

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

VÅRDVETENSKAP

VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD

[M2025:110]

Akutsjuksköterskans erfarenheter av vårdande vid
masskadehändelser

En systematisk litteraturöversikt

Albert Ruhani

Tobias Jigenstedt



HÖGSKOLAN
I BORÅS

DEGREE PROJECT - MASTER'S THESIS

CARING SCIENCES

FACULTY OF CARING SCIENCE, WORKLIFE AND SOCIAL WELFARE

[M2025:110]

Emergency nurses' experiences of caring during mass
casualty incidents

A systematic literature review

Albert Ruhani

Tobias Jigenstedt



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Examensarbetets titel: Akutsjuksköterskors erfarenheter av vårdande vid masskadehändelser

Titel på engelska: Emergency nurses' experiences of caring during mass casualty incidents

Författare: Albert Ruhani & Tobias Jigenstedt

Huvudområde: Vårdvetenskap

Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng

Utbildning: Specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot akutsjukvård

Handledare: Ingrid Gustafsson

Examinator: Johan Herlitz

Sammanfattning

Masskadehändelser innebär situationer där inflödet av patienter snabbt överstiger tillgängliga resurser och ställer särskilda krav på akutsjukvårdens organisation och personal. I dessa sammanhang utmanas sjuksköterskans möjligheter att bedriva ett professionellt och etiskt förankrat vårdande, då kliniska prioriteringar, organisatoriska begränsningar och emotionell belastning sammanfaller. Mot bakgrund av ett ökat fokus på katastrofberedskap finns behov av en sammanhållen förståelse för vilka faktorer som påverkar förutsättningarna för sjuksköterskans vårdande vid masskadehändelser. Syftet var att belysa vilka faktorer som påverkar förutsättningarna för sjuksköterskans vårdande vid en masskadehändelse.

En systematisk integrativ litteraturöversikt genomfördes enligt Whitemore och Knafles metod. Databassökningar utfördes i CINAHL, PubMed och Scopus och omfattade peer-reviewade originalartiklar publicerade mellan 2015 och 2025. Totalt inkluderades 11 studier efter kvalitetsgranskning.

Resultatet identifierade tre övergripande huvudteman: organisatoriska och strukturella faktorer, professionella och etiska faktorer samt psykologiska och relationella faktorer. Fungerande ledning, tydlig kommunikation och adekvat beredskap framstod som avgörande för patientsäkerhet och handlingsutrymme. Samtidigt framkom att prioriteringar och resursbegränsningar kan ge upphov till moralisk stress och upplevelser av professionell utsatthet. Erfarenhet, teamstöd och strukturerad efterbearbetning identifierades som skyddande faktorer. Förutsättningarna för att utöva vårdande förändras vid masskadehändelser, där prioriteringar, resursbrist och organisatoriska krav begränsar sjuksköterskans handlingsutrymme.

Slutsatsen är att sjuksköterskans vårdande vid masskadehändelser formas i ett komplext samspel mellan individ, organisation och etiska förutsättningar. En integrerad beredskap som omfattar både strukturellt stöd och etisk medvetenhet är central för att stärka såväl patientsäkerhet som professionell hållbarhet.

Nyckelord: Akutsjuksköterska, beredskap, masskadehändelse, moralisk stress, vårdande,

Abstract

Mass casualty incidents are situations where the influx of patients rapidly exceeds available resources and places special demands on the organization and staff of emergency medical services. In these contexts, the nurse's ability to conduct professional and ethically anchored care is challenged, as clinical priorities, organizational limitations and emotional stress coincide. Due to an increased focus on disaster preparedness, there is a need for a coherent understanding of the factors that affect the nurse's care in mass casualty incidents. The purpose was to highlight the factors that are important for the nurse's care in a mass casualty event.

A Systematic integrative literature review was conducted according to the Whittemore and Knafl method. Database searches were performed in CINAHL, PubMed and Scopus and included peer-reviewed original articles published between 2015 and 2025. A total of 11 studies were included after quality review.

Results identified three overarching main themes: organizational and structural factors, professional and ethical factors, and psychological and relational factors. Functional management, clear communication and adequate preparedness appeared to be crucial for patient safety and room for maneuver. At the same time, it emerged that priorities and resource constraints can give rise to moral stress and experiences of professional vulnerability. Experience, team support and structured post-processing were identified as protective factors.

Conclusion is that the nurse's care in the event of mass casualty incidents is formed in a complex interaction between the individual, the organization and ethical conditions. An integrated preparedness that includes both structural support and ethical awareness is central to strengthening both patient safety and professional sustainability.

Keywords: Emergency nurse, mass casualty incident, preparedness, moral distress, caring

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Katastrofer	1
Definition av katastrof i ett samhällsperspektiv	1
Kategorisering av katastrofer och vårdverksamhetens perspektiv	2
Masskadehändelser	3
Definition av masskadehändelse	3
Masskadehändelsers karaktär och omfattning	3
Masskadehändelser i relation till samhällskatastrofer	4
Förändrade vårdprinciper vid masskadehändelser	5
Akutmottagningens uppdrag och funktion	5
Sjuksköterskans roll och ansvar	6
Sjuksköterskans professionella ansvar i akutsjukvård	6
Akutsjuksköterskans specialistkompetens och utökade ansvar	7
Sjuksköterskans roll vid masskadehändelser	8
Beredskap, utbildning och ledarskap	8
Etiska utmaningar och professionell utsatthet	9
Vårdande vid masskadehändelser	9
Teoretiskt ramverk	11
Professionell utsatthet	11
Moralisk stress	12
PROBLEMFÖRMULERING	14
SYFTE	14
METOD	15
Design	15
Urval	15
Datainsamling	16
Kvalitetsgranskning	18
Dataanalys	18
Författarnas förståelse	20
Användning av Artificiell intelligens (AI)- stöd i arbetsprocessen	20
Forskningsetiska överväganden	21
RESULTAT	22
Organisatoriska och strukturella faktorer	22
Bristande resurser och kapacitet	22
Betydelsen av organisationens tydlighet	24
Vikten av tydlig information och kommunikation	25
Professionella och etiska faktorer	26
Prioritering och masskad-triagering viktiga kompetenser	26
Kompetensbrist leder till osäkerhet och svåra etiska avvägningar	26
Situationen leder till större handlingsutrymme och ansvar	27
Psykologiska och relationella faktorer	28
Stress, osäkerhet och säkerhetshot får negativa konsekvenser	28
Coping, stöd, återhämtning och lärande viktigt både under och efter händelsen	29
Relationellt och värdighetsbevarande vårdande är viktigt men svårt	30

DISKUSSION	30
Metoddiskussion	30
Metodval och design	30
Sökstrategi och urval	31
Kvalitetsgranskning och forskningsetiska överväganden	33
Dataanalys	34
AI-stödets möjligheter och begränsningar	35
Resultatdiskussion	35
Triagekompetensens betydelse för vårdandet vid masskadehändelser	36
Vårdande	37
Ledarskap	38
Hållbar utveckling	39
SLUTSATSER	40
KLINISKA IMPLIKATIONER	41
Sjuksköterskan	41
Organisationen	41
Samhälle och myndigheter	41
REFERENSER	43
Bilagor	51

INLEDNING

Katastrofer och masskadehändelser kan inträffa plötsligt och förändra vårdens förutsättningar, även om sådana händelser är relativt sällsynta. I akutsjukvården kan detta innebära att många patienter samtidigt behöver bedömas, prioriteras och omhändertas, vilket ställer höga krav på omställningsförmåga, patientsäkerhet och beredskap (Socialstyrelsen 2024; World Health Organization [WHO] 2017). Internationellt lyfts urbanisering, klimatrelaterade händelser och ett mer instabilt säkerhetsläge som faktorer som kan öka risken för allvarliga händelser (Labrague et al. 2018; UNDRR 2017). Denna litteraturöversikt handlar om sjuksköterskornas erfarenheter av vårdande vid masskadehändelser. Intresset för området utgår från akutsjukvårdens uppdrag och sjuksköterskans centrala roll i att förena kliniska bedömningar, prioritering och samordning med ett professionellt ansvar att värna patientens värdighet även vid extraordinära händelser (ICN 2021; Riksföreningen för akutsjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening 2017).

Genom att sammanställa och syntetisera både internationell och svensk forskning kan översikten bidra till en tydligare bild av vad som stärker respektive försvårar sjuksköterskans vårdande vid masskadehändelser. Denna kunskap är relevant för fortsatt utveckling av beredskap, utbildning, organisatoriska stödstrukturer och arbetssätt som kan stödja ett patientsäkert och etiskt hållbart vårdande när vårdbehovet snabbt överskrider tillgängliga resurser (Socialstyrelsen 2024; WHO 2007).

BAKGRUND

Katastrofer

Definition av katastrof i ett samhällsperspektiv

Enligt United Nations Office for Disaster Risk Reduction definieras en katastrof som en allvarlig störning i ett samhälles funktion, vars konsekvenser kan vara mänskliga, materiella, ekonomiska eller miljömässiga och som överstiger samhällets förmåga att

hantera situationen med tillgängliga resurser (UNDRR 2017). Definitionen tydliggör att det är relationen mellan händelsens omfattning och samhällets hanteringskapacitet som avgör om en händelse klassificeras som en katastrof (Tierney 2014; WHO 2017).

Ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv ges en mer verksamhetsnära förståelse av begreppet katastrof. Inom katastrofmedicinen definieras allvarliga händelser utifrån relationen mellan vårdbehov och tillgängliga resurser, där ordinarie vårdprocesser inte längre kan upprätthållas trots omprioritering och samordning (Socialstyrelsen 2024; WHO 2017). Fokus ligger således på vårdverksamhetens funktion och förmåga att hantera en plötslig och omfattande belastning. En händelse kan därmed utgöra en katastrof ur ett vårdverksamhetsperspektiv även om den inte medför omfattande samhällsstörningar (UNDRR 2017; WHO 2017).

Kategorisering av katastrofer och vårdverksamhetens perspektiv

Inom katastrofmedicinsk och samhällsvetenskaplig forskning kategoriseras katastrofer ofta utifrån deras etiologi och delas in i tre huvudsakliga typer (Tierney 2014). Den första kategorin omfattar händelser som kan härledas till naturliga processer, exempelvis seismisk aktivitet, extrema klimatfenomen och biologiska hot (Krausmann, Girgin & Necci 2019). Nästa kategori utgörs av katastrofer som uppstår till följd av mänskligt agerande eller brister i samhällssystemen, såsom tekniska haverier, industriella olyckor eller avsiktliga våldshandlingar (Tierney 2014). Därutöver beskrivs den tredje kategorin som hybridkatastrofer, vilka kännetecknas av ett samspel mellan naturliga processer och mänsklig påverkan. I dessa situationer bidrar strukturella och organisatoriska faktorer, tillsammans med teknologiska och rumsliga förutsättningar, till att naturrelaterade händelser får en ökad påverkan (Krausmann, Girgin & Necci 2019; Tierney 2014).

I samband med förändrade samhällsförhållanden har förekomsten av katastrofer fått ökad uppmärksamhet inom såväl forskning som internationella organisationer. Strukturella samhällsförändringar, såsom tilltagande urban utveckling i kombination med klimatförändringarnas effekter och ett instabilt internationellt säkerhetsläge, lyfts fram som centrala bidragande faktorer till denna utveckling (Krausmann, Girgin & Necci 2019; Tierney 2014).

Vid samhällskatastrofer påverkas hälso- och sjukvården alltid i någon utsträckning, antingen genom ett direkt inflöde av skadade patienter eller genom indirekta konsekvenser såsom ökat vårdbehov, resursomfördelning och organisatorisk belastning (Socialstyrelsen 2024; WHO 2017). Händelser som initialt inte innebär omfattande personskador kan ändå få betydande konsekvenser för vårdverksamheten genom ökade krav på beredskap, samordning mellan olika vårdaktörer samt behov av strukturerad prioritering av begränsade resurser (UNDRR 2017; Tierney 2014). Detta understryker att hälso- och sjukvården utgör en central aktör vid samhällskatastrofer, oavsett om den primära påverkan är medicinsk eller organisatorisk (Socialstyrelsen 2024; WHO 2017).

Masskadehändelser

Definition av masskadehändelse

I Socialstyrelsens termbank saknas en specifik definition av begreppet masskadehändelse. Däremot definieras det närliggande begreppet katastrof som en särskild händelse där de tillgängliga resurserna inte räcker för att möta det akuta behovet och där belastningen blir så hög att normala kvalitetskrav, trots adekvata insatser, inte längre kan upprätthållas. NATO använder termen *Mass Casualty Situation* för att beskriva en större händelse som överväldigar de medicinska resurserna och kapaciteterna, även när extraordinära åtgärder vidtas (Socialstyrelsen 2024).

Masskadehändelsers karaktär och omfattning

En masskadehändelse kan inträffa både i fredstid och under krig samt bestå av antingen en enskilt omfattande händelse eller flera mindre incidenter som tillsammans leder till ett så stort skadeutfall att vårdbehoven överstiger de tillgängliga resurserna. Masskadehändelser varierar avsevärt i omfattning, inflödets hastighet och varaktighet, men förenas av kravet på att hälso- och sjukvården snabbt måste öka sin kapacitet. Under krig eller andra katastrofer kvarstår dessutom de ordinarie vårdbehoven, samtidigt som vården behöver hantera ett stort antal ytterligare sjuka eller skadade (Socialstyrelsen 2024). Oavsett om de orsakas av naturkatastrofer, våld eller trafikolyckor innebär

masskadehändelser betydande utmaningar för den kliniska vården, särskilt i resursbegränsade miljöer (WHO 2007).

Masskadehändelser kan innebära ett plötsligt inflöde av patienter som snabbt överstiger akutmottagningens och sjukhusets ordinarie kapacitet, vilket kräver en snabb kapacitetsökning och en mer strukturerad fördelning av resurser för att kunna upprätthålla en säker vård (Hasan, Nasrullah, Quattrocchi, Arcos González & Castro-Delgado 2023). Detta kan i sin tur snabbt leda till att akutmottagningens personella, materiella och organisatoriska resurser inte är tillräckliga (Chegini, Arab-Zozani, Kakemam, Lotfo & Nobakht 2022). Även i avsaknad av omfattande samhällsstörningar kan masskadehändelser, ur ett vårdvetenskapligt och verksamhetsnära perspektiv, utvecklas till en katastrofsituation när vårdens förmåga att tillgodose patienternas behov överskrids (WHO 2017; Socialstyrelsen 2024).

Masskadehändelser i relation till samhällskatastrofer

Skillnaden mellan katastrof på samhällsnivå och katastrof inom vårdverksamheten kan därmed främst förstås utifrån händelsens omfattning och konsekvensnivå (Tierney 2014; UNDRR 2017). En samhällskatastrof kännetecknas av att flera samhällsfunktioner påverkas samtidigt, såsom infrastruktur, kommunikation, räddningstjänst och hälso- och sjukvård (WHO 2017). En masskadehändelse kan däremot vara både geografiskt och tidsmässigt begränsad, men ändå få allvarliga konsekvenser för hälso- och sjukvårdens förmåga att upprätthålla säker och kvalitativ vård när antalet skadade överstiger tillgängliga resurser (Chegini et al. 2022; Hammad, Arbon, Gebbie & Hutton 2012). I båda fallen förutsätts ett anpassat vårdande och en systematisk prioritering av patienterna, samtidigt som behovet av effektiv ledning och samverkan framträder, vilket understryker akutsjuksköterskans centrala funktion i dessa situationer (Labrague et al. 2018; Veenema et al. 2016).

