

Rapport udarbejdet af:
Projektleder Tove Sommer
Tove.sommer@svendborg.dk
Projektmedarbejder Caroline Elnegaard
Caroline.elnegaard@svendborg.dk
Svendborg Kommune
Juli 2020

Rehabiliteringsforløb til mennesker med atrieflimren

Evaluering af projekt Hjerterytmerehabilitering, Svendborg Kommune



Et projektsamarbejde mellem:

Kardiologisk ambulatorium, OUH Svendborg

Almen praksis, Svendborg

Hjertereforeningen

Et brugerpanel bestående af erfarne patienter og pårørende

Sundhedshuset, Svendborg Kommune

Indholdsfortegnelse

Resumé	1
1 Indledning.....	2
2 Organisation og ramme	5
2.1 Projektets ramme.....	5
2.2 Projektorganisation	5
3 Teoretisk referenceramme i projektet.....	7
3.1 Rehabilitering.....	7
3.2 ICF	7
3.3 Mestringsevne og interdisciplinært samarbejde.....	8
4 Samarbejde og brugerinddragelse	10
4.1 Projektets centrale aktører.....	10
4.2 Samarbejdet mellem de centrale aktører i projektet.....	10
4.2.1 De erfarne patienter og pårørende	13
5 Projektgruppen	15
5.1 Styregruppen og repræsentation af ledelsesniveau	15
5.2 Projektgruppens kompetencer til gennemførsel af projektet	15
5.3 Forhold som påvirkede projektgruppens arbejde i projektet.....	16
6 Projektets opbakning og udfordringer	17
6.1 Opbakning.....	17
6.2 Udfordringer	17
7 Økonomi.....	19
7.1 Afgivelser i forhold til det planlagte ressourceforbrug.....	19
7.2 Uforbrugte midler	19
7.3 Budgetoverslag for pris pr. deltager.....	19
8 Tværsektorielle redskaber og aktiviteter	20
8.1 Forløbsoversigt	20
8.2 Målgruppe	22
8.3 Stratificeringsmodel	23
8.3.1 Det indledende arbejde med stratificering i projektet	24
8.4 Vejledning, manual og flyers	25
8.5 Redskaber anvendt i samtaler	26
8.6 Aktiviteter i projektet.....	27
8.6.1 Samtaler på sygehus og i kommunen	27
8.6.2 Fagprofessionel som Kontaktperson	29
8.6.3 Tryghed ved motion	31

8.6.4	MediYoga.....	33
8.6.5	Mestring af livet med atrieflimren.....	36
8.6.6	Kursusforløb om bekymringer, stress og angst relateret til atrieflimren.....	39
8.6.7	Rygestop.....	42
8.6.8	Alkoholbehandling.....	42
8.6.9	Kostundervisning.....	42
8.6.10	Et samlet rehabiliteringsforløb.....	43
9	Proces med tidsplan og tværsektoriel kompetenceudvikling.....	44
9.1	Tværsektoriel kompetenceudvikling.....	44
10	Samarbejde med Hjertereforeningen, Rådgivningscentret og frivillige fra den lokale Hjertereforening i Svendborg.....	47
11	Projektets resultater.....	52
11.1	Kvantitative resultater.....	53
11.1.1	Deltagerne og valg af aktiviteter.....	55
11.1.2	Opfølgning under forløb og ved afslutning.....	58
11.1.3	Livskvalitet, angst og depression.....	61
11.1.4	Frafaldne og 'deltager-ikke'.....	64
11.2	Kvalitative resultater.....	65
11.2.1	At finde ro.....	65
11.2.2	Det er vigtigt at der er et rehabiliteringstilbud.....	66
11.2.3	Brug af ord.....	67
11.2.4	Støtte fra fagpersoner.....	68
11.2.5	Inddragelse af pårørende er vigtigt.....	69
11.2.6	At være i fællesskab med hinanden.....	69
11.3	Projektets bidrag til at forbedre kvaliteten i rehabiliteringen.....	70
11.4	Andre opnåede resultater.....	70
12	Opsummering.....	72
12.1	Implementering af projektet.....	75
13	Andre forhold.....	76
13.1	Arbejde med inddragelse af pårørende.....	76
13.2	Arbejdet med tværsektorielle henvisningssystemer.....	77
13.3	Inddragelse af Almen Praksis i et tværsektorielt samarbejde.....	77
14	Referencer.....	78
15	Bilag.....	81
15.1	Bilag 1: Opsummering fra sprintdagene den 9. og 10. oktober 2018.....	81
15.2	Bilag 2: Projektets folder til deltagerne.....	82

15.3	Bilag 3: Målgruppebeskrivelse	83
15.4	Bilag 4: Opgørelse over patienter indlagt i perioden	84
15.5	Bilag 5: Stratificeringsmodel	85
15.6	Bilag 6: Flyer – Tryghed ved motion.....	86
15.7	Bilag 7: Flyer – MediYoga	87
15.8	Bilag 8: Flyer – Mestring af livet med atrieflimren	88
15.9	Bilag 9: Flyer – Kursusforløb om bekymringer, stress og angst.....	89
15.10	Bilag 10: Opsummeringsskema til opstartssamtalen	90
15.11	Bilag 11: Samtaleguide til afsluttende samtale	91
15.12	Bilag 12: Checkliste til opstartssamtalen	93
15.13	Bilag 13: Angst, depression og livskvalitet (Spagetti-plots).....	95
15.14	Bilag 14: Spørgeark i afsluttende samtale.....	97

Resumé

Dette tværsektorielle projekt udviklede og afprøvede et rehabiliteringstilbud til mennesker med hjerterytmeforstyrrelser i Svendborg Kommune. Denne evalueringsrapport rummer såvel resultater som processer i samarbejdet og tværsektoriel kompetenceudvikling i projektet.

Samarbejdet i projektet har været mellem hjerteafdelingen på OUH Svendborg, Almen Praksis, Hjertereforeningen, et brugerpanel med erfarne patienter og pårørende samt Sundhedshuset i Svendborg Kommune.

Der er en national interesse for projektets resultater grundet implementeringen af de nye nationale *'Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom'* (Sundhedsstyrelsen, 2018), hvor mennesker med hjerterytmeforstyrrelser er inkluderet for første gang. Dette har medført at hver kommune pr. 1.1.2020 skulle inkludere denne (nye for kommunerne) målgruppe i den kommunale rehabilitering sammen med øvrige hjertepatienter.

Aktiviteterne i rehabiliteringsforløbet afspejler evidensen på området og bestod således af Tryghed ved motion, MediYoga (medicinsk yoga), Mestring af livet med atrieflimren, Kursusforløb om bekymringer, stress og angst, samtaler med fagpersoner samt tilbud rettet mod livsstilsfaktorer som kost, rygning og alkohol. Valg af aktiviteter var styret af deltagerens motivation, ønsker og behov.

I projektet deltog 43 mennesker med hjerterytmeforstyrrelser, heraf var 23 kvinder og 20 var mænd. De havde en gennemsnitsalder på 66,5 år.

Projektet har anvendt to PRO-spørgeskemaer (patient rapporterede oplysninger) til dataindsamling. Disse var 'the Hospital Anxiety and Depression Scale', også kendt som HADS, samt HeartQoL. HADS er et screeningsredskab for angst og depression og HeartQoL er et livskvalitetsskema. Resultaterne viser at de 43 deltagere er mindre angste og deprimerede efter rehabiliteringsforløbet sammenlignet med før, samt at dette resultat fastholdes to måneder efter afsluttet rehabiliteringsforløb. Ligeså stiger livskvaliteten og dette resultat fastholdes også to måneder efter afsluttet forløb.

Citater fra fokusgruppe interviews med deltagerne peger på seks centrale temaer. Disse er i overskrifter:

*At finde ro
Det er vigtigt at der er et rehabiliteringstilbud
Brug af ord
Støtte fra fagpersoner
Inddragelse af pårørende er vigtigt
At være i fællesskab med hinanden*

Et andet fokusområde i projektet har været udvikling af det tværsektorielle samarbejde og sammenhæng i patientforløb. Der er således mange erfaringer med dette samt tværsektoriel kompetenceudvikling i projektet. Et eksempel på tværsektoriel kompetenceudvikling i projektet er en udviklingsdag med fokus på at integrere spørgsmålene og resultaterne i et HADS-skema i samtalen. Projektet har således erfaret på meget positiv vis, hvordan et HADS-skema kan anvendes både som screeningsredskab og som samtalestøtteværktøj.

Læs mere om dette og meget andet i resten af rapporten.

God fornøjelse.

1 Indledning

Denne evaluering præsenterer resultater og processer i et 2½ årigt tværsektorielt udviklingsprojekt, hvor mennesker med hjerterytmeforstyrrelser har været tilbudt et rehabiliteringsforløb i Svendborg Kommune.

Projektet var sammensat af en tværsektoriel gruppe med fagpersoner fra både sygehus og kommune. Herudover er Hjertereforeningen og formand for udvikling af National klinisk retningslinje for rehabilitering til patienter med atrieflimren, atrieflagren, patienter med endokarditis og patienter behandlet med en Implanterbar Cardioverter Defibrillator (ICD) (2019) [1] med i styregruppen. Medarbejdere i projektet har været frikøbt til udvikling og afprøvning, og projektet er derfor også præget af medarbejdernes rejse mod en fælles forståelse og oplevelse af sammenhæng i mødet med projektdeltagerne (patient/borger).

Rapporten følger en aftalt skabelon fra Sundhedsstyrelsen, men er i lige så høj grad rettet mod ledere og medarbejdere i regioner og kommuner, der er i gang med at videreudvikle nuværende rehabiliteringstilbud til at inkludere borgere med atrieflimren.

Næsten alle afsnit i evalueringen afsluttes med en anbefaling, som er opsamlet på tværs af projektorganisationen og i processer med deltagerne. Rapporten er både proces- og resultatorienteret, hvorfor den er blevet et omfattende værk. Derfor vil den kunne fungere både som et opslagsværk på delelementer og med sit opsummering i afsnit 12, skabe et hurtigt overblik over fire udvalgte essentielle overskrifter: samarbejde og tværsektorielt samarbejde, aktiviteter, resultater og perspektiver.

Projektet er et SATS-puljeprojekt støttet af Sundhedsstyrelsen i perioden 22. dec. 2017 til 30. juni 2020. Projektet er et samarbejde mellem Kardiologisk Afdeling på OUH Svendborg, Almen Praksis i Svendborg Kommune, Hjertereforeningen, et brugerpanel bestående af erfarne patienter og pårørende samt Sundhedshuset Svendborg, som også er projektejer.

Projektansøgningen blev i sin tid formuleret på baggrund af en undersøgelse foretaget af Statens Institut for Folkesundhed, SIF, fra 2014: *Hjertepatienters oplevelse med sundhedsvæsenet og livet med en hjertesygdom*, som bl.a. fremhæver følgende udviklingspunkter: oplevelsen af sammenhæng, kommunikation og information, fokus på psykiske aspekter af sygdommen samt inddragelse af patient og pårørende [2].

Desuden har kommunerne, landet over, siden kommunalreformen i 2007 tilbudt hjerterehabilitering som en forlængelse af rehabiliteringstilbuddet i sygehusregi. Fra 1. januar 2020 vil borgere med atrieflimren ligeledes være omfattet af denne aftale. I den forbindelse er der igangsat en proces i regioner og kommuner for videreudvikling og kvalitetssikring af de nuværende hjerterehabiliteringstilbud. Hertil danner ovennævnte SIF-rapport [2] samt den nationale kliniske retningslinje til patienter med atrieflimren, atrieflagren, mm. [1] og Region Syddanmarks nye *Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med hjertesygdom* (2018) [3], baggrundsmateriale.

Projektet, som lige præcis er påbegyndt inden ovenstående og med en afprøvningsperiode i 2019, fik derfor som formål er **at videreudvikle og kvalitetssikre kommunens hjerterehabiliteringstilbud til at inkludere borgere med atrieflimren, herunder med særligt fokus på differentiering i forhold til social ulighed samt screening og opsporing af psykologiske aspekter af sygdommen.**

Inkluderingen af mennesker med atrieflimren i det kommunale hjerterehabiliteringstilbud i Svendborg Kommune har derfor betydet en national interesse for projektet, hvor flere kommuner har søgt inspiration til etablering af relevante evidente kommunale tilbud samt etablering af en tværsektoriel model for henvisning og sammenhæng.

Patienter med atrieflimren vil fremadrettet uændret modtage samtaler, kontrol og behandling på sygehusene via 'Atrieflimrenklinikken' i tilknytning til kardiologiske ambulatorier, og ligeledes blive afsluttet til opfølgning hos egen læge. Det nye vil overvejende være, at gruppen af patienter med atrieflimren nu også får tilbudt kommunal rehabilitering.

I projektet er det således blevet tydeligt at et rehabiliteringsforløb for hjertepatienter kan anskues i tre parallelle spor; et på sygehuset, et i kommunen og et ved egen læge, hvor en fælles opgave er, at understøtte borgerens ydre og indre rehabiliteringsproces. Hver part bidrager med hver deres fokus til patientens hele forløb og ofte er alle tre på banen samtidig og ikke kun i forlængelse af hinanden. Patienten/borgeren søger sygdomsforståelse og håndtering af sin sygdom alle tre steder, og mødes med forskellige fokus.

Flere sundheds- og rehabiliteringsteoretiske retninger eksisterer [4,5]. Herudover er der sket en udvikling fra risiko- til mulighedstænkning i forlængelse af definitionerne på rehabilitering [6] og senere omkring forståelsen- og implementering af brugerinddragelse i sundhedssektoren [7].

Eksempelvis skriver Karin Birtø i 'Rehabilitering – teori og praksis' [8, s. 212]:

At arbejde sundhedsfremmende forudsætter, at det sundhedsfaglige personale har den brede opfattelse af sundhedsfremme, og at rehabiliteringsprocesser bevæger sig fra en medicinsk domineret vinkel til også at inkludere psykosociale og kulturelle aspekter.

Og ligeledes definerer Videnscenter for brugerinddragelse (ViBIS) brugerinddragelse på individniveau [7]:

At give brugeren indflydelse på sit eget forløb ud fra individuelle behov, præferencer og viden. Det gøres gennem dialog, beslutninger om behandling og pleje og/eller tilrettelæggelse af aktiviteter.

Ifølge Hvidbogen dækker helhed over deltagerens hele livssituation, så denne oplever processer og tiltag som forståelige, meningsfulde, behovsdækkende og sammenhængende. Den enkelte institution må ifølge Hvidbogen overveje, hvad der skal til for at analysen og indsatsen bliver helhedsorienteret. Særligt fremhæves overgangen mellem sektorer, hvor der ifølge Hvidbogen kan være behov for fælles redskaber og fælles kompetenceudvikling. Disse 'hånd i hånd' med et fokus på læring, ejerskab og motivation ved blandt andet at åbne muligheden for egenkontrol og selvevaluering [6].

I projektet er netop taget udgangspunkt i et helhedsorienteret blik med fokus på sammenhæng mellem sektorer. Det helhedsorienterede blik bliver især tydeligt i samtalerne og projektgruppen har gennemgået et udviklingsarbejde på tværs af sektorer ved at tegne 'hvad rummer den tværsektorielle samtale'. Dette vil kunne læses mere om i rapporten. Ligeledes vil eksempler på fælles kompetenceudvikling blive præsenteret. F.eks. kan der læses om projektets erfaringer med at omsætte screeninger fra PRO¹-skemaer til også at være samtalestøtteværktøjer med fokus på det hele liv.

Projektet har også haft et særligt fokus på differentiering i forhold til social ulighed. Dette er mødt med en dynamisk stratificeringsmodel, som har udløst muligheden for ekstra samtaler i kommunen. Erfaringerne med en grad af 'kassetænkning' har udviklet sig fra modstand blandt medarbejderne til erkendelsen af, at det kan være et redskab der kan bidrage til et fælles afsæt i sektorovergange, hvis det ikke er for fastlåst samt hvis det implementeres med åbenhed for at tilrette det i en grad, så det bliver et meningsfuldt redskab for dem, der skal anvende det i praksis.

¹ PRO: patient-rapporterede-oplysninger

Med det nye forløbsprogram [3], vil borgere med hjertesygdomme blive henvist tidligere til kommunal rehabilitering og dermed i endnu højere grad have parallelle forløb. Projektet bekræfter, at dette kalder på en optimering af koordinationen mellem indsatser og sektorer med fælles tilgang, målsætninger og fleksibel tilrettelæggelse. I evalueringen efterspørges dette i øvrigt af både deltagere og medarbejdere.

Slutteligt, bygger samarbejdet i projektet på en allerede etableret god tværsektoriel relation mellem kardiologisk afdeling, OUH Svendborg, og Svendborg Kommunes Sundhedshus. Dermed har sædvanlige dokumenterede barrierer i et sådant samarbejde været reduceret, og der har været plads til at arbejde med det fælles afsæt.

2 Organisation og ramme

I dette afsnit vil projektets ramme og organisering blive præsenteret.

2.1 Projektets ramme

Projektets ramme kan beskrives ved projektets formål, delmål og ledetråde. Formålet er præsenteret ovenstående i indledningen. Som nævnt er det nyt for denne patientgruppe, at kommunen tilbyder et rehabiliteringsforløb. Derfor er der i projektet sat fokus på samspillet mellem sektorerne ud fra nedenstående fire delmål og fem ledetråde.

Delmål:

1. *Borgere og pårørende føler sig inddraget og understøttet i håndtering af sygdom.*
2. *Borgerne oplever en forbedret sygdomsmestring.*
3. *Borgerne oplever forbedret livskvalitet.*
4. *Færre uhensigtsmæssige indlæggelser som følge af hjerterytmeforstyrrelser.*

Ledetråde:

1. *Individuelt differentieret indsats med et stærkt tværsektorielt samarbejde som afsæt.*
2. *Systematisk brugerinddragelse, organisatorisk og på brugerniveau.*
3. *Tidlig opsporing med almen praksis.*
4. *Systematisk screening af risiko for udvikling af angst og depression.*
5. *Arbejdsgange og metoder kan implementeres på tværs af sygehusets optageområde.*

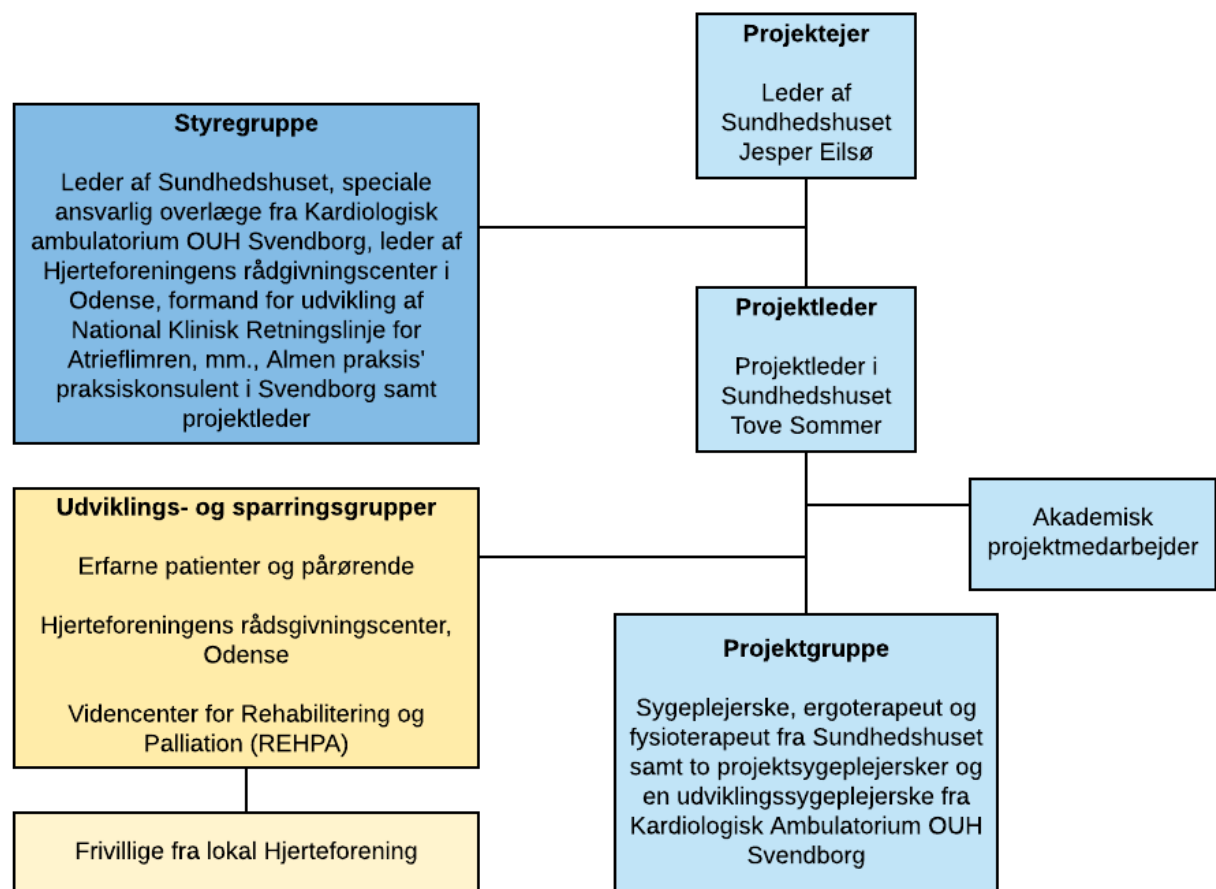
Projektet tager desuden udgangspunkt i følgende referencer:

- Sundhedsstyrelsens anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, 2016 [9].
- Region Syddanmarks tværsektorielle forløbsprogram for mennesker med hjertesygdom, 2018 [3].
- National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering, 2013 [10].
- National klinisk retningslinje for rehabilitering til patienter med atrieflimren, atrieflagren, patienter med endokarditis og patienter behandlet med en Implanterbar Cardioverter Defibrillator (ICD), 2019 [1].
- Et tidligere projekt i Region Syddanmark: 'Gode rammer for hjerterehabilitering - Et partnerskabsprojekt', 2008-2010 [11].

Betegnelsen for mennesker i et rehabiliteringsforløb er forskellig afhængigt af om det drejer sig om kontakt til sygehus, egen læge, Hjertereforeningen eller kommunen, og skifter typisk mellem 'patient' og 'borger'. I evalueringen har vi tilstræbt at anvende 'deltager', som en gennemgående betegnelse.

2.2 Projektorganisation

Nedenstående figur 1 viser projektets organisering i styregruppe, projektgruppe og udviklings- og sparringsgruppe. Projektet er styret i et samarbejde mellem projektejer og projektleder, med overordnede beslutninger truffet i styregruppe-regi. Projektet er overordnet udarbejdet og udført i samarbejde mellem projektleder, projektgruppe og akademisk projektmedarbejder.



Figur 1 – Organisering

3 Teoretisk referenceramme i projektet

I dette kapitel beskrives begreberne *rehabilitering*, *ICF*, *mestringsevne* og *interdisciplinært samarbejde*, som der er taget begrebsmæssigt afsæt i igennem projektet.

3.1 Rehabilitering

I projektet forstås rehabilitering ud fra definitionen i Hvidbogen (MarselisborgCentret, 2004) [6]:

Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats.

Rehabilitering er en helhedsorienteret indsats, hvor tværfaglige og tværsektorielle indsatser spiller sammen omkring borgerens rehabilitering. Ifølge Hvidbogen er formålet at bevare eller fremme livskvalitet, forebygge sygdom og fremme sundhed, samt at borgeren opnår ligestilling i forhold til øvrige borgere med hensyn til personlig frihed i hverdagslivet og deltagelse i samfundslivet. Et sådant formål forudsætter en mangefacetteret indsats, hvor aktørerne foruden borgeren og vedkommendes pårørende også inkluderer fagfolk fra forskellige specialer [6].

Det er borgeren der afgør hvilke aspekter, indsatser, mål m.m., der giver mening og indhold i dennes fremtidige liv, idet kun borgeren selv reelt kan have en oplevelse af og mening om disse personlige aspekter [6].

I Hvidbogen deles rehabiliteringskompetencer op i borger- og pårørendekompetencer samt professionskompetencer. Dette er også tydeligt i ovenstående definition som beskriver at rehabilitering er en '*samarbejdsproces mellem borger, pårørende og fagfolk*'. Samarbejdet med fagfolk medfører, at rehabilitering indeholder en professionel indsats foretaget af en faguddannet person [6,12].

Følgende professionskompetencer indkredsnes som centrale i rehabilitering [6,12]:

- Holdninger og værdier som bygger på rehabiliteringsforståelse.
- Empati, respekt og anerkendelse af borgerens og de pårørendes perspektiver.
- Viden om sygdom, lovgivning og behandlingsmuligheder på tværs af sektorer.
- Kommunikationfærdigheder, samarbejde- og handleevne.
- Viden om love og rettigheder.

Det fremhæves at fagpersoners personlige såvel som faglige kompetencer er afgørende i et rehabiliterende forløb. Dette kræver at implementering af værdierne bag rehabiliteringsbegrebet er et fokus og trænes i den sundhedsprofessionelle samtale med afsæt i sundhedspædagogiske, coachende perspektiver. Dette medfører at fagpersonen i den sundhedsprofessionelle samtale kan jonglere viden, indsigt, engagement og afprøvning i samspil med, hvad der er vigtigt og giver livskvalitet for borgeren [6,12]. Dette er arbejdet kontinuerligt med henover afprøvningsperioden i projektet og arbejdet har resulteret i den udviklede figur 4 i afsnit 8.6.1.: *Hvad rummer samtalen*.

3.2 ICF

Gennem en del år har der i kommunerne og mellem sektorer på træningsområdet været anvendt ICF. ICF afgrænser aspekter af den samlede helbredstilstand. En persons funktionsevne er således bestemt af et komplekst og dynamisk samspil mellem kroppens funktioner og anatomi, aktiviteter, deltagelse,

omgivelsesfaktorer og personlige faktorer [13]. Da modellen er kendt for fagpersoner i kommunen, har den været en del af udredningsværktøjerne og et samtalestøtteværktøj i den afklarende samtale i projektet.

3.3 Mestringsevne og interdisciplinært samarbejde

Hvidbogen fremhæver at mulighederne for at skabe sig et godt liv fremmes når [6]:

- Mennesker har indflydelse på udformningen af eget liv.
- Mennesker indgår i anerkendende sociale relationer, der medvirker til opbygning af selvværd.
- Mennesker har muligheder for deltagelse i samfundslivets mange arenaer.
- Det omgivende samfund indretter sig, så det bliver i stand til at rumme alle sine borgere, herunder mennesker med handicap, på en inkluderende og ligeværdig måde.

Dette indfører begreber som empowerment og mestring, som ofte nævnes i forbindelse med rehabilitering. Empowerment- og mestringstilgange går ud på at styrke borgerens råderum og kontrol over eget liv. Metoder til arbejde med dette baserer sig på borgerens egen oplevelse af sin situation, borgerens tagen ansvar for sig selv samt viden, prioriteringer og valg i rehabiliteringsprocessen, støttet af fagprofessionelle kompetencer. Borgerens motivation for forandring (via rehabilitering) er udgangspunktet for “at gøre noget”, og motivationen kan kun fremmes ved at give borgeren kontrol og rådighed over sin egen rehabilitering [6].

Mestringsevne anskues i dette projekt ud fra Antonovskys definition på ’oplevelse af sammenhæng’ (OAS) [14]:

Oplevelsen af sammenhæng er en global indstilling, der udtrykker den udstrækning, i hvilken man har en gennemgående, blivende, men også dynamisk følelse af tillid til, at de stimuli, der kommer fra ens indre og ydre miljø, er strukturerede, forudsigelige og forståelige, der står tilstrækkelige ressourcer til rådighed for en til at klare de krav, disse stimuli stiller, og disse krav er udfordringer, det er værd at engagere sig i.

Borgerens oplevelse af sammenhæng ses altså som en kobling mellem tre elementer: begribelighed, meningsfuldhed og håndterbarhed. Disse er forbundet og bidrager til en stærk eller svag OAS. Oplevelsen af sammenhæng ses som sundhedens fundament og en stærk OAS er knyttet til et stærkt selv og en fast identitet. Oplevelse af sammenhæng skabes gennem erfaringer og en stærk OAS fremmes af livsoplevelser med indre sammenhæng, medbestemmelse og balanceret belastning [14].

En borger skønnes således at være i besiddelse af en høj grad af mestringsevne, når borgeren oplever at være handlekompetent i forhold til alle ICF-faktorer. Dette relateres til borgerens oplevelse af, at situationen er til at forstå (begribe), giver mening og kan håndteres. Oplevelsen af begribelighed, meningsfuldhed og håndterbarhed afspejler sig i borgerens handlekompetence og kommer til udtryk i borgerens selvindsigt samt evne til at træffe ”kloge” valg og beslutninger, tage initiativ samt reflektere over egen situation [14]. Sundhedsstyrelsen supplerer i 2016 med en mere handlingsrettet formulering [9, s. 32]:

Det er således den professionelles opgave – med respekt for patientens autonomi, aktivt empatisk – og tilpasset borgerens situation – at bringe (ny) viden ind i samtalen eller i gruppedrøftelserne, og gennem dialog og erfaringsudvekslinger at understøtte borgerens erkendelse af egen situation og af egne handlemuligheder, prioriteringer og bevæggrunde (fx hvad udfordringen i forhold til en given forandring består i). Borgerens prioriteringer

og ønsker er således i løbende proces i takt med, at borgerens perspektiv, forståelse og følelsesmæssige engagement forandres over tid.

Dette kobler tilbage til de tidligere nævnte centrale professionskompetencer i rehabilitering og det gør udredningen af, hvad fagprofessionelle kompetencer, f.eks. i samtalen, kan endnu vigtigere. Bredland & Linge (2009) kvalificerer yderligere kompleksiteten i billedet af deltagerens indre og ydre processer i rehabiliteringsforløbet. Den indre proces er den mentale bearbejdningsproces, der handler om borgerens forandringsprocesser på et psykologisk plan. Det er i den indre proces, at motivationen påvirkes og forestillinger om fremtiden dukker op. Tilgængelighed er den ydre proces et bidrag og en hjælp på vejen. Den ydre proces er således den proces, hvor fagpersoner bistår borgeren, for at gøre dennes tilværelse så god og meningsfuld som muligt. Denne proces kaldes også arbejdsprocessen og består således af planlagte aktiviteter og den professionelle arbejdsproces med borgeren. Den indre og ydre proces er en del af rehabiliteringsprocessen, som borgeren skal igennem for at kunne fungere på en god og meningsfuld måde [15].

