

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

VÅRDVETENSKAP
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
[M2025:108]

Akutsjuksköterskors identifiering av misstänkt sepsis på
akutmottagningen
Kunskap, beslutsstöd och vårdmiljö i samspel

Felicia de Oliveira Senneby

Malin Antonsen Friberg



HÖGSKOLAN
I BORÅS

DEGREE THESIS – MASTERS LEVEL

CARING SCIENCES
FACULTY OF CARING SCIENCE, WORK LIFE AND SOCIAL WELFARE
[M2025:108]

Emergency nurses' identification of suspected sepsis in
the Emergency Department
The role of knowledge, decision support and the care environment

Felicia de Oliveira Senneby

Malin Antonsen Friberg



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Uppsatsens titel: Akutsjuksköterskors identifiering av misstänkt sepsis på akutmottagningen: Kunskap, beslutsstöd och vårdmiljö i samspel

Titel på engelska: Emergency nurses' identification of suspected sepsis in the emergency department: The role of knowledge, decision support and care environment

Författare: Felicia de Oliveira Senneby & Malin Antonsen Friberg

Huvudområde: Vårdvetenskap

Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng

Utbildning: Specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot akutsjukvård.

Handledare: Åsa Falchenberg

Examinator: Ann-Helén Sandvik

SAMMANFATTNING

Sepsis är ett tidskritiskt och potentiellt livshotande tillstånd där tidig identifiering är avgörande för att minska mortalitet och allvarliga komplikationer. På akutmottagningen har akutsjuksköterskan en central roll i den initiala bedömningen. Tidigare studier indikerar att flera faktorer kan påverka möjligheten att identifiera sepsis i ett tidigt skede.

Syftet med denna studie var att belysa faktorer som påverkar akutsjuksköterskors möjligheter att identifiera och bedöma patienter med misstänkt sepsis på akutmottagningen.

En integrativ litteraturoversikt genomfördes enligt Whittemore och Knafls modell. Systematiska litteratursökningar utfördes i CINAHL, PubMed och Scopus med stöd av PEO-modellen som struktur. Artiklar som var högst tio år gamla inkluderades. Endast originalartiklar som genomgått peer review togs med i urvalet. Totalt inkluderades nio artiklar efter kvalitetsgranskning med Hawkers granskningsmall (≥ 30 poäng).

Resultatet identifierade två huvudteman: *individuella förutsättningar och organisatoriska förutsättningar*. Individuella faktorer som bristande kunskap, varierande klinisk erfarenhet och låg professionell trygghet försvårade tidig identifiering, medan utbildning, erfarenhet och klinisk intuition underlättade bedömningen. Organisatoriska faktorer såsom hög arbetsbelastning, resursbrist, otydliga riktlinjer och inkonsekvent användning av bedömningsverktyg begränsade akutsjuksköterskans handlingsutrymme, medan tydliga strukturer, beslutsstöd och god interprofessionell kommunikation främjade tidiga åtgärder.

Slutsatsen är att tidig identifiering av sepsis beror på ett komplext samspel mellan akutsjuksköterskans kliniska kompetens och de organisatoriska ramarna som omger arbetet. Ospecifika symtom, hög arbetsbelastning och bristande strukturer kan leda till fördröjd diagnostik och därmed utgöra ett hot mot patientsäkerheten. För att stärka patientsäkerheten krävs kontinuerlig kompetensutveckling, tydliga riktlinjer samt arbetsmiljöer som stödjer systematiska bedömningar och effektiv kommunikation.

Nyckelord: *Akutmottagning; Akutsjuksköterska; Kliniskt beslutsfattande; Sepsis; Vårdbehovsbedömning.*

ABSTRACT

Sepsis is a time-critical and potentially life-threatening condition in which early identification is essential to reduce mortality and severe complications. In the emergency department, the emergency nurse plays a central role in the initial assessment. Previous studies indicate that several factors may influence the ability to identify sepsis at an early stage.

The aim of this study was to illuminate the factors that influence emergency nurses' ability to identify and assess patients with suspected sepsis in the emergency department.

An integrative literature review was conducted following the model by Whittemore and Knafl. Systematic literature searches were performed in CINAHL, PubMed and Scopus, guided by the PEO framework. Articles published within the last ten years were included. Only peer-reviewed original studies were selected. A total of nine articles were included after quality appraisal using Hawker's assessment tool (≥ 30 points).

The results identified two overarching main themes: *individual prerequisites and organizational prerequisites*. Individual factors such as insufficient knowledge, varying clinical experience, and low professional confidence hindered early identification, whereas education, experience, and clinical intuition facilitated the assessment. Organizational factors such as high workload, limited resources, unclear guidelines, and inconsistent use of assessment tools restricted the emergency nurse's scope of action, while clear structures, decision support, and effective interprofessional communication promoted early interventions.

The conclusion is that early identification of sepsis depends on a complex interplay between the emergency nurse's clinical competence and the organizational conditions surrounding the work. Nonspecific symptoms, high workload, and insufficient structures may delay diagnosis and thereby pose a threat to patient safety. To strengthen patient safety, continuous competence development, clear guidelines, and work environments that support systematic assessments and effective communication are required.

Key words: *Clinical Decision-Making; Emergency Nursing; Emergency Service, Hospital; Nursing Assessment; Sepsis.*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Akutmottagningens uppdrag	1
Akutsjuksköterskans roll och ansvar	2
Tidig identifiering och klinisk bedömning av sepsis	4
PROBLEMFÖRMULERING	6
SYFTE	7
METOD	7
Design	7
Litteratursökning	7
Kvalitetsgranskning	10
Dataanalys	10
Förförståelse	11
AI-ANVÄNDNING	12
ETISKA ÖVERVÄGANDEN	12
RESULTAT	13
Individuella förutsättningar	13
Kunskap och klinisk kompetens	14
Professionell trygghet och handlingsutrymme	14
Organisatoriska förutsättningar	15
Organisatoriska strukturer och kliniskt beslutstöd	15
Arbetsbelastning och resursrelaterade faktorer	16
Interprofessionell kommunikation och ansvarsfördelning	17
DISKUSSION	17
Metoddiskussion	17
Design och val av metod	17
Litteratursökning	18
Urval och kvalitetsgranskning	18
Dataanalys	19
Etiskt övervägande	19
Förförståelse	19
AI-användning	20
Resultatdiskussion	20
Vårdande vaksamhet i relation till kliniskt beslutsfattande vid misstänkt sepsis	20
Vårdmiljöns betydelse för kliniskt beslutsfattande vid misstänkt sepsis	22
Hållbar akutsjukvård	24
SLUTSATSER	26
KLINISKA IMPLIKATIONER	26
Individnivå	26
Verksamhetsnivå	26

Systemnivå	26
REFERENSER	27
BILAGOR	
Bilaga 1	
Bilaga 2	
Bilaga 3	
Bilaga 4	

INLEDNING

Sepsis är ett tidskritiskt och potentiellt livshotande tillstånd där kroppens dysreglerade inflammatoriska svar snabbt kan leda till organsvikt. Tidig identifiering och omedelbar behandling är avgörande för att minska mortalitet och allvarliga komplikationer, vilket framhålls i både internationella riktlinjer och aktuell forskning (Amland & Hahn-Cover 2016; World Health Organization [WHO] 2024). På akutmottagningen ligger ansvaret för den initiala bedömningen i hög grad på akutsjuksköterskan, som ska triagera patienter med ofta ospecifika och diffusa symtom i en miljö präglad av högt tempo och tidskritiska beslut.

Trots tydliga medicinska riktlinjer visar forskning från McVeigh (2020) att akutsjuksköterskans möjligheter att identifiera misstänkt sepsis i ett tidigt skede påverkas av flera hinder. Att uppmärksamma tidiga tecken på sepsis är därför en kliniskt krävande uppgift som ställer höga krav på både medicinsk kunskap och förmåga att tolka subtila förändringar i patientens tillstånd. Samtidigt sker bedömningen inom organisatoriska ramar som kan variera i bemanning, arbetsbelastning och tillgång till stödjande strukturer. Dessa omständigheter skapar en komplex vårdkontext där tidiga kliniska förändringar riskerar att förbises om inte tillräckliga förutsättningar finns på plats. Mot denna bakgrund finns ett behov av att sammanställa och fördjupa kunskapen om vilka faktorer som påverkar akutsjuksköterskans möjligheter att identifiera misstänkt sepsis i ett tidigt skede på akutmottagningen.

Vi valde att studera sepsis eftersom tillståndet är tidskritiskt och fortfarande ofta missas i det tidiga skedet på akutmottagningen. Genom att belysa vilka faktorer som påverkar akutsjuksköterskans möjligheter att identifiera misstänkt sepsis i tid, kan vården förbättra både diagnostik och patientutfall.

BAKGRUND

Akutmottagningens uppdrag

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och Patientlagen (2014:821) innebär akutmottagningens uppdrag att med hög skyndsamhet ta emot, bedöma och prioritera patienter som om drabbats av plötslig sjukdom eller skada (Riksföreningen för akutsjuksköterskor 2017, s.10). Akutmottagningen utgör en arbetsmiljö där tidspress, högt patientflöde och oförutsägbarhet ständigt är närvarande. Överbelastning har länge identifierats som en strukturell utmaning som påverkar både patientsäkerhet och arbetsmiljö genom förlängda väntetider, minskad patientintegritet och ökad arbetsbelastning för akutsjuksköterskan (Franchini, Malerba, Ragazzoni, Lamberti-Castronuovo & Dal Molin 2026). Vid misstänkt sepsis förstärks denna tidspress ytterligare, då varje fördröjning av adekvat behandling är kopplad till ökad mortalitet. Akutsjuksköterskan tvingas därför fatta snabba beslut under osäkerhet och med begränsad information, samtidigt som kontinuerlig monitorering och kritiskt tänkande måste upprätthållas (Lemoh et al. 2025).

I en miljö där arbetsuppgifterna är fragmenterade och patientflödet högt riskerar subtila tecken på försämring att förbises, särskilt hos patienter som initialt framstår som stabila. Frekventa avbrott, såsom exempelvis larm, kollegiala frågor och logistiska krav, kan fragmentera akutsjuksköterskans kognitiva fokus och påverka arbetsminnet negativt, vilket ökar risken för misstag. När arbetsbelastningen når en nivå där akuta insatser måste prioriteras framför systematisk monitorering skiftar arbetet från förebyggande bedömning till reaktiv krishantering, vilket utgör en central organisatorisk utmaning vid tidig identifiering av sepsis (Berg et al. 2013; Källberg et al. 2015).

Triagering är en särskilt komplex del av akutsjuksköterskans arbetsuppgifter och kräver både erfarenhet och kliniskt omdöme. Syftet är att bedöma hur snabbt patienten behöver träffa läkare och fortsätta vidare i vårdflödet. Akutsjuksköterskan i triagen har ett särskilt ansvar att tidigt kunna identifiera patienter med potentiell sepsis, vilket gör triagefunktionen till en betydande del av akutmottagningsprocessen (Rahman, Chan, Zakaria & Jaafar 2019). En bristfällig triagering av patienter som uppvisar tidiga symtom eller tecken på sepsis riskerar att medföra fördröjd diagnostik och behandling, vilket i sin tur kan påverka patientutfallet negativt (Rahman et al. 2019). Den organisatoriska kontexten på akutmottagningen kan därmed förstås som en del av den vårdmiljö där akutsjuksköterskans kliniska bedömning och vårdande äger rum (Bleakley & Cole 2020).

Felbedömningar, både över- och undertriagering, kan få betydande konsekvenser för vårdflödet och riskerar att leda till att försämring inte upptäcks i tid (Fekonja et al. 2023; Wireklint 2023). Strukturerade triagesystem fungerar därför som viktiga stöd i den kliniska bedömningen. National Early Warning Score (NEWS) eller NEWS2 används brett för att identifiera tidiga förändringar i vitalparametrar (Royal College of Physicians 2017), medan RETTS kombinerar vitalparametrar med ESS-koder och möjliggör situationsanpassad prioritering, men kräver klinisk erfarenhet för att tolkas korrekt (Olsson et al. 2022). qSOFA används främst som ett prediktionsverktyg och rekommenderas inte som ensam screeningmetod vid misstänkt sepsis på grund av begränsad sensitivitet (Evans et al. 2021).

Detta visar på att strukturerade beslutsstöd kan skapa ordning och minska variation i kliniska beslut, men att de inte kan ersätta akutsjuksköterskans kliniska omdöme. Deras effektivitet är beroende av organisatoriska förutsättningar som tid, bemanning och möjlighet till kontinuerlig monitorering. Sammantaget visar litteraturen att organisatoriska förutsättningar kan påverka akutsjuksköterskans möjligheter att identifiera sepsis i ett tidigt skede (Rahman et al. 2019). Den organisatoriska kontexten på akutmottagningen kan därmed förstås som en del av den vårdmiljö där akutsjuksköterskans kliniska bedömning och vårdande äger rum, vilket kan ha en inverkan på patientsäkerheten och vårdkvaliteten (Ambani, Kutney-Lee & Lake 2020).

Akutsjuksköterskans roll och ansvar

Akutsjuksköterskans kliniska uppdrag framträder i litteraturen som ett omfattande och integrerat ansvar där avancerad bedömning, personcentrerad omvårdnad, och tvärprofessionell samverkan vävs samman (Vaisi-Raygani, Moradi, Salari, Fattahi & Hadadian 2025). Personcentrerad omvårdnad har visat sig stärka samsynen mellan vårdgivare och patient kring behandlingsplaner, förbättra hälsoutfall och öka patientnöjdheten (Ekman et al. 2011). Rollen innebär att snabbt kunna prioritera, bedöma

och kontinuerligt omvärdera patientens tillstånd utifrån både medicinska och omvårdnadsrättsliga perspektiv, och att vid behov initiera utredning eller behandling för att säkerställa en säker vårdprocess (Riksföreningen för akutsjuksköterskor 2017, s. 5, 7). I mötet med patienten ska akutsjuksköterskan samtidigt skapa trygghet genom ett empatiskt och respektfullt bemötande samt, upprätthålla en stabil och lugn vårdmiljö även under tidspress (Riksföreningen för akutsjuksköterskor 2017, s. 7).

Arbetet bygger på ett etiskt och personcentrerat förhållningssätt där patientens medicinska, emotionella och existentiella behov uppmärksammas. Detta kräver god kommunikationsförmåga och förmåga att etablera förtroende i mötet med patienter och närstående. Parallellt har akutsjuksköterskan ett ansvar att leda, samordna och kommunicera inom tvärprofessionella team för att säkerställa att patienten får rätt vård på rätt nivå och vid rätt tidpunkt (Riksföreningen för akutsjuksköterskor 2017, s. 8). Det kliniska uppdraget omfattar även ett systematiskt och evidensbaserat arbetssätt där kliniska fynd tolkas, relevanta beslutsstöd tillämpas och riktlinjer följs. Akutsjuksköterskan ska fortlöpande utvärdera vidtagna åtgärder och aktivt identifiera risker i en högriskmiljö där patientens tillstånd snabbt kan förändras (Riksföreningen för akutsjuksköterskor 2017, s. 8–9). Patientsäkerhet är en central del av akutsjukvården, och akutsjuksköterskan har en viktig roll i att förebygga vårdskador och medicinska misstag. Detta ansvar kräver både bred kunskap, gott omdöme och etiskt förhållningssätt för att kunna ge säker och högkvalitativ vård i en komplex och snabbföränderlig miljö (Azad & Ali 2024).

Akutsjuksköterskans primära ansvarsområde är omvårdnad, ett begrepp som rymmer både kliniska, etiska och relationella dimensioner. Kärnan i denna omvårdnad utgörs, enligt Meyer och Lavin (2005), av den professionella vaksamheten som är central i akutsjuksköterskans arbete. Professionell vaksamhet kan förstås som en sammanhängande, dynamisk förmåga grundad på vetenskaplig kunskap, kliniskt omdöme och erfarenhetsbaserad kompetens. Detta innebär att akutsjuksköterskan kontinuerligt behöver observera, tolka och värdera information om patientens tillstånd för att kunna identifiera kliniskt betydelsefulla tecken i tid. Vaksamheten innebär också en beredskap att snabbt vidta adekvata åtgärder för att förebygga försämring samt att följa upp effekten av de insatser och åtgärder som utförs (Meyer & Lavin 2005). Akutsjuksköterskans vaksamhet är därmed en grundläggande förutsättning för att kunna uppmärksamma förändringar i patientens tillstånd och agera korrekt i akuta situationer samt för att förebygga försämring innan den uppstår.

Utöver vaksamheten är begreppet vårdande en central del av akutsjuksköterskans profession. Vårdandets grundläggande syfte är att lindra lidande, men också att bekräfta människans värdighet, skapa en vårdrelation och ta ett ansvar för den patient som vårdas, vilket kräver engagemang (Bergbom, Nyström & Nåden 2022; Näsman 2020). I dagens högteknologiska vårdmiljö fungerar teknologi som ett stödjande verktyg i vårdandet, snarare än en ersättning för det. För att möjliggöra ett genuint vårdande krävs därför en balans mellan teknisk skicklighet, teoretisk förståelse och praktisk klokhet (Näsman 2020).