Förändrade vårdprinciper vid masskadehändelser

En effektiv hantering av masskadehändelser förutsätter ett genomgripande skifte i hur patientomhändertagande organiseras. Medan den prehospitla vården har etablerade riktlinjer för denna typ av situationer, är den ordinarie akutsjukvården i normalfallet inriktad på att optimera utfallet för varje enskild patient. Vid masskadehändelser, där tillgängliga personal- och materialresurser per definition är otillräckliga, behöver vården i stället prioritera de patienter som har störst möjlighet att dra nytta av medicinska insatser. Detta förändrade förhållningssätt präglar hela kedjan av masskadehantering, från triage och resursallokering till den fortsatta vårdprocessen (WHO 2007).

Akutmottagningens uppdrag och funktion

Akutmottagningens uppdrag innebär att med hög skyndsamhet ta emot, bedöma och prioritera patienter med akuta sjukdomstillstånd eller skador, i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och Patientlagen (2014:821). Verksamheten ska säkerställa att patienter erhåller omedelbar och trygg vård, där behovsbaserad prioritering och en ändamålsenlig fördelning av tillgängliga resurser utgör centrala delar av uppdraget (Socialstyrelsen 2022; WHO 2019). En betydande del av befolkningen kommer någon gång under livet att behöva söka vård på en akutmottagning, vilket gör akutvården till en central del av hälso- och sjukvårdens struktur med stor påverkan på hur vården som helhet organiseras (Socialstyrelsen 2012).

I de flesta sjukhusbaserade hälso- och sjukvårdssystem fungerar akutmottagningen som den primära ingångspunkten för skadade patienter vid en masskadehändelse. Akutmottagningen behöver därför vara rustad att omedelbart ta emot och hantera ett snabbt och omfattande inflöde av skadade i det tidiga skedet efter en masskadehändelse, samtidigt som övriga delar av sjukhuset skalar upp sin beredskapsinsats. Att säkerställa optimal kapacitet för livräddande vård i detta skede är avgörande för patienternas överlevnad (Armstrong 2023).

Hälso- och sjukvården behöver vara organiserad så att den snabbt kan anpassas till förändrade vårdbehov vid allvarliga händelser. Vid risk för eller inträffad masskadehändelse måste akutsjukvården kunna mobilisera och förstärka sina resurser för

att hantera ett plötsligt och omfattande vårdbehov. Detta förutsätter en tydlig struktur som möjliggör en successiv upptrappning av vårdens kapacitet från normalläge till katastrofläge. För att stödja en sådan gradvis anpassning tillämpas tre nationellt etablerade beredskapsnivåer inom svensk hälso- och sjukvård: stabsläge, förstärkningsläge och katastrofläge. Dessa nivåer reglerar hur organisation, ledning och resurser ska anpassas i relation till händelsens omfattning och komplexitet. Stabsläge innebär att en särskild sjukvårdsledning aktiveras för att kontinuerligt följa händelseutvecklingen, analysera läget och vidta förberedande åtgärder. Syftet är att skapa en samlad lägesbild och säkerställa beredskap inför en potentiell eskalering. Förstärkningsläge aktiveras när situationen kräver att särskilt belastade funktioner förstärks. Detta kan omfatta omfördelning av personal, utökning av vårdutrymmen eller tillgång till ytterligare utrustning för att upprätthålla nödvändig vårdkapacitet. Katastrofläge utgör den högsta beredskapsnivån och används när vårdbehovet kraftigt överstiger den ordinarie kapaciteten. I detta läge mobiliseras samtliga relevanta resurser för att möjliggöra livräddande och prioriterad vård under förhållanden där ordinarie arbetssätt och vårdstandard inte fullt ut kan upprätthållas (Socialstyrelsen 2025).

Krig och fredstida katastrofer kan innebära en omfattande obalans mellan tillgängliga sjukvårdsresurser och det akuta vårdbehovet. Detta kan medföra att vården ställs inför svåra prioriteringar, där valet står mellan att upprätthålla normal vårdkvalitet för de högst prioriterade patienterna eller att sänka vårdkvaliteten till en minsta acceptabel nivå för att kunna behandla ett större antal svårt skadade eller drabbade patienter (Socialstyrelsen 2022). Dessa förutsättningar påverkar i hög grad sjuksköterskans möjligheter att bedriva vårdande i enlighet med professionella och etiska ideal (Socialstyrelsen 2022; Seidlein 2023).

Sjuksköterskans roll och ansvar

Sjuksköterskans professionella ansvar i akutsjukvård

Sjuksköterskans professionella roll i akutsjukvård innefattar ett omfattande ansvar där det patientnära omvårdnadsarbetet utgör en del av ett bredare professionellt uppdrag. I den

kliniska yrkesutövningen ingår avancerade bedömningar, kontinuerliga prioriteringar samt samordning av vårdinsatser i miljöer som ofta präglas av hög komplexitet, tidskritik och osäkerhet (Källberg, Ehrenberg, Florin Östergren & Göransson 2017; Trisyani, Emaliyawati, Prawesti, Mirwanti & Mediani 2023). Enligt International Council of Nurses etiska kod omfattar sjuksköterskans ansvar att främja hälsa, förebygga sjukdom, lindra lidande samt värna om patientens värdighet, samtidigt som vården ska bedrivas i enlighet med evidensbaserad praktik och professionellt omdöme (ICN 2021).

Akutsjuksköterskans specialistkompetens och utökade ansvar

På svenska akutmottagningar arbetar både grundutbildade sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor, där sjuksköterskor med specialistutbildning inom akutsjukvård benämns akutsjuksköterskor. Genom utbildning på avancerad nivå förväntas akutsjuksköterskan ha fördjupad kompetens inom akuta vårdprocesser, klinisk bedömning och ledarskap, vilket medför ett utökat ansvar för patientsäkerhet, kvalitetsutveckling och handledning av kollegor i den kliniska vardagen (Boman, Levy-Malmberg & Fagerström 2020; Riksföreningen för akutsjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening 2017).

Denna specialistkompetens innebär ett professionellt ansvar att kunna identifiera livshotande tillstånd, initiera adekvata omvårdnads och behandlingsåtgärder samt bidra till ett strukturerat och säkert vårdflöde inom akutsjukvården. Rollen förutsätter samtidigt förmåga att arbeta evidensbaserat och personcentrerat, där medicinska prioriteringar kontinuerligt behöver vägas mot patientens upplevelse, värdighet och rätt till en trygg vård, även i situationer där resurserna är begränsade (ICN 2021; Svantesson, Durnell, Hammarström, Jarl & Sandman 2022).

I detta arbete används från och med nu begreppet sjuksköterska för att omfatta både grundutbildade sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor inom akutsjukvård, då dessa i den kliniska praktiken ofta verkar under likartade förhållanden och utför motsvarande arbetsuppgifter på akutmottagningen.

Sjuksköterskans roll vid masskadehändelser

Masskadehändelser innebär ökade krav på såväl akutsjukvårdens organisatoriska strukturer som på den personal som verkar inom verksamheten. Många patienter under kort tid kan snabbt överskrida akutmottagningens ordinarie kapacitet, vilket ställer särskilda krav på prioritering, samordning och resursanvändning inom vårdverksamheten (Krausmann, Girgin & Necci 2019; Socialstyrelsen 2024). Under sådana förhållanden förändras vårdens organisatoriska förutsättningar på ett genomgripande sätt, vilket accentuerar behovet av tydliga strukturer och välfungerande ledning.

Akutsjuksköterskans ansvar i dessa sammanhang omfattar tillämpning av etablerade principer för medicinsk prioritering och triage samt att bidra till en effektiv fördelning av tillgängliga resurser inom det multiprofessionella teamet. Rollen innefattar även att stödja kollegor, samverka med andra professioner och verka för att vårdarbetet bedrivs så patientsäkert och systematiskt som möjligt trots hög belastning (WHO 2019).

Beredskap, utbildning och ledarskap

Utöver det direkta patient omhändertagandet har sjuksköterskan ett professionellt ansvar att bidra till verksamhetens beredskap inför allvarliga händelser och masskadehändelser. Detta inkluderar deltagande i utbildnings- och övningsverksamhet, medverkan i utveckling och uppföljning av rutiner samt ett individuellt ansvar för kontinuerlig kompetensutveckling (International Council of Nurses [ICN] 2021; Socialstyrelsen 2020). I detta ansvar ingår även beredskap att axla mer uttalade ledande och koordinerande funktioner när ordinarie vårdstrukturer utsätts för påfrestning (Hugelius & Tapani 2017).

Beredskap inom hälso- och sjukvården omfattar mer än att vara förberedd inför förväntade scenarier. För att kunna agera effektivt vid allvarliga händelser behöver sjuksköterskorna ha kunskap om de omvårdnadsrelaterade principer som ligger till grund för vårdinsatser i katastrofsituationer. Trots detta saknas i dag en sammanhållen och systematisk utbildning som behandlar katastrof- och beredskapsrelaterade moment, och sjuksköterskor samt andra vårdgivare inkluderas inte alltid i planering eller genomförande av katastrofövningar. Samtidigt är det sjuksköterskorna som vid en masskadehändelse förväntas utgöra vårdens frontlinje och ge omedelbar vård till drabbade (Emergency

nursing association 2022, s. 167). Detta skapar ett tydligt behov av att sjuksköterskorna ges adekvat utbildning och träning för att kunna hantera akuta nödsituationer och bidra till en fungerande katastrofberedskap (Labrague et al. 2018).

Etiska utmaningar och professionell utsatthet

Samtidigt innebär arbete i akutsjukvård att sjuksköterskan regelbundet ställs inför komplexa prioriteringssituationer där organisatoriska krav, resursbegränsningar och professionella ideal behöver balanseras. I sådana sammanhang kan utrymmet för en individanpassad vård vara begränsat, vilket riskerar att påverka upplevelsen av professionell tillräcklighet och ansvar (Epstein & Hamric 2009; Svantesson et al. 2022). På längre sikt kan dessa förhållanden bidra till etisk stress och påverka yrkesidentiteten, särskilt när möjligheten att bedriva vård i enlighet med professionella värderingar upplevs som inskränkt (Brooks, Dunn, Amlot, Rubin & Greenberg 2018; Jameton 1984).

Tidigare forskning om katastrofberedskap har främst riktats mot vårdpersonalens operativa förmåga, medan den psykologiska beredskapen i mindre utsträckning har uppmärksamats. De mätinstrument som finns tillgängliga fokuserar huvudsakligen på logistiska och praktiska kompetenser, vilket innebär att de endast i begränsad utsträckning fångar sjuksköterskornas psykologiska beredskap och deras förmåga att hantera de emotionella och mentala krav som uppstår vid masskadehändelser (Al Khalaileh, Bond & Alasad 2010; Al Thobaity, Plummer, Innes & Copnell 2016; Garbutt, Peltier & Fitzpatrick 2008).

Denna komplexa yrkesroll, där kliniska, organisatoriska och etiska krav sammanfaller, utgör en central utgångspunkt för att förstå den professionella utsatthet och de etiska utmaningar som kan uppstå inom akutsjukvård och som blir särskilt tydliga i samband med allvarliga händelser (Svantesson et al. 2022).

Vårdande vid masskadehändelser

Dahlberg och Segesten (2010, s. 122) framhåller att begreppet *vårdande* synliggör omvårdnadens relationella och etiska dimensioner. Söderlund (2022, s. 22) menar att inom vårdvetenskap förstås *vårdande* i relation till begrepp som patient, hälsa, sjukdom och lidande. Det omfattar mer än enbart botande insatser och handlar i grunden om den relation som skapas mellan vårdare och patient.

Däriigenom tydliggörs även sjuksköterskans ansvar att möta patienten som en hel människa, även i akuta och särskilt utsatta situationer. Inom akutsjukvården innebär detta att sjuksköterskan fortlöpande behöver göra avvägningar mellan medicinska prioriteringar och personcentrerade värden. Dessa avvägningar sker ofta i vårdsituationer som präglas av hög komplexitet, stark tidspress och betydande osäkerhet (ICN 2021; Riksföreningen för akutsjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening 2017).

Omvårdnad är sjuksköterskans specifika ansvarsområde och profession, grundad i vetenskap och en humanistisk människosyn. Den omfattar ett självständigt ansvar för att förebygga ohälsa, främja och återställa hälsa samt lindra lidande genom personcentrerad vård. Detta ansvar förutsätter att teoretisk kunskap kombineras med praktiska färdigheter och tillämpas i mötet med patienten (ICN 2021; Riksföreningen för akutsjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening 2017). Omvårdnad innefattar därmed både kliniska åtgärder, såsom bedömning av vitalparametrar, smärtlindring, övervakning av patientens tillstånd och stöd vid basal egenvård, samt ett etiskt förhållningssätt som värnar patientens värdighet, autonomi och individuella behov.

Vid masskadehändelser förändras förutsättningarna för vårdandet på ett genomgripande sätt. Fokus förflyttas i högre grad från individen till patientgruppen som helhet. När vårdbehovet överstiger tillgängliga resurser styrs prioriteringar främst av medicinsk angelägenhetsgrad, snarare än av individuella behov. I dessa situationer blir strukturerade arbetsätt, såsom triage och tydliga arbetsrutiner, centrala för att upprätthålla patientsäkerheten (Socialstyrelsen 2024; WHO 2019). Samtidigt begränsas ofta utrymmet för personcentrerat vårdande till följd av situationens krav.

Forskning pekar på att sjuksköterskans kompetens vid allvarliga händelser behöver omfatta både tekniska och icke-tekniska färdigheter, såsom kliniskt omdöme, kommunikation och förmåga att hantera osäkerhet (Hugelius & Tapani 2017; Labrague et al. 2018). Dessa förmågor är särskilt viktiga i snabbt föränderliga vårdsituationer där resursbrist och hög belastning råder.

Samtidigt kvarstår sjuksköterskans professionella och etiska ansvar att värna om omvårdnadens grundläggande värden. När organisatoriska och strukturella villkor, i kombination med tidspress och resursbegränsningar, försvårar detta arbete kan sjuksköterskan hamna i en etiskt utsatt position (Epstein & Hamric 2009; Svantesson et al. 2022).

Omvårdnad vid masskadehändelser kan därmed förstås som ett kontinuerligt avvägande mellan effektiv resursanvändning och etiska principer. Sjuksköterskans handlingsutrymme formas i en balans mellan individuella vårdbehov och strävan efter största möjliga nytta för många (WHO 2019).

Teoretiskt ramverk

Professionell utsatthet

Ur ett vårdvetenskapligt perspektiv kan utsatthet förstås som ett relationellt och kontextberoende fenomen som uppstår när sjuksköterskans grundläggande mänskliga sårbarhet möter vårdandets krav, patientens behov och organisationens ramar. Utsattheten blir särskilt tydlig när möjligheten att värna om patientens värdighet och lindra lidande begränsas av strukturella eller etiska hinder, vilket kan hota sjuksköterskans moraliska integritet (Seidlein 2023).

Arbete inom akutsjukvård innebär att sjuksköterskorna kontinuerligt exponeras för komplexa vårdssituationer som präglas av höga professionella krav i kombination med organisatoriska begränsningar. I dessa sammanhang ställs sjuksköterskan ofta inför etiska dilemman, resursbrist och motstridiga krav från verksamheten, vilket kan leda till att det professionella handlingsutrymmet inskränks och den moraliska integriteten (moralisk kompass) utmanas (Epstein & Hamric 2009; Svantesson et al. 2022).

