterdiagnostik eller inte?

Vidare anses forskning inom abortvården vara av betydelse att genomföra. Stigmatisering och en känsla av skuld och skam gällande aborter framkom i denna studie vara vanligt för abortsökande kvinnor. Att genomföra forskning gällande vad stigmatisering, skuld och skam kring abort har sin grund i och hur den kan motverkas, anses därför ha betydelse för att bidra till ett bättre klimat i abortvården. Vidare anses forskning angående stödet av föräldrarna vara av betydelse. Att undersöka hur stöd från en doula under avbrytande av graviditet på grund av fosteravvikelse påverkar föräldrarnas upplevelse anser författarna anses vara betydelsefullt då detta tros kunna göra en skillnad för paret. I ett samhälle där vården är pressad och det inte finns möjlighet för en barnmorska att erbjuda kontinuerligt stöd vid abort skulle en doula kunna fylla ett viktigt tomrum och bidra till en bättre upplevelse.

12. Referenslista

Artiklar markerade med asterisk (*) är artiklar som inkluderas i studiens resultat.

Abortlag (SFS 1974:595). Socialdepartementet.

<https://rkrattsbaser.gov.se/sfst?bet=1974:595>

Abortion Finder. (u.å-a). *Abortion in California*. <https://www.abortionfinder.org/abortion-guides-by-state/abortion-in-california>

Abortion Finder. (u.å-b). *Abortion in Michigan*. <https://www.abortionfinder.org/abortion-guides-by-state/abortion-in-michigan>

Alberry, M. S., Aziz, E., Ahmed, S. R., & Abdel-fattah, S. (2021). Non invasive prenatal testing (NIPT) for common aneuploidies and beyond. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 258, 424-429. doi: 10.1016/j.ejogrb.2021.01.008

Allanson, S. (2007). Abortion decision and ambivalence: Insights via an abortion decision balance sheet. *Clinical Psychologist*, 11 (2), 50-60. Doi: 10.1080/13284200701675767

Andersson, I. M., Christensson, K., & Gemzell-Danielsson, K. (2014). Experiences, feelings and thoughts of women undergoing second trimester medical termination of pregnancy. *PloS one*, 9(12), e115957. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1371/journal.pone.0115957>

*Asplin, N., Wessel, H., Marions, L., & Georgsson Öhman, S. (2014). Pregnancy termination due to fetal anomaly: women's reactions, satisfaction and experiences of care. *Midwifery*, 30(6), 620–627. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.10.013>

Asplin, N., Wessel, H., Marions, L., & Ohman, S. G. (2013). Pregnant women's perspectives on decision-making when a fetal malformation is detected by ultrasound examination. *Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives*, 4(2), 79–84. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.srhc.2013.02.001>

*Atienza-Carrasco, J., Linares-Abad, M., Padilla-Ruiz, M., & Morales-Gil, I. M. (2020). Experiences and outcomes following diagnosis of congenital foetal anomaly and medical

termination of pregnancy: A phenomenological study. *Journal of clinical nursing*, 29(7-8), 1220–1237. <https://doi.org/10.1111/jocn.15162>

Aune, I., & Möller, A. (2012). 'I want a choice, but I don't want to decide' - A qualitative study of pregnant women's experiences regarding early ultrasound risk assessment for chromosomal anomalies. *Midwifery*, 28 (1), 14-23.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.10.015>

Boyle, B., Addor, M. C., Arriola, L., Barisic, I., Bianchi, F., Csáky-Szunyogh, M., de Walle, H. E. K., Dias, C. M., Draper, E., Gatt, M., Garne, E., Haeusler, M., Källén, K., Latos-Bielenska, A., McDonnell, B., Mullaney, C., Nelen, V., Neville, A. J., O'Mahony, M., Queisser-Wahrendorf, A., & Dolk, H. (2018). Estimating Global Burden of Disease due to congenital anomaly: an analysis of European data. *Archives of disease in childhood. Fetal and neonatal edition*, 103(1), F22–F28. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2016-311845>

Bygdeman, M., Gemzell Danielsson, K., Marions, L., Aronsson, A., Sääv, I., Brynhildsen, J., Lalos, A., Kero, A., Thunell, L., Kopp Kallner, H., & Andersson, I.-M. (2018). Inducerad abort. (Rapport nr 79). Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi.
<https://www.sfog.se/natupplaga/ARGrappor9792c7d5-5648-475e-bee6-81478b0d9323.pdf>

Carlson, L. M., & Vora, N. L. (2017). Prenatal diagnosis: Screening and diagnostic tools. *Obstetric and Gynecology Clinics of North America*, 44 (2), 245-256. doi: 10.1016/j.ogc.2017.02.004

*Carlsson, T., Bergman, G., Karlsson, A. M., Wadensten, B., & Mattsson, E. (2016). Experiences of termination of pregnancy for a fetal anomaly: A qualitative study of virtual community messages. *Midwifery*, 41, 54–60. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.08.001>

*Carlsson, T., & Mattsson, E. (2018). Emotional and cognitive experiences during the time of diagnosis and decision-making following a prenatal diagnosis: a qualitative study of males presented with congenital heart defect in the fetus carried by their pregnant partner. *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 26. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1607-y>

Center for reproductive rights. (u.å). *The World's Abortion Laws*.

