



INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP  
OCH HÄLSA

# SJUKSKÖTERSANS ROLL I VÅRD- OCH BEHANDLING AV PATIENTER MED FÖRMAKSFLIMMER

En systematisk litteraturstudie

**Victoria Berrio Gillberg och Cecilia Thorbjörnsson**

---

Magisteruppsats:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot hjärtsjukvård, OM78200
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT 2021
Handledare:	Åsa Axelsson
Examinator:	Lena Björck

Titel svensk: Sjuksköterskans roll i vård- och behandling av patienter med förmaksflimmer.  
En systematisk litteraturstudie

Titel engelsk: Nurses role in the care and treatment of patients with atrial fibrillation  
A systematic literature review

Uppsats/Examensarbete: 15 hp

Program och/eller kurs: OM7820

# Sammanfattning

**Bakgrund:** Förmaksflimmer (FF) är den vanligaste hjärtrytmrubbningen hos vuxna och ett växande problem av epidemisk karaktär. FF är en sammansatt och komplicerad sjukdom med svåra konsekvenser som följd och av denna anledning behöver vården erbjuda stöd och behandlingsalternativ som motsvarar denna komplexitet. Sjukvården har gjort stora framsteg i behandlingen av FF. De fyra pelarna; riskfaktorhantering, antikoagulationsbehandling, frekvenskontroll och rytmkontroll med ett fundament bestående av utbildning och engagemang, är alla lika viktiga för en framgångsrik behandling. Vården står idag inför nya utmaningar med ökade behov samtidigt som tillgången till resurser är begränsade. Här har sjuksköterskan en viktig roll att fylla.

**Syfte och frågeställningar:** Att identifiera interventioner riktade till patienter med förmaksflimmer där sjuksköterskor är involverade, självständigt eller i team.

1. Vilken medverkan/funktion/roll har sjuksköterskor i vård och behandling av patienter med förmaksflimmer?

2. Vilka är effekterna av dessa interventioner?

**Metod:** En systematisk litteraturstudie bestående av nio artiklar med kvantitativ ansats av hög eller medelhög kvalitet analyserades enligt Bettany-Saltikov & Mc Sherry (2016). Resultatet presenterades i tabellform och i beskrivande text.

**Resultat:** Sjuksköterskans olika roller definierades såsom medverkande i team, i samarbete med andra professioner, i en koordinerande funktion samt inom ramen för egenledda mottagningar. Sex interventioner framträdde: *sjukdomsspecifik utbildning, hälsoråd och egenvård, undersökningar och kontroller, psykosocialt stöd, översyn och justering av läkemedel samt digitala verktyg för beslutsstöd*. Sammanfattningsvis sågs att en samvariation av utbildning, hälsoråd och psykosocialt stöd gav signifikanta effekter på livskvalitet följsamhet till guidelines och specifik sjukdomskunskap. När det gällde incidensen för sjukhusinläggningar och död var denna signifikant lägre i några av interventionsgrupperna, vilket med viss osäkerhet kunde tillföras sammansättningen av utbildning, hälsoråd, egenvård och psykosocialt stöd. Avseende sjukhusinläggning och död verkade dessa interventioner inte ge någon förbättring eller vara sämre

**Slutsats:** Resultatet har visat att när sjuksköterskor är involverade i vården blir resultatet lika bra eller bättre än vid tidigare given vård.

**Kliniska implikationer:** individanpassad patientutbildning, riskfaktormodifiering och egenvårdskunskap samt att sprida kunskap för bättre följsamhet till guidelines i vården.

Nyckelord: sjuksköterskeledd, förmaksflimmer, patientutbildning, egenvård, följsamhet till guidelines

# Abstract

**Background:** Atrial fibrillation (AF) is the most common heart rhythm disorder in adults and a growing problem of an epidemic nature. AF is a complex and complicated disease with severe consequences as a result, and for this reason health care requires to offer support and treatment options that corresponds to this complexity. Healthcare has made great strides in the treatment of AF. The four pillars; risk factor management, anticoagulation treatment, frequency control and rhythm control with a foundation consisting of education and commitment, are all equally important for successful treatment. Healthcare today faces new challenges with increased needs while access to resources is limited. Here, the nurse has an important role to play.

**Aims and issues:** To identify interventions aimed at patients with atrial fibrillation in which nurses are involved, independently or in teams, and its effects on disease-specific knowledge, self-care and quality of life.

1. What participation/function/role do nurses have in the care and treatment of patients with atrial fibrillation?

2. What are the effects of these interventions?

**Method:** A systematic literature study consisting of nine articles with a quantitative approach of high or medium quality was analyzed according to Bettany-Saltikov & McSherry (2016). The results were presented in tabular form and in descriptive text.

**Results:** Six interventions resulted in three headings: *Patient education, Psychosocial support, Review and adjustment of drugs and examinations*. The nurse has a person-centered and holistic perspective, which means seeing the person behind the patient as an individual with a history, identity, an ability to take initiative and feel responsible and involved. With the introduction of *Integrated care*, the opportunity is seen for more individualized and cohesive care.

**Conclusion:** The results have shown that when nurses are involved in care, the results are as good or better than with previously given care.

**Clinical implications:** individualized patient education, risk factor modification and self-care knowledge, as well as spreading knowledge for better compliance with guidelines in care.

Keywords: nurse-led, atrial fibrillation, patient education, self-care, adherence to guidelines.

# Innehållsförteckning

Innehållsförteckning .....	5
Förord .....	1
Inledning.....	1
Bakgrund .....	1
Uppkomst och riskfaktorer .....	1
Behandling och prevention .....	2
Livskvalitet .....	4
ESC guidelines och Integrated Care eller Nära vård.....	5
ESC guidelines .....	5
Integrated Care eller Nära vård.....	5
Teoretiska utgångspunkter.....	7
Symtom och tecken.....	7
Personcentrering .....	8
Problemformulering .....	9
Syfte .....	9
Frågeställningar.....	9
Metod .....	9
Urval .....	10
Datainsamling.....	10
Dataanalys .....	13
Etiska överväganden.....	13
Risk/nytta analys.....	13
Resultat.....	14
Sjuksköterskans roll.....	15
Uppföljning i interventionerna .....	15
Artikel.....	18
Sjukdomsspecifik utbildning .....	18
Artikel.....	19
Interventioner.....	20
Sjukdomsspecifik utbildning .....	20

Hälsoråd, individuella hälsomål och egenvård .....	20
Undersökningar och kontroller .....	20
Psykosocialt stöd.....	21
Översyn och justering av läkemedel .....	21
Digitala verktyg för beslutsstöd .....	21
Effekter .....	21
Diskussion .....	23
Metoddiskussion .....	23
Resultatdiskussion .....	24
Sjuksköterskans roll .....	24
Patientutbildning .....	25
Psykosocialt stöd.....	26
Översyn och justering av läkemedel samt undersökningar.....	27
Slutsats .....	29
Referenslista .....	30

## Förord

Vi vill tacka vår handledare och läromästare Åsa Axelsson som har hjälpt och stöttat oss med vårt examensarbete. Det har varit både givande och roliga stunder att minnas.

## Inledning

Förmaksflimmer är den vanligaste hjärtrytmrubbningen hos vuxna. Det är ett växande problem i världen som ibland anses vara av epidemisk karaktär och förväntas fortsätta att öka i omfattning. Förmaksflimmer påverkar samsjuklighet och dödlighet allvarligt, vilket innebär ett stort lidande för patienter och en kostsam belastning för hälso- och sjukvården världen över. Förmaksflimmer är en sammansatt och komplicerad sjukdom med svåra konsekvenser som följd, och av denna anledning behöver vården erbjuda stöd och behandlingsalternativ som motsvarar denna komplexitet.

Sjuksköterskor står idag inför nya utmaningar med ökade behov av vård samtidigt som tillgången till resurser är begränsad. Sjuksköterskans profession utgår från ett holistiskt synsätt och vilar på både omvårdnads- och medicinsk kunskap och har därför en kompetens som lämpar sig väl för att medverka till och förbättra vården för dessa patienter. Den kompetens som finns hos sjuksköterskan skulle kunna ha stor betydelse i utvecklandet av sätt att förbättra vården för patienter med förmaksflimmer. Det är därför viktigt att sjuksköterskan också utvecklar evidensbaserad omvårdnadsforskning och stärks i tron på den egna förmågan och känner trygghet i professionens bärighet till gagn för dessa patienter.

## Bakgrund

Mer än 33 miljoner människor globalt, bedöms enligt American Heart Association (AHA) 2020 vara diagnostiserade med förmaksflimmer (FF) (Chung et al., 2020). I Europa beräknades fram tills nyligen att en av fyra personer över 55 år riskerar att drabbas av FF, en beräkning som idag har reviderats till en av tre personer (Hindricks et al., 2020). Dilaveris och Kennedy (2017) uppger att fem miljoner människor insjuknar i FF varje år världen över. Risken att drabbas av FF ökar med stigande ålder och är förbunden med bl.a. risk för stroke, hjärtsvikt och demens (Dilaveris & Kennedy., 2017) vilket kräver enorma resurser och resulterar i höga kostnader i samband med vård på sjukhus (Chung et al., 2020; (Dilaveris & Kennedy., 2017) Du et al., 2017; Hindricks et al., 2020; Rusch et al., 2019). Kostnader för primärvård är lägre för denna patientgrupp och detta faktum gör att det anses behövas nya ansatser och en ny plan för vård- och behandling av FF (Martignani et al., 2020).

I utvecklandet av nya vårdmodeller för att hantera FF åberopas förutom samverkan inom vårdens organisation, också ett tvärprofessionellt samarbete (Lau et al., 2017). Sjuksköterskan omnämns i dessa sammanhang utgöra en självklar och viktig del i arbetet genom att exempelvis utbilda patienter om sjukdomsspecifik kunskap, påverkande av livsstilsfaktorer och egenvård med målet förbättrad livskvalitet (Lau et al., 2017; Martignani et al., 2020).

## Uppkomst och riskfaktorer

Förutom stigande ålder finns också kända bakomliggande riskfaktorer för förmaksflimmer. Dessa är till en del knutna till livsstil såsom fysisk inaktivitet, stress, hög alkoholkonsumtion,

övervikt, stor kroppsytta, sömnapné, hypertoni, ischemisk hjärtsjukdom och diabetes. Viktigt att nämna är också att högintensiv och uthållig cirkulationsträning innebär en ökad risk att utveckla FF (Hindricks et al., 2020; Lau et al., 2017).

En förmaksflimmer-episod utlöses ofta av en s.k. ”trigger”, ofta ett extraslag vid lungvensmyningarna i vänster förmak. Ett elektriskt kaos uppstår i förmaken som överleds till hjärtats kammare via AV-noden vilket ofta ger en snabb och oregelbunden rytm. Detta i sin tur leder till att hjärtats pumpförmåga försämras, tillfälligt eller under längre tid. Vid förmaksflimmer ses elektrofysiologiskt orsakad strukturomvandling, remodellering, i vänster förmak vilket med tiden också blir förstorat. (Iwasaki et al., 2011; Stritzke et al., 2009) Ofta ses en progress från korta episoder av förmaksflimmer som efter hand blir mer ihållande och slutligen permanentas. Under förmaksflimmer ses elektrofysiologiska förändringar redan efter några dygn och vid återgång till sinusrytm normaliseras förmaks strukturer och storlek successivt. Förmaksflimmer indelas i paroxysmalt förmaksflimmer med återkommande episoder som avstannar spontant, persisterande förmaksflimmer som pågår mer än sju dygn och bryts med farmakologisk behandling eller regularisering och slutligen permanent förmaksflimmer, vilket innebär att patient och läkare är överens om att inga åtgärder vidtas för att återställa ett långvarigt, persisterande förmaksflimmer. (Iwasaki et al., 2011; Lau et al., 2017; Stritzke et al., 2009).

## Behandling och prevention

Sjukvården har gjort stora framsteg i behandlingen av FF. Här följer en kort resumé av den behandling som är aktuell idag.

Antikoagulationsbehandling är en viktig komponent i farmakologisk behandling och bedöms utifrån CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc (clinical stokerisk score) som rekommenderar antikoagulationsbehandling vid mer än två poäng som strokeprevention (se figur1).

Antikoagulationsbehandling ger en ökad blödningsrisk varför HAS-BLED skalan tagits fram. Mer än tre poäng indikerar försiktighet i antikoagulationsbehandlingen och tätare översyn och kontroller (Lane & Lip, 2012).

CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc	Score	HAS-BLED	Score
Congestive heart failure	1	Hypertension (systolic blood pressure >160 mm Hg)	1
Hypertension	1	Abnormal renal and liver function* (1 point each)	1 or 2
Age ≥75 y	2	Stroke	1
Diabetes mellitus	1	Bleeding tendency/predisposition*	1
Stroke/TIA/TE	2	Labile INRs (if on warfarin)*	1
Vascular disease (prior MI, PAD, or aortic plaque)	1	Elderly (eg, age >65 y)	1
		Drugs or alcohol (1 point each)*	1 or 2
Aged 65 to 74 y	1		
Sex category (ie, female sex)	1		
Maximum score	9	Maximum score	9

Figur 1. CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc och HAS-BLED skalor, Lane & Lip, 2012, s. 861.

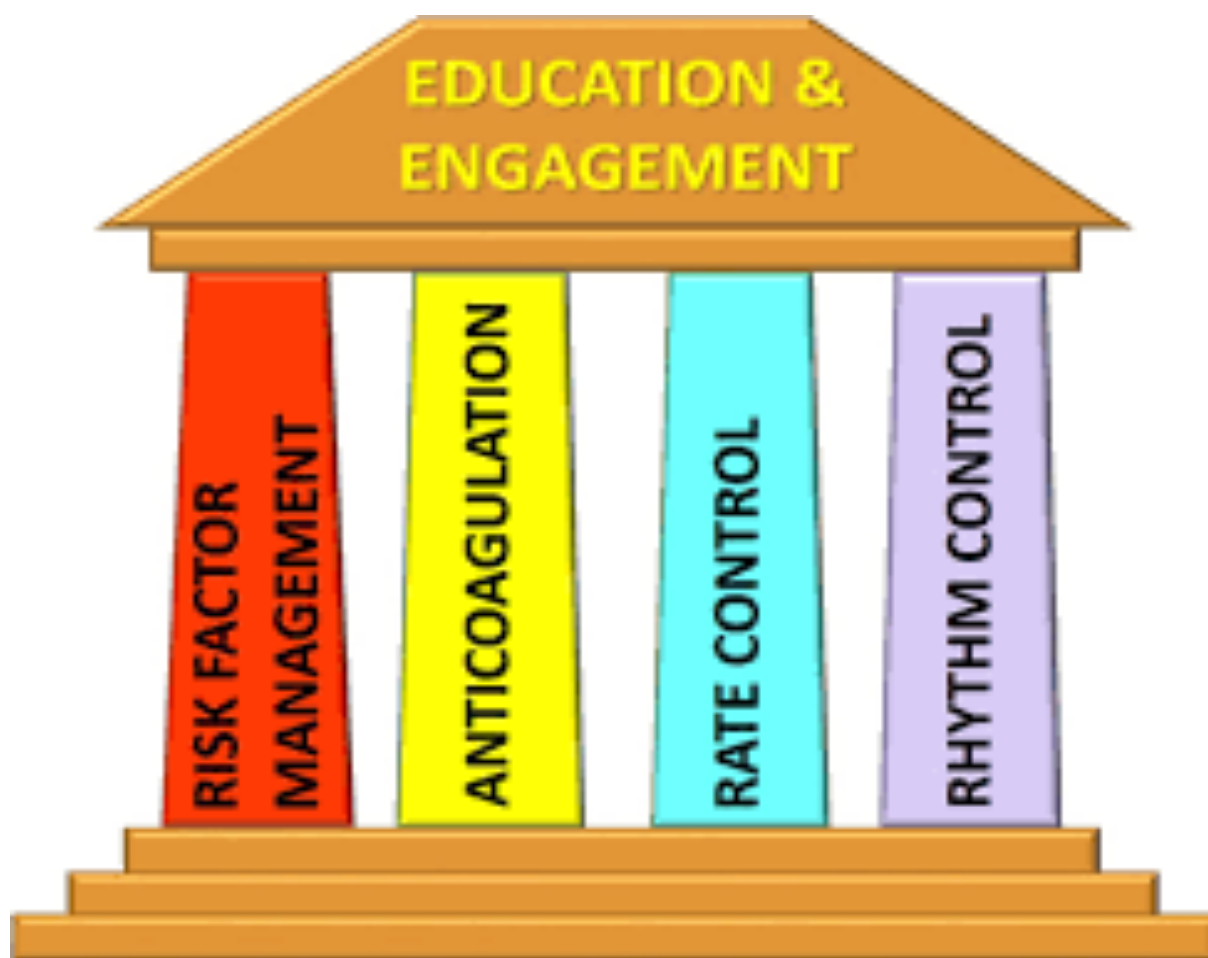
Betablockad används främst i frekvensreglerande eller flimmer-förebyggande syfte. Därefter kommer de antiarytmiska läkemedlen. Deras användningsområden utgår från specifika elektrofysiologiska behov, och eftersom de också har proarytmiska biverkningar vid alla strukturella hjärtsjukdomar är de inte vanligt förekommande i hjärtsjukvården, utan aktuella



bara för ett fåtal patienter (Insulander & Jensen-Urstad, 2015). Elektrofysiologisk, d.v.s. intrakardiell kateterburen undersökning, har använts sedan 1970-talet och möjlighet till ablationsbehandling har funnits sedan 1980-talet och är idag rekommenderad som en första åtgärd vid förmaksarytmier. Kirurgisk behandling är aktuell vid svår symtomatologi eller i samband med annan hjärtkirurgi då patienten behandlas för förmaksflimmer, och i arsenalen finns också pacemakerbehandling (Insulander & Jensen-Urstad, 2015).

