

**INFORMATION TILL PERSONER MED FÖRMAKSFLIMMER-
UTIFRÅN PATIENT OCH SJUKVÅRDSPERSONALS PERSPEKTIV
EN LITTERATURÖVERSIKT**

Kompletterande kandidatprogrammet i omvårdnadsvetenskap,
60 högskolepoäng

Självständigt arbete, 15 högskolepoäng

Grundnivå

Examensdatum: 20161122

Kurs: Ht14

Författare:
Ulrika Humpe

Handledare:
Catarina Sånge

Examinator
Monica Rydell Karlsson

SAMMANFATTNING

Förmaksflimmer är en sjukdom som innebär uppenbara risker och behöver förebyggas och behandlas enligt riktlinjer. Vissa personer har inga symtom alls medan andra upplever symtom som kan påverka det dagliga livet. Sjukvårdspersonal behöver ha god kännedom om sjukdomen och hur den kan påverka hjärtats funktion. Personer som får diagnosen förmaksflimmer behöver få information som ger en fördjupad kunskap om sjukdomen och de behandlingsalternativ som finns. I sjuksköterskans dagliga omvårdnadsarbete ingår, att i samråd med läkare, ge en individuell, återkommande information utifrån patientens individuella förutsättningar. En bättre förståelse om sjukdomen kan ge ökad delaktighet i vård och behandling som i sin tur kan leda till en ökad förmåga för en bättre egenvård hos personer med förmaksflimmer.

Syftet var att belysa information som ges till personer med förmaksflimmer-utifrån patient och sjukvårdspersonals perspektiv.

Metod som valdes var litteraturoversikt. Denna metod kan skapa möjligheter och ge bred översikt av olika artiklar som finns inom området. Till arbetet genomfördes sökning via PubMed och Samsök. Fjorton artiklar valdes ut som svarade på syftet.

Resultatet visade att informationsinnehållet i vissa fall var lika. Hur informationen skulle ges visade det sig vara väldigt individuellt. Om en individualiserad, återkommande, muntlig och skriftlig information gavs och att det fanns tid till frågor under informationstillfället kunde en ökad förståelse uppnås hos patienten. Användandet av utbildningsprogram, elektroniska eller icke elektroniska, påverkade kunskapsnivån om sjukdomen och vilken risk det innebär att ha förmaksflimmer. Programmen ökade följsamheten när det gällde den rekommenderade behandlingen och ökade delaktigheten i den egna vården.

Slutsatsen visade att, genom att utforma ett arbetssätt där patienter gavs information vid upprepade tillfällen, både muntligt och skriftligt upplevde patienten en ökad förståelse av sin sjukdom. En del sjukvårdspersonal, främst sjuksköterskor men även en del läkare, använde sig av olika strukturerade hjälpmedel vid informationstillfället som ett komplement och resulterade till en mycket positiv effekt. Patienterna upplevde att de gav dem en bättre förståelse av både sjukdomen och den behandling som rekommenderades. Det skapade förutsättningar för patienten till en ökad delaktighet i den vård och behandling som krävdes. Då en fördjupad kunskap infann sig hos patienten ökade benägenheten för egenvård hos patienten.

Nyckelord: förmaksflimmer, informationsöverföring, förståelse av information, information från sjukvårdspersonal

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Hjärtats funktion	1
Förmaksflimmer	1
Behandling av förmaksflimmer	3
Information	5
Sjuksköterskan	6
Problemformulering	8
SYFTE	8
METOD	8
Urval	8
Datainsamling	8
Databearbetning	10
Forskningsetiska överväganden	10
RESULTAT	11
Informationsöverföring	11
Informationsinnehåll	12
Patientens förståelse av information	13
Sjuksköterskans roll	13
DISKUSSION	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	16
Slutsats	18
Fortsatta studier	18
REFERENSER	19

Bilaga 1-Bedömningsunderlag

Bilaga 2-Matris

INLEDNING

Förmaksflimmer är en av de vanligaste behandlingskrävande hjärtrytmrubbningarna hos vuxna och ökar med stigande ålder. Vid förmaksflimmer finns en fem gånger så stor risk att drabbas av ischemisk stroke. Det finns tydliga riktlinjer från Socialstyrelsen angående behandlingsåtgärder som rekommenderas. För att minimera risker och komplikationer som finns med sjukdomen behöver informationen överföras utifrån individens förutsättningar. Enligt riktlinjer ska informationen förmedlas på olika sätt för att ge en fördjupad kunskap om sjukdomen, symtom som kan förekomma och olika behandlingsalternativ. En kontinuerlig uppföljning är nödvändig, där både sjuksköterska och läkare, följer upp behandling och vård hos de personer som fått diagnosen förmaksflimmer (Socialstyrelsen, 2015).

BAKGRUND

Hjärtats funktion

Hjärtats främsta uppgift är att pumpa blod till lungorna och till kroppen. Hjärtat är uppdelat i höger och vänster halva med respektive förmak och kammare (Budowick, Bjålie, Rolstad & Toverud, 1993).

I hjärtat finns hjärtmuskelceller som har förmåga till spontan elektrisk aktivering. De kan både ta emot och sprida elektriska impulser. Denna automatiska impulsspridning till hjärtats celler medför att hjärtat kan dra ihop sig, kontraheras. Under normala förhållanden startar den elektriska aktiveringen i det system som består av specialiserade hjärtmuskelceller, vanligtvis kallat retledningssystemet. Detta består av sinusknutan, AV-noden, His 'ka-bunten, höger och vänster skänkel samt Purkinje-fibrer (Jern, 2010).

Sinusknutan sprider impulser till angränsande hjärtceller i höger och vänster förmak vilket skapar en förmakskontraktion. Impulsspridningen fortsätter till AV-noden, där en kort automatisk fördröjning av impulserna sker. De sprids vidare ner via His 'ka-bunten, till höger skänkel respektive vänstra skänklarna. Den elektriska impulsspridningen fortsätter ut i hela hjärtmuskulaturen och skapar en samtidig kontraktion av kamrarna (Jern, 2010).

Förmaksflimmer

Vid förmaksflimmer styr inte sinusknutan impulsspridningen. Ett flertal olika återkopplingskretsar i förmaken skapar ett elektriskt kaos och impulshastigheten är mycket snabb, upp till 250 impulser per minut kan registreras i förmaken. Den naturliga automatiska fördröjningen i AV-noden leder till att bara vissa impulser når kamrarna. Kammarrytmen vid förmaksflimmer blir oregelbunden och ger vanligtvis en hjärtfrekvens mellan 120 till 160 slag per minut (Jern, 2010).

Symtom och diagnostisering

De vanligaste förekommande symtomen vid förmaksflimmer är hjärtklappning, trötthet, andfåddhet. Symtomen är väldigt olika från individ till individ. En del personer upplever inga symtom alls medan andra har symtom som påverkar det dagliga livet (Socialstyrelsen, 2015).

Det finns olika sätt att diagnosticera förmaksflimmer. Elektrokardiografi (EKG) kan användas som metod vid diagnostisering av förmaksflimmer. Om förmaksflimmer förekommer visar EKG att kammarkomplexen kommer oregelbundet och p-vågorna, som speglar impulser från sinusknutan, saknas framför QRS-komplexen (Jern, 2010)

Genom att sätta två fingrar på radialisartären, så kan pulsationerna ge information om hjärtat slår regelbundet eller oregelbundet. Om vissa slag uteblir eller kommer tidigare uppstår en oregelbundenhet av hjärtslagen som ger misstanke om förmaksflimmer. Vid en utredningsprocess, där misstanke föreligger om förmaksflimmer, finns möjlighet att använda sig av långtidsregistrering av hjärtrytmen, så kallad Holter (Uittenbogaart et al., 2015).

Olika typer av förmaksflimmer

Förmaksflimmer benämns olika beroende av hur lång tid förmaksflimret är ihållande.

- Paroxysmalt förmaksflimmer, är ihållande mindre än 24 timmar och upp till sju dagar, återgår spontant till sinusrytm utan behandling.
- Persisterande förmaksflimmer, definieras då det är ihållande sju dagar eller mer. Det kräver behandling för att återgå till sinusrytm.
- Om förmaksflimmer är ihållande mer än ett år, definieras det som permanent. Det finns då vanligtvis ingen behandling som kan ge tillbaka sinusrytmen (Socialstyrelsen 2015).

Det finns en variant av förmaksflimmer som benämns, "Lone AF". Det är vanligtvis unga människor som drabbas, yngre än 60 år. Ingen bakomliggande hjärtsjukdom eller några andra sjukdomar kan hittas som orsak till denna variant av förmaksflimmer (Potpara & Lip, 2014)

Orsaker till förmaksflimmer

Det finns ett flertal kända orsaker till hur förmaksflimmer kan uppkomma. Akut förekommande orsaker kan exempelvis bero på alkoholintag, hyperthyreos, elektricitet, lungemboli eller annan lungsjukdom. Kirurgiskt ingrepp och hjärtinfarkt i tidigt skede kan orsaka förmaksflimmer. Vissa bakomliggande sjukdomar, såsom hypertoni, kan förorsaka förmaksflimmer. Andra typer av hjärt-kärlsjukdomar, exempelvis klaffsjukdom, är en vanligt förekommande orsak till förmaksflimmer (January et al., 2014). I vissa fall kan det finnas neurogena orsaker. Då påverkan kommer från det autonoma, parasympatiska eller sympatiska nervsystemet, kan en vagal eller adrenerg påverkan förekomma som orsakar förmaksflimret (January et al., 2014).

Risker vid förmaksflimmer

Vid förmaksflimmer finns en ökad risk att drabbas av blodproppar. De kan bildas i förmaken och följa med cirkulationen. Det kan orsaka tromboemboliska komplikationer, såsom ischemisk stroke. Risken att drabbas av det är fem gånger så stor hos personer med förmaksflimmer (January et al, 2014).

Den snabba kammarfrekvens som vanligtvis förekommer under förmaksflimmer, kan hos en del personer ge hemodynamisk påverkan. Det finns även risk att drabbas av hjärtsvikt (January et al, 2014).

Behandling av förmaksflimmer

Enligt Socialstyrelsens (2015) nationella riktlinjer för hjärtsjukvård finns sammanställda riktlinjer för behandling av förmaksflimmer. De grundar sig på europeiska kardiologföreningens rekommendationer. Riktlinjerna gäller för all svensk sjukvård och ligger till grund för att arbeta på ett gemensamt sätt, när det gäller åtgärder, som kan minimera riskerna med förmaksflimmer. De består av fyra delar: tromboemboliprofylax, frekvenskontroll, rytmkontroll, behandling av bakomliggande sjukdomar som associerar till förmaksflimmer (Socialstyrelsen, 2015).