I projektet er forsøgt tværsektorielt at skabe en fælles ramme og et fælles sprog blandt fagpersoner omkring rehabiliteringsforløbet og samtaler. Dette fælles tværsektorielle og tværfaglige afsæt for forløbet og for forståelsen af, hvad samtalen skal kunne (se afsnit 8.6.1), har i projektet været inspireret af en forståelse af 'interdisciplinært samarbejde' [16]. Denne forståelse har projektgruppen samlet i figur 2 'Kompetencehjulet' (se afsnit 4.2), hvor også deltageren (patienten/borgeren) er taget med, som en ligeværdig samarbejdspartner. Figuren bliver dermed et visuelt billede på samskabelse og fælles beslutningstagning i rehabiliteringsforløbet, og har støttet fagpersoner i projektet i at fastholde hinanden i perspektivet [17]. Esther Greve supplerer i i 'Rehabilitering – teori og praksis', med en formulering på interdisciplinært samarbejdet [16, s. 161]:

I det interdisciplinære tværfaglige samarbejde udvikles over tid en ny fælles viden og et fælles sprog i teamet, og der stimuleres til faglig udvikling sammen og hver for sig. Den enkelte fagperson kan udmærket være monofaglig og tværfaglig på samme tid, eller i forskudt tid, over for brugeren. Der er fælles forståelse af opgaverne, og der opbygges nye fælles holdninger, og i nogen grad fælles identitet, på tværs af faggrænser.

Når den enkelte deltager i projektet møder en fagperson i sit behandlings- og rehabiliteringsforløb, møder denne samtidig mono- og tværfaglige kompetencer, hvor den enkelte medarbejders niveau af kendskab til kollegernes kompetencer og muligheder, påvirker den enkelte deltagers oplevelse af sammenhæng, helhed og timing (se figur 2, afsnit 4.2).

Det interdisciplinære samarbejde har konkret udmøntet sig i at flere deltagere har gennemgået en proces med både indre og ydre forandringsprocesser. Der er eksempler på deltagere der har foretaget forskellige livsstilsændringer via samtalerne med fagpersonerne, selvom deltageren for eksempel ikke deltog i motionstilbuddet men alligevel er blevet mere fysisk aktiv grundet et fokus og en forandringsproces i samtalerne. Eksempler på lignende forandringsprocesser vil fremtræde flere steder i rapporten.

4 Samarbejde og brugerinddragelse

I dette afsnit præsenteres projektets centrale aktører og samarbejdet hermed.

4.1 Projektets centrale aktører

Projektets centrale aktører er Kardiologisk Afdeling på OUH Svendborg, Almen Praksis i Svendborg Kommune, Hjertereforeningens Rådgivningscenter Odense og Lokalforening Svendborg, brugerpanelet med erfarne patienter og pårørende samt Sundhedshus Svendborg.

Allerede efter projektets opstartsdag i september 2018 (en temadag med erfarings- og forskningsmæssige oplæg, hvor invitationen var sendt bredt ud til alle involverede aktører) blev formanden for udvikling af National klinisk retningslinje for rehabilitering til patienter med atrieflimren, atrieflagren, patienter med endokarditis og patienter behandlet med en Implanterbar Cardioverter Defibrillator (ICD) [1], købt ind i styregruppen. Desuden har centerleder ved Videncenter for Rehabilitering og Palliation (REHPA)² været med som løbende sparringspartner til styregruppe og projektleder. Desværre faldt praksiskonsulenten, repræsentant for Almen Praksis, ud af styregruppen inden opstart af afprøvningsperioden i februar 2019 grundet jobskifte.

4.2 Samarbejdet mellem de centrale aktører i projektet

Samarbejdet blandt projektets centrale aktører fungerede ved fastlagte møder og løbende dialog undervejs i projektet. Ved midtvejs- og slutevaluering i projektet med henholdsvis styre- og projektgruppe giver begge udtryk for, at det er en styrke i projektet, at alle aktører har været med fra start til slut inkl. brugerpanelet, hvilket har højnet forståelse og samarbejde. Desuden opleves det som en styrke for samarbejdet, at projektgruppen har været frikøbt til at indgå i den tværsektorielle udvikling af redskaber. Det har betydet bredt ejerskab og løbende opsamling af læring og anbefalinger undervejs i projektarbejdet.

Projektet har arbejdet ud fra en grundig opstart med alle aktørerne. Med udgangspunkt i projektets ramme, delmål og ledetråde blev opstartsdagen i september 2018 afholdt med bred deltagelse. Herefter blev afholdt to sprintdage³ i oktober 2018 med en mere snæver kreds af styre- og projektgruppe, brugerpanelet samt en sygeplejerske og en fysioterapeut fra Hjertereforeningen.

Opsummeringen fra sprintdagene (se bilag 1) har været et fælles afsæt i projektet og dermed en fælles platform i udviklingsfasen frem mod afprøvningsperioden fra februar 2019 til december 2019. Beslutningerne taget på sprintet blev kvalificeret i udviklingsfasen (oktober 2018 til januar 2019) og prioriteret ud fra litteratursøgninger på de forskellige områder og praktiske barrierer i virkelighedens verden. Evalueringen vil løbende referere til projektets formål, delmål og ledetråde samt beslutningerne fra sprintdagene.

Projektets aftaler og redskaber er, ud fra opsummeringen fra sprintdagene, færdigudviklet i styre- og projektgruppe med sparring fra REHPA og brugerpanelet. Der blev eksempelvis formuleret en 'Vejledning til Sundhedsprofessionelle' i projektet, med overordnede arbejdsgange, redskaber, mv. Alligevel var der indtil midt i afprøvningsperioden behov for præciseringer af aftaler og systematik for

² REHPA: <https://www.rehpa.dk/>

³ Sprintdage er udviklingsdage, hvor projektets rammer, opstartsdagen pointer, forskning og anbefalinger er tilgængelig sammen med en skitsering af nuværende tilbud til målgruppen eller sammenlignelig gruppe. Således at udviklingsarbejdet kan bevæge sig fra 'hvorfor' til 'hvad' og 'hvordan' og dermed komme ud med en fælles beslutning og ejerskab på en ramme for målgruppen, der skal omsættes til en praktisk protokol for afprøvningen.

dataindsamling. Desuden var der behov for præcisering af projektets målgruppe og tilpasning af stratificeringsmodel (denne kan ses i afsnit 8.3).

Overordnet har samarbejdet båret præg af en gensidig respekt for hinandens faglighed, engagement og vilje til at få omsat beslutningerne trods forskellige muligheder. Dog har samarbejdet ikke undgået diverse kendte udfordringer. F.eks. at vi på tværs af sektorer og med patienter kan bruge de samme ord, men mene eller forstå noget forskelligt.

Et andet eksempel på udfordringer i samarbejdet er at nuværende elektroniske henvisningsplatforme fra sygehus til kommune er envejskommunikation. Der er ingen struktur for en dialog, hvis eksempelvis en deltager, mens denne er i et træningsforløb i Sundhedshuset, skal på sygehuset til f.eks. en ablation. Da er fagpersonerne i kommunen afhængig af deltagerens oplysninger, og samtidig opleves i projektet at deltagerne ser det som en selvfølge, at der er givet besked. Ligeledes hvis fagpersoner i Sundhedshuset observerer noget som denne efter aftale med deltageren, ønsker at dele med sygeplejersken på sygehuset. Dette er løst i projektet ved udveksling af kontaktoplysninger, og så er der samlet op på de tværsektorielle sparringsmøder. Disse udfordringer er opstået i arbejdet med deltagernes individuelle forløb og udfordrer dermed projektets delmål og ledetråde som har fokus på et stærkt tværsektorielt afsæt. Udfordringerne rammer dermed også samarbejdet i projektet.

Afprøvningsperioden i projektet kan ses som to-sporet: udvikling, tilpasning og afprøvning af aftaler, redskaber og forløb i det ene spor, og tværsektoriel kompetenceudvikling i det andet spor. Begge spor er håndteret i en formel og uformel ramme, hvor der løbende er opbygget viden og indsigt i hinandens områder og kompetencer via fælles kompetenceudvikling og sparringsmøder. Den øgede indsigt i hinandens felt har betydet større oplevet sammenhæng, samarbejde og helhed, hvilket også fremhæves af projektgruppen i fokusgruppe interview:

Projektgruppemedlem fra Sundhedshuset: Jeg har faktisk syntes, det har været enormt rart, når jeg har siddet med en borger eller følt, faktisk... [rømmer sig] større sammenhæng og mere professionelt at sige 'så kan jeg se, at du har snakket med [navn på sygehus sygeplejerske] om det, og du har snakket med [navn på kontaktperson i Sundhedshuset] om det', så vi starter ikke forfra. Du skal ikke til at fortælle det hele igen. 'Så jeg kan se, at det er det her, der fylder for dig, det vil jeg gerne spørge ind til'. Dét kunne jeg godt tænke mig, at det var sådan hver gang.

Projektgruppemedlem fra sygehuset: Det gælder også den anden vej. Jeg synes, der har været en gang eller to, hvor I har skrevet til os, hvor der har været noget med en borger, hvor man ligesom har muligheden for at følge op på det, selvom man ikke lige har vidst, hvornår man havde en tid med dem igen, men det giver en mulighed for at ringe dem op og sige, 'jeg kan høre sådan, sådan, sådan, der er sket ned i Sundhedshuset, det lyder som om, du ikke helt har fået svar på det, du gerne ville, da du var her sidst, skal vi lige samle op på det?' Det giver da en god overgang for dem, hvor de tænker de bliver hørt. Det er den oplevelse, jeg får af det.

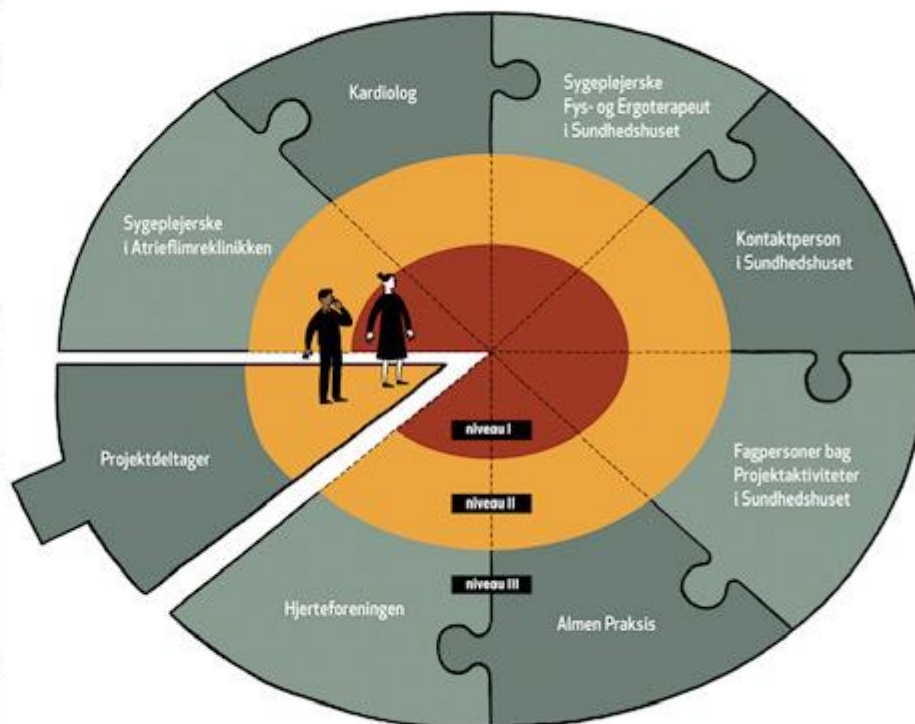
Nedenstående figur 2 viser intentionen i det tværfaglige samarbejde i projektet omkring et patientforløb, som et kompetencehjul, hvor også deltageren, evt. med sine pårørende, har en ligeværdig plads med sin viden, forforståelse og erfaringer.

Kompetencehjulet

Illustrationen viser et kompetencehjul for tværsektorielt samarbejde i projekt hjerterytmerehabilitering i Svendborg, hvor patient/borger (deltager) møder en medarbejder i den tværprofessionelle forståelse. Deltageren ses her som en ligeværdig samskabelspartner med sine helt unikke kompetencer, forventninger og præferencer.

Når den enkelte deltager i projektet møder en medarbejder i sit behandlings- og rehabiliteringsforløb, møder denne samtidig mono- og tværfaglige kompetencer, hvor medarbejderens niveau af kendskab til hinandens kompetencer og muligheder, påvirker den enkelte deltagers oplevelse af sammenhæng, helhed og god timing.

Niveau I
Tværfaglige grundkompetencer
Er uafhængige af fagområde eksempelvis kendskab til midlertidige, videns om sygdom og behandling, risikofaktorer, kliniske retningslinjer og vejledninger, sundhedspædagogik. Den nødvendige sandtale osv.
Niveau II
Fælles fagspecifikke kompetencer
Fagpersoner møder deltageren med en færdig viden på et generelt niveau, med en særlig viden indenfor fælles aftalte og udviklede områder. Eksempelvis for medarbejderens anvendelse og fortolkning af HAZIS, Hærsø, kendskab til behandlingsregimer på sygehuset og aktiviteter i sundhedshuset. For deltager eksempelvis, at denne oplever, at han kan holde anfat af atrieflimren væk med det dybe rørlige bledet i indlænt fra Medisys.
Niveau III
Mono-faglige kompetencer
Disse knytter sig til et fagspecifikt niveau eller til borgerens narrative. Fagpersonen er specialist på sit fag og specialiserede, hvor borgeren er specialist i sin egen liv med historie, præference og prioriteringer.



Figur 2 – Kompetencehjulet i Projekt Atrieflimren

De tværsektorielle sparringsmøder, som var to timers møder hver anden måned, er gennemført med en fast dagsorden og har været et afgørende forum for tværsektorielle refleksioner i afprøvningsperioden. Her er kompleksiteter omkring den enkelte deltager, men også dilemmaer i samarbejdet vendt.

Samarbejdet med Hjerteforeningen og brugerpanelet har bestået af tæt formel og uformel dialog. Dette har ligeledes været et lærerigt forum, som behandles yderligere under afsnit 10. Som tidligere nævnt faldt Almen Praksis ud. Praksiskonsulenten må nødvendigvis nævnes igen her. Som udtrykt af styregruppen ved slutevaluering i projektet, blev projektet omtalt som en mulighed for i det tværsektorielle samarbejde, at gøre sig overvejelser for tidlig opsporing og løbende opfølgning i almen praksis samt overvejelser for henvisning til sygehus og/eller direkte til kommune. Dette må fremadrettet ses som et udviklingsarbejde, der især ville gavne den sårbare gruppe af mennesker med atrieflimren og hvor mulighederne i en rolle for Almen Praksis er stor.

Herudover, fremhæves det ved midtvejsevaluering i styregruppen, at strukturen i dette projekt er enkel, dels fordi styregruppemedlemmerne kender hinanden i forvejen fra andre gode samarbejder i Svendborg, dels fordi det er relative små enheder, hvor vejen til hinanden er forholdsvis enkel. Desuden har alle i projektet en stor interesse i at udvikle sammenhæng for patientens hele forløb i sundhedssektoren. Styregruppen fremhæver den gode relation parterne imellem i dette projekt som noget særligt der har haft betydning for samarbejdet.

4.2.1 De erfarne patienter og pårørende

En anden gennemgående samarbejdspart har været brugerpanelet i projektet kaldet 'de erfarne patienter og pårørende'. Gruppen har bestået af to mænd og en kvinde. Den ene mand er pensionist og har en aktiv atrieflimren gennem 10 år. Denne er rekrutteret af Hjerteforeningens Rådgivningscenter i Odense, hvor han er frivillig som 'patientstøtte'. Den anden mand er på arbejdsmarkedet, relativt nydiagnostiseret med atrieflimren og rekrutteret i kardiologisk afdeling i Svendborg. Kvinden er pensioneret og aktiv i lokal Hjerteforening i Svendborg. Hendes erfaring retter sig mod rollen som pårørende samt sit arbejde med målgruppen i frivilligregi.

Nedenstående oversigt anskueliggør organisatorisk brugerinddragelse i projektet, hvor brugerpanelet har været med over hele projektperioden.

Oversigt over organisatorisk brugerinddragelse i projektet med brugerpanelet

September-oktober 2018	November-december 2018	Januar-november 2019	August 2019	Maj 2020	Juni 2020
Deltager på opstartsdag og sprintet	Kvalificering af skitse for forløb, aktiviteter, mm	Deltagelse i projektets aktiviteter for at fastholde kontakt med projektet under afprøvningen	Midtvejsstatus: Individuel og fælles opsamling inkl. kvalificering af spørgeguide til fokusgruppe-interview med deltagere	Deltager på projektets evalueringsdag, med præsentation af resultater og formulering af anbefalinger samt deltager i slutstatus interview	Deltager i præsentation af projektets resultater til projekt-deltagerne

Samarbejdet har fungeret godt med en gensidig respekt for hinanden. Udover aftalerne i oversigten har brugerpanelet åbnet op for uformel sparring med projektleder. Honoreringen har været forplejning til møder, dækning af kørselsudgifter og en hilsen til jul. Tilgangen har været åbenhed og interesse for at bidrage til at udvikle et rehabiliteringstilbud til målgruppen.

Brugerpanelet har desuden været med til at kvalificere det skriftlige materiale til deltagerne samt interviewguide til fokusgruppe interview og har på den måde skubbet til ord og formuleringer. Det er blevet tydeligt i projektet at fagpersoner netop kan have brug for at få input til et almen forståeligt sprog.

Dialogen og relationen mellem brugerpanelet og fagprofessionelle i projektet har udviklet sig via løbende involvering og en bred opstart og afslutning, hvor der har været plads til dialog på tværs med især projektgruppen. Desuden har brugerpanelet haft kontakt med afprøvningsperioden i projektet, da de på lige fod med frivillige fra Hjerteforeningen (præsenteres i afsnit 10) har kunnet deltage i aktiviteter i projektet i Sundhedshuset. De giver udtryk for, at de personligt har haft glæde af at deltage i aktiviteterne, da det har givet større kendskab til projektet. Inspirationen til at opsætte denne model for organisatorisk brugerinddragelse i projektet er hentet fra 'Manifest for brugerinddragelse', 2018 [18].

Ved afsluttende interview med brugerpanelet på evaluering af samarbejdet, fortalte de at de generelt syntes det havde været spændende og sjovt at være med i projektet. For dem alle tre, var det første gang at de var med på denne måde i et projekt og fremhæver det særdeles positivt, at have været med helt fra starten af i de første spæde tanker, til at se hvordan det hele er blevet ført igennem og afprøvet.

Under interviewet blev også spurgt til graden af involvering og de erfarne patienter og pårørende siger her, at det har været tilpas samt at de har fornemmelse af at der er blevet lyttet til de input de er kommet med. De anerkender at det er vigtigt at der er sat en ramme op for tiden og at der på forhånd ligger en plan for hvad de skal involveres i. Her stoler de meget på projektlederens dømmekraft ift. hvad det er relevant at involvere dem i.

Spurgt ind til honoreringen, mener de erfarne patienter og pårørende at det har været fint som det var, altså i form af mødeforplejning og dækning af kørselsudgift. De fremhæver at der ikke forventes lønnet honorering i forbindelse med frivilligt arbejde som dette, og at det ligefrem kan blive en barriere for samarbejdet. Noget der måske er endnu vigtigere end honorering, er at man føler at man bidrager til at forme noget nyt, som kan hjælpe andre i fremtiden – og dette kan være honorering nok i sig selv.

De erfarne patienter og pårørende fik mulighed for, efter eget ønske og valg, at deltage i projektets aktiviteter. Dette med formålet at holde dem tæt på projektet og øge kendskabet til aktiviteter og deltagere. I fokusgruppe interviewet fremhæver de, at dette har været godt for fornemmelsen af projektet generelt set. De erfarne patienter og pårørende fremhæver slutteligt, at mange af de deltagere de har set og talt med, har været *”ganske godt tilfreds med de kurser og det der, de har haft gang i”*.

Anbefalinger

1. Det anbefales at frikøbe projektmedarbejdere til udvikling fra start til slut og yderligere til afprøvning. Herudover en opmærksomhed på at graduere frikøbet, så især opstart af afprøvningen prioriteres højt.
2. Det anbefales inden opstart af et tværsektorielt samarbejde f.eks. i forbindelse med projekt, at afdække relation og kendskab til hinandens forskellige kompetencer og betingelser, samt overveje på hvilke måder man kan besøge hinandens praksis inden opstart og under udvikling og afprøvning.
3. Det anbefales at have klare gennemsigtige aftaler og rammer for samarbejdet.
4. Ved tværsektorielt samarbejde anbefales en grundig opstart og en opmærksomhed på at skabe ejerskab til projektet/opgaven, med stor og bred involvering af fagpersonerne.
5. Hver opmærksom på ikke at gøre samarbejdsprocesserne for tunge, eksempelvis kommunikations- og dokumentationsplatforme.
6. Det anbefales at involvere brugerpaneler i projekter fremadrettet. Dog er det vigtigt at være skarp på rammen og formålet. Når dette er tydeligt kan der komme mange gevinster ud af et samarbejde med erfarne patienter og evt. pårørende.

5 Projektgruppen

Projektgruppen er tværsektoriel og bestod af medarbejdere på sygehuset og i kommunen, som stod for den praktiske gennemførelse af projektet. Disse medarbejdere er fordelt ved to kardiologiske sygeplejersker og en udviklingssygeplejerske fra sygehuset samt en fysioterapeut, en ergoterapeut og en sygeplejerske fra kommunens Sundhedshus (se figur 1 i afsnit 2.2). Praktiske opgaver blandt de kardiologiske sygeplejersker bestod primært i samtaler i forbindelse med inklusionen til projektet, og herudover for en af dem, at være del af 'Mestring af livet med atrieflimren' (se afsnit 8.6.5) sammen med ergoterapeuten fra Sundhedshuset. De kommunale medarbejdere havde opgaver knyttet til rehabiliteringsforløbet i Sundhedshuset, f.eks. samtaler, træning, mv. (se projektets aktiviteter afsnit 8.6). I dette projekt har alle medarbejderne i projektgruppen været erfarne indenfor arbejdet med rehabilitering og er godt forankret i det praksisfelt, hvori de hver især arbejder.

Udviklingssygeplejersken fra kardiologisk afdeling var med i projektgruppen og har primært deltaget i planlagte projektgruppemøder. En grundigere forventningsafstemning fra start og midtvejs kunne have skabt bredere refleksioner for potentialet i det samarbejde samt i det tværsektorielle samarbejde.

5.1 Styregruppen og repræsentation af ledelsesniveau

Styregruppen har haft en aktiv plads i projektet og har taget ansvar for at uklare rammer blev klare og barrierer håndteret. Som tidligere omtalt har der været afviklet et udviklingssprint (oktober 2018), hvor både projektgruppe og styregruppe deltog. Ved sprintet og på opstartsdagen har de to grupper været i tæt dialog om afsæt og udvikling i projektet. Kardiologen som indgår i styregruppen har desuden i starten af afprøvningsperioden deltaget på tværsektorielle sparringsmøder med projektgruppen.

Sammensætningen af styregruppen var som vist i organisationsfiguren (se afsnit 2.2). Ved tilbageblik havde det været godt, om den sygeplejefaglige ledelse på Kardiologisk afdeling også havde været repræsenteret i styregruppen og dermed havde været tættere på projektet.

5.2 Projektgruppens kompetencer til gennemførsel af projektet

Projektgruppen har som nævnt afspejlet de fagpersoner, der har haft konkret plads i afprøvningen. Det vurderes at de inddragede fagpersoner har været det minimum af fagpersoner og kompetencer der skulle til for at gennemføre projektet.

En faggruppe som ergoterapeuter fylder i stigende grad i rehabiliteringen i den kommunale kontekst og er dermed også med til at præge fokus med elementer omkring omgivelsesfaktorer og hverdagslivet, som især er i fokus i den kommunale rehabiliteringsdel. En ergoterapeut findes ikke nuværende i hjerterehabiliteringen på sygehuset, men det gør fysioterapeuten. En overvejelse undervejs i projektet er, at den kommunale fysioterapeut kunne have haft gavn af at sparre med en fysioterapeut fra sygehuset, eller om de kunne have arbejdet tættere sammen. Denne betragtning fordi det har været tydeligt at fysioterapeuten i kommunen har stået 'mere alene' i projektgruppen. Det vurderes dog ikke at være en nødvendighed for at gennemføre projektet eller et kommunalt træningsforløb.

En anden overvejelse er om projektleder skulle have introduceret projektet og henvisningskriterier for alle kardiologiske sygeplejersker i ambulatoriet på OUH Svendborg, da deres viden om projektet (eller måske mangel på samme) kan have haft betydning for antallet af henvisninger til projektet. Opgaven omkring henvisning af deltagere til projektet var afgrænset til de to kardiologiske sygeplejersker som var med i projektgruppen, hvilket kan have betydet 'en flaskehals' i inklusionsproceduren samt et

ressourcespild idet nogle deltagere har haft en samtale med en kardiologiske sygeplejerske for derefter at få en ny samtale med en projekt kardiologisk sygeplejerske med henblik på inklusion i projektet.

5.3 Forhold som påvirkede projektgruppens arbejde i projektet

Projektet har været begunstiget af, at alle medarbejdere har været med hele vejen med god motivation.

Den største forstyrrelse for medarbejderne har været en uklarhed på, hvordan de kunne prioritere projektet og hvor mange timer de har været frikøbt. Det nævner projektgruppen som et problem i fokusgruppe interviews ved midtvejs- og slutevaluering, f.eks. i nedenstående citat:

Projektgruppemedlem: Det er nok mere et ønske fremadrettet til andre projekter, det er den der koordinering med ledelsen i det respektive hus, at der også tages noget andet fra det bord, fordi det kommer til at dribble ind i, at jamen så forsøger man bare at lægge oven på de timer og de opgaver, der nu i forvejen er. Så det er det dilemma, jeg synes, der har været hele vejen i det her.

På sygehuset varer patient samtaler normalt 1 time. Projektet har tilkøbt yderligere 30 minutter til hver samtale på sygehuset i forbindelse med projektet, for at give mere tid til at komme omkring alle aftalte elementer, dokumentation og henvisning. Der har dog været en praktisk udfordring på sygehuset ift. den tidsmæssige planlægning af samtalerne, hvilket har gjort at det ikke var muligt at de ekstra 30 minutter til hver samtale kunne bruges i forlængelse af den konkrete samtale. Dette har betydet at de ekstra 30 minutter primært er blevet brugt til dokumentation ved passende lejlighed efterfølgende.

Grundet omstændigheder i Sundhedshuset ved starten af afprøvningsperioden påvirkedes projektmedarbejdernes mulighed for at prioritere projektet, hvilket gik ud over forberedelsestid og det 'at kunne tænke med' i projektet. Det har påvirket i hvor høj grad, det var nødvendigt at efterjustere i projektet, i redskaber og i tilgang. Eksempelvis var der et stort ønske fra projektgruppen om udarbejdelse af en vejledning til medarbejderne, gældende for begge sektorer, som beskrev forløb, aftaler for overgange, aktiviteter og diverse skemaer i projektet. Udviklingen af vejledningen var som følge af ovenstående langsommelig og besværlig, selvom det var en nødvendig "brugsanvisning". Her har sparringsmøderne været det sted, hvor opmærksomhed, gentagelse og dialog har været af stor betydning for projektets resultater.

Anbefalinger

1. Det anbefales at alle faggrupper i projektgruppen kan repræsenteres med mindst 2 personer eller om muligt sparring med kollegaer indenfor samme faggruppe.
2. Ved tværsektorielle udviklingsprojekter fremadrettet hvor projektet primært styres af én sektor anbefales bred og grundig introduktion af projektet og procedurer i de andre sektorer.
3. Grundig forventningsafstemning anbefales i opstart og midtvejs med ledelsen såvel mono- som tværfagligt.

6 Projektets opbakning og udfordringer

6.1 Opbakning

Generelt har opbakningen og interessen for projektet været bred og tilstede blandt styregruppen, projektgruppen og Hjertereforeningen, som samlet set har konstitueret hovedparten af projektet. Der har generelt været en åbenhed og velvilje til projektet.

Sundhedsstyrelsens *National klinisk retningslinje for rehabilitering til patienter med atrieflimren, atrieflagren, patienter med endokarditis og patienter behandlet med en Implanterbar Cardioverter Defibrillator (ICD)*, som udkom i 2019 [1] og det nye syddanske *Tværasektorielt forløbsprogram for mennesker med hjertesygdom* (2018) [3], inkluderer begge rehabilitering til mennesker med atrieflimren og atrieflagren med øvrige hjertelidelser. Inklusionen af mennesker med hjerterytmeafvigelser i kommunal rehabilitering er nyt og timingen for projektet har derfor også betydet en national interesse for projektets resultater. For projektet har det konkret været incitament til at udvide styregruppen med formanden for udvikling af ovennævnte nationale kliniske retningslinje (NKR) [1], etablere et sparringsforløb med centerleder af REHPA, ansætte akademisk støtte til at optimere dataindsamling og databehandling samt igangsætte et parallelt arbejde med at videreføre projektets resultater til et forskningsprojekt. Projektet har dermed også været begunstiget af denne yderligere opbakning.

6.2 Udfordringer

Som ovenfor nævnt implementeres det *tværasektorielle forløbsprogram for hjertesygdom* i region Syddanmark, hvor patienter med hjerterytmeafvigelser er inkluderet for første gang, samtidig med projektets afslutning i foråret 2020. Dette har også vist sig som en udfordring og har forstyrret fokus i afslutningen af projektet. Man har i implementeringsgruppen under SOF-OUH⁴ valgt, at lade projektet danne model for implementeringen. Det har givet især to personer fra styregruppen noget ekstra arbejde. Da ingen ekstra midler fulgte med, er projektet i første omgang skåret sådan at implementeringen primært går på målgruppebeskrivelsen og eksisterende regionale forløbsaftaler og mindre på erfaringerne fra processen og projektgruppens og deltagernes tilbagemeldinger og erfaringer omkring kompetenceudvikling og aktiviteterne i projektet. Det bliver forhåbentligt en efterfølgende proces.

Faktorer der herudover har udfordret arbejdet i projektet er flertallige.

En midtvejs- og slutevaluering med projektgruppen viser, at projektmedarbejderne i både primær- og sekundær regi har oplevet et tidspres ift. at håndtere borgerforløb som planlagt i projektet, trods frikøbte timer til udviklingsarbejde og afprøvning. Dette især ved opstart af afprøvningen hvor nye aftaler og redskaber skulle implementeres. Det var vanskeligt i begge enheder, at prioritere tid og opmærksomhed på udviklingsarbejdet i projektet, også selvom udvikling af det faglige felt og sammenhængende forløb er en del af fagpersoners- og systemets kerneydelse jf. Sundhedsaftalen [19] og den nuværende sundhedspolitiske dagsorden. Det viste sig løbende at de tværasektorielle sparringsmøder, som blev afholdt ca. hver anden måned, var med til at opretholde opbakningen og fokus i projektet, hvor "*der løbende blev afklaret mange ting*", som projektgruppen udtaler i fokusgruppe interview ved midtvejsstatus. Ligeledes var den løbende kompetenceudvikling (se mere i afsnit 9), med til at rette fokus på projektet og på forskellige fokusområder for projektet.

