



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

KVINNANS OMVÅRDNADSBEHOV VID MISSFALL
En litteraturöversikt

Linnea Dahlström Svensson & Sofia Edgren

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht/2024
Handledare:	Ivan Jelusic
Examinator:	Petra Brembeck
	Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

Tack till vår handledare Ivan Jelusic för stöttning och engagemang. Även tack till bibliotekarierna på Biomedicinska biblioteket och Hälsovetarebackens bibliotek.

Sammanfattning

Bakgrund: Missfall är en vanlig graviditetskomplikation som drabbar 10–15 % av alla kvinnor som vet att de är gravida. Kvinnor som upplever missfall kan drabbas av starka känslor av sorg, skuld och tomhet. Tidigare forskning har i stor utsträckning fokuserat på kvinnors upplevelser och känslor i samband med missfall, medan konkreta omvårdnadsbehov har fått mindre uppmärksamhet. **Syfte:** Syftet med denna litteraturöversikt är att kartlägga kvinnans omvårdnadsbehov vid missfall. **Metod:** En litteraturöversikt genomfördes med hjälp av databaserna CINAHL, PubMed och Scopus. Sökningen avgränsades till vetenskapliga artiklar publicerade under de senaste fem åren, skrivna på engelska och peer-reviewed. Nio artiklar inkluderades i analysen. **Resultat:** Fyra huvudkategorier identifierades: 1) Behov av information, 2) Behov av uppföljning, 3) Behov av en trygg miljö och 4) Behov av omsorgsfullt stöd. Kvinnorna önskade mer information om missfall, dess orsaker, och vad de kunde förvänta sig under och efter händelsen. De efterfrågade även uppföljning efter missfallet, för att få ytterligare information och stöd. En trygg och avskild miljö på sjukhuset var viktigt för kvinnorna, liksom en förståelse för kvinnans situation och ett empatiskt bemötande från vårdpersonal. **Slutsats:** Denna litteraturöversikt visar att kvinnans omvårdnadsbehov vid missfall inte tillgodoses fullt ut. Kvinnor efterfrågar mer information för att känna sig förberedda, tillgång till uppföljning, en trygg och avskild vårdmiljö samt omsorgsfullt stöd och ett respektfullt bemötande från vårdpersonal.

Nyckelord: Missfall, Omvårdnadsbehov, Sjuksköterskor, Personcentrerad vård, Information, Uppföljning, Trygg miljö, Omsorgsfullt stöd.

Abstract

Background: Miscarriage is a common pregnancy complication affecting 10–15 % of women who know they are pregnant. Women experiencing miscarriage may suffer from intense feelings of grief, guilt, and emptiness. Previous research has largely focused on women's experiences and emotions associated to miscarriage, while their specific nursing care needs have received less attention. **Aim:** The aim of this literature review is to identify the care needs requested by women during miscarriage. **Method:** A literature review was conducted using the databases CINAHL, PubMed, and Scopus. The search was limited to scientific articles published in the last five years, written in English, and peer-reviewed. Nine articles were included in the analysis. **Results:** Four main categories were identified: 1) Need for information, 2) Need for follow-up, 3) Need for a safe environment, and 4) Need for compassionate support. Women wanted more information about miscarriage, its causes, and what to expect during and after the event. They also expressed a need for follow-up care to receive additional information and support. A safe and private hospital environment was important, as well as an empathetic approach and understanding of their situation from healthcare providers. **Conclusion:** This literature review reveals that women's nursing care needs during miscarriage are not always fully met. The study highlights the importance of healthcare providers offering clear information, follow-up care, a private setting, and compassionate support to meet women's nursing care needs during this difficult situation.

Keywords: Miscarriage, Nursing care, Nurses, Person-centered care, Information, Support, Follow-up care, Private setting.

Innehållsförteckning

Förord	2
Sammanfattning	3
Abstract	4
Innehållsförteckning	5
Begrepp	7
Introduktion.....	8
Bakgrund	8
Den normala graviditeten.....	8
Inducerad abort	8
Missfall.....	8
Symtom och diagnostik	9
Behandling och omvårdnad.....	10
Känslor som kan uppstå vid missfall	10
Sjuksköterskans roll och ansvar i hälso- och sjukvården	11
Sjuksköterskans upplevelse av omvårdnad vid missfall	11
Teoretisk referensram	12
Personcentrerad vård	12
Problemformulering	13
Syfte.....	13
Metod	13
Urval	13
Datainsamling	14
Dataanalys	15
Forskningsetik.....	16
Kvalitetsgranskning.....	16
Artificiell intelligens	16
Resultat.....	16
Behov av information	17
Typ av information	17
Brist på information.....	18
Tillgång till information från vårdpersonal	18

Behov av uppföljning	19
Behov av en trygg miljö	20
Behov av omsorgsfullt stöd	20
Behov av förståelse och gott bemötande från vårdpersonal	20
Behov av stöd från närstående.....	22
Behov av psykologiskt stöd.....	22
Diskussion	22
Metoddiskussion	22
Resultatdiskussion	25
Behov av information	25
Behov av omsorgsfullt stöd	26
Slutsats	28
Kliniska implikationer	28
Fortsatt forskning	28
Referenser	29
Bilagor.....	33
Bilaga 1	33
Bilaga 2	34
Bilaga 3	40

Begrepp

Spontan abort - Medicinsk term för missfall

Inducerad abort - En oplanerad eller oönskad graviditet som avsiktligt avbryts

Missed abortion - Ett uteblivet missfall, vilket innebär att fostret dött men inte stötts ut

Implantera - När det befruktade ägget fäster i livmoderslemhinnan, där det börjar utvecklas till ett embryo

Fosterutdrivning - När fostret stöts ut från livmodern, ofta i samband med missfall eller förlossning

Bäcken - I vårdsammanhang är det en behållare, ofta av plast eller metall, som används för att samla kroppsvätskor

Introduktion

Missfall är en vanlig graviditetskomplikation som drabbar cirka 10–15 % av de som vet att de är gravida. Trots att missfall är vanligt är det en erfarenhet som ofta förknippas med både fysiska och känslomässiga påfrestningar. För många kvinnor innebär det inte bara smärta utan också känslor av sorg, förlust och oro inför framtida graviditeter. En vanlig missuppfattning är att missfall är ovanligt, vilket kan förstärka känslor av skuld hos kvinnan som drabbas. I denna litteraturöversikt har en kunskapslucka för kvinnans omvårdnadsbehov synliggjorts, där tidigare forskning i större mån fokuserat på kvinnans upplevelse av missfall. Vårt intresse för kvinnors vård och välbefinnande i kombination med denna kunskapslucka motiverar oss att undersöka hur vården kan utformas för att bättre möta kvinnans omvårdnadsbehov i denna svåra situation.

Bakgrund

Den normala graviditeten

Det vanligaste tecknet på graviditet är att menstruationen uteblir och bröstet kan upplevas spända eller ömma. Graviditeten kan konstateras genom immunologiska graviditetstest som mäter hormonet humant choriogonadotropin (hCG) i urin eller serum, eller genom vaginalt ultraljud efter graviditetsvecka 5. Befruktningens tidpunkt fastställs genom beräkning från mensens första dag, som är cirka två veckor från ägglossning. Vanligtvis varar en graviditet i 40 veckor. I början av graviditeten kan kvinnan ha blödningar på grund av att hormonnivåerna i kroppen reglerar sig och slemhinnorna blir skörare. Detta kan i sin tur leda till att livmodertappen avger lättare blödningar (Borgfeldt m.fl., 2019).

Inducerad abort

Graviditeter som är oönskade eller oplanerade kan avsiktligt avslutas med hjälp av inducerad abort. Det kan göras medicinskt eller kirurgiskt, beroende på i vilken graviditetsvecka som graviditeten avslutas. Kvinnan har enligt svensk abortlag rätt att avsluta en graviditet genom abort fram till vecka 18. Därefter krävs tillstånd från Socialstyrelsens, som bland annat bedömer om det föreligger en risk för kvinnan eller fostrets liv eller hälsa vid fortsatt graviditet. Andra faktorer som avgör om aborten godkänns är om kvinnan blivit gravid genom våldtäkt, missbruk, hög eller låg ålder på kvinnan (Borgfeldt m.fl., 2019).

Missfall

Inom medicin används termen spontan abort i stället för missfall. Eftersom ordet abort ofta förknippas med att avsiktlig avsluta en graviditet används därmed termen missfall i vardagligt språkbruk (Henic, 2022). Enligt World Health Organization (WHO) (u.å) varierar definitionerna av missfall. WHO (u.å) menar att graviditetsavbrott före graviditetsvecka 28

betraktas som missfall, medan fosterdöd vid eller efter vecka 28 klassificeras som en dödfödsel. Henic (2022) benämner missfall som en graviditet som avvecklats spontant före vecka 20 eller innan fostret väger 500 gram.

Missfall är den vanligaste graviditetskomplikationen i en tidig graviditet (Henic, 2022). Det finns ingen exakt statistik på hur många graviditeter som slutar med missfall, men uppskattningar varierar mellan 10 och 50 % (Ancker m.fl., 2012; Borgfeldt m.fl., 2019; Henic, 2022; World Health Organization [WHO], u.å). WHO (u.å) menar att mellan 10–15 % av kvinnor som vet att de är gravida upplever ett missfall. Missfall delas upp i tidiga och sena missfall. Tidiga missfall inträffar till och med vecka 12 och representerar 80 % av alla fall. Missfall som inträffar efter vecka 12 benämns som sena missfall och är mer ovanligt (Ancker m.fl., 2012). Många missfall sker så pass tidigt att kvinnan ibland inte ens vet om graviditeten och tolkar symtomen på missfallet som att menstruationen är försenad och rikligare än vanligt. Det finns även olika typer av missfall. Komplet missfall innebär att all graviditetsvävnad stöts ut från uterus. Ett inkomplett missfall definieras som ett missfall där vävnad finns kvar i uterus. En graviditet kan även resultera i ett uteblivet missfall, även kallat "missed abortion," där fostret avlider men graviditeten fortskrider (Henic, 2022).

Det finns olika orsaker till missfall. Den vanligaste är kromosomavvikelser, där cirka 60–75 % av alla missfall orsakas av det (Henic, 2022; Quenby m.fl., 2021). Även defekter på livmoderslemhinnan och olika typer av infektioner som exempelvis klamydia och herpesvirus kan vara orsaken till ett missfall (Quenby m.fl., 2021). Andra exempel på orsaker och riskfaktorer är hög ålder > 35 år, rökning och alkoholkonsumtion under graviditet, lågt eller högt BMI (Henic, 2022; Quenby m.fl., 2021). Det finns även en felaktig uppfattning om att missfall är något ovanligt (Chichester m.fl., 2021). En del kvinnor tror även att missfall beror på att de lyft tungt eller tidigare användning av preventivmedel (Quenby m.fl., 2021).

Symtom och diagnostik

Ett missfall börjar oftast med en lätt blödning som sedan kan bli mer koagelblandad. Vid missfall är menstruationsliknande smärta i buk och rygg vanligt. Smärtans karaktär kan även likna förlossningsvärkar. Vissa kvinnor kan dock vara symptomfria och missfallet upptäcks vid ett rutinultraljud (Henic, 2022). Vid ett inkomplett missfall kan blödningen innehålla mer koagler och smärtan kan komma i intervall, missfallet kan då pågå under 10–14 dagar (Borgfeldt m.fl., 2019).

För att kunna diagnostisera ett missfall görs ett vaginalt ultraljud för att fastställa om det finns hjärtaktivitet, vilket kan ses efter graviditetsvecka 5. Detta följs av ett venöst blodprov för att upptäcka stegring eller sänkning av s-hCG. s-hCG ska, vid en normal graviditet, stiga kraftigt under de första veckorna och fördubblas var tredje dag. Vid ett missfall sker en långsam stegring eller ett sjunkande värde (Stjerdahl, 2015).

