



**LUNDS UNIVERSITET**

Medicinska fakulteten

Möjligheter och hinder för omhändertagande av patienter med förmaksflimmer i primärvården. Distriktssköterskans och sjuksköterskans perspektiv

En intervjustudie

Facilitators and barriers in caring for patients with atrial fibrillation in primary care – an interview study exploring the district nurses´ and nurses´ perspective

Författare: My Lundgren, Huong Persson, Louise Norrthon Persson

Handledare: Ingmarie Olsson

Magisteruppsats

Hösten 2023

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa  
Box 157, 221 00 LUND

## Abstrakt

**Bakgrund:** Förmaksflimmer (FF) är idag den vanligast förekommande arytm och förknippas med förhöjd morbiditet och mortalitet. Det finns idag effektiv medicinsk behandling, men även livsstilsfaktorer, psykosocialt omhändertagande samt patientens följsamhet till behandlingen har stor betydelse för sjukdomsutvecklingen. Sjuksköterskeledd mottagning bidrar till en helhetssyn och en mer personcentrerad vård genom att erbjuda personcentrerad patientutbildning kring FF.

**Syfte:** Syftet med denna studie var att undersöka distriktssköterskans/sjuksköterskans perspektiv på nuvarande omhändertagande av patienter med FF inom primärvården i Skåne.

**Metod:** En kvalitativ intervjustudie utfördes med 8 distriktssköterskor och sjuksköterskor på vårdcentraler i sydvästra Skåne. En kvalitativ innehållsanalys har använts för att analysera intervjuerna.

**Resultat:** Analysen resulterade i tre huvudfynd: *Att möta patienter med förmaksflimmer* - att förstå patientens oro kring sin diagnos och försöka hjälpa dem att hantera sin situation genom ökad kunskap kring diagnos, symtom och levnadsvanor, *Sjuksköterskans kunskapsbas och kompetensutveckling* - det uttrycktes en tveksamhet att starta upp en strukturerad mottagning för patienter med FF då det kunde bli ännu ett stressmoment i arbetssituationen, *Att rätta sig efter organisationens prioriteringar och förutsättningar* - svårigheter att etablera och utveckla flimmermottagning upplevdes bero på faktorer som bristande struktur och planering på ledningsnivå, tidsbrist, kunskapsbrist och personalomsättning.

**Konklusion:** Arbetsmiljön på vårdcentraler, regionala beslut samt ekonomiska förutsättningar är faktorer som upplevs påverka hur omhändertagandet av patienter med förmaksflimmer ser ut inom primärvården. En satsning på ovanstående faktorer kan öka möjligheterna till en mer jämlik vård och ökad livskvalitet för patienterna.

## Nyckelord

Förmaksflimmer, Primärvård, Primärvårdssjuksköterska, Omvårdnad, Personcentrerad omvårdnad, Prevention, Livsstilsfaktorer.

# Innehållsförteckning

Problemområde.....	5
Bakgrund.....	6
Perspektiv och utgångspunkter .....	6
Förmaksflimmer.....	7
Epidemiologi och prevalens.....	7
Fysiologi .....	7
Symtom och diagnos.....	8
Behandling .....	8
Medicinsk behandling.....	9
Att arbeta med livsstilsfaktorer .....	9
Vikten av ett individuellt fokus.....	9
Flimmermottagning.....	10
Syfte .....	11
Metod.....	11
Urval .....	11
Instrument .....	12
Datainsamling .....	13
Analys .....	13
Forskningsetiska avvägningar.....	15
Förförståelse.....	15
Resultat .....	15
Att möta patienter med förmaksflimmer.....	16
Att möta patienten som individ.....	16
Patientens behov av att få vägledning.....	18
Strukturerat arbetssätt som stöd .....	19
Sjuksköterskans kunskapsbas och kompetensutveckling.....	20
Möjlighet till fortbildning .....	20
Behovet av kollegialt samarbete .....	21
Att rätta sig efter organisationens prioriteringar och förutsättningar.....	21
Vara en del i en större organisation .....	22
Organisatoriska förutsättningar på vårdcentralen .....	23
Diskussion.....	25
Metoddiskussion .....	25

Urval .....	25
Datainsamling .....	26
Analys .....	27
Resultatdiskussion.....	27
Att rätta sig efter organisationens prioriteringar och förutsättningar .....	27
Omhändertagande av patienter med förmaksflimmer.....	29
Konklusion och implikationer.....	31
Referenser .....	32
Bilaga 1 .....	40

## Problemområde

Förmaksflimmer (FF) är idag den vanligast förekommande arytmien och är förknippad med förhöjd morbiditet och mortalitet (Canty et al., 2021). I dag lever ca 330 000 personer med diagnosen i Sverige (Riksförbundet Hjärtlung, 2021). Vid diagnos har patienten rätt till information om sin sjukdom, vilka risker som finns, när patienten kan förvänta sig att få vård, vilka behandlingsalternativ som finns samt information om metoder för att förebygga sjukdom och skada (Patientlag, 2014). Det framkommer alltmer hur viktigt det är att hantera riskfaktorer vid FF för att öka livskvaliteten och att försöka undvika framför allt stroke, hjärtsvikt och onödigt lidande (Jacob, 2017) och forskning visar att förändrade levnadsvanor utgör en viktig del i prevention av sjukdomsutvecklingen (Hyltbäck et al., 2014). Det finns idag ett nationellt kliniskt kunskapsstöd med riktlinjer för hur patienter med FF ska behandlas och följas upp. Enligt regionala riktlinjer ska primärvården behandla och följa upp okomplicerade FF och remiss ska skickas till specialistmottagning då behov finns (Socialstyrelsen, 2015; Allmänläkarkonsult Region Skånes, 2021). Primärvården har således ett stort ansvar för omhändertagandet av patienter med FF, inte minst gällande stöd kring levnadsvanor. Ett strukturerat multidisciplinärt samarbete mellan yrkesgrupper och teamarbete kring patienterna med ett personcentrerat förhållningssätt är önskvärt (Svenska kardiologförening, 2020) men utvecklingen mot strukturerat omhändertagande inom primärvården av patienter med FF går olika snabbt i olika delar av landet och motsvarar i nuläget inte behovet hos patienterna (Riksförbundet Hjärtlung, 2021). Forskning påvisar mycket goda effekter av multidisciplinärt omhändertagande med fokus på livsstilsfaktorer (Hendriks et al., 2014) och även om riktlinjer kring omhändertagande utarbetats nationellt och internationellt, så har det visat sig att dessa riktlinjer inte tillämpas fullt ut. Med ovanstående gap mellan rådande riktlinjer och dagens verklighet kan patienterna hamna mellan stolarna och utsättas för onödigt lidande om de inte får det stöd som skulle kunna ges från primärvården. Denna studie hoppas kunna öka medvetenhet och kunskapen om hur omhändertagande av patienter med FF ser ut i primärvården i Skåne idag samt sjuksköterskornas perspektiv och behov inom området. Därför behöver det undersökas hur det ser ut inom primärvården idag samt vilka möjligheter och hinder som finns för att kunna utveckla omvårdnaden av patienter med förmaksflimmer i primärvården.

## Bakgrund

### Perspektiv och utgångspunkter

Personcentrerad omvårdnad, (PCC), syftar till att alltid arbeta med personen i centrum för omvårdnaden, där personen, dess upplevelser, förutsättningar, hinder och förmågor står i centrum (Evén et. al., 2019). En relation mellan patient och personal ska byggas på ett förtroendefullt samarbete, ömsesidighet, tillit, verbal och icke-verbal kommunikation (Ekman et al., 2020a). Det innebär förändrade roller i mötet med patienten och dess anhöriga från mottagare av vård till aktivt deltagande och kräver att vårdpersonal lär känna patienten som en människa, snarare än som en patient med en eller flera diagnoser (Evén et. al., 2019). Patienten ses som en partner och bidrar till omvårdnaden med sin expertis och sin upplevelse (Lewandowski et al., 2021). PCC kan enligt Britten et al., (2017) byggas på tre rutiner: *att patientens berättelse möjliggör ett partnerskap, att genom partnerskapet sätta och arbeta mot gemensamma mål och att stärka partnerskapet genom dokumentation av patientens berättelse och de gemensamma målen* (Britten et al., 2017). Målen baseras på patientens behov utifrån berättelsen om sin bakgrund, erfarenheter och upplevelser av sin situation (Ekman et al., 2020a). McCormack och McCance (2006) lyfter PCC till en organisatorisk nivå och utvecklade ett teoretiskt ramverk för PCC inom vårdorganisationen innehållande fyra interagerande delar: *Förutsättningar* – som handlar om sjuksköterskans egna egenskaper och förmågor, *Vårdmiljön* – som handlar om miljön och sammanhanget där vården bedrivs, att organisationen i sig bör vara utformad för att främja PCC, vilket ligger på ledningsnivå och ej på sjuksköterskan som individ. *Personcentrerade processer* – som handlar om alla de aktiviteter som den personcentrerade vården innehåller, samt *Förväntade resultat* – som handlar om resultaten av effektiv personcentrerad omvårdnad. WHO (2015) förespråkar PCC globalt för att kunna leverera högkvalitativ vård och betonar dessutom primärvårdens roll i kommande globala hälsoutmaningar. Både internationellt och nationellt betraktas PCC som något sjuksköterskan förväntas behärska och arbeta efter (WHO, 2015; Svensk sjuksköterskeförening, 2019; Ekman et al., 2020b).

## Förmaksflimmer

### *Epidemiologi och prevalens*

FF förknippas med förhöjd morbiditet och mortalitet, patienter med FF löper större risk att få följsjukdomar som stroke och hjärtsvikt (Canty et al., 2021). Prevalensen för FF i Europa ligger mellan 2-4 % hos den vuxna befolkningen och förväntas stiga med ökad livslängd samt när patienten har andra riskfaktorer så som hypertoni, övervikt och hjärt- och kärlsjukdom (Hindricks et al., 2021). Det är ovanligt med FF hos yngre, bland 40–50 åringar ligger prevalensen på 0,5 % och hos den äldre populationen, över 65 år, ligger prevalensen på 5-15 %. Statistiken visar att fler män än kvinnor drabbas (Frykman et al., 2019). Stroke relaterat till FF är mer allvarligt och ger högre mortalitet än stroke av annan orsak. Ca 10 % av patienterna som drabbas av ischemisk stroke har haft asymtomatiskt FF som diagnostiseras vid strotetillfället (Freedman et al., 2017).