Det finns också rekommendationer när personer med förmaksflimmer behöver behandlas med förebyggande tromboemboliprofylax, antikoagulantia. Vid behandling av något av de rekommenderade läkemedel som finns idag, kan strokerisken minskas, med upp till sjuttio procent. Underbehandling förekommer främst hos äldre över 80 år och hos kvinnor (Socialstyrelsen, 2015).

Rekommendationer utgår från en riskstratifieringsskala, CHA₂DS₂-VASc-index. Här klassificeras olika riskfaktorer, såsom ålder, typ av kön och tidigare sjukdomar, med olika poäng. Varje bokstav ger en förklaring av vilka riskfaktorerna är och hur de graderas med olika poäng.

Förklaring av CHA₂DS₂-VASc-index (January et al., 2014).

- C: Hjärtsvikt (congestive heart failure) 1 poäng
- H: Hypertoni (hypertension) 1 poäng
- A₂: Ålder (age) > 75 år 2 poäng
- D: Diabetes mellitus 1 poäng
- S₂: Genomgången stroke/TIA/tromboembolism 2 poäng
- V: Vaskulär sjukdom, kärlsjukdom 1 poäng
- A: Ålder (age) 65–74 år 1 poäng
- Sc: Kvinnligt kön (sex category) 1 poäng

1–9 poäng = antikoagulantibehandling

0 poäng = ingen behandling

Hos de personer med förmaksflimmer som har flera olika riskfaktorer, utifrån CHA₂DS₂-VASc-index, se tabell 1, visar på en ökad procentuell risk att drabbas av ischemisk stroke med tanke på att det genererar fler antal poäng.

Tabell 1. Antal CHA₂DS₂-VASc-poäng och procentuell risk för ischemisk stroke.

Poäng	Procent risk
1	1,3
2	2,2
3	3,2
4	4,0
5	6,7
6	9,8
7	9,6
8	6,7
9	15,2

(Socialstyrelsen, 2015).

Tromboemboliprofylax

Waran[®] (warfarin) är det äldsta beprövade antikoagulantia. Det är ett läkemedel som kräver täta blodprovskontroller. Genom att kontrollera det så kallade INR-värdet, kan koncentrationen av läkemedlet mätas. För bästa tromboemboliprofylax, blodproppsförebyggande effekt behöver en terapeutisk nivå uppnås, som är ett värde mellan två och tre (Socialstyrelsen, 2015).

De alternativa antikoagulantia, som rekommenderas idag, har lika bra blodproppsförebyggande effekt som Waran[®]. Det finns två samlingsnamn, för de läkemedel som rekommenderas, non-vitamin K antagonist oral anticoagulants (NOAK) eller direktverkande oral antikoagulantia (DOAK). Under pågående behandling med denna typ av läkemedel behöver patienten vanligtvis ta prover en gång per år. De tre läkemedelsnamnen benämns, Pradaxa[®] (dabigatran), Xarelto[®] (rivaroxaban), Eliquis[®] (apixaban) (Socialstyrelsen, 2015).

De personer som av någon anledning inte kan behandlas med blodförtunnande läkemedel kan genomgå en alternativ behandlingsmetod för att förebygga stroke. Behandlingen benämns Left Atrial Appendage Occlusion (LAAO). Det innebär en perkutan stängning av vänster förmaksöra och därefter insättning av en sorts plugg sker i vänster förmaksöra (Socialstyrelsen, 2015).

Risker med tromboemboliprofylax

Med tanke på blödningsrisken, vid alla typer av antikoagulantia, är det viktigt med en individuell bedömning för varje patient. Oavsett val av läkemedel förekommer både stora och små blödningar och drabbar olika organ. Personer som behandlas med antikoagulantia behöver en bra uppföljning för att i möjligaste mån förebygga de blödningar som kan uppstå (Held et al., 2015).

Frekvensbehandling

Under pågående förmaksflimmer, med snabb kammarfrekvens, behöver kammarfrekvensen minskas för att undvika hemodynamisk påverkan. Förstahandspreparatet är betablockerare, vilket minskar både vilooch ansträngningsfrekvensen. Ett annat alternativ är calciumblockerare (non-dihydropyridine) (January et al., 2014).

I det akuta skedet, för snabb effekt, ges betablockad intravenöst. Läkemedlet digoxin kan också ges akut, intravenöst, i kombination med betablockerare. Även detta läkemedel har för avsikt att minska kammarfrekvensen, dock påverkas endast vilofrekvensen (January et al., 2014).

Om den medicinska behandlingen inte är tillräcklig och ger patienten en hemodynamisk påverkan, kan en akut konvertering, elektrisk eller med läkemedel vara nödvändig. Vanligt läkemedel är då, Amiodarone[®]. Andra läkemedel, kan vara flecanide, dofetilide, propafenone och ibutilide. Alla läkemedel kan även ges kontinuerligt, i tablettform (January et al., 2014).

Rytmkontrollsbehandling

Många patienter med nydebuterat förmaksflimmer slår spontant tillbaka till sinusrytm inom 24–48 timmar. Om mer än 48 timmar har gått kan det bli aktuellt med en planerad, elektrisk, konvertering. Då behöver patienten behandlas med förebyggande blodförtunnande läkemedel, för att undvika blodpropprelaterade komplikationer, såsom ischemisk stroke. Det finns

speciella riktlinjer för detta. Läkemedel kan användas efter konvertering, i profylaktiskt syfte, för att bibehålla sinusrytm i så hög grad som möjligt. Vanliga läkemedel är flecanide, dofetilide, propafenone, amiodarone, dronedarone, sotalol (Socialstyrelsen 2015).

Vid alla typer av läkemedel är det nödvändigt att följa upp patienten speciellt, för att upptäcka eventuella biverkningar som kan förekomma (January et al., 2014).

Andra behandlingsalternativ

En del personer behöver prova ett flertal läkemedelsalternativ för önskvärd effekt vid behandling av förmaksflimmer. När det inte fungerar eller att biverkningar förekommer finns idag alternativa, kirurgiska behandlingar, med bra dokumenterad effekt (January et al., 2014).

Sedan slutet av 1980 har en kirurgisk metod, kallad kateterablation, utvecklats. Det finns olika typer av kateterablationer idag. Vid en typ av flimmerablation används olika energiformer, värme eller kyla, för att ta bort områden i vänster förmak där förmaksflimret startar. Denna behandling kan i vissa fall, eliminera förmaksflimret (Calkins, 2012). En annan kateterburen ablation, vanligtvis kallad His-ablation, kräver kombinerad pacemakerbehandling. Under detta ingrepp blockeras förbindelsen, mellan förmak och kammare. Det är orsak till att patienten behöver en pacemaker inopererad, för att via pacemakerelektroden i kammaren, ge impulser till en adekvat kammaraktivitet. Förmaksflimret försvinner inte men behandlingen är symtomlindrande (Calkins, 2012).

Om patienten är i behov av öppen kirurgiskt ingrepp i hjärtat på grund av hjärtklaff- eller kärlsjukdom och har ett samtidigt symtomatiskt, svårbehandlat förmaksflimmer, finns ett annat kirurgiskt ingrepp. Det sker då samtidigt som den öppna kirurgin och kallas Maze-kirurgi. Det är ett ingrepp där ärrbarriärer skapas, i både vänster och höger förmak. En isolering av lungvenerna genomförs och i vissa fall avlägsnas vänster förmaksöra (January et al., 2014).

Information

Ordet information kommer från informat´tio. Generellt förklaras det, enligt Nationalencyklopedin (u.å), den information och kunskap som överförs vid kommunikation. Information kan ges på olika sätt, i skrift, bilder eller via samtal.

Peder Hård af Segerstad, docent i sociologi, beskriver utifrån en egenhändigt skapad kommunikationsmodell, sambandet som en process mellan kunskapsbärare och mottagare. Den kallas förståelseprocess och innebär att information som skall ges, måste kunna omvandlas till kunskap. För att det skall bli möjligt är det mest centrala hur informationsöverföringen fungerar (Hård af Segerstad, 2011).

Information till patienten

Enligt nya patientlagen från januari 2015, finns riktlinjer för hälso-och sjukvården gällande information. För att patienten skall bli mer delaktig i sin vård och behandling och kunna göra egna val, har riktlinjerna förtydligats, när det gäller informationsinnehållet. Några av de områden som presenteras är, kunskap om hälsotillstånd, risker med sjukdomen, vård- och behandlingsalternativ, biverkningar av mediciner, behandlingsförlopp samt förebyggande åtgärder som finns vid förmaksflimmer (SFS 2014:821).

Socialstyrelsen (2015), sammanfattar tydligt samspelet mellan information, bemötande och delaktighet.

En välinformerad patient är en patient som:

- är trygg och med i det som sker
 - är informerad om vad som gjorts, vad som kan tänkas hända, vad man ska vara uppmärksam på och hur uppföljningen ser ut• har fått information som är individuellt anpassad utifrån patientens förutsättningar, behov, kognitiva förmåga, aktuell situation m.m.
 - genom informationen fått kunskap, förståelse och insikt om sitt hälsotillstånd och de metoder för undersökning, vård och behandling som finns
 - kan tillgodogöra sig innebörden av informationen och kan föreställa sig konsekvenserna av olika behandlingar och eventuella risker
 - har tillräckligt underlag för att kunna ta ställning till olika alternativ och inser vad som krävs av egen medverkan
 - har fått en dialog som bygger på en öppen och lyhörd kommunikation där individen känner sig respekterad och tagen på allvar
- (Citaten är hämtade från samtalsgrupper med hälso- och sjukvårdspersonal och möten med patientorganisationer, Socialstyrelsen, 2015, s. 21).

Sjukvårdspersonalen har ett gemensamt ansvar för att kontrollera att individen förstår innehåll och innebörd av given information. Det behöver ske i samarbete med alla personalkategorier, sjuksköterska, undersköterska, läkare, kurator, sjukgymnaster, dietister. För att de nya riktlinjerna skall uppnås innebär det att kontinuerliga, uppföljande samtal behöver erbjudas till både specialistsjuksköterska och läkare (Socialstyrelsen, 2015).

Sjuksköterskan

Den snabba kunskapsutvecklingen inom hälso- och sjukvården gör att det blir allt viktigare för sjuksköterskan att fördjupa sina kunskaper genom kontinuerlig granskning av olika studier inom de problemområden som uppkommer. Med goda kunskaper hos sjuksköterskan finns det bra förutsättningar för att kunna bidra till en god, evidensbaserad, patientsäker vård (Forsberg & Wengström, 2008).