Herudover nævner projektgruppen at en af de største udfordringer set med deres øjne, var logistik og praktik omkring systemer, elektroniske platforme og arbejdsgange i projektet, f.eks. henvisningssystemer og organisering af arbejdstid.

⁴ Samordningsforum OUH: <http://www.ouh.dk/wm480373>

I projektorganiseringen (se figur 1 afsnit 2.2) fremkommer praksiskonsulenten i Almen Praksis, som en del af styregruppen. Praksiskonsulenten deltog i projektets opstartsday i september og den ene sprintdag i oktober 2018, men faldt herefter ud af projektet, grundet skifte af praksiskonsulent i Svendborg Kommune. Dermed var Almen Praksis ikke repræsenteret i perioden fra sidst i udviklingsfasen til midt i afprøvningsfasen, hvor en ny praksiskonsulent forsøges inddraget i styregruppen i sommeren 2019. Dette blev en udfordring for det tværsektorielle samarbejde og dermed også de muligheder der kunne have været for patienten i det samarbejde.

I projektets midtvejsevaluering formulerer styregruppen en bekymring omkring, hvordan gode erfaring fra projekter ofte drukner eller overses, når der centralt fra eksempelvis DAK-regi (**Det Administrative Kontaktforum**, som er det øverste administrative organ på sundhedsaftaleområdet) implementeres nye tiltag. Det kan ifølge styregruppen "*ramme fagpersoners engagementet i projektarbejde*". Et eksempel er det tværsektorielle udviklingsarbejde på app'en 'Mit forløb'. Oprindeligt var app'en udviklet som et tværsektorielt overblik over patient/borgerforløbet, for borgeren og de sundhedsfaglige på tværs af sygehus og kommune. I projektansøgningen var 'Mit forløb' indskrevet som tværsektoriel kommunikationsplatform i afprøvningen. Navneændringen til 'Mit Sygehus' og en beslutning om, at den i stedet kun skulle dække samarbejdet mellem sygehus og patient var afgørende for at det alligevel ikke var denne kommunikationsplatform der blev anvendt i projektet. Det blev dermed en udfordring i samarbejdet og andre løsninger måtte findes.

Henvisningerne fra sygehus til kommunen er derfor håndteret via den nye elektroniske henvisningsblanket REF01⁵, mens dataindsamlingsspørgeskemaerne HADS og HeartQoL (PRO-skemaer) er delt vha. sikker mail sammen med den samtykkeerklæring deltagerne udfyldte i forbindelse med opstart i projektet på sygehuset. I samtykkeerklæringen skriver de under på at deres data og besvarelser af PRO må deles sygehus og kommune imellem. Fremadrettet kunne ønskes at besvarede PRO-skemaer kunne vedhæftes henvisningen, sådan at alt materiale lå samlet ved opstart i kommunalt rehabiliteringsforløb.

Det viste sig endvidere, at der kom færre henvisninger til rehabiliteringsforløb i Sundhedshuset end forventet. Man kan antage at hvis flere sygeplejersker i Kardiologisk ambulatorium (Kard. Amb.) havde haft kendskab til inklusionsproceduren og til projektet, havde projektet måske haft flere deltagere. Dette også set i forhold til den flaskehals det skaber at ambulatoriets resterende sygeplejersker skulle sende mulige deltagere til projektet igennem de to sygeplejersker fra Kard. Amb., som var med i projektgruppen. Dette resulterede dermed i at flere patienter måtte igennem en ekstra samtale på sygehuset, for at afdække alle elementer af inklusionen til projektet.

Anbefalinger

1. Når Almen Praksis involveres i tværsektorielle udviklingsprojekter fremadrettet anbefales en overordnet forpligtende aftale med Almen Praksis for et minimums niveau af involvering.
2. Det anbefales at have gode eksterne sparringspartnere "at spille bold med". Det giver en anden dimension til et udviklingsprojekt som f.eks. ellers ofte forankres i en kommune.
3. Det anbefales at man kigger på en løsning af hvordan besvarede PRO-skema kan vedhæftes henvisningen REF01. Henvisningen og indholdet heri er vigtigt for afsættet for et rehabiliteringsforløb og oplevelsen af sammenhæng i forløbet.

⁵ REF01 er en elektronisk henvisningsplatform fra sygehus og almen praksis til kommunen, opstartet 1.januar 2019. Henvisninger er envejsrettet fra sygehus til kommune og almen praksis. For kommunen drejer det sig om henvisninger til kommunale sundheds- og forebyggelsestilbud.

7 Økonomi

Separat fra evalueringen kan rekvireres budgetoplysninger og årsregnskab for projektmidler og egenfinansiering, bilag til ansøgning om overflytning af midler mellem årene samt omfordeling af egenfinansiering (godkendt af Sundhedsstyrelsen ved Elsa Martha Eriksen den 6.5.2019).

Ressourcerne blev tildelt projektet ud fra projektets formål og aktiviteter er tilpasset og omsat ud fra aftalerne.

7.1 Afvigelser i forhold til det planlagte ressourceforbrug

De væsentligste årsager til afvigelser har relateret sig til ovennævnte proces med overflytning af midler fra 2018 til 2019 og igen til 2020. Desuden grundet COVID-19 epidemien i foråret 2020, blev det nødvendigt at flytte datoerne på to evalueringsdage, hvoraf den ene blev gennemført som et stort online møde hvilket dermed betød udeladelse af en proceskonsulent på dagen.

Flytning af midler (godkendt af SST) relaterede sig i høj grad til den nationale interesse projektet har haft samt det at mennesker med atrieflimren fra 1.1.2020 er blevet en del af den kommunale målgruppe for hjerterehabilitering. Desuden relaterede flytning af midler sig også til delmålet i projektet om organisatorisk brugerinddragelse, som ikke var budgetsat fra start, samt et behov for solid dataindsamling. Slutteligt, en proces undervejs i projektet med projektgruppen om udvikling af fælles forståelse og tilnærmet kultur mellem sektorerne, udfra en tilpasning af den plan der lå i projektansøgningen.

Data og erfaringer fra projektet har med fokus på den nationale interesse dannet model for implementering af rehabilitering for denne målgruppe i optageområdet Region Syd OUH.

7.2 Uforbrugte midler

Der ses et mindre forbrug i projektet, som relaterer sig til reducerede aktiviteter i den sidste periode af projektet grundet COVID-19 epidemien, som især ramte aftalte processer for evaluering og implementering. Efter projektets ophør vil ovenstående derfor skulle dækkes af Sundhedshusets budget, da aktiviteter for udbredelse og implementering af projektets resultater er efterspurgt grundet omtalte nye forløbsprogram [3], som inkluderer mennesker med hjerterytmeforstyrrelser.

7.3 Budgetoverslag for pris pr. deltager

Der er i projektet udregnet en gennemsnitlig kommunal enhedspris pr. deltager på **4000 kr.** Denne dækker over faktiske udgifter til aktiviteter med et vurderet bud på forberedelse, dokumentation og administration omkring de enkelte aktiviteter.

I prisen er ej medregnet forbundne udgifter omkring udvikling, etablering og kvalitetssikring af et implementeret tilbud samt udgifter til uddannelse og løbende kompetenceudvikling af medarbejdere. I en drift sammenhæng vil der ligeså være udgifter, som ovenstående beregning ikke tager højde for. Dette er for eksempel etablering af sygdomsmestring ud fra inspiration fra Stenos oplæg på diabetesområdet (foråret 2020), som afprøves i kommunerne fra 2020 [20]. Et forløb vil således bestå af 9 gange fremfor i dette projekt hvor Mestring af livet med atrieflimren var én gang. Herudover udgifter forbundet med en optimering af en elektronisk platform mellem sektorer, så PRO-skemaer, mm. kan medsendes henvisninger.

8 Tværsektorielle redskaber og aktiviteter

I projektet er arbejdet med forskellige redskaber som har været anvendt mono- såvel som tværsektorielt. I nedenstående afsnit følger en beskrivelse af de enkelte redskaber. Redskaberne hjælper med at skabe overblik over arbejdsprocesser i projektet og anvendes desuden som konkrete redskaber i arbejdet med projektet. Herudover består nogle redskaber af mere formidlingsorienterede skriv, til såvel deltagere som projektgruppen, så som flyers over aktiviteter, mm.

Ligeledes har der i projektet været flere forskellige aktiviteter for deltagerne at være med i. Disse vil også blive præsenteret i dette afsnit.

8.1 Forløbsoversigt

Redskabet ”Forløbsoversigten” (se figur 3 nedenstående), skaber overblik for projektgruppen, over rehabiliteringsforløbet i projektet med tilhørende dataindsamling, mv. og viser dermed vejen igennem projektet. Forløbsoversigten er endvidere oversat til en mere deltagervenlig version og fremkommer i projektets folder til deltagerne (se bilag 2).

Figuren er inddelt i fire overskrifter: en tidsfaktor, dataindsamling og –deling, deltagernes forløb i projektet samt eventuelle sideløbende forløb.

Under ’deltagernes forløb i projektet’ er afbilledet deltagernes vej igennem projektet fra indlæggelse eller ambulant kontrol i Kard. Amb., til patienten efter maksimalt en måned indkaldes til en samtale med Kard. Amb. sygeplejerske hvor inklusionen til projektet sker ud fra målgruppebeskrivelsen (se bilag 3). Her vil patienten forinden have modtaget spørgeskemaer (1. måling) i sin E-boks. Efter afklaring om inklusion i projektet sendes en henvisning til Sundhedshuset (Svendborg kommune) om opstart af rehabiliteringsforløb.

Ved modtagelse af henvisningen indkaldes deltageren til en opstartssamtale (afklarende samtale) i Sundhedshuset med henblik på afklaring af muligt forløb, ønsker, behov, formåen og parathed. Herefter gennemgår deltageren rehabiliteringsforløbet i Sundhedshuset og ved afslutning heraf, indkaldes til en afsluttende samtale, hvor deltageren forinden har fået tilsendt spørgeskemaer (2. måling) i sin E-boks. Herefter afsluttes deltageren i Sundhedshuset.

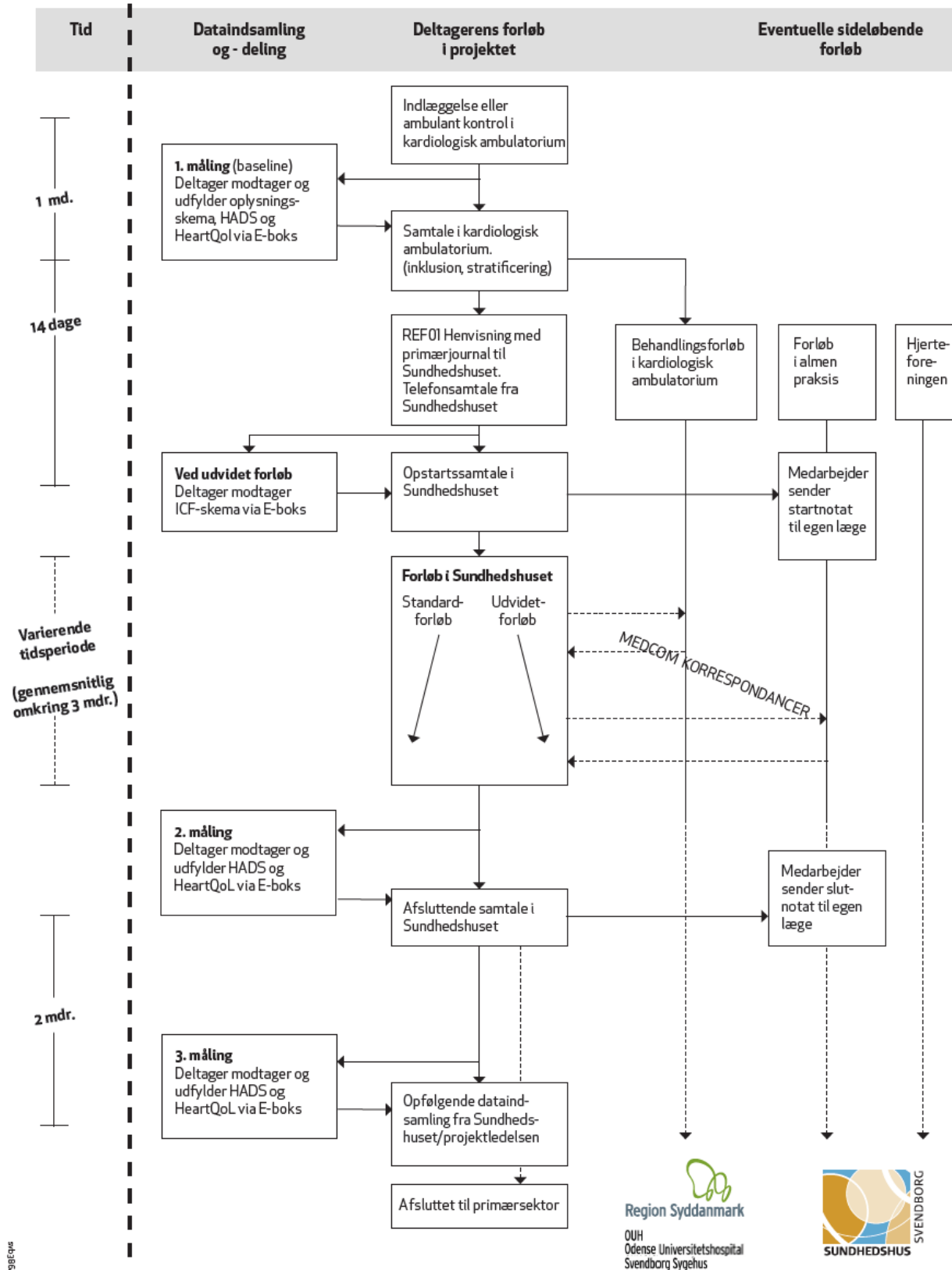
Herudover var der også i projektet en opfølgende dataindsamling to måneder efter endt forløb, hvor deltageren fik tilsendt spørgeskemaer (3. måling) i sin E-boks. Dette pga. en hypotese om at eventuelle effekter på angst, depression og livskvalitet kan indtræde efter en tidsperiode, men også for at se om deltagerne ville falde tilbage til tidligere niveau på scores, efter at have forladt rehabiliteringsforløbet i Sundhedshuset. Hvis HADS-scoren faldt ud som over eller lig med 8 (hvilket angiver et moderat til højt angst- og depressionsniveau), er i projektet aftalt at deltageren skulle kontaktes telefonisk af kontaktpersonen med henblik på opfølgning.

Figuren viser desuden at sideløbende med forløbet i Sundhedshuset, kan deltageren have behandlingsforløb i Kard. Amb., forløb i Almen Praksis, eller være i gang i Hjertereforeningen, etc.

Anbefalinger

1. Det anbefales at udvikle enkle, klare og visuelle redskaber og/eller figurer til at illustrere vejen gennem et projekt eller et forløb.

Forløbsoversigt



Figur 3 – Forløbsoversigt

8.2 Målgruppe

I bilag 3 ses målgruppebeskrivelsen. Målgruppebeskrivelsen er brugt som redskab til inklusion i projektet.

Målgruppen har været vendt flere gange i både styre- og projektgruppe. Overvejelserne skiftede fra en frygt for at få for mange inkluderet i projektet til ikke at få så mange som forventet. I maj 2019 blev målgruppen præciseret ved et styregruppemøde. Her blev eksklusionskriterierne revideret og ”Pågående forløb i diabetesambulatoriet” blev fjernet som eksklusionskriterie.

Udtalt af de kardiologiske sygeplejersker som stod for inklusionen af deltagere til projektet var udfordringen med målgruppebeskrivelsen, at enkelte potentielle deltagere ikke kunne henvises på baggrund af de inkluderende risikofaktorer, men hvor sygeplejerskerne vurderede at personen kunne have profeteret af et rehabiliteringsforløb. Det præcise antal for hvor mange dette gælder er ikke kendt, men vurderes at være maksimalt 5-10 personer. Dette fremkommer i nedenstående citater fra fokusgruppe interview med projektgruppen:

Kard. Amb. sygeplejerske: *Ja, det har på en eller anden måde været sådan lidt snævert. Vi har skulle finde på nogle ting nogen gange, vil jeg sige. Det er jo så også lykkedes at få nogle med, ik', men der er også nogle stykker som ikke lige har opfyldt... Altså de har jo symptomerne, men så har de ikke noget af det andet, vi har skulle have med, så har vi måtte sige, de kan ikke komme med.*

Interviewer: *Så tænker I, at vores målgruppe har begrænset vores antal af deltagere?*

Kard. Amb. sygeplejerske: *Altså delvist vil jeg sige. Måske nogen af dem. Jeg har en liste med 5-6 stykker, som egentlig havde symptomer svarende til EHRA 2B, men som ikke, som simpelthen ikke var tykke nok eller havde højt blodtryk. Vi kunne ikke rigtig finde på noget.*

Det er bemærkelsesværdigt at sygeplejerskerne der står for inklusionen oplever målgruppebeskrivelsen som snæver, idet den flere gange i styregrupperegi er blevet omtalt som meget bred og at det ’kan undre at der er patienter der ikke som minimum falder indenfor bare ét af inklusionskriterierne’.

I målgruppens eksklusionskriterier står ”demens/psykisk sygdom, sprogbarrierer eller komorbiditet der umuliggør deltagelse i projektet”. Denne sætning har ligeledes været genstand for refleksion særligt i projektgruppen, idet to henviste deltagere i projektet behandles for cancer undervejs i deres rehabiliteringsforløb og én er henvist med kendt psykisk sygdom. I projektgruppen vurderes at netop disse tre personer har haft stor gavn af deltagelse i rehabiliteringsforløb i Sundhedshuset og at deres komorbiditet ikke har umuliggjort deltagelse i projektet, ligesom at deltagerne også selv ønskede at deltage.

I projektet er flere deltagere repræsenteret med en stressoverbygning. Deltagerne har udtalt, at roen i Sundhedshuset frem for den akutte stemning på sygehuset har haft en god effekt på dem. Det gør en refleksion over eksklusionskriterierne relevant, dog skal det nævnes at eksklusionskriterierne ikke udelukker de ovennævnte deltagere fra projektet, men hermed en understregning af at den faglige vurdering af hvorvidt komorbiditet eller psykisk sygdom umuliggør deltagelse i projektet er vigtig, idet disse deltagere også gavnes af rehabiliteringsforløbet.

Målgruppen er også interessant fordi målgruppebeskrivelsen er videreført til planlægningsarbejdet omkring implementering af hjerteforløbsprogrammet under SOF-OUH, der implementeres i kommunerne i foråret 2020. Herudover også en viden om at i projektet er der henvist ca. 25 % af de

indlagte på kardiologisk ambulatorium i perioden feb-nov 2019, og deraf en tanke på *'hvad var karakteristika for de 75 %, der ikke blev henvist til rehabilitering i kommunen?'*. Dette har kardiologen i styregruppen gjort op (se bilag 4).

Et sidste opmærksomhedspunkt i afprøvningsperioden har været en tendens i projektgruppen til at blande målgruppebeskrivelsen og stratificeringsmodellen sammen, hvilket har ført til misforståelser og skabt uklarhed.

Anbefalinger

1. Det anbefales at udvikle enkle og klare målgruppebeskrivelser og fokusere kompetenceudviklingen særligt i opstarten på at opnå kendskab til denne og til at skelne f.eks. mellem en målgruppebeskrivelse og en stratificeringsmodel, med de medarbejdere, som skal forstå meningen og omsætte aftalen.

8.3 Stratificeringsmodel

Et andet redskab er stratificeringsmodellen (se bilag 5) som anvendes af projektgruppen, først på sygehuset og senere også igennem forløbet i Sundhedshuset, som et redskab til sammen med deltageren at stratificere og afdække 'behov for støtte' igennem forløbet.

Stratificeringsmodellen i projektet er en videreudvikling af modellen⁶ i partnerskabsprojektet 'Gode rammer for hjerterehabilitering' (2008-2010) [11], som er skabt til patienter med iskæmisk hjertesygdom.

'Gode rammer-modellen' har udgangspunkt i en tidligere model (*"I gang igen efter blodprop i hjertet"*) fra Region Midt 2004, med evidente sociale risikofaktorer, og opdeler patienterne i 'enkel/kompleks sygdom og god/dårlig egenomsorgsevne'. Gode rammer-modellen stratificerer ud fra erhvervsuddannelse, socialt netværk og social støtte kombineret med subjektiv vurderet høj belastning i livet. Den opdeler i to grupper; et standard forløb og et udvidet forløb. Dog er alder i indeværende projekt udeladt, da projektet ikke har et særligt fokus på arbejdsfasteholdelse (som i 'Gode rammer'). Dette giver i øvrigt heller ikke mening for populationen af atrieflimren deltagere, idet flertallet vil være over 55 år, da atrieflimren i høj grad er en aldringssygdom [21].

Det har vist sig i løbet af afprøvningsperioden at denne model har været vanskelig at omsætte. I evalueringssøjemed har der været meget dialog især i projektgruppen under og efter afprøvningsperioden om modellen. Denne får derfor noget plads i evalueringen, da alle fra start kunne se formålet med en stratificeringsmodel jf. projektets formål, delmål og ledetråde om brugerinddragelse og et individuelt differentieret tværsektorielt forløb med fokus på social ulighed, hvilket understøttede valg af en model, der både har øje for samvalg⁷ og stratificering.

⁶ Stratificering ses som et dynamisk redskab til at fordele grupper af patienter til rette behandling, rehabilitering, opfølgning, m.v. 'Gode rammer for Hjerterehabilitering – et partnerskabsprojekt' (2011): <http://www.google.dk/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwiF3Jja-grnAhVvwcQBHUxGCQwQFjAAegQIARAB&url=http%3A%2F%2Fdk%2Fdn114675&usg=AOvVaw3WUeTzjdNly7csJQNn8ld->

⁷ Samvalg lignes med fælles beslutningstagning og er en systematisk samarbejdsproces mellem patient og fagperson. Fagpersonen deler sin sundhedsfaglige viden med patienten og patienten deler sin viden om sit liv med sygdommen og sine præferencer med fagpersonen. Gennem dialog finder de to parter sammen frem til, hvilken behandling der er bedst for patienten (ViBIS): https://www.danskepatienter.dk/files/media/Publikationer%20-%20Egne/B_ViBIS/D_DBH/vaerktoejer_til_implementation_3/3b_manual_faelles_26-9.pdf

I projekt Hjerterytmer rehabilitering er den eneste forskel for deltagerne, at deltageren stratificeret til udvidet forløb tilbydes ekstra samtaler (op til fire) i Sundhedshuset undervejs i rehabiliteringsforløbet. På udviklingssprintet i oktober 2018 var et bud på, at deltagere stratificeret til udvidet forløb kunne tilknyttes en støtteperson/følgesvend, som var en frivillig fra den lokale Hjertereforening. Det sidste er ikke lykkedes at etablere i afprøvningsperioden, dette behandles yderligere under afsnit 10. Alle deltagere kan således vælge de samme aktiviteter, til trods for stratificering.

De tværsektorielle sparringsmøder i projektgruppen har været det forum, hvor konkrete eksempler på stratificering i projektet er vendt med oplevelsen af ikke at give mening. Det viste sig ret hurtigt, at stratificeringsmodellen tog fint højde for dårlig egenomsorg og kompleksitet, men ikke tog tilstrækkelig højde for opsporing af psykologiske aspekter jf. formålet med projektet. Således at en deltager med et godt socialt netværk og høj uddannelse, men med moderat-høj HADS-score ikke ud fra modellen blev stratificeret til 'udvidet forløb', selvom HADS-scoren udtrykte et muligt behov for støtte og dermed ekstra samtaler i Sundhedshuset.

Samtalerne på sygehuset er styret af en overordnet ramme og frasetekster hvor det kan være vanskeligt at nå at tale om et besværligt liv bag diagnosen. Derfor blev det på styregruppemøde i maj 2019 besluttet, at fastholde den aftalte stratificeringsmodel på sygehuset, men med plads til en omstratificering ved 'den afklarende samtale' i Sundhedshuset, baseret på et videreudviklet billede af deltagerens samlede belastninger. Kommunens fokus på det bredere sundhedsperspektiv giver i sig selv en forskel i samtalen.

8.3.1 Det indledende arbejde med stratificering i projektet

Som nævnt jf. projektets formål, delmål og ledetråde, har en stratificeringsmodel fra start været på tale. I den indledende søgning efter inspiration til arbejdet med en stratificeringsmodel i projektets udviklingsfase, fremkom flere såkaldte "lyskurv-modeller". I forbindelse med udviklingsarbejde for sundhedsområdet i Region Syddanmark er 'en lyskurv', som opdeler målgruppen i tre grupper; rød, gul og grøn, benyttet i forskellige sammenhænge.

På udviklingssprintet i oktober 2018 jf. opsummeringen af sprintet (se bilag 1), var der stor opbakning til, at udvikle en gennemsigtig model, hvor samvalg og stratificering skulle tænkes sammen i en visuel dynamisk model som f.eks. "en lyskurve". Denne er i sig selv forklarende og brugerinddragende. Under udviklingsfasen i projektet var der i styregruppen en bekymring for, om antallet af henviste ville være for få til at stratificere i tre grupper. Derfor gik projektet tilbage til den nuværende og implementerede model for hjerterehabilitering omkring OUH-Svendborg, nemlig 'Gode rammer-modellen'.

I planlægningsarbejdet i implementeringsgruppen af hjertereforløbsprogrammet under SOF-OUH, arbejdes med en lyskurv-stratificeringsmodel som foreløbigt primært har biomedicinske faktorer med. Hvor meget denne model har samvalgsaspektet med, er ikke fulgt op i dette projekt. Der er forskellige steder igangsat processer, der kan inspirere et videre arbejde med at få lyskurven til i højere grad at være brugerinddragende, som for eksempel 'Esbjergmodellen' [22].

Anbefalinger

Anbefalinger til stratificering fra primært projektgruppen:

1. Stratificering giver mening, når der rettes fokus på den mere sårbare borger.
2. Redskabet vurderes kun at fungere, hvis det giver mening for de medarbejdere, der skal arbejde med det. Derfor anbefales at udvikle visuelle og enkle forståelser som let kan bringes i dialog med borgeren samt fokusere kompetenceudvikling på forståelse og mening med brugerinddragelse og stratificering.
3. En meningsfuld stratificeringsmodel skal have afsæt i evidensen omkring biomedicinske og psyko-soziale risikofaktorer. Det anbefales at behov for støtte, parathed og motivation til forandringer, også er en del af stratificeringen.
4. Et bud på en anderledes tværsektoriel dynamisk stratificeringsmodel vil være en trappetrins model, hvor dele af stratificeringen kan foretages på sygehuset på trin 1 eller de første trin, og stratificeringen videreføres i kommunen på trin 2 eller de videre trin. Denne tager højde for forskellige sundhedsbegreber, fra det biomedicinske til det bredere sundhedsperspektiv som også inkluderer borgerens livskvalitet. En trappetrinsmodel vil kunne tilpasses efter borgerens behov for støtte, indsigt, forståelse og læring.
5. Et opmærksomhedspunkt baseret på erfaringer i projektet er at stratificering i sin kerne strider mod medarbejdernes ønske om at arbejde ud fra et individuelt perspektiv. Derfor skal der prioriteres tid til udvikling af modellen, så den tager højde for individuelle forhold, diagnoser og lokale forhold.

8.4 Vejledning, manual og flyers

Andre redskaber i projektet er tidligere omtalte 'Vejledning til Sundhedsprofessionelle', herudover et andet skriv 'Manual til Sundhedsprofessionelle', som var en kortere og mere arbejdsorienteret version af ovennævnte vejledning. Desuden har projektet arbejdet med 'flyers' over de enkelte aktiviteter i projektet, som er anvendt primært som information til deltagerne, men som også har '*givet det hurtige overblik*' over aktiviteterne for de sundhedsprofessionelle.

Efter ønske fra projektgruppen under udviklingsfasen i projektet, blev skrevet en gennemgående vejledning over projektet indeholdende projekt forløbet, aktiviteterne, redskaberne, dataindsamlingen, evalueringen, osv. Herudover en kortere og mere let tilgængelig version, kaldet 'manualen', som fokuserer på udfører delene af projektet.

Undervejs i den første halvdel af afprøvningsperioden blev det tydeligt at disse skriv var svære for projektgruppen at forholde sig til i praksis. Det viste sig at behovet for vejledning og manual rettede sig mod at to kulturer skulle forenes og et behov tryk i det, fremfor et egentligt behov for et grundigt materiale der dokumenterede aftalerne. Det viste sig, at udviklede 'flyers' (enkelte A4 ark) primært rettet mod deltagerne, blev et foretrukket redskab for projektmedarbejderne til at skabe et hurtigt overblik over aktiviteter i projektet. Flyers var beskrivelse af de tilbud deltagerne kunne deltage i (flyers kan ses i bilag 6-9).

Forløbet omkring dataindsamling og processer f.eks. i forbindelse med samtaler i projektet (med anvendelse af samtaleguides til dataopsamling), har løbende været italesat på de tværsektorielle sparringsmøder. Tilsyneladende har det været måden hvorpå projektgruppen har taget aftalerne til sig, fremfor at læse/genlæse vejledning og manual. Dette kan give stof til eftertanke til kommende projekter, omkring formidlingen af projektet og dets bestanddele, til projektgruppen. Handler det om en travl

hverdag og/eller en nødvendig vej for medarbejderne til at forstå aftalerne eller hvad er årsagen til, at man tror, man har brug for en vejledning, men når projektet er i gang kan nøjes med en flyer?

Anbefalinger

1. Når forskellige kulturer og fagområder skal mødes om konkrete fælles aftaler for afprøvning, anbefales at der udarbejdes et skriftligt dokument som afspejler aftaler i udviklingsfasen. På den måde kan medarbejderne genkende processen og blive opdateret. Det betyder noget for trygheden blandt medarbejderne.
2. I en afprøvning skal formidling af projektets værktøjer og processer holdes i enkelte, kort fortalte, let forståelige og visuelle ark, figurer eller oversigter.

8.5 Redskaber anvendt i samtaler

Ved opstartssamtalen (den afklarende samtale) i forbindelse med opstart af forløb i Sundhedshuset, har projektgruppen i samarbejde med projektledelsen konstrueret en checkliste og et opsummeringsskema til opstartssamtalen, som støtte for projektgruppemedarbejderne som varetager samtalen, til at komme omkring aftalte emner. Ligeledes er der udviklet en samtaleguide til afsluttende samtale i Sundhedshuset, som afholdes ved afslutning af rehabiliteringsforløb i Sundhedshuset.

Disse skemaer er vejledende redskaber i samtalerne for projektgruppemedarbejderne, men anvendes også som dialog redskaber sammen med deltageren og gives med deltageren hjem efter endt samtale, som et læringsredskab med fokus på livskvalitet, mål, ønsker og plan fremover.