Sammanfattningsvis omfattar vårdande således mer än medicinska interventioner; det utgörs av den relation som etableras mellan vårdare och patient, där närvaro, lyhördhet

och etiskt ansvarstagande är centrala komponenter. Tillsammans formar professionell vaksamhet och vårdande grunden för akutsjuksköterskans arbete. Vaksamheten möjliggör att patientens akuta behov identifieras i tid, medan vårdandet säkerställer att dessa behov hanteras på ett sätt som bevarar patientens värdighet och lindrar lidande. Begreppen kompletterar därmed varandra och utgör två oupplösliga delar av en professionell akutsjukvård.

Eftersom sepsis ofta utvecklas snabbt och initialt kan vara svår att upptäcka, blir vårdandet och den professionella vaksamheten centrala för att identifiera tidiga tecken och initiera behandling utan dröjsmål. Kombinationen av avancerad klinisk bedömning, riskmedvetenhet och omvårdnadskompetens gör därför akutsjuksköterskan till en central aktör i den tidiga identifieringen av sepsis, där subtila fysiologiska avvikelser måste tolkas i relation till patientens helhetsbild (Jouffroy et al. 2024; Rababa, Hamad & Hayajneh 2022).

Internationellt varierar både organisation och kompetenskrav inom akutsjukvård, särskilt avseende formell specialistutbildning. I vissa länder är akutsjuksköterskor specialistutbildade med tydligt definierade ansvarsområden, medan de i andra kontexter arbetar mer generalistiskt. Dessa strukturella skillnader kan påverka både arbetsuppgifter och förutsättningar för tidig identifiering av sepsis (Jones, Shaban & Creedy 2015).

Sammanfattningsvis visar litteraturen att akutsjuksköterskans roll i det initiala omhändertagandet av patienter med misstänkt sepsis bygger på en kombination av kliniskt omdöme, snabb prioritering, personcentrerad omvårdnad, och effektiv samverkan. För att tidig diagnostik och behandling ska vara möjlig krävs att omvårdnaden är konsekvent, tillförlitlig och anpassad till akutmottagningens komplexa och tidskritiska miljö (Azad & Ali, 2024; Bani Hamad et al. 2024).

Tidig identifiering och klinisk bedömning av sepsis

Sepsis definieras enligt Sepsis-3 som ett "livshotande tillstånd orsakat av ett dysreglerat världsvar på infektion" (Singer et al. 2016, s. 804). Definitionen har utvecklats i takt med ny vetenskaplig kunskap, och dagens handläggning styrs av evidensbaserade riktlinjer såsom Surviving Sepsis Campaign (Evans et al. 2021), samt nationella vårdprogram för sepsis (Svenska Infektionsläkarföreningen 2022). Trots dessa riktlinjer utgör sepsis fortsatt ett betydande globalt folkhälsoproblem (WHO 2024). Omkring en femtedel av alla dödsfall i världen bedöms vara relaterade till sepsis, vilket understryker tillståndets allvar och dess omfattande konsekvenser för både patienter och hälso- och sjukvårdssystem (Draeger et al. 2025).

Sepsis är förenat med hög morbiditet och mortalitet, och tidigare forskning visar att tidig diagnostik och omedelbar behandling är avgörande för att minska risken för allvarliga komplikationer och död (Borguezam et al. 2021; Evans et al. 2021; Tirado 2025). Fördröjd antibiotika- och vätskebehandling är tydligt kopplad till försämrad prognos och kan leda till organsvikt, septisk chock och i värsta fall dödsfall (Jouffroy et al. 2024; Rababa, Hamad & Hayajneh 2022).

Akutmottagningen utgör ofta den första vårdkontakten för personer med akut insjuknande, vilket gör den till en central plats för tidig identifiering av patienter med sepsis (Rahman et al. 2019). Triageringen utgör det initiala steget i vårdprocessen, där patienten bedöms utifrån anamnes, vitalparametrar och klinisk helhetsbedömning. I denna initiala bedömning behöver akutsjuksköterskan identifiera patienter som snabbt behöver medicinsk handläggning (Fekonja et al. 2023). Syftet är att fastställa hur snabbt patienten behöver träffa läkare och fortsätta vidare i vårdflödet.

Inom akutsjukvården är tidig identifiering av sepsis en central förutsättning för att förbättra patientutfall. Eftersom tillståndet utvecklas snabbt är prognosen i hög grad direkt beroende av akutsjuksköterskans förmåga att uppmärksamma subtila fysiologiska avvikelser innan irreversibel organsvikt inträffar. Denna bedömning försvåras av att tidiga symtom ofta är ospecifika och kan maskeras av komorbiditet eller atypiska kliniska presentationer. För att kunna identifiera sepsis i ett tidigt skede krävs därför en kombination av avancerad klinisk bedömningskompetens och stöd från strukturerade beslutsstöd (Burney et al. 2012).

För att akutsjuksköterskan ska kunna fatta självständiga kliniska beslut krävs en kombination av individuella kompetenser, erfarenhet och organisatoriska förutsättningar som omger arbetet. Detta innebär att akutsjuksköterskan behöver kunna identifiera och tolka komplexa hälsotillstånd, urskilja vad som är mest akut samt använda tidigare erfarenheter för att förutse möjliga förlopp och känna igen mönster från liknande situationer. Ett kvalificerat kliniskt resonemang är också nödvändigt för att förstå när en vårdplan behöver justeras i takt med patientens förändrade tillstånd. Detta förutsätter förmåga till kritiskt tänkande och att beslut fattas på evidensbaserad kunskap. Tillsammans utgör dessa färdigheter grunden för att akutsjuksköterskan ska kunna hantera komplexa problem och agera självständigt i den akuta vårdmiljön (Oh, Gu & Sok 2022; Song 2025).

Enligt Näsman (2020) är det vårdande förhållningssättet viktigt. Detta innebär att tekniska bedömningar, som övervakning och bedömning av vitalparametrar, behöver integreras i ett vårdande och personcentrerat perspektiv. Meyer och Lavin (2005) beskriver att vaksamhet kan ses som två dimensioner, vaksamhet som omsorg och vaksamhet som en aktiv handling. Omsorgen kan förstås som omvårdnad, vilket utgör den centrala delen av akutsjuksköterskans arbete. Samtidigt innebär den aktiva vaksamheten att förebygga skador och komplikationer samt värna om patientens värdighet.

Tidiga symtom vid sepsis kan vara ospecifika och svåra att tolka, vilket kan fördröja identifiering av tillståndet (Olander, Bremer, Sundler, Hagiwara & Andersson 2021). I sådana situationer krävs en uppmärksamhet på subtila förändringar i patientens tillstånd, vilket i vårdvetenskapliga termer kan förstås som vårdande vaksamhet – en förmåga att uppmärksamma tecken på försämring genom närvaro och klinisk sensibilitet (Meyer & Lavin 2005; Näsman 2020).

Vårdande vaksamhet och tidskritisk klinisk bedömning är därmed centrala i omhändertagandet av patienter med misstänkt sepsis. Olika förutsättningar i den kliniska miljön kan påverka akutsjuksköterskans möjligheter att genomföra en snabb och säker bedömning i en högbelastad och hektisk akutmottagningsmiljö. En välfungerande och stödande vårdmiljö skapar därmed förutsättningar för systematiska observationer, tydlig

kommunikation och tidiga åtgärder, vilket tillsammans främjar patientens återhämtning (Ambani, Kutney-Lee & Lake 2020; Nightingale 1946, s. 24, 61-62; Song 2025). Dessa delar utgör även centrala faktorer för att kunna identifiera sepsis i ett tidigt skede.

Brister i kunskap, erfarenhet, arbetsbelastning och tillgång till resurser kan samverka och skapa hinder som riskerar att fördröja identifiering och behandling (Draeger et al. 2025). Detta aktualiserar behovet av att fördjupa förståelsen för vilka faktorer som underlättar respektive försvårar tidig identifiering av sepsis och hur dessa påverkar akutsjuksköterskans kliniska handlingsutrymme. Trots omfattande forskning om sepsis och dess behandling finns begränsad samlad kunskap om vilka faktorer som påverkar akutsjuksköterskans möjligheter att identifiera sepsis i ett tidigt skede på akutmottagningen.

PROBLEMFÖRMULERING

Sepsis är ett tidskritiskt tillstånd där tidig identifiering är avgörande för att minska risken för allvarliga komplikationer och död. Det drabbar enligt Evans et al. (2021) omkring 50 miljoner människor globalt varje år, samt ca. 70 000 nationellt varje år enligt Mellhammar et al. (2023), och är ett potentiellt livshotande tillstånd. Sepsis orsakas av en dysreglerad systemisk värdrespons på infektion, vilket snabbt kan progrediera till multiorgansvikt, septisk chock och mortalitet.

Akutmottagningen utgör ofta den första vårdkontakten för patienter med plötsligt insjuknande, vilket gör akutsjuksköterskans kliniska bedömning central i den initiala identifieringen av sepsis. Samtidigt sker denna bedömning i en komplex och tidskritisk vårdmiljö, där hög arbetsbelastning, organisatoriska faktorer och ospecifika symtom kan påverka möjligheten att uppmärksamma tidiga tecken på försämring. Trots etablerade internationella riktlinjer kvarstår brister i den tidiga identifieringen och det initiala omhändertagandet av patienter med sepsis, vilket medför risker för patientsäkerheten.

Akutsjuksköterskans arbete innefattar både medicinsk bedömning och vårdande omvårdnad, där professionell vaksamhet är central för att kunna tolka förändringar i patientens tillstånd. Trots detta saknas en samlad bild av vilka faktorer som påverkar akutsjuksköterskans möjligheter att identifiera patienter med sepsis i ett tidigt skede på akutmottagningen. En fördjupad förståelse för dessa faktorer kan bidra till att utveckla arbetssätt och organisatoriska förutsättningar som stödjer akutsjuksköterskans kliniska bedömning och därigenom stärka patientsäkerheten i omhändertagandet av patienter med misstänkt sepsis.

Kärnan i problemområdet utgörs av svårigheterna att i ett tidigt skede tolka och bedöma diffusa tecken och ospecifika symtom. Sepsis kan initialt lätt förväxlas med mindre allvarliga tillstånd på grund av ospecifika symtom, vilket ställer höga krav på akutsjuksköterskans kliniska bedömning och förmåga att fatta tidskritiska beslut. Vid otydliga symtombilder ökar risken för felbedömningar och fördröjd vård, vilket kan få allvarliga konsekvenser för patienten.

Problematiken aktualiseras särskilt på akutmottagningen, där akutsjuksköterskan förväntas genomföra omfattande bedömningar under tidspress, hög arbetsbelastning och

frekventa avbrott. Samtidigt finns en identifierad klyfta mellan evidensbaserade riktlinjer och den kliniska vardagen, vilket kan påverka möjligheten att tidigt identifiera sepsis.

Det råder fortfarande osäkerhet kring exakt vilka faktorer som möjliggör respektive försvårar akutsjuksköterskans identifiering och bedömning av patienter med sepsis i denna kontext. En ökad förståelse av dessa faktorer är nödvändig för att stärka akutsjuksköterskans förutsättningar och bidra till en mer patientsäker vård.

SYFTE

Syftet med studien var att belysa faktorer som påverkar akutsjuksköterskors möjligheter att identifiera och bedöma patienter med misstänkt sepsis på akutmottagningen.

METOD

Design

Studien genomfördes som en integrativ litteraturöversikt enligt Whitemore och Knafl (2005). Denna design valdes eftersom den möjliggör inkludering och syntes av både kvalitativa och kvantitativa studier, som ger ett bredare och mer sammanhållet kunskapsunderlag än översikter som begränsas till en enskild metodologisk tradition (Bettany-Saltikov & McSherry 2025, s. 5). Detta möjliggör en samlad förståelse av både upplevelsebaserade och mätbara faktorer som är särskilt lämplig när kunskapsläget är fragmenterat, vilket är relevant för studiens syfte att belysa faktorer som påverkar akutsjuksköterskors identifiering och bedömning av patienter med misstänkt sepsis.

Litteratursökning, urval och kvalitetsgranskning genomfördes systematiskt och transparent, för att identifiera, granska och syntetisera befintlig forskning. Syftet med en integrativ litteraturöversikt är inte enbart att sammanfatta tidigare studier, utan att integrera och utveckla kunskap genom analys och syntes av olika typer av evidens (Bettany-Saltikov & McSherry 2025, s. 11). Detta innebar att resultat från olika studiedesigner jämfördes och analyserades för att identifiera mönster, likheter och skillnader som kunde bidra till en fördjupad förståelse av fenomenet. Den integrativa designen möjliggjorde därmed en mer omfattande analys av faktorer som både möjliggör och försvårar identifiering och bedömning av sepsis på akutmottagningen.

Litteraturöversikten metodologiska genomförande strukturerades enligt Whitemore och Knafls (2005) femstegsmodell, vilka är; 1) probleminentifiering, 2) litteratursökning, 3) kvalitetsgranskning, 4) dataanalys och 5) presentation av resultat. Modellen användes för att säkerställa en systematisk, transparent och reproducerbar process genom hela litteraturöversikten.

Litteratursökning

Forskningsfrågan strukturerades enligt Population, Exposure och Outcome (PEO-modellen) för att systematisera litteratursökning, se Tabell 1. PEO-modellen valdes då den är särskilt lämplig vid kvalitativa forskningsfrågor (Bettany-Saltikov & McSherry 2025, s. 39-40), vilket litteraturöversiktens syfte utgår från. Litteratursökningarna

genomfördes under januari och februari 2026 i tre databaser: CINAHL, PubMed och Scopus.

CINAHL och PubMed valdes eftersom de utgör centrala databaser inom omvårdnad och medicin och täcker ett brett spektrum av vetenskapliga tidskrifter inom dessa områden (Polit & Beck 2021, s. 90). Databaserna inkluderar dessutom referenser till vetenskapliga artiklar, avhandlingar och andra publikationstyper vilket bidrar till en omfattande litteratursökning (Polit & Beck 2021, s. 90). För att ytterligare bredda sökningen inkluderades Scopus som omfattar ett stort antal vetenskapliga publikationer (Polit & Beck 2021, s. 90).

Sökorden identifierades utifrån PEO-modellen och kompletterades med synonymer för att säkerställa en sensitiv och täckande sökning. Ämnesord, Medical Subject Headings (MeSH) och CINAHL Headings, kombinerades med fritextord, vilket rekommenderades för att öka sökningens precision och täckning (Bettany-Saltikov & McSherry 2025, s. 135). Trunkering samt frassökning användes för att inkludera olika böjningsformer av sökorden och säkerställa specifika begrepp (Bettany-Saltikov & McSherry 2025, s. 141; Hellberg & Karlsson 2023, s. 92). I Scopus användes enbart fritextord eftersom databasen inte använder kontrollerade ämnesord.

Tabell 1. Strukturering av forskningsfrågan utifrån PEO-modellen

Population	Exposure	Outcome
Akutsjuksköterskor på akutmottagning	Sepsis	Identifiering och bedömning

Tre sökblock skapades utifrån PEO-modellen med sökord relaterade till population, exponering och utfall, exempelvis "Emergency Nurse", "Emergency Department", "Sepsis" och "Assessment". Sökorden kombinerades med booleska operatörer AND och OR för att bredda respektive avgränsa sökningen (Bettany-Saltikov & McSherry 2025, s. 137). Inom varje sökblock kombinerades ämnesord och fritextord med OR därefter kombinerades sökblocken med AND för att identifiera studier som motsvarade litteraturöversiktens syfte.