Att främja patientens egenvårdsmöjligheter, enligt omvårdnadsteoretikern Orem, är något som sjuksköterskan behöver ha med i sitt dagliga arbete. Utifrån Orem's teori, behöver människan ses som en helhet och alla patienter har olika och individuella behov. Både kultur och social tillhörighet kan påverka situationen för patienten. Att arbeta utifrån Orem's omvårdnadsteori kan bra förutsättningar skapas för sjuksköterskan i det dagliga omvårdnadsarbetet. Enligt Orem, ingår det naturligt i sjuksköterskans arbetsuppgift att ta hänsyn till varje patients personlighet för att skapa en trivsamt och motiverande miljö. Sjuksköterskans har en central roll att stötta och undervisa patienten för att uppnå och utföra egenvård. Förmågan till detta kan variera under sjukdomstiden beroende på hur livssituationen förändras (enligt Kirkevold, 2000).

Orem's omvårdnadsteori passar väl in på den värdegrund som finns att förhålla sig till i sjuksköterskans omvårdnadsprofession. Värdegrunden utgår från att patienten är unik och behöver få ett individuellt bemötande. Sjuksköterskan behöver utgå från individens förmåga att göra egna val och ta ansvar utifrån individens förutsättningar. Patientens hälsa och människors lika värde, som princip, är det främsta målet för sjuksköterskan (SSF, 2009).

När sjuksköterskan arbetar utifrån dessa principer kan både Socialstyrelsens riktlinjer och den nya patientlagen följas på ett naturligt sätt då information skall förmedlas till personer med förmaksflimmer av sjuksköterskan (Socialstyrelsen 2015).

Sjuksköterskans roll vid information

I det dagliga omvårdnadsarbetet ingår att ge kontinuerlig information till patienten. Den skall vara individanpassad och ges både skriftligt och muntligt. Sjuksköterskan behöver ta hänsyn till patientens livssituation, såsom, ålder, mognad, tidigare erfarenheter, bakgrundshistoria, exempelvis språklig bakgrund och omständigheter runt individen. Det är komponenter som tillsammans kan påverka förmågan till att ta emot och förstå information som ges (Socialstyrelsen, 2015).

I samråd med läkare behöver kunskap förmedlas om sjukdomen, dess risker, symtom som kan uppkomma, rekommenderade behandlingar som finns att tillgå. Patienterna behöver även erbjudas fler tillfällen där informationen delges. Detta kan skapa förutsättningar för en fördjupad kunskap som kan öka patientens delaktighet i den vård och behandling som erbjuds. (Socialstyrelsen 2015).

Enligt Socialstyrelsen visas att den specifika förebyggande behandling som vanligtvis behöver ges i form av antikoagulantia, till personer med förmaksflimmer, rekommenderas följas upp via en speciell mottagning med specialutbildade sjuksköterskor. I Sverige är detta en inarbetad och välfungerande vårdform sedan flera år tillbaka, vid behandling av alla antikoagulantia som rekommenderas idag (Socialstyrelsen 2015).

När patienten får en fördjupad kunskap kan det öka medvetenheten om både risker som finns med diagnosen och vikten av följsamhet, för den behandling som rekommenderas, vid förmaksflimmer. Patienten behöver ha vetskap om var och när de kan vända sig för råd eller frågor om sin sjukdom. En etablerad kontakt där återkommande information förmedlas ger möjlighet till en fördjupad kunskap och kan skapa en trygghet hos patienten. Det ger förutsättningar för en ökad förmåga till egenvård hos patienten (Davis, 2013).

Enligt Antonovsky, Aroseus, (2013), finns viktiga faktorer som påverkar människans förmåga att bibehålla hälsan trots sjukdom eller motgångar. Hans erfarenheter som professor i sociologi, var viktiga då han utformade sin teori med utgångspunkten att det kan finnas hälsobringande faktorer. Han utgår från en teori som benämns Känsla Av SAMmanhang (KASAM). Utifrån teorin menar han att människan aldrig är helt frisk eller sjuk utan att det finns ett flytande tillstånd mellan dessa. Det ingår tre centrala begrepp som är avgörande för teorin, enligt Antonovsky.

- Hanterbarhet: att individen har resurser för att hantera motgång och sjukdom.
- Begriplighet: att människan kan skapa förståelse av händelser i livet som kan ske. –
- Meningsfullhet: att individen kan hitta en mening med motgång, sjukdom som gör utmaningen värd att investera energi i.

Graden av KASAM bestämmer människans förmåga att hantera motgångar, enligt Antonovsky, som även skapade ett formulär där det finns möjlighet för patienten att mäta graden av betydelsen, KASAM (Aroseus, 2013).

Problemformulering

Det finns uppenbara risker med förmaksflimmer som är den vanligaste behandlingskrävande arytm. Det krävs mycket kunskap hos sjukvårdspersonal då de delger information om sjukdomen, symtom som kan förekomma och behandlingsalternativ som finns. Informationen behöver överföras utifrån riktlinjer och individens förutsättningar. Den ska ge en fördjupad kunskap om sjukdomen för att ge möjlighet för personer med förmaksflimmer att bli delaktig i sin vård och behandling. Det är sjuksköterskans skyldighet att, i samverkan med övrig sjukvårdspersonal, ge en individuell, kontinuerlig information samt stödja personen på olika sätt för att skapa möjligheter till att främja förmågan till egenvård.

SYFTE

Syftet var att belysa information som ges till personer med förmaksflimmer-utifrån patient och sjukvårdspersonals perspektiv.

METOD

Författarens syfte var att belysa information som ges till personer med förmaksflimmer-utifrån patient och sjukvårdspersonals perspektiv. Litteraturöversikt är en bra metod, enligt Forsberg och Wengström (2008) och ger en bra möjligheter att sammanställa ett stort antal artiklar i ämnet.

Det är av vikt att systematisk värdera, analysera och sammanställa resultat som gjorts i tidigare studier för att vårdpersonals kunskap inom arbetsområden ska kunna öka. Detta behöver enligt författarna, utföras genom att systematiskt söka och kritiskt granska vetenskapliga artiklar (Forsberg & Wengström, 2008).

Urval

Kriterierna för författaren var originalartiklar, publicerade i vetenskapliga tidskrifter. Artiklarna skulle vara etiskt godkända och vara skrivna på engelska. De artiklar som var publicerade tidigare än 2000, valdes bort. Artiklarna inkluderade abstracts, nursing journals och vetenskapliga tidskrifter. Artiklar som exkluderades var det artiklar som inte svarade på syftet samt reviews.

Datinsamling

Litteratursökningen genomfördes i olika databaser som fanns att tillgå, främst i databasen PubMed. Sökning genomfördes också via biblioteken.sll.se, Samsök. Där återfanns några artiklar som författaren kunde använda. Artiklarnas databas var CINAHL (Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature).

Artiklarnas texter granskades genom att läsa Abstract vilket var till nytta då artiklar skulle väljas ut. Det låg till grund för att undersöka om artiklarna svarade på författarens syfte. Utifrån syftet användes identifierade sökord som innebar att sökningen började brett, för att därefter bli mer specificerad i sökandet efter ett större antal artiklar som skulle granskas.

Sökord som användes var, atrial fibrillation som kombineras med sökorden, AND nurse, AND nursing, AND information, AND symptoms managements. Vid sökning i databasen PubMed användes MeSH-termer (Medical Subject Headings). Förmaksflimmer (atrial fibrillation), sjuksköterska (nurse), omvårdnad (nursing), information/hälsouppllysning (information), symtom (symptoms) och hantering (managements).

Sökningen skedde under två etapper. Första delen söktes artiklar under perioden januari till maj. Då sökning med sökord, atrial fibrillation gav detta allt för många träffar. Författaren valde att specificera sökningen med att kombinera andra sökord med sökordet, atrial fibrillation. När sökorden, MeSH, atrial fibrillation kombinerades med AND nursing i databas PubMed gavs 557 träffar. Två nyare artiklar valdes ut att granskas men svarade inte specifikt på syftet.

Vid sökning via Samsök, biblioteken.sll.se, användes sökorden atrial fibrillation AND information AND symptoms managements. Det gav 200 träffar varav två valdes ut efter att ha granskat 12 utvalda. Databas för de artiklar som valdes, var CINAHL.

Då sökningen specificerades ytterligare och sökning, MeSH, atrial fibrillation AND information from nurse i databasen PubMed, gavs 26 träffar utifrån sökorden varav fjorton granskades och sju valdes ut. Av de sju artiklar som valdes tre av dem efter att en fördjupning i två av dessa artiklars referenslista genomfördes. En manuell sökning resulterade till de fynden och valdes ut till resultatet.

Vid andra sökningen under perioden augusti till september utfördes sökning via databas PubMed, MeSH, sökorden atrial fibrillation AND nurse gavs 228 träffar. Författaren granskade ett stort antal för att komma fram till de fem artiklar som valdes ut. Av dessa fem artiklar valdes en av dem utifrån en av artiklarnas referenslista. Den hittades via manuell sökning, vilket resulterade i ytterligare en artikel, som valdes till arbetet.

Exklusionskriterier var de artiklar som inte svarade på syftet. Vid noggrannare granskning av abstract och därefter hela artikeln blev en del artiklar bortprioriterade för att viss tveksamhet fanns kring om resultatet svarade på syftet. Artiklar valdes bort som var för detaljerat inriktade på ett område, även om det innefattade att sjuksköterskans hade en central roll i studiens resultat. Det var, exempelvis, de studier som behandlade kostnadseffektivitet kring sjuksköterskeledd mottagningsverksamhet.

Då artiklar valts utifrån titelns utformning, lästes artiklarnas abstract igenom först, då abstractet kunde antyda att artikeln svarade på syftet lästes därefter artiklarna i sin helhet. Då de lästs igenom kunde författaren se om det kunde väljas ut för närmare granskning. Många artiklar lästes igenom innan författaren fann artiklar som besvarade syftet. De som valts ut bearbetades utifrån olika ämnesområden som författaren valt skulle ingå i arbetet. Sökhistorik redovisas i Tabell 2.

Tabell 2. Redovisning av datasökning i PubMed och Samsök

Datum för sökning	Sökord	Antal träffar	Granskade artiklar	Valda artiklar
2016-01-09 PubMed Advanced Search	Atrial fibrillation	57 096	0	0

2016-01-09 PubMed Advanced Search	Atrial fibrillation AND nursing	557	2	0
2016-01-19 Samsök AS, databas CINAHL	Atrial fibrillation AND information AND symptoms managements	200	12	2
2016-02-25 PubMed Advanced Search	Atrial fibrillation AND Information from nurse	26	14	7
2016-08-12 PubMed AS	Atrial fibrillation AND nurse	228	96	5
Totalt inkluderade antal artiklar				14

Manuell sökning

Genom att hitta intressanta och relevanta områden i några av de valda artiklarna, gjordes en manuell sökning. Där återfanns, via referenslistor fyra ytterligare artiklar som valdes ut till resultatdelen.