### *Fysiologi*

FF orsakas av lokalt triggande punkter eller av lokala elektriska rundgångar i vänster förmak. Aktiviteten i förmaken är snabb och okontrollerad och överledningen till kamrarna blir oregelbunden. Den oregelbundna aktiviteten gör att återfyllnaden av blod mellan förmak och kammare försämras och hjärtats förmåga att pumpa ut blodet blir sämre. Förändringen i blodflödet ökar risken för att bilda blodproppar. (Frykman et al., 2019; Iwasaki et al., 2011). Även patienter med milda eller inga symtom får en ökad risk för följsjukdomar och ju längre den drabbade går med ett obehandlat FF desto större sannolikhet är det att det blir ett permanent tillstånd på grund av strukturella förändringar i hjärtat. Det leder i sin tur till en begränsad behandlingsmöjlighet (Lee & Campbell-Cole, 2014). Förmaksflimmer klassificeras i fyra olika kategorier: *paroxysmalt förmaksflimmer*- återkommande episoder, som upphör spontant, *persisterande förmaksflimmer*- episoder av FF som varar längre än sju dagar och kräver medicinering eller elkonvertering, *långvarig persisterande förmaksflimmer*- FF som har varit ihållande i mer än ett år, *Permanent förmaksflimmer*- patient och läkare har kommit överens om att inga vidare åtgärder för att normalisera rytmen ska göras (Hindricks et al., 2021).

## Symtom och diagnos

Vanliga symtom vid FF är yrsel, hjärtklappning, andfåddhet, bröstsmärta, illamående och allmän trötthet. Symtomen på FF varierar individuellt och kan påverka patientens dagliga liv och aktiviteter (Jankowska-Polńska et al., 2018; Lee & Campbell-Cole, 2014). Upp till en tredjedel av alla patienter med FF känner inga symtom utan FF upptäcks vid andra besök i sjukvården (Canty et al., 2021). FF förknippas ofta med dålig livskvalité. Patienterna känner rädsla för sin hjärtsjukdom, sina symtom och sin sjukdomsutveckling och de är även rädda för den medicinska behandlingens biverkningar som leder till deras isolering från sociala aktiviteter vilket leder till en minskad hälsorelaterad livskvalité (Son et al., 2019).

Diagnosen kan ställas med patientens upplevelse av symtom, oregelbunden puls och med ett 12-avlednings-elektrokardiografi (EKG). Det rekommenderas att ett långtids-EKG (Holter-EKG) utförs, så att hjärtfrekvens och upplevelse av symtom kan dokumenteras och rätt dos av frekvensreglerande läkemedel kan sättas in (Hindricks et al., 2021; Lee & Campbell-Cole, 2014). European Society of Cardiology (ESC) tar på internationell nivå upp de 4 s:en som ska utvärderas individuellt hos varje patient som diagnostiseras med FF. *Strokerisk* - värdera risken för Stroke, *Symptom severity* - symtomutvärdering, *Severity of AF burden* - hur ofta förekommande och hur långa episoder har patienten FF samt, *Substrate severity* - hjärtats förmaksutseende och funktion (Hindricks et al., 2021; Kotalczyk et al., 2021). Opportunistisk screening är en annan metod för att upptäcka FF. Detta innebär att vårdpersonal utför pulspalpation under en minut. I Region Skånes rutiner utreds patienterna på vårdcentralen med anamnes, allmäntillstånd, EKG, blodtryck och eventuellt insättning av antikoagulantia (Allmänläkarkonsult Region Skåne, 2021).

## Behandling

ESC använder ABC-behandlingsrekommendationer för att patienter med FF ska erbjudas adekvat behandling. **A** står för Antikoagulantia, **B** står för bättre symtomkontroll, **C** står för kardiovaskulära riskfaktorer och ohälsosamma livsstilsfaktorer (Hindricks et al., 2021; Kotalczyk et al., 2021).



### *Medicinsk behandling*

Ju tidigare diagnos ställs, desto tidigare kan adekvat behandling sättas in för att förebygga komplikationer (Lee & Campbell-Cole, 2014). Enligt ESC riktlinjer ska antikoagulantia sättas in för att förebygga stroke enligt kriterier för CHA2DS2-VASc. Detta är en skala som bedömer risken för stroke utifrån olika kriterier; hjärtsvikt, hypertoni, diabetes, hjärt- och kärlsjukdom, tidigare stroke, kvinna, ålder. Det är viktigt att reglera hjärtfrekvensen med hjälp av medicinering för att undvika hemodynamisk påverkan. Vid de tillfällen då patienten har besvärande symtom kan elkonvertering utföras för att återställa rytmen till normalrytm (Frykman et al., 2019; Hindricks et al., 2021). De patienter med symtom som påverkar deras dagliga liv och där den medicinska behandlingen ej räcker till, kan genomgå ablationsbehandling (invasiv kateterbehandling) som ofta leder till goda resultat (Hindricks et al., 2021; Lee & Campbell-Cole, 2014).

### *Att arbeta med livsstilsfaktorer*

Forskning visar att förändrade levnadsvanor utgör en viktig del i prevention av sjukdomsutvecklingen. Ändrade livsstilsfaktorer så som ökad fysisk aktivitet, rökstopp, alkoholavhållsamhet, ändrade kostvanor, viktreduktion, sömnvanor och stresshantering kan bidra till en ökad livskvalité och minskad frekvens av symtom av FF (Frykman et al., 2019; Hindricks et al., 2021; Middeldorp et al., 2020; Oh & Hwang, 2021). FF är ofta relaterat till obesitas och vid satsning på viktreduktion har förbättrad prognos påvisats när det gäller frekvens och svårighetsgrad av FF. Livsstilsförändringar inkluderar undervisning, psykosociala stöd, fysisk träning och kostrådgivning för att uppnå effektiv viktreducering (Tenbult et al., 2022).

### *Vikten av ett individuellt fokus*

Följsamhet till medicinering, utbildning och engagemang är viktiga delar i en lyckad behandling av FF (Jacob, 2017). Personcentrerad vård syftar till att öka patientens förståelse och delaktighet, och då krävs individanpassad information där patienten får tid på sig att ställa frågor och reflektera. När patienten får sin diagnos är det viktigt att hen blir införstådd med sin sjukdom för att kunna vara delaktig i beslutet om behandlingsmöjligheter (Thrysoee et al., 2017). Det behövs ett brett och överskådligt perspektiv med utbildning kring de

medicinska aspekterna kombinerat med egenvårdsråd (Toscos et al., 2020). Fokus bör läggas på risker och hantering utifrån deltagarnas utbildningsbakgrund och kunskapsnivå (Oh & Hwang, 2021). Aronis et al., (2017) framhåller begreppet hälsokompetens (Health Literacy) det vill säga patientens förmåga att ta emot, bearbeta och förstå sin sjukdom och den medicinska informationen. Låg hälsokompetens hos en patient leder till sämre förståelse till att förstå sitt hälsotillstånd, sämre följsamhet till medicinering samt livsstilsförändringar. På sikt kan det leda till fler sjukhusinläggningar samt en högre risk att dö i förtid (Aronis et al., 2017).

## Flimmermottagning

I distriktssköterskornas kompetensbeskrivning ingår att främja hälsa och goda levnadsvanor (Svensk sjuksköterskeförening, 2019). Hanteringen av riskfaktorer, associerade med FF, på sjuksköterskeledda mottagningar, kan på ett effektivt sätt hjälpa patienter med FF. Genom att få kunskap om sin sjukdom och förstå hur de kan förebygga följsjukdomar ökar livskvaliteten hos dessa patienter (Jacob, 2017). I en litteraturstudie av Rush et al., (2019) jämfördes omhändertagandet av sjuksköterskeledd hjärtmottagning på sjukhuset och sjuksköterskeledd flimmermottagning på vårdcentralen. Den sjuksköterskeledda mottagningen i primärvården visade sig vara mer inriktad på personcentrerad vård och i de fallen förbättrades patientens förståelse för symtom och sjukdom. Sjuksköterskeledd flimmermottagning var ofta mer kostnadseffektiv, hade kortare väntetider och minskade frekvensen av akut- och sjukhusvistelse (Rush et al., 2019). En annan studie påvisade hur patienter med FF som fått ett strukturerat multidisciplinärt omhändertagande fått en ökad sjukdomskunskap jämfört med de som endast haft kontakt med kardiolog (Hendriks et al., 2014). Sjuksköterskeledda mottagningar bidrar till en helhetssyn och en mer personcentrerad vård genom att erbjuda både personcentrerad patientutbildning kring FF, riskfaktorer, behandlingsalternativ och känslomässigt stöd vilket leder till ökad patientdelaktighet och känsla av trygghet (Jacob, 2017). Patienter med FF som upplever försämrad livskvalité är ofta oroliga över sitt tillstånd med känslor av hopplöshet och ångest inför framtida existens. De tror även att FF kan påverka deras privata relationer, den sjuksköterskeledda mottagningen kan här vara en resurs för att hjälpa patienterna och dess anhöriga att hantera situationen (Hyltbäck et al., 2014). Genom att arbeta på en flimmermottagning kan sjuksköterskor framgångsrikt arbeta med riskfaktorer samt fokus kan läggas på icke-

medicinska aspekter som kommunikation och utbildning. Sjuksköterskan blir en värdefull, tids- och kostnadseffektiv resurs. Sjuksköterskan har kompetens att bedöma och utvärdera patientens utbildningsbehov så att utbildningen blir personcentrerad och rör den enskilda patientens specifika situation och behov (Jacob, 2017). Här kan sjuksköterskans och distriktssköterskans kompetens användas för att utbilda och stötta och på så sätt öka patientdelaktigheten och självständigheten hos patienterna (Svensk sjuksköterskeförening, 2019). För att motivera patienter till livsstilsförändringar är det viktigt att sätta uppnåbara mål. Det innebär att en skräddarsydd plan kring behandling och åtgärder kan utformas vilket ökar patientens delaktighet och ger ett bättre behandlingsresultat (Jacob, 2017). Vidare beskriver Randall et al., (2017) att flimmermottagningens mål är att bedriva en kostnadseffektiv och kvalitativ vård (Randall et al., 2017).

## **Syfte**

Syftet med denna studie var att undersöka distriktssköterskans och sjuksköterskans perspektiv på nuvarande omhändertagande av patienter med FF inom primärvården i Skåne.