Omhändertagandet av FF-patienter genomgår ständiga förändringar och hantering av påverkbara riskfaktorer ses numera som en viktig del av behandlingen. För att minska arytmier och flimmerbörda anses förebyggande åtgärder vara av största vikt. Forskning har också visat att livsstilsförändringar och hantering av de påverkbara riskfaktorerna har lett till minskade symtom och en ökad livskvalitet (Du et al., 2017; Rusch et al., 2019).

Ett allt större fokus läggs på att besvara frågor kring riskfaktor-behandling vid FF och hur sjukvården på bästa sätt ska stötta dessa patienter till livsstilsförändringar (Chung et al., 2020; Lau et al., 2020). Ett förändrat synsätt förespråkas i vilket riskfaktorer ges ett lika stort värde som det som tidigare ansågs vara FF-behandlingens tre pelare, det vill säga antikoagulationsbehandling, frekvenskontroll och rytmkontroll. Riskfaktormodifiering beskrivs vara den fjärde pelaren som kompletterar tidigare behandlingsstrategier (Chung et al., 2020; Lau et al., 2020). De fyra pelarna med ett fundament bestående av utbildning och engagemang, är alla lika betydelsefulla för en framgångsrik behandling, vars målsättning är att öka livskvaliteten hos patienter med FF (Chung et al., 2020; Lau et al., 2020). (Se Figur 2).



Figur 2. De fyra pelarna vid behandling av förmaksflimmer, Lau et al., 2017, s.592.

## Livskvalitet

I vården av patienter med FF hamnar fokus ofta på medicinsk behandling, organisation och kostnader. Patientrelaterade frågor, som hur de drabbade personerna mår, tolererar sin behandling och hanterar sin vardag tas inte i beaktande på samma sätt (Stridsman et al., 2019). Patienter med FF upplever ofta låg livskvalitet och det är väl känt att en del patienter har handikappande symtom, samtidigt som andra knappt har några symtom alls. Patienter med FF kan känna sig begränsade både i yrkeslivet och på sin fritid (Stridsman et al., 2019). FF kan bl.a. ge fatigue och oro, vilket hindrar personen från att leva livet fullt ut och får dem att ge upp åtaganden (Malm et al. 2018). Att inte veta när nästa FF-episod kommer skapar otrygghet och de känner osäkerhet och stress kring sin sjukdom, mer än vid många andra sjukdomar (Stridsman et al., 2019). Ängest och en känsla av att sakna kontroll har stor inverkan på livskvaliteten och många patienter skapar strategier för att hantera sin sjukdom (Malm et al., 2018; Stridsman et al., 2019). De lägger mycket tid och energi på att söka information, kontakta vårdgivare och på att identifiera faktorer som kan påverka arytmi-problematiken. Även närstående berörs negativt p.g.a. oro, osäkerhet och brist på kontroll och det är något vården anses behöva ta i beaktande (Stridsman et al., 2019).

## ESC guidelines och Integrated Care eller Nära vård

I följande avsnitt presenteras två utgångspunkter som är centrala för vård- och behandling av patienter med FF. En av dessa är ESC-guidelines som ligger till grund för behandlingsstrategier. Den andra är Integrated Care eller Nära Vård, som är ett koncept för ett helhetstänkande för hur vård kan organiseras.

### ESC guidelines

European Society of Cardiology (ESC) är ett europeiskt, tvärprofessionellt sällskap som forskar och sprider evidensbaserad kunskap om hjärt-kärlsjukdomar för att främja bästa vård för patienterna. De utarbetar bland annat guidelines som ger utrednings- och behandlingsråd för olika diagnoser, som exempelvis “2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association of Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)”. Arbetet är ideellt och sällskapet har medlemmar över hela världen.

ESC guidelines 2020 rekommenderar bl.a. följande för patienter med FF:

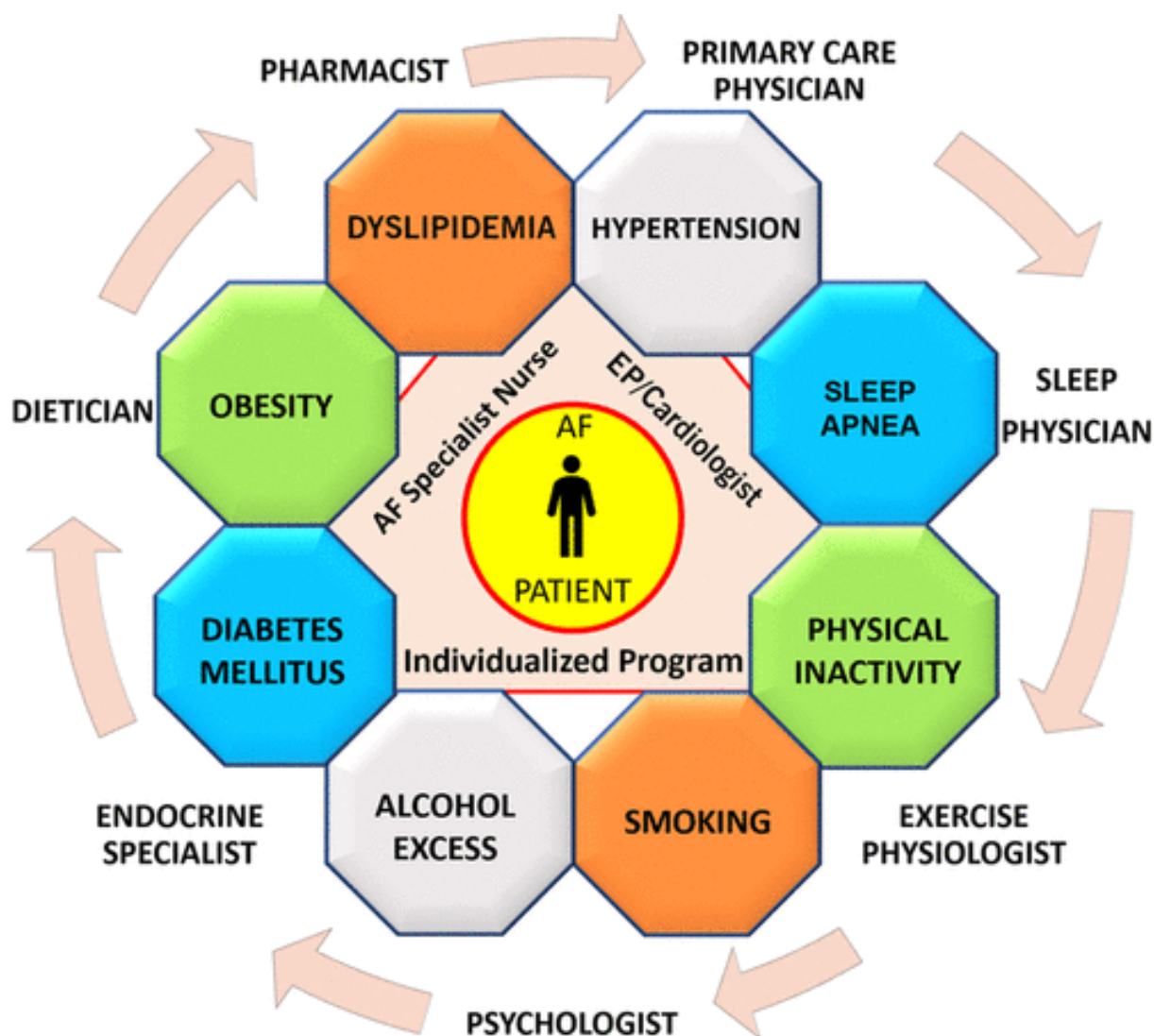
- Tidig intervention av livsstil och riskfaktor-hantering med uppföljningar som avser att bedöma graden av symtom och påverkan på dagligt liv och livskvalitet.
- Screening, diagnostik och specifika bedömningar såsom EKG, långtids-EKG, blodanalyser, UCG m.m.
- Antikoagulationsbehandling
- I särskilda fall elkonvertering, för symtombedömning eller inför ablationsbehandling.
- Elkonvertering, antiarytmika och ablationsbehandling utifrån bibehållen sinusrytm där särskild hänsyn tas till kvinnor pga. ökad risk för stroke och andra komplikationer.
- Förespråkar integrerad vård av FF.
- Information och utbildning för både vårdprofessionen och patienter.
- Rekommendationer gällande fysisk träning.

(Hindricks et al., 2020).

### Integrated Care eller Nära vård

För patienter med förmaksflimmer kan vårdkontaktarna bli många pga. symtomens art och komplexitet vilket skulle kunna innebära sämre möjligheter för hälsa och god livskvalitet. Det finns därför anledning att här knyta an till den vård- och organisationsstruktur som allmänt benämns *Integrated care (IC)*. *IC* är ett koncept för nya vård- och organisationsmodeller som används allt mer runt om i världen och föreslås vara en utformning för utveckling av hälso- och sjukvård i ett samhälle med en allt mer åldrande befolkning som ofta också har flera kroniska sjukdomar (Sveriges kommuner och regioner (SKR), 2020).

WHO beskriver *IC* som ett koncept där insatser, hantering och organisering av tjänster relaterade till diagnos, behandling, vård, rehabilitering och hälsofrämjande samlas. *IC* är ett sätt att förbättra tjänster i förhållande till tillgång, kvalitet, användarnöjdhet och effektivitet” (WHO, 2020).



Figur 3. Modell för Integrated Care eller Nära vård, Chung., et al, 2020, s.21.

I Sverige eftersträvas förverkligande av dessa intentioner genom införandet av s.k. *Nära vård*, vilket både är ett förhållningssätt och ett arbetssätt. En överenskommelse finns mellan staten och SKR om att genomföra en stegvis implementering i hela landet, för sammanhållen vård och personcentrering, med start 2020. Syftet är att skapa jämlik vård med hög kvalitet i hela landet. Detta innebär ett förändrat arbetssätt när det gäller hälsa, vård och omsorg och ett nationellt kunskapsstöd är framtaget. Det är av stor betydelse att arbeta över traditionella gränser, kommunicera och verka aktivt i förebyggande syfte. Målsättningen är en samverkan mellan kommuner och regioner för jämlik hälsa, trygghet och autonomi vilket grundas i ett ömsesidigt ansvarstagande och förtroende. Uppmärksamheten riktas från organisation, till person och relation. Från personen som passiv mottagare till en aktiv medskapare och från isolerade vård- och omsorgsinsatser till samordning utifrån personens önskemål och behov. Patienten ska medverka i beslut om vård och behandling och överföra kunskap och erfarenheter om sig själv till medarbetare i vården (SKR, 2020).

Med *Nära vård* ges goda förhoppningar om att utveckla ett standardiserat omhändertagande i enlighet med rådande guidelines för förmaksflimmer.

## Teoretiska utgångspunkter

### Symtom och tecken

Symtomen vid FF varierar på så sätt att vissa patienter inte upplever några symtom alls, medan andra upplever symtom som är oerhört begränsande. Vanliga, besvärande symtom är obehag i bröstet, trötthet, fatigue och andfåddhet vid aktivitet. Ångest i varierande grad förekommer också (Stridsman et al., 2019, Wynn et al., 2014).

Symtom definieras som subjektiva upplevelser av sjukdom eller *illness*. Benämningen *illness* betonar vikten av hur ohälsan påverkar en persons liv. När symtom uppstår förändras kroppsmidvetenheten, och funktioner som tidigare skett obemärkt kräver medveten ansträngning. Hur en person reagerar på symtom kan bero på psykologiska-, beteende-, psykosociala- och kulturella faktorer, och personens erfarenheter av sjukdom (Dodd et al., 2001; Wallström & Ekman, 2018). Symtom har en stor inverkan på människors välbefinnande, och kan dessutom prognostisera sjukhusinläggningar, dödlighet och långtidsöverlevnad bättre än kliniska tecken vid vissa diagnoser som exempelvis hjärtsvikt och ischemisk hjärtsjukdom (Wallström & Ekman, 2018). ESC- guidelines rekommenderar att valet av behandlingsstrategi ska styras av patientens symtom och symtomskattning utifrån European Heart Rhythm Association (EHRA) symptom scale, se figur 4. Vid oklarheter ska symtom utredas för att inte missa annan allvarlig sjukdom som bakomliggande orsak (Hindricks et al., 2020; Wynn et al., 2014).

## Modified EHRA symptom scale

Modified EHRA score	Symptoms	Description
1	None	AF does not cause any symptoms
2a	Mild	Normal daily activity not affected by symptoms related to AF <sup>a</sup>
2b	Moderate	Normal daily activity not affected by symptoms related to AF, but patient troubled by symptoms <sup>a</sup>
3	Severe	Normal daily activity affected by symptoms related to AF
4	Disabling	Normal daily activity discontinued

Recommendation	Class <sup>a</sup>	Level <sup>b</sup>
Use of the modified EHRA symptom scale is recommended in clinical practice and research studies to quantify AF-related symptoms.	I	C

ESC 2016 guidelines

Figur 4. EHRA symtomskala, Kirchhof et al., 2016, s. 2906.

Tecken ses som objektiva markörer på sjukdom eller *disease* och bedöms därför vanligen som mer trovärdiga. Tecken går ofta att mäta, exempelvis i form av blodtryck, biokemiska

markörer i blodet eller EKG-förändringar (Wallström & Ekman, 2018). Det är emellertid inte alltid så att de tecken en person uppvisar överensstämmer med symtomen personen upplever. Utvärdering av behandling vid förmaksflimmer kan tex. inte enbart mätas med en objektiv markör som EKG, då det kan vara skillnad mellan vad EKG visar och hur patienten faktiskt mår (Stridsman et al., 2019). Enligt Wallström & Ekman (2018) har sjuksköterskor och läkare delvis olika syn på tecken och symtom i sin kliniska bedömning. Läkare bedömer oftare tecken på sjukdom och sjuksköterskor ser mer till patientens subjektiva upplevelser, vilket kan hänga samman med forskningstraditioner och hur innehållet i utbildningen ser ut. För att ge bästa möjliga vård vid förmaksflimmer är det viktigt att lyssna på patienten, ta hänsyn både till symtom och tecken och hur dessa påverkar personens vardag. Genom ett mer personcentrerat förhållningssätt blir detta möjligt (Stridsman et al., 2019; Wallström & Ekman, 2018).

### Personcentrering

Många patienter med FF upplever att de är dåligt informerade och känner osäkerhet kring sin diagnos och behandling (Stridsman et al., 2019). Detta trots att guidelines rekommenderar att patienterna ska involveras i vården, erbjudas utbildning och hänsyn ska tas till den enskildes behov (Hindricks et al., 2020; Stridsman et al., 2019).