Databearbetning

Artiklarna valdes ut för att motsvara syftet som valts. De lästes igenom och granskades noggrant ett flertal gånger. Författaren läste först artiklarnas abstract vilket avgjorde om hela artikelinnehållet skulle granskas vidare. Då abstractet visade indikationer om att svara på syftet lästes hela artikeln igenom. Resultatdelen lästes igenom ett flertal gånger och granskades noggrant innan artikeln valdes ut

Granskningen innefattade även att undersöka att de valda artiklarna uppfyllde kriterierna i den tregradiga kvalitets-skalan, utifrån det bedömningsunderlag framtagen av Sophiahemmets Högskola för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodinsats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bachtsevani (2011). Se bilaga I.

De artiklarna som inkluderades har sammanställts till ett resultat och presenterats under fyra rubriker. De klassificerades och presenterades även i den matris som Sophiahemmets högskola tillhandahåller, modifierad av Willman et al. (2006). Se bilaga II.

Forskningsetiska överväganden

Det finns, enligt Forsberg och Wengström (2008) riktlinjer från vetenskapsrådet för att medicinsk forskning ska bedrivas korrekt utan fusk och ohederlighet, stöld eller plagiat av någon annans data. Alla artiklar som inkluderas måste ha tydliga etiska överväganden och vara granskade av etiska kommittéer. Detta ligger till grund för att data inte skall förvrängas.

Det som ska belysas och beskrivas får inte innehålla egna åsikter eller värderingar oavsett vad som framkommer i de olika artiklarna. Under arbetets gång och när uppsatsen är avslutad måste data hanteras rätt för att forskningsetiska principer skall följas (Kristensson, 2013).

RESULTAT

Litteraturoversiktens syfte var att belysa information som ges till personer med förmaksflimmer -utifrån patient och sjukvårdspersonals perspektiv.

Med hjälp av artikelsökning valde författaren 14 artiklar till resultatdelen. Det framkom att informationen från sjukvårdspersonal gavs på flera olika sätt. Innehållet kunde variera vilket det kunde finnas olika orsaker till. Både innehållets utformning och hur information gavs kunde påverka förståelsen hos de som tog emot informationen, enligt de artiklarna som valts ut. Följande resultat är presenterade i löpande text och delades in i olika rubriker, så som, informationsöverföring, informationsinnehåll, patientens förståelse av information och sjuksköterskans roll.

Informationsöverföring

Aliot et al. (2010) beskrev aspekter som påverkade informationstillfället för patienter med diagnosen förmaksflimmer. I studien upplevde ett flertal av läkarna att tidsbristen var en viktig faktor och tidsbristen i sig påverkade informationskvalitén. Läkarna hade lång yrkeserfarenhet, god vana i att undervisa och informera olika patientgrupper inom hjärtsjukvård. Ytterligare en aspekt var bristfällig kvalitet på den tillgängliga information som skulle ges, jämförbart med andra hjärtdiagnoser. Upplevelsen var att sjukdomens komplexitet krävde mer tid då grundläggande information skulle ges till patienter med förmaksflimmer. En annan infallsvinkel som påverkade informationsöverföringen var, enligt författarna, Fossum och Arborelius (2004), hur informationen fördes fram. Samtalets struktur påverkade patienternas helhetsuppfattning då de träffade läkarna. När samspel uppstod mellan läkare och patient erfor patienterna en högre grad av delaktighet i besluten angående sin sjukdom och behandling. Ögonkontakt mellan patient och läkare hade betydelse samt att det gavs tidsutrymme för patientens egna frågor. Tiden för reflektion och läkarens förmåga till följsamhet och flexibilitet, kring de olika informationsdelarna visade sig påverka hur patienten uppfattade samtalet. Då läkaren ställde återkopplingsfrågor till patienten, i syfte att kontrollera att patienten förstått den information som gavs uppfattades informationstillfället mer positivt och gav en ökad känsla av delaktighet.

Det framkom av Hendriks et al. (2014), olika faktorer, som positivt påverkade både följsamheten av den rekommenderade behandlingen för patienter med förmaksflimmer. Då de jämförde patienter som enbart följdes upp av kardiolog, jämfört med att ha en integrerad uppföljning, framkom att en integrerade uppföljningen, uppfattades vara bättre hos dessa patienter. Där samtalade de med både läkare och sjuksköterska. Förutom en god följsamhet av rekommenderad behandling, hos patienter med integrerad uppföljning, resulterade det också i att korrekt utförda undersökningar utfördes i högre utsträckning. Som komplement till den strukturella muntliga informationen, användes ett speciellt datorprogram, som kunde skapa en personlig profil för patienten. Utifrån den presenterades och rekommenderades behandling till patienten.

Informationsinnehåll

De var många patienter som fått vänta länge innan de fått förklaring på sina upplevda symtom menade, McCabe, Schumacher och Barnason (2011). Även när de fått sin diagnos fastställd, av läkare, upplevde många att de fått en otillräcklig information om sin sjukdom. Vissa patienters behandlingsåtgärder presenterades flyktigt, exempelvis elkonvertering, som åtgärd för att behandla förmaksflimret. Ingen information gavs om hur behandlingen skulle gå till väga eller vad som kunde förväntas efteråt, av den sjukdom de drabbats av. Vändpunkten kom när de fick mer konkret och fördjupad information om sin diagnos vid de kontinuerliga uppföljningsbesöken. Där kunde de få mer kunskap som ökade medvetenheten och förståelsen av vad deras symtom orsakades av. Patienter upplevde att de gavs information som förbättrade deras situation positivt då de fick kunskap om att det fanns behandling att tillgå för sjukdomen. Enligt Potpara et al. (2015) hade patienter med förmaksflimmer delgivits en allmän information om förmaksflimmer, mestadels muntligt. Läkarnas hade under informationstillfället valt ut vissa fokusområden. Särskild information gavs om propprisk vid förmaksflimmer samt risk för blödning relaterat till den rekommenderade antikoagulantabehandling. Vid den strokeförebyggande informationen utgick nästan hälften av läkarna från ett strukturerat utbildningsprogram. Delar av patientgruppen fick även upplysning om olika websidor, där de kunde söka mer kunskap för vissa behandlingar, såsom blodförtunnande läkemedel. I samband med att läkaren rekommenderade invasiva behandlingsmetoder, så som ablation, gavs det både en ingående muntlig och skriftlig information kring behandlingen och dess risker. Vid detta informationstillfälle delgavs patienterna, olika websidor för ytterligare, fördjupad kunskap.

Det visade sig, enligt författarna McCabe, Rhudy och De Von, (2014), att patienterna hade olika individuella behov då de gällde information. En del föredrog muntlig diskussion och samtal med vårdpersonal medan andra upplevde att en skriftlig information var att föredra. Några berättade att då den muntliga informationen kombinerades med att teckna bilder, upplevdes det som ett bra komplement. De tecknade bilderna användes som förklaringsmodell, för att exempelvis beskriva det friska hjärtat och använde bilderna vid samtalet för att förklara hur förmaksflimmer kunde påverka hjärtats funktion. Det blev tydligt, beskrev patienten, för att förstå sjukdomen bättre och varför olika symtom kunde uppkomma. Andra poängterade att det för dem, var viktigast att få diskutera sina frågor och tid gavs till att få svar på dem. Jämförbart, enligt författarna Siouta et al (2015) upplevde patienterna som vid informationstillfället träffat sjuksköterska, ha fått en djupare kunskap. Där använde sig sjuksköterskan av en strukturerad information kring diagnos och behandlingsalternativ. Det gavs, under samtalets gång, tid för att förklara diagnosen på ett ingående sätt samt att diskutera om svårbegripliga medicinska termer. Vid besöket gavs möjlighet för patienten att själv välja vad de ville prata om. Detta kunde innebära diskussioner om både nutida och framtida problem när det gällde förmaksflimmer, behandlingsalternativ, alternativa behandlingar vid exempelvis recidiv. Patienter upplevde också att de blev mer förberedda och motiverade inför deras nästkommande läkarbesök. Det handlade framförallt om att patientens fördjupade kunskap de skulle ta ställning till nya behandlingsalternativ, som skulle presenteras på kommande läkarbesök. Patienter som träffade specialistsjuksköterska enligt Hendriks et al. (2010) erhöll information om uppkomsten av förmaksflimmer, vanliga symtom och vilka behandlingsalternativ som kunde förbättra symtomen. När sjuksköterskan använde muntlig strukturell information tillsammans med ett speciellt datorprogram, upplevdes en bättre förståelse. Programmet skapade en personlig behandlingsprofil, som presenterades för patienten och gav en bättre förståelse och följsamhet av den rekommenderade behandlingen enligt studien.

Patientens förståelse av information

Författarna Aliot et al (2010) påvisade att när läkaren gav information, upplevdes den ha en nivå, där drygt hälften av patienterna berättade att det var lätt att förstå den. Det handlade i huvudsak om diagnosen förmaksflimmer, dess risker och rekommenderad behandling. Det visade sig finnas stora skillnader mellan läkare och patient, när det gällde, hur patienten upplevde sig förstått informationen som gavs. Läkarnas uppfattning var att nästan hälften av patienterna hade fått så stor kunskap om sin sjukdom, så att det skulle kunna förmå att förklara den, för sin omgivning. Jämförbart var patienternas upplevelse annorlunda, en fjärdedel av patienterna tyckte att deras kunskap var så knapp om sjukdomen, att det skulle ha svårigheter att förklara sin sjukdom för någon annan. Ungefär lika många visste inte var de kunde hitta mer information om förmaksflimmer eller vem de skulle kontakta, om det uppkom behov av detta. Enligt författarna Siouta et al (2015) hade de i sin studie, valt att vinkla samtalen på olika sätt. På detta sätt ville de få kännedom om patientens förståelse efter att information givits av sjuksköterska och läkare. Det framkom aspekter som visade sig påverka patientens känsla av delaktighet i sin vård och behandling. Då patienten upplevde att de fått tydlig beskrivning om sjukdomen och dess behandling, blivit lyssnade till och upplevde sig förstådda, uttryckte de att ett förtroende hade skapats mellan dem och vårdpersonal. Detta gav en ökad delaktighet hos patienten vid olika behandlingsbeslut. Stewart et al (2000) menade att då vårdpersonal använde sig av en patientcentrerad metod, vid informations- och utbildningstillfällen upplevdes bättre förståelsemöjligheter hos patienten. Denna metod visade, enligt författaren, kunna påverka följsamheten för den rekommenderade behandlingen. Den kunde även skapa möjligheter för patienten så att de upplevde en ökad delaktig i olika beslut kring sin sjukdom. Även patientens emotionella välmående visade sig öka, vilket författaren menade, kunde ge en förbättrad patientsäkerhet. Enligt Hendriks et al. (2014), fanns en tydlig skillnad av kunskapsförståelse om patienterna följdes upp av bara läkare eller hade sina återbesök på en integrerad mottagning. Samtalen utfördes i huvudsak av sjuksköterska med möjlighet att konsultera specialistläkare. De patienter som följdes upp på den integrerade mottagningen hade fått en bättre förståelse av diagnosen förmaksflimmer. För att kunna utvärdera förståelsen av kunskap hos denna patientgrupp sågs i studien (Hendriks et al., 2012) att då de använde sig av en utarbetad modell, som använts vid andra diagnoser, kunde detta verktyg vara till hjälp även för patienter med förmaksflimmer.