Vid allvarliga händelser såsom masskadehändelser och katastrofer, förstärks dessa förutsättningar då vårdbehovet kan överstiga tillgängliga resurser under kort tid. Detta medför att sjuksköterskan ofta tvingas fatta komplexa beslut under förhållanden präglade av osäkerhet och hög tidspress. Konsekvensen blir att de strukturella förutsättningarna för

professionellt handlande påverkas, snarare än den enskilda vårdåtgärden i sig. (Krausmann, Girgin & Necci 2019; Hasan et al. 2023).

I detta sammanhang kan begreppet utsatthet förstås som en situation där sjuksköterskan, trots hög professionell kompetens, upplever begränsade möjligheter att handla i enlighet med sitt yrkesansvar. Denna begränsning kvarstår även när det finns en tydlig etisk medvetenhet och en vilja att agera i linje med professionella värderingar. Denna utsatthet uppstår när organisatoriska, strukturella eller resursmässiga villkor försvårar möjligheten att omsätta professionella ideal i praktisk handling (Jameton 1984; Epstein & Hamric 2009; Svantesson et al. 2022).

Utsattheten kan även anta en dubbel dimension där både patienten och sjuksköterskan befinner sig i sårbara positioner. Patienten är beroende av vårdens förmåga att erbjuda skydd, lindring och säkerhet, medan sjuksköterskan samtidigt påverkas av organisatoriska ramar som begränsar möjligheten att ge den vård som upplevs som etiskt försvarbar (Seidlein 2023; Shubayr 2025). Denna dubbla utsatthet bidrar till att vårdsituationen blir särskilt komplex och försvårande sett ur ett vårdvetenskapligt perspektiv (Jameton, 1984, s. 6-7; Epstein & Hamric, 2009).

Moralisk stress

Professionell utsatthet är nära kopplad till etisk stress, även benämnd moralisk stress eller moral distress. Jameton (1984, s. 6-7) beskriver moralisk stress som den psykologiska och emotionella belastning som uppstår när vårdpersonalen vet vilken åtgärd som vore etiskt korrekt, men hindras från att agera därefter på grund av organisatoriska, juridiska eller strukturella begränsningar. Senare forskning har visat att återkommande erfarenheter av moralisk stress kan ge upphov till så kallad *moral residue*, där känslor av skuld, frustration och otillräcklighet successivt ackumuleras över tid (Epstein & Hamric 2009).

I samband med masskadehändelser kan dessa processer förstärkas ytterligare, då vårdsituationen kännetecknas av exceptionell belastning på både individ- och organisationsnivå. Under sådana förhållanden ökar risken för att sjuksköterskan upplever

en diskrepans mellan professionella ideal och faktisk handlingsförmåga, snarare än att fokus ligger på specifika vårdåtgärder (WHO 2019; Krausmann et al. 2019).

Forskning inom akutsjukvård och katastrofmedicin visar att professionell utsatthet och moralisk stress är nära relaterade företeelser. Dessa kan förstås som konsekvenser av strukturella och organisatoriska villkor som präglar vårdens organisation, särskilt i situationer med hög arbetsbelastning och begränsade resurser (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski & Silber 2012). Sådana villkor kan begränsa sjuksköterskans möjlighet att utöva vårdande i linje med etiska principer och professionella värderingar, trots en tydlig medvetenhet om vad som förhindrar en god och patientsäker vård (Jameton, 1984, s. 6-7; Epstein & Hamric, 2009).

Erfarenheter av att inte kunna leva upp till professionella ideal utgör därmed en central del av förståelsen för sjuksköterskans arbetsvillkor vid masskadehändelser, liksom vid andra vårdssituationer som präglas av extrem belastning, såsom pandemier eller långvarig överbeläggning (Brooks et al. 2018).

När resurserna är begränsade och prioriteringar måste göras under tidspress riskerar omvårdnadens grundläggande värden, såsom personcentrering, kontinuitet och värdighet, att trängas undan (Epstein & Hamric 2009; Svantesson et al. 2022). Detta tydliggör att sjuksköterskans utsatthet inte enbart är ett individuellt fenomen, utan är nära sammanflätad med vårdens organisatoriska och strukturella förutsättningar.

Mot denna bakgrund framträder behovet av att närmare belysa hur sjuksköterskans vårdande tar form vid masskadehändelser, samt vilka särskilda utmaningar som uppstår i strävan att upprätthålla en god omvårdnad under förhållanden präglade av hög belastning och begränsade resurser.

PROBLEMFORMULERING

Masskadehändelser innebär särskilda utmaningar i akutsjukvården, där inflödet av patienter snabbt kan överstiga tillgängliga resurser och kräva prioriteringar under tidspress. I dessa situationer påverkas sjuksköterskans möjligheter att bedriva ett professionellt vårdande, eftersom kliniska och logistiska krav sammanfaller med etiska dilemman och psykologisk belastning. När beredskap, organisatoriskt stöd och praktiska arbetssätt inte är tillräckliga riskeras både patienters trygghet och patientsäkerhet, samtidigt som sjuksköterskans moraliska integritet och handlingsutrymme utmanas. Det innebär en dubbel utsatthet där både patient och sjuksköterska befinner sig i sårbara positioner. Tidigare forskning har främst fokuserat på katastrofberedskap, triage och praktiskt genomförande, medan kunskapen fortfarande är begränsad om vilka faktorer som påverkar sjuksköterskans vårdande i akutsjukvårdens kontext vid masskadehändelser.

Mot denna bakgrund blir vårdandet inte en sekundär aspekt utan en bärande del av akutsjuksköterskans professionella ansvar även vid masskadehändelser. Genom att sammanställa och syntetisera befintlig kunskap om de faktorer som påverkar förutsättningarna för vårdande i dessa situationer syftar översikten till att synliggöra hur beredskap, organisatoriskt stöd och arbetssätt kan utvecklas för att stärka sjuksköterskans vårdande förmåga i en kontext präglad av hög belastning och utsatthet.

SYFTE

Syftet är att belysa vilka faktorer som påverkar förutsättningarna för sjuksköterskans vårdande vid en masskadehändelse

METOD

Design

Utifrån syfte genomfördes en systematisk integrativ litteraturöversikt enligt Whitemore och Knafl (2005). Designen valdes eftersom den möjliggör att studier med olika metodologiska ansatser kan sammanföras. Detta bedömdes vara relevant då syftet omfattar både sjuksköterskornas erfarenheter och organisatoriska faktorer av betydelse för vårdande vid maskadehändelser.

Whitemore och Knafl beskriver integrativ litteraturöversikt som den bredaste typen av forskningsöversikt då man inkluderar både kvalitativa och kvantitativa artiklar. Metoden möjliggör att både experimentell och icke-experimentell forskning kan inkluderas. Därmed kan en mer heltäckande förståelse av ett fenomen eller vårdproblem utvecklas.

Enligt Whitemore och Knafl (2005) omfattar metoden fem steg: probleminfokiering, litteratursökning, datautvärdering, dataanalys och presentation. Dessa steg användes som en övergripande ram för hur litteraturöversikten planerades och genomfördes. En tydlig problemformulering och ett väl avgränsat syfte bedömdes vara viktigt för att skapa fokus i urval, analys och syntes.

Urval

Litteratursökningen utgick från litteraturöversiktens syfte och strukturerades för att identifiera forskning som belyser akutsjuksköterskornas vårdande vid maskadehändelser. För att systematiskt avgränsa och precisera sökningen användes PEO-modellen (Population, Exposure, Outcome) som stöd vid identifiering av centrala begrepp och formulering av sökord som redovisas i (tabell 1).

PEO-modellen användes som ett strukturerat stöd för att identifiera relevanta sökbegrepp samt avgränsa litteratursökningen i relation till litteraturöversiktens syfte. De identifierade begreppen översattes till engelska och kompletterades med relevanta ämnesord genom Medical Subject Headings (MeSH) för att täcka in centrala begrepp inom akutsjukvård och katastrofberedskap (Hellberg & Karlsson, 2024, s. 89–91). Enligt rekommendationer för systematiska litteratursökningar användes både ämnesord och

fritextsökningar i kombination med trunkering för att bredda sökresultatet och minska risken att relevanta studier förbises (Bettany-Saltikov & McSherry 2024, s. 66–69).

Tabell 1. PEO modellen

PEO-Komponent	Beskrivning	Engelska termer
P– Population	Sjuksköterskor, Akutsjuksköterskor	Nurse, Emergency nurse
E – Exposure	Masskadehändelser	Mass casualty incident, MCI, Major incident, disaster situation
O – Outcome	Upplevelser, uppfattningar, attityder och erfarenheter	caring, experience, perception, attitudes, preparedness, stress, moral distress, factors

För att inkludera aktuell forskning avgränsades urvalet till artiklar publicerade mellan 2015 och 2025. En avgränsning var även att artiklarna skulle vara peer-review granskade. Enligt (Polit & Beck, 2017, s. 969–970) innebär detta att artiklarna är vetenskapligt granskade och oftast reviderade före publicering och därmed håller hög vetenskaplig standard. Inklusionskriterier var artiklar som belyste sjuksköterskors vårdande vid masskadehändelser samt faktorer av betydelse för vårdandet i denna kontext. Exklusionskriterier bestod av artiklar med prehospitalkontext, artiklar som inkluderade sjuksköterskestudenter samt artiklar baserade på simulerade händelser, exempelvis katastrofövningar, scenariobaserad träning eller andra utbildningssituationer utan koppling till en faktisk inträffad masskadehändelse.

Datainsamling

Datainsamlingen genomfördes genom en systematisk litteratursökning i databaserna CINAHL, PubMed och Scopus. Sökstrategin utformades för att vara tydlig och möjlig att följa och byggde på en kombination av kontrollerade ämnesord och fritextord i enlighet med en integrativ ansats (Whittemore & Knafl 2005). I PubMed användes MeSH-termer i kombination med fritext, i CINAHL användes CINAHL Headings och fritext, och i Scopus användes fritextord i titel-, abstract- och nyckelordsfält. Sökblocken

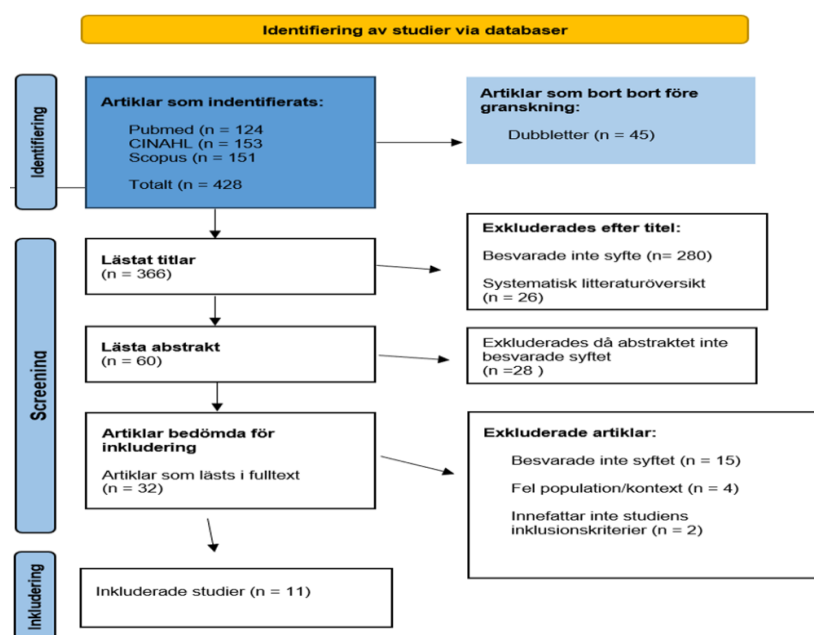
kombinerades med booleska operatörer (OR inom block och AND mellan block). Fullständiga söksträngar och avgränsningar redovisas i söktabell (Bilaga 1-3).

För att bredda sökningen och därmed minska risken för att relevanta studier förbises genomfördes sökningar i flera databaser med inriktning mot både omvårdnad och medicin (Polit & Beck, 2021, s. 90). Sökningen avgränsades till peer-reviewade originalartiklar, publicerade 2015–2025, skrivna på engelska, och med resultat som belyser sjuksköterskornas vårdande vid masskadehändelser.

Sökningarna resulterade i totalt 428 identifierade artiklar. Efter exklusion av 62 dubletter återstod 366 artiklar för vidare granskning. Därefter exkluderades 306 artiklar vid titelgranskning och 60 abstrakt granskades. Efter abstraktgranskning exkluderades 28 artiklar, och 32 artiklar gick vidare till fulltextgranskning utifrån syfte samt inklusions- och exklusionskriterier. Efter fulltextgranskning exkluderades ytterligare 21 artiklar.

Slutligen inkluderades 11 artiklar i litteraturöversikten: åtta kvalitativa, två kvantitativa och en mixed methods-studie. Urvalsprocessen redovisas i ett PRISMA-flödesschema (Figur 1) i enlighet med PRISMA 2020 (PRISMA, 2024).

Figur 1. Flödesschema enligt PRISMA (PRISMA, 2024)



Kvalitetsgranskning

Kvalitetsgranskningen genomfördes för att bedöma de inkluderade artiklarnas metodologiska kvalitet och relevans i relation till litteraturöversiktens syfte. Att kvalitetsgranska underlaget är en viktig del i arbetet och bidrar till att stärka litteraturöversiktens tillförlitlighet (Henricson, 2023, s. 495). Som stöd användes Hawker et al. (2002) kvalitetsbedömningsmall, vilken bedömdes vara ändamålsenlig i en integrativ litteraturöversikt eftersom den möjliggör en strukturerad och jämförbar granskning av artiklar med både kvalitativ och kvantitativ ansats.

Granskningsmallen omfattar nio kriterier (exempelvis bakgrund och syfte, metod och datainsamling, urval, dataanalys, etiska överväganden samt resultatens tydlighet och överförbarhet). Varje kriterium bedömdes utifrån en fyrgradig skala (Very poor, Poor, Fair, Good). Endast artiklar som uppnådde en samlad bedömning motsvarande Fair eller högre inkluderades. Den detaljerade redovisningen av kvalitetsgranskningen återfinns i Appendix C (bilaga 5).

Granskningen genomfördes först enskilt av båda författarna. Därefter sammanställdes bedömningarna per artikel och jämfördes i gemensamma diskussioner tills samsyn uppnåddes (Polit & Beck, 2021, s. 664). Kvalitetsbedömning genomfördes för totalt elva artiklar som inkluderades efter urvalsprocessen och sammanställdes tillsammans med granskningsutfall i artikelmatrisen (Appendix C). Efter genomförd granskning bedömdes samtliga elva artiklar ha god till mycket god kvalitet, varför de inkluderades i litteraturöversiktens resultat.