## **Metod**

Denna studie utfördes som en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats med distriktssköterskor och sjuksköterskor från vårdcentraler i sydvästra Skåne. Genom intervjuerna framkom deltagarnas erfarenheter och upplevelser av omhändertagande av patienter med FF inom primärvården. Att använda sig av intervjuer som datainsamlingsmetod är lämpligt för att undersöka upplevelser och erfarenheter (Danielson, 2017). Det gjordes en kvalitativ innehållsanalys med inspiration av Graneheim och Lundman (2004).

## **Urval**

Ändamålsenligt urval tillämpades och inklusionskriterierna för att delta i studien var utbildad distriktssjuksköterska med minst sex månaders anställning på vårdcentral. Efter första utskicket av brev till verksamheter inkluderades även grundutbildade sjuksköterskor då även de drev flimmermottagning. Polit och Beck beskriver (2021) att ändamålsenligt urval innebär att de som blir intervjuade har erfarenhet från området som ska utforskas.

Efter rådgivande yttrande från Vetenskapliga etiknämnden (VEN) på Medicinska Fakulteten vid Lunds universitet, skickades brev per mejl till verksamhetschefer på 15 strategiskt utvalda vårdcentraler i sydvästra Skåne. Responsen gav två positiva svar och två negativa svar. Ett påminnelse mejl skickades till de vårdcentraler som inte svarat. Nya förfrågningar skickades ut i omgångar till nya slumpmässigt utvalda vårdcentraler både i offentlig och privat regi allteftersom verksamhetschefer svarat. Totalt 27 förfrågningar till verksamhetschefer på vårdcentraler resulterade slutligen i svar från åtta vårdcentraler där verksamhetscheferna gjort sitt skriftliga medgivande. Detta resulterade i åtta deltagare.

Det slutgiltiga antalet deltagare till studien blev fem distriktssköterskor och tre sjuksköterskor. Inga deltagare har exkluderats eller valt att avstå sin medverkan efter att samtycke har skrivits på. Deltagarna föreslog själva en tid och plats för intervjun. Deltagarna i studien kommer fortsättningsvis benämnas informanter.

**Tabell 1.** Bakgrundsinformation om deltagarna

Ålder (medelvärde)	31-61 år (46,5 år)
Antal år i yrket som sjuksköterska	7-34 år
Antal år som distriktssköterska	6-15 år
Antal år på nuvarande vårdcentralen (medelvärde)	6 månader – 9 år (5år)
Antal sjuksköterskor	3 st
Antal distriktssköterskor	5 st

## Instrument

Intervjuerna gjordes enligt en semistrukturerad modell med inspiration från Danielson (2017) och Polit och Beck (2021). En intervjuguide skapades för att svara mot syftet i studien (Bilaga 1). Frågorna skapades med olika ämnen och områden och intervjuaren tilläts även ställa klagörande följdfrågor. Intervjuarens uppgift är att uppmuntra deltagaren att berätta så mycket som möjligt inom ämnet och områdena som har skapats i intervjuguiden enligt Danielson (2017) och Polit och Beck (2021). De första frågorna syftade till att klargöra bakgrundsinformation om informanternas antal år i yrket och antal år på vårdcentralen. Den första intervjun gjordes som pilotintervju för att testa intervjuguiden men även för att träna

intervjuteknik. Intervjun transkriberades verbatim och lästes igenom av studiens författare samt handledaren. Intervjuguiden bedömdes därefter välfungerande i relation till syftet och inga ändringar gjordes. Pilotintervjun inkluderades därför i resultatet.

## Datainsamling

Skriftligt samtycke från verksamhetschef och deltagare samlades in i samband med intervjuerna. Fem deltagare valde att göra intervjun på sina arbetsplatser i enskilt arbetsrum och tre intervjuer gjordes via Zoom. Deltagarna informerades åter om att deltagandet var frivilligt före påbörjad intervju samt att deltagarna när som helst kunde avbryta intervjun utan att behöva ange något skäl. Intervjuerna delades upp mellan samtliga författare. Intervjuerna utfördes av två författare per intervju, där den ena hade huvudansvaret och ställde frågorna och den andra förde anteckningar. Den som förde anteckningar hade möjlighet att ställa klargörande följdfrågor. Efter varje intervju gjordes en muntlig sammanfattning som informanten bekräftade för att säkerställa att informationen uppfattats korrekt. Intervjuerna spelades in på lösenordskyddad mobiltelefon i flygplansläge och överfördes sedan till USB-minne som därefter har förvarats i ett låst utrymme. Allt material har avidentifierats för att skydda individen. Intervjuerna varade 40 minuter i genomsnitt. Det inspelade materialet lyssnades igenom av de som genomfört intervjun. Transkribering av intervjuerna genomfördes verbatim av huvudintervjuaren samma dag. Fördelen med att intervjuaren själv lyssnar och transkriberar intervjun är att intervjutillfället återupprepas och genom lyssnandet får författaren bättre förståelse för deltagarens beskrivningar (Danielson, 2017). Därefter validerades innehållet i texten med genomläsning av den som förde anteckningar under intervjun. Efter godkänd magisteruppsats kommer allt inspelat och transkriberat material att förstöras.

## Analys

En kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats genomfördes med inspiration av Graneheim och Lundman (2004) och Graneheim et al., (2017). Under induktiv analys ska förförståelsen stå åt sidan för att inte påverka resultatet. Utifrån inhämtade data utvinns en teoretisk förståelse, från det konkreta specifika till det abstrakta (Graneheim et al., 2017). Analysprocessen startade redan vid genomlysning av intervjumaterialet. De transkriberade intervjuerna lästes igenom av samtliga författare flera gånger för att få en uppfattning om det

latenta innehållet, textens underliggande mening (Graneheim et al., 2017). Varje enskild författare plockade ut meningsbärande enheter för de intervjuer de hade haft huvudansvaret för. Tillsammans lästes alla meningsbärande enheter igenom som bedömdes besvara syftet. Enheterna kondenserades och kodades därefter. Datamaterialet ska läsas igenom flera gånger i sin helhet, därefter väljs text ut som svarar mot syfte och frågeställningar enligt Henricson och Billhult (2017). Det fördes en diskussion kring analysen under hela processen. Graneheim et al., (2017) påtalar att under analysarbetet söks det efter skillnader och likheter i insamlad data, som beskrivs i teman och kategorier på olika nivåer av abstraktion och tolkningar (Graneheim et al., 2017).

Det skapades 457 koder som skrevs ut och klipptes ut till enskilda lappar. Koderna sorterades ihop i innehållsmässigt liknande kategorier. Enligt Graneheim och Lundman (2004) sammanfogar kategorierna grupper av koder som överensstämmer med varandra och möjliggör en djupare tolkning (Graneheim & Lundman, 2004). Det slutliga resultatet mynnade ut i tre huvudkategorier och åtta subkategorier. Nedan följer exempel på de meningsbärande enheterna som bildar koder för att sedan bilda kategorier och subkategorier.

**Tabell 2.** Exempel på bildandet av kategorier och subkategorier

<b>Meningsbärande enhet</b>	<b>Kondenserad meningsenhet</b>	<b>Kod</b>	<b>Subkategori</b>	<b>Kategori</b>
”Man anpassar ju samtalen och målen om man nu vill sätta mål. Men när det är så att patienten är intresserad och det finns rimliga mål att sätta vid besöket så kan man göra det”	Anpassar samtalen och målen till patienten utifrån patientens intresse	Anpassar samtal och mål	Att möta patienten som individ	Att möta patienter med förmaksflimmer
”vi har olika journalsystem, slutenvård, primärvård och dels så att vi kanske inte har en kultur av att samarbeta på det sätt som som hade varit önskvärt”	Olika journalsystem, bristande samarbetskultur mellan slutenvård och primärvård	Kommunikation och samverkan mellan vårdnivåer	Vara en del i en större organisation	Att rätta sig efter organisationens prioriteringar/förutsättningar

## Forskningsetiska avvägningar

Studien genomfördes i enlighet med Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2018). Innan studien påbörjades skickades en ansökan om ett rådgivande yttrande till Vårdvetenskapliga etiknämnden på Medicinska Fakulteten vid Lunds universitet. Under hela studien gjordes etiska övervägande enligt Kjellström (2017). I denna studie vidtogs flera åtgärder för att säkerställa att frivillighet, anonymitet och integritet hos informanterna skyddades. Möjliga etiska aspekter kring studien diskuterades fortlöpande. Informanterna i studien informerades både skriftligen och muntligen om att deltagande var frivilligt och informanterna fick skriva på ett samtycke för deltagande. Information gavs om att de när som helst kunde avbryta sin medverkan utan att ge någon förklaring. Samtycke på samma grunder inhämtades från verksamhetscheferna. Informanterna behandlades likvärdigt och med respekt. Intervjuguiden med öppna frågor syftade till att informanterna skulle kunna berätta fritt utan att känna sig förhörda eller ifrågasatta. Intervjuerna spelades in på lösenordskyddade mobiltelefoner och efter transkribering överfördes de till USB och raderades från telefonerna. Insamlat material avidentifierades och förvarades inlåst så att ingen obehörig kunde komma åt informationen. Allt insamlat material kommer att förstöras efter att studien är genomförd och godkänd. Resultatet av studien kommer redovisas på gruppnivå för att undvika risk för identifikation av enskilda informanter eller vårdcentraler.

### *Förförståelse*

Förförståelse är kunskapen och erfarenheten som författarna har med sig innan studien börjar. Det kan innebära både hinder och möjligheter när datamaterialet analyseras och ny förståelse ska skapas (Friberg & Öhlén, 2017). Författarna har egna erfarenheter av att möta patienter med FF både inom slutenvården och inom primärvården. Denna förförståelse har använts i den induktiva analysen.

## **Resultat**

Analysen bildade tre kategorier: Att möta patienter med förmaksflimmer, Sjuksköterskans kunskapsbas och kompetensutveckling samt Att rätta sig efter organisationens prioriteringar och förutsättningar (tabell 3).