Sjuksköterskans roll

Enligt Quist et al. (2016) studerades skillnader i informationsinnehåll, utifrån att den gavs av sjuksköterska eller läkare. Informationsinnehållet visade sig vara lika oavsett personalkategori. De gavs information om diagnosen förmaksflimmer, dess risker, utifrån riskstratifieringsskala och rekommenderade behandlingsalternativ. De framkom inte heller några skillnader, oavsett personalgrupp, när det gällde att tillgodose patientens kontinuerliga uppföljning, där utvärdering av behandling som rekommenderats, följdes upp. Resultatet i studien, enligt Siouta et al. (2015), kunde påvisa att patientens besök hos sjuksköterska, upplevdes viktigt och värdefullt. Patienterna hade kontinuerliga uppföljningsbesök och de förekom även att hade planerade sjuksköterskebesök mellan läkarbesöken. Det blev ett viktigt komplement, upplevde patienten, då de på besöket vanligtvis fick information som kunde innehålla komponenter till en fördjupad kunskap hos patienten. Det gavs tid för viktiga frågeställningar hos patienten i allmänhet och även mer specifika frågor som fanns inför, eller efter ett läkarbesök. Då sjuksköterskan tog sig tid att besvara frågorna och samtidigt ge en mer utförlig information, blev det till nytta, för patientens kunskap om sjukdomen och även en bra förberedelse inför uppföljningsbesöken hos läkare.

Enligt Potpara et al. (2015) fick patienter en fördjupad kunskap om sin sjukdom och behandling när de vidareremitterades till specialistsjuksköterskemottagning. Endast ett fåtal kardiologmottagningar hade denna möjlighet. De som fick denna möjlighet kunde få hjälp med frågeställningar kring behandlingsåtgärder och föreslagna medicinska förändringar. Det framkom att de som följdes upp av specialistsjuksköterska upplevde en bättre förståelse för sin sjukdom, ökade motivation att genomföra de föreslagna nödvändiga förändringarna. Det kunde vara både medicinska och livsrelaterade förändringar, enligt författarna. Fler centra kunde erbjuda sjukhusbaserade antikoagulantiamottagningar, nästan hälften hade möjlighet till detta. Patienterna träffade där i huvudsak sjuksköterska, vid behov fanns läkare att tillgå. De gav muntlig information utifrån patientens individuella behov och använde sig av ett speciellt utarbetat, strukturerade, icke elektroniska patientutbildningsprogram. Detta upplevdes positivt av patienterna. I studien Al-Kalih et al. (2016) studerades de patienter som behandlades med de olika förebyggande, blodförtunnande läkemedel som rekommenderas idag. De följdes upp på en väl inarbetad sjuksköterskebaserad mottagning med tillgång till läkare vid behov. De kunde i denna studie påvisa en viss ökad blödningsbenägenhet av vissa NOAK-preparat, vid jämförelse av med warfarin. Då sjuksköterskan hade kontinuerliga besök och samtal med patienterna gav det en trygghet för patienten vid eventuella komplikationer. De visade sig att patienten upplevde att de fått en fördjupad kunskap om de olika läkemedelsalternativen. Författarna menade att detta kunde vara en bidragande orsak till att de var villiga att pröva andra blodförtunnande läkemedel för att ha en bra förebyggande behandling (Al-Kalih et al., 2016).

Enligt studien Qvist et al. (2016), där inga skillnader kunde konstateras i kvalité av vård eller behandlingsföljsamhet påpekades andra resultat enligt Carter et al (2016). Genom sjuksköterskeledda mottagningar, med överinseende av läkare, kunde positiva skillnader ses, jämfört med de patienter som enbart träffade läkare. Som ett resultat av de sjuksköterskeledda uppföljningssamtalen ökade följsamheten när det gällde strokeförebyggande behandling och antal vårdtillfällen för patienten på sjukhus.

Författarna, Lamiani och Furey (2008), hade fått inspiration från det som tidigare skrivits om användandet av en patientcentrerad metod vid informationsöverföring (Stewart et al., 2000) var en av ursprungsförfattarna till metoden. Författarna kunde påvisa stora skillnader i sjuksköterskans samtal om de använde sig av den patientcentrerad metod eller inte. Den största förändringen blev att den envägskommunikation som föreföll vara den vanligaste, där sjuksköterskan gav fakta om diagnosen förmaksflimmer samt de medicinska behandlingsalternativen för sjukdomen omvandlades till ett samtal för diskussion mellan sjuksköterska och patient. Den patientcentrerade samtals- och informationstekniken skapade en miljö och ett forum, där patienten gavs möjlighet att ställa frågor utifrån sjuksköterskans information om diagnosen. De psykosociala aspekterna kring förmaksflimmer lyftes fram och belystes under informationstillfället med patienten. Med den patientcentrerade metoden menade författarna att informationsöverföringen kunde öka både patienternas kunskapsnivå och delaktigheten när det gällde den individuella vård och behandling som krävdes för sjukdomen.

Det fanns många positiva effekter visade Hendriks et al. (2012), av sjuksköterskans omhändertagande på mottagningar av patienter med förmaksflimmer. Då de jämförde de patienter som endast följdes upp läkare. Det framkom att det blev ett minskat antal vårdtillfällen för denna patientgrupp och det visades sig även påverka mortaliteten.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Litteraturöversikt, som metod valdes för att svara på syftet, att belysa information som ges till personer med förmaksflimmer- utifrån patient och sjukvårdspersonals perspektiv. Den kliniska erfarenheten hos författaren hade skapat ett intresse för detta ämnesområdet. Det var författarens ambition att med den valda metoden kunna ge en överblick från tidigare skriven forskning i ämnet. Författaren hade för avsikt att hitta evidens för vilken information som ges till denna patientgrupp och genom granskning av artiklar kunna få mer kunskap kring detta. Vid en litteraturöversikt, enligt författaren Kristensson (2014), kan resultaten få större vetenskaplig tyngd och det är en bra metod då en specifik fråga ska besvaras. Den valda metoden visade sig vara en bra metod då kunskap inom ett specifikt ämne skulle efterforskas och kan därefter användas och omsättas i praktiken.

Enligt Forsberg och Wengström (2008) är litteraturöversikt en bra metod som kunde ge förutsättningar för att relevant forskning ska komma fram då det behövs ett stort informationsunderlag vilket är viktigt för att ge en bred infallsvinkel i arbetet.

Författaren arbetade själv vilket kan ha påverkat val av artiklar som ligger till grund för de resultat som presenteras. Det var inte möjligt som ensam författare att lyfta upp artiklarna till diskussion med någon annan under det pågående arbetet vilket kan ha påverkat resultatet. Ambitionen har under arbetets gång varit att ha ett kritiskt förhållningssätt till artiklar som valts ut och till resultatet som vuxit fram.

Författaren hade svårigheter att hitta rätt infallsvinkeln vid sökning, som stämde överens med syftet. Insamling av data gjordes genom att främst söka artiklar i databasen PubMed. Vid försök av insamling av data genom databaserna Medline och CINAHL fick författaren problem att nå dem via skolans hemsida. Detta kunde bero på tekniska problem vid några tillfällen. Det kan också ha berott på författarens bristfälliga datakunskaper. Om författaren inte valt att arbeta ensam kunde detta förbättrat sökningen av artiklar. Det kan ha påverkat författarens fynd av artiklar och val av databaser. Med anledning av detta valde författaren, för att hitta artiklar i andra databaser, att använda inloggning till biblioteken.sll.se och via Samsök. De artiklar som valdes, återfanns i databasen CINAHL.

De sökord som valdes via Samsök utvecklades efter att ett flertal försök gjordes via PubMed och den ospecificerade sökningen som inte gav så stora fynd. Utifrån de som skrivits i bakgrunden provade författaren att använda sig av sökord som kunde innefatta hur patienter hanterade sina symtom. I kombination med sökorden förmaksflimmer och information blev det tre artiklar som fynd. Detta kunde ha kunde ha undvikits, ser författaren nu i efterhand med tanke på att valet av sökorden inte var direkt kopplade till innehållet i syftet.

Med anledning av att bakgrunden i arbetet blev detaljerad vill författaren förklara att detta initialt valdes för att påvisa komplexiteten kring sjukdomen förmaksflimmer. Författaren ville belysa många delar med tanke på sjukdomens komplexitet, både generellt och individuellt för de som drabbas av förmaksflimmer. Författarens stora intresse när det gällde valt ämne kan ha påverkat den detaljerade bakgrunden också. Det kunde ha undvikits ser författaren i efterhand.

Artiklarna som valdes visade sig ha olika kvalitetsvärde, de bedömdes vara hög till medelhög och tre artiklar visade ha av låg kvalitet. Författaren bedömde de tre artiklarna till låg kvalitet med tanke på att ett litet antal personer var inkluderade. Risk för feltolkning av typning och gradering av kvalitetsnivå kan föreligga, då det var lång tid sedan författarna arbetade med

detta och därför inte har stor erfarenhet av det. Redovisning av valda artiklar presenteras i matris. Se bilaga II. Författaren hade önskat hitta fler studier och artiklar med stort antal inkluderade personer för att om möjligt ge en större tyngd i de resultat som framkommit.

Resultatdiskussion

Information som gavs till personer med förmaksflimmer visade sig variera stort. Det var viktigt att ett samspel uppstod vid informationstillfället. Det visade sig finnas olika aspekter som påverkade detta enligt författarna Fossum och Arborelius (2004). Författarens egna kliniska erfarenheter hade väckt ett intresse för ämnet genom olika möten med denna patientgrupp. Vid patientsamtal uppstår många frågor, som kan grunda sig i bristfällig kunskap om sjukdomen. Vanligtvis är det frågor om sjukdomen förmaksflimmer, hur symtomlindring kan uppnås, hur sjukdomen kan påverka individen i framtiden och vilka behandlingsalternativ som finns. . Frågorna kräver kunskap om både diagnosen, behandlingen för den och på vilket sätt förmaksflimmer kan påverka hjärtats normala funktion. Enligt Alliot et al., (2004) upplevdes sjukdomens komplexitet kunna påverka informationskvaliteten. Även den vårdpersonal som hade stor vana och goda kunskaper om sjukdomen, upplevde det så. Det viktigaste för informationskvaliteten, visade sig vara tiden, vid informationstillfället. Det behövdes god tid för att kunna bemöta patienternas olika informationsbehov och ge förutsättningar för patientens förståelse för den information som gavs (Alliot et al.,2004).