Behandling och omvårdnad

Det finns ingen behandling som kan stoppa ett pågående missfall (Borgfeldt m.fl., 2019). Om patienten har ett komplett missfall samt ett negativt graviditetstest krävs ingen behandling eller ytterligare kontroll. Om ett graviditetstest visar positivt vid ett komplett missfall måste en extrauterin graviditet uteslutas, vilket innebär att graviditeten har implanterats på en annan plats än i livmoderhålan och är ett potentiellt allvarligt tillstånd för patienten. Om misstanken för extrauterin graviditet består eller om kvinnan allmäntillstånd försämras måste en akut laparoskopi ske för att kunna gå vidare med behandling (Stjerndahl, 2015).

Ett inkomplett missfall kräver behandling för att säkerställa att alla rester från graviditeten stöts ut fullständigt. Behandlingen utförs med läkemedel, kirurgi eller exspektans. Vid tidigt missfall kan exspektans vara ett alternativ. Detta innebär att avvakta med behandling och låta kroppen själv stöta ut fostret. Läkemedlet som används är prostaglandinanalogen Misoprostol. Detta ges antingen enskilt eller tillsammans med Mifepriston. Läkemedlens effektivitet ökar när de används i kombination. Misoprostol administreras oftast vaginalt. Denna behandling lämpar sig bäst för kvinnor som drabbats av tidigt missfall (Henic, 2022). Om läkemedelsbehandlingen inte är tillräcklig krävs vaccumexceres, även kallat för skrapning, vilket innebär att livmoderhalskanalen vidgas och sedan förs ett plaströr in och graviditetsresterna sugts ut. Ingreppet sker vanligtvis under narkos (Stjerndahl, 2015). Uteblivet missfall behandlas på samma sätt som ett inkomplett missfall (Henic, 2022).

I arbetet med kvinnor som upplever missfall är det viktigt att sjuksköterskan är lyhörd, lyssnar och ger saklig information. Kvinnan behöver få information om orsaker till missfall och att missfall inte är något som går att förhindra. Läkemedelsbehandlingen genomförs ofta i hemmet. I de fallen är det viktigt att kvinnan får utförlig information om smärtlindring och att hålla koll på blödningsmängden. Sjuksköterskan bör ge råd om att undvika bad, tamponganvändning och samlag under en vecka efter missfallet för att minska risken för infektion. Dessutom bör kvinnan få kontaktuppgifter för att kunna söka vård vid kraftiga blödningar, smärta eller oro (Georgsson & Stenström Bohlin, 2022). I mötet med patienten kan sjuksköterskan även förmedla att alla reagerar olika på missfall och att känslor kan komma efter några dagar, därför kan det vara betydelsefullt att erbjuda kvinnan och eventuell partner stöd i form av kurator (Borgfeldt m.fl., 2019).

Känslor som kan uppstå vid missfall

Kvinnor som upplever ett missfall reagerar på olika sätt, för vissa väcker det starka känslor medan andra reagerar mer subtilt. Upplevelsen innebär ofta en omställning, både fysiskt och mentalt, från att förbereda sig på ett barns ankomst till att förstå att graviditeten inte längre fortskrider (Chichester m.fl., 2021). Vanliga känslor som kvinnor beskriver inkluderar förlust, sorg, skuld och självanklagelse. Precis som vid andra typer av förluster kan sorgen vid missfall vara djup och överväldigande, men det som sörjs är inte alltid något konkret. Sorgens uttryck varierar; en del väljer att dela sina känslor öppet, medan andra föredrar att sörja i tystnad. För många är sorgen inte bara kopplad till barnet de förlorat, utan också till drömmar om föräldraskap och framtiden som de föreställt sig. Då missfall ofta är något

oväntat kan det bidra till en känsla av rädsla och oro. Missfall kan också påverka kvinnans självbild och identitet, särskilt om drömmen att bli förälder varit starkt närvarande. Det kan i sin tur skapa tvivel kring både fertilitet och kvinnlighet. Skuld och självanklagelse är starka reaktioner vid missfall (Ancker m.fl., 2012). Det är vanligt bland kvinnor som upplever missfall att ifrågasätta sig själva vad de gjorde för fel under graviditeten, vilket kan förstärkas av missuppfattningarna som finns kring missfall (Chichester m.fl., 2021).

Sjuksköterskans roll och ansvar i hälso- och sjukvården

ICN etiska kod för sjuksköterskor beskriver att sjuksköterskans värdegrund omfattar empati, lyhördhet, respekt och medmänsklighet i mötet med patienter och deras närstående. Koden understryker även vikten av vård och omsorg till patienter i svåra situationer, vilket är särskilt relevant vid exempelvis missfall, där kvinnan kan uppleva stort lidande. Enligt den etiska koden ska sjuksköterskor även respektera varje individs rätt till vård samt anpassa vården efter patientens unika behov och förutsättningar. Det genererar en trygg och stödjande vårdmiljö (Svensk sjuksköterskeförening, 2021). Svensk sjuksköterskeförening (2024) skriver i kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska att sjuksköterskan ska arbeta utifrån etiska riktlinjer och visa respekt för varje människas rättigheter. Omvårdnaden ska stödja självbestämmande, integritet och värdighet.

Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska från Svensk sjuksköterskeförening (2024) definierar de grundläggande färdigheterna och kunskaperna som krävs för att säkerställa säker vård. Fokus ligger på omvårdnad där sjuksköterskan förväntas bedöma, planera och utvärdera patientens behov. En av kärnkompetenserna är evidensbaserad vård. Det innebär att sjuksköterskan använder den bästa möjliga kunskapen för att ge säker vård anpassad efter patientens behov och resurser. Detta kräver att sjuksköterskan kontinuerligt utvärderar och håller sig uppdaterad kring vetenskaplig evidens samt ställer kritiska frågor inom sitt område.

Sjuksköterskans upplevelse av omvårdnad vid missfall

Sjuksköterskan kan möta patienter som upplever missfall på olika vårdenheter som på akuten (Baird m.fl., 2018). I en studie av Martins m.fl. (2023) framkommer olika anledningar till att många sjuksköterskor upplever att det är svårt att hantera kvinnor med missfall. Vissa sjuksköterskor upplever att de har bristande kunskap och således inte vet hur de ska hantera kvinnor som får missfall, vad de ska säga eller hur de ska förmedla dåliga nyheter. Sjuksköterskorna menade även att det var emotionellt påfrestande att hantera kvinnor som genomgår missfall, och att de ibland försökte dölja sina egna känslor genom att lämna rummet. Andra studier har visat att tidsbristen är den faktor som vissa sjuksköterskor menar försvårar möjligheten att ge holistisk omvårdnad med fokus på både fysisk och emotionell vård (Griffin m.fl., 2021; Tancioco m.fl., 2023).

Griffin m.fl. (2021) beskriver däremot att vissa sjuksköterskor inte upplever ett emotionellt hinder när de vårdar kvinnor vid missfall utan ser det som en del av sjuksköterskans roll. Det handlar om att förstå vad upplevelsen har för betydelse för kvinnan och på så sätt hjälpa dem

vidare. Det emotionella stödet är något som kan vara tidskrävande, och således något som måste få lov att ta tid. Vissa sjuksköterskor anser att det är viktigt att varje vårdmoment får lov att ta tid och att det sker långsamt.

Teoretisk referensram

Personcentrerad vård

Att arbeta personcentrerat ingår både i sjuksköterskans kompetensbeskrivning och nämns i ICN:s etiska koder för sjuksköterskor (Svensk sjuksköterskeförening, 2021, 2019).

Personcentrerad vård bygger på att varje individ har unika behov (Svensk sjuksköterskeförening, 2021). Det innebär också att patienten ses som en aktiv och jämbördig person som deltar i planering, utförande och uppföljning av sin vård. Patientens perspektiv värderas lika högt som de professionella bedömningarna i vården och patienten sätts i fokus, snarare än dess sjukdom (Svensk sjuksköterskeförening, 2019). Öhlén och Friberg (2019) menar vidare att personcentrerad vård handlar om att se till hela människan där både existentiella, andliga, sociala och psykiska behov tillgodoses och inte bara dess fysiska behov.

ICN:s etiska kod för sjuksköterskor beskriver att den personcentrerade vården utgår från den information som patienten berättar, vilket syftar till att individanpassa vårdmiljön och omvårdnaden (Svensk sjuksköterskeförening, 2021). Santamäki Fischer (2020) beskriver att en livsberättelse speglar människans unika liv och omfattar personlighet, mål och värderingar. Vad patienten väljer att berätta är individuellt. Livsberättelsen är också ett möte mellan två personer, där den ena visar ett genuint intresse för att förstå den andra. För att kunna skapa en god omvårdnad som sätter patientens behov i centrum krävs både information och förståelse för individen. I mötet skapas således en relation som baseras på tillit och förståelse, vilket kan göra vården mer meningsfull. Som sjuksköterska är det av stor vikt att lyssna och ta in patientens berättelse då de utgör grunden för personcentrerad vård. En förutsättning för god omvårdnad är att sjuksköterskan besitter kunskap att utföra omvårdnadsuppgifter med skicklighet och kunna bygga en förtroendefull relation med patienten (Edvardsson & Backman, 2020). Inom personcentrerad vård finns det även olika typer av kunskap och färdigheter som är betydelsefulla för att kunna utföra och upprätthålla personcentrerad vård. En av dessa kunskaper är förståelsekunskap som innebär att inneha kunskap om något, förstå dess betydelse och vara medveten om dess innebörd (Edvardsson & Backman, 2020).

Att arbeta personcentrerat har visat sig ha flera fördelar. Bland annat kortare vårdtider och lägre grad av samvetsstress hos vårdpersonal (Öhlund & Friberg, 2019). För patienten har personcentrerad vård visat sig ge ökad delaktighet och nöjdare patienter (Bölenius & Lämås, 2020). Det finns även utmaningar med att arbeta personcentrerat, något som Öhlén och Friberg (2019) beskriver. Att gå från filosofi och teori till praktik är en av utmaningarna, då vårdpersonal ofta är vana vid att arbeta utifrån konkreta arbetsverktyg och praktiska hjälpmedel såsom checklistor eller riktlinjer. Personcentering kan då uppfattas som för

abstrakt och svår att tillämpa. En annan utmaning är att vården genomförs på rutin vilket kan begränsa möjligheten till meningsfulla relationer mellan patient och vårdpersonal. En tredje utmaning är att personcentrerad vård kräver att hela vårdteamet arbetar enhetligt och anpassar sig till sammanhanget och till vården som utförs. Dock kan vårdpersonal tolka principerna och syftet med arbetssättet vid personcentrerad vård olika, vilket kan leda till att arbetssättet inte tillämpas konsekvent inom teamet.

Problemformulering

Av alla graviditeter slutar 10–15 % i missfall, något som kan framkalla intensiva känslor av sorg och förlust hos kvinnan. Sjuksköterskan möter kvinnor som upplever missfall på olika vårdenheter, vilket ställer krav på kunskap och förståelse kring detta tillstånd. Tidigare forskning har i stor utsträckning fokuserat på kvinnors upplevelser och känslor kopplade till missfall, medan konkreta omvårdnadsbehov har fått mindre uppmärksamhet. Genom att kartlägga de specifika behov som kvinnor har i samband med missfall, syftar denna litteraturöversikt till att fördjupa förståelsen för de omvårdnadsbehov som krävs. En sådan belysning kan även bidra till utvecklingen av en mer personcentrerad omvårdnad för kvinnor som genomgår ett missfall.

Syfte

Syftet med denna litteraturöversikt är att kartlägga kvinnans omvårdnadsbehov vid missfall.

Metod

För att besvara syftet genomfördes en litteraturöversikt där både kvalitativa och kvantitativa artiklar analyserats. Metoden lämpar sig till litteraturöversikten syfte, eftersom den möjliggör en kartläggning av forskning inom ett specifikt område och ger en översikt av forskningsläget. Detta möjliggjorde även för en djupare förståelse för ämnet (Friberg, 2022).