Dataanalys

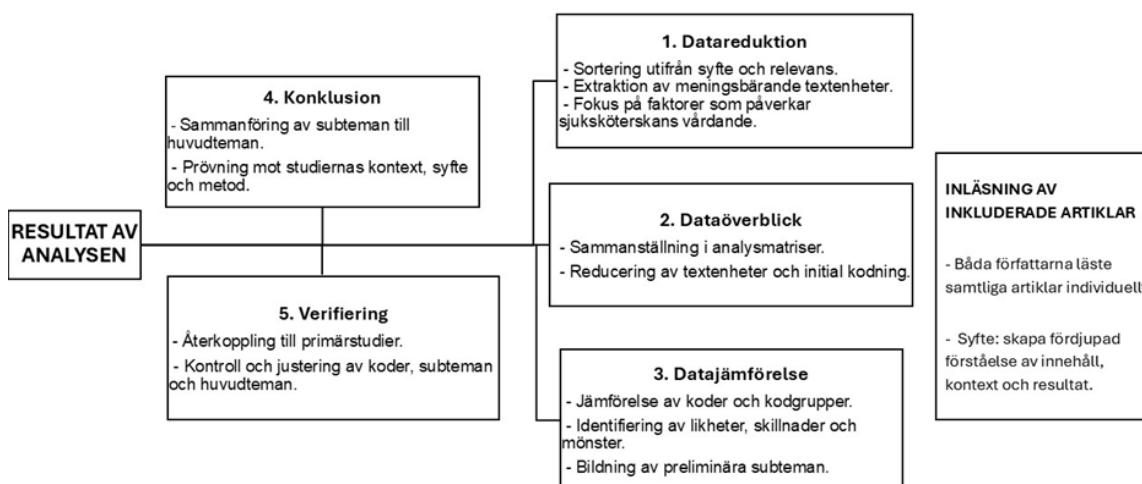
För att besvara litteraturöversiktens syfte genomfördes en systematisk och integrativ dataanalys enligt Whitemore och Knafl (2005). Analysen syftade till att identifiera, jämföra och sammanföra resultat från både kvalitativa och kvantitativa artiklar i syfte att synliggöra faktorer av betydelse för sjuksköterskans vårdande vid masskadehändelser. I analysen inkluderades artiklar med kvalitativ, kvantitativ och mixed methods-design (n=11). Syntesen baserades främst på kvalitativa fynd, medan kvantitativa och mixed methods-resultat användes som kompletterande underlag.

Samtliga inkluderade artiklar lästes inledningsvis individuellt i sin helhet av båda författarna för att skapa en fördjupad förståelse av respektive artikels innehåll, kontext och resultat. Detta gjordes för att minska risken för att relevanta data förbisågs och för att skapa en gemensam förståelse av materialets bredd och komplexitet. Därefter genomfördes analysen gemensamt i flera steg i enlighet med Whitemore och Knafls (2005) fem analytiska faser: datareduktion, dataöverblick, datajämförelse, konklusion och verifiering (Figur 2).

I datareduktionsfasen extraherades meningsbärande resultatdelar som var relevanta för syftet och dokumenterades med tydlig koppling till ursprungsartikel för spårbarhet. I dataöverblickens organiserades och kondenserades materialet, och textenheterna kodades utifrån sitt centrala innehåll. I datajämförelsen jämfördes koder mellan artiklarna, varefter koder med liknande innebörd grupperades och formade preliminära subteman. (bilaga 4)

Analysen genomfördes induktivt vilket innebär att inga teman fastställdes i förväg. Subteman och huvudteman växte fram successivt genom upprepade jämförelser mellan artiklarnas resultat i relation till syftet. I konklusionsfasen sammanfördes subteman till övergripande huvudteman som fångade centrala mönster i materialet. I den avslutande verifieringsfasen prövades koder, subteman och huvudteman åter mot primärartiklarnas resultat för att säkerställa att tolkningarna var förankrade i data och att syntesen behöll en tydlig koppling till syftet (Tabell 2).

Figur 2. Översikt av den integrativa dataanalysen enligt Whitemore och Knafl (2005)



Författarnas förförståelse

Förförståelsen grundas i att en av författarna arbetar på en akutmottagning och den andra tidigare har arbetat inom samma verksamhetsområde. Båda har deltagit i återkommande utbildningar relaterade till akutsjukvård och katastrofberedskap på respektive arbetsplatser, vilket innebär att det föreligger en praktisk erfarenhet av de frågor som översikten berör. Det finns en medvetenhet om förförståelse genom tidigare och nuvarande arbete på akutmottagning, men författarna har aktivt arbetat för att denna inte ska påverka granskningen. Detta har säkerställts genom en systematisk och strukturerad analysprocess, där artiklarnas resultat har bedömts utifrån deras metodologiska kvalitet och inte utifrån författarnas egna erfarenheter. I en integrativ litteraturöversikt utgör analysen en tolkande process där forskarens tidigare erfarenheter kan påverka såväl datareduktion som syntes (Whittemore & Knafl 2005). För att minska risken för att förförståelsen skulle påverka resultatet har författarna arbetat systematiskt enligt metodens olika steg: probleminentifiering, litteratursökning, datautvärdering, dataanalys och presentation.

Användning av Artificiell intelligens (AI)- stöd i arbetsprocessen

AI-baserat språkstöd användes i begränsad omfattning som ett redaktionellt stöd under arbetsprocessen. Användningen avsåg främst språklig omformulering, strukturering av textutkast och språklig granskning av formuleringar. AI användes även som stöd vid översättning och språklig bearbetning av metodbeskrivningen enligt Whittemore och Knafl (2005), eftersom originalkällan är skriven på engelska.

AI användes inte för artikelurval, kvalitetsgranskning, dataextraktion, analys eller syntes av resultat. Samtliga metodologiska beslut, bedömningar och tolkningar genomfördes av författarna. Allt AI-assisterat innehåll granskades och reviderades manuellt. Formuleringarna kontrollerades därefter mot primärkällor och metodreferenser för att säkerställa korrekthet och källtrohet.

AI-assistenterna såsom Copilot och ChatGPT har använts.

Forskningsetiska överväganden

Eftersom arbetet är en litteraturoversikt baserad på redan publicerade och etiskt godkända artiklar krävs inget eget etikprövningstillstånd. Arbetet har genomförts i enlighet med forskningsetiska riktlinjer enligt Helsingforsdeklarationen (World Medical Association 2024) samt Vetenskapsrådets (2024) principer för god forskningssed. I enlighet med Helsingforsdeklarationen ska forskning som involverar människor genomföras med respekt för deltagarnas integritet, självbestämmande och välbefinnande. Även om denna litteraturoversikt inte innefattar egen datainsamling har de inkluderade artiklarna granskats med avseende på etiskt godkännande och informerat samtycke. Vidare har det beaktats hur deltagarnas rättigheter och integritet har skyddats. Detta överensstämmer med deklarationens krav på skydd av forskningsdeltagare. Samtliga studier uppvisade etiskt godkännande, vilket säkerställer att forskningen genomförts i enlighet med etablerade forskningsetiska riktlinjer




Tillförlitlighet, ärlighet, respekt och ansvar är centrala forskningsetiska principer enligt Vetenskapsrådet, och dessa principer har väglett arbetet genom hela processen. Tillförlitlighet har stärkts genom en systematisk och transparent metod, tydliga urvals- och granskningskriterier samt en noggrant genomförd analys. Ärlighet har upprätthållits genom att artiklarnas resultat återgivits sakligt, källor hanterats korrekt och selektiv rapportering undvikits. Respekt har uttryckts genom att de inkluderade artiklarnas hantering av deltagarnas integritet granskades och genom att resultat presenterades utan spekulativa tolkningar. Ansvar har tagits genom att analysen genomfördes medvetet och att slutsatserna formulerades utan att gå utöver det empiriska underlaget, med insikt om att resultaten kan få betydelse för klinisk praxis.

Endast artiklar som redovisar informerat samtycke, frivillighet, konfidentialitet och etiskt godkännande inkluderades, i enlighet med Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2024) rekommendationer vid kvalitetsgranskning. Referenser hanterades noggrant och transparent för att säkerställa forskningsintegritet och undvika plagiering. Under analys och resultatsammanställning behandlades materialet med respekt för deltagarnas integritet, och forskarnas förståelse reflekterades över för att minska risk för systematisk snedvridning (Polit & Beck 2021, s. 162–164).

RESULTAT

Resultatet sammanställer de faktorer som har betydelse för sjuksköterskans vårdande vid masskadehändelser. Faktorerna framträder på flera nivåer, inklusive individuella, organisatoriska och kontextuella förutsättningar. De belyser hur vårdandet påverkas under komplexa och resurskrävande situationer. Analysen resulterade i tre övergripande huvudteman med tillhörande subteman, vilka redovisas i tabell 2.

Tabell 2 Huvudteman och Subteman

	Organisatoriska och Strukturella faktorer <ul style="list-style-type: none">❖ <i>Bristande resurser och kapacitet</i>❖ <i>Betydelsen av organisationens tydlighet</i>❖ <i>Vikten av tydlig information och kommunikation</i>
	Professionella och Etiska faktorer <ul style="list-style-type: none">❖ <i>Prioritering och masskade-triagering viktiga kompetenser</i>❖ <i>Kompetensbrist leder till osäkerhet och svåra etiska avvägningar</i>❖ <i>Situationen leder till större handlingsutrymme och ansvar</i>
	Psykologiska och Relationella faktorer <ul style="list-style-type: none">❖ <i>Stress, osäkerhet och säkerhetshot får negativa konsekvenser</i>❖ <i>Coping, stöd, återhämtning och lärande viktigt både under och efter händelsen</i>❖ <i>Relationellt och värdighetsbevarande vårdande är viktigt men svårt</i>

Organisatoriska och strukturella faktorer

Detta huvudtema beskriver organisatoriska och strukturella förutsättningar som påverkade sjuksköterskans vårdande vid masskadehändelser. Resultatet visar att resurser, bemanning, ledning, rolltydlighet och kommunikation hade stor betydelse för hur vårdandet kunde organiseras och genomföras.

Bristande resurser och kapacitet

Resurser, bemanning och kapacitet framträdde som centrala förutsättningar för hur vårdandet kunde genomföras vid masskadehändelser. När resurser och bemanning inte räckte till minskade möjligheten att bedriva planerad, kontinuerlig och personcentrerad omvårdnad. När resurser och arbetsorganisation fungerade bättre skapades samtidigt bättre förutsättningar för samordning, handlingsutrymme och patientsäkerhet (Hammad ,

Arbon, Gebbie & Hutton 2018; Skryabina, Betts, Reedy, Riley & Amlot 2021; Akbas Uysal, Adaici & Senuzun Aykar 2025; Mani, Kuhn & Plummer 2024; Qtait et al. 2025).

I jordbävningskontext beskrev sjuksköterskorna hur ett högt patientinflöde i kombination med materialbrist och begränsade våduträtten försköt vårdarbetet mot akuta prioriteringar. De beskrev att de i högre grad behövde göra det som var möjligt i stunden snarare än det som hade varit optimalt. Detta minskade utrymmet för relationellt och stödjande vårdande (Akbas Uysal, Adaici & Senuzun Aykar 2025). I fältinsatser efter en katastrof beskrevs även bristande möjligheter till vila, fungerande logistik och organisatoriskt stöd, vilket påverkade uthålligheten och kunde bidra till en successiv försämring av vårdandets kvalitet över tid (Gülen & Göktepe, 2025).

I konfliktmiljö framträdde kapacitetsbrist och bemanningsproblematik som mer långvariga belastningar. Detta gjorde vårdandet särskilt sårbart för en gradvis normalisering av undantagsförhållanden. Vid långvarig resursbrist fanns en risk att omvårdnaden reducerades till det mest nödvändiga. Därmed begränsades möjligheten att upprätthålla ett bredare vårdande innehåll (Qtait et al. 2025; Mani, Kuhn & Plummer 2024).

Brist på bemanning framkom som ett tydligt hinder för vårdandet i en aktiv konfliktmiljö. Resultatet visade att otillräckligt antal sjuksköterskor och läkare angavs som den mest framträdande utmaningen (60%). I den kvantitativa redovisningen låg skattningar av tillräckligt antal sjuksköterskor på en medelnivå. Detta indikerar ett återkommande kapacitetsproblem som begränsar möjligheten att upprätthålla ett sammanhållet vårdande under hög belastning (Qtait et al., 2025).

Resultatet visade samtidigt att kapacitetspress inte enbart handlade om mängden resurser, utan även om hur resurser organiserades och fördelades mellan enheter. När resursstyrning och patientfördelning mellan sjukhus fungerade bättre skapades förutsättningar för mer systematisk triage, stabilare patientflöden och ökad patientsäkerhet (Skryabina et al. 2021).

Omställningsförmåga beskrevs som en viktig förutsättning för vårdande vid masskadehändelser. Katastrofsituationer innebar förändringar i processer, fysiska utrymmen och arbetssätt, vilket gjorde att verksamheten behövde ställa om och inte enbart

öka tempot i ordinarie arbete (Hammad et al. 2018). När akutmottagningen snabbt kunde anpassa utrymmen, flöden och arbetssätt så stärktes vårdens funktion. När omställningen inte fungerade så riskerade verksamheten i stället att arbeta enligt ordinarie logik i en situation som krävde andra arbetssätt (Hammad et al. 2018).

Omställningen skedde ofta samtidigt som personalen var emotionellt belastad, vilket gjorde tydliga strukturer särskilt viktiga. Rutiner, rollkort och tydliga uppdrag beskrevs som stödjande eftersom de kunde minska risken för misstag och frigöra kognitiv kapacitet i det akuta skedet (Hammad et al. 2017; Akbas Uysal, Adaiçi & Senuzun Aykar 2025). Resultatet visade även att omställningen behövde fungera över tid, genom faserna före, under och efter insatsen, för att vårdandet inte skulle bli kortsiktigt effektivt men långsiktigt sårbart (Gülen & Göktepe 2025). I konfliktkontext beskrevs dessutom säkerhets- och logistiska begränsningar som en del av omställningen och som faktorer som påverkade hur triage och vård kunde genomföras (Mani et al. 2024).

Betydelsen av organisationens tydlighet

Resultatet visade att ledning, samordning och rollklarhet påverkade vårdandets sammanhållning i ett tidigt skede av händelsen. När ansvarsfördelning och mandat var tydliga skapades ordning, adekvata prioriteringar och en tillfresställande koordinering. När ansvar och roller var otydliga försvårades vårdandet och arbetet blev mer reaktivt (Holmgren, Jussén, Andersson Hagiwara & Rådestad 2022; Murphy, Hörberg, Rådestad, Kurland & Rüter 2022).

I akutmottagningskontext beskrev ledningssjuksköterskor hur de kunde stabilisera teamet genom att styra flöden och minska kaos, vilket bidrog till en tryggare och mer sammanhållen vård. Vidare framkom även hur brist på strategier, mentorskap och träning kunde bidra till en upplevd otillräcklighet och en försvagad ledningsfunktionen (Holmgren et al. 2022).

Samordningen påverkades också av hur organisationen hanterade upptrappning och nedtrappning under större händelser. När beslut behövde fattas under osäkra förhållanden ökade risken för ojämn resursfördelning, instabil bemanning och skiftande prioriteringar. Detta försvårade möjligheten att upprätthålla ett sammanhållet vårdande över tid (Murphy et al. 2022).

Vikten av tydlig information och kommunikation

Otydliga informationsflöden bidrog till ett mer fragmenterat vårdande, eftersom beslut och åtgärder inte utgick från en gemensam lägesbild (Skryabina et al. 2021; Murphy et al. 2022).

I ett komplext informationsläge beskrevs formella kommunikationsvägar som långsamma eller ofullständiga, vilket skapade glapp i informationsöverföringen. Informella kanaler kunde påskynda beslutsfattandet, men innebar samtidigt risk för felaktigheter och motstridiga budskap. När en gemensam lägesbild saknades ökade risken för att vårdinsatser inte samordnades, vilket påverkade triage, resursallokering och patientflöden i negativ riktning (Skryabina et al. 2021).

Tidig förhandsinformation om kritiska fall framkom som en viktig förutsättning för beredskap i mottagandet. Resultatet visade att 76 % av sjuksköterskorna ofta informerades innan patientens ankomst, vilket bidrog till förbättrade möjligheter till förberedelse och omställning när belastningen snabbt förändrades (Qtait et al. 2025).