Det är viktigt att informationen utgår från de riktlinjer som finns för vård och behandling till personer med förmaksflimmer, för att minimera de risker och komplikationer, sjukdomen kan orsaka. Den behöver främst individanpassas för att en bättre förståelse av informationsinnehållet skulle uppnås. De krävs att hänsyn tas till både ålder, livssituation, bakgrund och kognitiva förmåga. Informationen behöver skapa förutsättningar till en fördjupad kunskap för en ökad delaktighet i den vård och behandling som rekommenderas (enligt Socialstyrelsen, 2015). Detta kan skapa förutsättningar för patientens egenvård. Enligt Orem är det en av sjuksköterskans naturliga och viktiga arbetsuppgift. Sjuksköterskans centrala roll i det dagliga omvårdnadsarbetet innebär att utifrån varje patients personlighet skapa en trivsam och motiverande miljö för att utföra egenvård. Den naturliga undervisande och stöttande roll som sjuksköterskan behöver ha, enligt Orem, är ett verktyg, för att uppnå förmågan till egenvård även om den varierar under sjukdomstiden och om livssituationen förändras (enligt Kirkevold, 2000).

Även om vårdpersonal gav information om sjukdom och behandling visades enligt författarna Fossum och Arborelius (2004), att det hade betydelse hur informationen förmedlades. Då ett samspel uppstod vid informationstillfället kunde en ökad känsla av delaktighet uppnås hos patienter när det gällde deras vård och behandling. Grunden till samspelet uppstod då utrymme och möjligheter fanns för patienten att få tid att ställa frågor om sin sjukdom. Det visade sig att den som gav informationen aktivt använde kontrollerande frågor till patienten för att få kännedom om patientens förståelse av information som gavs (Fossum & Arborelius, 2004). En annan studie visade aspekter om att strukturen vid informationstillfället kunde påverka hur informationen förmedlades (Stewart, 2000). Det visade sig att en patientcentrerad metod vid informationsöverföringen vinklade samtalsstrukturen. Olika psykosociala aspekter kom naturligt fram då sjuksköterska gav information till personer med förmaksflimmer utifrån en patientcentrerad metod istället för en mer konventionell metod (Lamiani & Furey).

Informationsförståelsen kunde enligt, Siouta et al. (2015), påverkas av vem som gav informationen, sjuksköterska eller läkare. Det visade sig finnas olika resultat i olika studier

som granskade detta. Det gav författaren en reflektion över de svårigheter som kunde förekomma att ta reda på vilken information som var den bästa för patienten, på vilket sätt och av vem (Siouta et al., 2015). Andra studier påvisade inga skillnader oavsett om de träffat sjuksköterska eller hjärtläkare. De fick en lika god vård och behandling och följsamheten av riktlinjerna var lika för patientgruppen (Quist et al. (2016).

Det framkom att det fanns individuella uppfattningar för hur information skulle ges för att en bra förståelse av sjukdomen skulle uppnås. En del föredrog muntlig information och andra skriftlig. En kombination av båda sorter upplevdes positivt hos många patienter. Enligt McCabe, Rhudy och de Von, (2014) visades att komplement av olika hjälpmedel verkade öka förståelsen hos vissa patienter. Det kunde handla om att den muntliga och skriftliga informationen även innefattade, exempelvis, tecknade bilder som förklarade vissa delar av informationen. En bättre förståelse av sjukdomen kunde öka delaktigheten för den individuella vård och behandling som krävdes för personer med förmaksflimmer (McCabe, Rhudy & de Von, 2014).

Det framkom, även enligt författarna Carter et al. (2016), att det fanns skillnader hur patienten förstod information som gavs. Författarna menade att när patienter främst träffade sjuksköterska, vid uppföljningsbesöken, upplevdes att de fick en djupare kunskap om sjukdom och behandling. De visade att en ökad följsamhet uppnåddes, när det gällde den strokeförebyggande behandlingen och en lägre frekvens av antal sjukhusbesök och inläggningar på sjukhus (Carter et al., 2016). Liknande resultat visade författarna, Hendriks et al. (2012). Sjuksköterskan omhändertagande vid uppföljningsbesöken, jämfört med de som träffade läkare, påverkade antalet vårdtillfällen för patienterna och visade sig även minska mortaliteten menade författarna (Hendriks et al., 2012). Ett stort behov fanns att få utrymme för att diskutera om nuvarande behandlingar och andra behandlingsalternativ, enligt Siouta et al., (2015). Då sjuksköterskan gav tid för detta, gav det positiva effekter. De hade fått fördjupade kunskaper och upplevde sig mer förberedda inför planerade återbesök hos läkare. Genom att patientens fördjupade kunskaper var de mer förberedda inför de beslut om nya behandlingsalternativ som presenterades för patienten. Det upplevdes, av patienten, skapa en större delaktighet i patientens vård och behandling. Det i sin tur kunde ge förutsättningar för patienten att främja egenvård för sin sjukdom (Siouta et al., 2015).

Det visades var av största vikt att sjuksköterskan och även andra personalkategorier använder sig av de olika hjälpmedel som finns idag, som komplement, vid informationstillfället. Det fanns ett flertal webbaserade informationssidor som patienter behövde få kännedom om (Potpara et al. 2015). För att uppnå en bättre förståelse hos patienten kunde de elektroniska hjälpmedlen vara ett bra komplement. De var baserade på senaste riktlinjer och skapade en individuell riskprofil för patienten och utifrån den gavs rekommenderad behandling för individen. Det visade sig vara ett nödvändigt komplement under uppföljningsbesöket hos sjuksköterskor vid informationstillfället för denna patientgrupp (Hendriks et al., 2014).

Med den kunskap som resultatet kan visa på är det viktigt att de olika studierna inte kom fram till samma tydliga resultat. Författaren kunde utifrån resultaten konstatera att sjuksköterskan hade en lika viktig roll vid informationstillfället som läkaren (Siouta et al., 2015). En integrerad uppföljning, enligt författarna Siouta et al. (2015), kunde vara bäst för personer med förmaksflimmer. Studien visade att detta arbetssätt påverkade patientens kunskapsnivåer och de upplevde en större delaktighet i de olika behandlingsbesluten. Detta är en nödvändighet för att patientens egenvård skulle främjas (Siouta et al. 2015). Det hade resulterat i specifika sjuksköterskemottagningar där man arbetade utifrån en integrerad lösning för patienten, visades i studien, Carter et al. (2016). Sjuksköterskans centrala roll

gjorde att det var den person som hade den etablerade, kontinuerliga kontakten med patienten. Vid behov fanns alltid en läkare till hands (Carter et al., 2016). Det visade sig finnas resultat, enligt Hendriks et al., (2014), som visade stärka, att patienten fått en bättre förståelse av sin sjukdom vid en integrerad uppföljning. Jämförelsen gjordes utifrån att en grupp bara träffade läkare på sina uppföljningsbesök. Om denna typ av omhändertagande gavs till patienter med förmaksflimmer kunde det finnas möjligheter att påverka den oro och ångest som i sin tur hos vissa kunde påverka livskvalitén, framkom i studien av Hendriks et al., (2014).

I studien Al-Khalili et al. (2016) framkom ett flertal fördelar av denna uppföljning. En av dem som författaren reflekterade över var, att en låg frekvens av patienter slutade med antikoagulantabehandling trots att de upplevde biverkningar av den. En infallsvinkel när det gällde detta var att informationen som patienterna fått fortlöpande under behandlingstiden kunde ha ökat medvetenheten och viljan att fortsätta med behandlingen och hitta andra behandlingsalternativ. Detta kunde även innefatta att patienten fått en fördjupad kunskap om sin sjukdom tack vare uppföljningsmodellen (Al-Khalili et al., 2016). Sjukdomens komplexitet visade sig skapa många frågor kring sjukdomen, dess risker, symtom och behandling. Frågorna är oftast individuella och visade sig, enligt Siouta et al., (2015) behöva diskuteras. Då sjuksköterskan och annan vårdpersonal gav tid för detta, gav det positiva effekter. De gav patienter fördjupade kunskaper och de upplevde en större delaktighet i sin vård och behandling (Siouta et al., (2015). Detta kunde ge förutsättningar för patienten att främja egenvården när det gällde förmaksflimmer.

Slutsats

För att bättre förutsättningar ska skapas för patienter med förmaksflimmer till en ökad delaktighet i sin vård och behandling behövs bra rutiner spridas. Informationstillfället bör innehålla både muntlig och skriftlig information om sjukdomen och de olika behandlingsalternativ som finns att tillgå. Bäst förståelse hos patienter verkade uppnås då informationen ges vid ett flertal tillfällen och att sjukvårdspersonal ger tid till patienten att uttrycka sina frågor och att tillräckligt tid finns för att besvara dem. Användande av andra strukturerade hjälpmedel, elektroniska eller icke elektroniska, som ett komplement till muntlig och skriftlig information kan ge en fördjupad kunskap och en bättre förståelse. Det i sin tur kan leda till att patienten känner sig mer delaktig i sin vård och behandling och ge förutsättningar till att främja egenvård.

Fortsatta studier

Förslag på fortsatt forskning kan vara att granska olika aspekter som inverkar till att främja egenvården. Hur kan sjuksköterskans arbetssätt påverka detta ytterligare utifrån sin profession. Finns det delar av informationen som behöver förändras eller fokuseras extra på. Vidare forskning kring informationsmetoder kunde vara ett område. Bemötande och kommunikation kan vara viktigt att ha mer kunskap om. Detta har i föreliggande studie sannolikt påverkat patienten, men vidare forskning i ämnet skulle behövas för att fastställa vikten av hur bemötande och kommunikation påverkar informationstillfället. Även vikten av stöd för att öka den emotionella hälsan, kan vara av värde att undersöka.