Urval

Urvalet av litteratur för denna litteraturöversikt inkluderar vetenskapliga artiklar som publicerats de senaste fem åren, var skrivna på engelska och peer-reviewed. Att begränsa urvalet till peer-review säkerställer att artiklarna är publicerade i vetenskapliga tidskrifter. Databaserna CINAHL, Scopus och PubMed valdes ut för att genomföra sökningar av relevanta artiklar. CINAHL är en omvårdnadsvetenskaplig databas, medan PubMed främst innehåller forskning inom medicin och hälsa. Scopus är en bred, tvärvetenskaplig databas med artiklar från flera forskningsområden (Östlundh, 2022).

För att fokusera på omvårdnad i relation till patienters erfarenheter av vården vid missfall inkluderades vetenskapliga artiklar som kunde besvara syftet. Artiklarna skulle finnas i fulltext på Göteborgs Universitet, vilket således var ett inklusionskriterium.

Exklusionskriterierna omfattade artiklar med fokus på enbart manliga patienter, studier från icke-västerländska länder, studier där kvinnor vårdats på sjukhus under Covid-19, studier

med enbart sjuksköterske- eller barnmorskeperspektiv, studier om abort samt artiklar som endast behandlade kvinnans känslor vid missfall. Dessutom exkluderades review-artiklar för att fokusera på empiriska studier. Det har inte gjorts någon exkludering när det kommer till var kvinnan söker vård och heller inte i vilken graviditetsvecka missfallet skett. Även om artiklar med fokus på enbart manliga studiedeltagare exkluderades, så inkluderades studier som fokuserade på både kvinnan och hennes partner.

Datainsamling

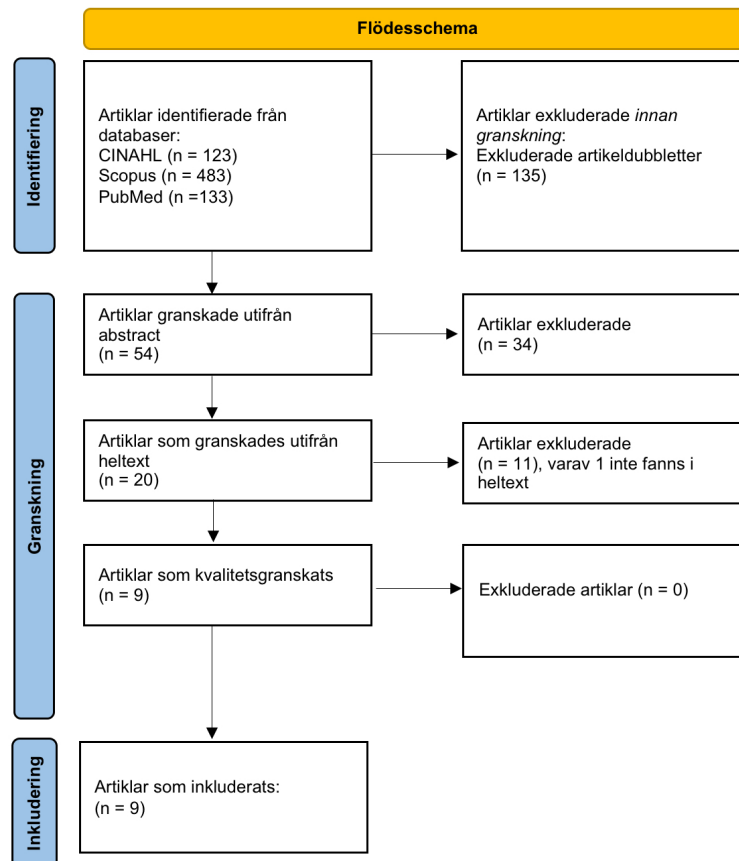
Mårtensson och Fridlund (2017) beskriver att inför en litteraturöversikt kan arbetet struktureras utifrån två olika artikelsökningar, en inledande och en egentlig sökning. En inledande sökning utförs för att få en översikt över tillgänglig litteratur medan en egentlig sökning handlar om att få en djupare förståelse för det valda området. I denna litteraturöversikt utfördes en initial ostrukturerad sökning för att få en översiktsbild av vilka ord och termer som ofta förekom inom ämnesområdet. Därefter användes Swedish MeSH (Medical Subject Headings) som är framtagen av Karolinska Institutet som ett hjälpmedel för att identifiera relevanta sökord (Karlsson, 2018). Trunkering användes för att ytterligare bredda vår sökning och möjliggöra träffar på olika böjningar av ordet. Trunkering visas som en asterisk (*) efter det aktuella ordet (Östlundh, 2022). Utifrån den ostrukturerade sökningen och med hjälp av MeSH-termer identifierades följande sökord: "miscarriage", "spontaneous abortion", "early pregnancy loss" och "missed abortion" för att identifiera missfall, "care", "caring", "support" och "nurs*" för att identifiera omvårdnadsbehov, samt "experience", "feeling*", "view*" och "attitude*" för att identifiera kvinnornas upplevelse av omvårdnaden. Dessa sökord bekräftades även som relevanta utifrån studiens syfte av bibliotekarierna på Biomedicinska biblioteket. Vid den strukturerade sökningen användes även booleska operatorer, som AND och OR, för att kombinera sökorden och styra sökningen så att rätt artiklar kunde identifieras (Östlundh, 2022). AND användes för att kombinera blocken och OR användes för att kombinera synonymerna. I samråd med bibliotekarierna på Biomedicinska biblioteket adderades sökordet "nurs*" som eget block i Scopus och PubMed för att avgränsa resultatet och reducera medicinska artiklar som inte var relevanta utifrån syftet. Till skillnad från de andra sökorden och till skillnad från sökningen i CINAHL kunde "nurs*" förekomma var som helst i artikeltexten, vilket gjorde att artiklar där olika böjningar av ordet "nurs" förekom upptäcktes i vår sökning. Se Bilaga 1 för att se hur sökblocken strukturerades.

Innan sökningen inleddes skapades varsitt arbetsdokument för att löpande dokumentera sökord och antal träffar för varje sökning (Östlundh, 2022). Sökningen utfördes parallellt på två datorer och granskningen utfördes enskilt. Vid urvalet av artiklar granskades artiklarna utifrån titel och sedan abstract, där artiklarna inkluderades eller exkluderades baserat på om de förväntades svara på studiens syfte. Om meningsskiljaktigheter uppstod diskuterades artikeln gemensamt och beslut togs därefter om inkludering eller exkludering. Denna process upprepade sig vid granskning av titel, abstract och slutligen vid fulltext, för att få en uppfattning om vilka artiklar som var relevanta för syftet. För att redovisa litteraturvalsprocessen har ett flödesschema utformats, se Figur 1 (Östlundh, 2022).

För att säkerställa att alla relevanta artiklar identifierades utfördes en sekundärsökning (Östlundh, 2022). I detta steg granskades referenslistorna i samtliga inkluderade artiklar för att identifiera studier som inte upptäckts i litteratursökningen. Detta genererade inte några nya artiklar.

Figur 1

Flödesschema



Dataanalys

Analysen av de inkluderade artiklarna baserades på en modell av Friberg (2022). Denna modell användes för att analysera kvalitativa och kvantitativa studier, vilket möjliggjorde en systematisk bearbetning av materialet. För att säkerställa att studiernas innehåll förstås och tolkats korrekt inleddes analysen med en noggrann genomläsning av varje studie, som upprepades flera gånger. Detta möjliggjorde en djupare förståelse för studiernas innehåll, samt säkerställde att allt väsentligt innehåll hade identifierats. Efter den initiala läsningen sammanställdes studiernas syfte, metod, urval och resultat i en översiktstabell (se Bilaga 2). Tabellen bidrog till en ökad överskådlighet och en strukturerad dokumentation av materialet. Innan granskningen av artiklarnas resultat genomfördes en kvalitetsbedömning (Friberg, 2022). Därefter genomfördes en mer djupgående analys av studiernas resultat med fokus på

att identifiera kategorier som kunde besvara studiens syfte. Dessa kategorier, se Tabell 1, blev sedan grunden för våra rubriker och underrubriker.

Forskningsetik

Forskningsetik innebär att etiska överväganden görs både före och under en studie för att skydda människor som deltar från skada eller kränkning. Det handlar således om att värna om individens grundläggande rättigheter och värde genom hela forskningsprocessen. Den svenska lagen om etikprövning (SFS 2003:460) är utformad för att skydda deltagarnas värdighet och rättigheter vid forskning. Det krävs att deltagarna får relevant information och ger sitt samtycke för att delta med full förståelse av studiens syfte och omfattning, vilket benämns som informerat samtycke (Kjellström, 2017). Samtliga artiklar inkluderade i denna litteratursökning har blivit etiskt godkända.

Kvalitetsgranskning

I denna litteraturöversikt har nio artiklar genomgått en kvalitetsgranskning. Som mall användes bedömningsprotokollet för kvalitativa och kvantitativa artiklar av Olsson och Sörensen (2021). Bedömningsprotokollet utgår från 19 frågor som berör studiens inledning, metod, resultat, diskussion och slutsats. Några frågor skiljde sig åt för att vara anpassat för kvalitativa respektive kvantitativa artiklar. En fråga ströks, på både det kvalitativa och kvantitativa protokollet, då den syftade till patienter med lungcancerdiagnos, således togs tre poäng från totalen bort. Frågorna genererade sedan i en poängsumma, vilket räknades om i procent för en slutgiltig gradering. Poängen graderades således att 80–100 % motsvarade grad I, 70-79 % motsvarade grad II och 60-69 % motsvarade grad III (Olsson & Sörensen, 2021). Inga artiklar som inkluderades i denna studie hade lägre kvalitet än grad II. Se Bilaga 2 för bedömning av kvalitet och Bilaga 3 för bedömningsprotokoll.

Artificiell intelligens

Under arbetet med denna uppsats användes artificiell intelligens som stöd i form av ChatGPT och NotebookLM. Dessa användes som stöd för att exempelvis omarbeta och formulera vissa meningar och problemformulering samt översätta vissa avsnitt i artiklar från engelska till svenska. Verkyget användes som ett hjälpmedel men all faktagranskning och analys har genomförts självständigt av oss som författat uppsatsen.

Resultat

Resultatet grundade sig i nio vetenskapliga artiklar från USA, Kanada och Australien. Av dessa framkom fyra huvudkategorier och sex underkategorier, se Tabell 1.

Tabell 1

Identifierade kategorier och underkategorier

Kategorier	Underkategorier
Behov av information	<ul style="list-style-type: none">• Typ av information• Brist på information• Tillgång till information från vårdpersonal
Behov av uppföljning	
Behov av trygg miljö	
Behov av omsorgsfullt stöd	<ul style="list-style-type: none">• Behov av förståelse och gott bemötande från vårdpersonal• Behov av stöd från närstående• Behov av psykologiskt stöd

Behov av information

Typ av information

Samtliga artiklar inkluderade i denna studie tog upp behovet av information i samband med missfall (Bellhouse m.fl., 2019; Dainty m.fl., 2021; Emond m.fl., 2019; Larivière-Bastien m.fl., 2019; Lee m.fl., 2024; Miller m.fl., 2019; Punches m.fl., 2019; Watson m.fl., 2019; Yu m.fl., 2022).