Kristensson Ugglå (2020) beskriver några av de hinder som patienter möts av i hälso-och sjukvården genom "patientens trefaldiga underläge" (2020, s.58): det *institutionella underläget* där patienten befinner sig långt ner i en hierarkisk sjukvårdsorganisation, det *existentiella underläget* på grund av den utsatta situation som en sjuk patient befinner sig i och det *kognitiva underläget* med ett kunskapsunderläge gentemot sjukvårdspersonalen. Dessa underlägen skapar svårigheter för patienten som inte känner sig sedd som en person eller tagen på allvar, men också svårigheter för personal att möta patienten som en person i en värld där det naturvetenskapliga synsättet dominerar. I spåret av den medicinska, naturvetenskapligt orienterade vetenskapens framsteg och utveckling tenderar den vetenskapliga synen på människan att ta över. Den blir opersonlig och personen ses allt mer att bli ett objekt. Som motvikt till detta ser människan sig själv som en individ med en historia, identitet, förmåga att ta initiativ, känna ansvar och delaktighet (Kristensson Ugglå, 2020).

Det talas om två kunskapskulturer, det naturvetenskapliga synsättet som står i kontrast mot ett fenomenologiskt livsvärldsperspektiv, vilket kortfattat grundar sig i Edmund Husserls (1859–1938) livsvärldsteori och Merleau Pontys (1908–1961) tankar om människans grundläggande livsvärldsteman och de fyra existenserna. Dessa består av den levda kroppen, mänskliga relationer, det levda rummet och den levda tiden och hur dessa existenser inte går att separera från varandra. Personen är kroppen och genom kroppen framträder vårt kroppsliga engagemang i världen och blir den synliga delen av oss själva och den synliga delen av våra intentioner (Kristensson Ugglå, 2020; McCormack-McCance 2017). Kropp och psyke är oskiljbara och tätt sammanslingrade och skapar därigenom en sammansatt helhet (McCormack-McCance 2017).

En utmaning för hälso-och sjukvården är hur klyftan mellan det naturvetenskapliga synsättet och det fenomenologiska synsättet ska kunna överbryggas (Kristensson Ugglå, 2020). Patienterna behöver kunskap och information för att kunna ta ansvar och vara delaktiga. Patienten är experten på sig själv och sjukvården är experten på sjukdomen, och båda delarna

är lika viktiga. I all vård och behandling är vikten av respekt för personen central vilket ger sig tillkänna genom en ömsesidig respekt, självbestämmande och förståelse för personen (McCormack-McCance, 2017).

## Problemformulering

Förmaksflimmer är den vanligaste hjärtrytmrubbningen hos vuxna och risken att drabbas ökar med stigande ålder. Sjukdomen utgör en börda för patienter och sjukvården i hela världen och det spås en ökning i framtiden, som av vissa benämns som en epidemi, med stort lidande för den enskilde och med stora kostnader som följd. En stor del av patienterna upplever dålig livskvalitet, stark stress och begränsningar i sin vardag. De varierande symtomen, och förhållandet att förmaksflimmer leder till, eller påverkar annan sjuklighet såsom t.ex. stroke och hjärtsvikt, visar hur komplex sjukdomen är. Förmaksflimmer påverkar livskvalitet och dagligt liv med stor variation och har fram tills ganska nyligen främst setts som en riskfaktor, eller komplikation till andra sjukdomar och inte som en sjukdom i sig. En ökad uppmärksamhet bör därför riktas mot förmaksflimmer och mer forskning behövs inom detta fält. Den medicinska behandlingen har rönt stora framsteg med antiarytmika, antikoagulationsbehandling och ablationer. De sista åren har också riskfaktorers betydelse för prognos och symtombörda uppmärksamats mer. Det talas om ett paradigmskifte i behandlingen av förmaksflimmer. De tre pelarna i behandlingen som tidigare bestod av rytmkontroll, frekvenskontroll och antikoagulationsbehandling har nu utökats med en fjärde pelare, riskfaktormodifiering. De fyra pelarna ska ses som lika betydelsefulla för en framgångsrik behandling.

Även om sjuksköterskors utbildning och roll ser olika ut i olika länder har sjuksköterskor överlag blivit allt viktigare för att klara de ökade behovet vid all vård och behandling. I ett tvärprofessionellt framtida samarbete kring patienter med förmaksflimmer skulle sjuksköterskan, med sin specifika profession som utgår från omvårdnad utgöra en viktig del. Det är därför angeläget att undersöka hur sjuksköterskans roll kan utvecklas och vilka sjuksköterskeinsatser som ger positiva effekter i vård och behandling av patienter med förmaksflimmer.

## Syfte

Att identifiera interventioner riktade till patienter med förmaksflimmer där sjuksköterskor är involverade, självständigt eller i team.

## Frågeställningar

1 Vilken medverkan/funktion/roll har sjuksköterskor i vård och behandling av patienter med förmaksflimmer?

2 Vilka är effekterna av dessa interventioner?

## Metod

För att uppfylla uppsatsens syfte genomfördes en systematisk litteraturstudie (SR). Metoden ger en bra överblick för att sammanfatta kunskapsläget för den forskning som finns inom området (Bettany-Saltikov & Mc Sherry, 2016; Polit & Beck, 2016; SBU,2017). För att ge transparens genom hela forskningsprocessen följts metodens protokoll. Initialt finns syftet

och de specifika frågeställningarna som urskiljs och besvaras genom resultatet. Databasinsamling, kvalitetsgranskning, och en analys av innehållet görs utifrån tydliga inklusions- och exklusionskriterier vilket är ett krav. I omvårdnadsforskning och annan forskning inom sjukvården tillämpas metoden för att skapa evidens i omvårdnadsfrågor och kliniska tillämpningar. Utfallet ligger också till grund för att bedöma t.ex. nya metoders nytta i förhållande till risker och medföljande kostnader. Metoden är därför vanlig för att skapa underlag för beslutsfattande i hälso- och sjukvården (Bettany-Saltikov & McSherry 2016; Polit & Beck, 2016; SBU, 2017).

## Urval

I enlighet med metoden för SR genomfördes databasinsamling på följande sätt: Initialt i databasinsamlingsprocessen preciserades frågorna och urvalskriterier fastställdes. Frågan/frågorna preciseras genom exempelvis PICO- eller PEO systemet. En väl genomarbetad PICO/PEO är ett hjälpmedel för att ta fram inklusions- och exklusionskriterier och ger större möjligheter till en specifik litteratursökning. För denna studie användes PICO-modellen där P står för Population, I för intervention C för comparison O för outcome (Bettany-Saltikov & Mc Sherry, 2016; Polit & Beck,2016; SBU, 2017).

- P Vuxna patienter med förmaksflimmer
- I Sjuksköterskeledda interventioner
- C Rutinvård/standardvård
- O Sjukdomsspecifik kunskap, egenvård och livskvalitet.

Inklusionskriterier för artiklar till aktuellt arbete:

- Vetenskapliga originalartiklar från 2010 - 2020
- Artiklar skrivna på engelska
- Artiklar med hög eller medelhög kvalitet
- Artiklarna, peer-reviewed och godkända av etiska kommittéer
- Endast kvantitativa artiklar inkluderades
- Artiklar där deltagarna var över 18 år med förmaksflimmer
- Interventioner där sjuksköterskor medverkade

Exklusionskriterier:

- Review-artiklar
- Artiklar baserade på studier som höll låg kvalitet
- Artiklar som inte fanns att tillgå i fulltext
- Studier där inte sjuksköterskor deltog vid interventioner
- Pilotstudier och studieprotokoll utan slutresultat

## Databasinsamling

Inför databas-sökningarna konsulterades bibliotekarie som också bistod med handledning. Som ett första steg i databasinsamlingen gjordes testsökningar i Google Scholar och PubMed och CINAHL för att undersöka valda sökord, omfattningen av förväntad sökmängd, för ämnet relevanta termer och för att avgöra om frågeställningen var tillräckligt avgränsad. En ny sökning för att fånga ämnet förmaksflimmer med inriktning mot sjuksköterskeinterventioner gjordes med sökorden (atrial fibrillation OR Auricular Fibrillation) AND (Patient Education



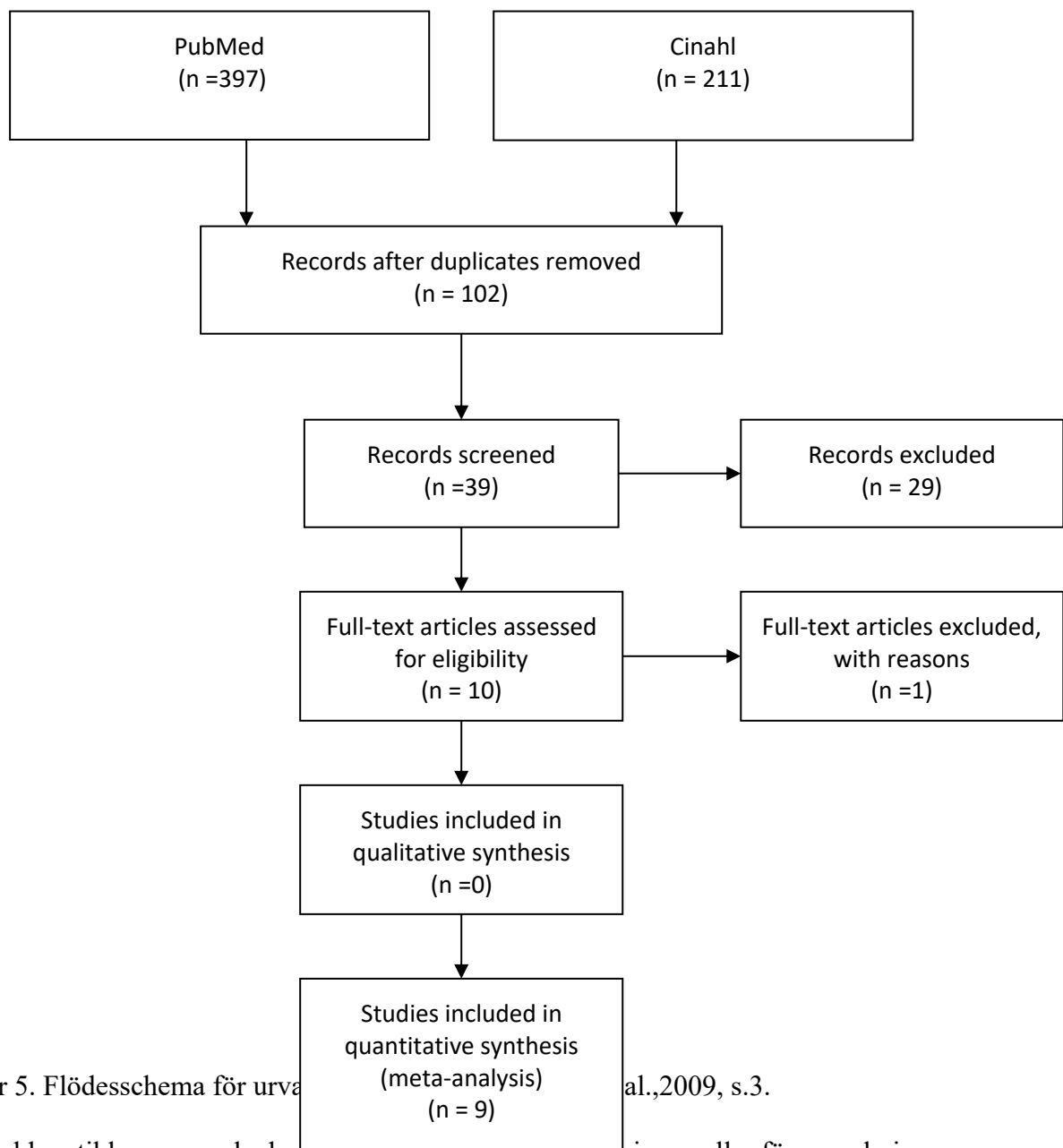
OR Knowledge Management OR Patient Compliance OR Patient Adherence) vilket gav 1766 träffar. Därefter förfinades sökorden.

Artiklar söktes i databaserna PubMed och Cinahl vilket rekommenderas vid omvårdnadsforskning (Bettany-Saltikov & Mc Sherry, 2016; Polit & Beck, 2016). Sökorden stämdes av mot termer i Svensk MeSH och CINAHL Headings. För att kombinera sökorden användes de booleska operatorerna AND och OR (Bettany-Saltikov & Mc Sherry, 2016; SBU, 2017). En asterisk användes och ersatte ändelser för att fånga alla variationer av sökordet enligt följande: Nurs\* and manage\* and atrial fibrillation or auricular fibrillation och förbättrades genom att ta bort manage till Nurs\* and atrial fibrillation or auricular fibrillation i PubMed vilket resulterade i 397 träffar varav 39 ansågs vara av intresse efter läsning av abstract. Dessa 39 artiklar genomlästes varefter 13 artiklar återstod. Av dessa var sex dubletter vilket resulterade i sju artiklar.

Dessa sökningar kompletterades med ytterligare fritextsökningar i PubMed och Google Scholar med variationer av sökorden Atrial fibrillation, Nurse, patient education och care. Detta gav 92 artiklar i Pub Med och 100 artiklar i Google Scholar varav tre artiklar valdes ut vilka var peer - reviewed men ännu inte blivit indexerade i MESH.

I CINAHL användes samma sökord; Nurs\* and manag\* and atrial fibrillation or auricular fibrillation som också här kom att förbättras genom att ta bort sökordet manag\* och istället använda intervention. Detta gav 211 artiklar vilka efter läsning av abstracts resulterade i 63 artiklar. Efter exklusion av artiklar som inte var relevanta för ämnet eller var dubletter återstod inga artiklar, d.v.s. noll (0) artiklar.

Slutligen valdes nio artiklar ut, baserade på 8 olika interventioner, se Figur 5. Hendriks et al. (2014) baseras på samma intervention som Hendriks et al. (2012), se bilaga 1 och 2.



Figur 5. Flödesschema för urval av studier till meta-analys (SBU, 2009, s.3).

De valda artiklarna granskades med SBU:s kvalitetsgranskningsmallar för granskning av kvantitativa studier: *Mall för kvalitetsgranskning av randomiserade studier* och *Bedömning av icke randomiserad interventionsstudie, retrospektiv och prospektiv ITT* (SBU, 2017).

## Dataanalys

Dataanalysen inleddes med flera genomläsningar av de valda nio artiklarna. Bettany-Saltikov & McSherry:s (2016) riktlinjer för analys av kvantitativa data följdes. Data extraherades som beskrev de olika interventionerna, studiernas metoder, deltagare och utfall utförda av sjuksköterskor, självständigt eller i team vilket redovisades i tabeller och beskrevs i text (se tabell 1). Därefter tabellerades studiernas resultat (se tabell 2). Olika områden identifierades som vilka slutligen kom att utgöra sex olika interventioner som namngavs med rubrikerna: *Sjukdomsspecifik utbildning, Hälsoråd och egenvård, Undersökningar och kontroller, Översyn och justering av läkemedel, Psykosocialt stöd och Digitala verktyg för beslutsstöd* (se tabell 1). Utöver dessa kategorier beskrivs också sjuksköterskans roll i de olika interventionerna. Analysen fortsatte genom reflektion över de olika interventionernas effekter och på så sätt kunde en sammanfattning och konklusion konkretiseras.

## Etiska överväganden

I allt vetenskapligt arbete ska etiska och sociala överväganden göras både inför och under arbetets gång. Enligt *Lag om etikprövning av forskning som avser människor* [SFS 2003:460] får forskning godkännas om de risker den kan orsaka för forskningspersonernas hälsa, integritet och säkerhet uppvägs av det vetenskapliga värdet (Etikprövningsmyndigheten, 2020). Att etiska överväganden genomförs ökar en studies trovärdighet (Bettany-Saltikov & McSherry 2016; Cöster 2014, Polit & Beck, (2016[2017])). Forskarens arbete styrs av regler och föreskrifter, men ytterst är det ändå den enskilde forskarens etiska ansvar att forskningen är moraliskt godtagbar och håller en hög kvalitet (CODEX, 2020; Etikprövningsmyndigheten, 2020). Enligt svensk lag regleras forskningsetiska frågor framförallt av *Lag om etikprövning av forskning som avser människor* [2003:460] (Etikprövningsmyndigheten, 2020) och *Personuppgiftslagen* [1998:204] (Personuppgiftslag, 2020).