Det framkom också att varierande informationskvalitet och otydliga bedömningar påverkade hur insatser initierades, trappades upp och avslutades. Vårdandets villkor formades därmed inte enbart av skadefallet, utan även av hur händelsen uppfattades under de första kritiska timmarna. När denna förståelse var instabil kunde beslut om bemanning och prioriteringar bli ojämna, vilket skapade ojämlika vårdförutsättningar mellan enheter och över tid (Murphy et al. 2022).

Informationsosäkerhet beskrevs även i vänteläget, innan patienterna anlände. Oklara eller motstridiga uppgifter kunde då öka stressen och den kognitiva belastningen hos sjuksköterskorna, vilket påverkade den mentala beredskapen när patientinflödet väl började (Hammad, Arbon, Gebbie & Hutton 2017).

Professionella och etiska faktorer

Detta huvudtema belyser faktorer i sjuksköterskans professionella handlande och vårdpraktik som påverkade vårdandet i masskadesituationer. Resultatet visar att kliniska prioriteringar, anpassning av vårdåtgärder, erfarenhet och kompetens påverkade möjligheten att upprätthålla en säker och ändamålsenlig omvårdnad.

Prioritering och masskad-triagering viktiga kompetenser

Resultatet visade att masskadehändelser innebar en förändrad prioriteringslogik, snabb omställning och omedelbar omfördelning av resurser, vilket förändrade vårdandets inriktning (Hammad et al. 2018). Prioritering och triagering beskrevs som särskilt avgörande kompetenser för att maximera överlevnad, då en korrekt och snabb triageprocess möjliggjorde att resurser riktades till patienter med störst behov. Masskade-triage framkom också som en funktion som kunde minska belastningen på akutmottagningen, eftersom patienter snabbare kunde styras till rätt vårdnivå, vilket minskade trycket på både personal och resurser (Mani, Kühn & Plummer 2023, 2024). Resultatet visade vidare att denna förändrade prioriteringslogik innebar att fokus i högre grad riktades mot snabb bedömning, triagering och resursfördelning för att möjliggöra vård av så många patienter som möjligt, samtidigt som utrymmet för relationell och individuellt anpassad vård begränsades (Hammad et al. 2018; Mani, Kühn & Plummer 2023). Betydelsen av förmågan att prioritera för att maximera överlevnad skattades mycket högt av sjuksköterskorna på en tiogradig skala, med ett genomsnittligt värde på 9,3 av 10. Detta underströk ytterligare triagens avgörande roll i det akuta omhändertagandet (Mani et al. 2023).

Kompetensbrist leder till osäkerhet och svåra etiska avvägningar

Osäkerhet och kompetensbrister försvårade sjuksköterskornas möjligheter att vårda i det akuta omhändertagandet. Brist på erfarenhet av vissa traumatiska skador, kombinerat med avsaknad av lättillgängliga riktlinjer, beskrevs skapa osäkerhet i akuta beslut (Skryabina et al. 2021; Hammad et al. 2017). Vid patientankomst beskrevs samtidigt ett betydande mått av kaos och osäkerhet, samtidigt som snabba prioriteringsbeslut behövde fattas under press och med begränsad information (Hammad et al. 2017).

I katastrofområden beskrevs även situationer där sjuksköterskorna behövde utföra uppgifter utanför sin ordinarie kompetens. Detta skapade osäkerhet och oro för att begå misstag (Gülen & Göktepe 2025). Moralisk stress beskrevs i samband med åldersrelaterade prioriteringar, bristande hygien och sterilitet samt svårigheter att ge en trygg vård till sårbara grupper, exempelvis barn utan vårdnadshavare eller patienter där språk- och kulturbarriärer försvårade kommunikationen (Gülen & Göktepe 2025; Akbas Uysal, Adaici & Senuzun Aykar 2025).

Ett strikt professionellt förhållningssätt beskrevs som nödvändigt för att kunna fungera i situationen, samtidigt som känslomässiga reaktioner sköts upp till efteråt. Detta innefattade både professionell handlingsförmåga och självuppooffring, men också en risk för att vårdandet skedde på bekostnad av den egna hållbarheten (Hammad et al. 2017).

Situationen leder till större handlingsutrymme och ansvar

Resultatet visade att sjuksköterskornas handlingsutrymme påverkades av ledning, riktlinjer och koordinering. Ledningssjuksköterskorna beskrevs som centrala aktörer för att prioritera och samordna patientflödet samt upprätthålla patientsäkerheten. Ett lugnt ledarskap beskrevs som stabiliserande för teamet, och tydliga riktlinjer och planer beskrevs som stressreducerande och trygghetsskapande (Holmgren et al. 2022).

När riktlinjer saknades så beskrevs egna strategier utvecklas utifrån erfarenhet, exempelvis genom att förbereda alternativa handlingsplaner. Eget initiativ beskrevs som viktigt vid högt tryck och större incidenter. Förberedelser inför arbetspass tillsammans med en katastrofberedskapskoordinator beskrevs också som stödjande (Holmgren et al. 2022).

Hög kompetensnivå framkom som en central förutsättning för vårdande i väpnad konflikt. Sjuksköterskorna skattade de identifierade kärnkompetenserna genomgående mycket högt på en tiogradig skala. Korrekt användning av skyddsutrustning hade det högsta skattade medelvärdet (9,47 av 10).

Flera närliggande kompetenser rörde första hjälpen, prioritering för att maximera överlevnad samt hantering av brännskador, splitter- och krosskador. Även den kärnkompetens som fick lägst skattning bedömdes ha stor betydelse och erhöll ett genomsnittligt värde på 8,89 av 10 på den tiogradiga skalan. Detta indikerade att

kompetenskraven uppfattades som omfattande och centrala för vårdandet i denna kontext (Mani et al. 2023).

Samtidigt begränsades handlingsutrymmet av brist på ledning, otydliga arbetsroller och bristande koordinering, vilket minskade möjligheten att använda kompetensen fullt ut (Akbas Uysal, Adaici & Senuzun Aykar 2025; Skryabina et al. 2021). Katastrofsituationer beskrevs också innebära en förskjutning från standardiserad vardagspraktik till ett mer situationsanpassat och uppgiftsfokuserat arbetssätt. Etablerade normer och gränser, såsom pauser, yrkesroller och ordinationsvägar, kunde tillfälligt tänjas för att hantera den extrema belastningen (Hammad et al. 2018; Akbas Uysal, Adaici & Senuzun Aykar 2025).

Vid resursbrist förekom åtgärder som normalt krävde läkarordination eller låg utanför den formella yrkesrollen. Dessa handlingar beskrevs som drivna av nödvändighet och patientnytta, men samtidigt förenade med etiska och juridiska spänningar (Hammad et al. 2018; Akbas Uysal, Adaici & Senuzun Aykar 2025). När akutrummen inte räckte till bedrevs vård i utrymmen utan optimal utrustning, vilket ökade sårbarheten i det kliniska vårdandet (Hammad et al. 2018).

Psykologiska och relationella faktorer

Detta huvudtema beskriver emotionella, etiska och relationella aspekter som påverkade sjuksköterskans vårdande vid masskadehändelser. Resultatet visar att känslomässig belastning, etiska konflikter och möjligheten att bevara relationellt och värdighetsbevarande vårdande hade betydelse för hur vården upplevdes och genomfördes.

Stress, osäkerhet och säkerhetshot får negativa konsekvenser

Stress, osäkerhet och säkerhetshot påverkade sjuksköterskornas fokus, handlingsförmåga och uthållighet under masskadehändelser. Stressreaktioner beskrevs kunna aktiveras redan i vänteläget och påverka kognitiv kapacitet och fokus när situationen senare skärptes (Hammad et al. 2017). Osäker information och snabb eskalering beskrevs också påverka upplevelsen av kontroll (Skryabina et al. 2021).

I konfliktkontext beskrevs hot, riskbedömning och skyddsutrustning som en del av vårdandets praktiska villkor. Detta påverkade hur vårdinsatser kunde genomföras och hur teamen fungerade. Otrygghet kunde vara konstant närvarande och påverka både samarbete och handlingsutrymme (Mani, Kühn & Plummer 2023,2024; Qtait et al, 2025). Upplevd otrygghet framkom som en återkommande del av arbetsmiljön och som en samtidig hot- och riskbild i vårdandet. Resultatet visade att 62 % uppgav att de kände sig osäkra/otrygga i relation till kraven i konfliktmiljön. Trygghet skattades dessutom till medelnivå både på väg till arbetet och på akutmottagningen, vilket indikerar att vårdandet genomförs under pågående hotbild (Qtait et al., 2025). Även i naturkatastrofkontext beskrevs riskmiljö och instabilitet påverka sjuksköterskornas uthållighet och därmed vårdandets kvalitet (Akbas Uysal, Adaiçi & Senuzun Aykar 2025; Gülen & Göktepe 2025).

Coping, stöd, återhämtning och lärande viktigt både under och efter händelsen

Resultatet visade att coping, stöd och återhämtning hade betydelse både under pågående händelse och efter insatsen. Uppgiftsfokus, kollegial samhörighet och debriefing beskrevs som faktorer som kunde stödja sjuksköterskorna i att fortsätta vårda och senare bearbeta upplevelser (McCall 2020).

Uppföljningens kvalitet beskrevs ha stor betydelse för återhämtningen. Bristande eller selektiv debriefing kunde innebära att personal lämnades utan tillräckligt stöd, medan fungerande uppföljning stärkte återhämtningen (Skryabina et al. 2021). Trygghetsskapande ledarbeteenden beskrevs också kunna fungera som emotionellt stöd och bidra till att stabilisera teamet (Holmgren et al. 2022).

Stödbehovet beskrevs sträcka sig över hela insatsen, vilket innebar att återhämtning inte enbart framstod som ett individuellt ansvar utan även som en organisatorisk fråga (Gülen & Göktepe, 2025; Akbas Uysal, Adaiçi & Senuzun Aykar 2025). Organisatoriskt lärande beskrevs också som betydelsefullt. När erfarenheter inte togs tillvara och omsattes i utvecklade stödstrukturer, kommunikationsvägar och lägesbildsarbete så riskerade beredskapen att bli personberoende, vilket gjorde vårdandet mer sårbart vid kommande masskadehändelser (Murphy et al. 2022; Skryabina et al. 2021).

Relationellt och värdighetsbevarande vårdande är viktigt men svårt

Relationella vårdhandlingar var viktiga för att skapa närvaro, trygghet och värdighet i extrema situationer, men var samtidigt svåra att upprätthålla vid hög belastning, säkerhetsrisker och resursbrist. Försök att bevara lugn, närvaro och stöd beskrevs även när sjuksköterskorna själva var starkt påverkade av händelsen (McCall 2020).

Psykologiskt stöd och lugnande kommunikation beskrevs ingå i vårdandet trots begränsade förutsättningar (Akbas Uysal, Adaiçi & Senuzun Aykar 2025). I fältinsatser beskrevs relationellt stöd också som ett moraliskt och emotionellt arbete där mänsklig kontakt och värdighet försökte upprätthållas under svåra omständigheter (Gülen & Göktepe 2025). Den relationella delen av vårdandet påverkades samtidigt av stress som byggdes upp redan före patientankomst, vilket kunde minska möjligheten till närvaro när patientinflödet väl började (Hammad et al. 2017).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Metodval och design

Valet av en systematisk integrativ litteraturöversikt var ändamålsenligt i relation till litteraturöversiktens syfte. Eftersom kunskapen inom området är spridd över olika studiedesigner och kontexter bedömdes en integrativ ansats enligt Whitemore och Knafl (2005) som lämplig. Den gör det möjligt att sammanföra resultat från både kvalitativa och kvantitativa artiklar. Detta stärker litteraturöversiktens trovärdighet genom att fenomenet belyses ur flera perspektiv. Samtidigt behöver syntesen genomföras med stor noggrannhet för att inte förenkla komplexa fynd.

En styrka med designen är att den kan fånga både vårdandets innehåll och de villkor som formar vårdandet. Kvalitativa artiklar ger fördjupade beskrivningar av erfarenheter, etiska överväganden och handlingsutrymme. Kvantitativa resultat kan samtidigt synliggöra

mönster, till exempel i stress och organisatoriska faktorer. Samtidigt kan den integrativa ansatsen vara metodologiskt utmanande eftersom de inkluderade artiklarna ofta skiljer sig åt i sammanhang, datainsamling och hur resultat redovisas. Detta ställde krav på en tydlig analys och en syntes som inte förenklade komplexa fynd. För att stärka bekräftelsebarheten hölls tolkningarna nära primärartiklarnas resultat och prövades återkommande mot ursprungstexterna under analysprocessens verifieringsfas (Whittemore & Knafl, 2005).

Sökstrategi och urval

Sökningen strukturerades med PEO-modellen för att öka transparens och spårbarhet i hur frågeställningen översattes till sökblock. PEO kan fungera som ett praktiskt stöd för att precisera population, exponering och utfall i relation till syftet och därmed bidra till en mer systematisk informationssökning (Karolinska Institutet, 2025). Populationen utgjordes av sjuksköterskor i akutsjukvård och exponeringen avsåg masskadehändelser eller jämförbara katastrofsituationer. Utfallet operationaliserades som faktorer kopplade till vårdande, exempelvis upplevelser och erfarenheter, organisatoriska förutsättningar samt etiska och psykologiska aspekter.

En metodologisk utmaning var att formulera "Outcome"-delen eftersom vårdande sällan uttrycks som ett tydligt avgränsat utfallsmått i litteraturen. För att PEO inte skulle begränsa sökningen användes därför även ett tydligt inklusionskriterium "det vill säga" att litteraturöversiktens resultat skulle beskriva faktorer som påverkar vårdandet vid masskadehändelser" och manuell granskning användes som komplement. Detta ökade relevansen men innebar samtidigt en avvägning eftersom urvalet delvis blev beroende av tolkning under screening, vilket kan påverka pålitligheten om andra granskare hade kanske gjort en annan bedömning.

Databassökningarna genomfördes i PubMed, CINAHL och Scopus. Valet av flera databaser minskar risken att relevant forskning förbises. Samtidigt behöver sökstrategier ofta anpassas mellan databaser eftersom databaserna skiljer sig åt i indexering och användning av kontrollerade ämnesord, vilket kan påverka hur många identifierade artiklar som framkommer även vid liknande sökblock (Karolinska Institutet, 2025). I denna litteraturöversikt gav PubMed, CINAHL och Scopus i stort sett jämförbara resultat med mindre skillnader i antal identifierade artiklar. Detta kan förklaras av skillnader i

databasernas omfattning och hur ämnesord och sökstrukturer är uppbyggda (Karolinska Institutet, 2025).

Söktermer som *care* och *caring* testades men minskade antalet relevanta identifierade artiklar och riskerade att exkludera artiklar där vårdande beskrevs med andra uttryck (t.ex. *experiences*, *nursing role* eller *support*). Karolinska Institutet (2025) betonar vikten av att arbeta med relevanta ämnesord och synonymer samt att anpassa sökord efter hur begrepp faktiskt används i litteraturen. Detta motiverade att sökstrategin breddades med alternativa termer (Karolinska Institutet, 2025).

Begränsningar avsåg peer review-granskade, engelskspråkiga artiklar publicerade från 2015 och framåt. Detta stärker litteraturöversiktens tidsmässiga relevans och vetenskapliga kvalitet. Samtidigt innebär språkbegränsningen en risk att relevant forskning på andra språk inte fångas, vilket kan påverka resultatens överförbarhet. Geografiskt ursprung begränsades inte vilket ökade bredden men skillnader mellan vårdssystem och händelsetyper kan påverka överförbarheten och kräver därför en sammanhangsbaserad tolkning (Polit & Beck, 2021, s. 347–349).