I studierna av Bellhouse m.fl. (2019), Emond m.fl. (2019), Larivière-Bastien m.fl. (2019) och Yu m.fl. (2022) framkom att studiedeltagarna önskade mer information om själva missfallet och att informationen presenterades för kvinnorna i samband med missfallet. Emond m.fl. (2019) och Yu m.fl. (2022) beskrev i sin artikel att kvinnorna hade efterfrågat information om hur vanligt missfall är, den medicinska processen, den känslomässiga reaktionen efter missfall, påverkan på framtida graviditeter och förändringar i menstruationscykeln. Larivière-Bastien m.fl. (2019) och Yu m.fl. (2022) belyste även att studiedeltagarna hade velat ha information kring orsakerna till missfall. Studiedeltagarna i artikeln av Larivière-Bastien m.fl. (2019) hade önskat information kring vårdprocessen för att fastställa en missfallsdiagnos, hormonella förändringar efter missfall, när menstruationen förväntas återkomma och när det är lägligt att försöka bli gravid igen. Yu m.fl. (2022) konstaterade att studiedeltagarna även önskat information om smärta, blödningar och symtom på komplikationer. Emond m.fl. (2019) uppgav att om kvinnan genomgått flera missfall tidigare kunde informationen i stället bli överflödigt. Kvinnorna i studien av Bellhouse m.fl. (2019) hade uppgett att det var en brist på information om vad de kunde förvänta sig vid själva missfallet.

Emond m.fl. (2019), Lee m.fl. (2024), Watson m.fl. (2019), och Yu m.fl. (2022) belyste i sina artiklar att kvinnorna önskat skriftlig information under och efter missfallet. I en kvantitativ studie av Watson m.fl. (2019) uppgav 55 % att de fick muntlig information medan 29 % fick skriftlig information. Lee m.fl. (2024) beskrev att det var få studiedeltagare som mottagit skriftlig information, främst kring de emotionella faktorer som kan upplevas efter ett missfall. Många studiedeltagare upplevde även att det var svårt att ta till sig medicinsk terminologi som fanns i den skriftliga informationen. Vidare beskriver Emond m.fl. (2019) att sjuksköterskorna på en akutmottagning inte hade någon skriftlig information att tillgå. I artikeln av Watson m.fl. (2019) menade studiedeltagarna att de fått ta del av den skriftliga informationen men upplevde brister i form av broschyrer med inaktuell information. Studiedeltagarna i artikeln av Yu m.fl. (2022) hade uppgett att de önskat få ta del av skriftlig information, som broschyrer eller hemsidor på internet.

Brist på information

I studier gjorda av Dainty m.fl. (2021) och Larivière-Bastien m.fl. (2019) konstaterades att kvinnan kände sig oförberedd under vårdtiden och när de kommer hem. Dainty m.fl. (2021) beskrev att många kvinnor kände sig oförberedda på vad som skulle ske i samband med den medicinska processen och visste inte vad de kunde förvänta sig när de fick komma hem. Flera kvinnor sökte då själva upp information på sociala medier. Även i studien av Larivière-Bastien m.fl. (2019) fick majoriteten av kvinnorna, som genomgått medicinsk behandling vid missfall i hemmet, inte någon information kring smärtintensitet och blödning under missfallet samt fosterutdrivningen. Detta medförde att kvinnorna kände sig oförberedda på proceduren. I studien rapporterade en tredjedel av kvinnorna att de hade valt en annan behandlingsmetod om de haft mer kännedom om smärtintensiteten. Även dessa studiedeltagare sökte själva upp information på internet.

Även i studierna av Bellhouse m.fl. (2019) och Larivière-Bastien m.fl. (2019) konstaterades att kvinnorna upplevde sig oförberedda efter utskrivning från sjukhuset. I studien av Larivière-Bastien m.fl. (2019) uppgav ungefär hälften (n=24) av kvinnorna att de hade önskat få information om förväntade blödningar och eventuella komplikationer, samt vanliga känslotillstånd efter missfall, för att känna sig mer förberedda. I studien av Bellhouse m.fl. (2019) uppgav näst intill alla studiedeltagare att informationen om missfallet och dess händelseförlopp var bristfällig. Detta medförde att många kände sig oförberedda och otrygga på vad som kunde hända under och efter missfallet. Lee m.fl. (2024) fann liknande resultat, där kvinnorna uttryckte en känsla av att vara oförberedda på sin nya situation och händelseförloppet framöver. Att ge information gjorde att de kände sig bättre rustade inför utmaningar de eventuellt skulle stå inför.

Tillgång till information från vårdpersonal

Miller m.fl. (2019), Panches m.fl. (2019) och Yu m.fl. (2022) beskrev att studiedeltagarna upplevde ett behov av att få veta vad som skedde i samband med missfallen. Detta framkom även i studien av Bellhouse m.fl. (2019) där kvinnorna upplevde att vårdpersonalen

undanhöll information och således inte var transparenta i händelseförloppet. Även Panches m.fl. (2019) kom fram till ett liknande resultat där studiedeltagare beskrev att vårdpersonal inte kunde eller ville förklara att missfallet faktiskt hade inträffat. I studien gjord av Miller m.fl. (2019) beskrev studiedeltagarna att de kände sig mer informerade och förberedda på vad som skulle hända när de vårdades i ambulansen, till skillnad från de studiedeltagare som vårdades på akutmottagningen, som upplevde denna information som otydlig.

Behov av uppföljning

Uppföljning från vården efter missfall upplevdes som otillräcklig och var något som många kvinnor i studierna önskade (Bellhouse m.fl., 2019; Dainty m.fl., 2021; Emond m.fl., 2019; Larivière-Bastien m.fl., 2019; Lee m.fl., 2024; Watson m.fl., 2019; Yu m.fl., 2022).

Larivière-Bastien m.fl. (2019) identifierade att majoriteten av studiedeltagarna (58 %) inte fick någon medicinsk uppföljning. Det är något som skiljde sig från deltagarna i studien av Watson m.fl. (2019) där 67 % hade uppföljning efter missfallet, som de antingen blivit erbjudna (51 %) eller efterfrågat (16 %). Majoriteten av de som fick uppföljning upplevde att de fick gott bemötande.

Bellhouse m.fl. (2019), Emond m.fl. (2019), Lee m.fl. (2024) och Yu m.fl. (2022) uppgav att flera av studiedeltagarna hade önskat uppföljning efter missfallet. I studien av Yu m.fl. (2022) uppgav majoriteten av studiedeltagarna att de hade önskat uppföljning, men att endast några erbjöds det. Deltagarna uttryckte att uppföljning borde erbjudas för att kunna få information och svar på frågor som uppstått i efterhand samt för att få emotionellt stöd. De flesta kvinnor hade önskat att uppföljning skulle erbjudas vid missfallsdiagnosen och att uppföljningen sedan skulle genomföras 1–2 veckor efter missfallet. Emond m.fl. (2019) belyste att majoriteten av studiedeltagare tyckte att uppföljning hade varit välbehövligt, både för att få emotionellt stöd och för vidare information. De par som upplevde ett inkomplett missfall hade uppgett att de enbart skickades hem med medicinsk behandling för att sedan inte följas upp av vården. Dessa par hade önskat att i alla fall en sjuksköterska hade ringt dem som en typ av uppföljning. I studien av Dainty m.fl. (2021) hade studiedeltagarna inte specifikt uttryckt en önskan om uppföljning. Deltagarna upplevde att vårdbehovet upphörde när patienten skrevs ut från akutmottagningen då uppföljning inte var en del av akutmottagningens rutin och att de således inte visste vart de skulle vända sig vid eventuella komplikationer. Att studiedeltagarna lämnade akutmottagningen utan uppföljningstid var även något som framkom i studien av Emond m.fl. (2019).

Lee m.fl. (2024) lyfte i sin studie att deltagarna önskade uppföljning, eftersom övergången från vården till hemmet upplevdes som svår. Uppföljning hade gett dem möjlighet till stöd efter händelsen. De deltagare som mottog uppföljning via exempelvis telefonsamtal rapporterade att det var till stor hjälp då samtalen gav en känsla av omtanke från vårdpersonal och var en möjlighet att få svar på frågor som uppstått. Vidare rapporterade nästan alla kvinnor i studien av Bellhouse m.fl. (2019) om liknande önskemål, där flera deltagare påtalade att uppföljning skulle främja både psykiskt och fysiskt välmående. De kvinnor som fick uppföljning upplevde dock att fokus enbart låg på deras fysiska hälsa.

Behov av en trygg miljö

I flera artiklar framkommer det att kvinnorna haft behov av och önskat att få vara i en avskild miljö för att få lugn och ro (Bellhouse m.fl., 2019; Emond m.fl., 2019; Lee m.fl., 2024; Punches m.fl., 2019; Watson m.fl., 2019; Yu m.fl., 2019).

Punches m.fl. (2019) uppgav i sin studie att patienter vittnade om en kaotisk miljö på en akutmottagning vilket ledde till att de avstod från att be om hjälp på grund av att det var så mycket människor i rörelse. Behovet av lugn och ro samt att bli erbjuden ett eget rum är något som nämndes i studier av Emond m.fl. (2019), Lee m.fl. (2024) och Yu m.fl. (2019). I studien av Lee m.fl. (2024) uttryckte flera studiedeltagare att de uppskattade möjligheten att få ett eget rum, då det gav dem utrymme att sörja avskilt från andra patienter. Vidare menade Yu m.fl. (2019) att studiedeltagarna önskade privata och avskilda rum för att känna sig mer omhändertagna. Studiedeltagarna uttryckte också en önskan om att få stanna på annan avdelning än förlossningsavdelning, samt att kunna lämna kliniken genom en annan utgång efter missfallsdiagnosen. Dessa omvårdnadsbehov hade, enligt kvinnorna, bidragit till en känsla av trygghet och omsorg i en svår situation. Emond m.fl. (2019) beskrev att patienter som upplevde stark smärta och blödningar kände sig obekväma i väntrummet med andra patienter och bristen på avskildhet ledde till en förvärrad känslomässig påfrestning. Exempelvis kände sig många kvinnor generade att använda toaletten i väntrummet upprepade gånger på grund av blödningarna. Många upplevde även att det var jobbigt att samtala om sin situation framför andra patienter. Några deltagare blev direkt placerade i ett eget rum efter triagering vilket var en positiv upplevelse.

Behov av omsorgsfullt stöd

Behov av förståelse och gott bemötande från vårdpersonal

Ett behov av förståelse och gott bemötande från vårdpersonal framkom från flera inkluderade studier (Bellhouse m.fl., 2019; Dainty m.fl., 2021; Lee m.fl., 2024; Miller m.fl., 2019; Watson m.fl., 2019; Yu m.fl., 2022).

Bellhouse m.fl. (2019), Dainty m.fl. (2021), Lee m.fl. (2024) och Watson m.fl. (2019) har alla gemensamt att kvinnorna upplevde att missfallet betraktades som ett medicinskt problem av vårdpersonal. I studien av Dainty m.fl. (2021) framkom det att vårdpersonalen ansåg att missfallet var ett medicinskt problem som skulle åtgärdas. Detta perspektiv saknade förståelse för den emotionella delen av missfallet och gjorde det svårt för kvinnan att förstå och hantera sina känslor. Liknande resultat framkom även i den kvantitativa studien av Watson m.fl. (2019) där flera upplevde att vårdpersonal behandlade missfallet som en rutinmässig och vardaglig händelse. Även i studien av Bellhouse m.fl. (2019) framkom det att majoriteten av kvinnorna upplevde att vårdpersonal hade ett medicinskt perspektiv på missfallet. Flera upplevde att missfallet förminskades och hanterades på rutin och som ett vanligt medicinskt förekommande. En del kvinnor upplevde även att vårdpersonal saknade förståelse för deras väg till graviditeten och vilken påverkan missfallet kunde ha. I studien av

Lee m.fl. (2024) framgick det att kvinnorna såg det som viktigt att vårdpersonalen förstod och validerade missfallet, även om det var ett vanligt förekommande inom vården som vårdpersonalen potentiellt hanterade rutinmässigt. För den som genomgår missfallet kan det vara en livsomvälvande händelse. Genom att uppmärksamma missfallet och visa förståelse för kvinnans situation kunde vårdpersonalen skapa en känsla av att kvinnan var sedd och förstådd.