Desuden anvendes ICF-skema⁸ ved opstartssamtalerne med deltagere på udvidet forløb i projektet. ICF anvendes generelt af de sundhedsprofessionelle i Sundhedshuset til afklarende samtaler, for at få perspektiv på, hvad der fylder for borgeren og hvor man med rette kan fokusere rehabiliteringsindsatsen.

Opsummeringsskemaet til opstartssamtalen (bilag 10) og samtaleguiden til den afsluttende samtale (bilag 11) indeholder et barometer fra 0 til 10, hvor deltagerne angiver hvor enige eller uenige de er i, at de *'trives og har det godt i hverdagen'*. Hvor 0 er helt uenig og 10 er helt enig. Resultaterne fra dette barometer vil præsenteres i afsnit 11.1.2.

Opsummeringsskemaet til opstartssamtalen har herudover plads til at notere *'hvad der giver deltagerne trivsel og livskvalitet i hverdagen'*, *'hvad deltagerne gerne vil opnå'*, *'hvad deltagerne særligt ønsker støtte til i deres forløb'*, *'om deres netværk/familie kan støtte dem og hvordan'* samt plads til *'noter, plan og opsummering'*. Disse overskrifter er tænkt som en understøttelse af fokus på at følge deltagerens *'behov for støtte'*, indsigter og forståelse.

Samtaleguiden til afsluttende samtale indeholder ud over barometeret deltagerens refleksioner om *'hvad de fik ud af forløbet'* og *'hvad der har givet særlig værdi i forløbet'*. For mange af deltagerne er udtalelser fra disse to spørgsmål blevet lydoptaget og citater herfra præsenteres i afsnit 11.2. Herudover indeholder skemaet en opfølgning med fokus på fastholdelse af eventuelle (livsstils)forandringer og planen fremadrettet, mm.

Checkliste til opstartssamtalen (bilag 12) er et redskab for den fagprofessionelle til at orientere sig i forskellige elementer fra projektet, som kan være svære at huske når man sidder i samtalen med deltageren, som f.eks. inklusionskriterierne, de stratificerende faktorer for stratificeringsmodellen, forståelse af HADS og HeartQoL scores, mv. Checklisten fungerer altså udelukkende som

⁸ ICF: International klassifikation af funktionsevne, funktionsnedsættelse og helbredstilstand.
<https://www.marselisborgcentret.dk/viden-om-rehabilitering/icf/>

hjelperedskab for projektmedarbejderen til at kunne huske hvilke kriterier deltageren kom ind i projektet på, hvad der skal spørges ind til, mv.

Anbefalinger

1. Det anbefales at have hjælpeskemaer til støtte i samtalen.
2. Det er vigtigt at der ikke er for mange skemaer og at de valgte skemaer giver mening. En forståelse og integrering i en meningsfyldt praksis skal prioriteres.

Dette stemmer godt over ens med hvad NKR for atrieflimren, atrieflagren, mv. [1], anser for god praksis, læs herunder direkte fra NKR. Anbefalingen indeholder mange af de elementer som netop afdækkes i samtalerne i projektet.

God Praksis (Konsensus)

Anbefaling PICO 2a

Arbejdsgruppen anser det for **god praksis**, at patienten med atrieflimren og/eller atrieflagren, der henvises til hjerterehabilitering, vurderes individuelt af en sundhedsprofessionel med henblik på barrierer som angst, depression, forlegenhed, sygdomsforståelse samt praktiske barrierer for deltagelse og fastholdelse i hjerterehabilitering, som f.eks. transportmuligheder og arbejdsliv, der kendes fra andre grupper af hjertepatienter. Derudover specifikt barrierer som gør sig gældende for patienter med atrieflimren og/eller atrieflagren.

8.6 Aktiviteter i projektet

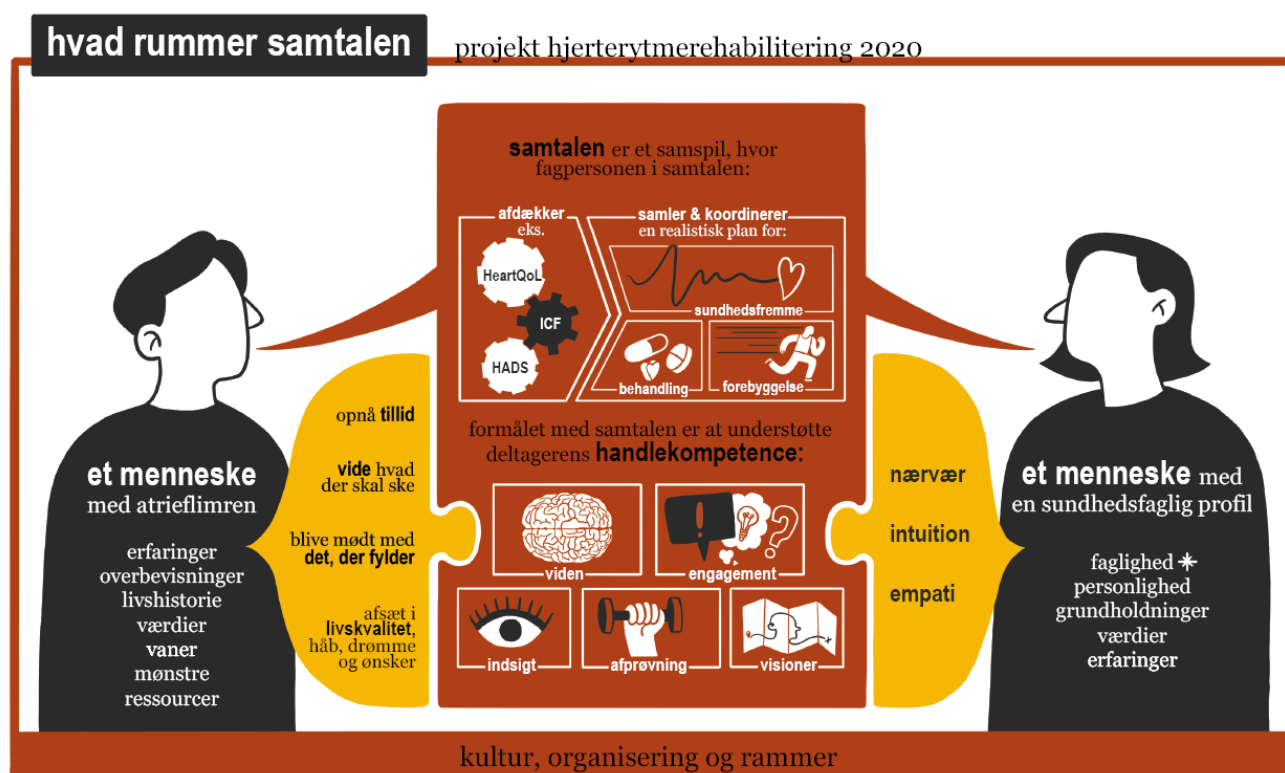
Aktiviteterne i projektet består af samtaler, Tryghed ved motion (fysisk træning), MediYoga, Mestring af livet med atrieflimren, Kursusforløb om bekymringer, stress og angst relateret til atrieflimren, Rygestop, Alkoholbehandling og Kostundervisning. Hver af disse aktiviteter udfoldes i de nedenstående afsnit. Fra udviklingssprintet i oktober 2018 var tale om endnu en aktivitet kaldet 'Fagprofessionel som Kontaktperson' i nedenstående. Denne aktivitet vil blive præsenteret efter følgende afsnit om samtaler.

8.6.1 Samtaler på sygehus og i kommunen

I projektet afholdes samtaler på sygehuset og i Sundhedshuset. Samtaler er et gennemgående element i rehabiliteringsforløbet for alle deltagere og anskues derfor i sig selv som en aktivitet. Under første samtale på sygehuset inkluderes deltageren i projektet og der laves et henvisningsnotat ud fra journaldata med generelle sundhedsmæssige- og sygdomsrelaterede oplysninger på patienten som videresendes til Sundhedshuset med henvisningen (REF01). Ud fra denne forbereder de sundhedsprofessionelle i Sundhedshuset sig på deltagerens situation inden opstartssamtalen, ift. hvad der måtte fylde for deltageren og heraf hvilke aktiviteter i Sundhedshuset der kunne være relevante. Samtalerne lægger sig op af anbefalingerne til samtals struktur og indhold fra Sundhedsstyrelsens *anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom* (2016) [9], den teoretiske baggrundsramme præsenteret i afsnit 3 samt 'Den Systemiske Tilgang', som er underliggende for samtalerne [23].

Alle deltagere tilbydes mindst 1 samtale på sygehuset og 2 samtaler i Sundhedshuset. Ekstra samtaler på sygehuset vurderes og besluttet af sygeplejerskerne i Kard. Amb. Ekstra behovssamtaler i Sundhedshuset bestemmes ud fra stratificeringen mellem 'standard' og 'udvidet forløb' og kan forekomme som både personligt fremmøde og telefoniske samtaler. Ved udvidet forløb planlægges antal af og tidspunkter for ekstra samtaler ud fra deltagerens behov. Dog er rammen op til fire ekstra samtaler pr. deltager. Ved deltagere på udvidet forløb får den sundhedsprofessionelle i Sundhedshuset dermed en større rolle som kontaktperson, hvor relation og mulighed for tættere opfølgning prioriteres.

Projektet har et stærkt tværsektorielt afsæt jf. formål, delmål og ledetråde. Derfor har et fælles afsæt i samtalerne været i fokus for projektgruppen gennem hele projektet. Typisk er samtaler i det tværsektorielle samarbejde teoretisk opdelt ud fra om samtalerne foregår på sygehuset med vægtning på en biomedicinsk tilgang eller i kommunen med vægtning på et bredere sundhedsperspektiv [4,5]. Sygehus og kommune anbefales i disse år at nærme sig hinandens perspektiver. De sundhedsprofessionelle på sygehuset ved at arbejde mod et mere brugerinddragende hospital med læringsperspektiver fra Videnscenter for brugerinddragelse (ViBIS) [24] og Center for patientinvolvering [25]. Sundhedsprofessionelle i kommunen ved at sætte større fokus på risikofaktorer samt sygdom- og medicinforståelse, jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger [9]. Derfor har der i projektgruppen været en proces med at finde fælles forståelse for tilgangen og indholdet i en tværsektoriel helhedssamtale. Nedenfor ses i figur 4 projektgruppens bud på et fælles afsæt for tilgang og indhold i samtalerne tværsektorielt.



* (SST 2016) Faglighed: Personlige og faglige kompetencer, inkluderer teoretisk viden om motivationssystemet og gennem dialog at understøtte borgerens motivation samt facilitere borgerens prioritering og beslutning om deltagelse i aktiviteter.

Figur 4 – Hvad rummer samtalen

Deltagernes tilbagemeldinger på samtalerne

For at afrunde afsnittet om samtaler i projektet suppleres herunder med et par citater fra deltagerne, om deres refleksioner på samtalerne og hvad de gav:

Kvinde: Jeg var glad for den var så grundig, ikke kun på mine egne vegne men på alles vegne, at I tager dem så grundigt, at I ikke sender folk ud på et eller andet de af en eller anden grund ikke kan finde deres fødder i eller, altså I må kunne spore nogle ting hos folk når I taler sådan. Altså det, jeg havde det godt med det, at du ligesom, på ret kort tid, lærte mange ting om mig, og havde en fornemmelse af, at du ville ikke bruge mig, eller

tilbyde mig noget som jeg, som du havde en mening om at det kunne jeg måske ikke lige overkomme eller sådan noget. Det syntes jeg er meget betryggende.

Kvinde: De var smadder gode. Det samlede virkelig op på nogle ting for mig.

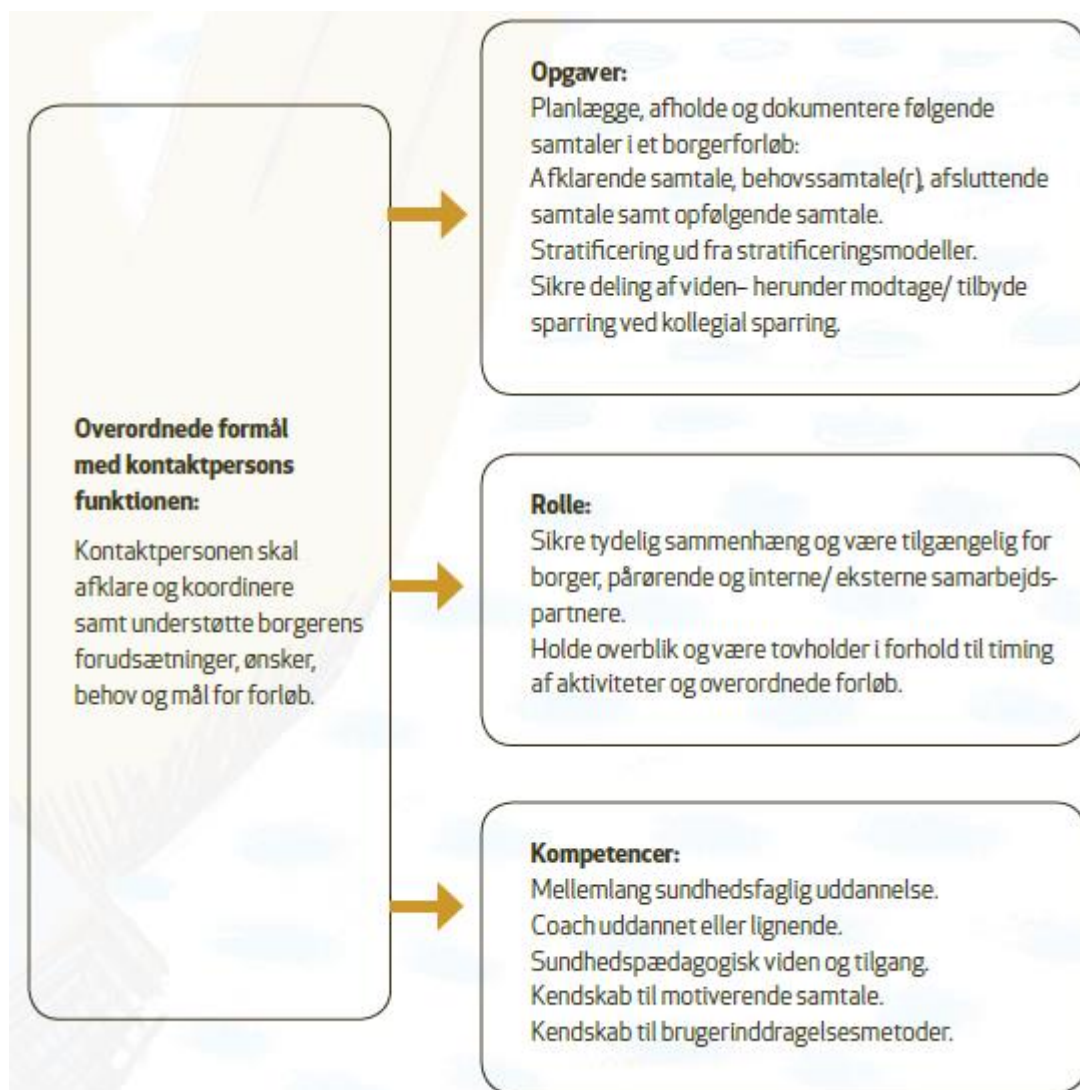
Anbefalinger

1. Det anbefales at samtaler afholdes ud fra et tværsektorielt afsæt med en fælles forståelse af tilgang og indhold i samtalen.
2. Det anbefales at samtaler generelt i sundhedssektoren fortsat udvikles til at være mere tværsektorielt forankrede, med forståelse for de enkelte sektors fokusområder.

8.6.2 Fagprofessionel som Kontaktperson

I projektets formål er der formuleret et særligt fokus på differentiering i forhold til social ulighed. På sprintet i oktober 2018, var beslutningen derfor at definere en rolle i projektet, der var rettet mod den mere sårbare deltager, kaldet en mentor, en kontaktperson eller en støtteperson. Ønsket var, at det startede med en sundhedsprofessionel i Sundhedshuset, som efter individuel vurdering gav opgaven videre til en frivillig støtteperson i regi af lokal Hjerterforening. Det sidste blev ikke en mulighed, da kræfterne i den lokale forening i Svendborg gik til at opstarte MediYoga istedet. Dette forklares nærmere i afsnit 10, om samarbejdet med frivillige herunder Hjerterforeningen.

Rollen som kontaktperson i Sundhedshuset har været trænet igennem flere år i Svendborg Kommune. Da Sundhedshuset har været igennem en reorganisering, er rollen først indenfor det seneste års tid taget op igen, og derfor var Sundhedshuset ikke klar til i dette projekt, at videreudvikle rollen til mentorniveau. Derfor blev rollen defineret ud fra den kendte i Sundhedshuset, som præsenteres herunder i figur 5.



Figur 5 – Sundhedshus Svendborg, definition af Kontaktperson

Inden beslutningen om at fastholde nuværende ovenstående model for kontaktpersonfunktionen i Sundhedshuset blev følgende model udviklet og vedlægges herunder som inspiration (se figur 6).

Kontaktperson

Overordnede formål for kontaktpersons funktion

Kontaktperson skal afklare og koordinere samt understøtte borgerens forudsætninger, ønsker, behov og mål for forløb

Opgaver: planlægge, afholde og dokumentere samtaler i et borgerforløb (i huset)

Rolle: sikre tydelig sammenhæng, være tilgængelig, holde overblik, være tovholder

(Sundhedshuset, Svendborg)

Mentor

En mentors yderligere funktion

Def: en mentor er en erfaren person, der ud fra sin erfaringer og kompetencer giver støtte og vejledning i en periode, indtil man selv er i stand til at udføre opgaverne (sundhed.dk)

Tilbud tilrettelægges så det passer til den enkelte borgers livssituation (Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med hjertesygdom)

Rolle/opgaver: bredere forankret, mere deltagende og støttende i rehabiliteringsforløbet

- Fx: går med i jobcenter
- Fx: hjælper med diverse kontakter

Et ønske fra sprintet

Figur 6 – Præliminært arbejde med definition af Kontaktperson vs. Mentor

Anbefalinger

1. Det anbefales at være skarp på hvad kontaktpersonens rolle dækker, inden den videreudvikles til en mentorordning.
2. Det anbefales fortsat at tænke på rollen som ”patientstøtte” som gennemgående person fra sygehus til kommune, særligt ved mere sårbare borgere.

8.6.3 Tryghed ved motion

Tryghed ved motion er et træningskoncept udviklet i projektet, med udgangspunkt i opstartsdagen september 2018, hvor en fysioterapeut fra Hjerteforeningen, præsenterede forskning og egen erfaring med målgruppen. Aktiviteten er udviklet af fysioterapeuten i projektgruppen i dialog med resten af projektgruppen, efter inspiration fra oplægget på opstartsdagen samt erfaringer fra tidligere træningshold i Sundhedshuset, hvor enkelte borgere med atrieflimren har deltaget og udtrykt bekymring for deres fysiske formåen. Tryghed ved motion består af konditions- og styrketræning (se flyer bilag 6). Formålet er at opnå tryghed ved fysisk aktivitet og vished om egne evner og formåen, herudover at:

- Finde personlig lyst/glæde ved fysisk aktivitet.
- Opnå kendskab til træningsprincipper, teoretisk effekt af fysisk aktivitet og vejledning ift. hensyntagen til smerter/gener i kroppen under fysisk aktivitet.
- Motivation og vejledning ift. hensigtsmæssig fysisk aktivitet i hverdagen for deltageren set ift. deltagers interesser, behov og ressourcer samt ift. Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Deltagerne der vælger Tryghed ved motion, deltager på de eksisterende træningshold i Sundhedshuset for borgere med hjerte-kar-sygdomme og type-2-diabetes. For de øvrige deltagere er formålet

genoptræning og/eller sundhedsfremme via fysisk aktivitet ud fra borgers mål, ressourcer og behov. Tryghed ved motion afvikles af Sundhedshusets fysioterapeuter og foregår i Sundhedshuset to gange ugentligt, over et 6 ugers forløb. Trygheden sættes i fokus via forsamtale før træningsopstart med fysioterapeuten fra projektgruppen, sammen med fokus på deltagerens mål, ønsker, ressourcer, forventninger, skånehensyn ift. smerter/skader og motivation. Undervejs i træningsforløbet er der et skærpet fokus på utryghed hos projektdeltagerne, hvilket igen er i fokus ved en afsluttende samtale for træningsforløbet med samme fysioterapeut.

Fra udviklingssprintet oktober 2018 var der et forslag om, at træning skulle rumme både kondition og vejrtrækning med fysioflow eller yoga som en del af træningen. Ud fra litteratursøgninger på området faldt valget på at tilbyde både fysisk træning og medicinsk yoga (MediYoga). Det har været vanskeligt, at lande et konkret tilbud og dermed formidle, hvad Tryghed ved motion indebærer. Fra midten af afprøvningsperioden blev det præciseret og projektgruppemedarbejdere i primært Sundhedshuset fik nemmere ved at formidle oplysninger om aktiviteten og med det valgte fokus på tryghed i for- og slutsamtalen. Der har som tidligere nævnt været en fysioterapeut med i projektgruppen og denne var fra Sundhedshuset. Måske kunne en fagfaglig sparringspart have givet en mere åben dialog i hele projektgruppen om udvikling af aktiviteten.

Deltagernes tilbagemeldinger på Tryghed ved motion

Udtalelser fra deltagerne peger i forskellige retninger. Det første citat herunder viser en deltager der gennem træningsforløbet har fået kendskab til passende træningsintensitet og mængde:

Mand: Så det har jo givet noget. Hvordan man skal leve. Jeg trænede for meget for eksempel. Ja, jeg må ikke træne med så meget pres.

Herudover er der også nogle deltagere der efterlyser andre former for fysisk aktivitet end traditionel konditions- og styrke træning, som i dette tilfælde hvor svømning kunne være en ønskværdig fysisk aktivitet:

Mand: Kan vi ikke få svømning med i programmet, det kunne jeg godt tænke mig? Hvis vi kunne få lov og køre ned og svømme nede i Oure?

Herudover er der en række udtalelser der peger i retning af fastholdelse af fysisk aktivitet efter endt forløb:

Mand: Det sidste, det var så det her motion, som jeg kørte på med her, og har været vældig glad for og er fortsat i det lokale fitness og buldrer på dernede, så godt jeg formår.

Mand: Ja ehh, i og med vi jo ved at motion er godt, og nu er det jo sådan at Svendborg kommune er jo ret stor jo, og jeg bor faktisk i udkanten af Svendborg og jeg syntes det ville være gavnligt, ehh for de patienter der nu er, og også pensionister og alt muligt andet, at man måske gav et tilbud, et tilskud f.eks. til eh eh de der [fitness-centre].

Dog kan et træningsforløb på 6 uger opfattes som for kortvarigt ift. at kunne fastholde efter afslutning af træningsforløbet:

Mand: *Jeg er lidt ked af, at jeg synes, at de forskellige ting er for korte, fordi du når, øh for eksempel motion, du når lige at komme lidt op at sige, nu har jeg egentlig lidt kondi, og så er det slut. Men det er sku ikke nok til at man... så man kommer ud og gør det selv.*

Anbefalinger

1. Det anbefales at sikre tværsektorielle sparringspartnere i forbindelse med planlægning af træning til borgere med atrieflimren.
2. Ved fastholdelse af et fokus på tryghed i fysisk aktivitet, anbefales det at emnet tryghed ved fysisk aktivitet inkluderes i for- og afsluttende samtale individuelt med en fysioterapeut.
3. Denne målgruppe kan i højere grad få individuelt tilpasset træning, der retter sig mod en justering af deres vanlige motionsform.
4. Navnet ”Tryghed ved motion” har projektet erfaret er for snævert og begrænsende ift. optag af deltagere. Et bedre forslag kunne være ”Inspiration og vejledning til træning”.

I NKR for atrieflimren, atrieflagren, mv. [1], gives en svag anbefaling for fysisk træning:

Svag Anbefaling

Anbefaling PICO 3a

(†) Arbejdsgruppen giver en **svag anbefaling** for, at patienten med atrieflimren og/eller atrieflagren deltager i fysisk træning tilpasset den enkelte patients udfordringer og behov vurderet i samarbejde mellem patienten og den sundhedsprofessionelle.

NKR anbefaler at træningsintensitet og -varighed planlægges i samarbejde mellem den enkelte patient og den sundhedsprofessionelle. Denne kan variere afhængig af patientens fysiske form før diagnosticering og/eller behandling samt patientens komorbiditeter. Træningen kan foregå sammen med andre hjertepatienter eller som hjemmetræning, hvis patienten er vant til at træne selvstændigt. Den stabile patient kan træne et sted, hvor specialistviden er tilgængelig. Specialistviden defineres i NKR som: viden om sygdom, reaktionsmåde, diagnose- og behandlingskendskab samt fysisk træning.

Jf. NKR's anbefalinger tilkobles følgende anbefalinger:

- Træningsforløb på 6 uger er nærmere en kort patientuddannelse i hvorfor, hvordan og hvilken form for fysisk aktivitet deltageren vil kunne fortsætte med i sin hverdag.
- Ifølge NKR anbefaler arbejdsgruppen, at den stabile patient kan træne et sted, hvor specialistviden er tilgængelig. Derfor kan patienter/borgere med atrieflimren, der er i den definerede målgruppe, henvises til kommunal rehabilitering. Fysioterapeuten har specialistviden og ansvaret ift. hensigtsmæssig vejledning i fysisk aktivitet. Derfor anbefales det fortsat, at borgerne opstartes med fysisk aktivitet i kommunalt regi og derefter anbefales at øge brobygning, fysisk afprøvning og udslusning til fysisk aktivitet i foreningslivet.

8.6.4 MediYoga

På baggrund af en grundig litteratursøgning er MediYoga (medicinsk yoga) valgt som aktivitet i projektet. I projektansøgningen var fysio-flow indskrevet som en mulighed for at arbejde med vejrtrækning og bevægelse, og efter udviklingssprintet oktober 2018 blev mindfulness ligeledes overvejet, men valget endte på MediYoga baseret på evidensen.

Videnskabelige studier har vist at MediYoga og yoga med fokus på vejrtrækning, har fordelagtige effekter ved patienter med atrieflimren. Herunder lavere hjerterytme, lavere systolisk- og diastolisk blodtryk, reduceret angst og depression og forbedret livskvalitet. Endvidere har et mindre studie vist signifikant reduceret antal af symptomatiske atrieflimren episoder, symptomatiske ikke-atrieflimren

episoder og asymptomatiske atrieflimren episoder. Den dybe vejrtrækning stimulerer det parasympatiske nervesystem (ro og hvile systemet), hvoraf effekten af MediYoga resulterer [26-29]. Der er endvidere gode tilbagemeldinger fra mennesker med atrieflimren omkring MediYoga [30] som også kan genkendes i dette projekt. Nedenfor vil et par udvalgte citater underbygge dette. Flere citater vil være at finde i rapportens resultatafsnit, afsnit 11.2.

MediYoga foregik i et træningslokale i Sundhedshuset og blev fra starten af afprøvningsperioden afviklet af ekstern underviser (certificeret MediYoga instruktør). Under afprøvningsperioden blev to projektgruppemedarbejdere uddannet til MediYoga instruktører og overtog fra juli 2019 MediYoga-holdet. MediYoga strækker sig over et 12 ugers forløb, 1 gang om ugen, suppleret med guidede hjemmeøvelser. Se flyer i bilag 7.

Deltagernes tilbagemeldinger på MediYoga

Projekt deltagernes udtalelser om MediYoga har været særdeles positive. Overordnet kan siges at MediYoga giver ro og tryghed. Flere deltagere oplever at have gavn af vejrtrækningsøvelserne i det daglige derhjemme, både som redskab til, for nogen, at stoppe anfald af atrieflimren, men også som middel til at opnå ro generelt.

Kvinde: Jeg havde gået ud i haven og havde haft rigtig travlt, og så kommer jeg ind, og så begynder det der flimrer, og jeg har det rigtig skidt, så jeg lægger mig på sofaen, jeg tænkte, du vil ikke indlægges igen, du gør det ikke! Så lagde jeg mig på sofaen, og så prøvede jeg [den dybe rolige vejrtrækning], og jeg tror, ja, ca. et kvarter, så tænkte jeg, nu går det faktisk bedre, så blev jeg bare ved og kom ud af det, og jeg tænker virkelig at for sygehusets vedkommende, jeg har været en meget dyr patient dernede, og hvis man ligefrem kan få taget kommunen ind i det, så er det her jo virkelig noget værd. Jeg er meget, meget begejstret for det.

Kvinde: Det er simpelthen det bedste, jeg har gjort i hele mit liv. Jeg kan kun lovprise det. Jeg bruger det i dagligdagen, mediyogaen. Æh, jeg bruger det ved, at jeg kan mærke, jeg er ved at få et anfald. Jeg bruger det bare for afslapning. Det er simpelthen det bedste. Jeg kan ikke finde ord for det. Og det har hjulpet hele vejen rundt. Altså min familie kan se, at jeg har benefit af det og... det har sat min stress helt anderledes ned, end noget andet har gjort før.

Mand: Øhm jeg tror 100 procent på, at det... vi kan altså gøre virkelig meget med det yoga der. Det er jeg sgu overbevist om.

Kvinde: Ja, altså jeg havde følelsen af at øh, jeg fik simpelthen følelsen af håb. Sådan et håb om at der også kunne ske noget for mig, som ville være noget, der varede ved. Altså ikke bare var et eller andet forsøg, der alligevel ikke rigtig kunne rykke mig rigtigt nogen steder. Så det var helt fantastisk og jeg går stadigvæk til det.

Herunder ses et stemningsbillede fra MediYoga-holdet:



Anbefalinger

1. Baseret på de mange tilbagemeldinger fra deltagerne i projektet og den stigende opbygning af evidens på MediYoga området, anbefales at MediYoga er en fast del af et rehabiliteringsforløb til patienter med atrieflimren fremadrettet.

Perspektiverende på MediYoga

På evalueringsdagen d. 12. maj 2020 blev stillet et spørgsmål om hvorvidt MediYoga og træning kunne afholdes som et samlet forløb. I projektet vurderes at det er bedst at holde de to aktiviteter adskilt grundet deres forskellig-rettetede formål.

Der blev ligeledes spurgt ”Hvorfor vælger så mange MediYoga?”. Hertil blev der på evalueringsdagen talt om tre perspektiver:

1. Et verdensperspektiv: vi mangler roen i hverdagen, derfor er aktiviteter som MediYoga kærkomment i samfundet generelt.
2. Vi har solgt det godt: projektgruppen nåede selv at afprøve MediYoga inden igangsætning af afprøvningsperioden som den eneste aktivitet. Dette medførte et større kendskab til hvad det var for noget og dette kan have gjort det nemmere for projektmedarbejderne at formidle til deltagerne. Både hvad det går ud på men også hvad man kan forvente af udbytte ved at deltage.
3. Det passer godt til målgruppen: viden og erfaringer viser at mennesker med atrieflimren er ramt af bekymringer, stress og angst og arbejdet med dette er netop en af MediYogaens hjørnesten.