<https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/>

Chor, J., Hill, B., Martins, S., Mistretta, S., Patel, A., & Gilliam, M. (2015). Doula support during first trimester surgical abortion: A randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 212 (1), 45. 1-6. doi:10.1016/j.ajog.2014.06.052.

Ciorteza, R., Malutan, A. H., Bucuri, C. E., Berceanu, C., Rada, M. P., Ormindean, C. M., & Miha, D. (2023). Amniocentesis - When it is clear that it is not clear. *Journal of Clinical Medicine*, 12 (2): 454. doi: 10.3390/jcm12020454

Edwards, L., & Hui, L. (2018). First and second trimester screening for fetal structural anomalies. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 23 (2), 102-111.
doi: <https://doi.org/10.1016/j.siny.2017.11.005>

Fathalla, M. F. (2020). Safe abortion: The public health rationale. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 63, 2-12. doi:10.1016/j.bpobgyn.2019.03.010

Fisher, J., & Lafarge, C. (2015). Women's experience of care when undergoing termination of pregnancy for fetal anomaly in England. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*., 33(1), 69–87. <https://doi.org/10.1080/02646838.2014.970149>

FN:s befolkningsfond. (2021). *The State of the World's Midwifery (SoWMy) 2021*.
<https://www.unfpa.org/sowmy>

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Natur & Kultur.

Gawron, L. M., Cameron, K. A., Phisuthikul, A., & Simon, M. A. (2013). An exploration of women's reasons for termination timing in the setting of fetal abnormalities. *Contraception*, 88(1), 109–115. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.contraception.2012.12.004>

Gemzell-Danielsson, K., Ho, P. C., Gómez Ponce de León, R., Weeks, A., & Winikoff, B. (2007). Misoprostol to treat missed abortion in the first trimester. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 99 Suppl 2, S182–S185. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2007.09.008>

Graham, M., McKenzie, H., Lamaro Haintz, G., Dennis, C. (2022). Who do Australian women seek social support from during the reproductive decision-making process? *Health and Social Care in the community*, 30, 4028-4040. Doi: 10.1111/hsc.13786

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105– 112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Gupta, N. A., & Kabra, M. (2013). Diagnosis and management of Down's syndrome. *The Indian Journal of Pediatrics*, 81 (6), 560-567. doi: 10.1007/s12098-013-1249-7

Henricson, M. (2017) Diskussion. I M. Henricsson (Red.) *Vetenskaplig Teori och Metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 411-420). Studentlitteratur.

Hertig, S. G., Cavalli, S., Burton-Jeangros, C., & Elger, B. S. (2014). 'Doctor, what would you do in my position?' Health professionals and the decision-making process in pregnancy monitoring. *Journal of medical ethics*, 40(5), 310–314. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1136/medethics-2012-100887>

Hodgson, J., & McClaren, B. J. (2018). Parental experiences after prenatal diagnosis of fetal abnormality. *Seminars in fetal & neonatal medicine*, 23(2), 150–154. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.siny.2017.11.009>

Hoggart, L. (2018). Moral dilemmas and abortion decision-making: Lessons learnt from abortion research in England and Wales. *Global Public Health*, 14 (1), 1-8. doi: <https://doi.org/10.1080/17441692.2018.1474482>

International Confederation of Midwives. (2014). *International Code of Ethics for Midwives*.

<https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/10/eng-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf>

*Jackson, P., Power-Walsh, S., Dennehy, R., & O'Donoghue, K. (2023). Fatal fetal anomaly: Experiences of women and their partners. *Prenatal diagnosis*, 10.1002/pd.6311. Advance online publication. <https://doi.org/10.1002/pd.6311>

Kagan, K. O., Sonek, J., & Kozlowski, P. (2022) Antenatal screening for chromosomal abnormalities. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 305 (4), 825-835. doi: 10.1007/s00404-022-06477-5

Karlsson, E. K. (2017) Informationssökning. I M. Henricsson (Red.) *Vetenskaplig Teori och Metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 81-97). Studentlitteratur.