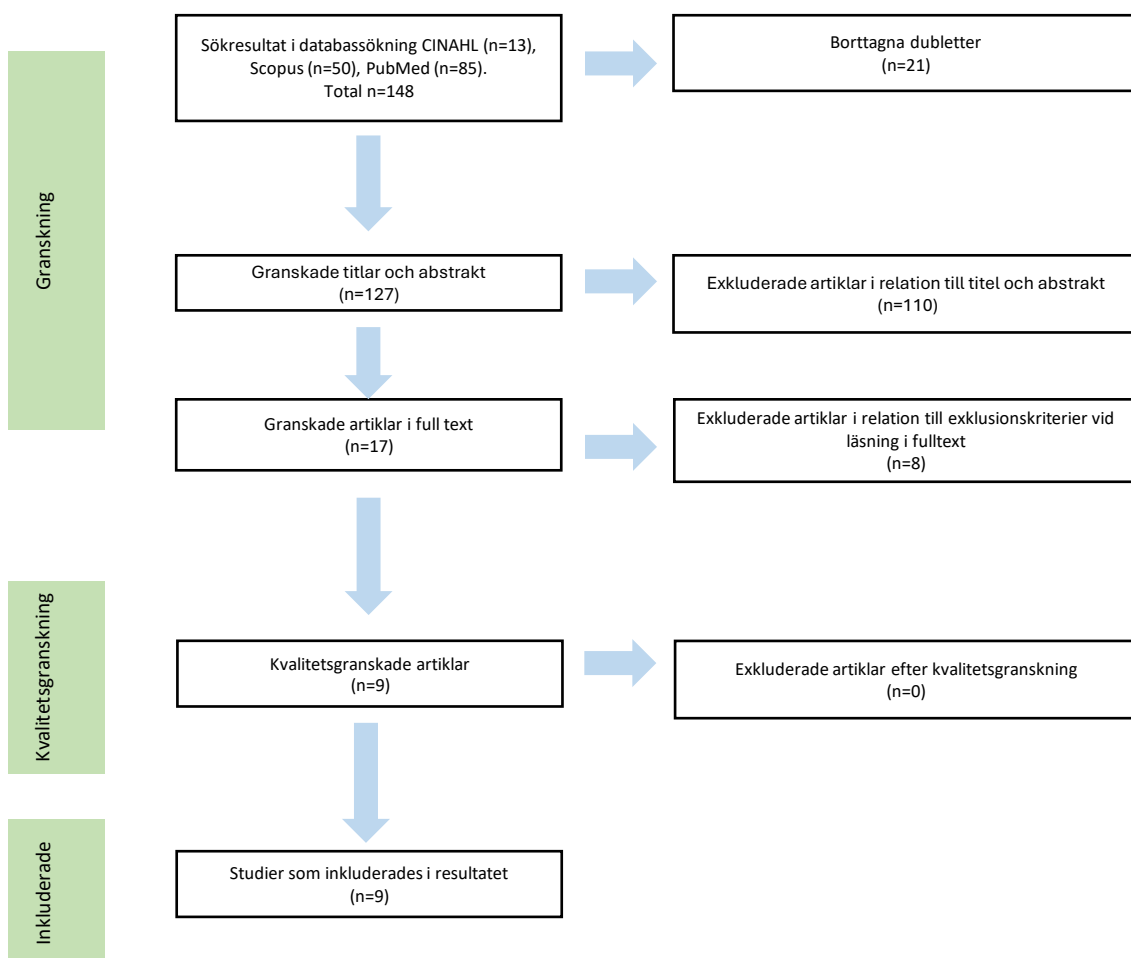
Begränsningar som tillämpades var engelskspråkiga artiklar, publicerade under de senaste tio åren samt studier som inkluderade vuxna deltagare. I CINAHL användes även begränsningen peer-reviewed för att säkerställa vetenskaplig kvalitet. Fullständig sökstrategi redovisas i Bilaga 1.

Grå litteratur exkluderades eftersom tidsramen för litteraturöversikten inte möjliggjorde en strukturerad och metodologiskt rigorös genomgång av sådant material, vilket ofta kräver mer omfattande och manuella sökstrategier. Analys av referenslistorna, (ancestry searching), genomfördes för att säkerställa att inga relevanta artiklar utelämnats, vilket rekommenderas av Whittemore och Knafl (2005). Denna genomgång fungerade som ett

komplement till den systematiska sökstrategin och minskade risken för att missa betydelsefull litteratur förbisågs, utan att det gav någon användbar litteratur.

Inklusionskriterierna var studier som inkluderade akutsjuksköterskor verksamma på akutmottagning samt vuxna patienter. Exklusionskriterier var studier som avsåg andra professioner, andra vårdkontexter eller barn. Studier som berörde barn exkluderades eftersom inte alla akutmottagningar tar emot barn, samt då bedömning av barn skiljer sig från bedömning av vuxna.

Resultaten från de slutgiltiga litteratursökningarna importerades till referenshanteringsprogrammet EndNote. Biblioteket delades mellan författarna så båda hade tillgång till de importerade artiklarna. Totalt identifierades 148 artiklar, där 127 titlar och abstrakt granskades, varav 21 dubletter exkluderades, vilket resulterade i 17 för vidare granskning. Vid fulltextgranskningen exkluderades åtta artiklar eftersom de inte svarade mot litteraturöversiktens syfte. Totalt inkluderades nio artiklar som gick vidare till kvalitetsgranskningen. Redovisning av antal exkluderade artiklar presenteras i ett PRISMA-diagram, Figur 1 (Page et al. 2020).



Figur 1. PRISMA- flödesschema över urvalsprocessen av studier i litteraturöversikten (Page et al. 2020).

Kvalitetsgranskning

För att säkerställa att de nio inkluderade studierna höll tillräcklig metodologisk kvalitet genomfördes en kvalitetsgranskning stöd av Hawker, Payne, Kerr, Hardey och Powell (2002). Granskningen genomfördes först individuellt av båda författarna och därefter jämfördes bedömningarna. Eventuella oenigheter diskuterades tills konsensus uppnåddes, vilket stärker granskningens tillförlitlighet och minskar risken för subjektiva tolkningar.

Hawkers granskningsverktyg valdes efter att även Critical Appraisal Skills Programme (CASP, 2018) övervägts. CASP bedömdes dock som mindre lämpligt eftersom det består av separata checklistor för olika studiedesigner, vilket hade försvårat en enhetlig bedömning av studier med varierande metodologiska ansatser. Hawker et al. (2002) granskningsverktyg erbjuder däremot ett gemensamt och poängbaserat system som kan tillämpas på både kvalitativa och kvantitativa studier, vilket är särskilt ändamålsenligt i en integrativ litteraturöversikt. Poängsystemet möjliggjorde dessutom en transparent och reproducerbar bedömning av studiernas kvalitet.

Hawkers verktyg omfattar nio bedömningsområden, där varje område kan poängsättas från 1 till 4. Den maximala poängen är således 36, se Bilaga 2 och 3. I denna studie sattes gränsen för inkludering vid ≥ 30 poäng. Gränsen valdes för att säkerställa att endast studier med god metodologisk kvalitet inkluderades i analysen. Enligt Rosèn (2023, s. 445) inkluderas oftast resultaten från studier med hög eller medelhög kvalitet. Denna gräns bidrog till att studier med god metodologisk kvalitet inkluderades i analysen. Samtidigt möjliggjorde denna gräns att studier med mindre metodologiska begränsningar kunde inkluderas utan att äventyra litteraturöversiktens trovärdighet. Studier med poäng under 30 bedömdes indikera mer omfattande metodologiska begränsningar som riskerade att påverka litteraturöversiktens trovärdighet.

Studier av god kvalitet definierades som studier som uppvisade tydlig metodbeskrivning, adekvat urval, trovärdig analys, etiska överväganden och en logisk koppling mellan resultat och slutsatser. Studier med låg kvalitet kan påverka resultatens trovärdighet genom bristande validitet, otillräcklig metodbeskrivning eller svag analys, vilket kan leda till osäkra eller felaktiga slutsatser (Hawker et al. 2002). Genom att tillämpa en tydlig kvalitetsgräns och en konsensusbaserad bedömningsprocess minimerades denna risk.

Kvalitetsgranskningen visade att samtliga nio artiklar uppnådde minst 30 poäng och därmed bedömdes uppvisa tillräcklig metodologisk kvalitet för att inkluderas i resultatet. Granskningsresultaten redovisas i sin helhet i Bilaga 3.

Dataanalys

Dataanalysen följde de fyra faserna: datareduktion, datavisualisering, jämförelse av data samt dataintegration och verifiering, vilka beskrivs av Whittemore och Knafl (2005). I datareduktionsfasen läste författarna de nio inkluderade artiklarna, var för sig, upprepade gånger. Detta gjordes för att få en fördjupad förståelse av materialet och därefter kunna identifiera meningsenheter. De meningsenheter som svarade mot litteraturöversiktens syfte identifierades och markerades för att skapa en helhetsförståelse av materialet.

Under datavisualiseringsfasen upprättades ett gemensamt Excel-dokument tillgängligt för båda författarna. I dokumentet registrerades varje artikels författare, titel, publiceringsår och studiedesign. Därefter extraherades relevanta meningsenheter från artiklarna och dokumenterades i Excel-dokumentet under respektive artikel. Meningsenheterna kondenserades till bärande meningsenheter och kodades, varefter koder med liknande innehåll grupperades till preliminära subteman.

I nästa steg jämfördes koder och subteman systematiskt mellan studierna för att identifiera likheter, skillnader, relationer och mönster. Författarna hade ett nära samarbete under processen. Vid oenighet i analysen återvände författarna till råmaterialet för att pröva sina tolkningar och förde därefter fördjupade diskussioner tills en gemensam förståelse kunde nås. Under dataintegrationsfasen abstraherades subteman med närliggande innehåll till två övergripande teman.

Förförståelse

Förförståelse definieras som den samlade kunskap, utbildning och yrkeserfarenhet som forskaren har med sig innan en studie påbörjas (Polit & Beck 2021, s. 571). Inom forskning är ett synliggörande av denna förförståelse viktigt för studiens transparens och trovärdighet, eftersom det gör det möjligt för läsaren att kritiskt granska hur forskarens bakgrund kan ha påverkat analysprocessen (Priebe & Landström 2023, s.39). Samtidigt kan en nära koppling till forskningsfältet innebära en risk för så kallad ”hemmablindhet”, där invanda rutiner och antaganden omedvetet kan påverka tolkningen av litteraturen.

Författarnas kliniska bakgrund utgör en del av den förförståelse som tas med in i studien. Den ena författaren har klinisk erfarenhet från arbete på en traumaavdelning, där patienter med risk för sepsis ofta förekommer till följd av exempelvis omfattande skador öppna frakturer, och kirurgiska ingrepp. Arbetet har inneburit ett kontinuerligt fokus på att identifiera riskfaktorer för sepsisutveckling och att tidigt uppmärksamma tecken på infektion eller begynnande sepsis. Den andra författaren har mångårig erfarenhet från arbete på akutmottagning, vilket bidrar med förståelse för triage, initial klinisk bedömning samt de organisatoriska förutsättningar som präglar en högbelastad och tidskritisk vårdmiljö. Tillsammans bidrar dessa erfarenheter till en kontextuell förståelse för sepsis och akutsjukvårdens komplexitet.

För att motverka detta har författarna arbetat systematiskt med att synliggöra och ifrågasätta den egna förförståelsen genom kontinuerliga diskussioner under analysprocessen. Detta möjliggjorde att subjektiva tolkningar kunnat utmanas och att analysen hölls nära det analyserade materialet. En strukturerad och transparent analysprocess enligt Whitemore och Knafl (2005) följdes för att säkerställa att tolkningarna grundas i data snarare än i förutfattade antaganden.

Genom att aktivt reflektera över och bearbeta den egna förförståelsen kunde den omvandlas från en potentiell bias till ett analytiskt verktyg. I stället för att styra tolkningen bidrog den till en fördjupad förståelse av det kliniska sammanhang där sepsisidentifiering sker. Målsättningen var att låta resultatet framträda utifrån litteraturen, snarare än att bekräfta rådande klinisk praxis.

AI-ANVÄNDNING

I arbetet med litteraturöversikten användes ett AI-baserat språkstöd (Microsoft Copilot) som hjälp vid översättning av text från engelska och norska till svenska. Verktöget användes för att stödja språklig bearbetning och förtydligande av formuleringar i samband med genomgång av de inkluderade artiklarna. Samtliga översättningar och formuleringar granskades och bearbetades därefter av författarna för att säkerställa att innehållet korrekt återgav originalkällornas. Copilot användes enbart som ett språkligt stöd i arbetet med textbearbetning. Analys, tolkning av resultat samt den slutliga formuleringen av studiens innehåll har genomförts av författarna.

ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Eftersom denna studie är en litteraturöversikt och inte innefattar insamling av nya personuppgifter eller någon form av direkt kontakt med människor, omfattas den inte av lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460). Etikprövning krävs endast när forskning innebär fysiska ingrepp, behandling eller hantering av känsliga personuppgifter, vilket inte är aktuellt i detta arbete (Kjellström 2023, s. 65).

Trots att formell etikprövning inte är nödvändig kräver litteraturbaserade studier egna etiska överväganden. Enligt Kjellström (2023, s. 61-66.) innebär detta att forskaren behöver reflektera över sin förförståelse och hur den kan påverka urval, analys och tolkning av resultat. För att motverka detta har analysen genomförts systematiskt, med återkommande jämförelser mellan studiernas resultat och medvetenhet om risken för selektiv tolkning.

Litteraturöversikten har genomförts i enlighet med etablerade forskningsetiska riktlinjer, såsom Helsingforsdeklarationen (World Medical Association [WMA] 2024) och Vetenskapsrådets (2024 s.12) principer om autonomi, rättvisa och omsorg. I en litteraturöversikt innebär detta att forskaren ansvarar för att arbeta objektivt, hantera källor korrekt och undvika selektiv rapportering. Alla inkluderade artiklar har granskats systematiskt enligt Hawker et al. (2002) granskningsinstrument, och resultaten har återgivits på ett transparent och rättvist sätt.

En central etisk aspekt vid litteraturöversikter är att de studier som inkluderas själva har genomgått etisk prövning eller redovisat etiska överväganden (Kjellström 2023, s. 77). I denna studie har endast artiklar som uppfyller dessa krav inkluderats.

Datahanteringen i litteraturöversikten har skett på ett sätt som säkerställer transparens och spårbarhet. Alla steg i sökprocessen, urvalet och analysen har dokumenterats för att minska risken för bias och möjliggöra granskning. Eftersom studien bygger på redan publicerad forskning finns ingen risk för att enskilda deltagare kan identifieras, men det finns etiska överväganden kring hur resultaten presenteras. Det är viktigt att inte överdriva eller misstolka studiernas fynd, eftersom detta kan påverka klinisk praxis och därmed patienters säkerhet (Rosèn 2023, s. 445).

Slutligen har risk–nytta-förhållandet beaktats. Den sammanställda kunskapen kan bidra till ökad förståelse för vilka faktorer som påverkar akutsjuksköterskors identifiering av sepsis och därmed stödja utvecklingen av säkrare vård. Risken för skada bedöms som minimal, då studien inte hanterar känsliga personuppgifter och bygger på redan etiskt granskad forskning. Nyttan bedöms som betydande, både för klinisk verksamhet och för fortsatt forskning inom området (Kjellström 2023, s. 69-70.)

RESULTAT

Resultatet baseras på nio vetenskapliga artiklar, med både kvalitativ (4), kvantitativ (5) design och mixad metod (1), genomförda i Australien (n=4), Etiopien (n=1), Kanada (n=1), Nederländerna (n=1), Nya Zealand (n=1) och Palestina (n=1), se Bilaga 4. Genom den integrativa analysen identifierades två övergripande teman: *Individuella förutsättningar* samt *organisatoriska förutsättningar* för akutsjuksköterskans identifiering och bedömning av patienter med sepsis. En översikt av teman och subteman presenteras i Tabell 2.

Tabell 2. Identifiering av resultatens subtema och tema

Subtema	Tema
Kunskap och klinisk kompetens	Individuella förutsättningar
Professionell trygghet och handlingsutrymme	
Organisatoriska strukturer och kliniskt beslutstöd	Organisatoriska förutsättningar
Arbetsbelastning och resursrelaterade faktorer	
Interprofessionell kommunikation och ansvarsfördelning	

Individuella förutsättningar

Detta första tema belyser de individuella förutsättningar som påverkar akutsjuksköterskors möjlighet att identifiera och bedöma patienter med misstänkt sepsis. Temat består av två subteman *kunskap och klinisk kompetens* samt *professionell trygghet och handlingsutrymme*. Individuella förutsättningar utgjorde en grundläggande kapacitet för akutsjuksköterskans möjlighet att identifiera sepsis i ett tidigt skede. Kunskap, klinisk erfarenhet, professionell trygghet och handlingsutrymme var inte separata komponenter, utan delar av ett sammanhängande system. När någon av dessa delar brister påverkas bedömningsprocessen, vilket kan leda till osäkerhet och fördröjning.

Kunskap och klinisk kompetens

Bristande kunskap om sepsis utgjorde en central begränsning för akutsjuksköterskors möjligheter att identifiera och bedöma tillståndet i ett tidigt skede (Alaro et al. 2024; Harley et al. 2019; Rogan, Lockett, Peckler, Robinson & Raymond 2022; Salameh & Aboamash 2022). Kvantitativa fynd indikerade variationer i kunskapsnivå avseende sepsisdefinitioner, symtomigenkänning och behandlingsprinciper vilket tyder på en otillräcklig teoretisk grund för säker klinisk bedömning (Alaro et al. 2024; Salameh & Aboamash 2022). Detta var särskilt utmanande hos äldre patienter och personer med komorbiditet, där symtomen ofta var atypiska och där avvikelser lätt kan misstolkas eller undervärderas (Alaro et al. 2024; Harley et al. 2019; Rogan et al. 2022).

Akutsjuksköterskors kunskap och kliniska kompetens framstod som avgörande för att tidigt kunna identifiera sepsis. Teoretisk kunskap och praktisk erfarenhet behövde samverka för att akutsjuksköterskan ska kunna tolka omfattande och ofta diffusa symtom (Salameh & Aboamash 2022; Storozuk, MacLeod, Freeman & Banner 2019). När dessa komponenter samverkande ökade förmågan att urskilja avvikande mönster i patientens tillstånd, även när symtomen var subtila eller överlappande med andra akuta tillstånd.