**Tabell 3. Kategorier och subkategorier**

<b>Kategorier</b>	Att möta patienter med förmaksflimmer	Sjuksköterskans kunskapsbas och kompetensutveckling	Att rätta sig efter organisationens prioriteringar och förutsättningar
<b>Subkategori</b>	Att möta patienten som individ	Möjlighet till fortbildning	Vara en del i en större organisation
	Patientens behov av att få vägledning	Behovet av kollegialt samarbete	Organisatoriska förutsättningar på vårdcentralen
	Strukturerat arbetssätt som stöd		

### Att möta patienter med förmaksflimmer

Under intervjuerna beskrev informanterna patientens upplevda behov i relation till sin sjukdom, och hur dessa hanterades utifrån de förutsättningar som de hade för att möta patienten. Att arbeta med patienten i centrum sågs som en självklarhet och att patienten kände sig trygg i att veta vem de skulle vända sig till. Kontinuitet var viktigt för att uppnå ett gott partnerskap med patienten och därmed kunna stötta på bästa sätt. Det var också centralt att förstå patientens oro kring sin diagnos och att försöka hjälpa dem att hantera sin situation genom ökad kunskap kring diagnos, symtom och levnadsvanor. Detta mynnade ut i tre subkategorier: *Att möta patienten som individ*, *Patientens behov av att få vägledning* och *Strukturerat arbetssätt som stöd*.

#### *Att möta patienten som individ*

Att anta ett personcentrerat förhållningssätt i samarbetet med patienterna betraktades som det självklara sättet att säkerställa att varje patient fick adekvat och individanpassad information, omvårdnad och rådgivning. Patientens berättelse uppgavs styra samtalet. Det gjordes en helhetsbedömning av vilka behov patienten hade och det upplevdes skapa en trygghet hos patienterna. Vidare uppgavs att sjuksköterskeledda mottagningar på vårdcentralerna bidrog till att patienterna och deras anhöriga, samt kollegorna kände en trygghet i att de visste vem de skulle vända sig till i de specifika fallen. Alla uppgav att de lämnade ut sitt namn.



*”Att det är samma de får träffa, för då är det oftast att de lyfter någonting som , -ja men du det här och det här funkar inte.. Det kan vara smärta eller mage eller ja, men sen även lite hur det funkar med egenvård. Kost, sömn, eh, aptit alltså man tar upp många, öppenhet och sen ser man var patienterna lutar mot och så får man zooma in och ut beroende vad de berättar” (I 3).*

*”Jag brukar också lämna ut mitt namn väldigt tydligt, så att om de mår dåligt eller någonting, inte akuta bröstsmärtor, utan de känner av sitt flimmer, de är oroliga, ifall det är nåt, yrsel, mediciner, allting som kan komma med betablockare och så vidare, att de kan ringa, och så kan jag ringa upp dem” (I 5).*

Förmågan att kunna lyssna och fånga upp patientens mående samt att kunna bredda respektive nischa innehållet uppgavs som viktigt. Informanterna försökte anpassa samtalen efter patientens förutsättningar, förmåga, önskemål och uppfattad hälsokompetens. Det betraktades som viktigt att lära känna och förstå patienten i sitt sammanhang för att kunna hjälpa på bästa sätt och uppnå ett gott partnerskap. En god kontakt med anhöriga betraktades också som värdefullt för att kunna se hela personen i sitt sammanhang.

*”Man lär ju känna sina patienter också men det är individuellt man får möta patienten där den är så att säga” (I 8).*

*”Jag ser det liksom inte diagnosen som så isolerad utan det är liksom utifrån sammanhanget när jag tittar på dem ” (I 3).*

Rädsla kring både diagnos, symtom, medicinering och biverkningar uppgavs som vanligt förekommande och i sina samtal fokuserade majoriteten mycket på att kartlägga patienternas känslomässiga upplevelse och försöka stötta för att ge patienterna så mycket kunskap som möjligt för att kunna leva med så hög grad av sjukdomskontroll som möjligt. Här betonades vikten av att skapa förtroende och trygghet i patientmötena. Att ha ett fokus även på de känslomässiga aspekterna betraktades generellt som mycket viktigt. Ett fåtal informanter uppgav att oro och ångest nästan aldrig upplevdes bero på diagnosen eller behandlingen utan att de patienter som mådde psykiskt dåligt gjorde det av andra, orelaterade orsaker. Oavsett upplevd orsak till oron så vägledades patienten till kontakt med kurator eller psykolog vid behov om samtalen med informanten inte bedömdes räcka hela vägen.

*”Jag tror de behöver veta att det inte är nära en dödsdom så att säga om de har fått ett flimmer för det finns behandlingar” (I 8).*

*”Först så vi skapar ett väldigt fint förtroende, många gånger när man träffas att hur upplever du den här diagnosen har du tagit det hårt att man börjar gräva lite försiktigt i det för att få de öppna upp sig på många som sagt mår väldigt dåligt mer än vad de kanske vill få fram att de är jätteoroliga och och huvudet bara snurrar och det är det enda och att vissa tänker att nej men jag kommer inte leva så länge” (I 1).*

#### *Patientens behov av att få vägledning*

Att stötta och motivera patienterna kring deras levnadsvanor ansågs vara en viktig del av arbetet. Samtal med patienterna kring levnadsvanor initierades av informanten eller patienten antingen vid besöken på mottagningen eller i andra sammanhang som tex vid såromläggning eller andra besöksorsaker. Att kunna hjälpa patienterna att få större kunskap om sitt FF och vad de själva kan göra för att få så god livskvalitet som möjligt och kunna hantera och påverka sitt FF var en central del. Gällande samtal och rådgivning kring levnadsvanor uppgav informanterna att de jobbade individanpassat med öppna frågor och lyssnade aktivt efter varningsflaggor i patientens livsstil.

*”Motion, det kan vara att städa huset, alltså är du, 100-åringen, han var ju och spelade boule och lucka potäter och hade sig och cyklade och fick en höftfraktur. Han var så liksom, nu är han jättebesviken för han bara kan gå med rollator, ja” (I 5).*

Om intresse fanns från patienternas sida så kunde mål sättas upp tillsammans med patienten. Uppgiften att få patienterna att öppna sig och få berätta om sina egna funderingar för att kunna ge individanpassad information sågs som central. Då kunde patientens behov och förutsättningar bedömas och sedan ligga till grund för samtalet. Ibland hade patienten fått livsstilsråd på annan mottagning och informanterna undvek att upprepa information då det upplevdes minska förutsättningarna för att patienten tog till sig informationen. Behovet av upprepad information uppgavs variera från patient till patient.

*”Och efterhand så lär man känna lite var personen, alltså var man ska, ibland får man lägga ribban lågt och sen kan man närma sig successivt” (I 3).*

### *Strukturerat arbetssätt som stöd*

Syftet med sjuksköterskeledda mottagningar på vårdcentral betraktades vara att ta hand om patienternas divergerande behov både utifrån sjukdomar och diagnoser men även att med utgångspunkt i personcentrerad vård hjälpa dem att leva sina liv så bra som möjligt.

På de vårdcentraler som hade en tydligt utarbetad struktur för omhändertagande av patienter med FF uttrycktes att själva strukturen i sig var ett stöd för att säkerställa att omvårdanden blev mer personcentrerad. Det fanns en stolthet i att ha flimmermottagning och det upplevdes givande att kunna hjälpa patienterna. Kontinuiteten var viktig, att det alltid var samma sjuksköterska som gjorde uppföljningen. De strukturerade flimmermottagningarna upplevdes bidra till en kontinuitet och stabilitet för både patienter och personal.

*”Mycket är ju oro, ängslan så att kunskap är ju jättejätteviktigt. Trygghet att känna att det är någon som följer upp, någon som har koll på dem” (I 4).*

Informanterna bokade in uppföljningsbesök enligt mer eller mindre utarbetade rutiner på vårdcentralerna. Kontakt med andra vårdgivare kring patienten som hemsjukvården, slutenvården och specialistmottagningar var vanligt förekommande. Det fanns inte specifika flimmermottagningar på alla vårdcentralerna, men samtliga bedrev sjuksköterskeledd mottagning i någon form där de tog emot patienter med hjärt-kärlsjukdomar. De informanter som arbetade med strukturerad flimmermottagning upplevde att det gav patienterna en trygghet och en möjlighet att leva ett så gott liv som möjligt. De informanter som inte hade strukturerad flimmermottagning beskrev att de tog hand om de här patienterna på andra mottagningar. På en av de vårdcentraler som inte hade strukturerad flimmermottagning då patientunderlaget ansågs vara för litet, sågs andra möjligheter att skapa en strukturerad mottagning där flera olika hjärtsjukdomar ingick.

*”En ren flimmermottagning, men jag tror att man måste försöka väva ihop alltihopa. För det går inte att ha en enskild flimmermottagning det tror jag inte, utan då får man ju försöka ha något hjärt-sjuksköterska som inte bara är hjärtsviktssjuksköterska utan som kanske då jobbar ännu mer med det om, om tid ges” (I 7).*

De här tankarna fanns även hos andra informanter, att situationen skulle kunna lösas genom att ha en bredare hjärtmottagning, där patienter med olika hjärtsjukdomar behandlas, för att effektivisera arbetet och på så sätt kunna hjälpa fler patienter.

''Man kan ju kombinera det ihop med hypertoniomottagning för det har vi också och den har jag med hållt i'' (I 8).

## Sjuksköterskans kunskapsbas och kompetensutveckling

Resultatet visade på en tveksamhet för att starta upp en strukturerad mottagning för patienter med FF. Det upplevdes en oro för att det skulle bli ännu ett stressmoment i arbetssituationen, och att tillräckligt mandat inte skulle ges för att utföra uppdraget. Det uttrycktes en avsaknad av tillräckligt goda kunskaper om FF och lämpliga omvårdnadsåtgärder och fanns en tveksamhet kring möjligheterna till att få tid till tillräcklig kompetensutveckling. Det fanns en rädsla för att inte göra ett tillräckligt bra arbete och för att bränna ut sig, speciellt om uppdraget innebar ensamt ansvar. De informanter som hade flimmermottagning upplevde att det var givande och att de var stolta över sina mottagningar samt upplevde ett stöd både från chefer och kollegor, det fanns en struktur som skapade dessa förutsättningar.

Både hinder och möjligheter uttrycktes, och två subkategorier utkristalliserades: *Möjlighet till fortbildning* och *Behovet av kollegialt samarbete*.