En aspekt som kan påverka resultatets överförbarhet är att de inkluderade artiklarna inte enbart är genomförda inom en akutmottagning, utan även i andra sjukhusrelaterade vårdkontexter och organisatoriska sammanhang vid masskadehändelser. Samtidigt är majoriteten av studierna genomförda inom en akutmottagning eller inom sjukhusens akuta kontext. Detta kan ses som en styrka eftersom masskadehändelser sällan påverkar enbart en enskild akutmottagning utan ofta involverar flera nivåer av vårdorganisationen. Denna bredd gör att man bättre kan förstå vilka organisatoriska, etiska och praktiska faktorer som påverkar sjuksköterskans vårdande i sådana situationer. Att artiklarna kommer från olika vårdmiljöer kan ses som både en styrka och en begränsning. Det ger en bredare bild av vårdande vid masskadehändelser men kan samtidigt göra resultaten mindre tydliga för just akutmottagningen.

Artiklarnas geografiska spridning inkluderade bland annat Mellanöstern, Europa och Asien, samt internationell kontext. Detta kan bidra till en bredare förståelse av vårdande i olika akuta miljöer och därmed stärka överförbarheten till liknande kontexter

(Henricson, 2023, s. 496). Samtidigt varierar benämningar, utbildningsnivåer och yrkesroller mellan länder. Det innebär att begreppet "akutsjuksköterska" inte alltid motsvarar den svenska specialistrollen vilket kan begränsa generaliserbarheten och behöver vägas in när resultat tolkas i svensk akutsjukvård.

Kvalitetsgranskning och forskningsetiska överväganden

Kvalitetsgranskningen genomfördes med stöd av Hawker et al. (2002). Efter att granskningsmallen hade fastställts fördelades artiklarna mellan författarna. Kvalitetsgranskningen genomfördes därefter enskilt, där ungefär hälften av artiklarna granskades av vardera författaren. Bedömningarna sammanställdes och diskuterades därefter gemensamt för att jämföra tolkningar och skapa samsyn kring artiklarnas kvalitet. Samtliga inkluderade resultatartiklar bedömdes hålla god till mycket god kvalitet.

Mot bakgrund av att litteraturöversiktens resultat baserat på artiklar med varierande design bedömdes Hawker et al.s (2002) granskningsmall vara särskilt lämplig. Mallen gjorde det möjligt att göra en samlad bedömning med fokus på metodologisk transparens, analytisk kvalitet och artiklarnas relevans för vårdandets praktik. Bedömningen handlade alltså inte om att värdera metodansatsen i sig. Detta bedöms ha varit en styrka i denna översikt eftersom syftet krävde inkludering av både kvalitativa och kvantitativa bidrag.

Samtidigt innehåller kvalitetsvärdering alltid tolkningsinslag och en annan granskningsmall hade potentiellt kunnat ge en delvis annorlunda helhetsbedömning. Därför blev transparens i granskningsprocessen central för litteraturöversiktens pålitlighet. För att minska risken för individuella feltolkningar genomfördes granskningen enskilt av båda författarna och resultaten jämfördes därefter i gemensamma diskussioner tills samsyn uppnåddes (Polit & Beck, 2021, s. 664). Detta arbetssätt stärker bedömningens stabilitet och därmed pålitligheten (Henricson, 2023, s. 494–495).

I resultatet ingår mer än en artikel från samma forskargrupper, dels Hammad et al. (2017; 2018) och dels Mani et al. (2023; 2024). Detta kan innebära att vissa perspektiv får större utrymme i syntesen. Om vissa fynd framträder oftare än andra kan det påverka litteraturöversiktens trovärdighet. Samtidigt bygger respektive artikelpar inte på identiska upplägg. Hammad et al. (2017) och Hammad et al. (2018) har delvis olika fokus och belyser vårdande ur olika delar av katastrofresponserna. Detta innebär att resultaten kompletterar varandra snarare än upprepar samma fynd. På motsvarande sätt har Mani et

al. (2023) och Mani et al. (2024) olika inriktning inom området vårdande i konfliktkrigscontext, där artiklarna belyser skilda aspekter av professionella förutsättningar, roller och utmaningar. Att två artiklar från samma forskargrupp pekar mot liknande mönster men via olika angreppssätt, kan samtidigt stärka bekräftelsebarheten eftersom resultaten kan prövas mot varandra inom respektive artikelpar.

Vid bedömningen av artiklarnas överförbarhet beaktades de sammanhangsrelaterade förhållanden under vilka forskningen genomförts. Flera artiklar var utförda i katastrof- eller konfliktmiljöer med särskilda organisatoriska, strukturella och säkerhetsmässiga villkor, vilket begränsar den direkta överförbarheten till andra vårdkontexter. Samtidigt identifierades återkommande faktorer, såsom prioriteringar, etiskt beslutsfattande, resursbegränsningar och organisatoriskt stöd, oberoende av vårdsystem. Resultaten bedömdes därför ha hög relevans på en övergripande nivå för akutsjukvård vid masskadehändelser även i andra sammanhang (Polit & Beck, 2021, s. 744 -746).

Dataanalys

Dataanalysen genomfördes enligt Whitemore och Knafls (2005) analysmetod för integrativa litteraturöversikter. Metoden valdes eftersom den ger en tydlig struktur för att sammanföra och integrera resultat från artiklar med olika metodansatser. Det inkluderade materialet bestod av åtta kvalitativa artiklar (n=8), två kvantitativa artiklar (n=2) och en mixed methods-studie (n=1). Detta innebar att syntesen huvudsakligen byggde på kvalitativa fynd, medan de kvantitativa och mixed methods-resultaten användes som kompletterande underlag (Whitemore & Knafl, 2005).

Analysen genomfördes gemensamt av båda författarna och följde de fem analysfaser som beskrivs av Whitemore och Knafl (2005): datareduktion, dataöverblick, datajämförelse, konklusion och verifiering. I datareduktionsfasen identifierades relevanta resultatfynd i varje artikel och meningsbärande textenheter extraherades. Textenheterna kondenserades med bibehållet kärninnehåll och dokumenterades i en analysmatris tillsammans med hänvisning till ursprungsartikel för att säkerställa spårbarhet. Detta stärker bekräftelsebarheten genom att det blir möjligt att följa hur sammanställningen vuxit fram från primärartiklarnas resultat.

Verifieringsfasen innebar att teman och kategorier prövades stegvis mot de ursprungliga resultaten i samtliga artiklar. Detta gjordes för att säkerställa att syntesen förblev förankrad i primärartiklarnas data och i översiktens syfte. Att pröva temana åter mot originalfynden bidrar till trovärdighet genom att tolkningarna framstår som rimliga. Det stärker också bekräftelsebarheten eftersom kopplingen till data blir spårbar.

Ingen av författarna har engelska som modersmål vilket innebär en risk för att nyanser i resultaten kan feltolkas. För att minska denna risk användes språkstöd vid oklarheter och tolkningar diskuterades gemensamt. Vissa tolkningsskillnader kan ändå inte helt uteslutas (Polit & Beck, 2021, s. 585–587). Detta är en svaghet som kan påverka trovärdigheten men hanterades genom gemensam genomläsning, diskussion och återkoppling till primärartiklarnas formuleringar.

AI-stödets möjligheter och begränsningar

Användningen av AI-baserat språkstöd innebar både möjligheter och metodologiska begränsningar. En styrka var att verktyget kunde underlätta språklig tydlighet, strukturering och översättning av metodologiska beskrivningar från engelska till svenska, exempelvis i arbetet med Whittemore och Knafls (2005) metodbeskrivning. Samtidigt finns det risk för bias, överformulering, felaktiga formuleringar samt minskad spårbarhet om AI-genererat innehåll används utan tillräcklig kontroll mot originalkällor.

För att minska dessa risker användes AI enbart som språkligt och redaktionellt stöd, medan vetenskapliga bedömningar, urval, kvalitetsgranskning, analys och tolkning genomfördes av författarna. Samtliga AI-assisterade formuleringar granskades kritiskt och verifierades mot originalartiklar och metodreferenser innan de inkluderades i arbetet. Detta bedömdes bidra till att författarnas självständiga ansvar för arbetets innehåll och vetenskapliga kvalitet kunde upprätthållas. Det stärkte också arbetets tillförlitlighet.

Resultatdiskussion

Syftet med litteraturöversikten var att belysa vilka faktorer som har betydelse för sjuksköterskans vårdande vid masskadehändelser. Resultatet visar att vårdandet i dessa situationer inte kan förstås som en enbart individuell prestation, utan formas i ett komplext samspel mellan organisatoriska strukturer, professionell kompetens och etiska

förutsättningar. Masskadehändelser tydliggör hur beroende vården är av fungerande system och strukturer, där sjuksköterskans handlingsutrymme är nära kopplat till ledning, resurstillgång och teamfunktion. När dessa förutsättningar brister riskerar även hög professionell kompetens att bli otillräcklig.

Triagekompetensens betydelse för vårdandet vid masskadehändelser

Resultatet visar att triagering vid en masskadehändelse utgör en central faktor av vårdandet. Sjuksköterskorna beskriver att de inte alltid besitter den kompetens som krävs för de skador som uppstår i dessa situationer, vilket skapar en osäkerhet i mötet med patienterna. Detta påverkar både deras kliniska bedömningar och deras möjlighet att ge ett vårdande som upplevs tryggt och professionellt.

Detta stöds av Azizpour, Mehri och Habibi Soola (2022) som menar att sjuksköterskorna har en otillräcklig katastrofberedskap, särskilt inom områden som kräver specifik klinisk kompetens, såsom bedömningar av skador de sällan möter i ordinarie verksamhet. Samtidigt framträder triagebeslutsförmåga som en central komponent i att stärka beredskapen, då sjuksköterskor med bättre triagekunskap också uppvisade högre förmåga att agera under press. Även Park och Kim (2017) visar att bristande utbildning och otillräcklig träning framträder som ett återkommande problem. Många sjuksköterskor uttrycker en låg grad av trygghet i sin förmåga att hantera en masskadehändelse, vilket ytterligare förstärker känslan av osäkerhet i det akuta vårdandet.

I Socialstyrelsens förslag till utbildning för sjuksköterskor på akutmottagningen lyfter de att personalen behöver ha förmåga att hantera komplexa och snabbt föränderliga situationer, vilket innebär att akutsjuksköterskorna kan ställas inför skador som är mer omfattande och påverkar flera organsystem än vad som förekommer i den ordinarie vården (Socialstyrelsen, 2022).

Resultatet visar att sjuksköterskorna upplever att de inte alltid har möjlighet att ge den vård som de bedömer att patienten behöver. Rushton (2016) och Miller et al. (2023) beskriver moralisk stress som en situation där sjuksköterskan vet vad som vore etiskt rätt att göra, men hindras från att handla därefter på grund av yttre begränsningar. De framhåller även att moralisk stress inte enbart kan förstås som en individuell upplevelse, utan ofta är kopplad till organisatoriska faktorer och strukturella brister.

Detta kan förstås som att bristande utbildning och förberedelse inte enbart påverkar sjuksköterskans kliniska beslutsförmåga, utan även möjligheten att utöva vårdande i enlighet med professionens etiska ansvar. Triagekompetens måste ses som en vårdande kompetens, inte enbart en medicinsk. Det innebär att utbildning och träning behöver integrera både kliniska och etiska aspekter av beslutsfattande. När sjuksköterskan saknar tillräcklig kompetens för att känna sig trygg i triagebeslut kan en spänning uppstå mellan det ansvar som förväntas och de förutsättningar som ges. Detta synliggör att moralisk stress inte enbart är en individuell reaktion, utan även en konsekvens av organisatoriska och utbildningsmässiga brister.

Vårdande

Resultatet visar att förutsättningarna för att utöva vårdande förändras vid masskadehändelser, där prioriteringar, resursbrist och organisatoriska krav begränsar sjuksköterskans handlingsutrymme.

Vårdande beskrivs inom vårdvetenskapen som en central del av omvårdnaden och innefattar ett etiskt och relationellt ansvar att möta patienten som en hel människa (Dahlberg & Segesten, 2015). Detta kan problematiseras, då begreppet vårdande till stor del utvecklats i vårdkontexter där tid och resurser möjliggör en relationell vårdprocess. Vid masskadehändelser behöver sjuksköterskan istället fatta snabba beslut utifrån medicinsk angelägenhetsgrad, vilket kan minska utrymmet för relationellt vårdande. Detta stöds även av Hammad (2016) som menar att när patienterna ofta är kritiskt sjuka och inflödet är stort, blir arbetstempot så högt att det begränsar möjligheten att skapa den typ av kontakt de vanligtvis eftersträvar. Fokus riktas då främst mot livräddande åtgärder, vilket gör att interaktionen mellan patient och sjuksköterska riskerar att bli mer ytlig än under normala förhållanden. Även Schubert et al. (2008) menar att det sker en ransonering av vårdandet vid hög belastning och tidsbrist. Detta får negativa konsekvenser för både sjuksköterskan och patienten.

Samtidigt visar resultatet att sjuksköterskorna fortsatt strävar efter att bemöta patienterna med respekt och värdighet, vilket tyder på att vårdandet inte upphör utan förändras i uttryck. Detta visar att vårdande inte kan förstås som enbart en individuell handling, utan

något som påverkas även av de organisatoriska och strukturella ramarna som omger sjuksköterskans arbete.

Detta kan relateras till teoretiska ramverk om moralisk stress, eftersom dessa förhållanden begränsar sjuksköterskans möjligheter att agera i enlighet med sina etiska principer och professionella värderingar. Trots att sjuksköterskan vet vad som utgör ett gott och patientsäkert vårdande så kan omständigheterna göra det svårt att handla därefter, vilket enligt Jameton (1984, s.6-7) och Epstein och Hamric (2009) är kärnan i moralisk stress. Det uppstår även en dubbel utsatthet då patienten är beroende av vårdens förmåga att skapa trygghet och lindring, samtidigt som sjuksköterskan har begränsade möjligheter att ge den vård som upplevs etiskt försvarbar (Seidlein 2023; Shubayr 2025).

Detta visar att vårdande inte enbart kan förstås som en individuell kompetens eller etisk intention, utan som ett fenomen som formas av den specifika kontexten. Organisatoriska förutsättningar blir därmed avgörande för hur vårdandet faktiskt kan ta uttryck i praktiken. Vårdandets kvalitet blir därmed direkt beroende av hur väl verksamheten rustar personalen för att hantera komplexa och snabbt föränderliga situationer.

Ledarskap

Resultatet visar att tydligt ledarskap har stor betydelse för sjuksköterskans möjlighet att utöva vårdande vid masskadehändelser. När ledarskapet är strukturerat och tydligt skapas förutsättningar för prioritering, samordning och ett mer organiserat omhändertagande, vilket kan minska osäkerhet och stärka sjuksköterskans handlingsutrymme i en komplex situation.

Sjuksköterskan förväntas kunna axla mer uttalade ledande och koordinerande funktioner när ordinarie vårdstrukturer utsätts för påfrestning (Hugelius & Tapani, 2017). Detta kan förstås som att ledarskap utgör en central del av sjuksköterskans professionella ansvar vid masskadehändelser. Detta sker i enlighet med sjuksköterskans kompetensbeskrivning (Riksföreningen för akutsjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening 2017). Samtidigt visar Alzahrani och Kyratsis (2017) att många sjuksköterskor inte identifierar sig själva som ledare och upplever osäkerhet inför att ta en ledande roll i dessa situationer.