Då föreliggande studie är en systematisk litteraturstudie behövdes inget etiskt godkännande, eftersom datainsamlingen baseras på befintlig litteratur, och inte utgör någon risk för individer. Däremot var det viktigt att det i de valda studierna fanns tydlig dokumentation om att etiska ställningstaganden och samtycke gjorts. För att säkerställa en god kvalitet i den systematiska litteraturöversikten följdes några av Vetenskapsrådets (2017) riktlinjer: Att tala sanning om uppgiften, inte plagiera andras resultat, öppet redovisa källor och hålla god ordning i arbetet genom dokumentation samt visa hur artiklar till litteraturöversikten hittats (Bettany-Saltikov & McSherry 2016; Polit & Beck, 2016[2017]); Vetenskapsrådet 2017).

Under arbetets gång har tankar och reflektioner kommit upp rörande etiska dilemman, vilka tas upp i resultatdiskussionen.

## Risk/nytta analys

Eftersom en systematisk litteraturstudie utfördes sågs ingen risk för den enskilde individen (Bettany-Saltikov & McSherry 2016; Polit & Beck, (2016[2017])); SBU, 2017). Innan ett forskningsprojekt startas är det dock av vikt att ta reda på om den forskningsfråga man har kan besvaras av redan befintlig forskning. Det sparar både mänskliga och ekonomiska resurser. I föreliggande arbete ses några viktiga nyttoaspekter. Det kan t.ex. vara att *förbättra*

*verksamheter och ge underlag till fortsatt kunskapssökande i ämnet* när evidensbaserade vårdprogram utvecklas för patienter med förmaksflimmer. Detta skulle gagna patienter på alla vårdnivåer. Vidare är det angeläget att förbättra sjukdomsspecifik kunskap och hälsolitteracitet hos den enskilde individen. Därigenom kan livskvaliteten förbättras hos dessa patienter vilket både minskar den enskilde personens lidande (Stridsman et al., 2019), och bidrar till ett mer hållbart samhälle med tanke på att resurser är ändliga och måste räcka till allt fler (Lau et al., 2020).

## Resultat

Resultatet i litteraturstudien bygger på nio artiklar med kvantitativ ansats av hög eller medelhög kvalitet. Sju randomiserade kontrollstudier (RCT), (Bowyer et al., 2017; Gallagher et al., 2020; Stewart et al., 2015; Hendriks et al., 2012; Hendriks et al., 2014; Wijtvliet et al., 2020) varav en av dessa är en randomiserad klusterstudie, (van den Dries et al. 2020). Därutöver två pre- posttest (Carter et al., 2016; Rivera-Caravaca et al., 2020.)

Deltagarna i studierna var alla vuxna över 18 år. Antalet deltagare varierade från 41 (Bowyer et al., 2017) till 1375 (Wijtvliet et al., 2020). Andelen män var överlag högre i samtliga studier. För information om respektive studie se Artikelmatris, Bilaga 3.

Studierna genomfördes på sjukhusens öppenvårdsmottagningar, i primärvård och i en av studierna genomfördes hembesök (Stewart et al., 2015). Genomförandelängd och uppföljningstider i studierna varierade mellan tre månader och fem år och tio månader. De genomfördes i Australien, Canada, Nederländerna, Nya Zeeland och Spanien. Utförligare information om uppföljningstider återkommer i Bilaga 3.

I alla studier handleddes sjuksköterskorna av allmänläkare eller kardiologer vilka hade det övergripande medicinska ansvaret. Sjuksköterskorna genomförde interventionerna som en del av ett team (Bowyer et al., 2017; van den Dries et al., 2020; Gallagher et al., 2020; Hendriks et al., 2012, 2014; Stewart et al., 2015; Wijtvliet et al., 2020) eller på helt sjuksköterskeledda mottagningar (Carter et al., 2016; Rivera-Caravaca et al., 2020).

Det som dokumenterades som standardvård varierade mellan studierna. van den Dries et al. (2020) beskriver det som en årsuppföljning hos kardiolog eller flimmersjuksköterska på specialistmottagningen på sjukhuset eller hos distriktsläkaren efter utremittering. Utöver det bokades besök vid behov när problem eller symtom uppkom (van den Dries et al., 2020). Stewart et al. (2015) hänvisar till internationella guidelines avseende vård och behandling med tillgång till medicinsk vård, sjukhusvård och läkemedelsbehandling i Australien, koordinerad av patientens familjeläkare i primärvården, som vid behov har kontakt med specialistläkare. I övriga studier beskrivs det som standardvård utan mer angivelse.

Sjuksköterskorna hade olika utbildningsnivåer och erfarenheter vilket dokumenterades på följande sätt:

- *Nurse experienced in arrhythmia management and interventional electrophysiology:* Sjuksköterska med erfarenhet av arytmihantering och elektrofysiologi (Bowyer et al., 2017).

- *Trained nurse in primary care*: Sjuksköterska med primärvårdsutbildning som fick en tre timmars utbildning om symtom och tecken på förmaksflimmer, hjärtsvikt, rytm- och frekvenskontroller, antikoagulationsbehandling samt de viktigaste rekommendationerna enligt guidelines (van den Dries et al., 2020).
- *Specialist nurse*: Specialistsjuksköterska (Hendriks et al., 2012). *Nurse specialist*: Specialistsjuksköterska (Hendriks et al., 2014). *Specialized nurse*: Specialist-sjuksköterska (Wijtvliet et al., 2020).
- *Nurse/AF-clinic nurse*: (Allmän)sjuksköterska som arbetar på FF-klinik (Carter et al., 2016). *Nurse*: (Gallagher et al., 2020)
- *Cardiac nurse with postgraduate training*: Hjärtspecialist-sjuksköterska med utbildning i motiverande samtal (MI) (Gallagher et al., 2020).
- *Nurses with specific training and experience in the management of AF*: Förmaksflimmer-utbildad sjuksköterska med specifik erfarenhet av förmaksflimmer hantering (Rivera-Caravaca et al., 2020).
- *Cardiac nurse with postgraduate training*: Hjärt-sjuksköterska med forskarutbildning ((Stewart et al., 2015).

## Sjuksköterskans roll

Sjuksköterskan var oftast en del i ett team och främst involverad i patientutbildning, rådgivning, medicinjustering, egenvård och att ge psykosocialt stöd (Bowyer et al., 2017; Gallagher et al., 2020; Rivera-Caravaca et al., 2020; Stewart et al., 2015; van den Dries et al., 2020; Wijtvliet et al., 2020). Initialt och i samband med studiestart genomförde sjuksköterskan också olika undersökningar och kontroller som låg till grund för utgångsläge för patienterna i studierna.

Flera av studierna genomförde sina interventioner på sjuksköterskeledda mottagningar (Carter et al., 2016; Hendriks et al., 2012; Hendriks et al., 2014; Rivera-Caravaca et al., 2020). I Stewart et al. (2015) sammanställde sjuksköterskan information om patientens situation och kliniska status och informerade det medicinska teamet för att optimera behandlingen. Sjuksköterskan kunde också ha en koordinerad funktion för att överföra dokumentation till sjukvårdskontakter, vilket kunde vara remisser, till primärvård, akutvård eller annan samhällsservice eller relevant kontakt. I van den Dries et al. (2020) är sjuksköterskans roll en del av ett team i Integrated care (IC) i primärvården.

## Uppföljning i interventionerna

Uppföljningen varierade mellan de olika studierna och bestod av telefonuppföljning, återbesök till mottagningen eller hembesök (Stewart et al., 2015) och ibland en kombination av mottagningsbesök, hembesök och telefonbesök. Telefonuppföljning kunde bestå av kortare samtal på fem till tio minuter och fokus låg då på patientens symtom, frågor rörande läkemedel, uppföljning av livsstilsförändringar och utgick från patientens behov (Bowyer et

al.,2017) Patienterna uppmanades också att höra av sig till sjuksköterskan om de hade några frågor (Bowyer et al., 2017; Hendriks et al., 2012,2014; van den Dries et al.,2020).

Bowyer et al. (2017) studerade en utbildningsintervention i anslutning till ablationsbehandling. Utbildningen gavs vid två tillfällen, i samband med inskrivning inför ablationen och innan utskrivning. Utbildningstillfällena var 30 min och därefter följde två uppföljande telefonsamtal, två veckor, en månad respektive tre månader efter ingreppet. Vid telefonuppföljningen låg fokus på patientens symtom, läkemedelsfrågor och livsstilsförändringar. Patienten hade möjlighet att ringa till sjuksköterskan vid frågor.

I studien av Gallagher et al. (2020) beskrevs ett fysiskt besök som bland annat bestod av FF-utbildning och läkemedelsgenomgång. Sjuksköterskorna använde ett elektroniskt verktyg för beslutsstöd. Riskfaktorer diskuterades och mål för livsstilsförändringar och egenvård sattes tillsammans med patienten med MI-inspirerade samtal. Resterande uppföljning var telefonsupport, tre till fyra samtal under en tremånadersperiod för att följa upp mål.

I Wijtvliet et al. :s studie (2020) ingick fyra återbesök det första året, var tredje månad och därefter årliga återbesök. Vid återbesöken gavs utbildning, blodtryck kontrollerades, EKG och psykosocialt stöd följdes upp och utbildning repeterades. Sjuksköterskorna använde ett elektroniskt verktyg för beslutsstöd.

I studien av Stewart et al. (2020) gjorde sjuksköterskan hembesök inom 7–14 dagar efter utskrivning för att bedöma varje patients omständigheter och möjligheter till egenvård ur ett helhetsperspektiv. Sjuksköterskan skulle även bedöma kliniskt status och rapportera till det medicinska teamet för val av behandling enligt guidelines. Efter det följde en kombination av upprepade hembesök, bokade återbesök till mottagning och telefonuppföljning.

Rivera -Caravaca et al. (2020) hade som mål att ge en mer patientcentrerad utbildning och vård där patienterna involverades och blev lyssnades på. Uppföljningen bestod av besök på kliniken var sjätte månad, och det blev upp till fyra besök. Patienterna tillfrågades om symtom, eventuella komplikationer och utbildning och vikten av antikoagulation upprepades. Behandlingen sågs över, samsjuklighet, livsstilsförändringar och egenvård följdes upp. Sjuksköterskorna använde sig av ”Be Guidelines Smart Toolkit” utvecklat av Association-of-Cardiovascular-Nursing and-Allied-Professionals (ACNAP), kortfattat beskrivet en checklista eller sammanfattning för att följa guidelines och även instruerande filmer (ACNAP/ESC., 2020). Patienterna fick information om att höra av sig via telefon vid behov.

I studien av Carter et al. (2016) studerades ett integrerat hanterande av FF-patienter. Patienterna följdes upp 48–72 h efter utskrivning från akuten med ett telefonsamtal av sjuksköterskan från FF-kliniken. Då bjöds patienterna in till grupputbildning och fick kontaktinformation. En strokeriskbedömning gjordes, symtom diskuterades och patienterna fick en kortare genomgång/info om FF. Därefter diskuterades patienten i teamet för att se över aktuella undersökningar, medicinering och hur snart patienten skulle kallas. Vid första besöket till sjuksköterska fördes ett djupare samtal om symtom, samsjuklighet, medicinering. Patienterna screenades också för olika riskfaktorer. En behandlingsplan gjordes upp för patienten och sedan remitterades patienten till sin husläkare som fick en skriftlig, utförlig beskrivning av planen.

I studien av Hendriks et al. (2012) och (2014) genomfördes kardiologiska undersökningar innan första besöket. Vården på sjuksköterskemottagningen var baserad på en vårdmodell för patienter med kronisk sjukdom (Hendriks et al.,2012). Vid första besöket tog sköterskan upp patientens sjukdomshistoria/anamnes, gav utbildning om FF och lämnade ut provsvar på gjorda undersökningar. Uppföljande besök bokades var tredje månad i ett år och därefter en gång i halvåret. Sjuksköterskorna använde ett elektroniskt verktyg för beslutsstöd. Patienten kunde kontakta sjuksköterskan mellan besöken för frågor och rådgivning. Utbildning och psykosocialt stöd upprepades vid besöken. Patienterna tillfrågades om eventuella komplikationer och sjukhusinläggningar.

Van den Dries et al. (2020) studerade integrerad hantering/vård vid FF i primärvård. De baserade sin uppföljning till stor del på guidelines, dock användes inte elektroniska verktyg för beslutsstöd, utan en check-lista. Patienterna följdes kvartalsvis, tre besök till sjuksköterska och ett till läkare. Sjuksköterskorna utbildade, följde upp symtom, samsjuklighet och tecken på hjärtsvikt och justerade läkemedel vid behov. Kontroller och upprepad utbildning under studiens gång och provtagning vid behov. Patienterna kunde höra av sig mellan besöken via telefon eller digitala system.

Angående uppföljningstid och mer detaljerad information om respektive studie, se Artikelmatris (Bilaga 3).

Tabell 1. Översikt av de interventioner där sjuksköterskor var involverade och vilka delar de innehåller

Artikel	Sjukdomsspecifik utbildning	Hälsoråd & egenvård	Undersökningar & kontroller	Översyn & justering av läkemedel	Psyko-socialt stöd	Digitala verktyg för beslutsstöd
1. Bowyer et al., 2017	x	x				
2. Gallagher et al. 2020	x	x	x		x	x
3. Wijtvliet et al. 2020	x	x	x	x	x	x
4. Stewart et al. 2015	x	x	x	x	x	
5. Rivera-Caravaca et al. 2020	x	x	x	x	x	
6. Carter et al. 2016	x	x	x	x		
7–8. Hendriks et al. 2012, 2014	x	x	x	x	x	x
9. van den Dries et al. 2020	x	x	x	x		



Tabell 2 Resultattabell

Artikel	Livskvalitet	Ångest & depression	Symtom & frekvens	Komplikationer	Följsamhet till behandling	Sjukdomsspecifik kunskap	Risikfaktor-modifiering	Sjukhusinläggning	Död
1 Bowyer et al., 2017	S+		* S+					NS	
2 Gallagher et al. 2020	* NS				NS		NS		
3 Wijtvliet et al. 2020	NS					NS	NS	* NS	* NS
4. Stewart et al. 2015								* S+	* NS
5. Rivera-Caravaca et al. 2020				* NS					* NS
6 Carter et al. 2016								* S+	* S+
7 Hendriks et al. 2012								* S+	* S+
8..Hendriks et al. 2014	* NS	* NS				* S+			
9 van den Dries et al. 2020	NS			NS				* NS	* S+

\*=Primära utfall. S+ = signifikant till fördel för interventionsgruppen. NS= icke signifikant

## Interventioner

### **Sjukdomsspecifik utbildning**

Efter granskning och analys framkommer att utbildning är en intervention som förekommer i samtliga nio studier. Utbildning gavs om det friska hjärtats funktion och patofysiologi, triggande faktorer, symtom, orsaker, riskfaktorer, livsstil samt behandlingsalternativ och behandlingsmål (Bowyer., 2017; Gallagher., 2020; Hendriks et al., 2012; Hendriks et al., 2014; Stewart et al., 2015; van den Dries et al., 2020; Rivera-Caravaca et al., 2020).

I fem studier gavs personligt anpassad utbildning (Bowyer et al., 2016; Gallagher et al., 2020; Rivera-Caravaca et al., 2020; Stewart et al., 2015; Wijtvliet et al., 2020) som också beskrivs som skraddarsydd för att stärka patienternas empowerment (van den Dries et al., 2020). Utbildning genomfördes både i grupp och individuellt (Carter et al., 2016) och under informationskvällar (van den Dries et al., 2020). I två studier upprepades utbildningen/informationen (Hendriks et al., 2012; 2014; van den Dries et al., 2020). I Rivera-Caravaca et al. (2020) beskrevs att utbildningen ingick inom ramen för en patientcentrerad vård där det också ingick att lyssna på patienten med målsättning att inkludera patienten i vården. Även närståendes frågor och oro kunde lyftas upp vid utbildningstillfällena (Bowyer et al., 2017).