Der blev også spurgt på evalueringsdagen: ”Er MediYoga for de ressourcestærke?”

Ud fra projektet vil svaret være ”nej” og måske endda ”tværtimod”. De mange deltagere fra projektet som har deltaget i MediYoga er vidt forskellige og inkluderer også den såkaldt ”særligt sårbare”. Det vurderes derfor at MediYoga er for alle, i hvert fald når det gælder gratis kommunale

rehabiliteringsforløb. Dog er det også muligt at gå til MediYoga i private yoga-studier rundt omkring, og der er flere eksempler på deltagere, måske i særlig grad ”de særligt sårbare”, som udtrykker sig om prisen som en barriere.

Slutteligt, er det værd at nævne at der på Sundhedshusets MediYoga-hold har været ca. 40 % mænd (14 ud af 36 deltagere). Dette er ikke sammenligneligt hvis man ser på fordelingen af mænd og kvinder i landets yogacentre generelt. En overvejelse om hvorfor det er lykkedes at få mange mænd med går på, at mange, også mænd, har udtalt *’at de havde det så fysisk dårligt, at de var nødt til at gøre noget’* og at snakken om at arbejde med den rolige vejtrækning appellerede ift. oplevelsen af uro fysisk og mentalt. Flere mænd har også haft behov for at overvinde barrierer, som f.eks. *’det er vidst kun noget kvinder går til’* og *’det er da sådan noget med de højere magter’*, og gennemgående har mændene typisk haft behov for flere gange inden de fandt ro i øvelserne. Alt dette ses tydeligt i nedenstående citat af en mand fra MediYoga holdet:

Mand: Så jeg besluttede at sige ja, selvom jeg var meget, meget skeptisk overfor det der mediyoga. Jeg er så konkret tænkende, og det er slet ikke min verden. Haha. Men øhm positivt, absolut positivt, og jeg har fået noget med derfra, som jeg også bruger, ikke i hverdagen, men når jeg føler behov for det.

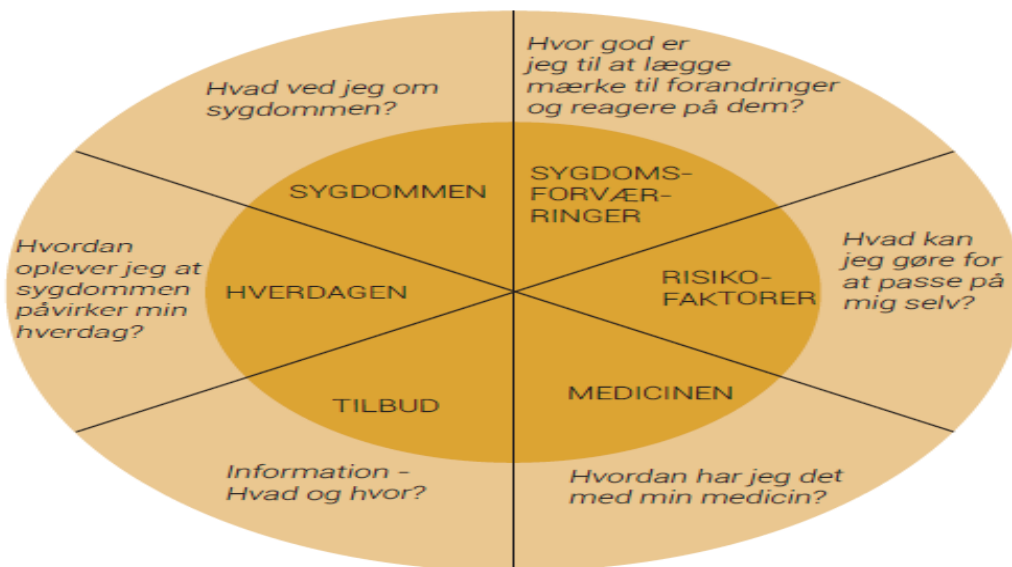
8.6.5 Mestring af livet med atrieflimren

Mestring af livet med atrieflimren er et patientuddannelses- og mestringstilbud som er skabt i samarbejde mellem Sundhedshus Svendborg, Kardiologisk Ambulatorium OUH Svendborg og Hjertereforeningen. Tilbuddet er i praksis udviklet i et samarbejde mellem en ergoterapeut fra Sundhedshuset, en sygeplejerske fra Kard. Amb.’s atrieflimrenklinik og en sygeplejerske fra Hjertereforeningens Rådgivningscenter i Odense, da denne havde erfaring med målgruppen gennem telefonlinjen, samtaler og undervisning i grupper. Hjertereforeningens sygeplejerske kunne have haft en fortsat plads i midtvejstilpasning og slutstatus, men dette blev ikke.

Sygdomsforståelse er en del af det patienten tilbydes på sygehuset i individuelle samtaler, derfor skal dette tilbud ses som et supplement, og det vil også sige en gentagelse i en anden kontekst kombineret med et fokus på hverdagslivet. Denne aktivitet blev placeret i kommunen, i Sundhedshuset, og dermed i en ramme der fordrer sundhedspædagogiske redskaber og kendskab til gruppedynamik.

Aktiviteten blev afholdt i samspil af ergoterapeuten fra Sundhedshuset og sygeplejersken fra atrieflimrenklinikken, som begge har haft plads i projektgruppen. Tilbuddet er planlagt til at vare én gang af 2,5 timer og er afprøvet i Sundhedshuset fem gange over afprøvningsperioden. Deltagerne havde mulighed for at have deres nærmeste pårørende med til undervisningen. Se flyer i bilag 8.

Tilbuddet er udviklet ud fra Sundhedsstyrelsens anbefalinger, juni 2016 [9], som anviser indhold til undervisning i sygdomsmestring, med fokus på sygdommen, sygdomsforværringer, risikofaktorer, medicin, sundhedstilbud og hverdagen med atrieflimren. På den baggrund blev nedenstående cirkel (figur 7) udviklet og anvendt i undervisningen som et samtaleredskab til opstart af dialog i gruppen af deltagere.



Figur 7 – Mestring af livet med atrieflimren cirkel

Valget om at løfte sygdomsmestring som en tværsektoriel aktivitet var dels på grund af projektets formål, delmål og ledetråde, men også med samme begrundelse som samtalerne, at bidrage med en nytænkning i det tværsektorielle felt, for at nærme sig hinandens perspektiver samt tilbyde deltageren de bedste forudsætninger for at forstå sin egen sygdom i et hverdagsperspektiv. En sidegevinst er i høj grad, at medarbejderne automatisk udvikler en indsigt i hinandens felter ved konkret at løfte en opgave sammen, hvilket fremtræder i nedenstående citat.

Projektgruppemedlem: Man lærer rigtig meget af at være sammen. Øh på en faglig måde altså. Det var det vi lærte rigtig meget af, det der med at lave mestringskurset sammen, for der var det på tværs hele tiden og vi har hver sin indgangsvinkel og alligevel så kan man godt få noget godt frem i hinanden også.

Deltagernes tilbagemeldinger på Mestring af livet med atrieflimren

Deltagerne har også haft glæde af kombinationen mellem en kommunal- og en sygehus sundhedsprofessionel i varetagelsen af tilbuddet, hvilket kommer til udtryk i nedenstående citater:

Mand: Jeg har jo været til et møde herinde hvor jeg havde mine børn med, hvor jeg fik forklaring på en masse spørgsmål om mit hjerte. Det havde de meget ud af, fordi at jeg sagde jo bare "arrh men jeg er ikke så frisk i dag", da de spurgte. Så de fik meget mere ud af det, fordi der var en sygeplejerske der kunne forklare det.

Herudover fremhæver deltagerne at man især her fik lejlighed til at tale sammen "patient-til-patient" og pårørende-til-pårørende, samt at indholdet i tilbuddet var fyldestgørende og deres øgede viden gennem denne aktivitet bidrog til en tryghed:

Kvinde: Jeg syntes at det er rigtig fint at man møder folk der er i samme situation som en selv, at man får løftet nogle af de der spørgsmål som man tumler med, ehh inden i sig selv. At ens pårørende møder andre pårørende, så man kan snakke nogle ting igennem. At man ligesom får noget fokus på hvad den her sygdom er, hvad den gør for ens livskvalitet,

hvad det vil sige og rende rundt med den her sygdom. Så jeg syntes det er et fantastisk tilbud.

Kvinde: Jeg har også godt at sige, jeg syntes at, cirklen [ovenstående figur], vi har været hele vejen rundt og noget jeg også har været glad for, det er, at det ikke kun er mig der går og har det skidt en gang imellem, at der er mange om buddet. Altså, det er virkelig rart, ehm, så jeg syntes det har været rigtig godt.

Mand: Jo mere man får at vide, jo mere tryk bliver man også ved, ved tingene eller det, sygdommen.

Mand: Det giver meget forståelse, jeg har egentlig fået utrolig meget ud af det. Jeg har i hvert fald fået det ud af det at, jeg behøver ikke gå være så bange for det, som jeg har været. Og det jo, det at høre andre der er i samme situation, og så også det I fortæller om. Jeg tror nok jeg vil slappe mere af fremover.

Anbefalinger

1. Fremadrettet anbefales at opgaven omkring sygdomsmestring (patientuddannelse og hverdagslivsmestring) løftes i samarbejde mellem sundhedsprofessionelle fra sygehus og kommune, idet det giver en mere helhedsorienteret tilgang og dialog.
2. Det anbefales at emner fra Kursusforløb med fokus på bekymringer, stress og angst (som præsenteres i næste afsnit) integreres i Mestring af livet med atrieflimren.

NKR for atrieflimren, atrieflagren, mv. [1], giver en stærk anbefaling for at patienter med atrieflimren og/eller atrieflagren deltager i patientuddannelse:

Stærk Anbefaling

Anbefaling PICO 4a

(↑↑) Arbejdsgruppen giver en **stærk anbefaling** for, at patienter med atrieflimren og/eller atrieflagren deltager i hjerterehabitering indeholdende patientuddannelse. Arbejdsgruppen anbefaler, at alle patienter tilbydes uddannelse, da dette er sikkert, og kan reducere risikoen for alvorlige komplikationer sekundært til såvel sygdommen som behandlingen heraf. Arbejdsgruppen anbefaler, at uddannelsen skal tilbydes af sundhedsprofessionelle, som har erfaring med og specialistviden i forhold til patienter med atrieflimren og/eller atrieflagren og som er kvalificeret til at varetage opgaven.

NKR skriver endvidere at uddannelsen skal individualiseres men indeholde information om sygdommen herunder symptomer, behandlingsmuligheder og psykosocial støtte.

Yderligere refleksioner om patientuddannelse:

Projektleder blev kontaktet i efteråret 2019 af InnoEvent⁹ med henblik på at stille med en case fra projektet, som studerende på sundhedsfaglige professionsuddannelser kunne arbejde med i løbet af InnoEvent ugen, under overskriften ”Hjertet og tværsektorielt samarbejde”. På denne baggrund blev følgende spørgsmål sendt afsted:

1. Når en opgave flyttes fra en sektor til en anden opstår der nye muligheder, og der er også som regel noget der går tabt, patienten har behov for ”hele pakken” for at skabe et godt hverdagsliv.

⁹ InnoEvent er en årligt tilbagevendende konkurrence, hvor 250 udvalgte studerende fra UCL Erhvervsakademi og Professionshøjskole og Syddansk Universitet sammen løser cases fra sundhedsvæsenet. Temaet i 2020 er ”hjertet” og de studerende arbejder i løbet af ugen i tværprofessionelle teams, hvor de med sparring fra sundhedsprofessionelle og virksomhedsrepræsentanter skal skabe innovative løsninger inden for fem cases, der alle har forskellige aspekter af hjerterelaterede problematikker som omdrejningspunkt.

- Ligger der et uudnyttet potentiale i det tværsektorielle felt, hvor det biomedicinske (sygehus) og det bredere sundhedsperspektiv (kommunen) kan mødes til både gavn for patientens oplevelse af helhed og den sundhedsprofessionelles bredere perspektiv på en specifik kronisk lidelse?
2. Er der mulighed for at tilbyde patient/borger/pårørende et bedre tilbud, der i højere grad tager højde for patientens parathed og mulighed for at få gentaget sygdomsforståelse ind i et hverdagsperspektiv?
 3. Kan der oven i købet være en økonomisk gevinst at hente (færre genindlæggelser), hvis fagkompetencerne udnyttes mere fleksibelt og patienten har mulighed for at få stillet spørgsmål, der først er dukket op efter denne har forladt sygehuset?
 4. Kunne man se en tværsektoriel enhed bygge sig op, der ikke nødvendigvis er knyttet op på kommunegrænser?

Desværre blev InnoEvent aflyst grundet den verdensomspændende COVID-19 epidemi fra marts 2020. Evalueringen kan derfor ikke præsentere resultater og refleksioner fra InnoEvent.

8.6.6 Kursusforløb om bekymringer, stress og angst relateret til atrieflimren

Kursusforløbet med fokus på bekymringer, stress og angst, blev planlagt i samarbejde mellem Hjerteforeningen og dele af projektgruppen. Oprindeligt skulle kurset have været varetaget af en psykolog fra Hjerteforeningen sammen med en sundhedsfaglig fra Sundhedshuset, men omstændigheder i Hjerteforeningen med jobskifte betød, at der midtvejs i afprøvningsperioden måtte findes en ekstern psykolog. Projektet fandt en psykolog fra lokalområdet i Svendborg, med erfaring indenfor psykoeducation og ACT-teori¹⁰. Tilbuddet bestod af formidling af viden, øvelser to og to, forsøg på at skabe tryghed i gruppen sådan at alle kunne komme på banen. Herudover var der små hjemmeøvelser til den efterfølgende session, f.eks. *"I hvor høj grad lever du i overensstemmelse med hvad der er vigtigst for dig?"*. Se flyer i bilag 9.

Oprindeligt var planlagt at afprøve to kursusforløb, men omstændighederne med skifte af psykolog gjorde, at forløbet blev afholdt én gang i efteråret 2019. Et forløb bestod af 3 mødegange af 3 timer. Den eksterne psykolog havde følgeskab af et projektgruppemedlem fra Sundhedshuset. Kurset blev rettet mod både deltagerne og deres pårørende. Fra start var ideen, at kursets målgruppe var pårørende alene (derfor står der i projektets 'Folder til deltagerne' (se bilag 2), som en del af aktiviteterne *"Tilbud til pårørende"*, idet folderen var færdigtrykt inden navnet for kurset og målgruppen blev ændret). I samarbejdet med psykolog fra Hjerteforeningen blev målgruppen ændret til både projektdeltagere og deres pårørende sammen eller hver for sig, som et forslag fra psykologen der har kørt lignende forløb i regi af Hjerteforeningen. Ligeledes blev navnet ændret fra først at være *"Tilbud til pårørende"*, siden hen *"Angsthåndtering"* og tilsidst *"Kursusforløbet med fokus på bekymringer, stress og angst"*. Navnet *'Angsthåndtering'* gav udfordringer ift. rekruttering af deltagere idet deltagerne reagerede med *'så slemt er det ikke'*. Derfor blev navnet ændret igen og præsentationen af tilbuddet ligeledes.

Før opstart af forløbet var aftalen at psykologen fik kendskab til deltagernes angst- og depressionsniveau (HADS-skemaer), dog ikke de pårørende da de ikke har udfyldt HADS. Herudover skulle psykologen ringe deltagerne op inden første mødegang til gensidig forventningsafstemning. De tre kursusdage havde følgende fokusområder: bekymringer, tankemylder og katastrofetænkning, følelser som kan være svingende mod tristhed, stress og angst, ændrede kropslige fornemmelser, frygten for nye anfald, ændret liv og livsstil, mm.

¹⁰ ACT er en forkortelse for 'Acceptance and Commitment Therapy'. Link: <http://actklinikken.dk/om-act/>

Ved evaluering af tilbuddet med den eksterne psykolog blev forskellige scenarier for et lignende tilbud vendt med en overvejelse af, hvor meget indsigt i projektet og deltagerne, psykologen har brug for, når man køber en ekstern person ind i et projekt. Herudover blev drøftet oplevelsen af kurset som helhed, fremgangsmåden, udbyttet, mv.

En overvejelse der sidenhen har været er hvorvidt en kommunal sundhedsfaglig med erfaring indenfor det psykosociale selv kunne have løftet denne opgave eller et lignende forløb. Herudover hvorvidt man kunne have udviddet tilbuddet 'Mestring af livet med atrieflimren' med et større psykosocialt fokus og flere mødegange. Refleksionerne fører til anbefalinger ift. at være skarp på 'hvorfor man køber en psykolog ind', hvis kommunen ikke har en ansat i forvejen. Hvad er det psykologen kan som er forskelligt fra den sundhedsfaglige i kommunen og hvilken yderligere værdi giver det. Det kan også overvejes om indkøb af en ekstern psykolog skal gå til individuelle psykologsamtaler i stedet for et kursusforløb, idet flere borgere har nævnt at det kan være svært at åbne op i en gruppe. Dette illustreres af nedenstående citater:

Mand: Øh hvis det er angående den der psykologsamtale der, så [suk] tror jeg konen fik mere ud af den, end jeg gjorde, men altså jeg kan da godt se, at der er noget positivt ved at få snakket om det, men man burde også kunne sige, jamen der er lige noget her, det gider jeg ikke snakke om i en stor forsamling og forskellige ting. Men det var der jo ingen muligheder for.

Interviewer: Så du oplevede, at det var ikke sådan lige, at alle skulle bringes ind, eller hvad?

Mand: Ja. Jeg vil i hvert fald ikke sidde og snakke om alting, hvor alle sidder og hører på det, det må jeg nok indrømme. Men ellers selve forløbet det var okay altså, men der var ligesom nogle ting, man burde lige kunne få ud mellem sidebenene, uden at I allesammen var med til det.

Denne holdning er primært udtalt af mænd, hvilket også kan føre til overvejelser om, om der bør eller kan differentieres mellem mænd og kvinder når det gælder tilbud inden for det psykologiske felt.

Deltagernes tilbagemeldinger på Kursusforløbet om bekymringer, stress og angst

Ved dette kursusforløb besvarede deltagerne et kortfattet spørgeskema med tre spørgsmål. De blev spurgt hvordan det havde været, om emnerne var relevante, og hvordan formen havde været. Herunder ses en opsamling af deres besvarelser:

Hvordan har det været at være her i dag, overordnet?

			
5	8		

Har emnerne været relevante for dig?

			
5	6	2	

Hvordan har formen været. Har der været balance mellem oplæggende, diskussionerne og din inddragelse?

			
6	7		

Herudover blev der optaget en lydfil med mundtlige tilbagemeldinger på kurset. Adspurgte om det er et kursus andre kunne have gavn af svarede:

Mand: *Helt sikkert. Jeg syntes jeg har fået meget ud af det.*

En kvindelig pårørende udtaler:

Kvinde: *Som pårørende, da syntes jeg det har været meget værdifuldt at være med, fordi det at vi hører de samme ting, det er enormt svært for [mands navn] at komme hjem og fortælle mig, for eksempel, hvad de tre sektioner her, har været omkring og så noget. Og vi har noget og kan snakke om og fornemme sammen igennem, hvad vi har fået ud af det og sådan noget, det er enormt værdifuldt og jeg syntes helt sikkert at det skal fortsætte og der er mange der kan få glæde af det.*

Om udbyttet af kurset fortæller deltagerne:

Mand: *Altså man lærer og ser tingene, altså fra forskellige synsvinkler og nye måder og gå ind til problemerne på. Så jeg syntes det har fungeret godt.*

Der er desuden nogle deltagere der syntes at tre timer i træk var lang tid:

Mand: *Og så syntes jeg tre timer, det er lang tid for mig jo.*

Anbefalinger

1. Det anbefales at overveje formen, formålet og behovet i et tilbud som en psykolog skal indgå i: skal det være individuelle samtaler og/eller et kursusforløb, skal det være kønsopdelt, osv.
2. Det kan overvejes om en udvidelse af et tilbud som 'Mestring af livet med atrieflimren' kunne foregå med en psykolog en af gangene som oplægsholder eller lignende.

Ovenstående gennemgang af aktiviteter har været de aktiviteter i projektet som har været særligt tilrettet mennesker med atrieflimren som målgruppe for rehabiliteringsforløb. Herudover har deltagerne haft mulighed for at komme på rygestop kursus, få plads i alkoholbehandlingen ved erkendt alkoholmisbrug eller komme på kostundervisning ved behov og motivation herfor. Dette stemmer overens med Sundhedsstyrelsens anbefalinger til forebyggelsestilbud [9], som værende tilbud alle bør kunne henvises til.

8.6.7 Rygestop

Deltagerne tilbydes rygestopforløb i Sundhedshuset ved ønske om rygestop. Rygestopforløbet i Sundhedshuset består af gruppeforløb med 6 møder af ca. 2 timer pr. gang, med afsæt i Kræftens Bekæmpelses gruppekoncept. Der planlægges fælles rygestopdato blandt deltagerne mellem det 2. og 3. møde. Under de to første møder forberedes rygestoppet og under de tre sidste møder vedligeholdes rygestoppet. Tre af deltagerne har været på rygestop kursus. Herunder ses en udtalelse fra en af dem:

Kvinde: Jeg har faktisk gået på rygestop også, og jeg er holdt op med at ryge. Det var bare lige det, jeg ville sige, haha. Men det har jeg gået til og det var egentlig også øh [rømmer sig], man kan sige, det har så også hjulpet på min hjerte-flimre. Om jeg vil indrømme det eller ej, så har det været rigtig godt for mit hjerte, at jeg er stoppet med at ryge.

8.6.8 Alkoholbehandling

Det var også muligt for deltagerne at komme i alkoholbehandling ved ønske om at ændre et evt. alkoholforbrug eller -misbrug. Alkoholbehandling varetages af Alkoholbehandlingen Svendborg. Alkoholbehandlingen arbejder ambulant og tilbuddet er individuelt tilrettelagt og kan inkludere individuelle samtaler, undervisning, familieorienteret behandling, gruppeforløb, pårørende samtaler/kursus for pårørende (individuelt og i gruppe), medicinsk behandling af abstinenser og trang, Nada øreakupunktur og internetbaseret alkoholbehandling (foregår delvist hjemmefra). Medarbejderne i Alkoholbehandlingen består af fem specialuddannede behandlere, en sekretær, en leder og en lægekonsulent. Ingen af deltagerne i projektet har benyttet sig af alkoholbehandlingen. Der er identificeret et muligt alkohol overforbrug hos få deltagere, dog er der ikke identificeret et decideret problem eller misbrug. Der har ej heller været et ønske fra de enkelte deltagere om at deltage i alkoholbehandling.

8.6.9 Kostundervisning

Deltagerne tilbydes Sundhedshusets gruppebaserede kostundervisning for borgere med hjerteproblematikker (eller i ét konkret tilfælde kostundervisningen for borgere med diabetes) ved motivation for kostomlægning eller ønske om at vide mere om kost og kostens effekt på vægttab. Kostundervisningen består af gruppeforløb med 2 møder af ca. 2,5 timer pr. gang og afholdes af en af Sundhedshusets diætister. Fem deltagere har været til kostundervisning. Ved yderligere behov for eller ønske om vægttab blev deltagerne tilbudt at starte op i 'Små Skridt' tilbuddet efter endt atrieflimren-rehabiliteringsforløb (altså ville dette køre uden om projektet).

Anbefalinger

1. Fremadrettet anbefales en større integration af medarbejdere der står for aktiviteter indenfor kost, rygning og alkohol, for at forstå målgruppen, forløbet, tilgangen, mv.

8.6.10 Et samlet rehabiliteringsforløb

Da dette var et projekt blev det valgt at afgrænse tilbuddet til deltagerne, ud fra hvad der er evidens for på atrieflimren området. Dvs. et fokus på risikofaktorer for atrieflimren (herunder indsatser på kost, rygning, alkohol og motion området). Herudover var der 'Mestring af livet med atrieflimren' og kursusforløbet med fokus på bekymringer, stress og angst, fordi der er en stærk anbefaling for patientuddannelse til denne målgruppe i den nationale kliniske retningslinje [1]. Desuden blev MediYoga valgt på baggrund af forskningsstudier, for at imødegå såvel fysiske som psykiske følger af atrieflimren.

Der er således aktiviteter/tilbud i Sundhedshuset som ikke er blevet tilbudt deltagerne, f.eks. et tilbud med fokus på seksualitet, krop og identitet, mindfulness, træning i naturen, Vildmænd, etc. I projektet oplevede to deltagere at have behov for at deltage i seksualitet, krop og identitet. Dette blev tilbudt dem efter endt atrieflimren-rehabiliteringsforløb. Ligeledes var der en der ønskede optagelse til Vildmændskurset (og som påbegyndte dette efter endt atrieflimren-rehabiliteringsforløb) og et par stykker der efterspurgte træning i naturen. Det gav mening at afgrænse mulighederne for tilbud i en projektafprøvning, dog erkendes fra projektgruppen at det ikke er nødvendigt at afgrænse tilbud til denne målgruppe, så længe de giver mening og der er et behov.

Rehabiliteringstilbud bør være behovsafstemt og give mening for det enkelte menneske for at omfavne 'det hele liv'. Derfor bør de fravalgte tilbud også kunne være en del af et rehabiliteringsforløb for mennesker med atrieflimren fremadrettet.

9 Proces med tidsplan og tværsektoriel kompetenceudvikling

Nedenstående i den grønne oversigt ses overskrifterne i den endelige tids- og handleplan i projektet. Den komplette version heraf, har været et dynamisk redskab til styring og overblik gennem projektets tre faser, som beskrevet i oversigten. Herudover vil dette afsnit præsentere den tværsektorielle kompetenceudvikling i projektet.

Tidsplan for projekt Hjerterytmer rehabilitering		
Juli - december 2018	Januar - december 2019	Januar - juni 2020
Opstarte, afdække og udvikle aftaler og aktiviteter til hjerterehabilitering for målgruppen (Fase 1)	Afprøve og justere aftaler med sideløbende kompetenceudvikling (Fase 2)	Evaluering, formulering af anbefalinger og afslutning af projekt (Fase 3)

9.1 Tværsektoriel kompetenceudvikling

I projektet er følgende kompetenceudviklende aktiviteter afholdt:

- Sparringsmøderne af 2 timer hver anden måned.
- Samarbejde omkring forløbene.
- Besøge hinandens praksis og relationsdannelse.
- Tværsektoriel kompetenceudvikling.

Følgende afsnit vil være en uddybning af de fire ovenstående overskrifter for kompetenceudviklingen.

Sparringsmøderne **(a)** hver anden måned er blevet fremhævet, som helt afgørende for relationen og forståelsen mellem de sundhedsfaglige og har bidraget til den løbende kvalificering af redskaber, aktiviteter og samtaler. Desuden har sparringsmøderne været brugt til borgersparring, hvilket har vist sig afgørende især omkring de deltagere som ved opstart, ikke var parat til et rehabiliterende forløb, på grund af komplicerende faktorer af helbredsmæssig-, social- eller mental art. Sparringsmøderne har derfor ofte taget udgangspunkt i dokumentationsnotater.

Det vurderes af projektgruppen at dette har givet mulighed for at dele et billede tværsektorielt af deltagerens kontekst og konkurrerende faktorer. Det har gjort det mere respektfuldt og måske effektivt, at dele deltagerens parathed og oplevelser af, hvad der forstyrrer deltagelse. Det har også vist sig betydningsfuldt idet mange har parallelle forløb på sygehuset samtidig med forløb i kommunen. Et projektgruppemedlem udtaler om sparringsmøderne i et fokusgruppe interview:

Projektgruppemedlem: Så på den måde, så kan vi mærke, at det også er nødvendigt at man kommer den proces igennem, for at man ligesom kan få noget godt ud af projektet. Og det er nødvendigt at ses så mange gange også faktisk, de her sparringsmøder, jeg tænkte i starten 'nååå hvad skal vi lige det for', men det giver rigtig god mening alligevel, selvom man tænker 'hvad snakker vi egentlig om', men vi får afklaret mange ting. Så jeg syntes de, de er vigtige.

Desuden nævnes det tætte samarbejde omkring forløbene **(b)** som et element der betyder, at den sundhedsfaglige tør tro på, at deltageren 'bliver grebet' både på sygehuset og i kommunen. Det tætte samarbejde har endvidere medført større relationsdannelse tværsektorielt i projektgruppen og deraf større viden om hinandens arbejde, mm.

For at understøtte ovenstående udvikling af samarbejdet og relationsdannelsen blandt projektgruppen, har projektet som konkret kompetenceudviklingsaktivitet benyttet sig af at ”besøge hinandens praksis” (c).

Det at besøge hinandens praksis var fra start indskrevet i projektbeskrivelsen som et kompetenceudviklende element i projektet. Planen var at en indsigtsrapport skulle udarbejdes af Syddansk Sundhedsinnovation¹¹, hvor en ekstern part gjorde status for det tværsektorielle arbejde inden opstart af projektet. Styre- og projektgruppe vurderede dog ved opstart af projektet, at det i højere grad gav mening, at medarbejdere selv besøgte hinanden på tværs, for på den måde, at få indsigt i nuværende behandling og rehabilitering samt observere samtaler og arbejdsgange i modsatte sektor. I øvrigt for at udvikle en forståelse for hinandens forskellige betingelser. Under udviklingsfasen lå der stadig en overvejelse af, om Syddansk Sundhedsinnovation i stedet skulle afholde en afsluttende temadag, hvor erfaringerne med ’rejsen’ i projektet var i fokus. Det blev erstattet med en evalueringsdag på tværs af projektet.

Det endte derfor med at projektgruppen selv aftalte besøg inden eller undervejs i starten af afprøvningsperioden. Da en sådan aftale opleves som en ”kan-opgave” og begge sektorer var presset især i starten af afprøvningen, har dette ikke været prioriteret i tilstrækkelig høj grad. Projektgruppen nævner det fortsat som vigtigt og ærgrer sig over, at det kun blev delvist prioriteret. Yderligere ser de et potentiale i at medarbejderne på sygehuset og kommuner, som en del af en generel introduktion besøger hinandens rehabiliteringstilbud, så man bedre kan formidle og koble sig på hinanden. Projektgruppen ser ligeledes de tværsektorielle sparringsmøder, som en form for ’besøg hos hinanden’, da det har skabt en indsigt og respekt for hinandens områder, der har betydning for at tilbyde en helhedsorienteret rehabilitering.