Ett återkommande mönster i resultatet var att bristande kunskap eller begränsad erfarenhet påverka hela bedömningsprocessen. När akutsjuksköterskan saknade trygghet i sin bedömning tenderade subtila symtom att undervärderas, triageprioriteringar att förskjutas och den initiala behandlingen att fördröjas (Salameh & Aboamash 2022; Storozuk et al. 2019). Detta visade att klinisk kompetens inte enbart handlade om att känna till formella kriterier, utan om att kunna tolka dem i en dynamisk och pressad vårdmiljö där besluten ofta måste fattas snabbt och med begränsad information.

Erfarenhet och riktade utbildningsinsatser bidrog till att stärka akutsjuksköterskors kliniska omdöme och trygghet. När akutsjuksköterskor fick återkommande utbildning om sepsis utvecklades en mer nyanserad förståelse för tidiga varningssignaler och en ökad precision i bedömningen (Alaro et al. 2024; van den Hengel, Visseren, Meima-Cramer, Rood & Klein Nagelvoort-Schui 2016; Petruniak, El-Masri & Fox-Wasylyshyn 2019). Utbildning och erfarenhet förstärkte därmed varandra och möjliggjorde en mer säker och systematisk bedömning av patienter med misstänkt sepsis.

Kunskap behövde stödjas av strukturerade verktyg för att få fullt genomslag i praktiken. När klinisk kompetens kombinerades med beslutsstöd som underlättade systematiska observationer, exempelvis verktyg som följer förändringar i vitalparametrar, utvecklades bättre förutsättningar för att upptäcka tidiga avvikelser (Harley et al. 2019). Dessa verktyg ersatte inte akutsjuksköterskans kliniska omdöme, men de bidrog till att förstärka bedömningar och minska risken för att subtila förändringar förbisågs i en miljö präglad av tidspress och hög arbetsbelastning.

Professionell trygghet och handlingsutrymme

Klinisk kompetens, trygghet och handlingsutrymme framträdde i studierna som ett sammanhängande system där varje del påverkade de andra. När akutsjuksköterskan hade en stabil kunskapsgrund skapades förutsättningar för att tolka symtom på ett nyanserat sätt och förstå vad som var avvikande i en omfattande klinisk situation. Erfarenhet bidrog

till mönsterigenkänning och gjorde det möjligt att koppla subtila förändringar till tidigare kliniska erfarenheter, vilket förstärkte förmågan att upptäcka tidiga tecken på försämring (Harley et al. 2019; Kabil, Hatcher, Alexandrou & McNally 2021).

Denna kombination av kunskap och erfarenhet skapade i sin tur trygghet. Trygghet fungerade som en möjliggörande faktor för handling: när akutsjuksköterskan kände sig säker i sin bedömning vågade hon agera på små förändringar och initiera åtgärder vid misstänkt sepsis. Strukturerade verktyg och tydliga riktlinjer förstärkte denna trygghet och bidrog till ett större professionellt handlingsutrymme (Harley et al. 2019; Kabil et al. 2020; McDonald et al. 2018). Handlingsutrymmet var avgörande eftersom även en kompetent och trygg akutsjuksköterska begränsades om organisatoriska förutsättningar, såsom tid, resurser eller mandat, saknades.

Organisatoriska förutsättningar

Det andra temat belyser organisatoriska förutsättningar som framträder som en avgörande ram för akutsjuksköterskors möjligheter att identifiera och bedöma patienter med misstänkt sepsis. Temat delas in i tre subteman: *Organisatoriska strukturer och kliniskt beslutstöd*, *Arbetsbelastning och resursrelaterade faktorer samt Interprofessionell kommunikation och ansvarsfördelning*. Resultaten visade att organisatoriska strukturer, arbetsmiljö och kommunikation samverkade och direkt påverkade hur akutsjuksköterskans kliniska kompetens kunde omsättas i praktisk handling. När riktlinjer, resurser och samordning fungerade stödjande skapades förutsättningar för systematiska observationer, snabbare beslutsfattande och tidig identifiering. När dessa organisatoriska delar brast begränsades akutsjuksköterskans handlingsutrymme, vilket ökade risken för att subtila tecken på försämring förbises trots adekvat kompetens.

Organisatoriska strukturer och kliniskt beslutstöd

Tydliga riktlinjer, strukturerade arbetsrutiner och standardiserade bedömningsverktyg utgjorde centrala organisatoriska förutsättningar för att akutsjuksköterskor skulle kunna identifiera och bedöma misstänkt sepsis på ett tillförlitligt och konsekvent sätt (Harley et al. 2019; Kabil et al. 2020). Bristande organisatoriska strukturer kunde leda till otydliga rutiner, varierande implementering av sepsisprotokoll samt brist på behandlingsrum, vilket i sin tur resulterade i variationer i akutsjuksköterskans bedömningar och prioriteringar (Harley et al. 2019; Rogan et al. 2022; Storozuk et al. 2019).

När bedömningsverktyg användes systematiskt skapades en mer enhetlig bedömningsprocess, vilket stärkte möjligheten att upptäcka tidiga tecken på försämring och prioritera patienter utifrån kliniska behov. Strukturerade beslutstöd och flödesscheman bidrog till att synliggöra förändringar i vitalparametrar och stödde akutsjuksköterskans kliniska tolkning, särskilt i situationer där symtomen var subtila eller ospecifika (Harley et al. 2019; Kabil et al. 2020).

Kvantitativa fynd indikerade samtidigt variationer i användningen av bedömningsverktyg, vilket tydde på att implementeringen inte var konsekvent i klinisk praxis (Salameh & Aboamash 2022; Storozuk et al. 2019). Bristande tillgång till eller oregelbunden användning av strukturerade verktyg bidrog till variationer i triageprioritering och ökade risken för att patienter med sepsis inte identifierades i ett

tidigt skede (McDonald et al. 2018; Petruniak, El-Masri & Fox-Wasylyshyn 2019). Resultaten visade att strukturerade verktyg inte enbart fungerade som tekniska hjälpmedel, utan även utgjorde en viktig förutsättning för att akutsjuksköterskans kliniska kompetens skulle kunna omsättas i praktisk handling (Harley et al. 2019; Rogan et al. 2022; Storozuk et al. 2019).

När flödesscheman var tydliga och lättillgängliga skapades bättre förutsättningar för konsekventa kliniska beslut och snabbare åtgärder vid misstänkt sepsis. Ett strukturerat sepsisflödesschema visade sig stärka akutsjuksköterskornas möjlighet att agera konsekvent och påskynda omhändertagandet av patienter med ospecifika symtom (Harley et al. 2019). Beslutsstöd bidrog även till ökad handlingskraft och minskad osäkerhet i akuta situationer (Rogan et al. 2022).

När riktlinjer och bedömningsverktyg var tydliga skapades bättre förutsättningar för att akutsjuksköterskorna skulle kunna identifiera sepsis i ett tidigt skede och initiera åtgärder utan onödig fördröjning. Kvantitativa resultat visade att användningen av ett triagebaserat bedömningsverktyg minskade tiden till identifiering och tidig insättning av behandling hos patienter med sepsis (McDonald et al. 2018). Detta illustrerade hur organisatoriska strukturer kunde bidra till ett ökat kliniskt handlingsutrymme i praktiken.

Arbetsbelastning och resursrelaterade faktorer

Tidspress, hög arbetsbelastning och resursbrist identifierades som centrala hinder för akutsjuksköterskors möjligheter att identifiera och bedöma patienter med misstänkt sepsis. Studierna beskrev samstämmigt att ett högt patientflöde, personalbrist och ansvar för ett stort antal patienter per sjuksköterska reducerade utrymmet för strukturerad observation och kontinuerlig uppföljning, vilket begränsade möjligheten att upptäcka tidiga tecken på försämring (Harley et al. 2019; Kabil et al. 2021; Rogan et al. 2022; Salameh & Aboamash 2022; Storozuk et al. 2019). Kvantitativa fynd indikerade att bemanningsbrist och hög arbetsbelastning utgjorde framträdande barriärer, vilket tydde på att organisatoriska faktorer kunde begränsa akutsjuksköterskors möjligheter att genomföra systematiska bedömningar och omsätta sin kliniska kompetens i handling.

Fullbelagda akutmottagningar och brist på vårdplatser bidrog inte enbart till fördröjningar i kritiska åtgärder, utan påverkade även akutsjuksköterskans arbete och roll på ett mer strukturellt plan. Studierna beskrev hur ett ökat tryck på snabb patientgenomströmning begränsade möjligheterna att genomföra systematiska bedömningar och följa förändringar i vitalparametrar. Patienter med sepsis krävde dessutom ofta mer omfattande omhändertagande, inklusive tätare övervakning, fler procedurer och snabbare beslutsfattande. Detta innebar att akutsjuksköterskornas fokus i högre grad riktades mot att hantera logistiska och flödesrelaterade krav i stället för kontinuerlig klinisk observation (Kabil et al. 2021; Rogan et al. 2022; Storozuk et al. 2019). Sammantaget beskrev studierna en vårdmiljö där strukturella begränsningar utmanade akutsjuksköterskornas kliniska omdöme och ökade risken för att tidiga tecken på försämring förbises trots adekvat kompetens.

Interprofessionell kommunikation och ansvarsfördelning

Akutsjuksköterskors möjligheter att initiera åtgärder vid misstänkt sepsis påverkades av hur deras kliniska bedömningar togs emot inom det interprofessionella teamet. När akutsjuksköterskors observationer inte erkändes eller bekräftades i ett tidigt skede begränsades deras handlingsutrymme, vilket kopplades till fördröjda beslut och senarelagd behandling (Harley et al. 2019; Kabil et al. 2021; Rogan et al. 2022). Resultaten visade att den interprofessionella kommunikationen utgjorde en central del av den kliniska beslutsprocessen och påverkade akutsjuksköterskors möjligheter att agera på sina bedömningar.

En återkommande oro uttrycktes bland akutsjuksköterskorna då deras farhågor om patienters försämring inte alltid fick genomslag i teamets beslutsprocess, särskilt när deras kliniska bedömningar ifrågasattes eller nedprioriterades. Detta begränsade möjligheten att agera på subtila förändringar i patientens tillstånd. En situation där akutsjuksköterskans kompetens inte fullt ut kunde omsättas i praktisk handling, trots att tidig identifiering av sepsis i hög grad var beroende av dessa initiala observationer (Kabil et al. 2020; Rogan et al. 2022).

Akutsjuksköterskor upplevde ibland otydlighet kring vem som bar det medicinska ansvaret för patienten, vilket försvårade rapportering av försämring och skapade osäkerhet kring vem som skulle kontaktas. Denna organisatoriska otydlighet bidrog till att även välgrundade kliniska bedömningar kunde fördröjas innan de nådde rätt mottagare, vilket i sin tur påverkade möjligheten att initiera tidiga åtgärder (Rogan et al. 2022).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Design och val av metod

En integrativ litteraturoversikt valdes för att möjliggöra en helhetsförståelse av fenomenet genom syntes av både kvalitativa och kvantitativa studier. Metoden syftar till att stödja evidensbaserad vård, riktlinjeutveckling och systematiskt förbättringsarbete och bedömdes därför särskilt lämplig då den kan förena heterogena studiedesigner och därigenom belysa komplexa vårdfenomen ur flera perspektiv (Whittemore & Knaf 2005). En alternativ ansats hade varit en intervjustudie, som potentiellt hade kunnat ge en djupare förståelse av fenomenet i en specifik kontext. En sådan ansats bedömdes dock inte vara förenlig med tidsramen för en magisteruppsats, då datainsamling och analys hade krävt mer omfattande resurser.

Den valda ansatsen kan stärka studiens pålitlighet genom att flera kunskapskällor integreras, vilket minskar risken för ensidiga tolkningar. Samtidigt är integrativa översikter resurs- och tidskrävande. I denna litteraturoversikt innebar det att grå litteratur inte inkluderades. Detta betraktas som en begränsning med möjliga konsekvenser för trovärdighet (risk för publikationsbias) och överförbarhet (snävare kontextuell bredd i materialet) (Whittemore & Knaf 2005).

Litteratursökning

Genom att följa Whittemore och Knafls (2005) metodologiska strategi eftersträvades transparens genom hela litteraturöversikten. Enligt Bettany-Saltikov & McSherry (2025, s. 39-40) strukturerades litteratursökningarna med hjälp av PEO-modellen för att systematiskt organisera sökblock och centrala begrepp och genomfördes i etablerade och vetenskapliga databaser. PEO-modellen valdes eftersom litteraturöversiktens fokus var att identifiera faktorer som påverkar ett fenomen, snarare än att utvärdera effekten av specifika interventioner. Population, Intervention, Comparison och Outcome (PICO) bedömdes därför vara mindre lämpligt, då denna modell främst används för att strukturera sökningar kring terapeutiska interventioner (Bettany-Saltikov & McSherry 2025, s. 39). Valet av PEO-modellen bedömdes därmed vara ändamålsenligt i relation till litteraturöversiktens övergripande syfte.

Litteratursökningarna genomfördes under januari och februari 2026 i databaserna CINAHL, PubMed och Scopus. Flera systematiska sökningar utfördes i varje databas med olika kombinationer av sökord och sökblock för att säkerställa en omfattande identifiering av relevanta studier. Samtliga söksträngar, datum och begränsningar dokumenterades i sökmatriser för att stärka transparens och spårbarheten i litteratursökningen. Språket begränsades till engelska av praktiska skäl, vilket kan ha påverkat litteraturöversiktens resultat, eftersom studier med positiva resultat är mer benägna att publiceras på engelska. Inkludering av studier på andra språk hade potentiellt kunnat öka antal träffar och därmed bredda det empiriska underlaget (Bettany-Saltikov & McSherry 2025, s. 132-134). Även inkludering av fler databaser hade kunnat bidra till att identifiera ett bredare spektrum av relevanta studier. Sammantaget innebär dessa metodologiska avvägningar att vissa perspektiv kan ha gått förlorade, vilket är viktigt att beakta vid tolkningen av studiens resultat. För att stärka litteraturöversiktens pålitlighet definierades tydliga inklusions- och exklusionskriterier som konsekvent tillämpades under litteratursökningen och urvalsprocessen (Bettany-Saltikov & McSherry 2025, s. 116).

Sökstrategin bedömdes som lämplig för att ge en bred översikt av det aktuella forskningsområdet. Eftersom systematiska litteratursökningar kräver metodologisk noggrannhet involverades bibliotekarie vid Sykehuset Østfolds bibliotek i arbetet. Detta stöd bidrog till att säkerställa att sökningarna blev både omfattande och systematiska, vilket stärker litteraturöversiktens trovärdighet. Samtidigt identifierades ett möjligt utvecklingsområde i sökstrategin. En ytterligare förfining av PEO-strukturen hade potentiellt kunnat bidra till mer precisa sökblock och därmed generera mer relevanta träffar. Detta kan betraktas som ett metodologiskt utvecklingsområde i sökstrategins uppbyggnad.

Urval och kvalitetsgranskning

Screening av studierna genomfördes i två steg: titel samt abstraktscreening följt av fulltextgranskning. Författarna genomförde oberoende bedömningar där oenigheter löstes genom diskussion, för att stärka studiens pålitlighet och spårbarhet. Av 17 granskade fulltexter exkluderades åtta på grund av annan profession eller vårdkontext, alternativt fokus på medicinska eller instrumentella interventioner som låg utanför

inklusionskriterierna eller inte svarade mot litteraturöversiktens syfte. Dock inkluderades studier med både akutsjuksköterskor samt läkare som deltagare, men där akutsjuksköterskans perspektiv redovisades separat med citat eller deskriptiv statistik. Detta resulterade i att nio artiklar inkluderades i litteraturöversikten efter kvalitetsgranskning. Det begränsade antalet primärstudier kan indikera att området är relativt utforskat, vilket kan påverka studiens överförbarhet och bör beaktas vid tolkning av resultaten. Under urvalsprocessen eftersträvades transparens genom tydlig redovisning av inklusions- och exklusionskriterier samt systematiskt dokumentation av varje steg. Detta bidrar till att minska risken för omedveten bias och stärka studiens pålitlighet.

Att inkludera studier från olika länder och vårdssystem kan både stärka och försvaga en litteraturöversikts trovärdighet. Variationer mellan låg- och höginkomstländer, såsom Palestina och Etiopien jämfört med Australien och Kanada, påverkar både generaliserbarhet och metodologisk kvalitet. Resultat från höginkomstländer (till exempel Australien, Kanada) kan inte utan vidare överföras till kontexter med helt andra förutsättningar, vilket ger en risk för skev generalisering.

Dataanalys

Analysen genomfördes i enlighet med Whittemore och Knafls integrativa analysram. Genom att organisera data i ett gemensamt Excel-dokument, tillgänglig för båda författarna skapades ett granskningsbart spår genom hela analysprocessen vilket bidrar till studiens spårbarhet och bekräftelsebarhet.

En tydlig redovisning av dataanalysprocessen möjliggör en bedömning av hur väl resultatet speglar de inkluderade primärstudiernas data och bidrar därmed till att stärka litteraturöversiktens trovärdighet och bekräftelsebarhet (Polit & Beck 2021, s. 569). För att stärka överförbarhet presenterades en artikelmatris över de inkluderade studier med information om land, kontext, deltagare och studiedesign tillsammans med representativa datautdrag i resultatet, vilket möjliggör för läsaren att bedöma studiens relevans i andra kontext (Polit & Beck 2021, s. 569–570). Trovärdigheten stärktes även genom att kontinuerligt pröva framväxande teman mot primärdata, i enlighet med den analytiska process som beskrivs av Whittemore och Knafl (2005).