Yu m.fl. (2022) uppgav att kvinnorna i studien hade upplevt både positiva och negativa erfarenheter med avseende på stöd och bemötande vid missfall. Hälften av studiedeltagarna rapporterade om positiva möten där kvinnorna upplevde att vårdpersonal varit förstående och stödjande, bland annat sjuksköterskor. Kvinnorna upplevde att vårdpersonalen arbetade proaktivt, det vill säga att de arbetade för att förhindra problem och förbättra situationen. Dock beskrev Yu m.fl. (2022) att nästan alla kvinnor rapporterade om negativa upplevelser som främst var kopplade till att vårdpersonal, bland annat sjuksköterskor, uttryckt sig okänsligt och visat brist på emotionellt stöd. Deltagarna i studien önskade att vården kunde erbjuda ett proaktivt stöd vid och efter missfallet, samt att vårdpersonalen skulle bemöta kvinnan med känslighet vid alla interaktioner. I studien av Miller m.fl. (2019) beskrevs upplevelsen av ett gott bemötande i ambulansen. Studiedeltagare som fått ambulansvård upplevde oftare ett gott bemötande och omhändertagande av vårdpersonal. Deltagarna kände att personalen hade patienternas bästa i åtanke, snarare än att se deras situation som en rutinmässig behandling där de var en av många patienter. Jämfört med de studiedeltagare som fick vård på akutmottagningen som upplevde ett varierat bemötande av vårdpersonal. Studiedeltagarna från artikeln av Watson m.fl. (2019) upplevde att vårdpersonal på akutmottagning behandlade missfallet som en icke-akut och oviktig händelse. Detta trodde studiedeltagarna berodde på att vårdpersonal saknade förståelse och kunskap för att hantera en sådan förlust på ett professionellt sätt.

Studiedeltagare från artiklarna av Bellhouse m.fl. (2019), Watson m.fl. (2019) och Yu m.fl. (2022) uttryckte en önskan om att vårdpersonal skulle använda ett mer respektfullt och empatiskt språkbruk. Yu m.fl. (2022) beskrev att patienter önskat att vårdpersonal skulle ha använt sig av samma terminologi som patienterna själva. Exempelvis så vittnade en deltagare om att vårdpersonal sagt att det bara är en förlorad graviditet men i själva verket upplevde patienten det som ett förlorat barn. Studiedeltagarna hade således önskat att vårdpersonal använde ett mer respektfullt och medkännande språk, utan att nedvärdera eller förminska förlustens betydelse. Likheter med dessa fynd kan även ses i artikeln av Watson m.fl. (2019) som uppgav att studiedeltagarna ofta upplevde en känslomässig koppling till förlusten och använde ord som "min bebis" medan vårdpersonal i stället använde ord som "fostret". Det gjorde att patienterna upplevde vårdpersonal som distanserade. I artikeln vittnade även kvinnor om kommentarer som "många kvinnor går igenom detta," "ni kan försöka igen," och "det var inte menat" vilket upplevdes som ett negativt bemötande och attityd gentemot missfallet. En deltagare i studien beskrev vidare om att få missfall i en sjukhuskorridor, där bäckenet lämnats på golvet och sjuksköterskor reagerade med avsmak över vad de såg och bad att det skulle omhändertas. I artikeln av Bellhouse m.fl. (2019) framkom att nästan alla kvinnor upplevde att vårdpersonalen uttryckte sig okänsligt, i både kommentarer och ordval. Detta tolkades som att vårdpersonalen saknade förståelse för deras sorg och förlust.

Behov av stöd från närstående

Emond m.fl. (2019), Lee m.fl. (2024) och Watson m.fl. (2019) kom fram till i sina studier om vikten av stödet från partner för kvinnan under missfall. Emond m.fl. (2019) beskrev att kvinnorna i studien upplevde att de behövde sin partners stöd under vistelsen på sjukhuset. De uttryckte sin önskan om få dela sina känslor med sina partners, särskilt om det inte fanns någon i personalen att prata med. Lee m.fl. (2024) beskrev vidare att kvinnorna i deras studie upplevde det som viktigt att ha sin partner närvarande både vid diagnostik och behandling. För dessa kvinnor handlade det om att göra en svår situation mer uthärdlig. Att involvera partner bidrog också till ökat stöd för kvinnan. I artikeln av Emond m.fl. (2019) förklarade två kvinnor att de var ensamma under sitt besök och att de hade önskat någon att dela händelsen med. Vidare belyste Watson m.fl. (2019) att 43 % av studiedeltagarna antydde att det viktigaste stödet var deras partner.

Behov av psykologiskt stöd

I studierna av Bellhouse m.fl. (2019) och Emond m.fl. (2019) och Yu m.fl. (2022) framkom att kvinnor upplevde ett behov av psykologiskt stöd efter ett missfall och att detta saknades i vården. I studien av Emond m.fl. (2019) intervjuades par som genomgått missfall. Det framkom i studien att paren upplevde att omvårdnaden som erbjöds på akutmottagningen främst var fysisk och att känslomässigt stöd inte tillhandahölls. Trots att sjuksköterskorna visade omtanke vid den fysiska omvårdnaden, hade flera önskat få samtala om de emotionella aspekterna av missfallet. I studierna av Bellhouse m.fl. (2019) och Yu m.fl. (2022) framkom att de flesta kvinnorna önskade få tillgång till professionellt psykologiskt stöd efter missfallet. I studien av Yu m.fl. (2022) uppgav studiedeltagarna även att det skulle vara särskilt värdefullt om personen de pratade med hade kunskap om missfall och den medicinska aspekten av missfall.

Diskussion

Metoddiskussion

Databaserna som valdes till detta arbete var CINAHL, PubMed och Scopus. Dessa valdes då de ansågs relevanta till området omvårdnad. Mellan samtliga databaser hittades 135 dubletter. Detta kan ses som ett tecken på hög reliabilitet (Olsson & Sörensen, 2021). I vårt fall stärks reliabiliteten av att samma artiklar identifierades i olika databaser med samma sökord. I databaserna PubMed och Scopus lades "Nurs*" till som eget sökblock då dessa databaser inte enbart innefattar artiklar med omvårdnad och för att få en snävare sökträff. Detta kan vara en potentiell svaghet i sökningen då det kan ha bidragit till att relevanta artiklar exkluderats som inte haft "Nurs*" i sin text. I CINAHL var detta inte nödvändigt för att avgränsa sökningen, då databasen enbart innehåller artiklar med fokus på omvårdnad.

I syfte att förstå upplevelsen av vården och de efterfrågade omvårdnadsbehoven valdes sökorden ”experience”, ”view”, ”feeling” och ”attitude”. För att förstå kvinnors omvårdnadsbehov ansåg vi att det var avgörande att veta hur kvinnorna upplever vården och vilka känslor eller attityder som uppstår. Under den första icke-strukturerade sökningen exkluderades dessa sökord, vilket ledde till en alltför omfattande sökning och således gjordes ett val i samråd med bibliotekarier på Biomedicinska biblioteket att inkludera dessa sökord, för att få en snävare sökning. I efterhand har dock fler sökord uppkommit som förbisågs under den strukturerade sökningen, såsom ”perception”, ”emotion” och ”satisfaction”. En ny litteratursökning som inkluderar dessa sökord hade eventuellt genererat i fler sökträffar som kan ha bidragit till fler inkluderade artiklar. Således kan vi inte heller utesluta att fler kategorier hade framkommit. Detta kan ha påverkat litteraturöversiktens validitet (Henricson, 2017).

En avgränsning gjordes för att inkludera studier publicerade de senaste fem åren, för att generera en snävare sökning som fokuserade på den senaste forskningen (Östlundh, 2022). Detta kan dock ha varit en svaghet då relevanta artiklar kan ha förbisetts. Å andra sidan en styrka då det lättare speglar aktuell vårdpraxis, vilket ökar överförbarheten (Mårtensson & Fridlund, 2017). Missfall som forskningsämne har ökat markant i popularitet de senaste åren. Med våra sökord publicerades nästan dubbelt så många artiklar mellan år 2019 och 2024 (n=493) än mellan år 2014 och 2019 (n=250)¹.

Ingen avgränsning gjordes avseende tidiga eller sena missfall, eller avseende någon specifik avdelning eller mottagning inom vården. Detta beslut togs för att kunna avgränsa oss i tid och således fokusera på studier publicerade de senaste fem åren. Det kan ses som en styrka då det genererade en bred analys och möjliggjorde en undersökning av vårdupplevelser i olika stadier av missfall. Dock har de artiklar som inkluderats, i stor utsträckning, fokuserat på kvinnor som sökt på akutmottagningar. Detta kan skilja sig från den svenska vården där många söker vård på gynekologiska akutmottagningar i första hand, där vårdpersonal troligtvis har mer kunskap kring missfall än vad vårdpersonal på en vanlig akutmottagning eventuellt har. Detta kan vara en svaghet där överförbarhet (Mårtensson & Fridlund, 2017) till gynekologisk akutmottagning försvåras.

I denna litteraturöversikt har även artiklar som fokuserade på enbart män exkluderats, men artiklar som fokuserade på par inkluderades. I den ena artikeln (Watson m.fl., 2019) ingick 495 kvinnor, 13 män och 7 utan könsdefinition. I den andra artikeln (Emond m.fl., 2019) ingick 10 kvinnor och 7 män. För den senare artikeln var det i vissa fall tydligt när det handlade om kvinnan, och i andra fall benämndes studiedeltagarna som föräldrar eller par. Detta kan ha påverkat validiteten till det lägre då det inte står tydligt om det fokuserar på kvinnans eller partners perspektiv (Olsson & Sörensen, 2021). I vårt fall handlar det om att fokus på kvinnans omvårdnadsbehov inte kan garanteras. Påverkan är dock troligen liten, då studiens resultat liknade andra inkluderade artiklar med enbart kvinnliga deltagare.

¹ Sökningen gjordes på databasen Scopus 14-11-2024

En avgränsning gjordes till studier med västerländsk kontext. Beslutet togs efter litteratursökningen och efter att ha läst artiklar i fulltext som inkluderades utifrån abstract. Artiklar från exempelvis Sydafrika och Uganda exkluderades då vår avsikt var att fokusera på forskning vars resultat lättare kan appliceras på västerländsk vårdpraxis. Avgränsningen kan å ena sidan ses som en svaghet då det exkluderat perspektiv som kan ha minskat bredden och djupet i vårt resultat. Å andra sidan kan det ses som en styrka då det lättare möjliggjorde överförbarheten i en västerländsk kontext. Beslutet togs i samråd med vår handledare. Trots att ingen avgränsning gjordes avseende geografisk kontext vid litteratursökningen, kom de artiklarna som inkluderades oavsiktligt endast från tre länder; USA, Kanada och Australien. Detta kan försvåra resultatets överförbarhet (Mårtensson & Fridlund, 2017) till en svensk kontext, där vårdens uppbyggnad ser annorlunda ut. Många söker vård på gynekologiska akutmottagningar vid missfall i Sverige, vilket gör vi kan anta att vårdpersonalen på dessa mottagningar förhoppningsvis har mer kännedom kring omvårdnad vid missfall.

Att artiklarna under datainsamlingen granskades enskilt för att sedan diskuteras gemensamt ser vi som en styrka. Denna systematiska genomgång som utfördes på flera nivåer, från titel till abstract och sedan till fulltext, säkerställde att inga relevanta artiklar missades. Att varje artikel diskuterades vid tveksamheter ledde även till att vårt urval blev mer välgrundat. Dataanalysen följde liknande struktur som datainsamlingen, där artiklarna initialt granskades enskilt för att sedan diskuteras gemensamt för att komplettera varandras resultat. Denna metod var tidskrävande, men väsentlig för att säkerställa att inga resultat förbisågs. Genom att tillämpa denna metod på både datainsamlingen och dataanalysen kunde vi uppnå högre reliabilitet än om vi hade gjort det gemensamt. Författarens förståelse kan även påverka dataanalysen och således resultatet i en litteraturöversikt (Henricson, 2017). Detta är något vi inte heller kan utesluta då vi är sjuksköterskestudenter med viss erfarenhet och intresse för ämnet. Kategoriseringen av resultatet visade sig även vara en utmaning där begrepp som empati, sympati, förståelse, bemötande och attityd relativt ofta var svåra att särskilja och beskrevs med olika begrepp i studierna. När vi inledningsvis försökte särskilja och presentera dessa som separata kategorier visade det sig svårt att hitta tydliga grändragningar mellan dem. För att skapa en mer hanterbar struktur och undvika överlappningar togs beslut att sammanföra dessa kategorier till en kategori; behov av omsorgsfullt stöd. Detta val möjliggjorde en tydligare och mer sammanhållen jämförelse av studiernas resultat. Det kan dock ha gjort det svårare att se detaljerade skillnader och få en mer nyanserad bild av resultatet.