Opsummerende på (a), (b) og (c) nævner projektgruppen ved midtvejs- og slutevalueringen det ’at besøge hinandens praksis’ som en styrke. De udtrykker, at det giver en større forståelse for hinandens vilkår og tilgang, når medarbejderne konkret har fulgt hinanden, udviklet tilbud sammen og deltaget i løbende tværsektoriel borgersparring. Det har skabt fælles forståelser og ejerskab samt meningsfuld integrering af eksempelvis de fælles screeningsredskaber i samtalerne. Det afspejles i dette citat:

Projektgruppemedlem: Altså jeg syntes helt generelt det har været rigtig spændende at komme herved i kommunen og se hvordan i arbejder, kommunalt, med mennesker der har fået, både en hjertesygdom, men også alle de andre I møder hernede. Det syntes jeg er rigtig spændende, fordi det man egentlig ikke sådan klar over når man arbejder inde på sygehuset. Hvor omfattende et arbejde det egentlig er. Og så er det jo spændende at møde nogle andre mennesker der også arbejder med sygepleje, men på en anden måde.

Tværsektoriel kompetenceudvikling (d) består af ovenstående (a), (b) og (c) samt enkelte konkrete kompetenceudviklingsdage. Der har været afviklet tre uddannelsesdage i projektgruppen. Den første dag (januar 2019) var en intern planlagt dag lige inden opstart af afprøvningsperioden med konkret faglig opkvalificering omkring diagnose og behandling, præsentation af screeningsredskaber og aftaler for afprøvningen inkl. dataindsamling til evalueringen.

Den næste dag (maj 2019) blev afholdt med en psykolog fra Hjerteforeningen. Dagen havde fokus på ’psykiske aspekter af atrieflimren’. Screeningsredskabet for angst og depression (HADS) samt sparringsøvelsen ’reflekterende team’¹² blev arbejdet med på dagen, via cases fra projektet, ud fra oplæg, træning, sparring og aftaler om fastholdelse. Arbejdet med det fælles billede af patientens

¹¹ Syddansk Sundhedsinnovation: <https://www.syddansksundhedsinnovation.dk/>

¹² Om øvelsen ’reflekterende team’: <https://kompetenceudvikling.dk/teamunivers/proces/reflekterendeteams.pdf>

psykosociale situation og hvordan dette udvikler sig fra opstart på sygehuset og videre ud i forløbet i kommunen blev en øjenåbner for skabelse af et sammenhængende forløb for deltagerne.

Projektmedarbejderne foreslog en senere lignende proces for livskvalitetsmålingen (baseret på HeartQoL-skemaet), dette nåede projektet dog ikke. Den tredje dag (juni 2019) var en opfølgings-, refleksions- og øvelsesdag baseret på dagen i maj. Øvelsen 'reflekterende team' indgik igen ud fra et ønske fra projektgruppen om at udnytte frikøb i projektet, til at træne en systematik i borgersparringen på de tværsektorielle sparringsmøder. I praksis tog det tid at få fortrolighed med øvelsen og dermed nå samme effektivitet ved sparringsmøderne, hvorfor øvelsen over tiden i afprøvningsperioden desværre faldt i baggrunden. Derfor er status på denne, at ideen er god og der er stadig et ønske om, at være mere struktureret i borgersparring, men at det er svært at fastholde.

Da alle havde arbejdet med HADS-skema i tre-fire måneder af afprøvnningen forinden, faldt uddannelsesdage i maj og juni ifølge projektgruppen på det rigtige tidspunkt. Dagene blev en øjenåbner for, hvad PRO-skemaer kan, når kompetenceudvikling planlægges så man først får undervisning i redskabet (januar 2019), en afprøvningsperiode (feb-maj 2019) og herefter træning i at integrere spørgsmål i skemaet og resultaterne i samtalerne og dermed bruge skemaet som et samtalestøtteværktøj (maj 2019). Projektgruppen fremhæver at det gav en øjenåbner for hvad PRO-skemaer kan, når man har muligheden for at træne udfra konkrete, kendte eksempler samt træne skemaet ind i samtalerne. Dette løfter niveauet fra en udregning af HADS-score til et fagligt pædagogisk redskab.

Af øvrige kompetenceudviklingstiltag kan nævnes at to kommunale projektmedarbejdere har uddannet sig til MediYoga-instruktører og overtog holdet i Sundhedshuset fra medio juni 2019 til udgangen af februar 2020, hvor afprøvningsperioden sluttede og aktiviteter i projektet dermed blev lukket ned. Desuden har projektleder i afprøvningsperioden deltaget i 'brugerinddragelsesnetværket'¹³ drevet af Videnscenter for Brugerinddragelse, ViBIS, og har her hentet sparring og inspiration til brugerinddragelse i projektet.

Anbefalinger

1. Det anbefales at etablere tværsektoriel kompetenceudvikling, hvor bl.a. indhold i PRO-skemaer trænes ind i de løbende samtaler på sygehus og i kommunen ud fra genkendelige cases.
2. Det anbefales at en introduktion til en ny medarbejder altid indebærer en følgedag i den modsatte sektor, altså en nyansat i kardiologisk afdeling besøger Sundhedshuset og omvendt.
3. Det anbefales i en fast struktur at etablere tværsektorielle forum til kvalificering af samarbejdet og konkret borgersparring.

¹³ Brugerinddragelsesnetværket: <https://danskepatienter.dk/vibis/nationalt-netvaerk-for-brugerinddragelse>

10 Samarbejde med Hjerteforeningen, Rådgivningscentret og frivillige fra den lokale Hjerteforening i Svendborg

Hjerteforeningen (HF) har haft plads i projektet som medansøger og udvikler og leder af rådgivningscentret, Team Syd, har haft plads i styregruppen. Det blev fra start aftalt at projektgruppen hver anden måned i projektets udviklings- og afprøvningsperiode skulle mødes med Hjerteforeningen, med projektleder og leder af Team Syd som tovholdere. Her blev samlet op på igangsatte aftaler og formuleret nye med udgangspunkt i Hjerteforeningens deltagelse og bidrag på projektets opstartsdag i september 2018 og udviklingssprint i oktober 2018. Under projektperioden blev der afholdt i alt fem møder i forskellige forum med deltagelse fra projektgruppen, lokale frivillige, leder fra Rådgivningscentret og HF's frivilligkonsulent, som ansættes i Team Syd i foråret 2019.

Møderne havde i starten fokus på afprøvning af en model for frivillighed jf. opsummering fra sprintet (bilag 1). I regi af lokal Hjerteforening i Svendborg blev gjort tiltag for at rekruttere frivillige, som skulle fungere som støttepersoner for deltagerne i projektet. Frivilligkonsulent i Team Syd præsenterer senere i dette afsnit nogle bud hvorfor dette ikke lykkedes. Der blev under udviklingsfasen og start afprøvning, afholdt fem møder med forskellige deltagere og indhold. Fra september 2019 blev møderne og kontakten mere uformel og ad hoc styret. Bagudrettet ses et potentiale i en fortsat struktur for at mødes hver anden måned, hvor aftalerne kunne have været omlagt til sparring mellem fagpersonerne. Samarbejdet med HF havde tre aftalte overskrifter: Kompetenceudvikling, Udvikling af tilbud samt Udvikling af samarbejdet med frivillige. Disse behandles nedenfor.

Kompetenceudvikling i projektet med Hjerteforeningen

Der var fra starten forskellige overvejelser for aktiviteter med HF. Heriblandt en til to kompetenceudviklingsdage med en psykolog fra HF, udvikling af web-baserede tilbud for måske træning, måske patientuddannelse.

På et telefonmøde med henholdsvis psykolog og en web-udvikler fra Hjerteforeningen faldt et webtilbud udviklet i projektet ud, mens planlægningen af udviklingsdage med en psykolog med fokus på de psykiske aspekter af atrieflimren og anvendelsen af screenings- og samtaleredskabet HADS fortsatte. Arrangementet blev især rost for at træne spørgsmål og resultater fra HADS ind i samtalerne samt for en systematisk model for borgersparring.

Udvikling af tilbud

Fra udviklingssprintet var der forslag om, at fagpersoner fra HF's Rådgivningscenter i Odense kunne indgå i 'sygdoms- og medicinmestring' (patientuddannelse) for patienter og pårørende jf. delmål og ledetråde, som stiller krav om løsninger, der er implementerbare til andre enheder. Aftalen blev derfor, at en sygeplejerske fra Hjerteforeningens Team Syd med erfaring i samtaler og undervisning af målgruppen indgik i udvikling- og sparring omkring aktiviteten 'Mestring af livet med atrieflimren'. Anbefalingen kan være, at hvis et tværfagligt og tværsektorielt tilbud vælges fremadrettet, at etablere et fagligt sparrings- og inspirationsforum, hvor der også er fagpersoner med fra HF.

Som tidligere nævnt deltog HF også i udviklingen af 'Kursusforløb med fokus på bekymringer, stress og angst'. En psykolog fra HF var med i udviklingsarbejdet og skulle have varetaget kurset. Psykologen foreslog en blandet gruppe af patienter og pårørende med bekymringer, angst og depression. Dette ville give mulighed for at dele pårørende og patienter op undervejs, så gruppen kunne arbejde både sammen og hver for sig, og dermed kunne dele oplevelser med ligestillede omkring sin egen og/eller pårørendes frygt. Herudfra blev det aftalt, at psykologen udarbejdede et oplæg til et forløb over tre gange, tre timer

pr. gang, hvor også en medarbejder fra Sundhedshuset var med. Formålet med dette var at denne kunne påtage sig en gruppelederfunktion når gruppen var opdelt samt støtte integrering af deltagernes læring i hele forløbet. Pga. jobskifte blev afvikling af tilbuddet overtaget af en anden ekstern psykolog. En anden fagperson med andre erfaringer betyder selvfølgelig noget for produktet og det vanskeliggør en evaluering af konceptet. Dog henvises til afsnit 8.6.6, hvor dele af projektgruppen og den eksterne psykolog har formuleret mulige scenarier for et sådant tilbud med en ekstern psykolog.

Udvikling af samarbejdet med frivillige

Ved udviklingssprintet i oktober 2018 var der overvejelser for, hvordan fagpersoner fra HF kunne indgå i udvikling af dette felt. Aftalen fra sprintet tog dog en helt anden drejning og dermed også læring. På sprintet blev aftalt, at et tilbud skulle udvikles sammen med frivillige fra den lokale Hjertereforening i Svendborg. De frivillige kunne fungere som en lokal støtteperson, i projektet kaldt 'en lokal frivillig'. Projektgruppen udarbejdede i samarbejde HF en funktionsbeskrivelse for rollen. Det var tænkt at kontaktpersonen i Sundhedshuset skulle have et nært samarbejde med den 'lokale frivillige' og derfor blev en funktionsbeskrivelse for begge samlet i en figur, se nedenstående figur 8.

I april 2019 var aftalt et første møde med de rekrutterede mulige lokale frivillige fra HF i Svendborg. Her deltog også fagpersoner fra HF, projektgruppen og 'en erfaren patient' fra brugerpanelet i projektet. Ved mødet blev det tydeligt, at de fremmødte frivillige ikke umiddelbart kunne se sig i en rolle som 'lokal frivillig'. Et forslag fra HF var, at de frivillige en gang imellem mødte op lige efter 'Tryghed ved motion', for at introducere tilbud og synliggøre HF for deltagerne. Men da deltagerne i projektet indgik på træningsholdet på lige fod med andre hjerterpatienter og diabetikere, og der i øvrigt var ret få af projektets deltagere som deltog i 'Tryghed ved motion', var dette ikke en god løsning til at nå deltagerne. Derfor blev aftalt at de frivillige kunne deltage på de andre atrieflimren-rettede aktiviteter i projektet. Dette blev dog i tiden efter mødet (maj-juni 2019) kun benyttet af en enkelt frivillig som var med til 'Mestring af livet med atrieflimren' og her ikke udnyttede potentialet i frivillig-funktionen. Ved et møde i August 2019 mellem projektleder, frivilligkonsulent og leder af rådgivningscentret, Team Syd, blev det aftalt at opgive dette. Efterfølgende er gjort overvejelser for, om rekrutteringen af mulige frivillige skulle have været mere skarp på formålet og funktionen og at der burde have været mere (individue) forventningsafstemning inden mødet. Det kan også være at en sådan nytænkning skal 'plantes' på en helt særlig måde. Frivilligkonsulenten fra HF vil nedenfor bidrage med input til en anbefaling.

I stedet greb HF interessen fra projektdeltagerne omkring MediYoga og der blev i løbet af sommeren 2019 oprettet tre MediYoga-hold i Svendborg i HF-regi. Tilbuddet blev så populært, at det næsten kneb med, at der blev plads til projektdeltagerne. De tre hold blev lynhurtigt fyldt op og erfaringen har betydet mange kontakter og nyoprettede MediYoga-forløb også andre steder i landet.

Kontaktperson

Overordnede formål for kontaktpersons funktion

Kontaktperson skal afklare og koordinere samt understøtte borgerens forudsætninger, ønsker, behov og mål for forløb

Opgaver: planlægge, afholde og dokumentere samtaler i et borgerforløb (i huset)

Rolle: sikre tydelig sammenhæng, være tilgængelig, holde overblik, være tovholder

(Sundhedshuset, Svendborg)

Patientstøtte eller andet

Den erfarne patient skal (jf. region midt og suppleret med Hjertereforeningen):

- Selv have atrieflimmer i en stabil fase eller (måske være tæt påørende til).
- Have bearbejdet situationen og føle, at de takler livet med atrieflimmer og ikke en forståelse af, at det er let.
- Være parat til at dele egne erfaringer og lytte til deltagernes erfaringer
- Vide at der er forskelle i de enkelte menneskers situation og mestringsevner.

Rolle/opgaver udvikles med Hjertereforeningen

Figur 8 – Funktionsbeskrivelse for 'lokale frivillige'

Frivilligkonsulenten Jacob Hedelund fra Hjertereforeningen bidrager med følgende:

Mit input til anbefalinger til udvikling af samarbejdet med frivillige tager afsæt i projektets overordnede formål om at videreudvikle hjerterehabiliteringstilbuddet til borgere med atrieflimmer med særligt fokus på social ulighed i sundhed.

Som nævnt tidligere, så er etableringen af Medicinsk Yoga i Hjertereforeningen i Svendborg nok det bedste eksempel på at den lokale afdeling af frivillige har sikret en god sektorovergang fra kommune til civilsamfund, med fokus på hjerterehabilitering for patienter med atrieflimmer. Der er desuden i etableringen af MediYoga i Hjertereforeningen taget højde for ulighed i sundhed idet deltagerbetalingen er sat så lavt at alle kan være med. Ideen var at tilbyde Medicinsk Yoga i Hjertereforeningen efter det kommunale forløb var afsluttet, for at sikre kontinuitet. Alt dette var ikke en del af det oprindelige 'udviklingssprint', projektbeskrivelsen eller andet. Og dette er nok min væsentligste pointe når vi snakker samarbejde med frivillige. Det er uforudsigeligt og drevet af mening.

Mening skal her forstås som mening for den enkelte lokalforening, bestyrelse og frivillige. Ikke nødvendigvis mening ift. projektbeskrivelser, handleplaner og strategier. Mening er det der motiverer og er drivkraften bag de altruistiske handlinger foretaget af vidt forskellige mennesker. Dermed er der ofte også store lokale forskelle (også i Hjertereforeningen) på hvad de frivillige prioriterer at bruge deres tid på. Det giver naturligvis nogle løsrevne hårtotter i ny og næ hos en frivilligkonsulent, som kan forsøge at formidle organisationens (eller samarbejdspartneres) 'mening', ofte uden held. I sidste ende er det arbejde der gøres af lokale frivillige, funderet på deres egen overbevisning.

Det betyder dog ikke, at der ikke er rammer og særlige projekter, som de frivillige opererer indenfor og forpligter sig på. Men de rammer og særlige projekter er ofte oprindeligt sat af dem selv i kraft af den akkumulerede viden, behov og idérigdom fra medlemmer og patienter gennem årene, som så

efterhånden er formaliseret og konceptualiseret 'ovenfra'. Medicinsk Yoga kunne sagtens blive et landsdækkende eksempel herpå.

Når det så er sagt, så er der da også en række eksempler på idéer og tanker der er født på et skrivebord, som bliver en succes og som resonerer mening hos frivillige. Et eksempel herpå er dog nok desværre ikke tanken om at koble frivillige fra Hjertereforeningen i Svendborg på projektdeltagere i nærværende projekt. Og hvorfor så ikke?

I udgangspunktet er tanken fremragende og flugter bestemt med Hjertereforeningens strategi om at have patienten i centrum og sikre at enhver får mulighed for at blive taget i hånden videre ud i 'livet med sin hjertesygdom'. Derfor giver idéen organisatorisk mening og dermed bliver opgaven at formidle denne mening, så den bundfælder sig hos den enkelte frivillige og forhåbentlig skaber genklang. Det er nok her at vi skal finde den største årsag til at netop denne tanke endnu ikke er blevet til en fyldestgørende handling.

Jeg har tidligere været ansat som afdelingschef for mentorprogrammerne i Ungdommens Røde Kors. Derfor er en ting jeg ved om mentorindsatser, at de kræver grundig forarbejde og at rekrutteringsprocessen er vanskelig og vigtig. Uanset om der er tale om en decideret mentor eller en 'light' udgave, så tager relationsdannelse lang tid og matchningen er svær. Det kræver noget af en deltager at give en fremmed person lov til 'at hjælpe' og det kræver noget af en frivillig at påtage sig den opgave. Min erfaring er at sådanne frivillige ikke hænger på træerne og det vil være ganske usandsynligt at der lige var en håndfuld i en lokal frivilligruppe.

Nuvel. Opgaven har derfor (også for mit vedkommende) været at klæde de frivillige på og formidle mening og det er ikke lykket i tilstrækkelig grad. Det har vist sig bl.a. ved møder hvor de frivillige enten overhovedet ikke, eller delvist har forstået projektet, hensigten og ikke mindst deres rolle. Denne manglende 'påklædning' har derfor givet nogle misforståelser. Dette ansvar påhviler dog ikke de frivillige. Hvis der skal tildeles et ansvar, så hviler det i første omgang hos frivilligkonsulenten og ultimativt projektbeskrivelsen. Jeg mener ikke, det er formålstjenligt at snakke ansvar, men snarere drøfte læringsperspektiver, da udgangspunktet for projektet netop også har været at udvikle og afprøve.

Mine anbefalinger er derfor at sikre en grundig og tålmodig rekrutterings- og formidlingsproces, der ikke kun tager udgangspunkt i eksisterende frivillige, men som rekrutterer bredere blandt Hjertereforeningens medlemmer, hjertepatienter og endda pårørende i lokalområdet. Præmissen for at dette kan lykkes er at være skarp på rollen (og heraf benævnelsen) og opgaven.

Min anbefaling er også at projektdeltagere ikke udelukkende tilbydes aktiviteter, efter afslutning af det kommunale rehabiliteringsforløb, som er begrænset af tilbuddene i den lokale Hjertereforening, men at der skeles til det øvrige foreningsliv. Formålet er jo at sikre borgere med atrieflimren et godt liv med deres hjertesygdom. For nogen er det en hverdag med Hjertemotion og for andre MediYoga. Men for mange vil det være golf, gåture, samtaler, brætspil, kajakroning, vinterbadning eller alt muligt andet.

Min konklusion er at udvikling af samarbejdet med frivillige har været udfordret af en (for) ambitiøs tidshorisont ift. mentoropgavens karakter og afledt heraf, en manglende 'mening' for den enkelte frivillige. Konklusionen er ikke at tanken og idéen bør aflives, men at den bør genfødes med et stærkere skelet og med en tydeligere mund.

Andre emner i samarbejdet med Hjerteforeningen og frivillige

På OUH Odense er der etableret patientstøtteordning i samarbejde med HF. Ved 'udviklingssprintet' og efterfølgende tales der i projektet om muligheden for det samme på OUH Svendborg. En af 'de erfarne patienter' i brugerpanelet er selv patientstøtte på OUH Odense. Da kun ambulatoriet og ikke sengeafdelingerne på OUH Svendborg er en del af projektet indtil videre, blev det for stort et projekt og det gav ikke mening at koble udvikling af denne funktion på projektet, selvom det måske var det, der kunne have løftet en mulig 'mentorordning' af frivillige i projektet. I august 2019 oplyser Hjerteforeningen, at der arbejdes på en struktur hvor samtlige hjerteafdelinger i landet får en patientstøtteordning, så derfor er der god grund til at bringe den viden med i anbefalingerne.

Anbefalinger

1. Det anbefales at fagpersoner fra Hjerteforeningen kobles enten fast eller ad hoc på etablerede tværsektorielle fora på hjerteområdet.
2. Det anbefales at patientforeninger i en eller anden grad kan benytte samme lokalitet som kommunen, idet det sænker barriere for fastholdelse i overgangen til frivillig regi, og udvikler relationen mellem kommune og frivillige.

Anbefalinger for oprettelse af frivillig støtteperson funktion:

3. Det anbefales at der er personsammenhæng mellem lokale frivillige i kommunalt regi og frivillige patientstøtter på sygehuset.
4. Det anbefales at have en grundig og tålmodig rekruttering- og udviklingsproces mellem frivillige og sundhedssektoren, der bygger på oplevelsen af, hvad der giver mening.
5. Det anbefales at være skarp på rollen, benævnelsen og opgaverne, men samtidig åben for ideer, så den enkelte frivillige kan vurdere, om opgaven er meningsfuld og interessant.
6. Bred rekruttering blandt Hjerteforeningens medlemmer, hjertepatienter og pårørende i lokalområdet anbefales.

I øvrigt ift. samarbejde med organisationer i civilsamfund:

7. Det anbefales at der udover tilbud i Hjerteforeningen skeles bredt til foreningslivet i lokalområdet med henblik på at vejlede patienten/borgeren til mest passende og ønskede aktiviteter efter afslutning af et kommunalt rehabiliteringsforløb.

11 Projektets resultater

Dette afsnit vil præsentere projektets kvantitative- og kvalitative resultater. Mange af projektets kvalitative resultater (citater) er præsenteret tidligere i rapporten, under de aktiviteter eller overskrifter de hver især siger noget om. Afsnittet om kvalitative resultater (afsnit 11.2) vil derfor være baseret udelukkende på to afholdte fokusgruppe interviews og lydoptagelser fra afsluttende samtaler med deltagerne.

Inden gennemgang af resultaterne fortælles kort projektets metoder ift. dataindsamling. I projektet er anvendt både kvantitative og kvalitative metoder.

Kvantitativ metode

De to PRO-skemaer: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) og HeartQoL, er anvendt som spørgeskemaer i projektet og er dermed en del af den kvantitative dataindsamling. HADS er brugt som screeningsredskab til at 'måle' angst og depression. HeartQoL måler livskvaliteten. Der har været tre dataindsamlinger med disse PRO-skemaer: en baseline måling ved opstart af forløb på sygehuset samt to opfølgende målinger: 2. måling ved afslutning af forløb i kommunen og 3. måling som er gennemført to måneder efter afslutning af forløbet. Resultater fra baseline (1. måling), 2. og 3. måling kan ses i afsnit 11.1.3.

Spørgeskema besvarelser er indhentet via SurveyXact i 2. og 3. måling, og ved manglende besvarelser er anvendt to rykkere med ca. en uges mellemrum. Rykkere foregik via telefon, sms og/eller genudsending af e-brev med link til spørgeskemaet. Den 1. måling blev gennemført på sygehuset via elektroniske systemer. Hvis ikke deltageren havde besvaret spørgeskemaet elektronisk inden samtaler på såvel sygehus som i kommunen, kunne skemaerne udfyldes på papir inden eller under samtalen.

Herudover er der anvendt diverse andre selvkonstruerede skemaer til opsamling af relevante data i projektet i Sundhedshuset, som vil blive præsenteret igennem afsnit 11.1.

Intro til HADS

HADS indeholder 14 spørgsmål herunder syv spørgsmål relateret til angst og syv spørgsmål til depression. Hvert spørgsmål besvares med ét af fire udsagn som hver især udløser en score fra 0-3. Når deltageren har udfyldt skemaet, regnes scoren ud ved at lægge pointene for hver kategori sammen – et resultat for angst og et for depression.

HADS anbefales til screening af angst og depression hos hjertepatienter. HADS er *ikke* et diagnostisk redskab. Det betyder at høj HADS score er et opmærksomhedspunkt som kan bruges i udredningen af angst/depression ved egen læge. HADS er veldokumenteret, internationalt anbefalet og valideret på hjertepatienter. HADS deles i tre scoringsniveauer; 0-7 point lavt symptomniveau og indenfor normalområdet; 8-10 point moderat symptomniveau og muligvis angst/depression; 11-21 point højt symptomniveau og overvejende sandsynligt at der er angst/depression tilstand [31,32].

Intro til HeartQoL

HeartQoL er et hjertespecifikt spørgeskema, der undersøger helbredsrelateret livskvalitet. HeartQoL består af 14 spørgsmål, hvor respondenterne skal huske tilbage på, hvor meget deres hjerteproblem har generet dem, de seneste fire uger. Svarene tildeles en score fra 0 til 3, hvor højere score betyder højere livskvalitet. HeartQoL scoren er et gennemsnit af alle point og ligger derfor altid mellem 0,0 og 3,0. Der

kan beregnes en 'global' HeartQoL score, ved at dividere summen af point med antallet af besvarede spørgsmål. Herudover kan spørgsmålene deles i en fysisk (spørgsmål 1-8 + 13 og 14) og en emotionel (spørgsmål 9-12) subscore. Scoren kan vurderes ud fra hvor langt fra eller tæt på 3, respondenterne ligger. Det kan være rimeligt at antage at en score over midterværdien af HeartQoL (dvs. over 1,5) er OK, og god hvis den ligger over 2. Scores herunder (under 1,5) er bekymrende, og i særlig grad hvis den ligger under 1 [33-35].

Kvalitativ metode

I projektet er der gennemført fokusgruppe interviews to gange med deltagere fra projektet. Interviewguide til disse fokusgrupper er udviklet i projektgruppen ud fra projektets fokusområder, med sparring fra brugerpanelet.

Desuden er deltagerne spurgt i den afsluttende samtale *'Hvad fik du ud af forløbet?'* og *'Hvad har givet særlig værdi i forløbet?'* og mange har indvilliget i, at svarene herpå måtte lydoptages. Disse udgør dermed også en væsentlig del af den kvalitative dataindsamling med deltagerne.

Fokusgruppe interviews og lydoptagelser er transskriberet og materialet er gennemgået efter generelt fremkommende temaer.

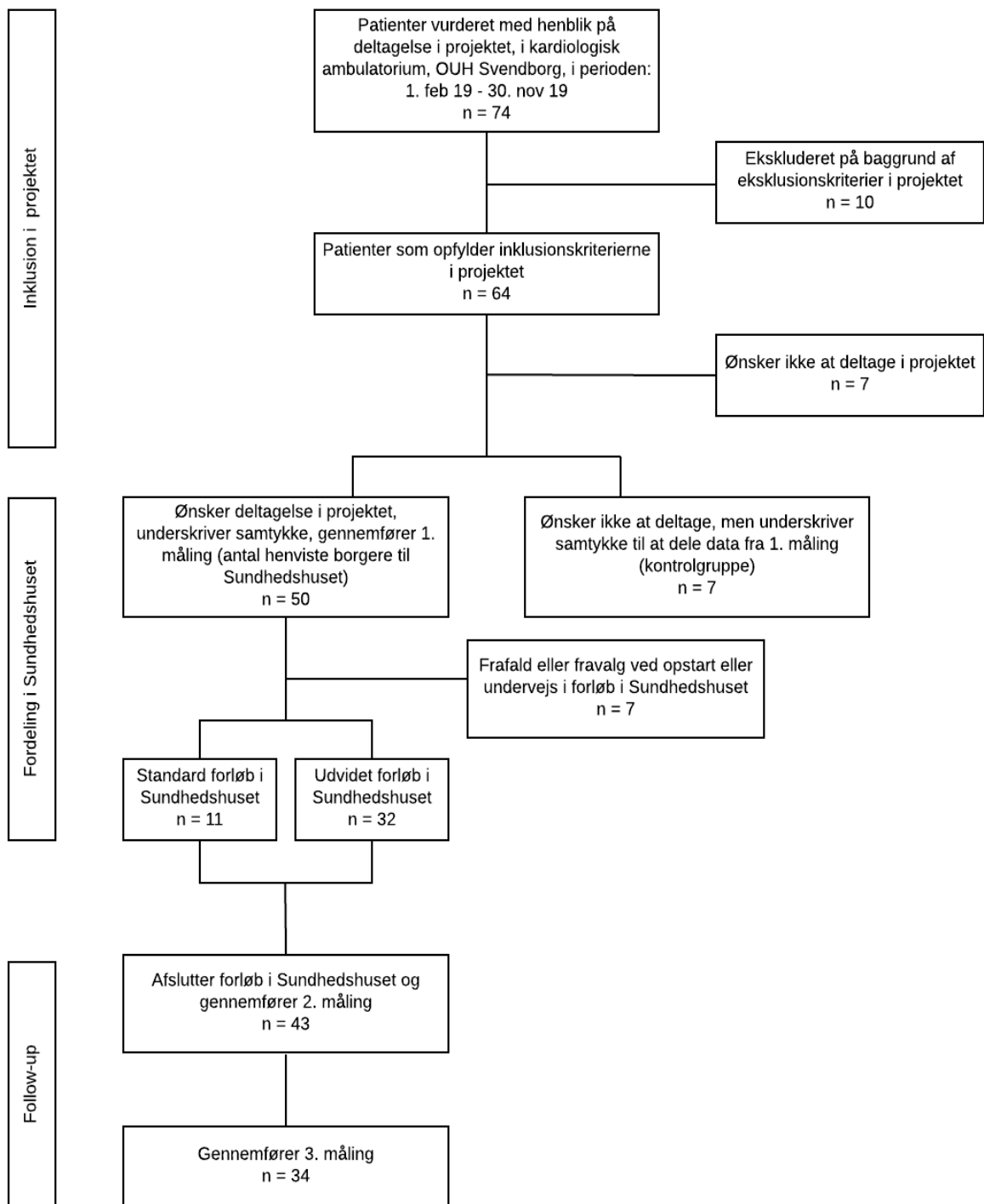
11.1 Kvantitative resultater

Afsnittet er inddelt under fire underoverskrifter, afsnit 11.1.1 som fortæller om deltagerne og deres valg af aktiviteter, 11.1.2 som fortæller om opfølgningen med deltagerne og resultater af at være med i projektet, 11.1.3 som viser resultaterne fra de to spørgeskemaer HADS og HeartQoL og 11.1.4 som fortæller noget om de frafaldne og dem der ikke har ønsket at deltage i projektet.

Først præsenteres flowet af deltagere i projektet i nedenstående figur 9. Som det ses, er der i inklusionsperioden i projektet vurderet 74 patienter på sygehuset med henblik på deltagelse i rehabiliteringsforløbet. Ti af disse blev ekskluderet på baggrund af eksklusionskriterierne (se målgruppen bilag 3). Herudover var der syv som ikke ønskede at deltage og desuden syv som heller ikke ønskede at deltage men underskrev samtykkeerklæring på, at projektet kunne bruge deres data fra 1. måling.