Karolinska Universitetslaboratoriet (21 november 2017). *NIPT - ett blodprov som kan påvisa kromosomavvikelse hos fostret*. Hämtad: 2023-01-29.
<https://www.karolinska.se/4ad18f/globalassets/global/2-funktioner/funktion-kul/klinisk-genetik/genetik/nipt-information.pdf>

Karolinska Universitetssjukhuset (13 april 2022). *KUB (Kombinerat ultraljud och blodprov)*. Hämtad: 2023-02-01. <https://www.karolinska.se/for-patienter/alla-mottagningar-och-avdelningar-a-o/tema-kvinnohalsa/graviditet-och-forlossning/ultraljud-under-graviditet/kub-kombinerat-ultraljud-och-blodprov/>

Kecir, K. A., Rothenburger, S., Morel, O., Albuisson, E., & Ligier, F. (2021). Experiences of fathers having faced with termination of pregnancy for foetal abnormality. *Journal of gynecology obstetrics and human reproduction*, 50(1), 101818.
<https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2020.101818>

Kepple, J. W., Fishler, K. P., & Peebles, E. S. (2021a). Surveillance guidelines for children with trisomy 18. *American journal of medical genetics. Part A*, 185(4), 1294–1303.
<https://doi.org/10.1002/ajmg.a.62097>

Kepple, J. W., Fishler, K. P., & Peeples, E. S. (2021b). Surveillance guidelines for children with trisomy 13. *American journal of medical genetics. Part A*, 185(5), 1631–1637.
<https://doi.org/10.1002/ajmg.a.62133>

Kjellström, S. (2017) Forskningsetik. I M. Henricsson (Red.) *Vetenskaplig Teori och Metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2uppl., s. 57-80). Studentlitteratur.

Koponen, K., Laaksonen, K., Vehkakosko, T., & Vehmas, S. (2013). Parental and professional agency in terminations for fetal anomalies: analysis of Finnish women's accounts. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 15(1), 33-44.
<https://www.sjdr.se/articles/10.1080/15017419.2012.660704/>

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik: för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & kultur.

Kulier, R., Fekih, A., Hofmeyr, G. J., & Campana, A. (2001). Surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2001(4), CD002900. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002900>

*Lafarge, C., Mitchell, K., & Fox, P. (2013). Women's experiences of coping with pregnancy termination for fetal abnormality. *Qualitative health research*, 23(7), 924–936.
<https://doi.org/10.1177/1049732313484198>

Lag om etikprovning av forskning som avser människor (SFS 2003:460). Utbildningsdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

Lagen om genetisk integritet m.m. (SFS 2006:351). Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2006351-om-genetisk-integritet-mm_sfs-2006-351

Locock, L., & Alexander, J. (2006). 'Just a bystander'? Men's place in the process of fetal screening and diagnosis. *Social science & medicine* (1982), 62(6), 1349–1359.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.011>

*Lotto, R., Armstrong, N., & Smith, L. K. (2016). Care provision during termination of pregnancy following diagnosis of a severe congenital anomaly - A qualitative study of what is important to parents. *Midwifery*, 43, 14–20. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.10.003>

*Lou, S., Hvidtjørn, D., Jørgensen, M. L., & Vogel, I. (2021). "I had to think: This is not a child." A qualitative exploration of how women/couples articulate their relation to the fetus/child following termination of a wanted pregnancy due to Down syndrome. *Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives*, 28, 100606. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2021.100606>

*Maguire, M., Light, A., Kuppermann, M., Dalton, V. K., Steinauer, J. E., & Kerns, J. L. (2015). Grief after second-trimester termination for fetal anomaly: a qualitative study. *Contraception*, 91(3), 234–239. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2014.11.015>

Maxwell, S., Bower, C., & O'Leary, P. (2015). Impact of prenatal screening and diagnostic testing on trends in Down syndrome births and terminations in Western Australia 1980 to 2013. *Prenatal diagnosis*, 35(13), 1324–1330. <https://doi.org/10.1002/pd.4698>

Mazza, D., Burton, G., Wilson, S., Boulton, E., Fairweather, J., & Black, K. I. (2020). Medical abortion. *Australian journal of general practice*, 49(6), 324–330. <https://doi.org/10.31128/AJGP-02-20-5223>

McCoyd J. L. (2007). Pregnancy interrupted: loss of a desired pregnancy after diagnosis of fetal anomaly. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 28(1), 37–48. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1080/01674820601096153>

McCoyd J. L. (2009). What do women want? Experiences and reflections of women after prenatal diagnosis and termination for anomaly. *Health care for women international*, 30(6), 507–535. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1080/07399330902801278>

McMann, C. L., Carter, B. S., & Lantos, J. D. (2014). Ethical issues in fetal diagnosis and treatment. *American Journal of Perinatology*, 31 (7), 637-644. doi: 10.1055/s-0033-1364190

Miltoft, C. B., Wulff, C. B., Kjærgaard, S., Ekelund, C. K., Tabor, A., & Danish Fetal Medicine Study Group (2017). Parental Decisions about Prenatal Screening and Diagnosis among Infants with Trisomy 21 in a National Cohort with High Uptake of Combined First-Trimester Screening. *Fetal diagnosis and therapy*, 41(3), 209–214.
<https://doi.org/10.1159/000448093>

Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017) Vetenskaplig kvalitet i examensarbetet. I M. Henricsson (Red.) *Vetenskaplig Teori och Metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2uppl., s. 421-438). Studentlitteratur.