Alla artiklar som inkluderades var etiskt godkända, även om tydligheten i artiklarna varierade. Två av de inkluderade artiklarna nämnde inget om de blivit etiskt godkända (Miller m.fl., 2019; Panches m.fl., 2019). I dessa fall kontrollerades den etiska policyn av den vetenskapliga tidskrift som artikeln var publicerad i, där samtliga krävde etiskt godkännande före publicering. Att endast inkludera etiskt godkända artiklar kan ses som en styrka, då det skyddar deltagarnas rättigheter, särskilt eftersom det kan vara potentiellt triggande och orsaka ett emotionellt lidande för kvinnor att dela sina upplevelser om missfall. Samtidigt är sådana studier avgörande för att ge vårdpersonalen insikt och förståelse för kvinnors erfarenheter av vården och deras specifika omvårdnadsbehov.

Resultatdiskussion

Denna litteraturöversikt har undersökt vad kvinnan har för efterfrågade omvårdnadsbehov vid missfall. Resultatet tyder på att dessa omvårdnadsbehov inte alltid tillgodoses inom vården. Bland annat upplever kvinnor att informationen är bristfällig och att de har behov av både skriftlig och muntlig information. Samtidigt framkommer det att den medicinska aspekten av missfall tillgodoses, men att det emotionella stödet hamnar i skymundan.

Behov av information

Ett av huvudfynden i denna litteraturöversikt är att kvinnan upplevt bristfällig information samt haft ett behov av information vid missfall. Resultatet i denna litteraturöversikt visar att det inte finns skriftlig information att tillgå samt att den som finns är bristfällig och inaktuell. Detta skulle kunna vara en anledning till att kvinnan inte får den information som efterfrågas. I en artikel av Austin m.fl. (2021) framgår det att den skriftliga informationen bör ses som ett tillägg till den muntliga. Enligt författarna tar skriftlig information inte alltid hänsyn till individuella faktorer eller läskunnighet. Detta är något som även bekräftas i vårt resultat, där kvinnor upplevde att medicinsk terminologi kunde vara svår att förstå. En kombination av skriftlig och muntlig information skulle kunna vara en relevant lösning för att bidra till en större förståelse hos patienten.

Resultatet i denna litteraturöversikt visar att kvinnan ibland upplevde att vårdpersonal undanhöll information, vilket beskrivs som brist på transparens. Detta fynd bekräftas även i studien av Baird m.fl. (2018), där det framkom att kvinnor fått medicinsk behandling utan någon information om det. En annan kvinna beskrev även att vårdpersonal undanhöll information om att ett missfall inträffat, vilket senare upptäcktes när kvinnan läste sin journal. Att undanhålla information kan även påverka kvinnans möjlighet att vara delaktig och bidra till att den personcentrerade vården brister. Ur ett etiskt perspektiv väcker det också frågor om vårdpersonalens skyldighet att vara uppriktig mot patienten. En möjlig orsak till att vårdpersonal undanhåller information kan vara kunskapsbrist. Forskning har visat att vissa sjuksköterskor upplever att de saknar kompetens för att hantera den emotionellt laddade situationen som ett missfall innebär (Martins m.fl., 2023). Detta kan leda till osäkerhet hos sjuksköterskan vilket i sin tur kan leda till att information inte kommuniceras på ett tydligt sätt, eller undanhålls helt.

De flesta artiklar som ingår i denna litteraturstudie handlar om att kvinnor som genomgår missfall söker vård på akutmottagning i första hand. Forskning visar att vårdpersonal inte bara upplever kunskapsbrist utan även tidspress på sitt arbete. Detta belyser studien av Griffin m.fl. (2021) där 25 sjuksköterskor på ett sjukhus i Australien intervjuats om deras upplevelse av att ge omvårdnad till kvinnor som genomgått missfall. Där beskriver sjuksköterskorna att tidspress är den stora begränsningen i mötet med patienten. Detta skulle kunna vara en förklaring till varför många kvinnor inte får den information som de efterfrågar. Baird m.fl. (2018) för en diskussion om att vårdkedjan vid missfall borde börja vid primärvården och övergå till akutmottagning om det skulle vara nödvändigt samt att informera kvinnan om att söka vård på primärvården i första hand vid funderingar kring symtom och komplikationer.

Det finns missuppfattningar om orsakerna till missfall vilket skulle kunna generera i en känsla av skuld och orsaka ett lidande för kvinnor. Sjuksköterskan skulle kunna motverka de missuppfattningarna som finns kring missfall genom att bemöta det med sakliga och forskningsbaserade förklaringar. För att uppnå detta behöver sjuksköterskan kontinuerligt uppdatera och utvärdera sina kunskaper genom aktuell forskning (Svensk sjuksköterskeförening, 2021). Detta skulle kunna bidra till att lindra kvinnans känsla av skuld, och säkerställa att informationen som delges är aktuell. Dessutom visar resultatet i denna litteraturöversikt att kvinnor har ett behov av att få information vid missfall. Att arbeta evidensbaserat skulle således innebära att ta hänsyn till och uppfylla detta behov. Ur ett samhällsligt perspektiv skulle brist på information vid utskrivning även kunna leda till att kvinnor inte vet vart de ska vända sig vid komplikationer, eller ens om de behöver söka vård igen. Detta skulle i sin tur kunna resultera i att kvinnan söker vård igen i onödan, vilket kan bidra till ökade samhällskostnader.

Austin m.fl. (2021) påpekar att uppfattningen om vad som anses vara tillräcklig information varierar från person till person och för att tillgodose kvinnans omvårdnadsbehov menar författarna att det är viktigt att informationen är personcentrerad. Fyndet bekräftas även i studien av Baird m.fl. (2018) där tio kvinnor intervjuades kring sin upplevelse av missfall på akutmottagning i New York. Detta framkom även i resultatet, där vissa kvinnor önskar mer detaljerad information för att känna sig förberedda, medan andra kvinnor ville ha begränsad mängd information då den annars upplevdes som överflödigt. Som sjuksköterska är det därmed viktigt att vara lyhörd för vilken information som kvinnan önskar för att vården ska bli mer personcentrerad (Georgsson & Stenström Bohlin, 2022). Att vårdpersonal inte anpassar information och lyssnar till kvinnans unika behov kan vara ett tecken på att vårdpersonal inte arbetar personcentrerat. Ett sätt att kunna arbeta personcentrerat som sjuksköterska skulle kunna vara att anpassa informationen utifrån patientens tidigare kunskap om missfall, deras situation eller unika behov av information. Som resultatet visar kan behovet variera beroende på om kvinnan genomgått många missfall tidigare eller om det var kvinnans första.

Behov av omsorgsfullt stöd

I denna litteraturöversikt framkom det att kvinnor hade ett behov av ett gott bemötande och att vårdpersonal visade förståelse för kvinnans situation. Missfall kan frambringa känslor som sorg, skuld och självanklagelse och för vissa kan det även påverka kvinnans självbild och skapa tvivel kring fertilitet eller kvinnlighet (Ancker m.fl., 2012). Resultatet visade även att kvinnor upplever att vårdpersonal behandlar missfallet som ett medicinskt problem som hanterades på rutin. Den känslomässiga delen av missfallet tenderade då att hamna i skymundan. I en studie av Due m.fl. (2018) där 15 kvinnor intervjuades om sin upplevelse av vården vid missfall, framkom liknande resultat. Där beskrev kvinnorna att vårdpersonalen vanligtvis uppfyllde deras fysiska behov, men att det emotionella stödet ofta saknades.

En eventuell förklaring till att den känslomässiga delen av missfallet ibland hamnar i skymundan är att vårdpersonal har begränsat med tid. Forskning visar även att vårdpersonal själva anser att bristen på tid är en anledning till varför det emotionella stödet ibland

bortprioriteras (Griffin m.fl., 2021; Jensen m.fl., 2019; Tancioco m.fl., 2023). Utöver tidsbristen visar en studie av Martins m.fl. (2023) att flera av de intervjuade sjuksköterskorna önskade mer utbildning, bland annat kring hur de bäst kan bemöta och stötta kvinnor som genomgår missfall. Detta stöds i en studie av Due m.fl. (2018) där flera kvinnor som genomgått missfall beskrev att vårdpersonalens bemötande och agerande kan bero på bristande utbildning. Trots detta framkom det vidare att kvinnorna främst önskade att vårdpersonalen skulle vara närvarande, lyssna aktivt och ta sig tid att förstå deras känslor och behov. Detta belyser att kvinnorna inte nödvändigtvis behöver avancerade samtalstekniker eller specialiserad kunskap, utan snarare att vårdpersonal visar närvaro och medkänsla.

Att inte ge omsorgsfullt stöd på grund av att vårdpersonal själva tycker att det är emotionellt påfrestande kan vara en annan potentiell orsak till att detta behov inte tillgodoses. I en studie av Martins m.fl. (2023) beskriver sjuksköterskor svårigheter i balansen mellan att ge medicinsk vård och emotionellt stöd, eftersom den emotionella delen kunde vara emotionellt påfrestande även för sjuksköterskan. Detta ledde till att sjuksköterskan tog till strategier, såsom att undvika ögonkontakt eller lämna rummet, för att inte riskera att avslöja sina egna känslor.

ICN:s etiska koder för sjuksköterskor betonar just vikten av empati, lyhördhet och medmänsklighet i mötet med patienten (Svensk sjuksköterskeförening, 2021). De betonar även att sjuksköterskor ska arbeta personcentrerat och en viktig del i det är att se hela människan (Öhlén & Friberg, 2019). I samband med missfall kan detta innebära att vårdpersonal fokuserar på att validera kvinnans upplevelse och ge henne utrymme för att uttrycka hennes känslor. Detta skulle eventuellt kunna bidra till att lindra det känslomässiga lidandet, och stärka kvinnans upplevelse av att bli sedd som en hel person.

Ett annat resultat som framkom i denna litteraturoversikt var att kvinnor önskade att vårdpersonal skulle använda ett respektfullt och empatiskt språkbruk i sitt bemötande. Kvinnor upplevde att missfallet i vissa fall förminskades eller nedvärderades genom att vårdpersonalen använde ett språk som indikerade att missfallet var en oviktig händelse. Detta lyfts även i tidigare studier (Due m.fl., 2018; Engel & Rempel, 2016; Warner m.fl., 2012). En möjlig förklaring till att vårdpersonal använder ett medicinskt språkbruk kan vara att vårdpersonalens utbildning i större utsträckning fokuserar på den medicinska delen av missfall. Detta kan eventuellt ha bidragit till att vårdpersonalen använder medicinska termer såsom ”foster” eller ”avslutad graviditet”. Kvinnan kan vidare uppleva att dessa termer inte möter hennes behov av att få sin förlust erkänd på ett empatiskt och respektfullt vis. Istället skulle sjuksköterskan kunna fråga kvinnan vilka termer hon önskar ska användas, eller vara lyhörd för vilka termer kvinnan själv använder. Om kvinnan exempelvis har tilldelat fostret ett namn, kan det vara betydelsefullt att även sjuksköterskan använder detta namn för att visa förståelse.