Detta tyder på att det kan finnas en diskrepans mellan det ansvar som sjuksköterskan förväntas ta och den upplevda beredskapen att axla denna roll.

Tidigare forskning visar även att ledarskap är avgörande för att möjliggöra en effektiv katastrofrespons och säker vård, då det bidrar till förbättrad samordning och tydligare prioriteringar (Veenema et al. 2016). Sammantaget indikerar detta att ledarskap utgör en viktig förutsättning för att möjliggöra vårdande vid masskadehändelser, samtidigt som sjuksköterskans förutsättningar att utöva ledarskap kan påverkas av erfarenhet, utbildning och organisatoriskt stöd.

När de organisatoriska förväntningarna på sjuksköterskans ledarskap överstiger den trygghet och de faktiska förutsättningar hon upplever sig ha, riskerar det professionella handlingsutrymmet att begränsas. I sådana situationer möter sjuksköterskan etiska dilemman, resursbrist och motstridiga krav, vilket kan leda till en känsla av professionell utsatthet (Epstein & Hamric 2009; Svantesson et al. 2022).

Denna obalans mellan ansvar och förberedelse tydliggör hur bristande utbildning och otillräckliga möjligheter att utveckla ledarskapskompetens kan skapa osäkerhet och minska sjuksköterskans handlingsutrymme. När ledarskapsansvar förväntas utan motsvarande stöd eller kompetensutveckling ökar risken för att sjuksköterskan upplever sig otillräckligt rustad att möta situationens krav, vilket i sin tur kan förstärka upplevelsen av professionell utsatthet.

Hållbar utveckling

Masskadehändelser och katastrofer kan kopplas till hållbar utveckling eftersom de påverkar människors hälsa, vårdens kapacitet och samhällets motståndskraft. Samtidigt visar både Agenda 2030 och internationella riktlinjer att ökande katastrof- och klimatrisker ställer krav på robusta och motståndskraftiga hälso- och sjukvårdssystem (Svenska FN-förbundet, 2023; WHO 2019; UNDRR, 2024). Agenda 2030 mål 3 betonar vikten av god hälsa och välbefinnande för alla, vilket enligt både Svenska FN-förbundet (2023) och Regeringskansliet (2023) förutsätter robusta och jämlika hälso- och sjukvårdssystem. Detta är särskilt relevant för akutmottagningar, där personal behöver kunna upprätthålla trygg och säker vård även vid hög belastning och snabba förändringar i vårdflöden. För akutsjuksköterskan innebär detta ett ansvar att, utifrån sin professionella

roll, bidra till patientsäkerhet, prioritering, omvårdnad och samordning även under resursbegränsade och etiskt komplexa situationer.

Resultaten i denna litteraturöversikt visar att sjuksköterskans möjligheter att ge en säker, personcentrerad och värdighetsbevarande vård vid masskadehändelser påverkas av organisatoriska faktorer. Exempel på sådana faktorer är bemanning, resurser, ledning, kommunikation och samordning. Detta visar att hållbar akutsjukvård inte bara handlar om medicinska insatser, utan även kräver hållbara arbetsmiljöer och fungerande beredskapsstrukturer.

Arbetet kan även relateras till Agenda 2030 mål 4 om god utbildning, där utbildning och kompetensutveckling lyfts som centrala delar av hållbar utveckling (Svenska FN-förbundet, 2023). Detta är relevant i kontexten av katastrof- och masskadehändelser, där WHO (2019) betonar betydelsen av utbildning, övning och teamträning för att stärka hälso- och sjukvårdspersonalens beredskap och förmåga att agera effektivt. När akutmottagningar utvecklar en beredskap som förenar medicinska, organisatoriska och omvårdnadsrelaterade perspektiv förbättras förutsättningarna för en säker och välfungerande vård. Det blir också lättare att upprätthålla vårdkvalitet vid hög belastning. Om beredskapen dessutom inkluderar strukturer för reflektion och återhämtning efter en insats stärks den professionella hållbarheten över tid. Därmed är litteraturöversikten relevant för hållbar vårdutveckling eftersom den synliggör vilka förutsättningar som behöver stärkas för att akutmottagningar ska kunna erbjuda säker, jämlik och hållbar vård även vid framtida masskadehändelser (WHO 2019; UNDRR 2024).

SLUTSATSER

Slutsatsen är att sjuksköterskans vårdande vid masskadehändelser påverkas av ett samspel mellan individuell kompetens, erfarenhet och akutmottagningens organisatoriska förutsättningar. Detta understryker behovet av riktad utbildning och praktisk erfarenhet, så att sjuksköterskorna kan fatta säkra och snabba beslut under hög belastning. Fynden visar samtidigt att kompetensutveckling inom triage och omvårdnadsprioritering inte enbart stärker det akuta beslutsfattandet, utan också utgör en central del i att utveckla

akutmottagningens katastrofberedskap. För att möjliggöra ett patientsäkert och etiskt hållbart vårdande behöver beredskapen därför omfatta både medicinska, organisatoriska och omvårdnadsrelaterade perspektiv.

KLINISKA IMPLIKATIONER

Utifrån litteraturöversiktens resultat föreslås följande rekommendationer för att stärka vårdande och patientsäkerhet vid masskadehändelser i akutsjukvård:

Sjuksköterskan

- Sjuksköterskan bör aktivt bidra till att upprätthålla ett värdighetsbevarande och personcentrerat vårdande även under hög belastning, genom tydlig kommunikation, strukturerad prioritering och samarbete i team.
- Sjuksköterskan bör delta i och efterfråga utbildning och övning som även omfattar omvårdnadsprioriteringar, etiska avvägningar och hantering av emotionell belastning, inte enbart tekniska moment.

Organisationen

- Akutmottagningen behöver säkerställa tydliga roller, mandat och ledningsfunktioner samt fungerande kommunikationsvägar för att snabbt skapa en gemensam lägesbild. Beredskapsstrukturer bör också stödja omvårdnadshandlingar under press, exempelvis rutiner för omvårdnadsprioriteringar, kontinuitet och etiskt stöd vid svåra beslut.
- Akutmottagningen bör erbjuda strukturerat stöd före, under och efter insats, såsom kollegialt stöd, reflektionsmöten och ledningsnära uppföljning. Detta för att främja återhämtning och långsiktig professionell hållbarhet.

Samhälle och myndigheter

- Samhälle och myndigheter behöver stödja en integrerad katastrofberedskap genom att ställa krav och avsätta resurser för regelbundna övningar, samverkan mellan aktörer och fungerande uppföljningssystem. Samtidigt bör riktlinjer och

utbildningsinsatser tydligt omfatta vårdandets innehåll, med fokus på värdighet, etik och psykosocialt stöd. Detta kan stärka kvaliteten och göra arbetssätt mer överförbara mellan olika typer av händelser och vårdkontexter.

REFERENSER

Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J. & Silber, J.H. (2012). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, 288(16), 1987–1993. <https://doi.org/10.1001/jama.288.16.1987>

*Akbaş Uysal, D., Adaiçi, M. & Şenuzun Aykar, F. (2025). Major disaster, profound impact: A qualitative examination of emergency department nurses' experiences during the 2023 Turkey Maraş earthquake. *International Emergency Nursing*, 79, 101587. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2025.101587>

Al Khalaileh, M.A., Bond, E. & Alasad, J.A. (2010). Jordanian nurses' perceptions of their preparedness for disaster management. *International Emergency Nursing*, 18(2), 67–77. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2009.07.001>

Al Thobaity, A., Plummer, V., Innes, K. & Copnell, B. (2016). Perceptions of knowledge of disaster management among military and civilian nurses in Saudi Arabia. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 19(2), 87–95. doi: 10.1016/j.aenj.2015.03.001.

Alzahrani, F. & Kyratsis, Y., 2017. Emergency nurse disaster preparedness during mass gatherings: a cross-sectional survey of emergency nurses' perceptions in hospitals in Mecca, Saudi Arabia. *BMJ Open*, 7(4), e013563. doi:10.1136/bmjopen-2016-013563.

Armstrong, J.B.P. (2023). Preparing your emergency department for disaster: Optimizing surge capacity during mass casualty events. *Healthcare Management Forum*, 37(2), 86–89. Doi: 10.1177/08404704231199403

Azizpour, I., Mehri, S. & Habibi Soola, A., 2022. Disaster preparedness knowledge and its relationship with triage decision-making among hospital and pre-hospital emergency

nurses – Ardabil, Iran. *BMC Health Services Research*, 22, pp.1–10.
DOI:10.1186/s12913-022-08311-9

Bettany-Saltikov, J. & McSherry, R. (2024). *How to do a systematic literature review in nursing and healthcare* (3rd ed.). London: Open University Press.

Boman, E., Levy-Malmberg, R. & Fagerström, L. (2020). Differences and similarities in scope of practice between registered nurses and nurse specialists in emergency care: an interview study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(2), 492–500.
<https://doi.org/10.1111/scs.12753>

Brooks, S.K., Dunn, R., Amlôt, R., Rubin, G.J. & Greenberg, N. (2018). A systematic, thematic review of social and occupational factors associated with psychological outcomes in healthcare employees during an infectious disease outbreak. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 60(3), 248–257. DOI: 10.1097/JOM.0000000000001235

Chegini, Z., Arab-Zozani, M., Kakemam, E., Lotfi, M. & Nobakht, A. (2022). Disaster preparedness and core competencies among emergency nurses: A cross-sectional study. *Nursing Open*, 9(2), 1294–1302. <https://doi.org/10.1002/nop2.1172>

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

Emergency Nurses Association (ENA). (2022). *Emergency nursing core curriculum* (8th ed.). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.

Epstein, E.G. & Hamric, A.B. (2009). Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *Journal of Clinical Ethics*, 20(4), 330–342.

Garbutt, S.J., Peltier, J.W. & Fitzpatrick, J.J. (2008). Evaluation of an instrument to measure nurses' familiarity with emergency preparedness. *Military Medicine*, 173(11), 1073–1077. <https://doi.org/10.7205/MILMED.173.11.1073>

*Gülen, S. & Göktepe, N. (2025). The experiences of nurses who participated in disaster relief efforts after the February 6, 2023 earthquakes in Türkiye: A qualitative study. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 19, e210. <https://doi.org/10.1017/dmp.2025.10151>

Hammad, K.S., Arbon, P., Gebbie, K. & Hutton, A. (2012). Nursing in the emergency department (ED) during a disaster: a review of the current literature. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 15(4), 235–244. DOI: 10.1016/j.aenj.2012.10.005

*Hammad, K.S., Arbon, P., Gebbie, K. & Hutton, A. (2017). Moments of disaster response in the emergency department (ED). *Australasian Emergency Nursing Journal*, 20(4), 181–185. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2017.10.002>

*Hammad, K.S., Arbon, P., Gebbie, K. & Hutton, A. (2018). Why a disaster is not just normal business ramped up: Disaster response among ED nurses. *Australasian Emergency Care*, 21(1), 36–41. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2017.10.003>

Hasan, M.K., Nasrullah, S.M., Quattrocchi, A., Arcos González, P. & Castro-Delgado, R. (2023). Hospital surge capacity preparedness in disasters and emergencies: a systematic review. *Public Health*, 225, 12–21. Doi: 10.1016/j.puhe.2023.09.017

Hawker, S., Payne, S., Kerr, C., Hardey, M. & Powell, J. (2002). Appraising the evidence: reviewing disparate data systematically. *Journal of Clinical Nursing*, 11(6), 768–773. doi: 10.1177/1049732302238251.

Hellberg, K. & Karlsson, M. (2023). *Att söka och värdera vetenskaplig litteratur*. Lund: Studentlitteratur.

*Holmgren, C., Jussèn, S., Andersson Hagiwara, M. & Rådestad, M. (2022). Charge nurses' perceived experience in managing daily work and major incidents in emergency departments: A qualitative study. *Australasian Emergency Care*, 25(4), 296–301.

<https://doi.org/10.1016/j.auec.2022.02.003>

Hugelius, K. & Tapani, J. (2017). *Katastrofmedicin – att leda vård i kris*. Lund: Studentlitteratur.

International Council of Nurses (ICN). (2021). *The ICN code of ethics for nurses*. Geneva: ICN.

Jameton, A. (1984). *Nursing practice: The ethical issues*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

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, 14–19. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.01.002>

Krausmann, E., Girgin, S. & Necci, A. (2019). Natural hazard impacts on industry and critical infrastructure: Natech risk drivers and risk management performance indicators. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 40, 101163. <https://doi.org/10.1016/j.ijdr.2019.101163>

Labrague, L.J., Hammad, K., Gloe, D.S., McEnroe-Petitte, D.M., Fronda, D.C., Obeidat, A.A., Leocadio, M.C., Cayaban, A.R. & Mirafuentes, E.C. (2018). Disaster preparedness among nurses: a systematic review of literature. *International Nursing Review*, 65(1), 41–53. <https://doi.org/10.1111/inr.12369>

*Mani, Z.A., Kuhn, L. & Plummer, V. (2023). Emergency care in the context of armed conflict: Nurses' perspectives of the essential core competencies. *International Nursing Review*, 70(4), 510–517. <https://doi.org/10.1111/inr.12870>

*Mani, Z., Kuhn, L. & Plummer, V. (2024). Emergency nurse roles, challenges, and preparedness in hospitals in the context of armed conflict. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 18, e21. <https://doi.org/10.1017/dmp.2024.7>

*McCall, W.T. (2020). Caring for Patients From a School Shooting: A Qualitative Case Series in Emergency Nursing. *Journal of Emergency Nursing*, 46(5), 712–721.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2020.06.005>

Miller, P.H., Epstein, E.G., Smith, T.B., Welch, T.D., Smith, M. & Bail, J.R., 2023. Moral distress among nurse leaders: A qualitative systematic review. *Nursing Ethics*, 30(7–8), pp.939–959. DOI: 10.1177/09697330231191279

*Murphy, J.P., Hörberg, A., Rådestad, M., Kurland, L. & Rüter, A. (2022). Registered nurses' experience as disaster preparedness coordinators during a major incident: A qualitative study. *Nursing Open*, 9(1), 329–338. <https://doi.org/10.1002/nop2.1066>

Park, H. & Kim, J., 2017. Factors influencing disaster nursing core competencies of emergency nurses. *International Emergency Nursing*, 31, pp.75–80. doi: 10.1016/j.apnr.2017.06.004

The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer.

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

Riksföreningen för akutsjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inom akutsjukvård*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Seidlein, A. (2023). When nurses' vulnerability challenges their moral integrity: A discursive paper. *Journal of Advanced Nursing*, 79(6), 1801–1809. <https://doi.org/10.1111/jan.15717>

Shubayr, N. (2025). Evaluation of nurses' psychological and operational preparedness for mass casualty incidents in Saudi Arabia. *International Nursing Review*, 72, e70002. <https://doi.org/10.1111/inr.70002>

*Skryabina, E., Betts, N., Reedy, G., Riley, P. & Amlôt, R. (2021). UK healthcare staff experiences and perceptions of a mass casualty terrorist incident response: a mixed-methods study. *Emergency Medicine Journal*, 38(10), 756–764. <https://doi.org/10.1136/emmermed-2019-208966>

Söderlund, M. Vårdande. Wiklund Gustin, L. & Asp, M. (red.) (2022). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. 3 uppl., Studentlitteratur.