Denne mulighed blev tilvalgt fra start, med det formål at skabe en kontrol gruppe til gruppen af deltagere i projektet. Som det ses i nedenstående flowchart førte disse frafald og fravalg til at kommunen modtog i alt 50 henvisninger fra sygehuset. Af disse er der 11 der har været igennem et standardforløb, 32 i et udvidet forløb, og syv der i forbindelse med opstart af rehabiliteringsforløb eller i ét tilfælde undervejs i forløbet, har fravalgt projektet igen.

Det betyder at 43 deltagere har været igennem rehabiliteringsforløb i kommunen, og alle disse har ligeledes besvaret 2. måling. Den 3. måling som blev gennemført to måneder efter afslutning er der 34 deltagere der har besvaret og dette giver dermed en flot svarprocent på 79,1 % fra 2. til 3. måling. Af de ni personer der ikke har besvaret 3. måling, har ca. halvdelen af dem tilkendegivet at de var *'kørt træet i spørgeskemaer'* og ikke havde lyst til at besvare flere. Den resterende halvdel er det ikke lykkedes at få kontakt til.



Figur 9 – Flowchart

11.1.1 Deltagerne og valg af aktiviteter

De 43 deltagere bestod af 23 kvinder og 20 mænd. De havde en gennemsnitsalder på 66,5 år. Yderligere karakteristika over deltagerne kan ses i tabel 1 nedenstående. Data i tabel 1 er trukket fra henvisningsnotatet baseret på journaldata fra sygehuset.

Herudover kan generelt siges om deltagerne at mange af disse er repræsenteret med flere sygdomme og/eller konkurrerende faktorer, helbredsmæssige såvel som sociale, end blot atrieflimren. Der er en oplevelse blandt projektgruppen om, at dette fører til en øget grad af belastning i livet blandt deltagerne, hvilket hos mange kommer til udtryk i manglende overskud i hverdagen. Dette hænger godt sammen med at ca. 75 % af deltagerne har været igennem et udvidet forløb i Sundhedshuset, dvs. de har haft mulighed for flere samtaler end bare start- og slutsamtale. Samtalerne har især givet den ekstra støtte og motivation, som var nødvendig ift. at bibringe mere overskud til aktiviteter i hverdagen blandt mange af deltagerne.

Tabel 1 – Karakteristika over deltagerne ved baseline

N = 43	
Køn	
Mand, n (%)	20 (46,5%)
Kvinde, n (%)	23 (53,5%)
Missing, n (%)	0
Alder, mean (sd) (median) [range]	
66,5 (7,6) (66) [52;81]	
Atrieflimren type	
Paroksyttisk, n (%)	24 (55,8%)
Persisterende under 2 år, n (%)	12 (27,9%)
Permanent, n (%)	4 (9,3%)
Atrieflagren, n (%)	3 (7%)
Diagnose tidspunkt	
Ny-diagnosticeret (indenfor 1 år), n (%)	16 (37,2%)
Tidligere (mere end 1 år siden), n (%)	27 (62,8%)
Oplevet recidiv af atrieflimren	
Ja, n (%)	29 (67,4%)
Nej (nydiagnosticerede), n (%)	12 (27,9%)
Missing, n (%)	2 (4,7%)
CHADVASC-score	
0, n (%)	2 (4,7%)
1, n (%)	15 (34,9%)
2, n (%)	15 (34,9%)
3, n (%)	5 (11,5%)

4, n (%)	4 (9,3%)
5, n (%)	2 (4,7%)
Inklusionskriterie	
<i>EHRA-score^a (I-IV)</i>	
<i>IIB, n (%)</i>	13 (30,2%)
<i>III, n (%)</i>	30 (69,8%)
<i>Missing, n (%)</i>	0
<i>Hypertension^b, n</i>	18
<i>Diabetes^c, n</i>	3
<i>Overvægt^d, n</i>	16
<i>Rygning^e, n</i>	7
<i>Alkohol^f, n</i>	4
<i>Inaktivitet^g, n</i>	36
<i>Søvnapnø^h, n</i>	24
<i>Angst og depressionⁱ, n</i>	19
<i>Ringe egenomsorg^j, n</i>	22
<i>Flere af ovenstående, n (%)</i>	37 (86,1%)
Stratificering i projektet	
<i>Standard, n (%)</i>	11 (25,6%)
<i>Udvidet, n (%)</i>	32 (74,4%)
<i>Missing, n (%)</i>	0
<i>Omstratificering i Sundhedshuset, n</i>	6
<i>Stratificeret i Sundhedshuset, n</i>	8
Social status	
<i>Bor med ægtefælle, samlevende, n (%)</i>	25 (58,1%)
<i>Bor alene, n (%)</i>	18 (41,9%)
Børn	
<i>Ja, n (%)</i>	40 (93%)
<i>Nej, n (%)</i>	1 (2,3%)
<i>Missing, n (%)</i>	2 (4,7%)
Erhvervsstatus	
<i>Tilknyttet arbejdsmarkedet</i>	
<i>Erhvervsaktiv, n (%)</i>	11 (25,6%)
<i>Flexjob, n (%)</i>	3 (7%)
<i>Sygemeldt, n (%)</i>	3 (7%)
<i>Pension</i>	
<i>Pensionist, n (%)</i>	22 (51,1%)
<i>Efterløn, n (%)</i>	1 (2,3%)

Førtidspensionist, n (%)

3 (7%)

a EHRA-score I-IV. IIB: Normale daglige aktiviteter ikke påvirkede, men patienten er bekymret, III: Normale daglige aktiviteter er påvirkede. <https://www.nbv.cardio.dk/af>

b Hypertension (i behandling med > 1 medikament, eller diagnosen verificeret ved hjemme-BT eller døgnmåling. Ved uerkendt hypertension, hvis BT måles i klinikken til >160/90).

c Dysreguleret diabetes (HbA1c > 58mmol/mol, medmindre højere værdier accepteres pga. andre forhold).

d Overvægt (BMI $\geq$ 30).

e Rygning (aktiv ryger).

f Alkohol (> 7/14 genstande ugentligt, eller ønske om reduktion).

g Inaktivitet (væsentligt under anbefalingerne om 30 min. fysisk aktivitet dagligt). <https://www.sst.dk/da/Viden/Fysisk-aktivitet/Anbefalinger-om-fysisk-aktivitet/65-aarige>

h Kendt søvnapnø eller STOP-bang score $\geq$ 3.

i Angst eller depression (HADS-score $\geq$ 8).

j Ringe egenomsorg (vurderet på uddannelse, socialt netværk, subjektivt vurderet høj belastning i livet)

I henvisningsnotatet fra sygehuset er også trukket data ud om livsstilsfaktorer. Disse er opgjort i tabel 2 nedenstående.

Tabel 2 – Livsstilsfaktorer

N = 43

Rygning	
<i>Ryger, n (%)</i>	7 (16,3%)
<i>Eks-ryger, n (%)</i>	16 (37,2%)
<i>Ikke-ryger, n (%)</i>	20 (46,5%)
Alkohol	
<i>Intet overforbrug mand/kvinde, n (%)</i>	38 (88,4%)
<i>Overforbrug, kvinder > 7 genstande/uge, n (%)</i>	4 (9,3%)
<i>Overforbrug, mænd > 14 genstande/uge, n (%)</i>	1 (2,3%)
Fysisk aktivitet	
<i>Under SST anbefaling, n (%)</i>	36 (83,7%)
<i>Over SST anbefaling, n (%)</i>	7 (16,3%)
<i>BMI, mean (sd) [range]</i>	28,9 (5,5) [19,5;45]
<i>BMI $\geq$ 30, n (%)</i>	16 (37,2%)

Det ses at syv af deltagerne er rygere, fem har et alkohol overforbrug i henhold til Sundhedsstyrelsens grænser for mænd og kvinder [36], 36 er fysisk inaktive i henhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger for fysisk aktivitet [37], og deltagernes BMI er gennemsnitligt i den høje ende, med 16 personer med et BMI over 30.

Deltagernes valg af aktiviteter i rehabiliteringsforløbet er opgjort i nedenstående tabel 3.

Tabel 3 – Opgørelse af aktiviteter i Sundhedshuset

N = 43

Afklarende samtaler, <i>n</i>	43
Ekstra behovssamtaler	
<i>Udførte i alt, n</i>	22
<i>Heraf 1 ekstra samtale, n</i>	15
<i>Heraf 2 ekstra samtaler, n</i>	2
<i>Heraf 3 ekstra samtaler, n</i>	1
<i>Heraf 4 ekstra samtaler, n</i>	0
Ekstra telefonsamtaler	
<i>Udførte i alt, n</i>	35
<i>Heraf 1 ekstra, n</i>	14
<i>Heraf 2 ekstra, n</i>	9
<i>Heraf 3 ekstra, n</i>	1
Afsluttende samtaler, <i>n</i>	43
Tryghed ved motion, <i>n (%)</i>	13 (30,2%)
MediYoga, <i>n (%)</i>	36 (83,7%)
Mestring af livet med atrieflimren, <i>n (%)</i> (<i>ekskl. pårørende</i>)	31 (72,1%)
Kursusforløb om bekymringer, stress og angst, <i>n (%)</i> (<i>ekskl. pårørende</i>)	7 (16,3%)
Andre aktiviteter	
<i>Rygestop, n</i>	3
<i>Kostvejledning hjerte, n</i>	4
<i>Kostvejledning diabetes, n</i>	1

Alle aktiviteter var åbne for alle deltagere ud fra behov og motivation. Dog er det vigtigt at huske at rygestop kun var relevant for de syv rygere, dvs. tre ud af syv rygere har været på rygestop (tilnærmelsesvis halvdelen).

11.1.2 Opfølgning under forløb og ved afslutning

Som præsenteret i afsnit 8.5 om redskaber anvendt i samtaler, har projektet ved opstarts- og afsluttende samtale benyttet sig af et barometer (se bilag 10 og 11), hvor deltagerne angiver fra 0-10 hvor enige eller uenige de er i, at de *'trives og har det godt i hverdagen'*. Hvor 0 er helt uenig og 10 er helt enig.

Resultater fra barometermålingen præsenteres i tabel 4. Som det ses øges deltagernes trivsel og følelse af at have det godt i hverdagen gennemsnitligt fra start til slut.

Tabel 4 – Livskvalitet-barometer i opstarts- og afsluttende samtale

N = 43

Barometer start, <i>mean (sd) (median) [range]</i>	6,5 (2,5) (7) [0;10]
<i>Missing, n</i>	3
Barometer slut, <i>mean (sd) (median) [range]</i>	8,3 (1,7) (8,8) [4;10]
<i>Missing, n</i>	3

I projektet er der i forbindelse med afsluttende samtale fulgt op på livsstilsfaktorerne, som præsenteret tidligere i tabel 2 fra baseline. I nedenstående tabel 5 præsenteres deltagernes selvrapporterede livsstilsændringer ved afsluttende samtale. Disse data er trukket fra dokumentation af den afsluttende samtale.

Tabel 5 – Opfølgning på livsstilsfaktorer

Rygning, n = 7	
<i>Ryger fortsat, n</i>	4
<i>Rygestopkursus - røgfri, n</i>	2
<i>Rygestopkursus - status ukendt, n</i>	1
Alkohol, n = 43	
<i>Intet overforbrug mand/kvinde, n (%)</i>	40 (93%)
<i>Overforbrug, kvinder > 7 genstande/uge, n (%)</i>	1 (2,3%)
<i>Missing, n (%)</i>	2 (4,7%)
Fysisk aktivitet, deltagere i Tryghed ved motion, n = 13	
Cykeltest, watt-tal før og efter	
<i>Watt-tal før, mean [range]</i>	115,9 [75;150]
<i>Missing, n</i>	2
<i>Watt-tal efter, mean [range]</i>	124,5 [75-165]
<i>Missing, n</i>	3
BMI, <i>mean (sd) [range]</i> , n = 34	
<i>BMI ≥ 30, n (%)</i>	11 (25,6%)
<i>Gennemsnitlig vægtforskel i kg ved slut (sd) [range]</i>	-1,21 (2,8) [-9;6]
<i>Missing, n (%)</i>	9 (20,9%)

Som det ses har ca. halvdelen af rygerne været på rygestop og to er fortsat røgfri, den sidste vides ikke. Ingen har været i alkoholbehandling, men flere har dog reduceret deres alkoholforbrug. Her har samtalerne og det interdisciplinære samarbejde mellem fagpersoner i Sundhedshuset igen haft en stor rolle, idet en alkohol problematik løbende er blevet italesat under hele forløbet, hvilket har ført til at flere af deltagerne selv nævner at de ved afslutning har skåret ned i deres alkoholforbrug. En kvinde

nævner fortsat ved afsluttende samtale at hun drikker lige omkring/lige over grænsen på de syv genstande pr. uge, men ser det ikke selv som et problem.

De tretten deltagere, som har deltaget i Tryghed ved motion, har i forbindelse med opstart- og afslutning af træningsforløb, gennemført en cykeltest og dermed er der målt et watt tal før og efter træningsforløb. Desværre er det ikke alle tretten deltagere der har været igennem cykeltesten, men af de resultater projektet har, er der beregnet gennemsnitligt watt tal for denne gruppe (se tabel 5). Det ses at watt tallet øges for deltagerne fra start til slut, hvilket kan indikere at de har opnået øget arbejdskapacitet. Det har dog ikke været det vigtigste mål i projektet at påvise hverken øget styrke eller evt. kondition blandt deltagerne, men mere at afdække hvorvidt deltagerne er blevet mere fysisk aktive i deres hverdag eller har fået større motivation for fysisk aktivitet. Dette har fysioterapeut i projektet spurgt deltagerne om i forbindelse med afslutning af træning. Ligeledes er deltagerne generelt spurgt ind til ændringer i fysisk aktivitet i den afsluttende samtale. Talt sammen angiver 12 ud af alle 43 deltagere (28 %), at være blevet mere fysisk aktive. Herunder præsenteres to eksempler herpå ved citater:

Kvinde: Jeg er blevet mere aktiv og mere motiveret for fysisk aktivitet. Jeg vil fortsætte med daglige gåture og starte træning i senior idræt to gange ugentligt. Jeg laver dagligt morgen gymnastik hjemme, efter gymnastikken laver jeg nogle af åndedrætsøvelserne fra mediyoga.

Mand: Jeg er startet i SG huset til styrketræning og cykler derud 2 gange om ugen. Jeg oplever mere energi og er mindre rastløs.

Omkring BMI og vægt er deltagerne spurgt ved afslutning omkring deres vægt eller om de har taget på eller tabt sig siden start af forløbet. Vægten ved afslutning (som er selvrapporateret) er dermed sammen med højden (data fra baseline), brugt til at beregne et afsluttende BMI (se tabel 5). Herudover er den gennemsnitlige vægtforskel angivet i tabellen.

Som det ses er det gennemsnitlige BMI ikke særligt forskelligt fra BMI ved baseline (28,6 vs. 28,9). Dog er der kun 11 deltagere sammenlignet med 16 ved baseline, der har et BMI over 30 ved afslutning. Den gennemsnitlige vægtforskel er ligeledes -1,21 kg, hvilket samlet set indikerer at nogle af deltagerne har tabt sig. Det er dog vigtigt at bemærke at der er ni ud af de 43 deltagere, der ikke er spurgt til vægten i forbindelse med afsluttende samtale, hvilket procentvist er ca. en femtedel. Årsager til dette kan være at vægt er et tabubelagt emne, hvilket kan gøre det sværere at spørge ind til, og herudover er der nogle hvor det simpelthen er 'glemt' i situationen.

Deltagerne blev også spurgt, i forbindelse med den afsluttende samtale, til årsager til eventuelt vægttab eller vægtøgning. Eksempler herpå er:

Mand: Har tabt lidt ved at blive mere aktiv og fortsat spise sundt.

Mand: Har tabt 9 kg og nået mit mål. Har fået øget fokus på kosten og portionsstørrelser via kostundervisning og forløb her og så har jeg bevæget mig mere grundet årstiden.

I projektet er der også fulgt op på MediYoga-forløbet ved hjælp af et skema hvor deltagerne bliver spurgt 'På en skala fra 0-10, hvor meget fik du ud af MediYoga forløbet?', hvor 0 er ingenting og 10 er maksimalt. Tabel 6 viser resultaterne af dette "MediYoga-meter".

Tabel 6 – MediYoga-meter ved afslutning af MediYoga

N = 36

Barometer, <i>mean (sd) (median) [range]</i>	8,0 (1,8) (8) [3;10]
Missing, <i>n</i>	1

35 ud af de 36 deltagere i MediYoga-forløbet har besvaret dette MediYoga-meter og de har gennemsnitligt vurderet forløbet med 8. Median-tallet viser ligeledes at 50 % af deltagerne har fået enten 8, 9 eller 10 ud af forløbet.

Der findes mange citater fra de 36 deltagere på MediYoga, om hvad de har oplevet og fået ud af at være med på MediYoga holdet. Nogle af disse er præsenteret under 'MediYoga' i afsnit 8.6.4 og andre præsenteres i de kvalitative resultater (afsnit 11.2), da MediYoga har haft en så gennemgribende betydning for oplevelsen af det samlede forløb for mange af deltagerne.

11.1.3 Livskvalitet, angst og depression

PRO-spørgeskemaerne HADS og HeartQoL er anvendt til at undersøge deltagernes angst, depression og livskvalitet igennem forløbet. De to PRO-skemaer er anvendt tre gange: en baseline (1. måling) ved opstart af forløb, 2. måling ved afslutning af forløb og 3. måling to måneder efter afslutning af forløb. I nedenstående tabel 7 præsenteres resultaterne. I bilag 13 ses resultaterne gengivet i såkaldte 'spagetti-plots'-grafer, som dermed viser udviklingen over tid for alle deltagere. Det bliver dermed mere tydeligt hvordan deltagernes scores reelt fordeler sig på angst, depression og de tre livskvalitet skalaer.

Tabel 7 - Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) og HeartQoL – 1., 2. og 3. måling

	1. måling n = 43	2. måling n = 43	3. måling n = 34
Angst score, <i>mean (sd) [range]</i>	6,8 (4,0) [0;15]	4,4 (3,9) [0;14]	4,7 (3,9) [0;16]
Depression score, <i>mean (sd) [range]</i>	4,9 (3,7) [0;13]	2,9 (3,2) [0;13]	3,1 (3,4) [0;12]
HeartQoL global, <i>mean (sd) [range]</i>	1,9 (0,7) [0,4;2,9]	2,2 (0,7) [0,6;3]	2,2 (0,7) [0,6;3]
HeartQoL fysisk, <i>mean (sd) [range]</i>	1,8 (0,8) [0;3]	2,1 (0,8) [0,3;3]	2,2 (0,8) [0,2;3]
HeartQoL emotionel, <i>mean (sd) [range]</i>	2,1 (0,8) [0;3]	2,5 (0,6) [0,8;3]	2,4 (0,7) [0,8;3]

Den 3. måling blev planlagt pga. en hypotese om at eventuelle effekter på angst, depression og livskvalitet kunne indtræde efter en tidsperiode, men også for at se, ved en opnået effekt, om deltagerne vil falde tilbage til tidligere niveau på scores, efter at have forladt rehabiliteringsforløbet i Sundhedshuset.

Ud fra ovenstående resultater kan man sige at deltagerne bliver mindre angst og depressive samt får højere livskvalitet, fra før rehabiliteringsforløb til efter. Denne effekt fastholdes to måneder efter endt forløb (3. måling).

Sammenligning med andre hjertepatienter

Projektets deltagere har ved start (1. måling) et lidt højere angst og depressions niveau, baseret på HADS, sammenlignet med andre grupper af hjertepatienter. I et studie med 7167 patienter med

iskæmisk hjertesygdom findes en gennemsnitlig HADS angst score på 5,9, og HADS depression score på 4,3 [38].

Projektets deltagere også en lidt lavere livskvalitet, baseret på HeartQoL, sammenlignet med andre grupper af hjertepatienter. I et studie med 7449 patienter med koronar hjertesygdom findes en gennemsnitlig HeartQoL global score på 2,2, HeartQoL fysisk på 2,1, og HeartQoL emotionel på 2,3 [39]. Ligeså i et studie med 6384 patienter med angina pectoris, myokardie infarkt eller hjertesvigt findes en gennemsnitlig HeartQoL global score på 2,2, HeartQoL fysisk på 2,2, og HeartQoL emotionel på 2,4 [40].

Dog er det muligt at denne forskel til andre hjertepatienter vil forsvinde i et større forskningsprojekt med flere deltagere med atrieflimren. Dette er der noget der kan tyde på idet et andet studie med 462 patienter med atrieflimren finder gennemsnitlige HeartQoL scores i samme niveau: global 2,2, fysisk 2,2 og emotionel 2,3 [33]. Ligeledes for HADS findes i et andet studie med 105 patienter med atrieflimren, en gennemsnitlig angstscore på 5,21 og depressionsscore 3,32 [41].

Hvornår er det muligt at tale om effekt

Der findes statistiske mål der fortæller hvor meget en score skal ændre sig, for at man tør tro på at den ændring man ser, faktisk er en reel ændring. Et eksempel på et sådant mål er 'Minimal Important Difference' (MID). MID står for den mindste ændring i en score, som patienten opfatter som en vigtig ændring [42].

Rasmussen et al [38] anslår en MID på 1,5 for HADS og 0,35 for HeartQoL. Dvs. ved at se på en HADS score før og efter et rehabiliteringsforløb, vil man anskue en ændring i scoren på 1,5 eller mere, som en reel ændring i angst og depression. Ligeledes for HeartQoL vil en ændring på 0,35 eller mere anskues som en reel ændring i livskvalitet.

I dette projekt ændrer HADS angst sig fra 6,8 til 4,4, dvs. en forskel på 2,4 og HADS depression ændrer sig fra 4,9 til 2,9, dvs. en forskel på 2,0, fra før rehabiliteringsforløb til efter. På baggrund af MID er det derfor muligt at sige at der sker en reel ændring i angst og depression for deltagerne gennemsnitligt. Hvis man ser på ændringen fra 2. til 3. måling, altså fra afslutning af forløb til to måneder efter, stiger HADS angst og depression med 0,2-0,3. Dette er ifølge MID, ikke nok til at tolke som en reel ændring og derfor kan man sige at deltagerne gennemsnitligt fastholder den effekt de fik af rehabiliteringsforløbet på angst og depression også to måneder efter endt forløb.

HeartQoL ændrer sig fra 1,9 til 2,2 på den globale skala, fra 1,8 til 2,1 på den fysiske skala og fra 2,1 til 2,5 på den emotionelle skala, når man ser på scores fra før rehabiliteringsforløb til efter. På baggrund af MID ligger disse forskelle på 0,3-0,4, dvs. lige omkring MID niveauet på 0,35 for HeartQoL, med den største ændring på den emotionelle skala hvilket går godt i tråd med HADS resultaterne. Det peger derfor imod at den største effekt for deltagerne generelt er på det psykiske plan. Da mange mennesker med atrieflimren lever med bekymringer og angst, mm., relateret til sygdommen, er dette et vigtigt fund. Også på de tre forskellige HeartQoL skalaer fastholder deltagerne deres opnåede niveau idet ændringer i scores ligger på 0,0-0,1 fra efter forløb til to måneder efter endt forløb.

Oplevelsen af forløbet

Sidst, men ikke mindst, har der i projektet været udviklet og anvendt et spørgeark i afsluttende samtale (se bilag 14) med otte spørgsmål, som bistår den kvalitative evaluering omkring deltagerne oplevelse af rehabiliteringsforløbet. De otte spørgsmål er delt ind under tre kategorier: oplevelse af forløbet, læring i

forløbet og fremover. Svarene gives på en femtrins-skala fra 'meget lidt' til 'rigtig meget'. Under '*oplevelse af forløbet*' spørges ind til om deltagerne oplevede at der blev lyttet til dem, om der blev sat fokus på det der var vigtigt for dem, om de oplevede en gennemgående rød tråd samt om aktiviteterne var relevante for det de gerne ville opnå. Under '*læring i forløbet*' spørges ind til om deltagerne har fået større indsigt og forståelse i deres liv med atrieflimren, om de nu i højere grad oplever at fylde deres hverdag med noget der glæder dem samt om de er mindre bekymrede i deres hverdag. Under '*fremover*' spørges ind til om deltagerne har en plan for hvordan de vil arbejde videre med deres trivsel og livskvalitet.

Der findes ikke på forhånd definerede succeskriterier for dette skema. I styregruppen er besluttet at se på "de røde" svar samlet, altså svarkategorierne 'meget lidt' og 'lidt'. "Den gule" altså 'måske' for sig, og "de grønne" svar samlet, altså svarkategorierne 'meget' og 'rigtig meget'. I styregruppen er talt om at et succeskriterie kunne være hvis 80-90 % af deltagerne svarer i 'det grønne'.

Der er 36 ud af de 43 deltagere der har udfyldt dette spørgeark og resultaterne kan ses i nedenstående tabel 8.

Tabel 8 – Oplevelsen af forløbet, mm – refleksionsspørgsmål fra afsluttende samtale

N = 36	Mean	Meget lidt	Lidt	Måske	Meget	Rigtig meget
Oplevelsen af forløbet						
<i>Blev der lyttet til dig</i>	4,6	0	0	0	13	23
<i>Blev der sat fokus på det, der er vigtigt for dig</i>	4,4	0	0	2	16	18
<i>Har du oplevet en gennemgående rød tråd</i>	4,3	0	0	5	14	17
<i>Var aktiviteterne relevante for det, du gerne ville opnå</i>	4,2	1	1	2	17	15
Læring i forløbet						
<i>Har du fået større indsigt og forståelse i dit liv med atrieflimren</i>	4,2	1	1	3	17	14
<i>Oplever du nu, at du i højere grad fylder din hverdag med noget der giver dig glæde</i>	4,1	0	1	6	19	10
<i>Er du mindre bekymret i din hverdag</i>	4,1	1	1	7	12	15
Fremover						
<i>Har du en plan for, hvordan du arbejder videre med din trivsel og livskvalitet</i>	4,1	0	0	5	21	10
Procent i alt		2,4%		10,4%	87,2%	

Som tabellen viser svarer 87,2 % af deltagerne i det grønne område og deltagerne er altså generelt ret tilfredse med deres forløb. Disse fund suppleres af de kvalitative resultater i afsnit 11.2.

11.1.4 Frafaldne og 'deltager-ikke'

Det sidste afsnit i den kvantitative del af resultaterne vil fortælle lidt om dem der ikke har valgt at deltage i projektet og dem som er faldet fra i løbet af rehabiliteringsforløbet.

Dem der valgte at sige nej til deltagelse, men som gerne ville dele data fra første måling

De syv personer som valgte ikke at deltage men gerne ville dele data fra 1. måling bestod af tre kvinder og fire mænd i alderen 59 til 83 år. Tre havde atrieflagren, tre havde paroxysmisk atrieflimren og en havde persisterende atrieflimren. En ud af syv havde søvnapnø baseret på STOP-bang, dog var der tre personer hvor STOP-bang scoring ikke blev gennemført. En var erhvervsaktiv, en var på efterløn, 2 var på førtidspension og tre var pensionerede. En var ryger. To havde et alkohol overforbrug i forhold til Sundhedsstyrelsens retningslinjer. Seks var fysisk inaktive. To havde et BMI over 30. De havde en gennemsnitlig angst score på 4,4 (fra 0-9) og en gennemsnitlig depressionsscore på 2,6 (fra 1-7). Baseret på HADS er denne gruppe altså mindre angste og deprimerede end gruppen af deltagere i projektet ved baseline (se tabel 7). Dog er det svært at udtale sig med stor sikkerhed om dette, på grund af gruppens størrelse på syv personer. Ved livskvalitets målingen (HeartQoL) ses en global score på 2,0 (fra 0,5-2,9), en fysisk score på 2,0 (fra 0,3-3) og en emotionel score på 2,2 (fra 1,25-3). Disse resultater er stort set ens med gruppen af deltagere i projektet (se tabel 7).

Som sagt er det svært at udtale sig om, om denne gruppe er forskellig fra gruppen af deltagere idet gruppen ikke er større end den er. Umiddelbart afspejler gruppen nogenlunde gruppen af deltagere i projektet. Dog er der to ud af syv der har et alkohol overforbrug, hvilket procentvist er en større andel end blandt projektdeltagerne og samtidig ser det ud til at de er mindre angste og deprimerede. Det kan derfor være svært at konkludere hvorvidt gruppen af personer som fravælger at deltage i projektet, er mere eller mindre 'belastede' end gruppen af deltagere.

Dem som frafaldte eller fravalgte forløb efter at de startede i rehabiliteringsforløbet i kommunen

De syv der frafaldt eller fravalgte rehabiliteringsforløbet i Sundhedshuset bestod af en kvinde og seks mænd i alderen 53 til 75 år. En havde atrieflagren, to havde paroxysmisk atrieflimren, tre havde persisterende atrieflimren og en havde permanent atrieflimren. Seks ud af syv har søvnapnø baseret på STOP-bang. To var erhvervsaktive og en var arbejdsløs. De sidste fire var pensionister. En var ryger. En havde et alkohol overforbrug i forhold til Sundhedsstyrelsens retningslinjer. Fem var fysisk inaktive. En havde et BMI over 30. De havde en gennemsnitlig angst score på 4,9 (fra 0-10), dog er det interessant at fire af dem scorer 0 eller 2, og de sidste tre scorer 9 eller 10. Dette kan tyde på at de enten har det rigtig godt eller at det er dem der kæmper med noget angst. De havde en gennemsnitlig depressionsscore på 4 (fra 0-9), som er mere jævnt fordelt i intervallet mellem 0 og 9. Ved livskvalitets målingen (HeartQoL) ses en global score på 2,2 (fra 1,1-2,8), en fysisk score på 2,2 (fra 0,50-2,80) og en emotionel score på 2,4 (fra 1,25-3). Disse resultater er lidt bedre end projektdeltagerne, men det er svært at sige om det er tilfældigt grundet gruppens størrelse på syv personer.

Det kan se ud til at gruppen af frafaldte fra projektet måske er mere ramt af atrieflimren, idet i alt fire personer enten har persisterende eller permanent atrieflimren, hvilket procentvis er flere end gruppen af deltagere. Ligeledes lider de måske i højere grad af søvnapnø. De ser dog gennemsnitligt ud til at have det bedre på angst, depression og livskvalitet end gruppen af deltagere.

Denne gruppe af personer er mere kendt af fagpersonerne i Sundhedshuset idet nogle af dem har haft en afklarende samtale, en var endda i gang med et træningsforløb, og ellers har der været telefonisk kontakt omkring fravalget af deltagelse i projektet. Derfor er der en viden om i projektet, hvad der var

medvirkende årsager til frafald eller fravalg. Der er særligt to personer som frafaldt projektet ud fra hvad der må vurderes at være en så markant grad af belastning og manglende overskud i hverdagen, at de ikke magtede at være en del af rehabiliteringsforløbet. Herudover var nogle af dem så minimalt påvirkede af atrieflimren at de alligevel ikke syntes det gav mening at være i et forløb med dét fokus, og så var der nogle der bare ikke havde lyst alligevel.