I fyra av studierna fokuserade utbildningen på komplikationer, såsom tromboembolier och blödningar (Gallagher et al., 2020; Hendriks et al., 2012; 2014; Wijtvliet et al., 2020; Rivera-Caravaca et al., 2020). Informationen som gavs kompletterades med skriftligt material, såsom t.ex. informationsbroschyrer om att leva med FF (Gallagher et al., 2020, Stewart et al., 2015)

### **Hälsoråd, individuella hälsomål och egenvård**

Livsstilsfaktorer, egenvård och livskvalitet lades särskilt fokus på i alla studierna (Gallagher et al., 2020; Hendriks et al., 2012; 2014; Rivera-Caravaca et al. 2020; Stewart et al., 2015; van den Dries et al., 2020; Wijtvliet et al., 2020). I dessa gavs råd för att optimera följsamhet till behandling, livsstilsförändringar och prevention av samsjuklighet. Men också specifikt om rytm- och frekvenskontroll och om när man ska rapportera till sjukvården (Hendriks et al., 2012, Hendriks et al., 2014.). Gallagher et al. (2020) använde sig av motivational interviewing-inspirerade samtal (MI) där patienterna uppmuntrades att sätta tre till fyra realistiska mål för behandling av riskfaktorer och för att genomföra livsstilsförändringar. Patienterna erhöll också en utskrift av sina egna mål.

### **Undersökningar och kontroller**

Undersökningar och kontroller genomfördes av sjuksköterskor i varierande omfattning i sju av interventionerna (Carter et al., 2016; Gallagher et al., 2020; Hendriks et al., 2012, 2014; Rivera-Caravaca et al., 2020; Stewart et al., 2015; van de Dries et al., 2020). Vid dessa undersökningar förekom blodtryckskontroll, 24-timmars blodtrycksregistrering, EKG, blodprovskontroller och Holter monitorering. Screening genomfördes för sömnapné, alkoholkonsumtion, fysisk aktivitet och rökning (Carter et al., 2016; Gallagher et al., 2020; van den Dries et al., 2020). Vid minst fem interventioner genomförde sjuksköterskorna individuella strokeriskbedömningar för att säkerställa rätt behandling avseende antikoagulationsbehandling enligt CHADS VASC och HAS-BLED (Carter et al., 2016;

Gallagher et al.,2020; Hendriks et al., 2012, 2014; Rivera-Caravaca et al., 2020; Wijtvliet et al.,2020).

### **Psykosocialt stöd**

Det psykosociala stödet hade som målsättning att förbättra följsamheten till behandling (Rivera-Caravaca et al., 2010; Wijtvliet et al., 2020;). Det kunde också vara att etablera en behandlingsrelation till patienten och närstående på sjukhuset inför utskrivning för uppföljning med fortsatt psykosocialt stöd under studietiden (Stewart et al., 2015). Ytterligare kunde det bestå av en genomgång av hemsituation, sociala situation och miljö för att följa upp en vårdplan och optimera egenvården (Stewart et al., 2015). I Hendriks et al. (2012; 2014) beskrivs det psykosociala stödet och ges kontinuerligt efter patientens behov under hela studietiden, och begreppet empowerment används. Van den Dries et al. (2020) hade ett holistiskt perspektiv på vården och nämner också empowerment i samband med beskrivning av sin utbildning.

### **Översyn och justering av läkemedel**

I sex av interventionerna framkommer att sjuksköterskorna gjorde en översyn av medicineringen och även justerade och gjorde medicinändringar (Carter et al., 2016; Hendriks et al., 2012, 2014; Rivera-Caravaca et al., 2020; Stewart et al 2015; Wijtvliet et al 2020; van den Dries et al., 2020). Sjuksköterskorna som justerade doser eller ändrade behandlingsstrategi hade stöd av ansvarig läkare.

### **Digitala verktyg för beslutsstöd**

I tre av interventionerna använde sjuksköterskorna digitala verktyg för beslutsstöd i sina interventioner (Gallagher et al.,2020; Hendriks et al., 2012, 2014; Wijtvliet et al., 2020). I Gallagher et al. (2020) användes det för att säkerställa att patienterna fick rätt antikoagulationsbehandling baserat på individuell strokerisk och guidelines. Hendriks et al. (2012; 2014) och Wijtvliet et al. (2020) använde sig av ett guidelinebaserat verktyg, Cardio konsult AF, Curit software Groningen, för att garantera att patienterna gavs rätt behandling avseende FF och associerade tillstånd. Där täcktes kardiovaskulär riskfaktorhantering, antitrombotisk behandling, rytm- och frekvenskontroll in.

I studien av Rivera-Caravaca (2020) använde sig sjuksköterskorna av ”Be Guideline Smart Toolkit” utvecklat av Association-of-Cardiovascular-Nursing and-Allied-Professionals (ACNAP/ESC), kortfattat beskrivet en checklista eller sammanfattning för att följa guidelines och även instruerande filmer (ACNAP/ESC, 2020).

### **Effekter**

Följande utfall, dvs. effekter av interventionerna noterades. Livskvalitet angavs som ett utfall i studierna som genomfördes av Bowyer et al. (2020), Gallagher et al. (2020) där Bowyer et al. (2020) angav signifikant bättre effekt i interventionsgruppen medan Gallagher et al. (2020) och van den Dries et al. (2020) inte såg några signifikanta skillnader. Sjukdomsspecifik kunskap förbättrades i båda kohorter men var signifikant bättre i interventionsarmen i Hendriks et al:s studie från 2014 medan inga signifikanta skillnader sågs hos Wijtvliet et al:s

(2020) studie. Ett förbehåll var att det på kliniker med mer erfarna sjuksköterskor sågs en förbättrad sjukdomsspecifik kunskapsnivå i interventionsgruppen.

När det gällde utfallet för modifierbara riskfaktorer angavs i Gallagher et al. (2020) inga signifikanta skillnader mellan grupperna. Wijtvliet et al. (2020) såg inte heller några signifikanta skillnader i utfallet för egenvård. Ångest och depression mättes i Hendriks et al:s studie från 2014 som visade att dessa effekter förbättrades i bägge grupperna men påvisade inte några signifikanta skillnader mellan grupperna. Vad gäller följsamhet till guidelines sågs signifikanta skillnader hos både Carter et al. (2016) och Hendriks et al. (2012). Bowyer et al. (2020) analyserar utfall för svårighetsgrad av symtom och frekvens utan signifikanta skillnader mellan grupperna.

För utfallet sjukhusinläggning rapporterade Carter et al. (2016) en signifikant förbättring i interventionsgruppen. Detta utfall definierades av Stewart et al. (2015) som fler dagar utanför sjukhus med konstaterandet att ingen signifikant skillnad sågs mellan grupperna. Dessa utfall för sjukhusinläggning utan signifikant skillnad sågs också hos både van den Dries et al. (2020) och Wijtvliet et al. (2020). Komplikationer presenterades såsom kardiovaskulära komplikationer hos van den Dries et al. (2020), kardiovaskulär sjukdom Hendriks et al. (2012) och blödningskomplikationer Rivera-Caravaca et al. (2020) som alla rapporterade icke signifikanta skillnader mellan grupperna men där Rivera-Caravaca et al. (2020) visade signifikant förbättring avseende hjärtinfarkt och stroke/TIA.

Slutligen, vad gäller utfallet för kardiovaskulär död och död oavsett orsak sågs signifikanta skillnader till fördel för interventionsgruppen (van den Dries et al., 2020; Hendriks et al., 2012) men ingen signifikant skillnad sågs i Carter et al. (2016) och Wijtvliet et al. (2020) studier.

Sammanfattningsvis sågs att en samvariation av utbildning, hälsoråd och psykosocialt stöd gav signifikanta effekter på livskvalitet (Bowyer et al., 2017; Hendriks et al., 2012), följsamhet till guidelines (Carter et al., 2016; Hendriks et al., 2012) och specifik sjukdomskunskap (Hendriks et al., 2014) vilket var beroende av erfarenheten hos sjuksköterskorna i en studie (Hendriks et al., 2014). Det gav också en signifikant minskning av stroke/TIA och hjärtinfarkt (Rivera-Caravaca et al., 2020). Livskvalitet utföll lika för båda grupperna (Gallagher et al., 2020; Hendriks et al., 2014) och detsamma gällde för sjukdomsspecifik kunskap, egenvård och riskfaktormodifiering (Gallagher et al., 2020; Wijtvliet et al., 2020).

När det gällde incidensen för sjukhusinläggningar och död var denna signifikant lägre i några av interventionsgrupperna (van den Dries et al., 2020; Carter et al., 2016; Stewart et al., 2015) vilket med viss osäkerhet kunde tillföras sammansättningen av utbildning, hälsoråd, egenvård och psykosocialt stöd. Avseende sjukhusinläggning och död verkade dessa interventioner inte ge någon förbättring eller vara sämre (Carter et al., 2016; Stewart et al., 2015; Wijtvliet et al., 2020).

Effekterna av de studerade interventionerna i materialet kan således sammanfattas med att de visade förbättringar i interventionsgrupperna såsom redovisats ovan eller att det inte sågs någon skillnad mellan kohorterna. Detta garanterar lika säker vård och behandling som vid standardvård, eller bättre, vid tillämpande av interventionerna där sjuksköterskorna har ett

större ansvar. För mer detaljerad redovisning se tabeller för interventioner och effekter samt artikelmatrisen (Bilaga 3).

## Diskussion

### Metoddiskussion

En styrka har varit valet av metoden systematisk litteraturstudie, som med sin systematik ger möjlighet till noggrannhet vad gäller återgivning av detaljer och överblickbarhet över det samlade materialet. Eftersom randomiserade kontrollerade studier (RCT) har högre evidensgrad (Polit & Beck, 2016; SBU, 2017) söktes dessa i första hand, men på grund av att mängden artiklar inte var tillräckligt många inkluderades även studier med kliniska interventioner som inte var randomiserade. Vid granskningen av artiklarna användes SBU:s mallar för kvantitativa studier, *Mall för kvalitetsgranskning av randomiserade studier* och *Bedömning av icke randomiserad interventionsstudie, retrospektiv och prospektiv ITT* (SBU, 2017). Det fanns begränsningar vid användandet av granskningsmallarna eftersom vår kompetens inte tillräckligt omfattar den typen av analyser. Däremot gjordes noggranna granskningar under genomläsningarna och i samtal med handledare, vilket gjorde att kvaliteten på artiklarna på ett tillfredställande sätt ändå kunde bedömas.

Det uppstod svårigheter i samband med användandet av metoden för SR eftersom de mest aktuella artiklarna inte fångades upp vid systematisk sökning, då dessa ännu inte blivit indexerade. Sökning med fritext fick därför göras. Fördelar med fritextord är att man med hjälp av dessa hittar de studier som ännu inte blivit indexerade eller när indexeringsorden är för generella för att passa den aktuella frågeställningen. Detta är ett argument som också lyfts fram i SBU:s handbok (SBU, 2017) som därför också rekommenderar kompletterande fritextsökning vid evidensforskning och är viktigt att ha i åtanke vid användande av systematisk litteratstudie som metod. Vid fritextsökning finns emellertid alltid en risk för att forskaren väljer artiklar som stöder de egna åsikterna (Bettany-Saltikov & McSherry 2016; Polit & Beck., (2016[2017]), SBU, 2017) vilket författarna bör vara uppmärksamma på. Konsekvenserna kan bli att viktig information inte inkluderas i resultatet och forskningen kommer då att sakna essentiell och kanske avgörande information av betydelse för forskningens fortsatta utveckling. I värsta fall kan det resultera i bristfällig eller skev kunskap och ge den fortsatta forskningsinriktningen en felaktig utveckling. Forskningen riskerar också att bli inaktuell.

En begränsning i föreliggande systematiska litteraturstudie var bristen på signifikant skillnad för utfallen som framträder i artiklarna och hur detta tolkas. Gallagher et al., (2020) förklarar exempelvis detta i sin artikel med att bägge grupperna var väl behandlade vid baseline och att tiden för uppföljning var för kort för att kunna se påverkan över tid.

En tydlig signifikans för utfallen livskvalitet och symtom & frekvens fanns i Bowyer et al:s studie från 2017 och Hendriks et al., (2014), som också såg signifikans för utfallet sjukdomsspecifik kunskap. Orsaken till dessa utfall bör främst ses i ljuset av den patientutbildning, hälsoråd och egenvård som gavs i interventionerna.

Wijtvliet et al., (2020) såg betydelsen av skillnader i erfarenheter hos sjuksköterskorna, kardiologens påverkan under handledning och att en Hawthorne-effekt inte kunde uteslutas. Hendriks et al., (2014) noterar svårigheter att avgöra mekanismerna bakom de effekter som

framkom i interventionerna. Van den Dries et al. (2020) påtalade hur komplexiteten i interventionerna gör att det är svårt att förklara vilken aspekt som har betydelse för en viss effekt. Det sistnämnda kan troligen ses som den gemensamma nämnaren för de begränsningar som sågs i studierna och som gjorde det svårt att klart kunna definiera på vilket sätt utfallen sjukhusinläggningar och död kunde förklaras utifrån de olika interventionerna.

Att en så stor del av studierna saknade signifikans för sina utfall, skapar problemen vid värderingen av studierna och det påverkar därmed också resultatet i föreliggande studie. Detta innebär således att det resultat som utvecklats ur analysen av artiklarna i denna studie vilar på en osäker grund, där slumpen i vissa fall kan ha spelat in. Återigen finns också anledning att understryka betydelsen av komplexiteten i patientgruppen och i interventionerna, vilket gör det svårt att säkerställa kausala samband.

Ett etiskt dilemma som uppkom och diskuterades under arbetes gång var huruvida de patienter som befann sig i kontrollgrupper och därför endast fick den rutinemässiga vården och omhändertagandet blev undanhållen information och kunskap om sin sjukdom. Detta skulle kunna ses som problematiskt ur ett etiskt perspektiv. Vidare diskuterades i hur stor utsträckning ekonomi påverkade behovet av forskningen med risk för en sämre vård för patienter med förmaksflimmer. Studierna utgår ifrån att sjuksköterskor, i vissa fall specialistsjuksköterskor, i större utsträckning, tar över stora delar av vården av dessa patienter utanför sjukhusen. Skulle detta i så fall innebära att patienter med förmaksflimmer, som inte behandlas av kardiolog eller Allmänläkare, får sämre vård? I ljuset av det resultat som framkom sågs dock att vården antingen var lika bra eller bättre, vilket eliminerade de farhågor som uppstått.

## Resultatdiskussion

Syftet med denna litteraturstudie var att identifiera interventioner riktade till patienter med förmaksflimmer där sjuksköterskor var involverade, självständigt eller i team, och dess effekter på sjukdomsspecifik kunskap, egenvård och livskvalitet. Vad gjorde sjuksköterskorna, vad påverkade och vilka effekter fick interventionerna? Detta kommer att diskuteras utifrån sjuksköterskans roll och därefter i de områden som utkristalliserats från det studerade forskningsmaterialet.

Inledningsvis kan sägas att de effekter som sågs i de olika interventionerna samstämmigt visade på fördelen med att sjuksköterskor medverkar i vård- och behandling av patienter med FF. Genom patientutbildningen, som var central i alla interventioner, sågs sjukdomsspecifik kunskap, egenvård, och livskvalitet öka vilket förbättrades till följd av interventionerna. Detta kan delvis ses som ett svar på den andra frågeställningen i föreliggande arbete.

### **Sjuksköterskans roll**

I resultatet framkom att sjuksköterskan i sitt dagliga arbete använde digitala verktyg. I det studerade materialet förekommer flera som används för bedömning och beslutsfattande i enlighet med guidelines. Studierna bekräftar att dessa med fördel kan användas i det kliniska arbetet i vård- och behandling av patienter med förmaksflimmer.

Sjuksköterskan återfanns både som del av ett team och i flera fall hade sjuksköterskan den koordinerande funktionen, men arbetade också självständigt på egna kliniker. Detta understryker sjuksköterskeprofessionens bredd och viktiga roll i vårdorganisationer.

I sjuksköterskans profession finns både det naturvetenskapliga och det fenomenologiska livsvärldsperspektivet som förenar dessa två världar och som tillsammans bildar omvårdnadsvetenskapen. Sjuksköterskan har ett personcentrerat och holistiskt perspektiv vilket innebär att se människan bakom patienten, som en individ med en historia, identitet, förmåga att ta initiativ, känna ansvar och delaktighet (Kristensson Ugglå, 2019).