REFERENSER

- Alliot E., Breithardt G., Brugada J., Camm J., Lip G. Y., Vardas P. E., & Wagner M. (2010). An international survey of physician and patient understanding, perception, and attitudes to atrial fibrillation and its contribution to cardiovascular disease morbidity and mortality. *Europace*, 12(5), 626–633. doi:10.1093/europace/euq109
- Al-Khalili F., Lindström C., & Benson L., (2016). The safety and persistence of non-vitamin-K-antagonist oral anticoagulants in atrial fibrillation patients treated in a well-structured atrial fibrillation clinic. *Current Medical Research and Opinion*, 32(4):779-85. doi: 10.1185/03007995.2016.1142432
- Aroseus F. (2013). *Kasam*. Hämtad 17 januari, 2016, från: <https://lattattlara.com/klinisk-psykologi/kasam/>
- Budowick B., Bjålie J. G., Rolstad B., & Toverud K. C. (1993). *Anatomisk Atlas* (Översättare: Bjerneroth G. & B. A. Svensson B. A.). Stockholm: Liber Utbildning AB.
- Calkins H. (2012). Catheter ablation to maintain sinus rhythm. *Circulation*, 125(11), 1439-45. doi: 10.15420/aer.2012.1.1.29. 0.1161
- Carter L., Gardner M., Magee K., Fearon A., Morgulis I., Doucette S., ... & Parkash R. (2016) An integrated management approach to atrial fibrillation. *Journal of the American Heart Association*, 5(1), e002950. doi:10.1161/JAHA.115.002950
- Davis L. L. (2013). Contemporary management of atrial fibrillation. *The Journal for Nurse Practitioners*, 9(10), 643-652.
- Forsberg C. & Wengström Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Fossum B., & Arborelius E. (2004). Patient-centred communication: videotaped consultations. *Patient Educational Counseling*, 54(2), 163-9. doi: 1016/S0738-3991(03)00208-8
- Furey A., Lamiani G. (2008). Teaching nurses how to teach: An evaluation of a workshop on patient education. *Patient Educational Counseling*, 75(2), 270-3. doi: 10.1016/j.pec.2008.09.022
- Held C., Hylek E. M., Alexkander J. H., Hanna M., Lopes R. D., Wojdyla D.M., ... & Wallentin L. (2015) Clinical outcomes and management associated with major bleeding in patients with atrial fibrillation treated with apixaban or warfarin: insights from the ARISTOTLE trial. *European Heart Journal*, 36(20), 1264-1272. doi: 10.109.1093/eurheartj/ehu463.
- Hendriks J. M. L., Nieuwlaat R., Vrijhoef H. J. M, de Wit R., Crijns H. J. G. M., & Tieleman R. G. (2010). Improving guideline adherence in the treatment of atrial fibrillation by implementing an integrated chronic care program. *Netherlands Heart Journal*, 18(10), 471-7.
- Hendriks J. M. L., Crijns H. J., Tieleman, R. G., & Vrijhoef H. J. M. (2012). The atrial fibrillation knowledge scale: development, validation and results. *International Journal of Cardiology*, 30;168(2), 1422-8. doi: 10.1016/j.ijcard.2012.12.047.

Hendriks J. M. L., de Wit R., Crijns H.J.G.M., Vrijhoef H. J. M., Prins M. H., Pisters R., ... & 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), 2692-9. doi:10.1093/eurheartj/ehs071

Hendriks J. M. L., Hubertus J. M. Vrijhoef, 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*, 16(4), 491–9. doi: 10.1093/europace/eut286

Hård af Segerstad P. (2011). *Kommunikation och information: en bok om människans förmåga att tänka, tala och förstå*. Stockholm: Liber AB.

January, C. T., Wann, L. S., Alpert, J. S., Calkins, H., Cigarroa, J. E., Cleveland J. C., & Yancy C. W. (2014). AHA/ACC/HRS Guideline for the management of patients with atrial fibrillation: executive summary. *Journal of the American college of cardiology*, 64(21), 2246-2280. doi:10.1016/j.jacc

Jern, S. (2010). *Klinisk EKG-diagnostik*. Mölnlycke: Sverker Jern Utbildning AB.

Kirkevold M. (2000) *Omvårdnadsteorier* (K Larsson Wentz, översättare). Lund: Studentlitteratur AB.

McCabe P., Schumacher K., & Barnason S. A. (2011). Living with atrial fibrillation. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 26(4), 336-44. doi: 10.1097/JCN.0b013e31820019b9

McCabe P., J., Rhudy L. M., & De Von H. A. (2014). Patients' experiences from symptom onset to initial treatment for atrial fibrillation. *Journal of Clinical Nursing*, 24(5-6), 786-796. doi:10.1111/jocn.12708

Nationalencyklopedin online. Hämtad 27 januari, 2016, från:
www.ne.se/upplagsverk/encyklopedi/enkel/information

Potpara T. S., & Lip G.Y. (2014). Lone Atrial Fibrillation-an overview. *International Journal of Clinical Practice*, 68(4), 418–433. doi: 10.1111/ijcp.12281

Potpara T. S., Pison, L., Larsen, T. B., Estner, H., Madrid, A., & Blomström-Lundqvist B. (2015). How are patients with atrial fibrillation approached and informed about their risk profile and available therapies in Europe? Results of the European heart rhythm association Survey. *Europace*, 17(3), 468-472. doi:10.1093/Europace/euv025

Quist I., Hendriks, J. M., Moller, D. S. Albertsen, A. E., Mogensen H. M., Oddershede G. D., ... & 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*, 13;3(1), e000335. doi: 10.1136/openhrt-2015-000335

Siouta E., Hellström Muhli U., Hedborg B., Broström A., Fossum B., & Karlgren K. (2015). Patients' experiences of communication and involvement in decision-making about atrial fibrillation treatment in consultations with nurses and physicians. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(3), 535–46. doi: 10.1136/openhrt

Svensk sjuksköterskeförening beskriver sjuksköterskans omvårdnadsprofession (2009).

Hämtad: 26 januari, 2016, från:

http://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om.sjukskoterskans.profession_webb.pdf

SFS 2014:821. Svensk författningssamling. *Patientlagen* Hämtad 23 mars, 2016, från: www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

Socialstyrelsen. (2008). *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård*. Stockholm.

Socialstyrelsen. (2015). *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård*. Stockholm.

Socialstyrelsen. (2015). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig- Handbok för vårdgivare, chefer och personal*. Stockholm.

Stewart M., Brown J. B., Donner A., McWhinney I. R., Oates J., Weston W. W., & Jordan J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *The Journal Of Family Practice*, 49(9), 796–804.

Uittenbogaart S. B., Verbiest-van Gurp N., Erkens P. M., Lucassen W. A., Knottnerus J. A., Winken B. van Weert H. C., & Stoffers H. E. (2015) Detecting and diagnosing atrial fibrillation (D2AF): study protocol for a cluster randomised controlled trial. *Trials*,. 16:478. Advance online publication. doi: 10.1186/s13063-015-1006-5.

Tabell 1. Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011).

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större välplanerad och välgenomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få patienter/deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter/deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Välplanerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Icke- kontrollerad studie (P) är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter/deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Retrospektiv studie (R) är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.	Antal patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att	Klart beskriven kontext (sammanhang). Motiverat urval.		Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Patient/deltagargruppen för otillräckligt beskriven.

studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).	Välbeskriven urvals-process; datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/ reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.	*	Metod/analys ej tillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.
---	--	---	--

* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet.

Referenser

Berg, A., Dencker, K. & Skärsäter, I. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad: Vid behandling av personer med depressionssjukdomar* (Evidensbaserad omvårdnad,1999:3). Stockholm: SBU, SFF.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur. (Valda delar).

Bilaga II

Författare	Titel	Syfte	Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitet
------------	-------	-------	-------	-----------	----------	----------

År Land				(bortfall)		Typ
Alliot, Breithardt, Brugada, Camm, Lip, Vardas, Wagner 2010 Frankrike, Tyskland Spanien England Grekland	An international survey of physician and patient understanding, perception, and attitudes to atrial fibrillation and its contribution to cardiovascular disease morbidity and mortality	Att identifiera förmaksflimmerpatienters förståelse för sin sjukdom utifrån de riskfaktorer som finns och att se om utbildningsnivån behöver ökas	Genom en internationell, kvantitativ studie där både patienter och läkare tillfrågades angående frågeställningen, om hur förståelsen av diagnosen, förmaksflimmer var och granska skillnader mellan läkarens uppfattning jämfört med patientens.	n=825	Det krävs nya, omfattande, bättre rutiner kring hur förmaksflimmerpatienters informationsbehov bör tillfredsställas för att förbättra deras kunskap kring de risker som finns med diagnosen som kan påverka deras hälsa	(K) II
Al-Khalili, Lindström, Benson 2016 Sverige	The safety and persistence of non-vitamin-K-antagonist oral anticoagulants in atrial fibrillation patients treated in a well-structured atrial fibrillation clinic.	Att studera patienter med förmaksflimmer som behandlades med långtidsbehandling av NOAK-preparat och följdes upp på en strukturerad sjuksköterske-mottagning. Syftet var att jämföra de olika preparaten med varandra i avseende av komplikationer.	Genom en retrospektiv kohortstudie undersöka biverkningar hos patienter med förmaksflimmer som behandlades med NOAK-preparat. De följdes upp på en sjuksköterskebaserad mottagning, med ett integrerat arbetssätt. Genom journalgranskning jämfördes preparaten med varandra utifrån biverkningar som uppstod.	n=766 (9)	Resultatet visade en låg frekvens av allvarliga blödningar hos dessa patienter som följdes på den strukturerade sjuksköterskebaserade mottagningen. De patienter som drabbades av någon form av blödning kunde byta till en annan antikoagulantibehandling och fortsätta med förebyggande långtidsbehandling för de trombo-emboliska risker som fanns på grund att patienten hade förmaksflimmer	(CCT) II
Carter, Gardner,	An Integrated Management Approach to Atrial	Finns det områden som kunde förbättras för att	Genom att dela in de inkluderade patienterna i två	n=413	När en integrerad uppföljning för patientens användes, var det till stor nytta för denna patient-	(CCT)