### *Möjlighet till fortbildning*

Under intervjuerna framkom vikten av kompetens och kunskap för att kunna bedriva en strukturerad mottagning för patienter med FF och informanterna uppgav att de var positiva till kompetensutveckling. Förutsättningarna för att utveckla och upprätthålla sin kompetens minskade dock på grund av tidsbrist, personalbrist, personalomsättning och att arbetsuppgifterna under dagen ofta omprioriterades. Förutsättningarna för kompetensutveckling minskade även på grund av alla de varierande arbetsuppgifter som skulle genomföras dagligen av informanterna. Tillgänglighet i telefontriageringen prioriterades och kunde leda till att mottagningstiderna avbokades till förmån för tid i telefonen eller på annan mottagning. Detta ledde inte bara till minskad tid för patienterna, utan det påverkade möjligheterna att bygga erfarenhet och utveckla sin kompetens. Informanterna skulle i de flesta fall även använda sin schemalagda mottagningstid till att boka och kalla patienter själv till sina mottagningar, vilket ytterligare minskade tiden till att fördjupa sina kunskaper. Resultatet visade att kunskapsbrist och personalbrist ledde till mindre intresse av ämnet FF. Det uttrycktes att det behövdes mer utbildning för att få en

bredare kompetens, eller en önskan om kontinuerlig uppdatering och utbildning inom området för att kunna hålla intresset uppe och kunna bedriva en flimmermottagning. En del av informanterna sa att de inte alltid fick in ett jämt flöde av patienter med nyupptäckta FF vilket ledde till att de inte hann bygga upp varken en kunskapsbas eller erfarenhet.

*''Alltså får man bara en, enstaka patienter si och så, då hinner man inte riktigt bygga upp den basen, det är min tanke, personalbrist och också kunskapsbrist'' (I 3).*

#### *Behovet av kollegialt samarbete*

Resultatet visade att det stundtals upplevdes ensamt och sårbart att ha en mottagning själv. Det framkom en önskan att fler sjuksköterskor skulle få kompetensutveckling, då det sällan fanns någon med samma kompetens och erfarenhet som kunde ersätta mottagningsköterskan till exempel vid frånvaro. Det fanns inte heller någon annan sjuksköterskekollega att diskutera de olika aspekterna av mottagningsarbetet med. På vissa vårdcentraler fanns det planer på att det skulle vara två sjuksköterskor som delade på mottagningen men tiden och personalen räckte inte till. Det fanns även tillfällen då personal hade kompetensutvecklat sig inom FF och skulle börja på den befintliga mottagningen men i stället slutade på vårdcentralen.

*''Jag är ensam om denna mottagningen, tanken är att jag ska ha en parhäst till detta, att det är ambition att vi ska vara två. För det är ju ganska sårbart att driva det själv'' (I 1).*

De informanter som hade startat upp strukturerade flimmermottagningar på sina vårdcentraler hade tillgång till ett nätverk för sjuksköterskor som arbetar med strukturerad flimmermottagning. Nätverket drev fortlöpande frågan och höll i utbildningar, tillhandahöll material och föreläste om strukturerat omhändertagande av patienter med FF. Även om de inte befann sig på samma arbetsplats dagligen så upplevdes det väldigt positivt att kunna utbyta erfarenheter och kunskap med varandra.

#### *Att rätta sig efter organisationens prioriteringar och förutsättningar*

Att arbeta med fokus på flimmerpatienter visade sig vara utmanande på många sätt, och rådande strukturer inom den större organisationen påvisade svårigheter på flera plan. Svårigheter att etablera och utveckla flimmermottagning upplevdes bero på faktorer så som

bristande struktur och planering på ledningsnivå och sjuksköterskenivå gällande arbetsuppgifter, tidsbrist, kunskapsbrist och personalomsättning. Det uppgavs även att redan etablerade mottagningar var prioriterade, och detta ansågs delvis ligga till grund för att det inte satsades på rena flimmer/hypertoni eller hjärtsviktsmottagningar. Två subkategorier framkom: *Vara en del i en större organisation* och *Organisatoriska förutsättningar på vårdcentralen*.

#### *Vara en del i en större organisation*

Samtliga informanter påtalade vikten av att ha med sig ledningen, och att det behövdes stöd och beslut från politikerna. Beslut kring om fler flimmermottagningar skulle startas var en ledningsfråga både regionalt och lokalt. Majoriteten uppfattade det som att regionen flyttade över arbetsuppgifter till primärvården utan förankring till utrymme och resurser. Efterhand som ny antikoagulantia utvecklats hade primärvården övertagit många patienter från specialistvården oavsett om det fanns flimmermottagning eller ej.

*''Regionen nu ska man veta, de öser in grejer över primärvården, vi ska göra det, alltså vi ska göra såå mycket saker och vi får inte mer folk för det finns inte pengar till det'' (I 5).*

Det upplevdes att det fanns hinder i samarbetet mellan primärvården och slutenvården, en avsaknad av samarbetskultur. Detta beskrevs delvis bero på att olika journalsystem användes. Exempelvis skickades kallelser ibland av både primärvård och specialistvård för uppföljning, olika journalsystem försvårade kommunikationen. En önskan var att det skulle finnas en större samverkan mellan primärvården och slutenvården i allt som rörde patienten, att sjukvården skulle sträva efter samma mål oavsett vårdnivå.

*''Ha en bättre samverkan mellan primärvård och slutenvård och en bättre förståelse för varandra (...) Vi har olika journalsystem, slutenvård, primärvård och dels så att vi kanske inte har en kultur av att samarbeta på det sätt som som hade varit önskvärd. Alltså att vi vi jobbar från någon samsyn och liksom så så att så att det är väl ett hinder. Hinder är väl alltid också resurser naturligtvis'' (I 2).*

*''Sen är det ju ibland att man upptäcker att ja, jag har kallat dem, sen var de på kardiologen förra veckan, alltså det kommer vi nog aldrig ifrån, för kallelserna går lite omlott, men eh brister i vårdkedjan och kommunikation mellan vårdgivare'' (I 5).*

En del av informanterna tog upp det faktum att det inte fanns något tak på hur många listade patienter som varje vårdcentral ska ta emot, vilket kunde leda till en överbelastning i relation till vårdcentralens kapacitet.

*''Det är överlistat kan man säga, och det finns ju inget tak, folk kan ju fortsätta att lista sig, ingen som säger att nu är det bra'' (I 6).*

#### *Organisatoriska förutsättningar på vårdcentralen*

Mottagningsarbete på vårdcentral uppgavs innehålla en rad arbetsuppgifter, dels det rent medicinska, att stötta läkarna, att hålla koll på provsvar, läkemedel och vitala parametrar hos patienterna, dels att informera patienterna kring sjukdomen, både muntligen, skriftligen och med hjälp av digitala hjälpmedel som filmer. De vårdcentraler som inte hade etablerad flimtermottagning och även de med etablerade mottagningar, uttryckte att läkarna hade struktur i sitt omhändertagandet av patienter med nyupptäckta FF som att sätta in medicin, ge skriftlig och muntlig information om sjukdomen och behandling, blodprover och återbesök för uppföljningar. Ibland hann inte läkarna med patienterna, då tillfrågades sjuksköterskorna om att täcka upp för uppföljningar och förväntades då följa upp främst blodprover och medicinering.

*''Men samtidigt så är vi ju ett team och alltså har de har läkarna svårt att hinna med så är det ju jättetacksamt att jag kan följa upp istället'' (I 4).*

Resultatet visade att flimtermottagning generellt inte prioriterades, det hade inte varit aktuellt på en del av informanternas vårdcentraler. Det ansågs bland annat bero på ovana att sköta patienter med FF på primärvårdsnivå. Personliga intressen uppgavs även som en faktor till vilken mottagning som fanns på vårdcentralen samt att det inte var ett krav att flimtermottagning skulle finnas på en vårdcentral.

*''Jag tror att dels att det beror på lite tradition att traditionellt sett, så så är vi inte vana att sköta detta på primärvårdsnivå. Däremot så är vi lite mer vana att sköta hjärtsvikt och astma-kol och diabetes och har liksom etablerats under många år. Vi vet att det går bättre för de patienter som får följas av en.... av en sköterska utöver liksom sitt läkarbesök och så där är det så väletablerat. Men just förmaksflimmer har ju under många år kommit lite i skymundan, men det har inte varit så prioriterat'' (I 2).*

En del av informanterna upplevde att deras vårdcentral var för liten för att rymma ytterligare en ny mottagning. Alla hade någon form av mottagning även om det inte var en flimmermottagning. Det krävdes utrymme i schemat för att starta en ny mottagning och många av informanterna upplevde inte att de hann med detta, då de redan ansvarade för många patienter. Det uttrycktes ett behov av att vara bättre bemannade, då den dagliga utmaningen med hög arbetsbelastning redan hindrade befintliga mottagningar.

*”Jag tror det är tidsbrist. Det är så mycket som man ska göra om man tänker på, och sköterskesidan för att läkarna är ju inte så mycket involverade i en flimmermottagning om man nu hade haft startat upp den” (I 8).*

*”Jag tror det är pressat på väldigt många vårdcentraler idag det det är liksom ett känt fenomen här om jag får lov att säga så, det vi vi jobbar lite i uppförbacke där finns inte tillräckligt med resurser det är för lite personal och då tror jag att många känner att oh det är för stort, att det blev för mycket det blir för jobbigt så så kan det ju vara sig sen är ett uppdrag som vi ska hålla i frågan är bara hur omfattande. Men jag tror att det är lite rädsla för att starta upp det, generellt faktiskt att det blev lite för mycket. Det är vad jag tror” (I 1).*

Vidare var det ofta ett ojämnt inflöde av nyupptäckta FF vilket gjorde det svårare att hålla ett uppdrag och att veta vad som skulle prioriteras och hur det skulle planeras. Resultatet visade även att mottagningar fallerade när någon slutade, när en nyanställd kom så fick de annan uppgift i stället för att ta över mottagningen. Ibland handlade det om hög personalomsättning. Någon uppgav att det inte gick att lämna över arbetet till någon annan på grund av de var ensamma om sin mottagning.

*”Och att det är sån omsättning på personal för det krävs ju ändå att det är någon som följer det. Det går inte att ha att det är olika personer för då blir det inte bra” (I 8).*

En av de större organisatoriska utmaningarna på vårdcentralerna var alla olika arbetsuppgifter som sjuksköterskorna skulle fördela mellan sig dagligen.