Begreppen *symtom & tecken*, som har sin grund i både medicinsk- och omvårdnadsvetenskaplig kunskap är ett relevant verktyg i det kliniska arbetet. Den medicinska utvecklingen har gjort stora och genomgripande framsteg, genom bland annat förbättrad diagnostik, analyser, prognoser m.m., vilket har utmynnat i en mängd behandlingsalternativ. Detsamma gäller för omvårdnadsvetenskapen. Symtom har en stor inverkan på människors välbefinnande. Via symtom kan vi prognostisera sjukhusinläggningar, dödlighet och långtidsöverlevnad (Wallström & Ekman, 2018), vilket understryker betydelsen av sjuksköterskans holistiska ansats, som mot bakgrund av sin omvårdnadskunskap kan värdera och tolka dessa.

Genomgången av de nio artiklarna visar att sjuksköterskans fokus på symptom genomsyrar de interventioner som identifierats vid analysen av artiklarna. Detta visar sig exempelvis när sjuksköterskan i samband med patientutbildning uppmärksammar oro och ångest och ser vikten av att lyssna på patienten och inkludera närstående i det psykosociala stödet (Rivera-Caravaca et al., 2020).

Det holistiska perspektivet uttrycks i studierna på olika sätt även om det inte formuleras i konkreta ordalag. Som exempel kan ges van den Dries et al. (2020) och Hendriks et al. (2014) som använder begreppet empowerment i utbildningssammanhang och psykosocialt stöd. Andra uttrycker det som skraddarsydd och individanpassad utbildning (Wijtvliet et al., 2020) och att man inkluderar närstående (Bowyer et al., 2017; Rivera-Caravaca et al., 2020), eller går i genom den sociala hemsituationen och miljön (Stewart et al., 2015). Att se hela människan, vilket genomsyrar sjuksköterskeprofessionens synsätt, har av allt att döma varit av stor betydelse för framgången i de olika resultaten. Helhetssynen som görs explicit genom att på olika sätt inkludera patienten och utgå ifrån ett individperspektiv i samband med interventionerna återknyter till den teoretiska utgångspunkten personcentrering. Patientutbildning, hälsoråd, egenvård, psykosocialt stöd samt att uppmärksamma empowerment som en viktig aspekt som en väg till hälsa, är alla goda exempel på ett personcentrerat förhållningssätt.

Analysen av materialet ledde fram till tre områden som beskriver interventioner där sjuksköterskan var involverad. Nedan följer en redovisning av de tre områdena.

### **Patientutbildning**

Genomgående i alla studier var utbildning en hörnsten och utgjorde själva kärnan i interventionerna. I utbildningen ingick sjukdomsspecifik kunskap, hälsoråd och egenvård. Innehållet var sammanfattningsvis; om det friska hjärtats funktion, patofysiologi, triggande orsaker, riskfaktorer, livsstil, behandlingsalternativ och behandlingsmål. Detta följer också de

guidelines som ESC rekommenderar (Hindricks et al.,2020). Därtill ses också vikten av att komplettera muntligt given utbildning med någon form av skriftlig information som hos Gallagher et al. (2020).

I studierna beskrivs olika sätt att genomföra patientutbildning och alla dessa utgör var och en goda exempel att ta med i kliniken. Här framkommer flera variationer för genomförande av information och utbildning. T. ex. individuell utbildning vid besök, hembesök, i grupp, på kvällstid och tillsammans med närstående. Det finns mot bakgrund av detta anledning att argumentera för att kombinera de olika genomförandena så att formerna varierar. Däremot är utbildningens längd inte det viktigaste utan istället att det finns möjlighet till återkoppling från patientens sida när det finns ett behov eller att tidpunkten för interventionen kan vara av betydelse som i Bowyer et al. (2017) där informationen gavs i anslutning till ablationen.

Gallagher et al. (2020) lyfter särskilt fram MI som syftar till att stärka personens egen motivation till förändring. Detta kan vara värt att beakta vid pedagogiska vårdmöten i samband med riskfaktormodifiering, följsamhet och livsstil. Detta har visats vara framgångsrikt. Schaefer och Kavookjian (2017) presenterade en review i samband med unga vuxna med kroniska sjukdomar och såg en ökad följsamhet till behandling och ökad livskvalitet. Detsamma sågs nyligen i ytterligare en review som Sokalski et al. (2020) genomförde där goda resultat med förbättrad egenvård sågs hos patienter med hjärtsvikt.

Van den Dries et al. (2020) aktualiserar frågan om empowerment som strategiskt mål i samband med utbildning, vilket bör ses som en tänkvärd och rimlig idé. Detta inkluderar även att engagera närstående i utbildningssammanhang (Bowyer et al., 2017), och att lyssna till och inkludera patienten (Rivera-Caravaca et al., 2020).

Rusch et al. (2019) beskriver i sin review hur det trots utbildningen ibland var svårt för patienter att förstå vad FF är och vad medicinerna hade för effekt. Patienterna beskrev att de kände sig överväldigade av all information och hade svårt att ta till sig den omfattande utbildningen. Detta belyser komplexiteten i sjukdomen och hur den orsakas av en rad samvarierande faktorer där mekanismerna bakom sjukdomen inte kan reduceras till enskilda faktorer, utan snarare ses som en konsekvens av ett kluster av faktorer. Som ett exempel kan nämnas hur inaktivitet, övervikt och sömnapné samverkar. Detta understryker återigen vikten av att ge personligt utformad utbildning vilket resultatet i föreliggande studie visar.

Något som också bör betonas särskilt är vikten av information och utbildning till relevanta vårdgivare i primärvård och slutenvård. Detta skulle överbrygga skillnader mellan erfarna och oerfarna sjuksköterskor vilket synliggjordes i Hendriks et al:s studie (2012; 2014). Det är angeläget att vårdprofessionerna görs uppmärksamma på sjukdomens komplexitet så att guidelines följs i kliniker och påverkar det sammanlagda resultatet till nytta för patienter med FF.

### **Psykosocialt stöd**

Som tidigare beskrivits upplever patienter med FF ofta en låg livskvalitet och en känsla av begränsning i sitt dagliga liv, osäkerhet kring sin sjukdom, dess prognos och behandling (Stridsman et al.,2019). Psykosocialt stöd och involvering av patienten i vården kan tyckas vara en självklarhet, och enligt guidelines ska patientens önskemål och värderingar vägas in, och ett gemensamt beslutsfattande ligga till grund för vården.



Resultatet i föreliggande SR visar att det psykosociala stödet såg olika ut i studierna, men sammanfattningsvis var syftet med stödet att förbättra följsamhet till behandling och att optimera egenvården. Wijtvliet et al. (2020) gav psykosocialt stöd och personligt anpassad utbildning som upprepades vid återbesöken. Trots deras icke signifikanta resultat för egenvård diskuterades betydelsen av att när patienterna kände sig förankrade hos sjuksköterskan som följde upp dem, kunde det förbättra levnadsvanorna. Att vårdgivare lyssnar, frågar och följer upp hur det går och stöttar vid svårigheter, har betydelse för patientens empowerment och self-efficacy, något som även Abdullah och Othman (2011) beskriver i sin studie om hembloodtrycksmätning. Hendriks et al. (2012;2014) baserade sin intervention på en vårdmodell för kroniska sjukdomar. Där var stöd till egenvård och empowerment viktiga delar och det psykosociala stödet upprepades vid återbesöken. Patienterna i interventionen var bättre informerade om sin sjukdom och dess behandling. Deras lyckade resultat hänfördes till den omfattande interventionen med fokus på utbildning, uppmuntran och stöd samt tiden patienterna fick. Likaså Abdullah och Othman (2011) beskriver att när patienter känner sig involverade i vården och får ta ansvar, följer de ordinationer bättre, känner större ansvar för sin hälsa och blir mer benägna att ändra sina levnadsvanor. Även Rusch et al. (2019) belyser i sin review att skraddarsydd utbildning och att stärka patienters empowerment är en viktig del av vården vid FF. Detta är något att ta fasta på i utvecklingen av vården för patienter med FF, för att om möjligt förbättra hälsa och livskvalitet.

Även hos Rivera-Caravaca et al. (2020) involverades patienterna i vården och den sjuksköterskeledda mottagningen hade en personcentrerad utformning på vård, stöd och utbildning. Gallagher et al. (2020) talar inte specifikt om psykosocialt stöd men använder sig av metoden MI som syftar till att stärka personens egen motivation och engagemang till förändring. Sjuksköterskorna stöttade patienterna angående vilka livsstilsförändringar som var viktiga och realistiska under uppföljningen, vilket kan ses som en form av psykosocialt stöd. Att de inte såg signifikanta effekter på livskvalitet och riskfaktorer kan tänkas bero på att problematiken vid FF är komplex och den korta interventionstiden på tre månader. Detta belyser vikten av inte ”släppa taget” om patienterna för tidigt vid uppföljning. Då det inte finns utrymme att vårda alla patienter på sjukhusens flimmermottagningar under längre tid är det viktigt att det finns en plan för patienten och tydlig samordning mellan vårdgivarna.

Stewart et al. (2015) etablerade en behandlingsrelation till patienten och närstående redan på sjukhuset inför utskrivning. Därefter gavs fortsatt psykosocialt stöd under studietiden med bla. genomgång av patienternas hemsituation, sociala situation och miljö för att planera vården och optimera egenvården. Då FF i hög grad drabbar den äldre delen av befolkningen och sjukdomen är komplex, skulle en liknande modell kunna utformas inom ramen för *Nära vård*, där idén verkar vara att ge en sammanhållen och mer personcentrerad vård.

### **Översyn och justering av läkemedel samt undersökningar**

Sjuksköterskorna som utförde läkemedelsöversyn och läkemedelsjusteringar gick igenom patienternas medicinering och gjorde ändringar vid behov. De genomförde också strokeriskbedömningar utifrån CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc score och HAS-BLED för att garantera att patienterna hade rätt antikoagulationsbehandling. Sjuksköterskorna hade alltid stöd av ansvarig läkare vid medicinska beslut. I studien av Rivera-Caravaca et al. (2020) använde sig sjuksköterskorna av ”Be Guideline Smart Toolkit” utvecklat av Association-of-

Cardiovascular-Nursing and-Allied-Professionals (ACNAP/ESC, 2020) för att uppnå bra följsamhet till guidelines. De såg då att fler patienter bytte antikoagulationsbehandling från vitamin k-antagonist (VKA) till Non vitamin-K Orala AntiKoagulantia (NOAK) i den sjuksköterskeledda gruppen vilket uppfattades vara positivt eftersom färre patienter drabbades av ischemisk stroke/TIA utan ökning av blödningskomplikationer. Även i en studie av Qvist et al. (2016) drabbades färre av ischemisk stroke/TIA på den sjuksköterskeledda mottagningen vilket härleddes till flera faktorer, som följsamhet till guidelines, planering och koordination av vården, patientutbildning och ökad empowerment hos patienterna. Detta är viktiga faktorer som ökar patientsäkerheten och visar att sjuksköterskeledd vård i detta avseende är säker vård.

I studien av Hendriks et al. (2012;2014) sågs att sjuksköterskor följde guidelines bättre och det antogs ha ett samband med det digitala verktyg för beslutsstöd som sjuksköterskorna använde. Även sjuksköterskorna i Wijtvliet et al. (2020) använde ett digitalt verktyg för att försäkra sig om en omfattande behandling av FF och associerade tillstånd, som tex kardiovaskulär riskfaktorhantering. Sjuksköterskorna i Gallagher et al. (2020) nyttjade det för beslut om antikoagulationsbehandling. Digitala verktyg och checklistor kan alltså vara ett säkert sätt att följa guidelines för att ge den bästa vården, och ett bra hjälpmedel för sjuksköterskan som vårdar patienter vid komplexa sjukdomar.

I sju av interventionerna gjorde sjuksköterskorna undersökningar och kontroller i olika utsträckning. Det inbegrep blodtryckskontroller, 24-timmars blodtrycksregistrering, EKG, blodprovstagning och Holter monitorering (långtids-EKG). Sjuksköterskor screenade också för sömnapné, alkohol, fysisk aktivitet och rökning vilket är helt i linje med guidelines rekommendationer om att identifiera och modifiera riskfaktorer och sjukdomar associerade med FF. Kontroller utfördes vid baseline och uppföljning, men även vid återbesök och justerade läkemedel efter resultaten. Carter et al. (2016) fann, att i den sjuksköterskeledda gruppen screenades signifikant fler för rökning, sömnapné och alkohol än i kontrollgruppen, något som ytterligare stärker övertygelsen om att sjuksköterskor är bra på att följa guidelines, vilket gynnar patienterna.

Inledningsvis beskrevs att FF är ett växande problem i världen som ibland anses vara av epidemisk karaktär och förväntas fortsätta att öka i omfattning. Förmaksflimmer är en sammansatt och komplex sjukdom med svåra konsekvenser som följd vilket innebär ett stort lidande för patienter och en utmaning för hälso- och sjukvården. Genom att implementera de guidelines som utgår ifrån de fyra pelarnas strategi (se figur 2) och introducerandet av *Nära vård*, väcks förhoppningar om en mer individanpassad och sammanhållen vård. Detta innebär att sjuksköterskan idag står inför nya utmaningar, där kompetensen kommer att efterfrågas, men där också svårigheter kan uppstå i och med att resurserna är begränsade. Vid analysen av artiklarna framkom hur sjuksköterskans domäner återfanns i både slutenvård och primärvård och på olika vårdnivåer. Sjuksköterskan arbetade ofta i team och utifrån olika grader av självständighet och det framkom med tydlighet hur viktig sjuksköterskans funktion var.

Avslutningsvis kan sägas att databassökningen resulterade i kunskapen om att sjuksköterskan genom sin kompetens kan ge en god och säker vård för patienter med förmaksflimmer. Den har visats vara lika bra eller bättre än standardvård.

## Slutsats

Sjuksköterskan kan fylla en mycket viktig roll i all hälso- och sjukvård för patienter med förmaksflimmer. Till detta krävs utbildning och erfarenhet varför specialistutbildningar är angeläget att fortsätta satsa på. Idag ses allt oftare hur traditionella läkaruppgifter tas över av sjuksköterskor. Resultatet har visat att när sjuksköterskor är involverade i vården blir resultatet lika bra eller bättre än vid tidigare given vård.

Några kliniska implikationer som förslås:

- Individanpassad patientutbildning.
- Riskfaktormodifiering och egenvårdskunskap.
- Spridning av kunskap för bättre följsamhet till guidelines i vården.

Förslag till forskningsimplikationer:

- Hur ser följsamheten till guidelines ut i vården idag?
- Vad krävs för att förbättra följsamheten?