En del i att arbeta personcentrerat är att ha förståelsekunskap (Backman & Edvardsson, 2020). Genom att sätta sig in i vad missfallet kan ha för betydelse för kvinnan kan vårdpersonal bättre anpassa sitt bemötande och sitt språkbruk kring missfallet. För att uppnå detta krävs inte bara medicinsk kunskap kring missfallet i sig utan även förståelse i hur det kan påverka kvinnans emotionella mående eller självbild. Ett sätt att fördjupa denna

förståelse är att utgå från kvinnans livsberättelse (Backman & Edvardsson, 2020). Om vårdpersonalen aktivt lyssnar och visar intresse kan vårdpersonalen få ta del av kvinnans livsberättelse. Detta kan ge en bättre inblick i hur kvinnan upplever missfallet och samtidigt bidra till en djupare förståelse för hennes situation. En ökad förståelse kan även ge större möjligheter att tillgodose och möta kvinnans behov, vilket således skapar en personcentrerad vård.

Slutsats

Denna litteraturöversikt visar att kvinnors omvårdnadsbehov vid missfall inte tillgodoses fullt ut. Kvinnor efterfrågar mer information för att känna sig förberedda, tillgång till uppföljning, en trygg och avskild vårdmiljö samt omsorgsfullt stöd och ett respektfullt bemötande från vårdpersonal.

Kliniska implikationer

Denna litteraturöversikt kan användas till att förbättra vården och vårdupplevelsen för de kvinnor som genomgår missfall. För sjuksköterskan innebär det att inte enbart att ge medicinsk vård utan även tillgodose de omvårdnadsbehov som framkommit i resultatet. Resultatet skulle även kunna användas på ett organisatoriskt plan för att kunna skapa rutiner och riktlinjer som tillåter att vårdpersonal kan tillgodose att kvinnans efterfrågade behov tillgodoses. Ett sätt att göra detta på är att skapa informationsblad eller en broschyr då det kan avlasta vårdpersonal och samtidigt möta kvinnors behov. Liknande lösningar används redan i andra områden inom vården, såsom vid operation eller andra mindre kirurgiska ingrepp, där patienter får med sig skriftlig information hem som komplettering till den muntliga.

Fortsatt forskning

Många studier publicerade inom detta ämne är kvalitativa intervjustudier som fokuserar på upplevelsen av själva missfallet eller upplevelsen av vården vid missfall. För att vidare ta reda på kvinnans omvårdnadsbehov vid missfall vore det värdefullt att framtida studier fokuserar på att undersöka konkreta omvårdnadsbehov och utvärdera deras effekter. Resultatet från de inkluderade artiklarna i denna litteraturöversikt är till stor del samstämmiga. Trots detta tycks de omvårdnadsbehov som kvinnor önskar vid missfall inte alltid bli tillgodosedda. Därav borde framtida forskning fokusera på att identifiera de eventuella hinder som gör att vårdpersonal inte tillgodoser kvinnornas behov.

Referenser

* Artiklar i resultatet

Ancker, T., Gebhardt, A., Andreassen, S., & Botond, A. (2012). TIDIG FÖRLUST: Kvinnors upplevelse av missfall. *Nordic journal of nursing research*, 32(1), 32. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1177/01074083120320>

Austin, L., Littlemore, J., McGuinness, S., Turner, S., Fuller, D., & Kuberska, K. (2021). Effective Communication Following Pregnancy Loss: A Study in England. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 30(1), 175–187. <https://doi.org/10.1017/S0963180120000651>

Baird, S., Gagnon, M. D., deFiebre, G., Briglia, E., Crowder, R., & Prine, L. (2018). Women's experiences with early pregnancy loss in the emergency room: A qualitative study. *Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives*, 16, 113–117. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.03.001>

*Bellhouse, C., Temple-Smith, M., Watson, S., & Bilardi, J. (2019). “The loss was traumatic... some healthcare providers added to that”: Women’s experiences of miscarriage. *Women and Birth : Journal of the Australian College of Midwives*, 32(2), 137–146. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.06.006>

Borgfeldt, C., Sjöblom, I., Strevens, H., & Wangel, A-M. (2019). *Obstetrik och gynekologi för sjuksköterskor*. Studentlitteratur.

Bölenius, K., & Lämås, K. (2020). Personcentrerad omvårdnad i hemtjänsten. I D. Edvardsson & A. Backman (Red.), *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik* (s.105-122). Studentlitteratur.

Chichester, M., & Harding, K. M. (2021). Early pregnancy loss: Invisible but real. *Nursing*, 51(12), 28–32. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000800080.92781.c5>

*Dainty, K. N., Seaton, M. B., McLeod, S., Tunde-Byass, M., Tolhurst, E., Rojas-Luengas, V., Little, D., & Varner, C. (2021). Reframing How Early Pregnancy Loss Is Viewed in the Emergency Department. *Qualitative Health Research*, 31(6), 1119–1128. <https://doi.org/10.1177/1049732321994534>

Due, C., Obst, K., Riggs, D. W., & Collins, C. (2018). Australian heterosexual women’s experiences of healthcare provision following a pregnancy loss. *Women and Birth : Journal of the Australian College of Midwives*, 31(4), 331–338. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.11.002>

Edvardsson, D., & Backman, A. (2020). Personcentrerad omvårdnad som sjuksköterskans kärnkompetens. I D. Edvardsson & A. Backman (Red.), *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik* (s. 95-104). Studentlitteratur.

*Emond, T., Montigny, F., & Guillaumie, L. (2019). Exploring the needs of parents who experience miscarriage in the emergency department: A qualitative study with parents and nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 28(9–10), 1952–1965. <https://doi.org/10.1111/jocn.14780>

- Engel, J., & Rempel, L. (2016). Health Professionals' Practices and Attitudes About Miscarriage. *MCN, the American Journal of Maternal Child Nursing*, 41(1), 51–57. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000207>
- Friberg, F. (2022). Att göra en litteraturoversikt av kvantitativ och kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 185–198). Studentlitteratur.
- Georgsson, S., & Stenström Bohlin, K. (2022). Den gravida patienten. I C. Kumlien & J. Rystedt (Red.), *Omvårdnad och kirurgi* (s. 543–557). Studentlitteratur.
- Griffin, G., Ngulube, M., Farrell, V., & Hauck, Y. L. (2021). Caring for women through early pregnancy loss: Exploring nurses' experiences of care. *Collegian (Royal College of Nursing, Australia)*, 28(3), 268–274. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2020.08.011>
- Henic, E. (2022). Hyperemesis gravidarum, spontan abort och extrauterin graviditet. I T. Bäckström, P. Kjollhede & B-M. Landgren (Red.), *Gynekologi* (s. 213–225). Studentlitteratur.
- Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad* (s. 411–419). Studentlitteratur.
- Jensen, K. L. B., Temple-Smith, M. J., & Bilardi, J. E. (2019). Health professionals' roles and practices in supporting women experiencing miscarriage: A qualitative study. *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 59(4), 508–513. <https://doi.org/10.1111/ajo.12910>
- Karlsson, E.K. (2017). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad* (s. 81–97). Studentlitteratur.
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad* (s. 57–77). Studentlitteratur.
- *Larivière-Bastien, D., deMontigny, F., & Verdon, C. (2019). Women's Experiences of Miscarriage in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*, 45(6), 670–676. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2019.06.008>
- *Lee, L., Gerber, K., & Kammers, M. P. M. (2024). What good emotional care for miscarriage looks like: A mixed-methods investigation in an Australian private hospital setting. *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*. <https://doi.org/10.1111/ajo.13881>
- Martins, M. V., Valente, V. A., Silva, A. D., Ramalho, C., & Costa, M. E. (2023). “Death is a sensitive topic when you are surrounded by life”: Nurses experiences with pregnancy loss. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 35, 100817–100817. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100817>
- *Miller, C. A., Roe, A. H., McAllister, A., Meisel, Z. F., Koelper, N., & Schreiber, C. A. (2019). Patient Experiences With Miscarriage Management in the Emergency and Ambulatory Settings. *Obstetrics and Gynecology (New York. 1953)*, 134(6), 1285–1292. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003571>

Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad* (s. 421–436). Studentlitteratur.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2021). *Forskningsprocessen*. Liber.

*Punches, B. E., Johnson, K. D., Acquavita, S. P., Felblinger, D. M., & Gillespie, G. L. (2019). Patient perspectives of pregnancy loss in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 43, 61–66. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2018.10.002>

Quenby, S., Gallos, I. D., Dhillon-Smith, R. K., Podesek, M., Stephenson, M. D., Fisher, J., Brosens, J. J., Brewin, J., Ramhorst, R., Lucas, E. S., McCoy, R. C., Anderson, R., Daher, S., Regan, L., Al-Memar, M., Bourne, T., MacIntyre, D. A., Rai, R., Christiansen, O. B., ... Coomarasamy, A. (2021). Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. *The Lancet (British Edition)*, 397(10285), 1658–1667. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00682-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00682-6)

Santamäki Fischer, R. (2020). Livet som berättelse - en grund för personcentrerad omvårdnad. I D. Edvardsson. & A. Backman (Red.), *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik* (s. 63–76). Studentlitteratur.

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

Stjerndahl, J-H. (2019). Tidig patologisk graviditet. I P-O. Jansson & B-M. Landgren (Red.), *Gynekologi* (s. 249–256). Studentlitteratur.

Svensk sjuksköterskeförening. (2019). *Personcentrerad vård: en kärnkompetens för god och säker vård*. <https://swenurse.se/download/18.9f73344170c003062310d6/1583937715986/personcentrerad%20v%C3%A5rd%202019.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2021). *ICN etiska kod för sjuksköterskor*. <https://swenurse.se/publikationer/icns-etiska-kod-for-sjukskoterskor>

Svensk sjuksköterskeförening. (2024). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska 2024*. <https://swenurse.se/download/18.63d77b1e18bf5c2bfaa40841/1701244747726/Kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksko%CC%88terska%202024.pdf>

Tancioco, V., Pancholi, R., Schechter-Perkins, E., Drainoni, M. L., & White, K. (2023). Emergency department staff perspectives on caring for patients experiencing early pregnancy loss (Boston, Massachusetts 2021). *Contraception (Stoneham)*, 125, 110091–110091. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2023.110091>

Warner, A., Saxton, A., Indig, D., Fahy, K., & Horvat, L. (2012). Women's experience of early pregnancy care in the emergency department: A qualitative study. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 15(2), 86–92. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2012.02.002>

*Watson, J., Simmonds, A., La Fontaine, M., & Fockler, M. E. (2019). Pregnancy and infant loss: a survey of families' experiences in Ontario Canada. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 129–129. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2270-2>

World Health Organization (u.å). *Why we need to talk about losing a baby*. Hämtad 2024-10-16 från <https://www.who.int/news-room/spotlight/why-we-need-to-talk-about-losing-a-baby>

*Yu, A. Y., Temple-Smith, M. J., & Bilardi, J. E. (2022). Health care support following miscarriage in Australia: a qualitative study. How can we do better? *Australian Journal of Primary Health*, 28(2), 172–178. <https://doi.org/10.1071/PY21090>

Öhlén, J., & Friberg, F. (2019). Person. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder - Perspektiv och förhållningssätt* (s. 311-334). Studentlitteratur.

Östlundh, L. (2022). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 79-109). Studentlitteratur.