Natoli, J. L., Ackerman, D. L., McDermott, S., & Edwards, J. G. (2012). Prenatal diagnosis of Down syndrome: a systematic review of termination rates (1995-2011). *Prenatal diagnosis*, 32(2), 142–153. <https://doi.org/10.1002/pd.2910>

*Obst, K. L., Due, C., Oxlad, M., & Middleton, P. (2021). Men's experiences and need for targeted support after termination of pregnancy for foetal anomaly: A qualitative study. *Journal of clinical nursing*, 30(17-18), 2718–2731. <https://doi.org/10.1111/jocn.15786>

Peterson, K., Lindkvist, M., Persson, M., Conner, P., Åhman, A., & Mogren, I. (2016). Prenatal diagnosis in Sweden 2011-2013 - a register-based study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 16 (365). doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1165-8>

*Pitt, P., McClaren, B. J., & Hodgson, J. (2016). Embodied experiences of prenatal diagnosis of fetal abnormality and pregnancy termination. *Reproductive health matters*, 24(47), 168–177. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.003>

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2021). *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (Eleventh edition). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Prisma. (2020). PRISMA Flow Diagram.
<https://www.prisma-statement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram?AspxAutoDetectCookieSupport=1>

- Reingold, R. B., & Gostin, L. O. (2016). Women's health and abortion rights. *Journal of American Medical Association*, 316 (9), 925-926. doi:10.1001/jama.2016.11074
- Remez, L., Mayall, K., & Singh, S. (2020). Global Developments in Laws on Induced Abortion: 2008-2019. *International Perspectives on Sexual & Reproductive Health*, 53–65. <https://doi.org/10.1363/46e0920>
- RFSU. (24 juni 2022). *Vad händer med aborträtten i USA?* <https://www.rfsu.se/vad-vi-gor/i-varlden/tre-fokusomraden/abortratt/vad-hander-med-abortratten-i-usa/>
- Rosén, M. (2017) Systematisk litteraturöversikt. I M. Henricsson (Red.) *Vetenskaplig Teori och Metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 375-389). Studentlitteratur.
- Schechtman, K. B., Gray, D. L., Baty, J. D., & Rothman, S. M. (2002). Decision-making for termination of pregnancies with fetal anomalies: analysis of 53,000 pregnancies. *Obstetrics and gynecology*, 99(2), 216–222. [https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/s0029-7844\(01\)01673-8](https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/s0029-7844(01)01673-8)
- Slade, P., Heke, S., Fletcher, J., & Stewart, P. (2001). Termination of pregnancy: patients' perceptions of care. *The journal of family planning and reproductive health care*, 27(2), 72–77. <https://doi.org/10.1783/147118901101195281>
- Socialstyrelsen. (2008). *Medicinska aborter, fördelning av arbetsuppgifter - praxis och regelverk*. (Artikelnummer 2008-103-2). <https://docplayer.se/6854281-Medicinska-aborter-fordelning-av-arbetsuppgifter-praxis-och-regelverk.html>
- Socialstyrelsen (21 juni 2022). *Aborterna fortsätter att minska - allt fler medicinska aborter avslutas i hemmet*. <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/aborterna-fortsatter-att-minska----allt-fler-medicinska-aborter-avslutas-i-hemmet/>
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om fosterdiagnostik och preimplantatorisk genetisk diagnostik* (SOSFS 2012:20). Socialstyrelsen.

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2012-12-34.pdf>

Socialstyrelsen (2016). *Fosterskador och kromosomavvikelser 2016*.

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2018-3-13.pdf>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2022). *Bedömning av studier med kvalitativ metodik*. SBU. Hämtad 2023-01-19.

https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning_studier_kvalitativ_metodik.pdf

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2006). *Metoder för tidig fosterdiagnostik*. SBU. Hämtad: 2023-01-19.

https://www.sbu.se/contentassets/5c2bae2f615f4f3b91d9e08dfcbf7f64/fosterdiagnostik_samf.pdf

Statens Medicinsk-Etiska råd. (2006). *Yttrande om etiska frågor kring fosterdiagnostik*.

<https://www.smer.se/wp-content/uploads/2012/04/Yttrande-om-etiska-fragor-kring-fosterdiagnostik.pdf>

Svenska barnmorskeförbundet. (2018). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*.