Etiskt övervägande

I genomförandet av litteraturöversikten har ett etiskt ansvar beaktats för att säkerställa en korrekt och rättvis representation av de inkluderade studiernas resultat. Detta innebär att data inte selektivt har valts ut för att stödja en förutbestämd slutsats samt att originalförfattarnas tolkningar återges utan att förvränga eller förenklas. Genom en objektiv hållning till data och tolkningar kan studiens bekräftelsebarhet stärkas (Polit & Beck 2021, s. 570). Alla studier hade etisk godkännande från kommitté i respektive länder.

Förförståelse

Författarnas förförståelse inom akutsjukvård har reflekterats över löpande under analysprocessen. Detta är centralt ur ett etiskt och metodologiskt perspektiv, då tidigare erfarenheter kan påverka tolkningen av data. Genom kontinuerliga diskussioner och gemensam analys eftersträvades en reflexiv hållning till materialet, vilket bidrar till att

stärka bekräftelsebarheten. Samtidigt bör förståelsens beaktas som en potentiell begränsning (Priebe & Landström 2023, s.39).

AI-användning

AI användes som stöd för vid översättning av artiklar från engelska till svenska samt norska för att underlätta förståelsen av innehållet. Eftersom AI-baserade översättningar inte kan betraktas som helt tillförlitliga kan det inte säkerställa att alla formuleringar återgavs korrekt. Detta innebär en potentiell begränsning, då eventuella översättningsfel kan ha påverkat tolkningen av materialet och därmed studiens trovärdighet enligt Polit och Beck (2021, s. 569).

Resultatdiskussion

Resultaten i denna integrativa litteraturoversikt visar att akutsjuksköterskors identifiering och bedömning av misstänkt sepsis formas av ett komplext samspel mellan klinisk erfarenhet, strukturerade bedömningsverktyg och organisatoriska förutsättningar. Variationer i symtombild, tidspress och tillgång till stödstrukturer framträder som faktorer som kan påverka möjligheten att identifiera sepsis i ett tidigt skede. Samtidigt framträder strukturerade bedömningsverktyg såsom NEWS och akutsjuksköterskans kliniska omdöme som centrala komponenter i bedömningsprocessen. Sammantaget visar resultaten att tidig identifiering av sepsis kräver en kombination av individuella kompetenser och stödjande organisatoriska strukturer.

I diskussionen ses resultaten utifrån studiens två huvudteman: *vårdande vaksamhet i det kliniska beslutsfattandet vid misstänkt sepsis och vårdmiljöns betydelse för beslutsfattandet*. Genom att använda dessa teman som analytiska utgångspunkter kan resultaten relateras till tidigare forskning, teoretiska perspektiv och akutsjuksköterskans kompetensbeskrivning. Temana tydliggör både individuella och organisatoriska faktorer som påverkar identifiering av misstänkt sepsis och gör det möjligt att diskutera varför vissa situationer främjar respektive försvårar snabbt kliniskt beslutsfattande. Detta skapar en strukturerad och fördjupad förståelse av fyndens implikationer för klinisk praxis. Diskussionen lyfter även fram kunskapsluckor och behov av fortsatt forskning.

Vårdande vaksamhet i relation till kliniskt beslutsfattande vid misstänkt sepsis

Resultaten visar att akutsjuksköterskans kunskap och kliniska kompetens utgör en central förutsättning för att tidigt identifiera sepsis. Variationer i kunskapsnivå och osäkerhet kring diffusa symtom framträder som återkommande hinder, särskilt hos äldre och multisjuka patienter. Detta ligger i linje med tidigare forskning som beskriver sepsis som ett tillstånd där tidiga tecken ofta är subtila och lätt förbises (Meyer & Prescott 2024; Olander et al. 2021). I dessa situationer blir både teoretisk kunskap och erfarenhetsbaserad mönsterigenkänning avgörande för att kunna tolka förändringar som ännu inte framträder tydligt.

I resultatet framkommer mönsterigenkänning som en central komponent i det kliniska beslutsfattandet. Detta kan förstås genom teorier om dual-process thinking, där erfarna akutsjuksköterskor växlar mellan analytiska och intuitiva bedömningar. Att resultaten

visar att kunskap och klinisk kompetens bildar ett sammanhängande system snarare än separata delar illustrerar hur dessa processer samverkar i praktiken. Små brister i kunskap kan därför få betydande konsekvenser i en miljö där beslut ofta fattas snabbt och ofta under tidspress (Gholipour, Dadashzadeh, Jabarzadeh & Sarbakhsh 2025).

Att uppmärksamma subtila förändringar kan förstås som professionell vaksamhet ur ett vårdvetenskapligt perspektiv. Professionell vaksamhet innebär mer än att observera, det handlar om ett aktivt, närvarande och lyhört förhållningssätt där akutsjuksköterskan kontinuerligt tolkar patientens uttryck och kroppsliga signaler över tid (Meyer & Lavin 2005). Detta är även nära kopplat till det kliniska resonemang som en akutsjuksköterska behöver besitta, där intuition och analys flätas samman för att lösa komplexa vårdproblem. Samverkan mellan dessa två komponenter kan öka akutsjuksköterskans insikt i patientens tillstånd, vilket är avgörande för att kunna agera flexibelt och fatta korrekta beslut i föränderliga och utmanande vårdmiljöer. Klinisk expertis, analytisk förmåga och en stödjande arbetsmiljö är viktiga faktorer för akutsjuksköterskans autonomi i det kliniska beslutsfattandet (Oh, Gu & Sok 2022). Professionell vaksamhet och kliniskt beslutsfattande utgör därmed en central förutsättning för att tidigt identifiera och agera vid en begynnande försämring i patientens hälsotillstånd. Vid misstänkt sepsis blir den professionella vaksamheten särskilt betydelsefull eftersom tidiga symtom ofta är svaga och svårtolkade. När kunskap saknas eller erfarenheten är begränsad riskerar denna vaksamhet att försvagas, vilket kan bidra till att tidiga tecken förbises.

Denna samverkan mellan kunskap, erfarenhet och vårdande förhållningssätt återfinns även i kompetensbeskrivningen för akutsjuksköterskor, där förmågan att självständigt bedöma, prioritera och initiera åtgärder vid plötslig sjukdom eller skada, lyfts fram som en kärnkompetens (Riksföreningen för akutsjuksköterskor 2017, s. 7). Resultaten i denna studie visar dock att denna kompetens inte alltid är tillräckligt utvecklad eller konsekvent tillämpad. Detta kan delvis förklaras av att utbildning om sepsis varierar mellan verksamheter och att kontinuerlig kompetensutveckling inte är systematiskt organiserad. Forskning visar att riktade utbildningsinsatser och återkommande träning förbättrar akutsjuksköterskors förmåga att identifiera tidiga varningssignaler och ökar precisionen i bedömningen (Choy, Liaw, Goh, See & Chua 2022 ; Rechter, Klein, Buckholz, Powers & Plant 2022).

Samtidigt visar resultaten att kunskap inte får fullt genomslag om den inte stöds av strukturer som möjliggör systematiska observationer. Standardiserade bedömningsverktyg som NEWS har visat sig minska variationer i bedömning och förbättra tidig upptäckt av försämring, men används inte alltid konsekvent (Royal College of Physicians 2017.) När sådana verktyg saknas eller inte integreras i arbetsflödet riskerar även erfarna akutsjuksköterskor att missa subtila förändringar, särskilt i en pressad vårdmiljö. Detta illustrerar att klinisk kompetens inte enbart är en individuell egenskap, utan även formas och begränsas av organisatoriska förutsättningar (Born, Schwarz, Böttcher, Hein & Krcmar 2024).

En kritisk reflektion är därför att kunskapsutveckling inte enbart kan betraktas som ett individuellt ansvar. Bristande tid, hög arbetsbelastning och otydliga strukturer kan begränsa möjligheten att använda sin kompetens fullt ut. Detta innebär att både vårdmiljö

och organisatoriska stödstrukturer behöver samverka med den individuella kompetensen för att skapa förutsättningar för säker vård.

Ur ett hållbarhetsperspektiv blir detta särskilt centralt. En akutmottagning som inte investerar i kontinuerlig kompetensutveckling och strukturer som stödjer vårdande vaksamhet riskerar både patientsäkerheten och personalens långsiktiga arbetsförmåga. Att stärka akutsjuksköterskors kunskap om sepsis kan därför inte bara bidra till förbättrade patientutfall utan även till mer resilient och hållbar akutsjukvård där personalens kompetens tas tillvara och utvecklas över tid (Vaisi-Raygani et al. 2025).

Vårdmiljöns betydelse för kliniskt beslutfattande vid misstänkt sepsis

Resultaten visar att akutsjuksköterskans möjligheter att identifiera tidiga tecken på misstänkt sepsis i hög grad formas av de organisatoriska förutsättningarna som omger det kliniska arbetet. Resursbrist, såsom hög arbetsbelastning, otillräcklig bemanning och ett högt patientinflöde, begränsar möjligheten att följa patienternas tillstånd över tid (Burney et al. 2012; Reich, Then & Rankin 2018). Dessa faktorer kan försvåra genomförandet av kontinuerliga observationer och bedömningar vilket är centrala för att upptäcka tidiga tecken på försämring. Detta blir särskilt viktigt vid sepsis där patienterna ofta kräver omfattande insatser och där tillståndet kan progrediera snabbt (Burney et al. 2012). Den snabba sjukdomsutvecklingen innebär att upprepade observationer är en förutsättning för att kunna initiera åtgärder i tid. Samtidigt kan ett högt patientinflöde leda till långa väntetider, vilket i sin tur ökar risken för att försämringar i patientens tillstånd inte uppmärksammas (Källberg, Ehrenberg, Florin, Östergren & Göransson 2017).

Resultatet visar att akutsjuksköterskan ofta ansvarar för ett stort antal patienter samtidigt, vilket begränsar möjligheten att skapa en helhetsbild av varje patients behov. Arbetsmiljön beskrivs i dessa situationer som så pressad att den överblick som krävs för att upptäcka subtila kliniska förändringar riskerar att gå förlorad (Eriksson, Gellerstedt, Hilleråd & Craftman 2018; Källberg et al. 2017). Detta skapar inte bara en praktisk begränsning i tid och uppmärksamhet, utan utmanar även möjligheten att forma den helhetsbild av patienten som anses nödvändig för ett vårdande förhållningssätt (Näsman 2020). Inom vårdvetenskapen har vårdmiljön länge lyfts som en central del av vårdandet. En bristfällig vårdmiljö beskrivs inte bara som en faktor för akutsjuksköterskans psykiska mående, utan även kopplad till patientsäkerhet och vårdkvalitet (Ambani, Kutney-Lee & Lake 2020).

Nightingale (1946, s. 22, 31, 63) framhöll vikten av sjuksköterskans förmåga att förmedla lugn och att ansvarsfullt organisera vården skapar en grundläggande trygghet för patienten, som därmed inte behöver känna oro eller ansvar för att följa upp sin vård. En välstrukturerad och rofylld vårdmiljö minskar inte enbart patientens känsla av utsatthet, utan skapar även förutsättningar för sjuksköterskan att agera med professionalitet, koncentration och omdöme (Nightingale 1946, s. 28-29). När vårdmiljön präglas av hög arbetsbelastning, avbrott och tidsbrist kan dessa förutsättningar begränsas. I relation till Näsman (2020) syn på vårdande förutsätter ett vårdande förhållningssätt att vårdaren har möjlighet att möta patienten med närvaro och lyhördhet, medan Meyer och Lavins (2005) begrepp professionell vaksamhet betonar betydelsen av kontinuerlig uppmärksamhet på förändringar i patientens tillstånd. När organisatoriska förutsättningar begränsar tid och

uppmärksamhet riskerar därmed både den vårdande relationen och möjligheten att upptäcka subtila kliniska förändringar att försvagas.

Att vårdmiljön påverkar både hälsa och välbefinnande är väl etablerat inom vårdvetenskapen, inte bara för patienten utan även för akutsjuksköterskan (Ambani, Kutney-Lee & Lake 2020). Samtidigt bygger begreppet vårdande på idéer som möjlighet till en etisk vårdrelation, kontinuitet och tid för möjliggörande av paus och absolut närvaro för att kunna bibehålla ett vårdande förhållningssätt (Näsman 2020). Dessa förutsättningar saknas ofta på en akutmottagning. Här uppstår en utmaning mellan vårdvetenskapliga ideal och akutsjukvårdens realiteter. Vårdmiljön och vårdandets ideal om lugn och närvaro (Nightingale 1946, s. 28-29; Näsman 2020) kontrasterar skarpt mot akutsjukvårdens krav på snabbhet, prioritering och effektivitet. Resultaten kan därför tolkas som uttryck för en strukturell diskrepans mellan vårdandets teoretiska grund och den organisatoriska verklighet akutsjuksköterskan arbetar i, snarare än bristande individuell kompetens.

Samtidigt visar forskning att akutsjuksköterskor ofta upplever arbetsbelastningen som högre vid ökad beläggningsgrad, även om sambandet inte är helt entydigt (Wretborn, Henricson, Ekelund & Wilhelms 2020). Detta kan innebära att den subjektivt upplevda arbetsmiljön inte bara speglar faktiska resursbrister, utan också den existentiella press som uppstår när akutsjuksköterskan tvingas prioritera bort delar av det vårdande idealet. I denna mening kan arbetsmiljön inte enbart förstås som fysisk och organisatorisk, utan även som en etisk och emotionell arena där akutsjuksköterskan ständigt balanserar mellan professionella värderingar och praktiska begränsningar.

Resursrelaterade faktorer kan påverka i vilken utsträckning riktlinjer, bedömningsverktyg och beslutsstöd faktiskt används i akutsjukvården. Överbeläggningar utgör ett särskilt utmanande hinder då de begränsar både tid och uppmärksamhet, vilket i sin tur kan leda till att färre rekommendationer följs samt att behandlingar fördröjs (Reich, Then & Rankin 2018). När arbetsbelastningen är hög tenderar användningen av dessa stöd att minska, samtidigt som följsamheten till riktlinjerna reduceras (Gaieski et al. 2017; Shin et al. 2013), vilket riskerar att skapa variationer i hur patienter bedöms och prioriteras. Detta aktualiserar frågan om hur riktlinjer förhåller sig till den verkliga vårdmiljön, där tidspress och bristande resurser inte utgör undantag utan vardag. Nightingale (1946, s. 20-24) beskriver vårdmiljön som en central del av det vårdande, där akutsjuksköterskans uppgift är att skapa de bästa möjliga förutsättningarna för patientens återhämtning. Hon betonar vidare att miljömässiga aspekter möjliggör observation, närvaro och vaksamhet, vilket i ett vårdvetenskapligt perspektiv kan kopplas till begreppet professionell vaksamhet. En störande eller bristfällig miljö riskerar därmed att begränsa akutsjuksköterskans förmåga att uppfatta subtila förändringar i patientens tillstånd, något som är särskilt betydelsefullt vid tidig identifiering av sepsis.

Resultaten väcker därmed frågan om i vilken utsträckning riktlinjer och beslutsstöd är anpassade till de faktiska förhållanden som råder i akutsjukvårdens kliniska miljö. Forskning har visat att sepsisbaserade protokoll kan minska vistelsetiden på akutmottagningen (Moore, Vermuelen, Taylor, Kihara & Wahome 2019), vilket potentiellt kan bidra till att minska belastningen på verksamheten. Om implementeringen

av sådana riktlinjer kräver mer tid och uppmärksamhet än vad arbetsmiljön möjliggör, riskerar de dock att få motsatt effekt än avsett och bidra till en ojämlig tillämpning.

Det finns samtidigt ett tydlig samband mellan följsamhet till riktlinjer och förbättrade patientutfall, där användningen av sepsisprotokoll har associerats med minskad mortalitet, kortare vårdtider och snabbare insättning av behandling (Moore et al. 2019; Reich, Then & Rankin 2018), vilket skulle kunna avlasta verksamheten. Denna potentiella avlastning förutsätter dock att implementeringen inte blir så tidskrävande att den försvårar andra arbetssätt.

Samtidigt beskriver Olander et al. (2021) att helt förlita sig på riktlinjer och bedömningsverktyg kan leda till att akutsjuksköterskan missar den breda helhetsbilden. Olander et al. (2021) betonar att en kombination av objektiva mätvärden, tidigare erfarenheter och patientens berättelse ofta ger en mer korrekt bedömning.

Det vårdande perspektivet innebär ytterligare en dimension. Vårdande handlar inte endast om att följa medicinska algoritmer utan om att kunna bibehålla sitt fokus på patienten och möta dennes behov, trots komplexa vårdmiljöer (Näsman 2020). När organisatoriska faktorer begränsar möjligheten att se, lyssna och tolka subtila förändringar hos patienter, påverkas både kvaliteten i bedömningen och relationen mellan sjuksköterska och patient (Ambani, Kutney-Lee & Lake 2020). Det uppstår därmed en spänning mellan det mätbara (riktlinjer, tidsmål, dokumentation) och det mer svårfångade i vårdandet, såsom klinisk intuition, närvaro och omvårdnadens etiska grund.