Bilagor

Bilaga 1

Söktabell

Datum	Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal valda utifrån titel	Antal valda utifrån abstract	Antal valda utifrån fulltext
2024-10-17	CINAHL	(Miscarriage OR spontaneous abortion OR early pregnancy loss OR missed abortion) AND (care or caring or support or nurs*) AND (Experience* OR feeling* OR view* OR attitude*)	Peer review 5 år Engelska	123	14	3	1
2024-10-18	Scopus	((miscarriage OR "spontaneous abortion" OR "early pregnancy loss" OR "missed abortion") AND (care OR caring OR support) AND (experience* OR feeling* OR view* OR attitude*))AND (nurs*)	5 år Engelska	483	46	17	9 (varav 1 var dublett)
2024-10-21	PubMed	((Miscarriage OR spontaneous abortion OR early pregnancy loss OR missed abortion) AND (Experience* OR feeling* OR view* OR attitude*)) AND (Care OR caring OR support)) AND (Nurs*)	5 år Engelska	133	14	5	3 (varav 3 var dubletter)

Bilaga 2

Översiktstabell

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kvalitet enligt kvalitetsgranskning
Bellhouse m.fl. 2019 Australien	"The loss was traumatic... some healthcare providers added to that": Women's experiences of miscarriage	Få bättre förståelse kring kvinnans upplevelse av missfall, med särskilt fokus på upplevelsen av vården vid missfall, för att öka medvetenheten och få rekommendationer för att förbättra vården	Kvalitativ studie. Semi-strukturerade intervjuer.	15 kvinnor deltog i studien, medianåldern var 36. Studiedeltagarna rekryterades genom uppsatta informationsblad på sjukhus och vårdcentraler, Facebook-inlägg samt via email till etablerade kontakter inom forskarnas nätverk, där intresserade kvinnor kontaktade forskarna via SMS eller E-post. Inklusionskriterier: god förståelse av engelska, mellan 18-50 år samt fått missfall tidigast 3 månader sedan, men inte senare än	Näst intill alla kvinnor upplevde brist på information och empati av vårdpersonalen kring missfallet. Kvinnorna uppgav att de hade önskat uppföljning, möjlighet att prata med psykolog, mer empati och förståelse, mer information, samt någon form av minnesstund för barnet de förlorat.	Grad: I + Utomstående forskare deltog i analysen av resultatet - Ett stort spann på missfallsdiagnostiken, 3 månader till 10 år

				10 år sedan		
Dainty m.fl. 2021 Kanada	Reframing How Early Pregnancy Loss Is Viewed in the Emergency Department	Undersöka hur kvinnor upplever vården vid missfall och tidiga graviditetskomplikationer samt identifiera förbättringsområden.	Kvalitativ intervjustudie	59 kvinnor deltog i studien, dessa var mellan 22-47 år. Studiedeltagarna identifierades av vårdpersonal på akutmottagning samt mottagning för tidigt gravida (på engelska "Early pregnancy clinic") och, vid intresse, hänvisades till forskarteamet. Inklusionskriterier: minst 18 år och sökorsaken skulle vara missfall eller tidiga graviditetskomplikationer	Kvinnorna på akutmottagningen upplevde brist på emotionellt stöd samt brist på information i samband med missfallet.	Grad: II + Många deltagare, lågt bortfall. - Alla intervjuer gjordes på telefon
Emond m.fl. 2019 Kanada	Exploring the needs of parents who experience miscarriage in the emergency department: A qualitative study with parents and nurses	Undersöka föräldrars upplevelse av att få missfall på akutmottagning, identifiera deras behov samt få rekommendationer från föräldrar och sjuksköterskor	Kvalitativ studie. Semi-strukturerade Intervjuer.	7 par och 3 ensamma kvinnor deltog i studien. Medelåldern var 32.6 år. Studiedeltagarna rekryterades via reklam på sociala medier och via reklam på	Flera kvinnor hade önskat mer information, möjlighet att prata om känslor, möjlighet till eget rum på akutmottagningen och någon form av uppföljning, exempelvis	Grad: I + Studiedeltagarna fick själva välja plats för intervjun - Ett stort spann på missfallsdiagnosiken, upp till tre

		kor för att förbättra vården.		bland annat gym, sjukhus och mataffärer. De som var intresserade att delta kontaktade forskarna via E-mail eller telefon. Inklusionskriterier: Studiedeltagarna skulle vara minst 18 år, upplevt ett missfall vid eller innan graviditetsvecka 20 inom de senaste 3 åren.	via telefon av en sjuksköterska.	år
Larivière- Bastien m.fl. 2019 Kanada	Women's Experiences of Miscarriage in the Emergency Department	Identifiera hur kvinnorna som gick igenom ett missfall upplevde vården på en akutmottagning	Kvalitativ studie. Semi-strukturerade Intervjuer.	48 deltagare Deltagarna rekryterades via informationsblad och affischer och de som uppfyllde kraven fick delta: minst 18 år, upplevt minst ett missfall senaste fyra åren, sökt vård i samband med missfallet på akutmottagning samt fransktalande.	Många kvinnor rapporterade om bristande information både under missfallet och även vad som skulle ske efter. Således sökte många egna svar på internet.	Grad: I + Inget bortfall av studiedeltagare - Låg socioekonomisk variation bland studiedeltagarna
Lee m.fl. 2024	What good emotional care for miscarriage looks like: A mixed-methods investigation in	Undersöka patienter och deras partners upplever vården som	Mixed-method studie. Enkät med	24 deltagare, varav 18 patienter och 6 partners som upplevt ett missfall	De centrala teman som identifierades: att erkänna förlusten, behovet av	Grad: I + Lågt tidsspann

Kanada	an Australian private hospital setting	ges på ett privat förlossnings sjukhus.	11 frågor samt semistrukturerade intervjuer.	senaste 6 månaderna.	empati och vänlighet från vårdgivare, tydlig information, stöd från partner samt uppföljning.	från missfallsdiagnos (<6 månader) - Låg socioekonomisk variation bland studiedeltagarna
Miller m.fl. 2019 USA	Patient Experiences With Miscarriage Management in the Emergency and Ambulatory Settings	Beskriva patientens upplevelse av missfall i ambulans och på akutmottagning.	Mixed-method studie. Enkät och semistrukturerade intervjuer.	54 personer svarade på enkäten. 45 deltog i intervjuerna. Deltagarna blev tillfrågade på sjukhuset, vid vårdtillfället, mellan januari 2014-2015. Minst 18 år gamla. Engelsktalande. Missfallet var diagnostiserat med ultraljud under första trimester (5-12 veckor)	Patienterna värderade klarhet i diagnos, tidseffektiv och individualiserad vård. Patienterna på akuten upplevde ineffektiv vård och sämre bemötande och empati. I ambulansen upplevde patienterna mer empati och smidigare vård.	Grad: I + Många deltagare - Externa journaler saknades i vissa fall, vilket kan ha påverkat validiteten
Punches m.fl. 2019	Patient perspectives of pregnancy loss in the emergency department	Undersöka hur kvinnor upplever vården, efter ett missfall, på en akutmottagning	Mixed method. Deltagarna fick fylla i en enkät om	Deltagarna rekryterades på två akutmottagningar.	Studien identifierade fem Centrala teman: beslut att söka vård, miljön på	Grad: II + Intervjuer utfördes < 2 veckor efter

USA		ning.	depression och sedan delta i semistrukturerade intervjuer gjordes 72 timmar efter utskrivning.	Åtta kvinnor mellan 21-34 år deltog.	akutmottagningen, ovissheten före diagnos, lättnad efter diagnos och behovet av stöd genom sorgeprocessen	missfall - Lågt studiedeltagare antal
Watson m.fl. 2019 Kanada	Pregnancy and infant loss: A survey of families' experiences in Ontario Canada	Identifiera vilket stöd patienter och deras partner får vid ett missfall.	Kvantitativ, tvärsnittsstudie. Enkät.	Rekryteringen gjordes genom annonsering på sociala medier. 607 besvarade enkäten, dock ett bortfall som genererade i 596 svar. Kriteriet för att delta var att deltagarna var tvungna att vara bosatta i Ontario, Kanada samt upplevt missfall.	Många upplevde att de inte fick tillräcklig information samt omhändertagande av vårdpersonal, vilket resulterade i att det förvärrade sorgen. Vissa upplevde positiva vårdmöten och kände då mer empati.	Grad: I + Många studiedeltagare - Låg socioekonomisk variation bland studiedeltagarna
Yu m.fl. 2022 Australien	Health care support following miscarriage in Australia: a qualitative study. How can we do better?	Undersöka kvinnors upplevelse av stöd vid missfall, samt deras åsikt om vilket stöd de skulle behöva, när det behövdes	Kvalitativ intervjustudie	16 kvinnor deltog i studien. Studiedeltagarna rekryterades via Facebook-grupper, email, reklam, nyhetsblad	Flera deltagare upplevde brist på emotionellt stöd. Förbättringsförslag var mer information kring missfall, mer	Grad: II + Stor geografisk spridning bland studiedeltagare -

		och vem som borde erbjuda det		och via snöbollsmetod . Inklusionskriterier: god förståelse av engelska, samt fått missfall för 3 till 24 månader sedan	emotionellt stöd samt uppföljning	Delvis rekrytering via stödorganisationer kan ha påverkat validiteten
--	--	-------------------------------	--	--	-----------------------------------	---

Bilaga 3

Bedömningsprotokoll

Bedömningsmall för studier med kvalitativ metod

Poängsättning	0	1	2	3
Abstract (syfte, metod, resultat = 3p)	Saknas	1/3	2/3	Samtliga
Introduktion	Saknas	Knapphändig	Medel	Välskriven
Syfte	Ej angivet	Otydligt	Medel	Tydligt
Metod				
Metodval adekvat till frågan	Ej angiven	Ej relevant	Relevant	
Metodbeskrivning (repetitbarhet möjlig)	Ej angiven	Knapphändig	Medel	Utförlig
Triangulering	Saknas	Finns		
Urval (antal, beskrivning, representativitet)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Patienter med t.ex. lungcancerdiagnos	Ej undersökt	Liten andel	Hälften	Samtliga
Bortfall	Ej angivet	> 20 %	5-20 %	< 5 %
Bortfall med betydelse för resultatet	Analys saknas / Ja	Nej		
Kvalitet på analysmetod	Saknas	Låg	Medel	Hög
Etiska aspekter	Ej angivna	Angivna		
Resultat				
Frågeställningen besvarad	Nej	Ja		
Resultatbeskrivning (redovisning, tabeller etc.)	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Tolkning av resultatet (citat, kod, teorier etc.)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Diskussion				
Problemanknytning	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas	Låg	God	
Anknytning till tidigare forskning	Saknas	Låg	Medel	God
Slutsatser				
Överensstämmelse med resultat (resultatets huvudpunkter belyses)	Slutsats saknas	Låg	Medel	God
Ogrundade slutsatser	Finns	Saknas		
Total poäng (max 48p)	p	p	p	p
				p
Grad I: 80%				%
Grad II: 70%				Grad
Grad III: 60%				
Titel				
Författare				

Bedömningsmall för studier med kvantitativ metod

Poängsättning	0	1	2	3
Abstract (syfte, metod, resultat = 3p)	Saknas	1/3	2/3	Samtliga
Introduktion	Saknas	Knapphändig	Medel	Välskriven
Syfte	Ej angivet	Otydligt	Medel	Tydligt
Metod				
Metodval adekvat till frågan	Ej angiven	Ej relevant	Relevant	
Metodbeskrivning (repetierbarhet möjlig)	Ej angiven	Knapphändig	Medel	Utförlig
Urval (antal, beskrivning, representativitet)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Patienter med t.ex. lungcancerdiagnos	Ej undersökt	Liten andel	Hälften	Samtliga
Bortfall	Ej angivet	> 20 %	5-20 %	< 5 %
Bortfall med betydelse för resultatet	Analys saknas / Ja	Nej		
Etiska aspekter	Ej angivna	Angivna		
Resultat				
Frågeställningen besvarad	Nej	Ja		
Resultatbeskrivning (redovisning, tabeller etc.)	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Statistisk analys (beräkningar, metoder, signifikans)	Saknas	Mindre bra	Bra	
Confounders	Ej kontrollerat	Kontrollerat		
Tolkning av resultatet	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Diskussion				
Problemanknytning	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas	Låg	God	
Anknytning till tidigare forskning	Saknas	Låg	Medel	God
Slutsatser				
Överensstämmelse med resultat (resultatets huvudpunkter belyses)	Slutsats saknas	Låg	Medel	God
Ogrundade slutsatser	Finns	Saknas		
Total poäng (max 47p)	p	p	p	p
				p
Grad I: 80 %				%
Grad II: 70 %				Grad
Grad III: 60 %				
Titel				
Författare				