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

Svensk förening för obstetrik och gynekologi (2014). *Obstetriskt Ultraljud, rapport nr 73*.

https://www.sfog.se/media/186842/arg_73_web.pdf

Svensk förening för obstetrik och gynekologi (2016). *Riktlinje: Analys av foster-DNA i kvinnans blod: icke-invasiv fosterdiagnostik (NIPT) för trisomi 13, 18 och 21*. Hämtad 2023-01-28.

https://www.sfog.se/media/298967/sfog_riktlinje_nipt_2016-06-30.pdf

Taylor, M., Spillane, A., & Arulkumaran, S. S. (2020). The Irish Journey: Removing the shackles of abortion restrictions in Ireland. *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, 62, 36–48. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.bpobgyn.2019.05.011>

Utredningen av utländska aborter. (2005). *Abort i Sverige. Betänkande* (SOU 2005:90). Fritzes Offentliga Publikationer.
<https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2005/11/sou-200590/>

Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningsed*. Hämtad 2023-01-19.
https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningssed_VR_2017.pdf

Bilaga 1: Sökmatrix

Databas och datum för sökning	Sökning	Sökord	Avgränsningar i sökningen	Antal träffar (dubbletter)	Antal lästa titlar och abstracts (dubbletter)	Antal lästa artiklar i sin helhet (dubbletter)	Kvalitetsgranskade artiklar (dubbletter)	Inkluderade artiklar (dubbletter)
Cinahl 2023-02-06	S1	(MH "Life Change Events+")		56 913				
	S2	TI experience* OR AB experience* OR TI attitude* OR AB attitude* OR TI view* OR AB view* OR TI feeling* OR AB feeling* OR TI perception* OR AB perception*		819 779				
	S3	S1 OR S2		863 481				
	S4	(MH "Abortion, Induced+")		11 767				
	S5	TI abortion* OR AB abortion*		13 524				

	S6	TI termination* AND TI pregnancy*		972				
	S7	AB termination* AND AB pregnancy*		2 917				
	S8	S4 OR S5 OR S6 OR S7		19 828				
	S9	(MH "Abnormalities+") OR (MH "Chromosome Aberrations+") OR (MH "Fetal Abnormalities")		108 760				
	S10	TI fetal anomaly* OR AB fetal anomaly* OR TI abnormality* OR AB abnormality*		14 475				
	S11	S9 OR S10		120 601				
	S12	S3 AND S8 AND S11	Peer Reviewed 200130101- 20231231 English	220 (156)	220 (156)	26 (24)	10 (9)	10 (9)
PubMed 2023-02-06	#1	(((((life change events[MeSH Terms]) OR (experience*[Title/Abstract])) OR (attitude*[Title/Abstract])) OR (view*[Title/Abstract]))						

		OR (feeling*[Title/Abstract])) OR (perception*[Title/Abstract])		2 213 548				
	#2	(induced abortion[MeSH Terms]) OR (abortion*[Title/Abstract])		83 832				
	#3	(termination*[Title/Abstract]) AND (pregnancy*[Title/Abstract])		13 162				
	#4	#2 OR #3		90 499				
	#5	(((congenital abnormalities[MeSH Terms]) OR (chromosome aberration[MeSH Terms])) OR (fetal anomaly*[Title/Abstract])) OR (abnormality*[Title/Abstract])		845 997				
	#6	#1 AND #4 AND #5	2013 – 2023 English Swedish	369 (156)	369 (156)	28 (24)	10 (9)	10 (9)

Bilaga 2: Granskningsmall SBU.

Bedömning av studier med kvalitativ metodik

UPPDATERAD 2022-05-11

Författare: _____ År: _____

Granskare: _____

Sammanvägd bedömning av metodologiska brister:

Obetydliga eller mindre ☐

Måttliga ☐

Stora brister, studien ingår inte i syntesen ☐

Kommentarer:

bedömning av studier med kvalitativ metodik

1. Överensstämmelse mellan filosofisk hållning/teori och urval och metodik i studien¹

Vilken teori eller filosofisk hållning utgick författarna från?

Hänger syfte och fråga ihop med teori/filosofisk hållning?	Ja ☐	Nej ☐	Oklart ☐
--	--------------------------------	---------------------------------	------------------------------------

Kommentarer:

2. Deltagare

Hur gjordes urvalet?

Stödfrågor för bedömning av brister i urvalsförfarandet:	Ja	Nej	Oklart
Är urvalet lämpligt för att besvara frågan?	☐	☐	☐
Är rekryteringsmetoden lämpligt vald och genomförd?	☐	☐	☐
Finns det allvarliga brister som kan påverka tillförlitligheten?	☐	☐	☐

Kommentarer:

3. Datainsamling

Vilka metoder användes för datainsamling?