Sammantaget visar resultaten att tidig identifiering av sepsis inte enbart är en fråga om individuella kunskaper eller färdigheter, utan om samspelet mellan professionell kompetens och organisatoriska förutsättningar. Kliniska verktyg och riktlinjer kan endast fylla sin funktion om arbetsmiljön möjliggör deras användning i den kliniska praktiken. Detta tydliggör behovet av ett systemperspektiv där resursfördelning, bemanning och arbetsflöden betraktas som centrala komponenter i arbetet med patientsäkerhet. För att akutsjuksköterskor ska kunna använda sin kliniska kompetens fullt ut krävs organisatoriska strukturer som stödjer, snarare än begränsar det kliniska beslutsfattandet.

Hållbar akutsjukvård

Hållbar akutsjukvård omfattar ekologiska, sociala och ekonomiska dimensioner som tillsammans skapar förutsättningar för en robust och långsiktigt fungerande verksamhet. Detta ligger i linje med Agenda 2030, där mål 3 – *God hälsa och välbefinnande* betonar vikten av att säkerställa tillgång till hälso- och sjukvård av hög kvalitet, stärka systemens motståndskraft och främja hållbara strukturer inom vården (Svenska FN-förbundet 2023). I relation till sepsis blir hållbarhet särskilt betydelsefullt eftersom tidig identifiering kräver både kontinuerliga observationer, klinisk vaksamhet och organisatoriska strukturer som stödjer akutsjuksköterskans arbete. Resultaten i denna studie visar att hög arbetsbelastning, bristande resurser och otydliga strukturer begränsar möjligheten att upptäcka tidiga tecken på sepsis – faktorer som direkt berör hållbarhetens sociala och ekonomiska dimensioner. Forskning visar att akutsjuksköterskors långsiktiga arbetsförmåga och möjlighet att upprätthålla vårdande vaksamhet är beroende av organisatoriska strukturer som stödjer kontinuerlig kompetensutveckling och återhämtning. En hållbar akutsjukvård kräver system som stärker personalens resiliens,

eftersom bristande stöd ökar risken för både utmattning och försämrad patientsäkerhet. (Liu et al. 2023).

Agenda 2030, mål 3, betonar att hållbar utveckling inom hälso- och sjukvården förutsätter att alla människor har tillgång till säker, effektiv och ekonomiskt överkomlig vård av god kvalitet. Detta innebär även att vårdorganisationer behöver stärka sina system långsiktigt genom hållbar finansiering och satsningar på att rekrytera, utbilda och behålla vårdpersonal (Svenska FN-förbundet 2023). I relation till sepsis innebär detta att akutmottagningar behöver säkerställa att akutsjuksköterskor har både tid och kompetens att genomföra systematiska bedömningar, följa riktlinjer och använda beslutsstöd – något som resultaten i denna studie visar ofta försvåras av organisatoriska hinder.

Den ekologiska dimensionen är också relevant. Akutsjukvården står globalt för en betydande del av hälso- och sjukvårdens klimatpåverkan (Spruell, Webb, Steley, Chan & Robertson 2021). Samtidigt visar forskning att många miljömässiga åtgärder – såsom effektivare resursanvändning, minskning av onödigt material och digitalisering – kan genomföras utan att kompromissa med patientsäkerheten. I sepsisvård kan detta exempelvis innebära att diagnostiska och behandlingsrelaterade beslut görs mer resurseffektiva, genom att undvika onödiga upprepade prover eller undersökningar när kliniska bedömningar och riktlinjer ger tillräckligt stöd (Spruell et al. 2021). En mer hållbar resursanvändning kan därmed frigöra tid och kapacitet för att fokusera på de observationer som är avgörande för att upptäcka tidiga tecken på sepsis.

Klimatförändringar påverkar dessutom akutsjukvårdens patientflöden, bland annat genom ökade volymer vid extremväder och luftföroreningar (Chua et al. 2025). Detta kan ytterligare belasta akutmottagningar och därmed påverka möjligheten att identifiera sepsis i tid. En hållbar akutsjukvård behöver därför vara organisatoriskt resilient och ha kapacitet att hantera variationer i belastning utan att patientsäkerheten äventyras.

Den sociala dimensionen är särskilt central i relation till sepsis. Resultaten i denna studie visar att hög arbetsbelastning och bristande bemanning försämrar kommunikationen, minskar möjligheten till kontinuerliga observationer och begränsar akutsjuksköterskans handlingsutrymme. Detta överensstämmer med forskning som visar att hållbara arbetsmiljöer, strukturerad kompetensutveckling och stödjande ledarskap är avgörande för att behålla akutsjuksköterskor och säkerställa hög vårdkvalitet (Amarrador, Crilly, Brough & Elder 2025). En socialt hållbar arbetsmiljö är därmed en förutsättning för att akutsjuksköterskan ska kunna upprätthålla den vaksamhet och kliniska närvaro som krävs för att upptäcka tidiga tecken på sepsis.

Ekonomisk hållbarhet handlar om att använda resurser effektivt utan att kvaliteten försämras. Spruell et al. (2021) visar att många ekologiskt hållbara åtgärder även är kostnadsbesparande. I relation till sepsis innebär detta att investeringar i utbildning, bemanning och strukturerade arbetsflöden inte bara stärker patientsäkerheten utan även minska kostnader kopplade till sena diagnoser, intensivvård och längre vårdtider.

Sammanfattningsvis visar denna studie att hållbar akutsjukvård och tidig identifiering av sepsis är nära sammanlänkade. En ekologiskt, socialt och ekonomiskt hållbar akutmottagning skapar de organisatoriska förutsättningar som krävs för att akutsjuksköterskan ska kunna använda sin kliniska kompetens fullt ut. Hållbarhet blir

därmed inte ett separat mål, utan en grundläggande förutsättning för att patienter med sepsis ska kunna identifieras och behandlas i tid.

SLUTSATSER

Syftet med denna litteraturöversikt var att belysa faktorer som påverkar akutsjuksköterskors möjlighet att identifiera och bedöma patienter med misstänkt sepsis. Resultaten visar att tidig identifiering av sepsis påverkas av ett samspel mellan individuella samt organisatoriska förutsättningar i vårdmiljön. Förmågan att uppmärksamma och tolka subtila förändringar i patientens tillstånd framträder som central i den initiala bedömningen., Samtidigt visar resultaten hög arbetsbelastning, bristande resurser och otydliga strukturer kan begränsa möjligheten till systematiska observationer och därmed försvåra tidig identifiering. Sammantaget visar studien att akutsjuksköterskans möjligheter att identifiera sepsis i ett tidigt skede är beroende av både individuell kompetens och organisatoriska förutsättningar som stödjer ett systematiskt och kontinuerligt bedömningsarbete.

KLINISKA IMPLIKATIONER

Individnivå

Resultatet från denna litteraturöversikt visar att tidig identifiering av sepsis på akutmottagningen påverkas av ett komplext samspel mellan individuella och organisatoriska faktorer. På individnivå innebär detta att akutsjuksköterskors kunskap och kliniska bedömningsförmåga är avgörande för att kunna uppmärksamma subtila förändringar i patientens tillstånd. Återkommande utbildningsinsatser, fallbaserade diskussioner och aktiv användning av beslutsstöd kan bidra till att stärka akutsjuksköterskans bedömningsförmåga och handlingsberedskap vid misstänkt sepsis.

Verksamhetsnivå

På verksamhetsnivå framstår tydliga riktlinjer, konsekvent användning av bedömningsverktyg och välfungerande kommunikationsvägar inom teamet som centrala för att minska variationer i omhändertagandet. Strukturerade kommunikationsverktyg samt en vårdkultur där akutsjuksköterskors kliniska oro uppmärksammas kan bidra till snabbare identifiering av sepsis. Regelbundna teamövningar, tydlig ansvarsfördelning och tillgång till sepsisflödesscheman kan bidra till en mer enhetlig och säker vårdprocess. Samtidigt visar resultaten att hög arbetsbelastning och resursbrist, kan begränsa möjligheten till kontinuerlig observation, vilket innebär att åtgärder som minskar arbetsbelastning och förbättrar resursfördelning kan stärka förutsättningarna för strukturerad bedömning och tidig upptäckt av sepsis.

Systemnivå

På regional och nationell nivå framträder ett behov av standardiserade riktlinjer, integrerade beslutsstöd och kontinuerlig kompetensutveckling för personal inom akutsjukvården. Åtgärder som förbättrar vårdplatsstrukturen och minskar överbelastning på akutmottagningar kan bidra till att skapa en mer hållbar vårdmiljö där tidig sepsisidentifiering möjliggörs.

REFERENSER

*Artiklar inkluderade i resultatdelen.

*Alaro, M.G., Ashine, T.M., Kebede, S., Hussien, H., Alaro, M.G. & Kechine Tibore, T. (2024). Knowledge and associated factors towards sepsis management among nurses working in the emergency department of public hospitals in Addis Ababa. *SAGE Open Nursing*, 10, s. 1–11. <https://doi.org/10.1177/23779608241274224>

Amarrador, A., Crilly, J.O.A.M., Brough, P. & Elder, E. (2025). Interventions to retain emergency department nurses: a scoping review. *International Emergency Nursing*, 79, 101573. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2025.101573>

Ambani, Z., Kutney-Lee, A., & Lake, E. T. (2020). The nursing practice environment and nurse job outcomes: A path analysis of survey data. *Journal of Clinical Nursing*, 29(13–14), s. 2602–2614. <https://doi.org/10.1111/jocn.15283>

Amland, R. C. & Hahn-Cover, K. E. (2016). Clinical decision support for early recognition of sepsis. *American Journal of Medical Quality*, 31(2), s. 103-110. <https://doi.org/10.1177/1062860614557636>

Azad, M.M. & Ali, S.M. (2024). Exploring the responsibilities of emergency nurses in patient safety: systematic review and meta-analysis. *Educational Administration: Theory and Practice*, 30(3), s. 2795–2810. <https://doi.org/10.53555/kuey.v30i3.8215>

Bani Hamad, D., Rababa, M., Al-Rimawi, R., Bani Mohammad, I., Abu Ali, R.M. & AL-Easa, H.K.M. (2024). Barriers and facilitators affecting the implementation of the Sepsis Six protocol by nurses in acute care settings in Jordan: A cross-sectional study. *Healthcare*, 12(3), 356. <https://doi.org/10.3390/healthcare12030356>

Beilman, G. J., Belley-Cote, E. & Levy, M. (2021). Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Critical Care Medicine*, 49(11), s. e1063–e1148. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000005337>

Berg, L.M., Källberg, A.-S., Göransson, K.E., Östergren, J., Florin, J. & Ehrenberg, A. (2013). Interruptions in emergency department work: An observational and interview study. *BMJ Quality & Safety*, 22(8), s. 656-663. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-001967>

Bergbom, I., Nyström, L. & Nåden, D. (2022). Katie Eriksson's caring theories. Part 2. The theory of caritative caring ethics and the theory of evidence. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 36(4), s. 1251-1258. <https://doi.org/10.1111/scs.13098>

Bettany-Saltikov, J. & McSherry, R. (2025). *How to do a systematic literature review in nursing: a step-by-step guide* [talbok]. MTM.

Bleakley, G. & Cole, M. (2020) Recognition and management of sepsis: the nurse's role. *British Journal of Nursing*, Vol 29(21). s. 1248-1254 <https://doi/pdf/10.12968/bjon.2020.29.21.1248>

Borguezam, C. B., Sanches, C. T., Albaneser, S. P. R., Moraes, U. R. de O., Grion, C. M. C., & Kerbauy, G. (2021). Managed clinical protocol: impact of implementation on sepsis treatment quality indicators. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(2). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0282>

Born, C., Schwarz, R., Böttcher, T.P., Hein, A., & Krcmar, H. (2024). The role of information systems in emergency department decision-making—a literature review. *Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA*, 31(7), s. 1608–1621. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocae096>

Burney, M., Underwood, J., McEvoy, S., Nelson, G., Dzierba, A., Kauari, V., & Chong, D. (2012). Early detection and treatment of severe sepsis in the emergency department: identifying barriers to implementation of a protocol-based approach. *Journal of Emergency Nursing*, 38(6), 512–517. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2011.08.011>

Choy, C.L., Liaw, S.Y., Goh, E.L., See, K.C. & Chua, W.L. (2022). Impact of sepsis education for healthcare professionals and students on learning and patient outcomes: a systematic review. *Journal of Hospital Infection*, 122, s. 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2022.01.004>

Chua, M. T., Chung, L. Y. E., Ng, E. Y., Lim, H. X. Y., Cheung, N. M. T., Lim, C. K. W., Lee, Z. Y. & Kuan, W. S. (2025). Climate change and environmental sustainability in emergency medicine: A narrative review. *Annals of translational medicine*, 13(3), s. 31-31. doi:10.21037/atm-25-57

Critical Appraisal Skills Programme. (2018). *CASP Checklists*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists> [26-04-08]

Draeger, L., Fleischmann-Struzek, C., Gehrke-Beck, S., Heintze, C., Thomas-Rueddel, D.O. & Schmidt, K. (2025). Barriers and facilitators to optimal sepsis care – a systematized review of healthcare professionals' perspectives. *BMC Health Services Research*, 25(1), s. 591. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12777-8>

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I.L., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L.E., Rosén, H., Rydmark, M. & Stibrant Sunnerhagen, K. (2011). Person-centred care—ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), s. 248–251. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008>

Eriksson, J., Gellerstedt, L., Hillerås, P., & Craftman, Å.G. (2018). Registered nurses' perceptions of safe care in overcrowded emergency departments. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5–6), s. e1061–e1067. <https://doi.org/10.1111/jocn.14143>

Evans, L., Rhodes, A., Alhazzani, W., Antonelli, M., Coopersmith, C. M., French, C., Machado, F. R., McIntyre, L., Ostermann, M., Prescott, H. C., Schorr, C., Simpson, S. Q., Wiersinga, W. J., Alshamsi, F., Angus, D.C., Arabi, Y., Azevedo, L., Beale, R.,

Fekonja, Z., Kmetec, S., Fekonja, U., Mlinar Reljić, N., Pajnkihar, M. & Strnad, M. (2023). Factors contributing to patient safety during triage process in the emergency department: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 32(17-18), s. 5461-5477. <https://doi.org/10.1111/jocn.16622>

Franchini, R., Malerba, P., Ragazzoni, L., Lamberti-Castronuovo, A., & Molin, A. D. (2026). Exploring the implementation of nurses' advanced competencies in emergency departments: a scoping review. *Internal and Emergency Medicine*, 21(1), s. 187–203. <https://doi.org/10.1007/s11739-025-04145-5>

Gaieski, D.F., Agarwal, A.K., Mikkelsen, M.E., Drumheller, B., Cham Sante, S., Shofer, F.S., Goyal, M., & Pines, J.M. (2017). The impact of ED crowding on early interventions and mortality in patients with severe sepsis. *The American Journal of Emergency Medicine*, 35(7), s. 953–960. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2017.01.061>

Gholipour, M., Dadashzadeh, A., Jabarzadeh, F. & Sarbakhsh, P. (2025). Challenges of clinical decision-making in emergency nursing: An integrative review. *The Open Nursing Journal*, 19. <https://doi.org/10.2174/0118744346378311250320070725>

*Harley, A., Johnston, A.N.B., Denny, K.J., Keijzers, G., Crilly, J., & Massey, D. (2019). Emergency nurses' knowledge and understanding of their role in recognising and responding to patients with sepsis: A qualitative study. *International Emergency Nursing*, 43, s. 106–112. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2019.01.005>

Hawker, S., Payne, S., Kerr, C., Hardey, M. & Powell, J. (2002). Appraising the evidence: reviewing disparate data systematically. *Qualitative Health Research*, 12(9), s. 1284-1299. <https://doi.org/10.1177/1049732302238251>

Hellberg, S. & Karlsson, E.K. (2023) Informationssökning. I Henricson, M. *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap*. Tredje upplagan. Lund: Studentlitteratur, s. 85–102.

Jones, T., Shaban, R.Z. & Creedy, D.K., (2015). Practice standards for emergency nursing: An international review. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 18(4), s. 190–203. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2015.08.002>

Jouffroy, R., Djossou, F., Nevriere, R., Jaber, S., Vivien, B., Heming, N., & Gueye, P. (2024). The chain of survival and rehabilitation for sepsis: concepts and proposals for healthcare trajectory optimization. *Annals of Intensive Care*, 14(1), 58. <https://doi.org/10.1186/s13613-024-01282-6>

*Kabil, G., Hatcher, D., Alexandrou, E. & McNally, S. (2021). Emergency nurses' experiences of the implementation of early goal directed fluid resuscitation therapy in the

management of sepsis: A qualitative study. *Australias Emergency Care*, 24(1), s. 67-72. <https://doi.org/10.1016/j.auec.2020.07.002>

Kjellstöm, S. (2023) Forskningsetik. I Henricson, M. *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap*. Tredje upplagan. Lund: Studentlitteratur, s. 61-81.