## Referenslista

\*= Artiklar som ingår i resultat

- Abdullah, A., & Othman, S. (2011). The influence of self-owned home blood pressure monitoring (HBPM) on primary care patients with hypertension: a qualitative study. *BMC family practice*, 12, 143. <https://doi-org.proxybibl.vgregion.se/10.1186/1471-2296-12-143>
- ACNAP/ESC, Association of Cardiovascular Nursing and Allied Professions/European Society of Cardiology. (2022). *Be Guidelines Smart*. <https://www.escardio.org/Sub-specialty-communities/Association-of-Cardiovascular-Nursing-&-Allied-Professions/Education/be-guidelines-smart>
- Berti, D., Hendriks, J. M., Brandes, A., Deaton, C., Crijns, H. J., Camm, A. J., Hindricks, G., Moons, P., & Heidbuchel, H. (2013). A proposal for interdisciplinary, nurse-coordinated atrial fibrillation expert programmes as a way to structure daily practice. *European heart journal*, 34(35), 2725–2730. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/eh096>
- Bettany-Saltikov, J. & McSherry, R. (2016). *How to do a systematic literature review in nursing: a step-by-step guide*. (2. ed.) London: McGraw-Hill Education/Open University Press.
- \*Bowyer, J. L., Tully, P. J., Ganesan, A. N., Chahadi, F. K., Singleton, C. B., & McGavigan, A. D. (2017). A Randomised Controlled Trial on the Effect of Nurse-Led Educational Intervention at the Time of Catheter Ablation for Atrial Fibrillation on Quality of Life, Symptom Severity and Rehospitalisation. *Heart, lung & circulation*, 26(1), 73–81. <https://doi-org.proxybibl.vgregion.se/10.1016/j.hlc.2016.04.024>
- \*Carter, L., Gardner, M., Magee, K., Fearon, A., Morgulis, I., Doucette, S., Sapp, J. L., Gray, C., Abdelwahab, A., & Parkash, R. (2016). An Integrated Management Approach to Atrial Fibrillation. *Journal of the American Heart Association*, 5(1), e002950. <https://doi-org.proxybibl.vgregion.se/10.1161/JAHA.115.002950>
- Chung, M. K., Eckhardt, L. L., Chen, L. Y., Ahmed, H. M., Gopinathannair, R., Joglar, J. A., Noseworthy, P. A., Pack, Q. R., Sanders, P., Trulock, K. M., & American Heart Association Electrocardiography and Arrhythmias Committee and Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Secondary Prevention Committee of the Council on Clinical Cardiology; Council on Arteriosclerosis, Thrombosis and Vascular Biology; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; and Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health (2020). Lifestyle and Risk Factor Modification for Reduction of Atrial Fibrillation: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, 141(16), e750–e772. <https://doi-org.proxybibl.vgregion.se/10.1161/CIR.0000000000000748>
- CODEX. (20 december 2020). *Regler och riktlinjer för forskning*. <https://www.codex.vr.se/forskarensetik.shtml>

Cöster, H. (2014). *Forskningsetik och ömsesidighet: vård, social omsorg och skola*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.

Dilaveris, P. E., & Kennedy, H. L. (2017). Silent atrial fibrillation: epidemiology, diagnosis, and clinical impact. *Clinical cardiology*, 40(6), 413–418. <https://doi-org.proxybibl.vgregion.se/10.1002/clc.22667>

Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., Lee, K., Miaskowski, C., Puntillo, K., Rankin, S., & Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of advanced nursing*, 33(5), 668–676. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x>

Du, X., Dong, J., Changsheng, M. (2017). Is Atrial Fibrillation a Preventable Disease? *Journal of The American Collage of Cardiology*, 69 (15), 1968-1982. <https://doi:10.1016/j.jacc.2017.02.020>.

Ekan, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I. L., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L. E., Rosén, H., Rydmark, M., & Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-centered care--ready for prime time. *European journal of cardiovascular nursing : journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 10(4), 248–251. <https://doi-org.proxybibl.vgregion.se/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008>

Etikprövningsmyndigheten. (20 november 2020) *Vad säger lagen?*  
<https://etikprovningmyndigheten.se/for-forskare/vad-sager-lagen/>

European Society of Cardiology. (24 november 2020). *About the European Society of Cardiology* . <https://www.escardio.org/The-ESC>

Gallagher, C., Hendriks, J.M., Mahajan, R., Middeltorp, M.E., Elliott, A.D., Pathak, R.K., Sanders, P. & Lau, D.H. (2016) Lifestyle management to prevent and treat atrial fibrillation. *Expert review of Cardiovascular Therapy, Online*. 2016 Jul;14(7):799–809. <https://doi:10.1080/14779072.2016.1179581>

\*Gallagher, C., Orchard, J., Nyfort-Hansen, K., Sanders, P., Neubeck, L., & Hendriks, J. M. (2020). Nurse-led Atrial Fibrillation Management: The NEAT Study: A Randomized Controlled Trial. *The Journal of cardiovascular nursing*, 35(5), 456–467. <https://doi-org.proxybibl.vgregion.se/10.1097/JCN.0000000000000680>

Goodwin N. (2016). Understanding Integrated Care. *International journal of integrated care*, 16(4), 6. <https://doi-org.proxybibl.vgregion.se/10.5334/ijic.2530>

\*Hendriks, J. M., de Wit, R., Crijns, H. J., Vrijhoef, H. J., Prins, M. H., Pisters, R., Pison, L. A., Blaauw, Y., & Tieleman, R. G. (2012). Nurse-led care vs. usual care for patients with atrial fibrillation: results of a randomized trial of integrated chronic care vs. routine clinical care in ambulatory patients with atrial fibrillation. *European heart journal*, 33(21), 2692–2699. <https://doi-org.proxybibl.vgregion.se/10.1093/eurheartj/ehs071>

- \*Hendriks, J. M., Vrijhoef, H. J., Crijns, H. J., & Brunner-La Rocca, H. P. (2014). The effect of a nurse-led integrated chronic care approach on quality of life in patients with atrial fibrillation. *Europace : European pacing, arrhythmias, and cardiac electrophysiology : journal of the working groups on cardiac pacing, arrhythmias, and cardiac cellular electrophysiology of the European Society of Cardiology*, 16(4), 491–499. <https://doi-org.proxybibl.vgregion.se/10.1093/europace/eut286>
- Hindricks, G., Potpara, T., Dagres, N., Arbelo, E., Bax, J.J., Blomström-Lundqvist, C., Boriani, G., Castella, M., Dan, G.-A., Dilaveris, P.-E., Fauchier, L., Filippatos, G., Kalman, J.M., La Meir, M., Lane, D.A., Lebaeue, J.-P., Lettino, M., Lip, G.Y.H., Pinto, F.J., ... Watkins, C.L. (2020). ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association of Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *European Heart Journal*, 00, 1-125. <https://doi:10.1093/eurheartj/ehaa612>
- Hälso-och sjukvårds lag (SFS 2017:30). Socialdepartementet  
[https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag\\_sfs-2017-30](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30)
- Insulander, P. & Jensen Urstad, M. (red.) (2015). *Arytmier: mekanismer, utredning och behandling*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Iwasaki, Y. K., Nishida, K., Kato, T., & Nattel, S. (2011). Atrial fibrillation pathophysiology: implications for management. *Circulation*, 124(20), 2264–2274. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.111.019893>
- Kirchhof, P., Benussi, S., Kotecha, D., Ahlsson, A., Atar, D., Casadei, B., Castella, M., Diener, H. C., Heidbuchel, H., Hendriks, J., Hindricks, G., Manolis, A. S., Oldgren, J., Popescu, B. A., Schotten, U., Van Putte, B., Vardas, P., & ESC Scientific Document Group (2016). 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *European heart journal*, 37(38), 2893–2962.
- Kristensson Uggla, B. (2020). Personfilosofi - filosofiska utgångspunkter för personcentrerad inom hälso-och sjukvård. I I. Ekman (Red.), *Personcentrerad inom hälso-och sjukvård Från filosofi till praktik* (upplaga två s.58-105). Liber
- Lau DH, Nattel S, Kalman JM, Sanders P. Modifiable Risk Factors and Atrial Fibrillation. *Circulation*. 2017 Aug;136(6):583-596. DOI: 10.1161/circulationaha.116.023163.
- Lane DA., Lip GY., Use of the CHA(2)DS(2)-VASc and HAS-BLED scores to aid decision making for thromboprophylaxis in nonvalvular atrial fibrillation. *Circulation*. 2012 Aug;126(7):860-865. DOI: 10.1161/circulationaha.111.060061.
- Malm, D., Fridlund, B., Ekblad, H., Karlström, P., Hag, E., & Pakpour, A. H. (2018). Effects of brief mindfulness-based cognitive behavioural therapy on health-related quality of

life and sense of coherence in atrial fibrillation patients. *European journal of cardiovascular nursing : journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 17(7), 589–597. <https://doi-org.proxybibl.vgregion.se/10.1177/1474515118762796>

Martignani,C.,Massaro, G., Biffi,M.,Ziacchi, M. & Diemberger,I. (2020) Atrial fibrillation: an arrhythmia that makes healthcare systems tremble., *Journal of Medical Economics*, 23:7, 667-669, DOI: [10.1080/13696998.2020.1752220](https://doi.org/10.1080/13696998.2020.1752220)

McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of advanced nursing*, 56(5), 472–479. <https://doi-org.proxybibl.vgregion.se/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>

McCormack, B., & McCance,T.V. (2017). Underpinning principles of person-centered practise. I B.McCormack & T.V McCance (Red.) *Person-centred practice in nursing and health care: theory and practice* (andra upplagan s.13-36). Chichester: Wiley Blackwell.

Personuppgiftslag (SFS 1998:204). Sveriges Riksdag [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/personuppgiftslag-1998204\\_sfs-1998-204](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204)

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2016[2017]). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (10th ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer.

\*Qvist, I., Hendriks, J. M., Møller, D. S., Albertsen, A. E., Mogensen, H. M., Oddershede, G. D., Odgaard, A., Mortensen, L. S., Johnsen, S. P., & Frost, L. (2016). Effectiveness of structured, hospital-based, nurse-led atrial fibrillation clinics: a comparison between a real-world population and a clinical trial population. *Open heart*, 3(1), e000335. <https://doi-org.proxybibl.vgregion.se/10.1136/openhrt-2015-000335>

\*Rivera-Caravaca, J. M., Gil-Perez, P., Lopez-García, C., Veliz-Martínez, A., Quintana-Giner, M., Romero-Aniorte, A. I., Fernandez-Redondo, C., Muñoz, L., Quero, E., Esteve-Pastor, M. A., Lip, G., Roldán, V., & Marín, F. (2020). A nurse-led atrial fibrillation clinic: Impact on anticoagulation therapy and clinical outcomes. *International journal of clinical practice*, 74(12), e13634. <https://doi-org.proxybibl.vgregion.se/10.1111/ijcp.13634>

Rusch, K.L., Burton, L., Scaab, K., &Lukey,A.(2019). The impact of nurse-led atrial fibrillation on patient and healthcare outcomes: a systematic mixed studies review. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 18 (7), 526-533.<https://doi:10.1177/1474515119845198>

SBU. (2017) *Handbok Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten En handbok*  
<https://www.sbu.se/contentassets/d12fd955318f4feab3709d7ebcc9a72b/sbushandbok.pdf>

Schaefer, M. R., & Kavookjian, J. (2017). The impact of motivational interviewing on adherence and symptom severity in adolescents and young adults with chronic illness: A systematic review. *Patient education and counseling*, *100*(12), 2190–2199. <https://doi-org.proxybibl.vgregion.se/10.1016/j.pec.2017.05.03>

Sokalski, T., Hayden, K. A., Raffin Bouchal, S., Singh, P., & King-Shier, K. (2020). Motivational Interviewing and Self-care Practices in Adult Patients With Heart Failure: A Systematic Review and Narrative Synthesis. *The Journal of cardiovascular nursing*, *35*(2), 107–115. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000627>

\*Stewart, S., Ball, J., Horowitz, J. D., Marwick, T. H., Mahadevan, G., Wong, C., Abhayaratna, W. P., Chan, Y. K., Esterman, A., Thompson, D. R., Scuffham, P. A., & Carrington, M. J. (2015). Standard versus atrial fibrillation-specific management strategy (SAFETY) to reduce recurrent admission and prolong survival: pragmatic, multicentre, randomised controlled trial. *Lancet (London, England)*, *385*(9970), 775–784. [https://doi-org.proxybibl.vgregion.se/10.1016/S0140-6736\(14\)61992-9](https://doi-org.proxybibl.vgregion.se/10.1016/S0140-6736(14)61992-9)

Stridsman, M., Strömberg, A., Hendriks, J., & Walfridsson, U. (2019). Patients' Experiences of Living with Atrial Fibrillation: A Mixed Methods Study. *Cardiology Research and Practise*, 2019. Article ID 6590358. <https://doi.org/10.1155/2019/6590358>.  
Stritzke, J., Markus, M. R., Duderstadt, S., Lieb, W., Luchner, A., Döring, A., Keil, U., Hense, H. W., Schunkert, H., & MONICA/KORA Investigators (2009). The aging process of the heart: obesity is the main risk factor for left atrial enlargement during aging the MONICA/KORA (monitoring of trends and determinations in cardiovascular disease/cooperative research in the region of Augsburg) study. *Journal of the American College of Cardiology*, *54*(21), 1982–1989. <https://doi-org.proxybibl.vgregion.se/10.1016/j.jacc.2009.07.034>

Sveriges kommuner och regioner. (30 november 2020). *Omställning till en nära vård*. <https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/primarvardnaravard.6250.html>

Sveriges Riksdag. (6 januari 2021) *Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)* [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag\\_sfs-2017-30](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30)

\*van den Dries, C. J., van Doorn, S., Rutten, F. H., Oudega, R., van de Leur, S., Elvan, A., Oude Grave, L., Bilo, H., Moons, K., Hoes, A. W., & Geersing, G. J. (2020). Integrated management of atrial fibrillation in primary care: results of the ALL-IN cluster randomized trial. *European heart journal*, *41*(30), 2836–2844. <https://doi-org.proxybibl.vgregion.se/10.1093/eurheartj/ehaa055>

Wallström, S. & Ekman, I. (2018). Person-centered care in clinical assessment. *Cardiovascular Nursing*, *17*, (7), 576–579. DOI: 10.1177/1474515118758139.



Vetenskapsrådet (2017) (11 november 2020) *GOD FORSKNINGSSSED* Rapport (2011:1)  
Stockholm: Vetenskapsrådet.  
[https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningssed\\_VR\\_2017.pf](https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningssed_VR_2017.pf)

World Health Organization. (3 december 2020). *Integrated Care models: an overview*.  
[https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf)

\*Wijtvliet, E., Tieleman, R. G., van Gelder, I. C., Pluymaekers, N., Rienstra, M., Folkeringa, R. J., Bronzwaer, P., Elvan, A., Elders, J., Tukkie, R., Luermans, J., Van Asselt, A., Van Kuijk, S., Tijssen, J. G., Crijns, H., & RACE 4 Investigators (2020). Nurse-led vs. usual-care for atrial fibrillation. *European heart journal*, 41(5), 634–641.  
<https://doi-org.proxybibl.vgregion.se/10.1093/eurheartj/ehz666>

Wynn, G. J., Todd, D. M., Webber, M., Bonnett, L., McShane, J., Kirchhof, P., & Gupta, D. (2014). The European Heart Rhythm Association symptom classification for atrial fibrillation: validation and improvement through a simple modification. *Europace : European pacing, arrhythmias, and cardiac electrophysiology : journal of the working groups on cardiac pacing, arrhythmias, and cardiac cellular electrophysiology of the European Society of Cardiology*, 16(7), 965–972.  
<https://doiorg.proxybibl.vgregion.se/10.1093/europace/eut395>

# Bilagor

## Bilaga 1: Sökningar i databaser

<i>Databas &amp; Datum</i>	<i>Sökord</i>	<i>Begränsningar (Limitation)</i>	<i>Antal träffar</i>	<i>Relevanta abstract (Dubletter)</i>	<i>Granskade artiklar</i>	<i>Valda artiklar</i>
CINAHL 201107	Nurs* and atrial fibrillation or auricular fibrillation		211	2	0	0
PubMed 201116	Nurs* and atrial fibrillation or auricular fibrillation		397	39	10	9

## Bilaga 2: Exkluderade artiklar

<i>Exkluderade vid relevansbedömning</i>	<i>Orsak</i>
<p>Effectiveness of structured, hospital-based, nurse-led atrial fibrillation clinics: a comparison between a real-world population and a clinical trial population</p> <p><u>Ina Qvist</u><sup>1</sup>, <u>Jeroen M L Hendriks</u><sup>2</sup>, <u>Dorthe S Møller</u><sup>3</sup>, <u>Andi E Albertsen</u><sup>3</sup>, <u>Helle M Mogensen</u><sup>3</sup>, <u>Gitte D Oddershede</u><sup>3</sup>, <u>Annette Odgaard</u><sup>1</sup>, <u>Leif Spange Mortensen</u><sup>4</sup>, <u>Søren Paaske Johnsen</u><sup>5</sup>, <u>Lars Frost</u><sup>1</sup></p>	Den byggde på samma intervention som Hendrikson et al. 2012, 2014) vilket hade inneburit ett för stort fokus på likartade interventioner.