*”Alltså det är ju liksom, man brottas med personalen överallt och de ska räcka till till allt möjligt, eh, ja, men jag till exempel går ibland över till BVC, men jag skulle egentligen behöva hålla på lite med hud här inne också, men då får man vara lite där, och så blir det*



*alltså det är, man har ju bara visst antal personer och massa, alltså att bolla med, bolla med'' (I 3).*

*''Så som det ser ut på vårdcentralerna idag med jättehög omsättning på personal, så är det svårt att starta upp med något nytt. Jag menar, det är svårt nog att fylla Astma-KOL-mottagning och Diabetesmottagning'' (I 8).*

## **Diskussion**

### **Metoddiskussion**

Denna studie utfördes som en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats och det gjordes en kvalitativ innehållsanalys med inspiration av Graneheim och Lundman (2004). Det bör finnas en röd tråd genom hela studien där introduktion, bakgrund, val av metod och resultatet ska skapa en trovärdighet gentemot syftet och informanternas erfarenheter. En kvalitativ studies resultat och kvalitet bedöms utifrån begreppen trovärdighet, pålitlighet, överförbarhet, bekräftelsebarhet och äkthet (Graneheim et al., 2017; Polit & Beck, 2021).

#### *Urval*

Målet med urvalet var att informanterna skulle ha relevant erfarenhet i förhållande till syftet och att de skulle kunna bidra med en variation av upplevelser för att skapa ett djup i resultatet. Att urvalet har gjorts utifrån dessa kriterier stärker trovärdigheten (Graneheim & Lundman, 2004). Variation i ålder och antal yrkesår som sjuksköterska hade ett brett spann vilket stärker överförbarhet och trovärdighet i resultatet enligt Polit och Beck (2021). Det var en utmaning att få deltagare till studien då många vårdcentraler svarade att de inte ansåg sig ha tid eller inte hade den typen av mottagning. Även några av de vårdcentraler som hade flimmermottagning tackade nej då de redan deltog i andra pågående studier. Det slutliga antalet informanter hade samtliga erfarenheter som låg i linje med studiens fokus. Ett mindre urval som kan bidra med ett rikt material utifrån sina olika erfarenheter stärker trovärdigheten mer än ett större urval med mindre erfarenhet (Henricson & Billhult, 2017; Graneheim & Lundman, 2004). Urvalet hade en mindre geografisk spridning och hämtades från sydvästra Skåne. Överförbarhet innebär att ett studieresultat är applicerbart på andra ställen i andra sammanhang (Polit & Beck, 2021). Studiens överförbarhet minskade då resten av Sverige inte representerades i denna studie. Studien betraktas som en inblick i de lokala

förutsättningarna i nutid och resultatet av en liknande studie i ett bredare geografiskt område och i en annan tid kan få ett annat resultat.

### *Datainsamling*

Intervjuerna gjordes enligt en semistrukturerad modell med inspiration från Danielson (2017) och Polit och Beck (2021). Intervjuguiden bidrog till att det framkom ett rikt material som speglade den enskilda informantens verklighet på vårdcentralen vilket ses som en styrka. En viss del av data svarade inte helt till syftet i studien. Dock gav denna data en god bakgrundsinformation och bidrog till en större förståelse för de mekanismer som ligger bakom att det ser ut som det gör idag. Graneheim och Lundman (2004) påtalar att trovärdigheten ökar då en stor mängd insamlad data svarar mot studiens syfte. Den pilotintervju som gjordes bedömdes svara mot syftet, vilket styrker pålitligheten. Denna intervju inkluderades därför i resultatet. Polit och Beck (2021) menar att pålitligheten i en studies resultat handlar om hur data samlats in och under vilka förutsättningar. Resultaten ska kunna upprepas om de utförs med liknande deltagare i ett liknande sammanhang. Informanterna fick själva välja platsen för intervjun och om den skulle genomföras via Zoom eller via personligt möte. Detta för att stärka informanternas autonomi och trygghet i intervjusituationen. De digitala intervjuerna uppvisade ingen märkbar skillnad i längden på intervjuerna eller djupet i insamlad data jämfört med de intervjuer som utfördes på plats. Under ett fåtal av intervjuerna kom det in störningsmoment som avbröt informanten vilket kan ha påverkat dem att de kände sig stressade men upplevelsen var att de plockade upp tråden snabbt igen. Det kan dock inte uteslutas att störningarna påverkade informanten i viss mån. En intervju bör utföras i en ostörd miljö för att skapa trygghet (Danielson, 2017). Intervjuerna genomfördes alltid av två författare där den ena hade huvudansvaret och den andra observerade och förde anteckningar samt kom med egna följdfrågor. Graneheim et al., (2017) menar att trovärdigheten ökar när två författare är med under intervjun och bidrar med sina olika förförståelser och alternativa tolkningar som leder till en variation i följdfrågorna. Innan varje intervju avslutades, gjordes en muntlig sammanfattning till informanten som då kunde bekräfta eller ändra efter egen uppfattning. Detta var en styrka och klargjorde att alla var överens om vad som sagts vilket ökar bekräftelsebarheten och pålitligheten.

## *Analys*

Intervjuerna spelades in av båda intervjuarna som då kunde lyssna igenom på var sitt håll och transkribering skedde i nära anslutning till intervjutillfället. Detta gjordes för att intervjusituationen skulle återupplevas och öka förståelsen i texten. Polit och Beck (2021) menar att detta ökar bekräftelsebarheten och äktheten. Den transkriberade texten lästes igenom flera gånger av samtliga författare för att få en uppfattning om det latent innehåll, textens underliggande mening. Det kan vara en utmaning att få fram det latent innehåll i en text utan att påverkas av den egna förförståelsen. Förförståelse betraktas både som en styrka och en risk. Graneheim et al, (2017) påtalar detta och att konsensus mellan författarna betraktas som en styrka utifrån pålitligheten och minskar risken för att förförståelsen påverkar resultatet. Författarna diskuterade de egna tolkningarna med varandra för att finna konsensus och på så sätt minska risken för att den individuella förförståelsen skulle påverka resultatet. De meningsbärande enheterna plockades ut individuellt och utifrån dessa fördes gemensamma diskussioner som ledde fram till koder, kategorier och subkategorier. Antalet koder från analysen som svarar mot syftet speglar kvaliteten på det insamlade materialet enligt Graneheim et al., (2017). I denna studie svarade majoriteten av koderna till syftet.

## **Resultatdiskussion**

I denna diskussion kommer två huvudfynd att diskuteras. *Att rätta sig efter organisationens prioriteringar och förutsättningar* och *Att möta patienter med FF*. Dessa fynd kommer att diskuteras utifrån personcentrerad omvårdnad (PCC).

### *Att rätta sig efter organisationens prioriteringar och förutsättningar*

Resultat visade att det fanns en tveksamhet till att starta upp flimtermottagning som grundade sig i arbetssituationen på vårdcentralen. Somliga informanter upplevde även att deras grundkunskaper inte räckte till och att möjligheten till att få tid till fortbildning var begränsad. Hakvoort et al., (2022) visade på att fortlöpande kompetensutveckling var viktigt för sjuksköterskor både på ett personligt plan och för karriärutveckling men det fick även kliniska implikationer då brist på kontinuerlig kompetensutveckling ansågs sänka kvaliteten på vården (Hakvoort et al., 2022). Enligt Nurmeksela et al., (2021) bör ledningen fokusera på att förbättra omvårdnadsarbetet genom att leda och organisera sjuksköterskors arbete på ett

sätt som gör att de känner sig stöttade, motiverade och trygga. Organisationen av arbetet bör fokusera på patientsäker och patientcentrerad vård samt planeras så den går i linje med organisationens övergripande mål (Nurmeksela et al., 2021). En avsaknad av förebilder och stöd från chefer och kollegor sänkte sjuksköterskornas känsla av tillfredställelse med sitt arbete. Vidare ledde det till svårigheter att anställa och behålla sjuksköterskorna på arbetsplatserna (Hakvoort et al., 2022). Resultatet överensstämmer med dessa slutsatser då flertalet uppgav att en hög personalomsättning påverkade möjligheten för att bedriva ett effektivt mottagningsarbete. Det kan uppstå en risk för etisk stress hos sjuksköterskan när behov upptäcks hos patienten som inte kan mötas på grund av hinder i den egna organisationen. Gianetta et al., (2021) menar att utlösande faktorer för etisk stress är bristande organisation kring arbetsuppgifter, bristfällig kommunikation med andra vårdgivare eller med patienten och dess anhöriga och begränsningar i omvårdsmöjligheter trots upplevda behov hos patienten (Gianetta et al., 2021). Den enskilda sjuksköterskans ambition att göra ett gott arbete ställs mot verksamhetens faktiska förutsättningar i det dagliga arbetet. Sjuksköterskans egna förutsättningar, vårdmiljön där omvårdnaden utförs, de personcentrerade processerna och de förväntade resultaten är alla samverkande delar i PCC enligt McCormack och McCance (2006). De organisatoriska aspekterna hade stor betydelse för möjligheterna att bedriva strukturerad mottagning för patienter med FF. Hinder och möjligheter för strukturerat omhändertagande av patienter med FF låg på flera nivåer. De sträckte sig från politiska beslut på regional nivå till mötet med den enskilda patienten och alla instanser däremellan, det vill säga specialistvården, primärvården, hemsjukvården. Kommunikationen mellan primärvården och specialistvården försvårades av journalsystem som inte var gemensamma och detta ledde till svårigheter att följa vårdkedjan och överblicka planeringen för patientens vård. I Socialstyrelsens kartläggning (2016) av samverkansavtal framkom att samtliga landsting var ålagda att följa samverkansavtal och att primärvården ska följa samt ta fram samverkansplaner. Dock visade det sig att det i flera landsting fanns stora variationer mellan vårdheternas ambitioner att samverka med andra (Socialstyrelsen, 2016). Inom Region Skåne utvecklas just nu ett digitalt vårdssystem som bland annat syftar till att underlätta samarbetet mellan vårdgivare på olika vårdnivåer (Vårdgivare Skåne, 2023).

Arbetsmiljön på vårdcentralerna var betydelsefull för möjligheten att starta upp och bibehålla en flimmermottagning. På de vårdcentraler där informanterna fick utföra sitt mottagningsarbete ostört, och inte förväntades avboka mottagningstid, för att i stället utföra

högre prioriterade arbetsuppgifter så som telefontriagering upplevdes mottagningsarbete i högre grad som något positivt och givande. Niskala et al., (2020) menade att sjukvården som organisation bör överväga åtgärder som stärker sjuksköterskors inre motivation för att öka deras arbetstillfredsställelse och minska personalomsättning (Niskala et al., 2020). Faktorer som personalbrist och personalomsättning uppgavs ha en stor betydelse för förutsättningarna att planera arbetet och på många vårdcentraler fick informanterna täcka upp där det behövdes. Arbetsmiljöverket (2018) påtalar att krav på besparing och ökad effektivitet leder till en hög arbetsbelastning som uppkommer när resurserna inte räcker till för att kunna möta kraven som finns i arbetet, det är en organisatorisk brist. Då blir det svårt att få tid för reflektion och återhämtning (Arbetsmiljöverket, 2018).