*Qtait, M., Elayan, R.M., Alshaikh, A.Z., Alshaikh, L.K., Awwad, R.M., Rajabi, R.Z., Salahat, A.A. & Karkour, T.I. (2025). The challenges of an emergency nurse team working in an active conflict area. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 19, e60. <https://doi.org/10.1017/dmp.2025.53>

Rushton, C. H. (2016). Moral distress: A catalyst in building moral resilience. *American Journal of Nursing*, 116(7), 40–45. DOI: 10.1097/01.NAJ.0000484933.40476.5B

SFS 2014:821. *Patientlagen*

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen*

Socialstyrelsen. (2022). *Nationella utbildnings- och övningsplaner för katastrofmedicinsk beredskap och civilt försvar samt nationell samordning av utbildning och övning.*

<https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/8c825b934a4243fc9fc3a879b10fa850/2022-9-8139.pdf> [2025-12-18] Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2024). *Stärkt nationell och regional förmåga vid masskadehändelser.*

<https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/577437257b0d41a18da4f8f5eba3d103/2024-2-8975.pdf> [2025-12-18] Stockholm: Socialstyrelsen.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). (2023). *Metodhandbok för systematiska litteraturöversikter.* Stockholm: SBU.

Svantesson, M., Durnell, L., Hammarström, E., Jarl, G. & Sandman, L. (2022). Moral and exhausting distress working in the frontline of COVID-19: a Swedish survey during the first wave in four healthcare settings. *BMJ Open*, 12(7), e055726. doi:10.1136/bmjopen-2021-055726

Svenska FN-förbundet (2023). *Agenda 2030 – de globala målen för hållbar utveckling.* <https://fn.se> [2026-02-24]

Tierney, K. (2014). *The social roots of risk: Producing disasters, promoting resilience.* Stanford, CA: Stanford University Press.

Trisyani, Y., Emaliyawati, E., Prawesti, A., Mirwanti, R. & Mediani, H.S. (2023). Emergency Nurses' Competency in the Emergency Department Context: A Qualitative Study. *Open Access Emergency Medicine*, 15, 165–175. Doi:10.2147/OAEM.S405923

UNDRR. United Nations Office for Disaster Risk Reduction. (2017). *Terminology on disaster risk reduction.* <https://www.undrr.org/drr-glossary/terminology>. [2025-12-18] Geneva: UNDRR.

UNDRR. United Nations Office for Disaster Risk Reduction (2024). *Global Assessment Report on Disaster Risk Reduction 2024*. <https://www.undrr.org/gar>. [2026-02-23] Genève: UNDRR.

Veenema, T.G., Griffin, A., Gable, A.R., MacIntyre, L., Simons, R.N., Couig, M.P. & Walsh, J.J. (2016). Nurses as leaders in disaster preparedness and response—A call to action. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(2), 187–200. <https://doi.org/10.1111/jnu.12198>

Vetenskapsrådet (2024). *God forskningsred.* Stockholm: Vetenskapsrådet.

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

WHO (2007). World Health Organization. *Mass casualty management systems: Strategies and guidelines for building health sector capacity*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/08b0bbd3-04a4-4fa3-b08c-33cd148ddebba/content>. [2025-12-16]. Geneva: WHO.

WHO (2017). World Health Organization. *Emergency risk management for health: Overview*. <https://www.who.int/publications/m/item/health-emergency-and-disaster-risk-management-overview>. [2025-12-19]. Geneva: WHO.

WHO (2019). World Health Organization. *Health Emergency and Disaster Risk Management Framework*. <https://www.who.int/publications/i/item/health-emergency-and-disaster-risk-management-framework> [2026-02-20]. Genève: WHO.

World Medical Association (2024). *Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human participants*. Ferney-Voltaire: World Medical Association.

Bilagor

Bilaga 1. Databassökning Cinahl

Sökning	Sökord	Antal träffar
Akutsjuksköterskor		
S1 Ämnesord	MH "Emergency Service+")	
S2 Fritext	"emergency nurs*" OR nurs*	
0	S1 OR S2	1,025,105
Masskadehändelser/katastrofer		
S3 Ämnesord	(MH "Disasters+") OR (MH "Disaster Planning")	
S4 Fritext	"mass casual* incident*" OR "mass casualty event*" OR disaster* OR "major incident**"	
0	S3 OR S4	40,302
Upplevelser/erfarenheter		
S5 Fritext	experience* OR perception* OR attitude*	1,089,084
Kombinera blocken		
0	S3 AND S4 AND S5 + Begränsningar	153
Begränsningar		
Peer reviewed		
Engelska		
2015–2025		

Urval av artiklar från sökning i databasen	Antal
Lästa titlar	120
Lästa Abstract	60
Lästa Fulltexter	21
Granskade artiklar	2
Inkluderade artiklar	1

Bilaga. 2. Databassökning PubMed

Sökning	Sökord	Antal träffar
Akutsjuksköterskor		
S1 MeSH	"Emergency Nursing"[MeSH]	
S2 Fritext	"Emergency nurs*" OR nurs*	
0	S1 OR S2	488,968
Masskadehändelser/katastrofer		
S3 MeSH	"Disasters"[MeSH] OR "Disaster Planning"[MeSH]	
S4 Fritext	"mass casualty incident*" OR "mass casualty event*" OR disaster* OR " <u>major incident</u> "	
0	S3 OR S4	43,090
Upplevelser/erfarenheter		
S5 Fritext	experience* OR perception* OR attitude*	124
Kombinera blocken		
0	S3 AND S4 AND S5 + Begränsningar	124
Begränsningar		
Engelska		
2015–2025		

Urval av artiklar från sökning i databasen	Antal
Lästa titlar	124
Lästa Abstract	124
Lästa Fulltexter	52
Granskade artiklar	11
Inkluderade artiklar	8

Bilaga. 3. Databassökning Scopus

Sökning	Sökord	Antal träffar
Akutsjuksköterskor		
Titel and abstract		
S1 Fritext	"Emergency nurs*" OR nurs*	1,101,951
Masskadehändelser/katastrofer		
Titel and abstract		
S2	"Mass casualt* incident*" OR "mass casualty event*" OR disaster* OR "major incident**"	298,670
0	S3 OR S4	
Upplevelser/erfarenheter		
S3 Fritext	Experience* OR perception* OR attitude*	5,954,003
Kombinera blocken		
0	S1 AND S2 AND S3 + Begränsningar	121
Begränsningar		
Engelska		
2015–2025		

Urval av artiklar från sökning i databasen	Antal
Lästa titlar	121
Lästa Abstract	10
Lästa Fulltexter	4
Granskade artiklar	1
Inkluderade artiklar	1

Bilaga.4. Exempel på genomförd dataanalys

Artikel + sida	Data – exakt citat	Kondenserad meningenshet	Kod	Subtema	Huvudtema
Hammad et al., 2017, s. 183	“There was the initial fear if we could actually handle this and then my first time to really handle a big, big incident like that.”	Initial rädsla för om vi kunde hantera detta, och första gången att hantera en stor incident.	Rädsla att hantera en katastrof	Stress, osäkerhet och säkerhetshot får negativa konsekvenser	Psykologiska och relationella faktorer
Hammad et al., 2017, s. 184	“Once you call a disaster, it sets off a whole motion and a whole chain reaction of different things.”	När man larmar katastrof sätter det igång en hel rörelse och en kedjereaktion av olika händelser	Katastroflarm utlöser kedjereaktion	Betydelsen av organisationens tydlighet	Organisatoriska och strukturella faktorer
Uysal et al., 2025, s. 3	“Material shortages and coordination deficiencies were significant obstacles in disaster management.”	Materialbrist och brister i samordning var betydande hinder i katastrofarbetet.	Materialbrist och bristande samordning	Bristande resurser och kapacitet	Organisatoriska och strukturella faktorer
Uysal et al., 2025, s. 4	“Nurses experienced emotional, psychological, and physical trauma while providing care in the disaster area.”	Upplevde känslomässigt, psykiskt och fysiskt trauma vid vårdande i katastrofområdet.	Emotionellt, psykiskt och fysiskt trauma	Stress, osäkerhet och säkerhetshot får negativa konsekvenser	Psykologiska och relationella faktorer

Bilaga. 5. Granskningsmall

Artikel:					
<u>Bedömningspunkt/Betyg/Kommentar</u>	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					
10. Total					

Bilaga 6. Artikelmatris

Författare, årtal, titel, tidskrift, land	Syfte	Metod	Urval (n), datainsamling	Dataanalys	Etik
Gülen & Göktepe (2025). <i>The Experiences of Nurses Who Participated in Disaster Relief Efforts After the February 6, 2023 Earthquakes in Türkiye: A Qualitative Study.</i> (Tidskrift enligt artikel). Türkiye.	Att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att delta i katastrofinsatser efter jordbävningarna i Türkiye 2023.	Kvalitativ deskriptiv studie med individuella intervjuer.	N=20 sjuksköterskor. Ändamålsenligt urval (maximum variation). Semistrukturerade intervjuer (nov 2023).	Kvalitativ innehållsanalys (induktiv ansats anges).	Etikgodkännande 2023/391. Skriftligt muntligt samtycke
Hammad et al. (2017). <i>Moments of disaster response in the emergency department (ED).</i> <i>Australasian Emergency Nursing Journal.</i> Internationell kontext.	Att utforska akutsjuksköterskors erfarenheter av katastrofrespons på akutmottagning.	Kvalitativ studie med hermeneutisk fenomenologi	N=13 akutsjuksköterskor från 8 länder. Ändamålsenligt urval. Intervjuer (bl.a. via Skype).	Tematisk analys (van Manens ansats).	Etikgodkänd enligt australiska National Health and Medical Research Council (NHMRC) nationella riktlinjer för humanforskning.
Hammad et al. (2018). <i>Why a disaster is not just normal business ramped up: Disaster response among ED nurses.</i> <i>Australasian Emergency Care.</i> Internationell kontext.	Att beskriva hur katastrofrespons i ED skiljer sig från ordinarie arbete.	Kvalitativ hermeneutisk delstudie.	N=13 sjuksköterskor från 8 länder. Intervjuer.	Tematisk/interpretativ analys med fokus på process-space-practice.	Godkänd av Flinders University Social and Behavioural Research Ethics Committee (Project 5701);

<p>Holmgren et al. (2022). Charge nurses' perceived experience in managing daily work and major incidents. <i>Australasian Emergency Care</i>. Sverige.</p>	<p>Att beskriva ledningssjuksköterskans erfarenheter av att leda dagligt arbete och större händelser på akutmottagning.</p>	<p>Kvalitativ studie med fokusgrupper.</p>	<p>N=12 charge nurses från 4 svenska akutmottagningar. Fokusgruppdiskussioner med semistrukturerad guide.</p>	<p>Systematic text condensation.</p>	<p>Helsingforsdeklaration Godkännande från vårdorganisation. Skriftligt samtycke</p>
<p>Mani et al. (2023). Emergency care in the context of armed conflict: Nurses' perspectives of the essential core competencies. <i>International Nursing Review</i>. Saudiarabien.</p>	<p>Att identifiera centrala kompetenser för akutsjuksköterskor i väpnad konflikt.</p>	<p>Kvantitativ tvärsnittsstudie (översikt)</p>	<p>N=163 returnerade enkäter (68% svarsfrekvens). Validerat frågeformulär i sjukhus nära konfliktområde.</p>	<p>Statistisk analys av skattade kompetenser (deskriptiv analys anges).</p>	<p>Etikgodkännande Directorate of Health Affairs of Jazan (ö ytterligare godkänn enligt artikel).</p>
<p>Mani et al. (2024). Emergency Nurse Roles, Challenges, and Preparedness in Hospitals in the Context of Armed Conflict. <i>Disaster Medicine and Public Health Preparedness</i>. Konfliktkontext (sjukhus i region med konfliktrelaterade skador).</p>	<p>Att beskriva akutsjuksköterskors roller, utmaningar och beredskap i sjukhus under väpnad konflikt.</p>	<p>Kvalitativ deskriptiv studie med semistrukturerade intervjuer</p>	<p>N=23 deltagare. Semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>Induktiv innehållsanalys (Elo & Kyngäs).</p>	<p>Etikgodkännande Jazan Research Ethics Committee (REC) University Human Research Ethics Committees (HREC) Skriftligt samtycke</p>
<p>McCall (2020). Emergency nurses' experiences of caring for patients from a</p>	<p>Att beskriva akutsjuksköterskors erfarenheter av vård efter en skolskjutning.</p>	<p>Kvalitativ studie (intervjubaserad fallserie).</p>	<p>N=7 sjuksköterskor. Strukturerade/semistrukturerade intervjuer, delvis via videokonferens.</p>	<p>Kodning i NVivo* 12 och tematisk analys.</p>	<p>Vanderbilt University #190980.</p>

<i>school-associated shooting incident. Journal of Emergency Nursing. USA.</i>					
<i>Murphy et al. (2021/2022). Registered nurses' experience as disaster preparedness coordinators during a major incident: A qualitative study. Nursing Open. Sverige.</i>	Att beskriva sjuksköterskors erfarenheter i rollen som katastrofberedningskoordinator vid större händelse.	Kvalitativ studie.	1 fokusgrupp + 6 uppföljningsintervjuer med sjuksköterskor i DPC-roll.	Kvalitativ analys (innehållsanalytisk ansats anges i artikel).	Regional etikprövning 2016/1530-31/5. Samtycke.
<i>Qtait et al. (2025). The Challenges of an Emergency Nurse Team Working in an Active Conflict Area. Disaster Medicine and Public Health Preparedness (Cambridge). West Bank.</i>	Att undersöka vilka utmaningar akutsjukskötersketeam möter i aktiv konfliktmiljö.	Kvantitativ deskriptiv studie.	N=171 sjuksköterskor från 7 sjukhus. Enkäter (sociodemografi + utmaningar/hantering)	Deskriptiv/statistisk analys (validitet och jämförelser redovisas).	Etikgodkännande Quds University. Sjukhustillstånd inhämtades.
<i>Skryabina et al. (2021). UK healthcare staff experiences and perceptions of a mass casualty terrorist incident response: a mixed-methods study. Emergency Medicine Journal. UK.</i>	Att utforska vårdpersonals erfarenheter och uppfattningar av respons vid terrorrelaterad masskadehändelse.	Mixed methods (convergent design).	N=86 (survey) och n=21 intervjuer. Online enkät + semistrukturerade telefonintervjuer.	Summativ innehållsanalys och kodning med överensstämmelsekontroll (NVivo nämns).	Etik: Godkänd av Health England Research Ethics & Governance of Public Health Practice Group (R&D298); informellt samtycke för enkätintervjuer. <i>Patient consent for public not required.</i>

<p><i>Uysal et al. (2025). Major disaster, profound impact: A qualitative examination of emergency department nurses' experiences during the 2023 Turkey Maraş earthquake. (Tidskrift enligt artikel). Türkiye.</i></p>	<p>Att undersöka akutsjuksköterskors erfarenheter under jordbävningen i Maraş 2023.</p>	<p>Kvalitativ studie med fenomenologisk ansats</p>	<p>N=20 akutsjuksköterskor. Målinriktat urval och snöbollsurval. Semistrukturerade intervjuer till mättnad.</p>	<p>Kvalitativ tematisk analys; 2 huvudteman och 5 subteman.</p>	<p>Etikgodkännande Izmir Bakırçay Un Ethics Committee (Decision No: 155)</p>
---	---	--	---	---	--

* programvara för kvalitativ dataanalys som används för att organisera, koda och analysera ostrukturerade data som intervjuer