Finns det allvarliga brister i datainsamlingen som kan påverka tillförlitligheten?	Ja ☐	Nej ☐	Oklart ☐
--	--------------------------------	---------------------------------	------------------------------------

Kommentarer:

4. Analys

Vilka metoder användes för analys?

Stödfrågor för bedömning av brister i analyssteget:	Ja	Nej	Oklart
Är vald analysmetod lämplig och genomförd på ett lämpligt sätt?	☐	☐	☐
Var forskarna reflexiva vid tolkning av data?	☐	☐	☐
Validerades tolkningarna?	☐	☐	☐
Finns det allvarliga brister i analysen som kan påverka tillförlitligheten?	☐	☐	☐
Kommentarer:			

5. Forskaren

Vilken bakgrund och kompetens hade forskarna?

Stödfrågor för bedömning av brister:	Ja	Nej	Oklart
Har forskarna någon relation till studiedeltagarna som kan påverka datainsamlingen?	☐	☐	☐
Har forskarna hanterat sin förståelse på ett acceptabelt sätt?	☐	☐	☐
Var forskarna oberoende av finansiella eller andra förutsättningar som kunde påverka analysen?	☐	☐	☐
Finns det allvarliga brister som kan påverka tillförlitligheten?	☐	☐	☐
Kommentarer:			

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

bedömning av studier med kvalitativ metodik

Bilaga 3: Artikelmatriser

Nr:	Författare/titel/tidskrift /land/år	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitetsnivå
1.	Asplin, N., Wessel, H., Marions, L., & Georgsson Öhman, S. <i>Pregnancy termination due to fetal anomaly: women's reactions, satisfaction and experiences of care.</i> Midwifery. Sverige. 2014.	Att undersöka vad kvinnor som genomgått abort pga. fosteravvikelse upplever ha varit viktigt i relationen till vårdgivare för att främja deras hälsa och välmående.	Design: Undersökande beskrivande kvalitativ design. Urval: 11 kvinnor som valt att genomgå abort pga. fosteravvikelse rekryterade från fyra specialiserade ultraljudskliniker i Stockholm. Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer. Dataanalys: Kvalitativ innehållsanalys.	Otillräcklig förberedelse inför aborten. Både positiva och negativa upplevelser av abortvården. Skillnad att göra abort när det är en önskad graviditet. Negativa emotionella känslor en längre tid efter aborten.	Obetydliga eller mindre.

Nr:	Författare/titel/tidskrift /land/år	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitetsnivå
2.	Atienza-Carrasco, J., Linares-Abad, M., Padilla-Ruiz, M., & Morales-Gil, I.M <i>Experiences and outcomes following diagnosis of congenital foetal anomaly and medical termination of pregnancy: A phenomenological study.</i> Journal of clinical nursing. Spanien. 2020.	Att undersöka och beskriva upplevelserna hos gravida kvinnor som erhåller diagnos om fosteravvikelse under graviditeten och beslutar sig för att avbryta graviditeten.	Design: Kvalitativ studie baserad på en fenomenologisk ansats. Urval: Avsiktligt urval, icke sannolikhetsurval från en grupp av 50 kvinnor som följdes pga. högrisk graviditet på ett sjukhus i Spanien. Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer av 27 obstetriska patienter samt observation och fältanteckningar. Dataanalys: Innehållsanalys.	Smärtsamt och svårt att ta beslutet att genomgå abort, att vilja det blivande barnets bästa. Traumatiskt och smärtsamt att genomgå abort. Icke anpassad miljö för abort på sjukhuset. Vikten av stöd från vårdpersonal under aborten. Känslor kring att se fostret.	Obetydliga eller mindre.

Nr:	Författare/titel/tidskrift /land/år	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitetsnivå
3.	Carlsson, T., Bergman, G., Karlsson, A. M., Wadensten, B., & Mattsson, E. <i>Experiences of termination of pregnancy for a fetal anomaly: A qualitative study of virtual community messages.</i> Midwifery. Sverige. 2016.	Att undersöka upplevelser under och efter avbrytande av graviditet pga. fosteravvikelse beskrivet från svenska forum på internet.	Design: Kvalitativ tvärsnittsstudie. Urval: Ändamålsenligt urval från internetforum. Datainsamling: 1623 inlägg från 122 användare varav 112 kvinnor, 1 man och 9 som inte utgett sin könstillhörighet. Datainsamling pågick fram till saturation ansågs uppnått. Dataanalys: Induktiv kvalitativ manifest innehållsanalys.	Svårt beslut och att acceptera sitt beslut. Emotionell och fysisk smärta under aborten. Empatisk vård. Olika känslor kring att se fostret. Rädsla inför en ny graviditet.	Obetydliga eller mindre.