### *Omhändertagande av patienter med förmaksflimmer*

Resultatet visade att strukturerad flimmermottagning saknades på flera vårdcentraler men att samtliga informanter hade erfarenhet av att möta och arbeta med patienter med FF i primärvården. Detta överensstämmer med vad Riksförbundet Hjärtlung (2021) menar, att utbudet av strukturerad vård för patienter med FF inte bedöms motsvara behovet i nuläget (Riksförbundet Hjärtlung, 2021). Vidare framkom att då det saknades krav på en specifik mottagning så prioriterades den inte heller i en redan pressad verksamhet. I distriktssköterskans kompetensbeskrivning uppges att distriktssköterskan från ett personcentrerat perspektiv ska arbeta hälsofrämjande genom att stödja och stärka patienten till egenvård och delaktighet (Svensk sjuksköterskeförening, 2019). Vården idag betraktades som personcentrerad av informanterna och stor hänsyn togs till patientens behov av att bli sedd och få vägledning. Evén et al., (2019) menar att PCC avsevärt ökar patienters upplevda livskvalitet (Quality of Life, QoL) och påtalar vikten av att vårdpersonalen tar sig tid att lära känna patienten (Evén et al., 2019). Ett strukturerat arbetssätt i sig var ett stöd för att säkerställa att omvårdnaden blev mer personcentrerad. Detta överensstämmer med tidigare forskning, som visat att en strukturerad sjuksköterskeledd flimmermottagning är viktig för patienter med FF, där de får en bredare kunskap och förståelse för sin sjukdom, detta leder till mindre negativa känslor och oro samt en högre hälsorelaterad livskvalitet (Piersma et al., 2021; Toscos et al., 2020; Hyltbäck et al., 2014). Vikten av kontinuitet påtalades och patienterna upplevdes lugnare och tryggare i sin sjukdom när de fick komma till samma sjuksköterska, som kunde hjälpa dem att förstå och hantera situationen och fanns tillgänglig

för råd och stöd vid behov. Det fanns en övergripande ambition att arbeta med kontinuitet och personcentrerad vård (PCC) och förutsättningarna för att kunna hjälpa på bästa sätt ökade då patienten och dess upplevelse och önskemål sattes i centrum. Resultatet visar att informanterna lade stor vikt vid att lära känna och förstå patienten utifrån dess egna förutsättningar för att kunna utföra en god PCC. Evén et al., (2019) menar att PCC är speciellt lämpligt vid omvårdnad av multisjuka då hänsyn till flera faktorer måste tas i ett vidare perspektiv (Evén et al., 2019). Resultatet visade att informanterna mötte dessa patienter i flera sammanhang då patienter med FF ofta var multisjuka och att de ofta var knutna till flera mottagningar på en och samma vårdcentral. Studier på effekten av sjuksköterskeledda flimmermottagningar visar skilda resultat. Olivia et al., (2021) visade på att sjuksköterskeledda mottagningar hade en positiv effekt på följsamhet till riktlinjer kring riskfaktorer och antikoagulantibehandling. Wijtvliet et al., (2020) menade att deras studie inte kunde påvisa att det fanns några fördelar med en sjuksköterskeledd mottagning för flimmerpatienter jämfört med den vanliga vården. De drog dock slutsatsen att det kunde ha en klinisk positiv betydelse för patienten om sjuksköterskorna på mottagningen hade stor erfarenhet (Wijtvliet et al., 2020). Sjuksköterskans kompetens inom omvårdnad kan ge patienten en större livskvalitet och bidra till en kostnadseffektiv vård (Li et al., 2019). I resultatet framkom att ibland, vid tidsbrist, tog sjuksköterskan mer medicinska uppföljningar så som blodprover och uppföljning av läkemedelsbehandling. Risken är då att det medicinska perspektivet överskuggar omvårdnadsperspektivet och att det påverkar nyttan för patienten. Forskning visar att omvårdnad på sjuksköterskeledda mottagningar för patienter med FF kan ha en god effekt på följsamhet till medicinering, upplevd egenkontroll av symtom och livsstilsfaktorer samt en ökad upplevd livskvalitet och minska vårdsökande till slutenvårdsnivå (Piersma et al., 2021; Toscos et al., 2020; Hyltbäck et al., 2014). Svensk Sjuksköterskeförening (2021) tar upp att det finns skillnader i hälso- och sjukvården när det gäller socioekonomiska grupper, geografiska områden och kön trots att det finns riktlinjer som anger att hälso- och sjukvården ska vara jämlik. I nuläget blir det i stället en fråga för enskilda vårdcentraler att starta upp flimmermottagningar där både medicinska åtgärder och omvårdnadsåtgärder utförs och följs upp. Detta kan leda till en ojämlik vård där bara en del patienter kan ta del av strukturerad mottagning beroende på var man bor i landet och vilken vårdcentral man valt att lista sig på.

## **Konklusion och implikationer**

Arbetsmiljön på vårdcentraler samt regionala beslut kring vilka mottagningar som ska finnas och ekonomiska förutsättningar för dessa på vårdcentralerna är faktorer som har stor betydelse för möjligheterna att bedriva strukturerad mottagning för patienter med FF. Sjuksköterskor möter dessa patienter i primärvården och uttrycker en vilja till personcentrerat, strukturerat mottagningsarbete. Hinder för utvecklingen av sjuksköterskeledda mottagningar för patienter med FF är brister i planeringen av vårdcentralens dagliga arbete, tidsbrist, personalbrist/-omsättning och kunskapsbrist. Möjligheter är personligt engagemang, kollegialt samarbete, möjlighet till kompetensutveckling och stöd från arbetsledningen. Detta visar på behovet av tydligt ledarskap och rutiner för att öka möjligheterna för att starta upp och bibehålla strukturerade flimmermottagningar. En satsning på, och ökade resurser till primärvården för att bromsa den nuvarande situationen med tidsbrist och hög personalomsättning på vårdcentralerna kan vara ett steg i att kunna tillgodose nuvarande och framtida vårdbehov samt att minska risken för ojämlig vård. Förslag till framtida forskning är att undersöka effekten av strukturerade flimmermottagningar på primärvårdsnivå, både ur patientperspektiv och från vårdens olika perspektiv. Vidare skulle det vara intressant att undersöka hur sjuksköterskorna själva uppfattar sin yrkesroll och belysa hur de ser på sin specifika omvårdnadskompetens i den kliniska verksamheten.

## Referenser

Allmänläkarkonsult Region Skåne. (2021). *Förmaksflimmer- AKO Skåne-riktlinje för primärvården utifrån nationellt kliniskt kunskapsstöd.*

<https://vardgivare.skane.se/vardriktlinjer/hjarta-och-karl/ako/formaksflimmer/>

Arbetsmiljöverket. (24 oktober 2018). *Huvudsakliga risker inom hälso- och sjukvården.*

<https://www.av.se/halsa-och-sakerhet/halso--och-sjukvard/huvudsakliga-risker-inom-halso--och-sjukvarden/>

Aronis, K. N., Edgar, B., Lin, W., Martins, M. A. P., Paasche-Orlow, M. K., & Magnani, J. W. (2017). Health literacy and atrial fibrillation: Relevance and future directions for patient-centred care. *European Cardiology Review*, 12(1), 52-57–57. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.15420/ecr.2017:2:2>

Britten, N., Moore, L., Lydahl, D., Naldemirci, O., Elam, M., & Wolf, A. (2017). Elaboration of the Gothenburg model of person-centred care. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 20(3), 407–418.

<https://doi.org/10.1111/hex.12468>

Canty, E., MacGilchrist, C., Tawfick, W., & McIntosh, C. (2021). Screening for Atrial Fibrillation in Community and Primary Care Settings: A Scoping Review. *Journal of atrial fibrillation*, 13(5), 2452. <https://doi.org/10.4022/jafib.2452>

Danielson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s.143–154). Lund: Studentlitteratur.

Ekman, I., Lundberg, M., Lood, Q., Swedberg, K., & Norberg, A. (2020a). Personcentrering – en etik i praktiken. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård* (2 uppl., s. 27–53). Liber AB.



Ekman, N., Taft, C., Moons, P., Mäkitalo, Å., Boström, E., & Fors, A. (2020b). A state-of-the-art review of direct observation tools for assessing competency in person-centred care. *International journal of nursing studies*, *109*, 103634.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103634>

Evén, G., Spaak, J., von Arbin, M., Franzén-Dahlin, Å., & Stenfors, T. (2019). Health care professionals' experiences and enactment of person-centered care at a multidisciplinary outpatient specialty clinic. *Journal of multidisciplinary healthcare*, *12*, 137–148.  
<https://doi.org/10.2147/JMDH.S186388>

Friberg, F., & Öhlén, J. (2017). Fenomenologi och hermeneutik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 301-). Studentlitteratur.

Freedman, B., Camm, J., Calkins, H., Healey, J. S., Rosenqvist, M., Wang, J., Albert, C. M., Anderson, C. S., Antoniou, S., Benjamin, E. J., Boriani, G., Brachmann, J., Brandes, A., Chao, T. F., Conen, D., Engdahl, J., Fauchier, L., Fitzmaurice, D. A., Friberg, L., Gersh, B. J., ... AF-Screen Collaborators. (2017). Screening for Atrial Fibrillation: A Report of the AF-SCREEN International Collaboration. *Circulation*, *135*(19), 1851–1867.  
<https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.116.026693>

Frykman, V., & Insulander, P., & Rosenqvist, M. (2019). Förmaksflimmer. I P. Insulander & M. Jensen - Urstad (Red.), *Arytmier Mekanismer, utredning och behandling* (2 uppl., s.107-124). Lund: Studentlitteratur.

Giannetta, N., Villa, G., Pennestrì, F., Sala, R., Mordacci, R., & Manara, D. F. (2021). Ethical Problems and Moral Distress in Primary Care: A Scoping Review. *International journal of environmental research and public health*, *18*(14), 7565.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph18147565>

Graneheim, U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Graneheim, U. H., Lindgren, B-M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse education today*, volym (56)29-34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>

Hakvoort, L., Dikken, J., Cramer-Kruit, J., Nieuwenhuyzen, K. M., van der Schaaf, M., & Schuurmans, M. (2022). Factors that influence continuing professional development over a nursing career: A scoping review. *Nurse education in practice*, 65, 103481. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103481>

Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 111-119). Studentlitteratur.