Källberg, A.-S., Ehrenberg, A., Florin, J., Östergren, J. & Göransson, K.E. (2017). Physicians' and nurses' perceptions of patient safety risks in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 33, s. 14-19. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.01.002>

Källberg, A.-S., Göransson, K.E., Florin, J., Östergren, J., Brixey, J.J. & Ehrenberg, A. (2015). Contributing factors to errors in swedish emergency departments. *International Emergency Nursing*, 23(2), s. 156-161. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2014.10.002>

Lemoh, A.Y., Rashidzada, Z., Krishnasamy, M., Wilkinson, A., Blackwood, R., Rivalland, A., Ierano, C., Thursky, K.A., & Guccione, L. (2025). Roles and responsibilities of registered nurses in the early recognition and management of sepsis in acute hospital settings: a scoping review. *BMJ Open Quality*, 14(4), e003485. <https://doi.org/10.1136/bmjoq-2025-003485>

Liu, S., Zhang, Y., Liu, Y., Han, P., Zhuang, Y., & Jiang, J. (2023). The resilience of emergency and critical care nurses: a qualitative systematic review and meta-synthesis. *Frontiers in Psychology*, 14, 1226703. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1226703>

*McDonald, C. M. et al. (2018). Sepsis now a priority: A quality improvement initiative for early sepsis recognition and care. *International Journal for Quality in Health Care*, 30(10), s. 802-809. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy121>

McVeigh, S.E. (2020). Sepsis management in the emergency department. *Nursing Clinics of North America*, 55(2), s. 203–213. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2020.01.006>

Mellhammar, L., Wollter, P. & Dahlberg, J. (2023). Estimating sepsis incidence using administrative data and clinical medical record review. *JAMA Network Open*, 6(8), e2331168. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.31168>

Meyer, G., & Lavin, M. (2005). Vigilance: The Essence of Nursing. *Online Journal of Issues in Nursing*, 10(3), 8. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol10No03PPT01>

Meyer, N.J. & Prescott, H.C., 2024. Sepsis and septic shock. *The New England Journal of Medicine*, 390(2), s.168–179. <https://doi.org/10.1056/NEJMra2403213>

Moore, W.R., Vermuelen, A., Taylor, R., Kihara, D. & Wahome, E. (2019). Improving 3-hour sepsis bundled care outcomes: Implementation of a nurse-driven sepsis protocol in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 45(6), s. 690-698. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2019.05.005>

Nightingale, F. (1946). *Notes on nursing: What it is, and what it is not*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
<https://ia601302.us.archive.org/6/items/notesnursingwhat00nigh/notesnursingwhat00nigh.pdf> [2026-03-01]

Näsman, Y. (2020). The theory of caritative caring: Katie eriksson's theory of caritative caring presented from a human science point of view. *Nursing philosophy*, 21(4), s. e12321-n/a. <https://doi.org/10.1111/nup.12321>

Oh, S., Gu, M. & Sok, S. (2022). A concept analysis of nurses' clinical decision making: Implications for Korea. *International journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6), 3596. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063596>

Olander, A., Bremer, A., Sundler, A.J., Hagiwara, M.A., & Andersson, H. (2021). Assessment of patients with suspected sepsis in ambulance services: a qualitative interview study. *BMC Emergency Medicine*, 21(1), 45. <https://doi.org/10.1186/s12873-021-00440-4>

Olsson, M., Svensson, A., Andersson, H., Dehre, A., Elmqvist, C., Rask, M., Wireklint, S. & Norberg Boysen, G. (2022). Educational intervention in triage with the swedish triage scale retts©, with focus on specialist nurse students in ambulance and emergency care – a cross-sectional study. *International Emergency Nursing*, 63, 101194. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2022.101194>

Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow, C.D., & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

*Petruniak, L., El-Masri, M. & Fox-Wasylyshyn, S. (2018). Exploring the predictors of emergency department triage acuity assignment in patients with sepsis. *Can J Nurs Res*, 50(2), s. 81-88. <https://doi.org/10.1177/0844562118766178>

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2021) *Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. 11e upplagan. Philadelphia: Wolters Kluwer.

Priebe, G. & Landström, C. (2023). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar - grundläggande vetenskapsteori. I Henricson, M (red.) *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap*. Tredje upplagan. Lund: Studentlitteratur, s. 27-44.

Rababa, M., Bani Hamad, D., & Hayajneh, A.A. (2022). Sepsis assessment and management in critically ill adults: A systematic review. *PloS One*, 17(7), e0270711. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0270711>

Rahman, N. A., Chan, C. M., Zakaria, M. I. & Jaafar, M. J. (2019). Knowledge and attitude towards identification of systemic inflammatory response syndrome (sirs) and

sepsis among emergency personnel in tertiary teaching hospital. *Australas Emerg Care*, 22(1), s. 13-21. <https://doi.org/10.1016/j.auec.2018.11.002>

Rechter, J. L., Buckholz, R. M., Plant, E. R., Klein, J. P., & Powers, J. (2022). Interactive Sepsis Education Program Improves Nurses' Knowledge and Impact on Patient Outcomes. *MedSurg Nursing*, 31(6), s. 355–360. <https://doi.org/10.62116/MSJ.2022.31.6.355>

Reich, E. N., Then, K. L., & Rankin, J. A. (2018). Barriers to Clinical Practice Guideline Implementation for Septic Patients in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*, 44(6), s. 552–562. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2018.04.004>

Riksföreningen för Akutsjuksköterskor. (2017). *Kompetensbeskrivning Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot akutsjukvård*. <https://swenurse.se/download/18.9f73344170c00306231c00/1584088433640/Kompetensbeskrivning%20sjuksköterskor%20inom%20akutsjukvård.pdf> [2026-02-20]

*Rogan, A., Lockett, J., Peckler, B., Robinson, B. & Raymond, N. (2022). Exploring nursing and medical perceptions of sepsis management in a new zealand emergency department: A qualitative study. *EMA - Emergency Medicine Australasia*, 34(3), s. 417-427. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.13911>

Rosèn, M. (2023) Systematisk litteraturöversikt. I Henricson, M. *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap*. Tredje upplagan. Lund: Studentlitteratur, s. 435-448.

Royal College of Physicians. (2017). *National Early Warning Score (NEWS) 2: Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS*. Updated report of a working party. https://www.rcp.ac.uk/media/a4ibkkbf/news2-final-report_0_0.pdf [2026-02-20]

*Salameh, B., & Aboamash, A. E. M. (2022). Predictors of Knowledge, Attitudes, Practices and Barriers Regarding Sepsis and Sepsis Management Among Emergency Nurses and Physicians in Palestine: A Cross-Sectional Analysis. *Critical Inquiry*, 59, s. 1–14. <https://doi.org/10.1177/00469580221115265>

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*.

SFS 2014:821. *Patientlagen*.

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen*.

Shin, T. G., Jo, I. J., Choi, D. J., Kang, M. J., Jeon, K., Suh, G. Y., Sim, M. S., Lim, S. Y., Song, K. J., & Jeong, Y. K. (2013). The adverse effect of emergency department crowding on compliance with the resuscitation bundle in the management of severe sepsis and septic shock. *Critical Care (London, England)*, 17(5), Article R224. <https://doi.org/10.1186/cc13047>

Singer, M. et al. (2016). The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (sepsis-3). *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 315(8), s. 801-810. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.0287>

Song, U.R. (2025). Nursing competence in coping with clinical deterioration: An evolutionary concept analysis. *Korean Journal of Adult Nursing*, 37(3), s. 215-230. <https://doi.org/10.7475/kjan.2025.0409>

Spruell, T., Webb, H., Steley, Z., Chan, J., & Robertson, A. (2021). Environmentally sustainable emergency medicine. *Emergency Medicine Journal*, 38(4), s. 315–318. <https://doi.org/10.1136/emered-2020-210421>

*Storozuk, S.A., MacLeod, M.L. P., Freeman, S. & Banner, D. (2019). A survey of sepsis knowledge among Canadian emergency department registered nurses. *Australasian Emergency Care*, 22(2), s. 119-125. <https://doi.org/10.1016/j.auec.2019.01.007>

Svenska FN-förbundet. (2023). *Agenda 2030 och de globala målen för hållbar utveckling: Ett informationsmaterial från Svenska FN-förbundet*. https://fn.se/wp-content/uploads/2018/10/Infomaterial_Agenda3030_komprimerad.pdf [2026-03-05]

Svenska Infektionsläkarföreningen. (2022). *Vårdprogram Sepsis och Septisk chock*. https://infektion.net/wp-content/uploads/2022/07/vardprogram_sepsis_maj-2023.pdf [2026-03-05]

Tirado, W.C. (2025). Early recognition of sepsis in prehospital settings: A review of screening tools and practices. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 47(2), s. 152–167. <https://doi.org/10.1097/TME.0000000000000561>

Vaisi-Raygani, A., Moradi, M., Salari, N., Fattahi, Z. & Hadadian, F. (2025). Resilience and nursing care quality in emergency departments: A 2024 study in kermanshah, iran hospitals. *BMC nursing*, 24(1), s. 1152-11. <https://doi:10.1186/s12912-025-03749-8>

*van den Hengel, L. C., Visseren, T., Meima-Cramer, P. E., Rood, P. P. M. & Klein Nagelvoort-Schuit, S. C. E. (2016). Knowledge about systemic inflammatory response syndrome and sepsis: A survey among dutch emergency department nurses. *International Journal of Emergency Medicine*, 9(1). <https://doi:10.1186/s12245-016-0119-2>

Vetenskapsrådet. (2024). *God forskningsed*. (Rapport VR2405). <https://www.vr.se/analys/rapporter/vararapporter/2024-10-02-god-forskningssed-2024.html> [2026-02-20]

Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), s. 546–553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>

Wireklint, S. (2023). Emergency department triage in Sweden : Occurrence, validity, reliability and registered nurses' experiences. Diss. Linnaeus University. <https://doi.org/10.15626/LUD.477.2023>

World Health Organization (WHO). (2024). *Guidelines on the Clinical Management of Sepsis*. <https://www.who.int/news/item/30-01-2024-guidelines-on-the-clinical-management-of-sepsis> [2026-02-20]

World Medical Association (WMA). (2024). *Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*. <https://www.wma.net/policiespost/wma-declaration-of-helsinki/> [26-02-20]

Wretborn, J., Henricson, J., Ekelund, U. & Wilhelms, D. B. (2020). Prevalence of crowding, boarding and staffing levels in swedish emergency departments - a national cross sectional study. *BMC Emergency Medicine*, 20(1), s. 50-8. <https://doi:10.1186/s12873-020-00342-x>

BILAGOR

Bilaga 1

Sökmatriser

Databas/Datum		CINAHL 26-01-30	
Block 1 – Population	Sökning	Akutsjuksköterskor på akutmottagningen	
		Akutsjuksköterskor	Antal träffar
CINAHL Headings	S1	MH ("Advanced Practice Registered Nurses" OR "Advanced Practice Registered Nursing" OR "Triage Nurses" OR "Triage Nursing" OR "Nurse Practitioners" OR "Emergency Nurse Practitioners" OR "Emergency Nurses" OR "Emergency Nursing" OR "Expert Nurses")	53 338
Fritextord	S2	XB ("Emergency Nurs*" OR "Emergency Nurs* Practitioners" OR "ED Nurs*" OR "Emergency Room Nurs*")	5 705
	S3	S1 OR S2	54 761
		Akutmottagning	Antal träffar
CINAHL Headings	S4	MH ("Emergency Room Visits" OR "Emergency Service")	71 343
Fritextord	S5	XB ("Emergency Department" OR "Emergency Hospital" OR "Emergency Room" OR "Emergency Service" OR "ED" OR "ER" OR "A&E" OR "Accident And Emergency" OR "Emergency Care" OR "Emergency Medical Service")	122 340
	S6	S4 OR S5	148 500
	S7	S3 AND S6	9 973
Block 2 – Exposure		Sepsis	Antal träffar
CINAHL Headings	S8	MH ("Sepsis" OR "Systemic Inflammatory Response Syndrome" OR "Bacteremia")	29 170
Fritextord	S9	XB (Sepsis OR Septic OR "Severe Sepsis" OR "Septic Shock" OR "Sepsis Syndrome" OR SIRS OR Septicemia OR Bacteremia OR "Bloodstream Infections")	55 824
	S10	S8 OR S9	64 251
Block 3 – Outcome		Identifiering/Bedömning	Antal träffar
CINAHL Headings	S11	MH ("Patient Assessment" OR "Nursing Assessment" OR "Clinical Assessment Tools" OR "Nursing Diagnosis" OR "Nursing Process" OR "Nurse Attitudes" OR "Attitude of Health Personnel" OR "Nursing Role" OR "Nursing Care" OR "Signs and Symptoms" OR "Vital Signs" OR "Early Diagnosis" OR "Early Intervention" OR "Early Warning Score" OR	507 292

		"Decision Making, Clinical" OR "Problem Identification")	
Fritextord	S12	XB ("Symptom Assessment" OR Identification OR Detection OR Screening OR Recognition OR Assessment OR "Patient Assessment In Nursing" OR Symptomatology OR "Early Recognition" or "Early Identification" or "Early Detection" OR "Nurs* Experience" OR "Nurs* Knowledge" OR "Nurs* Understanding" OR "Nursing Assessment" OR "Nursing Diagnosis" OR "Clinical Reasoning" OR "Nurs* Process")	894 934
	S13	S11 OR S12	1 292 768
Kombinerade blocksökningar			Antal träffar
	S14	S7 AND S10 AND S13 Begränsningar: <i>Peer-reviewed artiklar, engelskt språk, publiceringsår 2016-2026, vuxna</i>	13

Databas/Datum		PubMed 26-01-30	
Block 1 – Population	Sökning	Akutsjuksköterskor på akutmottagning	Antal träffar
		Akutsjuksköterskor	
MeSH	S1	("Nurse Practitioners"[Mesh:NoExp] OR "Emergency Nursing"[Mesh] OR "Triage"[Mesh] OR "Advanced Practice Nursing"[Mesh])	45 011
Fritextord	S2	("Triage Nurses"[Title/Abstract] OR "Triage Nursing"[Title/Abstract] OR "Emergency Nurse Practitioners"[Title/Abstract] OR "ED Nurse"[Title/Abstract] OR "Emergency Nurs*"[Title/Abstract] OR "Emergency Room Nurse"[Title/Abstract] OR "Emergency Room Nursing"[Title/Abstract])	4 667
	S3	S1 OR S2	47 325
		Akutmottagning	Antal träffar
MeSH	S4	("Emergency Service, Hospital"[Mesh:NoExp] OR "Emergency Room Visits"[Mesh] OR "Emergency Medical Services"[Mesh:NoExp])	146 202
Fritextord	S5	("Emergency Room"[Title/Abstract] OR "Emergency Hospital"[Title/Abstract] OR "Emergency Department"[Title/Abstract] OR "ED"[Title/Abstract] OR "ER"[Title/Abstract] OR "A&E"[Title/Abstract] OR "Accident and Emergency"[Title/Abstract] OR "Emergency Care"[Title/Abstract] OR "Emergency Medical Service*"[Title/Abstract])	377 739
	S6	S4 OR S5	437 452
	S7	S3 AND S6	14 144
Block 2 – Exposure		Sepsis	Antal träffar
MeSH	S8	("Sepsis"[Mesh:NoExp] OR "Systemic Inflammatory Response Syndrome"[Mesh:NoExp] OR "Bacteremia"[Mesh:NoExp] OR "Shock, Septic"[Mesh])	134 977
Fritextord	S9	("Sepsis"[Title/Abstract] OR "Septic Shock"[Title/Abstract] OR "Sepsis, Severe"[Title/Abstract] OR "Sepsis Syndrome"[Title/Abstract] OR "Systemic Inflammatory Response Syndrome"[Title/Abstract] OR "SIRS"[Title/Abstract] OR "Septicemia"[Title/Abstract] OR "Bacteremia"[Title/Abstract] OR "Septic"[Title/Abstract] OR "Bloodstream Infections"[Title/Abstract])	242 458
	S10	S8 OR S9	283 083
Block 3 – Outcome		Identifiering/Bedömning	Antal träffar
MeSH	S11	("Nursing Assessment"[Mesh] OR "Nursing Diagnosis"[Mesh] OR "Nursing Process"[Mesh:NoExp] OR "Health Knowledge,	1 223 179