## Bilaga 3: Artikelmatris

<i>Författare År, Land, Titel, kvalitet</i>	<i>Syfte</i>	<i>Design Intervention</i>	<i>Urval/deltagare</i>	<i>Instrument</i>	<i>Resultat</i>
1. Bowyer et al., 2017. Australien A Randomiz	Att undersöka effekten av ssk-ledd utbildning 6 mån efter RF-ablation,	RCT Intervention: Två fysiska utbildningstillfällen à 30 min vid in- respektive utskrivning.	41 deltagare  22=intervention 19=kontroll Ålder 58,3–63,9 år 65,9 % var män	AF symptom checklist=sjukdomsspecifikt QOL instrument vid baseline och efter 6 mån	Interventionsgruppen visade signifikanta skillnader i QoL (SF36) Fysisk funktion P=0,002

<p>ed Controlled Trial on the Effect of Nurse- led Education al Interventio n at the Time of Catheter Ablation on Quality of Life, Symptom severity and Rehospital ization</p> <p>Kvalitet: medel-hög</p>	<p>med avseende på QoL och AF-symtom</p>	<p>Genomgång av proceduren vid ablation Utbildning med närstående om det friska hjärtat, FF- patofysiologi, orsaker, riskfaktorer, symtom. Genomgång av läkemedel, livsstilsförändrin gar. Uppföljande telefonsamtal vid tre tillfällen á 5– 10 min.</p> <p>Interventions-tid 3 mån. Uppföljning vid 6 mån</p>	<p>Inga demografiska- eller kliniska skillnader mellan interventions och kontrollgrupp</p>	<p>SF36 (Generiskt QoL instrument) vid baseline och efter 6 mån.</p>	<p>Vitalitet P=0,005</p> <p>AF symptom checklist - signifikant skillnad avseende 6 variabler i frekvensskalan Trötthet p=0,05 hjärtklappning p&lt;0,001 yrsel p &lt;0,001 huvudvärk p=0,003 koncentrations- svårigheter p=0,05 sömnsvårigheter p=0,009</p> <p>Avseende svårighetsskalan visade 1 variabel på statistiskt signifikant skillnad: Sömnsvårigheter p=0,04</p> <p>Sjukhusinläggning efter 6 mån, NS</p>
---	--	--	--	--	--

<p>2. Gallagher et al., 2020. Australien</p> <p>Nurse led Atrial Fibrillation Management: The NEAT Study</p> <p>Kvalitet: medel-hög</p>	<p>Att bedöma om ssk-ledd utbildning med hjälp av MI och ett elektroniskt stöd för AK-beh. samt riskfaktormodifiering kunde förbättra livskvalitet, följsamhet till AK-beh. enligt guidelines och riskfaktorprofilen hos individer med FF</p>	<p>Ett fysiskt besök hos ssk med utbildning om FF-sjd, orsaker, riskfaktorer, ev. kompl., strokerisk mm. Ett elektroniskt beslutsstöd användes för att säkerställa AK-beh. Genomgång av livsstilsförändringar och mål satta i samråd med pat. MI-metod. 3-4 uppföljande telefonsamtal.</p> <p>Interventionstid 3 mån. Uppföljning vid 3mån.</p>	<p>72 deltagare</p> <p>36=intervention 36=kontroll</p> <p>Medelålder i interventionsgrupp 63±12 I kontrollgrupp 66±10</p> <p>56% män 44% kvinnor</p> <p>Inga demografiska eller kliniska skillnader mellan interventions- och kontrollgrupp</p>	<p>SF-12 (generisk QoL)</p> <p>Global physical Activity Questionnaire score</p> <p>Morisky Medication Adherence Scale</p>	<p>SF12: skillnader mellan grupperna över tid=NS</p> <p>Skillnad avseende riskfaktormodifiering eller följsamhet till antikoagulationsbehandling mellan grupperna=NS</p>
<p>3. Wijnvliet et al., 2020 Nederländerna</p> <p>Nurse-led vs. usual care for atrial fibrillation</p> <p>Kvalitet: medel-hög</p>	<p>Att undersöka om ssk-ledd vård av patienter som nyligen remitterats för uppföljning av FF, var bättre än standardvård för att minska kardiokardiovaskulär mortalitet och sjukhusinläggningar och förbättra QoL</p>	<p>RCT Superiority trial.</p> <p>Sluppmässig, randomisering</p> <p>Interventionen bestod av ssk-ledd vård. Ett elektroniskt beslutsstöd användes där pat. uppgifter lades in för att säkerställa rätt behandling av FF och associerade tillstånd vilka inkluderade riskfaktorhantering, AK-beh., rytm- och frekvensbehandling. Pat fick individuell utbildning om FF, symtom och ev. komplikationer</p>	<p>1375 deltagare</p> <p>686=intervention 689= kontroll</p> <p>Ålder 64±10 år. 56% män 44% kvinnor</p> <p>Inga demografiska eller kliniska skillnader mellan interventions och kontrollgrupp</p>	<p>Knowledge Scale on Atrial Fibrillation</p> <p>Atrial Fibrillation Severity Scale (AFSS) (sjukdomsspecifikt QoL)</p> <p>Patient Activation Measure self-management score</p>	<p>Sjukdomsspecifikt kunskap =NS</p> <p>Egenvård = NS</p> <p>AFSS =NS</p> <p>Avseende kardiokardiovaskulär död och sjukhusinläggning =NS</p> <p>Signifikant bättre följsamhet till guidelines i ssk-gruppen med erfarna sjuksköterskor p=&lt;0,001</p>

		<p>samt psykosocialt stöd för att förbättra följsamhet. Återbesök till ssk vid 3,6 och 12 mån och därefter årligen för Blodtryck, EKG och repetition av utbildning medicinjustering, psykosocialt stöd. Läkarkontakt vb.</p> <p>Intervention 5 år Studietid i max 5 år och 10 mån eller tom 1 okt 2018.</p>			
<p>4. Stewart et al., 2015. Australien</p> <p>Standard versus atrial fibrillation-specific management strategy (SAFETY) to reduce recurrent admission and prolong survival: a pragmatic, multicentre randomised controlled trial.</p> <p>Kvalitet: Medelhög</p>	<p>Att undersöka (testa hypotesen) om en FF-specific hantering/mottagning är bättre än standardvård för att minska sjukhusinläggning och förlänga överlevnad hos sjukhusvårdade patienter med kroniskt FF.</p>	<p>RCT Under vårdtiden etablerades kontakt för att skapa en behandlingsrelation till patient och närstående. En hjärt-ssk gjorde hembesök och Holter-EKG 7–14 dgr. efter utskrivning. Då gjordes även en bedömning av patientens situation och förmåga till egenvård. Ssk sammanfattade och sände en rapport till medicinskt team för optimering av behandling enl. guidelines. Ssk koordinerade i teamet, vården och i vårdrelationen. Utbildning om FF, symtom och behandling.</p>	<p>335 deltagare</p> <p>168=intervention 167=kontroll</p> <p>Ålder: 65 år eller äldre. Medelålder 72 52% män 48% kvinnor</p> <p>Inga demografiska eller kliniska skillnader mellan interventions och kontrollgrupp</p>		<p>Interventionen var associerad med proportionellt fler dagar vid liv utanför sjukhus 95,5% vs 99,2%; effect size 0,22, p=0,039</p> <p>Förlängde inte händelsefri överlevnad</p>

		Hembesök och telefonuppföljning. Förlängd uppföljning och multidisciplinärt team vb.  Interventionstid 2 år			
5.Rivera-Caravaca et al., 2020. Spanien  Nurse-led atrial fibrillation clinic: Impact on anticoagulation therapy and clinical outcomes  Kvalitet: medel-hög	Att identifiera faktorer associerade med dålig kvalitet på AK-beh. med VKA och undersöka om en ssk-ledd mottagning kunde förbättra följsamhet till AK-beh och symptom för patienter som inte tidigare behandlades med VKA.  Utfallen var Effektivitet: Ischemisk stroke, TIA, akut hjärtinfarkt, död. Säkerhet: Blödningar,	RCT Interventionstid 2 år. Patientcentrerad vård och utbildning där patienterna involveras i vården. Fysiska besök på mottagningen var 6:e mån. Pat tillfrågades om symptom, komplikationer. Utbildning om FF, anti-koagulation och associerade sjukdomar Repetition vid besök. Översyn och justering av behandling, samsjuklighet. Sjuksköterskorna använde sig av ”Be Guideline Smart Toolkit” utvecklat av ACNAP, en checklista för att följa guidelines. Telefonrådgivning v.b.  Interventionstid 2 år.	223 deltagare.  107=Intervention 116=kontroll  Ålder 68–81 (median 75) 54,5% män.  Inga demografiska eller kliniska skillnader mellan interventions och kontrollgrupp		Signifikant lägre incidens av stroke/TIA i interventionsgruppen. (0,93% vs 7,75%, p=0,016)  Avseende blödningar =NS
6.Carter et al., 2016. Canada  An Integrated Management	Att undersöka om en ssk-ledd integrerad vård under ledning av läkare är	En “före- och - efter” studie där patienter med nydebuterat FF studerades i två faser: standardvård (före fas) och	413 deltagare  185=Intervention 228=Kontroll  Ålder i interventionsgruppen: 63,6 (SD±14,6)		Signifikant skillnad (matchad grupp) avseende död, kardiovaskulär sjukhusinläggning och FF-

<p>Approach to Atrial Fibrillation</p> <p>Kvalitet: medel-hög</p>	<p>överförbar till andra vårdformer.</p> <p>Utfallen var död, kardiiovaskulär sjukhusinläggning eller FF-relaterade besök på akuten och Följsamhet till guidelines</p>	<p>senare FF-kliniken (efterfas).</p> <p>Intervention: 48–72 h efter utskrivning från akuten gavs ett inledande telefonsamtal av ssk från FF-kliniken. Patienterna bjöds in till grupputbildning och fick kontaktinformation. Stroke riskbedömning gjordes, symtom diskuterades och patienterna fick en kortare info om FF. Patienten diskuterades i teamet för att se över aktuella undersökningar, medicinering och hur snart patienten skulle kallas. Ssk.förde ett djupare samtal om symtom, samjuklighet, medicinering. Patienterna screenades för olika riskfaktorer. En behandlingsplan gjordes upp för patienten och sedan remitterades patienten till sin husläkare som fick en skriftlig, utförlig beskrivning av planen. Patienterna följdes därefter av ssk på kliniken i 12–28 månader.</p>	<p>Varav 43,3% kvinnor</p> <p>Ålder i kontrollgruppen: 64 (SD±14,9) varav 45,2% kvinnor</p> <p>Inga demografiska skillnader mellan interventions- och kontrollgrupp.</p>		<p>relaterat besök på akutmott. Odds ratio 0,59 (95% CI 0.35-0,997) p=0,049</p> <p>Avseende död oavsett orsak =NS</p> <p>Signifikant bättre följsamhet till Guidelines. Fler patienter screenades för alkohol, rökning och sömnapné p=0,0001</p>
---	--	--	--	--	--

		Interventionstid: Alla pat. följdes i minst 1 år. Medel uppf.tid var 21,5 mån i interventionsgru ppen.			
7.Hendriks et al., 2012. Nederländ erna.  Nurse-led care vs. usual care for patients with atrial fibrillation : results of a randomize d trial of integrated chronic care vs. routine clinical care in ambulator y patients with atrial fibrillation .  Kvalitet: Hög	Vården av FF-patienter är ofta inadekvat beroende på bristfällig följsamhet till guidelines. Därför gjordes en studie för att jämföra en ssk-ledd FF- klinik med integrerad "Chronic- care" med standardvård , för att se om bättre följsamhet till guidelines och att involvera patienten i sin roll kunde minska sjuklighet, dödlighet	RCT  Vården på sjuksköterskemo ttagningen var baserad på en vårdmodell för patienter med kronisk sjukdom Vid första besöket tog sköterskan upp patientens sjukdomshistoria , gav utbildning om FF och lämnade ut provsvår på gjorda undersökningar. Elektroniskt verktyg för beslutsstöd användes. Uppföljande besök var tredje månad i ett år och därefter en gång i halvåret. Patienten kunde kontakta sjuksköterskan mellan besöken för frågor och rådgivning. Utbildning och psykosocialt stöd upprepades vid besöken. Patienterna tillfrågades om komplikationer och sjukhusinläggning ar. Uppföljningen varade i minst ett år och upp till två år.	712 deltagare  356 = Intervention 356= Kontroll  Ålder i interventionsgru ppen var 66±13 (55,3 % män) och i standardvård 67±12 år (62,1%män)  Inga demografiska- eller kliniska skillnader mellan interventions och kontrollgrupp		Interventionsgru ppen visade signifikant bättre resultat avseende en sammansatt end-point av kardiovaskulär sjuklighet och kardiovaskulär död Hazard ratio 0,65 (96%CI0,45– 0,93) p=0,017  Guidelines följdes mer omfattande i interventionsgru ppen p <0,001. (80% i interventionsgru ppen vs 40% i kontrollgrupp)



<p>8.Hendriks et al., 2014 Nederländerna.</p> <p>The effect of a nurse-led integrated chronic care approach on quality of life in patients with atrial fibrillation.</p> <p>Kvalitet: hög</p>	<p>I den här studien ställdes hypotesen att en tidigare prövad metod också skulle ha effekt på QoL och sjukdomsspecifik kunskap. En tidigare studie med <i>integrated chronic care approach</i> har visat bättre resultat än standardvård avseende kardiovaskulär sjuklighet och död.</p>	<p>Se Hendriks et al.,2012.</p>	<p>534 deltagare</p> <p>286 = Intervention 248= Kontroll</p> <p>Ålder i interventionsgruppen var 66±13 (55,3 % män )och i standardvård 67±12 år (62,1%män)</p> <p>Inga demografiska eller kliniska skillnader mellan interventions och kontrollgrupp</p>	<p>SF-36</p> <p>The Hospital and Depression Scale (HADS)</p> <p>The AF knowledge Scale</p>	<p>SF-36 Skillnad mellan grupperna över tid =NS</p> <p>Skillnad gällande ångest och depression mellan grupperna=NS.</p> <p>Ångesten minskade i bägge grupperna</p> <p>Sjukdomsspecifik kunskap blev bättre i bägge grupperna och var signifikant bättre i interventionsgruppen. 8,33 vs 7,66 p=0,028</p>
<p>9.van den Dries et al.,2020. Nederländerna.</p> <p>Integrated management of atrial fibrillation in primary care: results of the ALL-IN cluster randomized trial</p> <p>Kvalitet: hög</p>	<p>To evaluate whether integrated care for atrial fibrillation can be safely orchestrated in primary care.</p> <p>Utfallen var: -Död oavsett orsak, - kardiovaskulär och icke-kardiovaskulär död - kardiovaskulär och icke-kardiovaskulär</p>	<p>En kluster - randomiserad RCT Non-inferiority trial</p> <p>De baserade sin uppföljning till stor del på guidelines, en checklista användes. Patienterna följdes kvartalsvis, tre besök till ssk och ett till läkare. Ssk gav utbildning följde upp symtom, samjuklighet och tecken på hjärtsvikt och justerade läkemedel vid behov.</p>	<p>26 mottagningar med patienter deltog i studien.</p> <p>15 mottagningar och 527 patienter=interventionsgruppen</p> <p>11 mottagningar och 713 patienter = kontroll</p> <p>Demografiska skillnader: Medianålder 76år i interventionsgruppen resp. 78år i usual care p &lt;0,001</p> <p>Färre kvinnor i interventionsgruppen, 239 resp. 374 i usual care p=0,016</p>	<p>SF-12</p>	<p>Signifikanta skillnader mellan grupperna avseende död oavsett orsak. HR 0,55, (95%CI 0,37–0,82) Vilket betyder att risken för död oavsett orsak var 45% lägre i interventionsgruppen.</p> <p>Skillnader mellan grupperna avseende allvarliga kardiovaskulära komplikationer =NS</p> <p>Skillnader i sjukhusinläggning</p>

	sjukhusinläggning -allvarliga kardiovaskulära komplikationer -HrQoL -kostnadseffektivitet	Kontroller och upprepade utbildningar under studiens gång, provtagning vid behov. Patienterna kunde höra av sig mellan besöken via telefon eller digitala system.  Uppföljningen varade i minst två år.			g oavsett orsak =NS  Skillnader avseende HrQoL mellan grupperna=NS
--	--	--	--	--	--

NS= ej signifikant

AK-beh. =Antikoagulationsbehandling

VKA= Vitamin K-antagonist (ex T.Waran)