Hendriks, J. M. L., Vrijhoef, H. J. M., Crijns, H. J. G. M., & 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/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., Lebeau, J. P., Lettino, M., Lip, G. Y. H., Pinto, F. J., Thomas, G. N., ... ESC Scientific Document Group (2021). 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): The Task Force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed

with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. *European heart journal*, 42(5), 373–498. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa612>

Hyltäck, I., Jönsson, H., & Jansson, I. (2014). Study on treatment of atrial fibrillation care at nurse based clinics in Sweden. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden*, 34(3), 14–17. <https://doi.org/10.1177/010740831403400304>

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>

Jacob L. (2017). Nurse-led clinics for atrial fibrillation: managing risk factors. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 26(22), 1245–1248. <https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.22.1245>

Jankowska-Polańska, B., Kaczan, A., Lomper, K., Nowakowski, D., & Dudek, K. (2018). Symptoms, acceptance of illness and health-related quality of life in patients with atrial fibrillation. European journal of cardiovascular nursing. *Journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 17(3), 262–272. <https://doi.org/10.1177/1474515117733731>

Kotalczyk, A., Lip, G. Y., & Calkins, H. (2021). The 2020 ESC Guidelines on the Diagnosis and Management of Atrial Fibrillation. *Arrhythmia & electrophysiology review*, 10(2), 65–67. <https://doi.org/10.15420/aer.2021.07>

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 57–80). Studentlitteratur.

Lee, G., & Campbell-Cole, C. (2014). Recognising and managing atrial fibrillation in the community. *British journal of community nursing*, 19(9), 422–426. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2014.19.9.422>

Lewandowski, R. A., Lewandowski, J. B., Ekman, I., Swedberg, K., Törnell, J., & Rogers, H. L. (2021). Implementation of Person-Centered Care: A Feasibility Study Using the WE-CARE Roadmap. *International journal of environmental research and public health*, 18(5), 2205. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052205>

Li, P. W. C., Yu, D. S. F., & Yan, B. B. Y. (2019). A nurse-coordinated integrated care model to support decision-making and self-care in patients with atrial fibrillation: A study protocol. *Journal of advanced nursing*, 75(12), 3749–3757. <https://doi.org/10.1111/jan.14164>

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/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>

Middeldorp, M. E., Ariyaratnam, J., Lau, D., & Sanders, P. (2020). Lifestyle modifications for treatment of atrial fibrillation. *Heart British Cardiac Society*, 106(5), 325–332. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2019-315327>

Niskala, J., Kanste, O., Tomietto, M., Miettunen, J., Tuomikoski, A. M., Kyngäs, H., & Mikkonen, K. (2020). Interventions to improve nurses' job satisfaction: A systematic review and meta-analysis. *Journal of advanced nursing*, 76(7), 1498–1508. <https://doi.org/10.1111/jan.14342>

Nurmeksela, A., Mikkonen, S., Kinnunen, J., & Kvist, T. (2021). Relationships between nurse managers' work activities, nurses' job satisfaction, patient satisfaction, and medication errors at the unit level: a correlational study. *BMC health services research*, 21(1), 296. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06288-5>

Oh, Y. H., & Hwang, S. Y. (2021). Individualized education focusing on self-management improved the knowledge and self-management behaviour of elderly people with atrial fibrillation: A randomized controlled trial. *International journal of nursing practice*, 27(4), e12902. <https://doi.org/10.1111/ijn.12902>

Olivia, C., Hastie, C., & Farshid, A. (2021). Adherence to guidelines regarding anticoagulation and risk factors for progression of atrial fibrillation in a nurse-led clinic. *Internal medicine journal*, 51(7), 1136–1142. <https://doi.org/10.1111/imj.14874>

*Patientlag* (SFS 2014:821). Socialdepartementet. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821/](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821/)

Piersma, F. R., Neefs, J., Berger, W. R., van den Berg, N., Wesselink, R., Krul, S., & de Groot, J. R. (2021). Care and referral patterns in a large, dedicated nurse-led atrial fibrillation outpatient clinic. *Netherlands heart journal: monthly journal of the Netherlands Society of Cardiology and the Netherlands Heart Foundation*, 30, 370-376. <https://doi.org/10.1007/s12471-021-01651-x>

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (11:e uppl.). Lippincott Williams & Wilkins.

Randall, S., Crawford, T., Currie, J., River, J., & Betihavas, V. (2017). Impact of community-based nurse-led clinics on patient outcomes, patient satisfaction, patient access and cost effectiveness: A systematic review. *International journal of nursing studies*, 73, 24–33. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.05.008>

Riksförbundet Hjärtlung. (2021). *Flimmerrapporten 2021*. [https://www.hjartlung.se/contentassets/52ea624828e14653b107fc1e77611307/hjartlung\\_flimmerrapporten-2021.pdf](https://www.hjartlung.se/contentassets/52ea624828e14653b107fc1e77611307/hjartlung_flimmerrapporten-2021.pdf)

Rush, K. L., Burton, L., Schaab, K., & Lukey, A. (2019). The impact of nurse-led atrial fibrillation clinics on patient and healthcare outcomes: a systematic mixed studies review. *European journal of cardiovascular nursing*, 18(7), 526–533. <https://doi.org/10.1177/1474515119845198>

Socialstyrelsen. (2015) *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård, stöd.*

[https://plus.rjl.se/info\\_files/infosida39772/Nationella\\_riktlinjer\\_for\\_hjartsjukvard\\_stod\\_for\\_s\\_tyrning\\_och\\_ledning160418.pdf](https://plus.rjl.se/info_files/infosida39772/Nationella_riktlinjer_for_hjartsjukvard_stod_for_s_tyrning_och_ledning160418.pdf)

Socialstyrelsen. (2016). *Primärvårdens uppdrag - En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade.*

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2016-3-2.pdf>

Son, Y. J., Baek, K. H., Lee, S. J., & Seo, E. J. (2019). Health-Related Quality of Life and Associated Factors in Patients with Atrial Fibrillation: An Integrative Literature Review. *International journal of environmental research and public health*, 16(17), 3042.

<https://doi.org/10.3390/ijerph16173042>

Svensk sjuksköterskeförening. (2019). *Distriktssköterskeföreningen i Sverige Kompetensbeskrivning avancerad nivå distriktssköterska.*

<https://swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623175b/1584023673165/kompetensbeskrivning%20distriktssk%C3%B6terska%202019.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2021). *Jämlik vård och hälsa* [Broschyr].

<https://swenurse.se/publikationer/jamlik-var-d-och-halsa>

Svenska Kardiologföreningen. (2020). *ESC guidelines förmaksflimmer.*

<https://www.sls.se/globalassets/svkf/hjartrytmgruppen/formaksflimmer-guidelines-2020-tord-juhlin.pdf>

Tenbult, N., Kraal, J., Brouwers, R., Spee, R., Eijsbouts, S., & Kemps, H. (2022). Adherence to a Multidisciplinary Lifestyle Program for Patients With Atrial Fibrillation and Obesity: Feasibility Study. *JMIR formative research*, 6(4), e32625. <https://doi.org/10.2196/32625>

Thrysoee, L., Strömberg, A., Brandes, A., & Hendriks, J. M. (2017). Management of newly diagnosed atrial fibrillation in an outpatient clinic setting - patient's perspectives and experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 27(3-4), 601-611. [Doi: 10.1111/jocn.13951](https://doi.org/10.1111/jocn.13951)

Toscos, T. R., Coupe, A., Wagner, S., Drouin, M., Roebuck, A. E., Daley, C. N., Carpenter, M. D., & Mirro, M. J. (2020). Can nurses help improve self-care of patients living with atrial fibrillation? A focus group study exploring patients' disease knowledge gaps. *Nursing Open*, 7(4), 998–1010. <https://doi.org/10.1002/nop2.472>

Vårdgivare Skåne. (3 april 2023). *Skånes digitala vårdssystem (SDV)*.

<https://vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/projekt-och-utvecklingsarbete/sdv/>

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

World Health Organisation. (2015). *WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026 Executive Summary, Placing people and communities at the centre of health services*.

<https://interprofessional.global/wp-content/uploads/2019/11/WHO-2015-Global-strategy-on-integrated-people-centred-health-services-2016-2026.pdf>

World Medical Association (2018). *WMA declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

# Bilaga 1

## Frågeformulär

Inledning:

Kort beskrivning till informanten om studien; Vi är studenter på Specialistsjuksköterskeprogrammet, Distriktssköterska och ska skriva vår magisteruppsats. Vi önskar undersöka hur distriktssköterskor och sjuksköterskor i primärvården arbetar med patienter som har förmaksflimmer. Nationella riktlinjer finns men implementeringen av dem ser olika ut i olika regioner. Vi vill därför ta reda på hur det ser ut på olika vårdcentraler i Skåne. Syftet med denna studie är att undersöka distriktssköterskans/sjuksköterskans perspektiv på nuvarande omhändertagande av patienter med förmaksflimmer och beskriva hinder och möjligheter till ett strukturerat omhändertagandet inom primärvården.

Ålder?

Antal år som sjuksköterska? Antal år som distriktssköterska?

Antal år på vårdcentralen?

*Organisation:*

Kan du beskriva hur omhändertagandet av en patient med förmaksflimmer ser ut hos er?

Vem ansvarar för omhändertagandet hos er efter ställd diagnos utifrån omvårdnadsbehovet?

Vad tror du är anledningen till att det inte finns flimmermottagning på så många vårdcentraler?

*Struktur:*

Vad gör ni om patienterna känner att de mår dåligt av sitt förmaksflimmer?

Hur identifierar ni behov hos patienterna? Instrument?

På vilket sätt jobbar ni personcentrerat (individanpassat) med patienter med förmaksflimmer?

Vilken information ges till patienterna när de har fått diagnosen förmaksflimmer?

*Uppföljning:*

Skulle du kunna beskriva hur ett uppföljningsbesök ser ut?



I den bästa av världar hur skulle du vilja ta hand om dessa patienter?

(Ha i åtanke att identifiera/fråga om hinder)

Vad tror du att dessa patienter skulle behöva för att de ska känna bra livskvalité?

*Är det något du vill tillägga?*

*Följdfrågor: På vilket sätt? Vad innebär det? Kan du utveckla det? Kan du berätta mer.*