Magee, Fearon, Morgulis, Doucette, Sapp, Gray, Abdelwahab, Parkash 2016 Canada	Fibrillation.	förebygga de risker som finns för patienter med förmaksflimmer	grupper, jämfördes skillnader av sjuklighet och död. Den ena gruppen hade fått uppföljning via en etablerad förmaksflimmermottagning med ett integrerat arbetssätt och den andra gruppen följdes enbart av hjärtläkare. Patienterna följdes både genom fysiska uppföljningsbesök och telefonsamtal för att via intervjusamtal få fram resultaten	(336)	grupp då det gäller patientens hälsa relaterade till de risker som patienter med förmaksflimmer kan drabbas av.	II
Fossum Arborelius 2003 Sverige	Patient-centered communication: video-taped consultations	Att genom studien kunna analysera hur läkaren gav information och konsultation. Därefter ta reda på vilka aspekter som påverkade patientens positiva/negativa uppfattning av samtalet	Genom att samtal videoinspelades, då läkare gav information till patienter kunde, genom ett stratifierat urval videoinspelningarna granskad och med hjälp av en beskrivande metod analyserades kommentarer som patienter hade av inspelningen	n=23 (5)	Vid granskning av de videoinspelade läkar-samtalen sågs skillnader i samtalens struktur som påverkade om patienten upplevde samtalet mer eller mindre positivt. Då patienten upplevde förtroende under samtalen och fick tid att ställa sina frågor, kände sig patienten involverad i behandlingsbesluten. De upplevde då ett mer positivt samtal	(K) III
Hendriks, Nieuwlaat, Vrijhoof, Wit, Crijns, Tielman 2010 Neder- länderna	Improving guideline adherence in the treatment of atrial fibrillation by implementing an integrated care program	Att utvärdera om det är kliniskt genomförbart med en sjuksköterskemottagning som i sitt arbete använder sig av ett specifikt datorprogram som hjälpmedel och se om detta arbetssätt kan vara till gagn för att riktlinjer skall följas bättre hos patienter	Genom att följa 111 patienter med förmaksflimmer, inkluderade till en sjuksköterskebaserad mottagning med ett integrerat arbetssätt för uppföljning. De jämförde följsamhet av rekommenderad behandling genom olika kliniska	n=111 (55)	Vid jämförelse av de två grupperna visades i studien en högre följsamhet av riktlinjer fanns hos patienter som hade sin uppföljning sjuksköterskeledd mottagning med ett specifikt datorprogram som arbetsverktyg. Det framkom att detta uppföljningssätt är ett bra och möjligt alternativ för denna patientgrupp. De komplement som användes visade uppföljnings-samtalen visade gagna patienten till att följa	(CCT) II

		med förmaksflimmer	kontroller. Resultaten jämfördes sedan med en annan patientgrupps studieresultat		riktlinjer för behandling av förmaksflimmer bättre.	
Hendriks, Crijns, Tieleman, Vrijhoef 2012 Nederländerna	The atrial fibrillation knowledge scale: Development, validation and results	Syftet var att undersöka om det kunde gå att mäta förståelse av information som patienter med förmaksflimmer ges	Genom en intervjustudie undersöka om en tidigare beprövad metod väl beprövat för hjärtsviktpatienter kunde ge en bra bild av denna typ av förståelseskala kunde implementeras även till patienter med förmaksflimmer	n=210	Det visade sig kunna fungera att använda sig av en redan beprövad metod, som använts för patienter med hjärtsvikt, då de ville undersöka förståelse av information hos patienter med förmaksflimmer	(P) I
Hendriks, Wit, Crijns, Vrijhoef, Prins, Pisters, Blaauw, Tieleman, 2012 Nederländerna	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	Att undersöka om bristen av följsamhet för patienter med förmaksflimmer av rekommenderad behandlingen kunde påverkas genom olika typer av uppföljningsåterbesök	En randomiserad, klinisk studie, där jämförelser gjordes för att undersöka om skillnader föreligger när det gäller sjukhusinläggningar och dödlighet, genom att följa en grupp av patienter med förmaksflimmer som följdes upp på sjuksköterskebaserad mottagning med integrerat arbetssätt och den andra som enbart träffade hjärtläkare	n=712 (48)	Patienter med förmaksflimmer som följs upp på sjuksköterskebaserad mottagning jämfört med att bara träffa kardiolog visade påverka både sjukhusinläggningar och dödligheten, orsakad på grund av hjärtsjukdom	(RCT) II

Hendriks, Vrijhoif, Crijns, Brunner-La Rocca 2014 Nederländerna,	The effect of a nurse-led integrated chronic care approach on quality of life in patients with atrial fibrillation	Ta reda på om skillnader fanns hos patienter när det gällde kunskapsnivån om deras sjukdom, förmaksflimmer och livskvalitén. Beroende av om de hade sin uppföljning hos sjuksköterska eller hos kardiolog.	Genom en klinisk kontrollerad studie inkluderades 712 patienter i två grupper. Den ena gruppen följdes upp av sjuksköterska, där de använde sig av ett datorprogram som blev ett komplement vid uppföljningssamtalen. Den andra gruppen fick uppföljning via, kardiolog, där de använde sig av enbart muntliga samtal.	n=712 (178)	Då patienterna följdes upp via sjuksköterskemottagning jämfört med de som enbart träffade läkare, framkom att de fått bättre kunskap om sin sjukdom, förmaksflimmer. Deras allmänna hälsa och livskvalité förbättrades också.	RCT I
McCabe, Schumacher, Barnason 2011 USA	Living with atrial fibrillation: a qualitative study	Att beskriva, utifrån patientens perspektiv, upplevelsen hos patienter med förmaksflimmer att leva med återkommande förmaksflimmersymtom	Kvalitativ studie genom öppna narrativa intervjuer. Studien var av deskriptiv design. Några teman utformades utifrån materialet och deltagarna bestod av kvinnor och män med paroxysmalt Syftet var att kunna urskilja kategorier och underliggande teman och efter noggrann innehållsanalys valdes några huvudteman.	n=15	Resultatanalys presenterad genom sju teman. -Hitta orsak och förstå symtomen -Känsla av otillräcklig kunskap och inte känna stöd -Vändpunkter -Kunna hantera och undvika problem med förmaksflimmer -Hantera de symtom som uppkommer utan förvarning -Känslomässigt lidande -Upplevelse av hopp om bot för sin diagnos	(K) III
McCabe, Rhudy, DeVon 2014 USA	Patients experiences from Symptoms onset to initial treatment for atrial fibrillation	Att ta reda på hur patienter med förmaksflimmer beskriver sina symtom från flimmerdebut fram tills de får sin diagnos och påbörjar behandlingen.	Genom intervjuer undersöka patienters upplevelser innan de fått sin diagnos förmaksflimmer Detta gjordes genom intervjuer och analyserades på ett kvalitativt	n=41	Patienter med förmaksflimmer behöver mer, fördjupad information som ger dem kunskap och förståelse av sin sjukdom för att främja egenvård	(K) II

			beskrivande sätt			
Qvist, Hendriks, Moller, Albertsen, Mogensen, Oddershede, Odgaard, Mortensen, Johnsen, Frost 2016 Danmark	Effectiveness of structured, hospital-based, nurse-led atrial fibrillation clinics: a comparison between a real-world population and a clinical trial population	Att undersöka om patienter med förmaksflimmers sjukhusinläggningar påverkas i antal, beroende om uppföljning sker på sjuksköterskemottagning eller enbart hos en kardiolog	Genom en klinisk kontrollerad studie analysera information från elektroniska patientfiler, via databaser. Utifrån de resultaten jämföra om skillnader fanns beroende om patienter med förmaksflimmer följdes upp på sjuksköterskemottagning eller läkarmottagning som påverkade deras vårdtillfällen i antal.	n=596	Inga tydliga skillnader framkom. Båda typer av uppföljningar var bra och gav ett lika gott omhändertagande för denna patientgrupp	(K) I
Potpara, Pison, Larsen, Estner, Madrid, Blomström- Lundquist 2015 Serbien Neder- länderna Danmark Tyskland Spanien Sverige	How are patients with atrial fibrillation approached and informed about their risk profile and available therapies in Europe? Results of the European Heart Rhythm Association Survey	Att ta reda på vilket sätt och vilken typ av information patienter med förmaksflimmer får och se om det fanns aspekter som påverkade följsamheten när det gäller behandlingsrekommendationer efter given information.	Genom att, via internet, skicka ut frågeformulär till 53 forskningscentra inom European Heart Rhythm association. De fick frågor om hur de informerar patienter med förmaksflimmer när det gäller risker och behandlingsrekommendationer.	n= 620	De flesta centra gav mestadels muntlig information om diagnosen förmaksflimmer. Den gavs huvudsakligen utifrån hur patientens riskprofil såg ut. Fokusområden vid informationstillfället var risk för stroke och med hjälp av ett utbildningsprogram hos vissa centra eller genom muntlig diskussion med patienten ge information om blödningsrisker om antikoagulantia-behandling var aktuell för patienten.	(K) II

Siouta, Hellström Muhli, Hedberg, Broström, Fossum, Karlgren 2015 Stockholm	Patients´experiences of communication and involvement in decision-making about atrial fibrillation treatment in consultations with nurses and physicians	Att ta reda på patienternas upplevelse av den information som gavs, av läkare och sjuksköterska och om de upplevde att de hade inflytande i behandlingsbesluten.	Genom en empirisk, kvalitativ intervjustudie gjordes en analys av innehållet från intervjuer som hölls av läkare och sjuksköterskor efter samtal med förmaksflimmerpatienter, där information och behandlingsbeslut diskuterats.	n=22	Det framkom att ett flertal faktorer påverkade om patienten upplevde sig vara delaktig i behandlingsbesluten. Det framkom att ett flertal faktorer påverkade. Patienten behövde känna förtroende vid samtalet, fått information vid ett flertal tillfällen, blivit förberedd inför olika behandlingsbeslut samt fått veta att en kontinuerlig uppföljning fanns planerad och till vem de kunde vända sig till vid frågor.	(K) III
Qvist, Hendriks, Moller, Albertsen, Mogensen, Oddershede, Odgaard, Mortensen, Johnsen, Frost 2016 Danmark	Effectiveness of structured, hospital-based, nurse-led atrial fibrillation clinics: a comparison between a real-world population and a clinical trial population	Att undersöka om patienter med förmaksflimmers sjukhusinläggningar påverkas i antal, beroende om uppföljning sker på sjuksköterskemottagning eller enbart hos en kardiolog.	Genom en klinisk kontrollerad studie analysera information från elektroniska patientfiler, via databaser. Utifrån de resultaten jämföra om skillnader fanns beroende om patienter med förmaksflimmer följdes upp på sjuksköterskemottagning eller läkarmottagning som påverkade deras vårdtillfällen i antal.	n=596	Inga tydliga skillnader framkom. Båda typer av uppföljningar var bra och gav ett lika gott omhändertagande för denna patientgrupp	(K) I
Stewart, Brown, Donner, McWhinnet, Weston, Jordan 2000 Stor-	The impact of patient-centered care on outcomes	Se sambandet då ett patientcentrerat kommunikationssätt användes vid samtal mellan läkare och patient	Genom att spela in samtal med de inkluderade patienterna tillfrågades de om deras åsikt kring det patientcentrerat kommunikationssätt	n=315	Att använda sig av en patientcentrerat tillvägagångssätt vid kommunikationen mellan patient och läkare visade ha påverkan på patienters hälsa och påverkade vården till att bli ett mer effektivt omhändertagande för patienten	(K) II

britannien						
------------	--	--	--	--	--	--

Figur 2. Exempel på del av matris för redovisning av sortering, granskning och kvalitetsbedömning av vetenskapliga studier utarbetad efter Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006).

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög, II = Medel, III = Låg