		Attitudes, Practice"[Mesh] OR "Attitude of Health Personnel"[Mesh:NoExp] OR "Nurse's Role"[Mesh] OR "Nursing Care"[Mesh:NoExp] OR "Patient Acuity"[Mesh] OR "Signs and Symptoms"[Mesh:NoExp] OR "Vital Signs"[Mesh] OR "Symptom Assessment"[Mesh] OR "Monitoring, Physiologic"[Mesh:NoExp] OR "Clinical Decision-Making"[Mesh] OR "Early Diagnosis"[Mesh:NoExp])	
Fritextord	S12	(Identification[Title/Abstract] OR Detection[Title/Abstract] OR Screening[Title/Abstract] OR Recognition[Title/Abstract] OR Assessment[Title/Abstract] OR Symptomatology[Title/Abstract] OR "Early Recognition"[Title/Abstract] OR "Early Identification"[Title/Abstract] OR "Early Detection"[Title/Abstract] OR "Nurse Experience*"[Title/Abstract] OR "Nursing Experience*"[Title/Abstract] OR "Nursing Understanding"[Title/Abstract] OR "Nursing Knowledge"[Title/Abstract] OR "Patient Assessment"[Title/Abstract] OR "Nursing Assessment"[Title/Abstract] OR "Nursing Diagnosis"[Title/Abstract] OR "Symptom Assessment"[Title/Abstract] OR "Clinical Reasoning"[Title/Abstract])	4 531 770
	S13	S11 OR S12	5 568 901
Kombinerade blocksökningar			Antal träffar
	S14	S7 AND S10 AND S13 Begränsningar: Engelskt språk, publiceringsår 2016-2026, vuxna (≥ 19 år).	85

Datum/Databas		Scopus 26-01-30	
Block 1 – Population	Sökning	Akutsjuksköterskor på akutmottagning	
		Akutsjuksköterskor	Antal träffar
Fritextord	S1	("Nurse practitioners" OR "Emergency nursing" OR "Emergency nurse" OR "Emergency nurse practitioner" OR "Emergency nurse practitioners" OR "Expert nurses" OR "Triage nurses" OR "Triage nursing" OR "Advanced practice registered nurses" OR "Advanced practice registered nursing" OR "Ed nurse" OR "Emergency room nursing" OR "Emergency room nurse")	50 739
		Akutmottagning	Antal träffar
Fritextord	S2	("Emergency room" OR "Emergency hospital" OR "Emergency service, hospital" OR "Emergency service" OR "Emergency room visits" OR "Emergency medical services" OR "Emergency department" OR "ED" OR "ER" OR "Accident and Emergency" OR "A&E" OR "Emergency care" OR "Emergency health service")	751 987
	S3	S1 AND S2	10 139
Block 2 – Exposure		Sepsis	Antal träffar
Fritextord	S4	("Sepsis" OR "Bacteremia" OR "Systemic Inflammatory Response Syndrome" OR "SIRS" OR "Septic" OR "Septic Shock" OR "Sepsis, Severe" OR "Sepsis Syndrome" OR "Septicemia" OR "Bloodstream Infections")	510 747
Block 3 – Outcome		Identifiering/Bedömning	Antal träffar
Fritextord	S5	(TITLE-ABS-KEY "Nursing Assessment" OR TITLE-ABS-KEY "Nursing Diagnosis" OR TITLE-ABS-KEY "Nursing Process" OR TITLE-ABS-KEY "Health Knowledge, Attitudes, Practice" OR TITLE-ABS-KEY "Attitude Of Health Personnel" OR TITLE-ABS-KEY "Nurse Attitude" OR TITLE-ABS-KEY "Nurse's Role" OR TITLE-ABS-KEY "Nursing Care" OR TITLE-ABS-KEY "Patient Assessment" OR TITLE-ABS-KEY "Signs And Symptoms" OR TITLE-ABS-KEY "Vital Signs" OR TITLE-ABS-KEY "Symptom Assessment" OR TITLE-ABS-KEY "Clinical Reasoning" OR TITLE-ABS-KEY "clinical decision making" OR TITLE-ABS-KEY "Clinical Assessment Tool" OR TITLE-ABS-KEY "Early Diagnosis" OR TITLE-ABS-KEY "Early Intervention" OR TITLE-ABS-KEY "Problem Identification" OR TITLE-ABS-KEY Identification OR TITLE-ABS-KEY Detection OR TITLE-	14 266 105

		ABS-KEY Screening OR TITLE-ABS-KEY Recognition OR TITLE-ABS-KEY Assessment OR TITLE-ABS-KEY "Patient Assessment In Nursing" OR TITLE-ABS-KEY "symptomatology" OR TITLE-ABS-KEY "Early Recognition" OR TITLE-ABS-KEY "Early Identification" OR TITLE-ABS-KEY "Early Detection" OR TITLE-ABS-KEY "Nursing Experience" OR TITLE-ABS-KEY "Nursing Knowledge" OR TITLE-ABS-KEY "Nursing Understanding")	
Kombinerade block			Antal träffar
	S6	S3 AND S4 AND S5 Begränsningar: <i>Engelskt språk, publiceringsår 2016-2026, Dokumenttyp: artikel.</i>	50

Bilaga 2

Appendix C enligt Hawker et al. 2002

APPENDIX C

Author and title: _____

Date: _____

	Good	Fair	Poor	Very Poor	Comment
1. Abstract and title					
2. Introduction and aims					
3. Method and data					
4. Sampling					
5. Data analysis					
6. Ethics and bias					
7. Findings/results					
8. Transferability/generalizability					
9. Implications and usefulness					
Total					

Bilaga 3

Mall för kvalitetsgranskning enligt Hawker et al. 2002

APPENDIX D

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?

Good	Structured abstract with full information and clear title.
Fair	Abstract with most of the information.
Poor	Inadequate abstract.
Very	Poor No abstract.

2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Good	Full but concise background to discussion/study containing up-to-date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions.
Fair	Some background and literature review. Research questions outlined.
Poor	Some background but no aim/objectives/questions, OR Aims/objectives but inadequate background.
Very Poor	No mention of aims/objectives. No background or literature review.

3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?

Good	Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording.
Fair	Method appropriate, description could be better. Data described.
Poor	Questionable whether method is appropriate. Method described inadequately. Little description of data.
Very Poor	No mention of method, AND/OR Method inappropriate, AND/OR No details of data.

4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Good	Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained.
Fair	Sample size justified. Most information given, but some missing.
Poor	Sampling mentioned but few descriptive details.
Very Poor	No details of sample.

5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Good	Clear description of how analysis was done. Qualitative studies: Description of how themes derived/ respondent validation or triangulation. Quantitative studies: Reasons for tests selected hypothesis driven/ numbers add up/statistical significance discussed.
Fair	Qualitative: Descriptive discussion of analysis. Quantitative.
Poor	Minimal details about analysis.
Very Poor	No discussion of analysis.

6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

Good	Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensitivity, and consent were addressed.
Fair	Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias. Lip service was paid to above (i.e., these issues were acknowledged).
Poor	Brief mention of issues.
Very Poor	No mention of issues.

7. Results: Is there a clear statement of the findings?

Good	Findings explicit, easy to understand, and in logical progression. Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims. Sufficient data are presented to support findings.
Fair	Findings mentioned but more explanation could be given. Data presented relate directly to results.
Poor	Findings presented haphazardly, not explained, and do not progress logically from results.
Very Poor	Findings not mentioned or do not relate to aims.

8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Good	Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other contexts and settings, plus high score in Question 4 (sampling).
Fair	Some context and setting described, but more needed to replicate or compare the study with others, PLUS fair score or higher in Question 4.
Poor	Minimal description of context/setting.
Very Poor	No description of context/setting.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?

Good	Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice.
Fair	Two of the above (state what is missing in comments).
Poor	Only one of the above.
Very Poor	None of the above.

Bilaga 4

Artikelmatis för inkluderade artiklar

Författare Årtal Titel Tidskrift Land	Syfte	Metod	Urval(N), Data- insamling	Dataanalys	Etik	Resultat	Kvalitet
Alaro M, Ashine T, Kebede S, Hussien H, Alaro M & Tibore T. (2024). <i>Knowledge and Associated Factors Towards Sepsis Management Among Nurses Working in the Emergency Department of Public Hospitals in Addis Ababa.</i> SAGE Open Nursing.	Att bedöma kunskapsnivån och de faktorer som är förknippade med sepsishantering bland akutsjuksköterskor som arbetar på akutmottagningar vid offentliga sjukhus i Addis Abeba, Etiopien.	Kvantitativ	N=216 akutsjuksköterskor Frågeformulär.	Deskriptiv statistik	Etiskt godkännande från kommitté.	En betydande andel av sjuksköterskorna hade otillräcklig kunskap om sepsishantering. Faktorer som arbetslivserfarenhet, utbildning i sepsis och högre utbildningsnivå var positivt kopplade till bättre kunskap. Studien drar slutsatsen att det finns behov av riktad utbildning och kompetensutveckling på akutmottagningarna	32/36
Harley, A., Johnston, A. N. B., Denny, K. J., Keijzers, G., Crilly, J. & Massey, D. (2019).	Att utforska akutsjuksköterskors kunskap och förståelse av sin roll i att identifiera och hantera patienter med	Kvalitativ	N=21 akutsjuksköterskor. Semistrukturerade intervjuer	Kvalitativ innehållsanaly s.	Etisk godkännande från kommitté.	Sjuksköterskorna hade varierande kunskap om sepsis och upplevde osäkerhet kring sin roll i tidig identifiering och respons. Otydliga riktlinjer, brist på utbildning och hög arbetsbelastning hindrade	31/36

<p><i>Emergency nurses' knowledge and understanding of their role in recognising and responding to patients with sepsis: A qualitative study.</i> International</p>	<p>sepsis, samt att belysa vilka faktorer som påverkar deras kliniska bedömningar och handlingsberedska p.</p>	<p>effektiv sepsishantering. Deltagarna betonade behovet av tydligare rollfördelning, standardiserade verktyg och fortbildning för att förbättra tidig upptäckt och respons</p>				
<p>International Emergency Nursing.</p>						
<p>Australien</p>						
<p>Kabil, G., Hatcher, D., Alexandrou, E. & McNally, S. (2021). <i>Emergency nurses' experiences of the implementation of early goal directed fluid resuscitation therapy in the management of sepsis: a qualitative study.</i> Australasian Emergency Care</p>	<p>Att utforska akutsjuksköterskor s erfarenheter av att implementera Early Goal Directed Therapy (EGDT) för vätskebehandling vid sepsishantering, samt att belysa vilka faktorer som underlättar eller hindrar ett effektivt genomförande av denna behandlingsstrategi .</p>	<p>Kvalitativ N= 12 akutsjuksköterskor. Semistrukturerade individuella intervjuer</p>	<p>Tematisk analys.</p>	<p>Etisk godkännande från kommitté.</p>	<p>Akutsjuksköterskorna upplevde att tidig målstyrd vätskebehandling var viktig men svår att genomföra konsekvent i en pressad akutmottagningsmiljö. Organisatoriska hinder, brist på resurser och otydliga processer försvårade implementeringen. Deltagarna beskrev behov av tydligare riktlinjer, bättre teamkommunikation och fortbildning för att säkerställa snabb och korrekt vätsketerapi vid sepsis.</p>	<p>33/36</p>

Australien.							
McDonald, C. M. et al. (2018). <i>Sepsis now a priority: a quality improvement initiative for early sepsis recognition and care.</i> International journal of quality in health care.	Att undersöka igenkänning, handläggning och kliniska utfall hos patienter med sepsis inom akutsjukvården, samt att identifiera faktorer som påverkar tidskritiska åtgärder och behandlingsresultat .	Kvantitativ	Patienter som uppfyllde kriterier för sepsis i definierat periode. Pre-intervention: 346 patientjournaler Post-intervention: 270 patientjournaler (Totalt 616 journaler inkluderades i analysen, fördelade på två tidsperioder.) Journalgranskning, processmätningar.	Deskriptiv statistik och analys	Etisk godkännande från kommitté.	Implementeringen av kvalitetsförbättringsinitiativet ledde till förbättrad tidig identifiering av sepsis och snabbare initiering av behandling. Programmet ökade personalens medvetenhet och prioritering av sepsis som akut tillstånd. Studien visar att standardiserade processer och tvärprofessionellt samarbete kan förbättra sepsisvårdens kvalitet.	34/36
Australien							
Petruniak, L., El-Masri, M. & Fox-Wasylyshyn, S. (2018). <i>Exploring the predictors of emergency department triage acuity assignment in patients with sepsis.</i> Canadian Journal of Nursing Research.	Att undersöka vilka faktorer som påverkar vilken triageprioritet patienter med sepsis tilldelas vid ankomst till akutmottagningen, samt att identifiera kliniska och organisatoriska variabler som kan förutsäga högre eller lägre triagegrad.	Kvantitativ	N=154 patienter som uppfyllde kriterier för sepsis på akutmottagning under valt periode. Systematisk journalgranskning.	Statistisk analys.	Etisk godkännande från kommitté.	Flera kliniska faktorer – särskilt vitala parametrar och tecken på allvarlig infektion – var starkt kopplade till högre triageakutetsnivå. Studien visade att triagebedömningen inte alltid speglade sepsisens allvar, vilket kan leda till fördröjd behandling. Författarna betonar behovet av förbättrade triageverktyg och ökad medvetenhet för att säkerställa tidig identifiering av sepsis i akutmottagningen.	31/36
Kanada							

Rogan, A., Lockett, J., Peckler, B., Robinson, B. & Raymond, N. (2022). <i>Exploring nursing and medical perceptions of sepsis management in a New Zealand emergency department: A qualitative study.</i> Emergency Medicine Australia. New Zealand.	Utforska akutsjuksköterskor samt läkares uppfattningar och perspektiv kring de faktorer som hindrar identifiering och hantering av patienter med sepsis.	Kvalitativ tvärsnittsstudie	N=40 akutsjuksköterskor samt läkare som arbetade på akutmottagningen Semi-strukturerade intervjuer i fokusgrupper. Fokusgrupperna var indelade utifrån profession.	Tematisk analys utifrån Braun & Clark	Informerat samtycke inhämtades av alla deltagare. Etisk godkännande inhämtades från kommitté.	Deltagarna beskrev flera hinder för tidig sepsisidentifiering, bland annat hög arbetsbelastning, varierande klinisk erfarenhet och brist på tydliga processer. Organisatoriska strukturer, kommunikation i teamet och tillgång till utbildning påverkade förmågan att ge snabb och korrekt sepsisvård. Studien visar att både sjuksköterskor och läkare efterfrågar standardiserade verktyg, bättre teamkoordination och fortbildning för att förbättra sepsishantering.	36/36
Salameh, B. & Aboamash, A.E.M. (2022). <i>Predictors of knowledge, attitudes, practices and barriers regarding sepsis and Sepsis management among emergency nurses and physicians in</i>	Fastställa kunskap, attityder, praxis och hinder relaterade till sepsis och sepsishantering bland akutsjuksköterskor och läkare.	Kvantitativ	N= 243. Enkätstudie som genomfördes av akutsjuksköterskor samt läkare som arbetade på akutmottagning	Deskriptiv statistisk analys	Etiskt godkännande från kommitté samt från sjukhuset studien utfördes på.	Deltagarna visade varierande nivåer av kunskap om sepsis och sepsishantering. Utbildning, klinisk erfarenhet och tidigare sepsisträning var starkt kopplade till bättre kunskap och mer positiva attityder. Flera barriärer identifierades, bland annat brist på utbildning, hög arbetsbelastning och otydliga riktlinjer. Studien betonar behovet av standardiserad utbildning och tydligare	34/36

<i>Palestine: A cross-sectional analysis.</i>						kliniska processer för att förbättra sepsishantering i akutmottagningar.
Critical Inquiry.						
Palestina.						
Storozuk, S. A., MacLeod, M. L. P., Freeman, S. & Banner, D. (2019).	Att bedöma akutmottagningsjuksköterskors kunskap om sepsis och deras perspektiv på omvårdnad av patienter med sepsis	Mixed Method	N= 241. Tvärsnittsstudie med online-enkät till akutsjuksköterskor.	Deskriptiv analys samt kvalitativ innehållsanalys	Godkänd av universitetets forskningsetiska nämnd och av den regionala forskningsetiska myndigheten. Informerats samtycke inhämtades av samtliga deltagare	35/36
<i>A survey of sepsis knowledge among Canadian emergency department registered nurses.</i>						Sjuksköterskorna visade betydande kunskapsluckor kring sepsis och tidig identifiering. Resultaten pekade på behov av utbildningsinsatser , kliniskt stöd och förbättrade beslutsstöd. Studien understryker att stärkt kunskap kan förbättra tidig bedömning och intervention vid sepsis.
Australasian Emergency Care.						
Kanada						
van den Hengel, L. C., Visseren, T., Meima-Cramer, P. E., Rood, P. P. M. & Klein Nagelvoort-Schuit, S. C. E. (2016).	Undersöka de faktorer som påverkar akutsjuksköterskors kunskap om och igenkännande av systemiskt inflammatoriskt svarssyndrom (SIRS) och sepsis.	Kvantitativ	N= 216 akutsjuksköterskor från 11 olika akutmottagningar i Nederländerna. Multi-center observationsstudie. Enkätstudie	Deskriptiv statistik	Informerat samtycke samt godkännande från etisk kommitté	34/36
<i>Knowledge about systemic inflammatory</i>						Akutsjuksköterskornas kunskap om SIRS-kriterier och sepsis varierade betydligt. Erfarenhet, utbildning och tidigare sepsisutbildning var associerade med bättre kunskapsnivå. Studien visar behov av standardiserad utbildning för att förbättra

*response
syndrome and
sepsis: a survey
among Dutch
emergency
department
nurses.*

International
Journal of
Emergency
Medicine.

Nederländerna

tidig identifiering av sepsis i
akutmottagningar.