Nr:	Författare/titel/tidskrift /land/år	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitetsnivå
4.	Carlsson, T., & Mattsson, E. <i>Emotional and cognitive experiences during the time of diagnosis and decision-making following a prenatal diagnosis: a qualitative study of males presented with congenital heart defect in the fetus carried by their pregnant partner.</i> BMC Pregnancy and Childbirth. Sverige. 2018.	Utforska känslomässiga och kognitiva erfarenheter kring tidperioden av diagnos och beslutsfattande hos fäder där deras partner är gravid med ett foster med missbildning av hjärtat.	Design: Induktiv kvalitativ deskriptiv studie. Urval: Konsekutivt urval från två centrum för fosterkardiologi i Mellansverige. Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer av 12 partners till kvinnor som är gravida med ett foster som har prenatal diagnos av ett allvarligt hjärtfel. Dataanalys: Induktiv kvalitativ innehållsanalys.	Vikten av att vidta ett informerat och gemensamt beslut kring graviditeten. Förlusten av ett önskat barn genom abort och emotionella känslor. Känslor kring att se fostret. Behov av stöd av vårdpersonalen vilket inte erbjöds. Oron över framtida graviditeter.	Obetydliga eller mindre.

Nr:	Författare/titel/tidskrift /land/år	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitetsnivå
5.	Jackson, P., Power-Walsh, S., Dennehy, R., & O'Donoghue, K. <i>Fatal fetal anomaly: Experiences of women and their partners.</i> Prenatal diagnosis. Irland. 2023.	Undersöka föräldrars vårderefarenhet som fått graviditeten diagnostiserad med en dödlig fosteravvikelse efter legalisering av abort i Irland 2019.	Design: Kvalitativ metod. Urval: Ändamålsenligt urval från stödgrupper till föräldrar som fortsätter eller avslutar graviditeten efter en prenatal diagnos av fosteravvikelse. 10 föräldrar, 6 kvinnor och 4 av deras manliga partners. Datainsamling: Individuella semistrukturerade djup intervjuer. Dataanalys: Tolkande fenomenologisk analys.	Att skapa minnen av sitt förlorade barn. Svårigheten att ta beslutet att avsluta graviditeten. Brist på vård under aborten. Att avgränsa sig till fostret.	Obetydliga eller mindre brister.

Nr:	Författare/titel/tidskrift /land/år	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitetsnivå
6.	Lafarge, C., Mitchell, K., & Fox, P. <i>Women's experiences of coping with pregnancy termination for fetal abnormality.</i> Qualitative health research. Storbritannien. 2013.	Att undersöka kvinnors coping strategier under och efter avslutande av graviditet pga. fosteravvikelse.	Design: Tvärsnitts retrospektiv studie. Kvalitativ. Urval: 27 kvinnor rekryterades via en stödgrupp, för föräldrar som hade ett ofött barn med en fosteravvikelse, i Storbritannien. Datainsamling: Nätbaserad kvalitativ enkätundersökning med öppna frågor. Dataanalys: Tolkande fenomenologisk analys.	Stöd från vårdpersonal och partner viktigt under aborten. Bra och dåligt stöd av vårdpersonal beskrivet. Känslor kring att se fostret efter aborten. Att genomgå abort, det svåraste någonsin. Att skapa minne av sitt förlorade barn. Att genomgå abort, det svåraste beslutet någonsin.	Obetydliga eller mindre.

Nr:	Författare/titel/tidskrift /land/år	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitetsnivå
7.	Lotto, R., Armstrong, N., & Smith L.K. <i>Care provision during termination of pregnancy following diagnosis of a severe congenital anomaly – A qualitative study of what is important to parents.</i> Midwifery. Storbritannien. 2016.	Att förstå kvinnors och partners upplevelser efter beslutet av att avbryta en graviditet på grund av allvarlig fosteravvikelse.	Design: Kvalitativ metod. Urval: Ändamålsenligt urval från fyra centrum för fostermedicin i Storbritannien. 10 kvinnor som genomgått abort pga. fosteravvikelse och 8 av deras partners. Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer med kvinna och partner tillsammans. Dataanalys: Constant comparative analys, Grounded theory.	Ett övergripande tema konstaterades som var att ”falla mellan stolarna”. Vården av kvinnan och hennes partner uppfyllde inte deras behov. Brister av miljön på sjukhuset. Olika grader av tvivel om att abort var det bästa beslutet. Brist på förberedelse och information gällande abort. En känsla av isolering. Känslor kring att se eller inte se fostret. Rädsla för stigmatisering efter sitt beslut om abort. Emotionellt och fysiskt plågsamt att genomgå aborten.	Obetydliga eller mindre brister.

Nr:	Författare/titel/tidskrift /land/år	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitetsnivå
8.	Lou, S., Hvidtjørn, D., Jørgensen, M. L., & Vogel, I. <i>"I had to think: This is not a child." A qualitative exploration of how women/couples articulate their relation to the fetus/child following termination of a wanted pregnancy due to Down syndrome.</i> Sexual & reproductive healthcare. Danmark. 2021.	Att undersöka de olika sätten som kvinnor/par uttryckte sin relation till sitt foster/barn i samband med avslutande av graviditet pga. prenatal diagnos av Down syndrom.	Design: Kvalitativ metod. Urval: Ändamålsenligt urval från universitet- och regionala sjukhus i centrala Danmark. 21 par deltog. Datainsamling: Kvalitativ intervju. 11 par intervjuades ihop och resterande intervjuades kvinnan ensam. Dataanalys: Tematisk analys.	Att ta beslutet att genomgå abort, rätt men betungande. Sorg av att ha förlorat det planerade barnet. Att se fostret efter aborten. Att spara minnen.	Obetydliga eller mindre brister.

Nr:	Författare/titel/tidskrift /land/år	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitetsnivå
9.	Maguire, M., Light, A., Kuppermann, M., Dalton, V. K., Steinauer, J. E., & Kerns, J. L. <i>Grief after second-trimester termination for fetal anomaly: a qualitative study</i> Contraception. USA. 2015	Att undersöka faktorer som påverkar och lindrar sorgen efter att ha avslutat en graviditet på grund av fosteravvikelse.	Design: Longitudinell kvalitativ studie. Urval: Ändamålsenligt urval av kvinnor som genomgick abort på grund av fosteravvikelse från 4 enheter i Norra Kalifornien och Michigan. Datainsamling: Individuella semistrukturerade intervjuer 1 till 3 veckor efter aborten, 3 månader efter aborten samt 1 år efter aborten. 13 kvinnor totalt varav 11 kvinnor som fullföljde alla 3 intervjuer. Dataanalys: Grounded theory.	Fyra övergripande teman. Kvinnor uppgav skuldkänslor och klandrade sig själva för att fostret drabbats av en avvikelse. Kvinnor uppgav skuld över att ha avslutat graviditeten. En överväldigande känsla att behöva fatta beslut att avsluta graviditeten. Social isolering. Faktorer som triggade sorgen efter aborten.	Obetydliga eller mindre brister.

Nr:	Författare/titel/tidskrift /land/år	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitetsnivå
10.	Obst, K. L., Due, C., Oxlad, M., & Middleton, P. <i>Men's experiences and need for targeted support after termination of pregnancy for foetal anomaly: A qualitative study.</i> Journal of clinical nursing. Australien. 2021.	Att undersöka mäns upplevelser av avbrytande av graviditet pga. livsbegränsande fosteravvikelse, inklusive hur vårdpersonal, system och riktlinjer bäst kan stödja män och deras familjer.	Design: Kvalitativ design. Urval: Ändamålsenligt urval av 10 män från en större mixed-method studie som undersöker Australienska mäns upplevelse av sorg till följd av neonatal död och förlust av graviditet. Datainsamling: Individuella semistrukturerade intervjuer över telefonen. Dataanalys: Tematisk analys.	Beslutet av att avsluta graviditeten upplevdes vara det svåraste beslutet men i slutändan det rätta. Stigma runt abort pga. fosteravvikelse. Överlag gott stöd från vårdpersonal. Skapa minnen av det förlorade barnet. Skillnad mellan sen abort och tidig abort gällande vård. Brist på stöd riktat till männen. Männen prioriterade sin partners välmående. Brist på uppföljning efter aborten.	Obetydliga eller mindre.

Nr:	Författare/titel/tidskrift /land/år	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitetsnivå
11.	Pitt, P., McClaren, B J., & Hodgson, J. <i>Embodied experiences of prenatal diagnosis of fetal abnormality and pregnancy termination.</i> Reproductive Health Matters. Australien. 2016.	Kvinnors förkroppsligade upplevelse av prenatal diagnos av fosteravvikelse och att genomgå abort.	Design: Kvalitativ metod. Urval: Ändamålsenligt urval av deltagare från en större mixed method studie i Australien med titeln: <i>Prenatal testing: A longitudinal Study (PeTALS)</i> Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer med 59 kvinnor som genomgått abort pga. fosteravvikelse. Dataanalys: Tematisk analys.	Två teman framställdes. Kroppens övergång och sårbara kroppar i en obekvämlig miljö. Svårighet av att fortsätta vara fysiskt gravid när beslutet om abort var taget. En av de svåraste delarna beskrevs vara att fysiskt skilja sig från fostret. Svårighet med att återhämta sig efter graviditeten utan ett barn. Positivt att få möjlighet till att skapa minnen av barnet. Vikten av personalens bemötande och hantering samt miljön på sjukhuset.	Obetydliga eller mindre brister.