11.2 Kvalitative resultater

Dette afsnit indeholder deltagernes tilbagemeldinger fra fokusgruppe interviews og lydoptagelser ved afsluttende samtaler, med fokus på hvad deltagerne har fået ud af at deltage i rehabiliteringsforløbet. Fokusgruppe interviews og lydoptagelser er transskriberet og materialet er samlet set igennem efter gennemgående temaer.

Overordnet kan deltagernes udtalelser kategoriseres under seks overskrifter; *At finde ro; Det er vigtigt at der er et rehabiliteringstilbud; Brug af ord; Støtte fra fagpersoner; Inddragelse af pårørende er vigtigt; At være i fællesskab med hinanden.*

11.2.1 At finde ro

Et gennemgående tema i deltagernes udtalelser handler om at finde ro. Flere af deltagerne taler om at stress er en del af deres liv og at rehabiliteringsforløbet har hjulpet dem til at finde ro. Deltagerne har fundet ro ved at de har fundet støtte i hinanden og i de sundhedsprofessionelle. Mange har fundet ro gennem MediYoga og flere har fundet ro gennem 'at få mere viden' om atrieflimren og livet med atrieflimren.

Nedenstående citat fra en kvindelig projektdeltager peger på at MediYoga har været et redskab for hende til at sænke stressniveau:

Kvinde: Altså på sygehuset blev jeg opfordret til at tage herved og få nogle samtaler, fordi jeg har aldrig haft det [atrieflimren] før og det kom som et lyn fra en klar himmel. Da jeg så er hernede, og har de her samtaler med sygeplejersken her i huset, der bliver jeg spurgt ind på mestrings og håndtering, og vi taler meget om det der mediyoga, og jeg havde det lidt sådan, at yoga er jeg blevet anbefalet hele mit liv, men lad os da prøve. Det kan jo ikke skade. Og det er simpelthen det bedste, jeg har gjort i hele mit liv. Det har sat min stress helt anderledes ned, end noget andet har gjort før.

Ligeså peger de næste to kvinder på MediYoga som et værktøj mod stress og til at skabe ro. Den ene kvinde nævner i øvrigt at have prøvet mindfulness tidligere og at det ikke gav det samme som MediYoga for hende:

Kvinde: Jeg har haft stress i mange, mange år, eller i hvert fald sådan meget i to år, hvor det har påvirket mig så meget, at jeg ikke har kunnet finde ud af at leve mit liv, sådan vil jeg faktisk sige det. Jeg har gemt mig væk derhjemme og haft det rigtig svært med kontakt til andre mennesker og så, jeg har også gået her i et forløb tidligere, hvor jeg gik til mindfulness, men det kunne ikke rykke ved noget, som mediyoga kan. Og det var allerede første gang, jeg var til mediyoga, der kunne jeg bare mærke, hold da op. Jeg fik simpelthen følelsen af håb.

Kvinde: *Og med hensyn til mediyoga, det har så gjort, at trygheden også er kommet. For det første når vi møder op til vores time, så kan vi jo alle sammen mærke, at roen falder på os, og vi er alle koncentrerede om at få den ro ført helt igennem, altså sådan at man er i nuet, altså glemmer alt omkring dig, og det er jo også et fantastisk værktøj, hvis du kan... Jeg har gjort brug af det hjemme, i forhold til at jeg har fået et anfald af det hjerteflimmer, som har stoppet det.*

Der var også flere deltagere der pegede på at den viden de fik gennem deltagelse i forløbet gav ro:

Kvinde: *Det var bare det jeg sagde, 'viden er godt', fordi det giver ro.*

Det nævnes også af flere deltagere at det er vigtigt at rehabilitering foregår i kommunen og ikke på hospitalet, idet kommunen opleves som et mere roligt sted:

Kvinde: *Så det er jeg super glad for og rigtig, rigtig tilfreds med det her sted, og modsat sygehuset er der meget ro her, og det synes jeg godt, at man kan, det har jeg i hvert fald brug for, ikke at være i det der system af senge og hvide dragter og alt muligt, der ræser forbi. Men her er der ligesom ro og også ro til den enkelte, det synes jeg er meget, meget positivt.*

11.2.2 Det er vigtigt at der er et rehabiliteringstilbud

Et andet gennemgående tema udtalt af flere deltagere, er at det vigtigste overhovedet det er, at der er et tilbud.

Kvinde: *Altså det der er meget vigtigt, det er man får et tilbud.*

Deltagerne udtrykker sig i det hele taget positivt om forløbet:

Mand: *Overordnet set synes jeg, det er flot at få det tilbudt. Det har jeg været overrasket over og modtaget meget positivt''.*

Ligeså denne mand, som også drejer sin oplevelse over i MediYogaens verden:

Mand: *Den tid jeg var her, den var meget positiv, og jeg kører jo stadig på yogaen, som jeg synes, jeg ved ikke, om den hjælper rent helbredsmæssigt, men man får det godt indeni, psykisk og sådan. Når man sidder og mediterer, så får jeg lidt ro i sjælen og ja, jeg får åndedrættet under kontrol, og jeg ved da, at hvis jeg får det skidt derhjemme en dag, så kan jeg godt sætte mig ned og lige bruge et par af de øvelser, jeg har lært, fordi de hjælper, så man kan få vejret på en bedre måde.*

Et kommunalt rehabiliteringsforløb er underlagt en på forhånd fastdefineret ramme for varigheden af forskellige aktiviteter. F.eks. består et træningsforløb af 12 gange over en seks ugers periode. Nogle deltagere har udtrykt at de godt kunne tænke sig flere gange, både ift. træning hvor seks uger kan føles som kort tid, men også ift. MediYoga (et forløb over 12 uger, en gang om ugen), hvor det kan tage nogle gange inden man finder ind i øvelserne og roen. En deltager udtrykker herunder:

Mand: *Jeg er lidt ked af, at jeg synes, at de forskellige ting er for korte, fordi du når, øhm for eksempel motion, du når lige at komme op at sige, nu har jeg egentlig lidt kondi, og så er det slut.*

I projektet er deltagerne blevet tilbudt rehabiliteringsforløbet på sygehuset, som sendte en henvisning til kommunen. Dvs. proceduren afspejler også virkelighedens verden. Der er flere deltagere der har udtalt, at det kan være svært at tage stilling til hvad '*man kunne tænke sig*', når man sidder ude på hospitalet og taler om hjertesygdom og behandling. Flere deltagere har udtrykt taknemmelighed for hvis sygeplejersken på sygehuset direkte anbefaler et forløb frem for at lade det være op til ens egen beslutning og dømmekraft. Dette peger i retning af en opmærksomhed på timingen hvormed patienter præsenteres for mulige rehabiliteringsforløb generelt og en opmærksomhed på hvordan sundhedsprofessionelle faktisk har relativt stor indflydelse på hvad en patient vælger. Dette kan ses i nedenstående to citater:

Mand: Det var samtalen på hospitalet, der lagde op til, at hun syntes, det var godt for mig, hvis jeg kom i gang med noget, og øhm ligesom du siger derovre [anden deltager], at man tog imod med kyshånd, hvad der kunne blive puttet ind, så har jeg besluttet at sige ja.

Mand: Så overordnet set så har jeg været glad for det hele og jeg syntes, det var fantastisk, man fik alle de her tilbud. Én ting er dog, at det er svært, at sidde ude allerede på hospitalet, du har lige fået at vide, at du har nogle kvababbelser og du skal have stød og du skal snittes i, og hvad ved jeg... Og så hvad kunne du tænke dig? Jeg aner ikke, hvad jeg kunne tænke mig, men det er, som [anden deltager] også sagde, så takker man ja til det man får, så må man jo sortere i det.

Dette sidste citat giver også en god overgang til det næste emne om ”brug af ord”.

11.2.3 Brug af ord

I projektet er fremkommet flere eksempler på hvordan brug af ord omkring sygdommen atrieflimren, kan føre mange forskellige reaktioner med sig hos forskellige mennesker. Som i ovenstående citat, så viser nedenstående interview korrespondance mellem en kvinde, to mænd og interviewerens hvordan brug af ord relateret til forskellige oplevelser af atrieflimren, kan virke skræmmende:

Kvinde: Hvad var det nu jeg ville sige. Jo, jeg vil sige, jeg har ikke mærket noget [til AF], jeg har kun haft det, den ene gang.

Interviewer: Men så ved du i hvert fald hvordan det føles?

Kvinde: Ja, og hvad gør man hvis det kommer så voldsomt igen?

Mand 1: Så æder du bare en pille mere.

Mand 2: Nææh, så bliver hun stødt. Det er jeg blevet 8 gange og ellers bliver du brændt.

Kvinde: Brændt?

I faglige termer er der her tale om henholdsvis en DC-konvertering eller en ablation (varmebehandling), men i daglig tale altså omtalt som ”stød” og ”brænding”. Det er tydeligt af ovenstående korrespondance at det er ord som kan virke skræmmende på nogen og måske mindre på andre. I projektet er der flere deltagere der har udtalt at sådanne brug af ord om behandling kan skærme for evnen til at høre hvad der ellers bliver sagt, fordi de kan virke så voldsomme at '*hjernen simpelthen lukker ned*' herefter.

Et andet eksempel på brug af ord som er kommet tydeligt frem i projektet fra mange projektdeltagere er omkring farligheden af atrieflimren. Der er flere deltagere der udtrykker sig tvivlende herom, fordi de siger at de hører at 'atrieflimren egentlig ikke er farligt, så længe man er velbehandlet'. Dette er for nogle med til at skabe ro, og for andre gør det præcis det modsatte. Desuden oplever mange tvivl om '*er jeg syg eller er jeg ikke syg?*'. Dette illustreres tydeligt i nedenstående citat:

Mand: *Altså dét der brænder mig lidt af, det er altså den der historie, man får, "du er ikke syg". Det er fuldstændig vanvittigt. For hvis ikke man er syg, hvad skal man så alt det pjat for?*

De sidste to nedenstående citater viser også en forskellighed i opfattelsen af farligheden af atrieflimren og brug af ord omkring døden:

Mand: *Jamen ehh, jeg kunne jo ikke holde skjult at jeg lige pludselig sad inde på hospitalet, så jeg var nødt til at fortælle ungerne hvad det handlede om. Og jeg fortalte selvfølgelig også min kone hvad det var for noget, og ehh også at det ikke var noget man døde af jo. Det var i hvert fald det jeg sagde, uden at jeg vidste det egentlig lidt.*

Kvinde: *Da jeg fik det her [flimmer] i sin tid og det var meget voldsomt da det startede, jeg var indlagt og jeg troede jeg skulle dø lige med det samme.*

11.2.4 Støtte fra fagpersoner

Deltagerne nævner at samtalerne i forløbet og den vedvarende støtte fra fagpersoner har givet stor værdi. Det har i flere tilfælde afstedkommet livsstilsændringer, som eksempelvis i nedenstående citater.

Her en kvinde som tager til efterretning hvordan livet skal leves fremadrettet baseret på en tidligere stressbelastning:

Kvinde: *Jeg vil sige, at de samtaler, jeg så har haft hernede [Sundhedshuset] sammen med den kære sygeplejerske, har givet mig en øjenåbner på, hvor dum jeg har været. Ikke forstået på at jeg skal slå mig selv oven i hovedet eller noget som helst, men det har åbnet øjnene for, at jeg faktisk har fortsat nøjagtigt samme sted som før, bare som fleksjobber. Og jeg skulle måske tage mig selv lidt mere seriøst, og overveje hvordan jeg egentlig gerne vil leve fremadrettet.*

Samme kvinde peger på, at det at tale med "en neutral person", som ikke har nogen aktier i en, men som bare lytter, i særlig grad var med til at skabe denne følelse af støtte:

Kvinde: *Og det der med at du kan komme her ned til en total uvildig person, som ikke har nogen følelsesmæssig forpligtigelse overfor dig, og så kan du egentlig bare få lov til at læsse af, vel vidende at vedkommende, der sidder ovre på den anden side af bordet, ikke behøves at tage imod personligt men gør det på et professionelt plan. Det har været en ekstrem befrielse, fordi du har kunne sige de ting, du egentlig gerne ville have sagt derhjemme måske, men af hensyntagen ikke har gjort det.*

Herunder ses et eksempel på en anden kvinde der gennem samtalerne og støtten fra fagpersonen fandt frem til, at hendes levesteder ikke passede til hvor hun var i livet nu:

Kvinde: *Jeg er meget glad for samtalerne. Jeg har vist været sådan, at jeg bare har styrtet der ud ad. Og så skulle jeg pludselig tænke mig lidt om, og så fandt jeg ud af, at den store kolonihave vi havde, den kunne jeg [grinende] egentlig ikke klare. Og jeg var heller ikke så glad for, der jeg boede. Så nu har jeg solgt kolonihaven og flytter snart.*

11.2.5 Inddragelse af pårørende er vigtigt

I samtalerne, Mestring af livet med atrieflimren og kursusforløbet om bekymringer, stress og angst, havde deltagerne mulighed for at have deres pårørende med. Nogle af deltagerne har benyttet sig af dette og andre har ikke. Ligeledes er der forskellighed i, hvorvidt deltagerne syntes det er vigtigt at inddrage de pårørende. Herunder udtaler en kvinde og en mand sig om at det har været meget vigtigt for dem idet det har afhjulpet angst hos en ægtefælle og givet øget viden til voksne børn:

Kvinde: For vores vedkommende har det været meget vigtigt. Min mand er hundeangst for, at man kan dø af atrieflimren. Det der med at komme med og høre andre pårørende, som sidder med de samme spørgsmål, samme angst, samme bekymring, det gør... Det giver en fællesskabsfølelse og det letter det egentlig. I hvert fald for min mand, har det gjort.

Mand: Jeg har jo været til et møde herinde hvor jeg havde mine børn med, hvor jeg fik forklaring på en masse spørgsmål om mit hjerte. Det havde de meget ud af, fordi at jeg sagde jo bare "arrh men jeg er ikke så frisk i dag", da de spurgte. Så de fik meget ud af det, fordi der var en sygeplejerske der kunne forklare det.

Begge af ovenstående eksempler havde deres pårørende med til Mestring af livet med atrieflimren. Herunder ses i stedet en kvinde som i fokusgruppe interview spørges ind til inddragelse af pårørende og som ikke viser samme grad af vigtighed som ovenstående:

Kvinde: Mine børn har ikke været inddraget overhovedet.

Interviewer: Nej. Skulle de have været det?

Kvinde: Det ved jeg ikke, det kommer an på hvor farligt det er. Haha. Eller hvad skal man sige, altså.

I dette projekt var der som tidligere nævnt fra starten planlagt et særskilt pårørende tilbud, som endte med at være det tilbud som hedder 'kursusforløb med fokus på bekymringer, stress og angst', som var til både deltagere og pårørende. Der er dog nogle af deltagerne der har efterlyst en 'pårørende-only' aktivitet eller samtale. Dette illustreres i nedenstående citat:

Mand: Så synes jeg også at de pårørende skal have at vide, 'jamen hvis du har lyst, er der åbent, og vi kan tage en time, eller hvad der er behov for'. Fordi det er nødvendigvis ikke alting, man snakker om, mens ens kone eller ens mand, hører på det. Jeg pakker da nogle ting ind, når jeg har konen med ind i hvert fald.

11.2.6 At være i fællesskab med hinanden

Det sidste gennemgående tema handler om at deltagerne profiterer meget af at være sammen med hinanden. Det at kunne spejle sig i hinanden og hinandens sygdomshistorier har stor værdi for deltagerne og bidrager til en følelse af 'ikke at være alene':

Kvinde: Det var meget givtig, at møde nogen i samme situation som mig, for man tror, man står alene med det, og det er virkelig hårdt, og så hører man andres situationer.

Kvinde: Det var en rigtig vigtig del, at du møder andre, der har samme problem, og du får vendt og drejet et par ting, og det gør jo også, at man får et andet forhold til det, man

får et lidt mere, afslappet kan man vel ikke sige, men lidt mere sådan, naturligt forhold til det, når man hører, at der er andre, der har det på samme måde.

Mand: Altså de ting vi snakkede om i omklædningsrummet har også været rigtig positivt, fordi 'hvordan har du det med det, hvordan gør du med det'. Det er alt sammen noget der kan bruges.

Sidst, men ikke mindst, siger mange deltagere at der behov for at dette opnåede fællesskab kan videreføres efter endt kommunalt rehabiliteringsforløb. Det identificeres i nedenstående citat at være en styrke hvis en sådan fællesskabsgruppe kunne få lov til at etablere sig i kommunen/Sundhedshuset til en start, et sted de i forvejen kender og er vant til at møde hinanden i:

Kvinde: Det kunne have været rigtig fint, det der med at der kunne blive noget, det kunne være en kaffeklub, kald det hvad du vil, for dem der havde lyst til at komme og veksle et par ord. Eller en telefonliste eller et eller andet. Altså vi andre bruger hinanden her, når vi er kommet til træning, eller hvad det nu har været, men stadigvæk der møder jeg folk hernede, som siger 'ej men hvordan er det lige med det dig, hvordan har du det og hvordan skete det for dig?' Altså der er også noget øh, manglende fællesskabsopbygning et eller andet sted, hvor man måske kunne have en... 'I har lokalet her torsdag fra..'. Det har jeg i hvert fald hørt med nogle af dem, jeg har mødt i omklædningsrummet. At det har der været et behov for.

11.3 Projektets bidrag til at forbedre kvaliteten i rehabiliteringen

Som tidligere nævnt, implementeres det tværsektorielle forløbsprogram for hjertesygdom i region Syddanmarks kommuner samtidig med projektets afslutning i foråret 2020 [3] og programmet inkluderer nu, som noget nyt, mennesker med atrieflimren og -flagren sammen med de øvrige hjertelidelser. Tilingen for projektet betyder derfor at Svendborg Kommune kan bidrage med viden og erfaringer omkring rehabilitering ved hjerterytmeforstyrrelser til andre kommuner som måtte søge information. Desuden har projektet i forvejen dannet model for implementeringen af forløbsprogrammet i implementeringsgruppen under SOF-OUH.

Projektet bidrager herudover med vigtig viden indenfor rehabilitering ved atrieflimren, som ellers indtil videre er sparsom. Der er dog behov for mere forskning for at undersøge disse interessante resultater nærmere.

11.4 Andre opnåede resultater

De sidste resultater der præsenteres i denne evaluering er en opgørelse over indlæggelser, DC-konverteringer og ablationer i rehabiliteringsperioden for deltagerne i projektet (altså i perioden mellem opstart af rehabiliteringsforløb på sygehuset og afslutning af rehabiliteringsforløb i Sundhedshuset).

Som det ses i tabel 9 var der 15 deltagere der under deres rehabiliteringsforløb havde indlæggelser på sygehuset. Dette svarer til knap 34,9 %. Af disse var seks personer indlagt til DC-konvertering henholdsvis en eller to gange og ni personer var indlagt til en ablation.

Tabel 9 – Indlæggelse, DC-konvertering eller ablation i rehabiliteringsperioden

N = 43

Indlæggelse	
Antal personer med indlæggelse under forløb, n (%)	15 (34,9%)
<i>Heraf antal indlæggelser</i>	
1 indlæggelse, n	11
2 indlæggelser, n	1
3 indlæggelser, n	2
4 indlæggelser, n	1
<i>Indlæggelse med DC-konvertering</i>	
1 DC-konv., n	4
2 DC-konv., n	2
<i>Indlæggelse med ablation</i>	
1 ablation, n	9

Hvis man ser på tallene over genindlæggelser blandt incidente patienter i *Databasen for atrieflimren i Danmark*, årsrapporten fra 2018, er andelen af genindlæggelser på 38,4 % nationalt og herudover ligger region Syddanmark andelen på 38,1 % [43].

Om projektets resultat på 34,9 % reelt er mindre end årsrapporten ovenstående, er svært at udtale sig om idet der er så relativt få deltagere i dette projekt. En egentlig sammenligning ville kræve et noget større datamateriale og må således finde sted i et større forskningsstudie. Det vil dog være en interessant sammenligning at foretage, idet en forskel kan fortælle hvorvidt et lignende rehabiliteringsforløb mindsker antallet af genindlæggelser og dermed kan være ressourcebesparende på genindlæggelses budgetposten.

12 Opsummering

Dette tværsektorielle projekt har været et meget stort projekt med mange fokusområder. Denne evaluering har således været både proces- og resultatorienteret og der er mange vigtige pointer at trække frem. Herunder fremhæves nogle af dem under fire overskrifter: samarbejde og tværsektorielt samarbejde, aktiviteter, resultater og perspektiver.

Samarbejde og tværsektorielt samarbejde

Projektet har først og fremmest været et samarbejdsprojekt. Samarbejde har i dette projekt givet gode forstyrrelser og inspiration. To gode eksempler på samarbejde er med henholdsvis Hjertereforeningen og projektets brugerpanel.

Samarbejdet med Hjertereforeningen har været bredt og spænder fra medvirken i styregruppen til medudvikling af konkrete aktiviteter og kompetenceudvikling.

Et eksempel på en særligt vellykket samarbejdsproces med Hjertereforeningen var kompetenceudviklingsdagen hvor PRO-skemaet HADS blev sat i proces. Her blev svarene i HADS trænet som en del af samtalen ud fra specifikke cases fra projektet. Denne proces har tydeliggjort potentialet ved PRO-skemaerne, som med fordel kan inddrages i behandling af bl.a. psykosociale faktorer. Det kræver en prioriteret læringsproces at integrere svarene fra skemaer i samtalen eller behandlingen – dette er blevet helt tydeligt da det kan konkluderes, at det kun er HADS denne proces for alvor er lykkedes med i projektet. HeartQoL var der ikke en læringsproces omkring og skemaets anvendelse vedblev derfor primært en sammentælling af point.

Et andet eksempel på rigtig godt samarbejde med Hjertereforeningen er videreførslen af MediYoga i regi af Hjertereforeningen i Svendborg Kommune. Der var flere af projektets deltagere der fortsatte med MediYoga her, efter afslutning i projektet.

Samarbejdet med projektets brugerpanel, de tre erfarne patienter og pårørende, har været med til at kvalificere meget af projektets borgerrettede skriftlige materiale samt en interviewguide og herudover sparring på aktiviteter, mm. De tre erfarne patienter og pårørende har desuden haft plads i afprøvningen af aktiviteter, for at give dem et nært billede af såvel aktiviteter som deltagere, med det formål dels at holde dem tæt på projektet og dels at de var 'klædt bedre på' til evalueringen ved at have et klart billede af projektet, aktiviteter og deltagere. Det er projektets erfaring at brugerpaneler med erfarne patienter og evt. pårørende har et stort potentiale, dog med en opmærksomhed på, at de er frivillige og de inviteres derfor ind når det giver mening og aldrig mere end det.

Læringen omkring brugerinddragelse i projektet kunne givetvis have været endnu større, hvis Videnscenter for Brugerinddragelse (ViBIS) havde haft plads i kompetenceudviklingen eller evt. styregruppen.

Projektet har desuden været et tværsektorielt og tværfagligt samarbejde mellem sygehus og kommune. Selvom Sundhedshuset i Svendborg Kommune har stået som projektejer og haft ledelsen af projektet, så har sygehuset haft en stor plads i projektet. Konkret ved kardiologisk overlæges deltagelse i styregruppen samt at projektgruppen inkluderede tre sygeplejersker fra kardiologisk afdeling, atrieflimrenklinikken. De tværsektorielle processer, f.eks. sparringsmøderne hver anden måned, var meget vigtige for relationsdannelse og for at øge kendskabet til hinandens arbejdsområder. Disse førte til at projektmedarbejdere, på tværs af sygehus og kommune, havde et fælles afsæt i mødet med deltagerne. Det anses som helt nødvendigt, at der for alle tværsektorielle samarbejder aftales et tværsektorielt forløb med sigte på meningsfuldt samarbejde. Dette kan være med fokus på sammenhæng i forløb og patient-oplevelen sammenhæng, valg af fælles screeningsreskaber og

endeligt, fælles kompetenceudvikling med træning af PRO-skemaer som kan være en måde at understøtte oplevelsen af sammenhæng for patient og fagprofessionel.

Aktiviteter

Aktiviteterne i projektet har afspejlet evidensen indenfor atrieflimren området og de tilbud der normalvis vil være at finde i kommunal rehabilitering, med tilføjelse af to nye aktiviteter: Mestring af livet med atrieflimren og MediYoga. Dog vil en aktivitet som Mestring af livet med atrieflimren, fremadrettet forstået som 'patientuddannelse, sygdomsforståelse og –mestring' være at finde i kommunal rehabilitering på generelt plan jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger til forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom [9].

Man kan derved sige at projektet har været en afprøvning af virkelighedens verden. Det er aktiviteter som allerede eksisterer i kommunal rehabilitering og som dermed realistisk set kan videreføres. Det er herudover aktiviteter som omfavner det hele liv og de meget forskellige udfordringer forskellige mennesker kan have.

MediYoga viste sig i projektet at være en stor succes for denne målgruppe men er umiddelbart den eneste aktivitet som ikke bare kan videreføres. Der er forskning der viser at mennesker med atrieflimren gavnes af MediYoga på både fysiologisk- og psykosocialt niveau. I projektet har særligt projektledelsen og projektgruppen forsøgt at skubbe i retning af, at MediYoga fremadrettet skal være et tilbud i kommunal rehabilitering. MediYoga er ikke nødvendigvis atrieflimren specifikt og vil kunne anvendes til en bredere målgruppe i kommunal rehabilitering – der er således evidens for MediYoga indenfor andre hjertepatienter i deres rehabilitering, ligesom at det kan give positive effekter ved stress generelt samt ved forhøjet blodtryk og rygsmerter [44]. MediYoga er endnu ikke en del af de valgte 'kerneaktiviteter' i kommunal rehabilitering og implementering af MediYoga afhænger således også i høj grad af politisk vilje. Derfor har projektet formuleret et dagsordenspunkt og en pixi-evaluering til næste politiske udvalgsmøde i Svendborg Kommune, August 2020. Resultatet af dette bliver spændende at følge.

Resultater

I projektet fremstår både kvantitative og kvalitative resultater særdeles positivt. Deltagerne bliver mindre angste og deprimerede samt får højere livskvalitet, baseret på PRO-skemaer, fra før forløb til efter og den opnåede effekt fastholdes efter to måneder generelt set. Herudover viser deltagerne at de har været meget tilfredse med deres forløb baseret på spørgesmålene i spørgeskemaet som vist i bilag 14. De kvalitative fokusgruppe interviews og lydoptagelser fra afsluttende samtaler bidrager med nogle vigtige fokusområder for, hvad der i særlig grad blev fremhævet af deltagerne omkring forløbet, vist ved de seks temaer præsenteret i afsnit 11.2:

*At finde ro
Det er vigtigt at der er et rehabiliteringstilbud
Brug af ord
Støtte fra fagpersoner
Inddragelse af pårørende er vigtigt
At være i fællesskab med hinanden*

Overordnet kan man sige at mange af deltagerne fandt en ro ved at deltage i rehabiliteringsforløbet. Det er nævnt at roen kom som følge af deltagelse i MediYoga såvel som ved øget viden og indsigt i eget liv

som er opnået gennem samtaler med fagpersoner og aktiviteter som Mestring af livet med atrieflimren og kursusforløbet om bekymringer, stress og angst. Herudover understreger deltagere, at noget af det aller vigtigste er, at der er et rehabiliteringstilbud til dem. Flere deltagere peger desuden på brugen af ord relateret til atrieflimren. Ord som 'stød' og 'brænding' kan gøre angsten endnu højere for, hvad der skal og kan ske. Herudover er omtalen af atrieflimren tvetydig, for '*er man syg eller er man ikke?*' Dette er italesat ofte, idet atrieflimren ikke regnes for noget særligt så længe man er velbehandlet – og samtidig er det en sygdom i hjertet som kan medføre alvorlige konsekvenser.

Støtten og omsorgen fra fagpersonerne i projektet er omtalt som særdeles vigtig, og det har sat flere livsstilsforandrene processer i gang hos deltagerne. Deltagerne havde også mulighed for at inkludere deres pårørende i rehabiliteringsforløbet i nogle af aktiviteterne og samtalerne, og mange har benyttet sig heraf. Deltagerne mener at det er vigtigt at de pårørende er en del af forløbet og evt. også tilbydes individuelle samtaler eller har mulighed for at indgå i en pårørende gruppe. Slutteligt, understreger deltagerne det at være i fællesskab med hinanden og det at kunne spejle sig i hinandens situationer og sygdomshistorier, som havende en kæmpemæssig værdi, når man ellers kan føle sig lidt alene med denne sygdom.

På baggrund af resultaterne kan konkluderes at rehabilitering til mennesker med atrieflimren er meget vigtigt. Der er mange gode effekter og virkninger som deltagerne tager med videre i livet. Rehabilitering til mennesker med atrieflimren har tidligere været et uerkendt behov, men er i stigende grad ved at komme i fokus og dette projekt bidrager med vigtig viden og erfaringer til det videre arbejde.

Perspektiver

Der er nogle perspektiver i dette projekt, som er værd at nævne til arbejdet fremadrettet.

Baseret på erfaringer fra projektet er der behov for en kommunikationsplatform, der kan håndtere en tovejs-kommunikation mellem sektorerne. Dette er vigtigt da deltagerne ofte har parallelle forløb på sygehus og i kommune og måske også ved egen læge. Der ligger således et udviklingspotentiale i dette.

Anvendelse af de samme screeningsredskaber og PRO-skemaer tværsektorielt, er en oplagt mulighed for at understøtte oplevelsen af sammenhæng mellem sektorerne for både patient/borger og fagpersoner. Erfaringer fra projektet viser at PRO-skemaer kan have to formål, som både screeningsredskab og samtalestøtteværktøj. Det er særligt ved det sidste, at det for alvor giver mening for fagpersoner.

Projektet havde et særligt fokus på differentiering i forhold til social ulighed, hvilket blev mødt med en dynamisk stratificeringsmodel. Erfaring fra projektet er, at stratificering giver god mening for at finde et fælles udgangspunkt i mødet med borgeren. I dette projekt er modellen fra *Gode rammer for hjerterehabilitering* anvendt, som ikke helt har passeret til målgruppen. Derfor ligger der også her et udviklingspotentiale i arbejdet med stratificering til denne målgruppe.

Der har i projektet været arbejdet med et 'brev til arbejdsgiver', som den erhvervsaktive deltager kunne tage med til sin arbejdsgiver, med ønske om at arbejdsgiveren støttede medarbejderen i rehabiliteringen samt med information om mulig lønkomensation (§56). Brevet har i praksis kun været anvendt én gang og det er projektets indtryk at mange arbejdsgivere, uanset brevet, er villige til at gøre meget for deres medarbejdere, som f.eks. at strække rammerne så en medarbejder kan deltage i rehabilitering. Dette kan være forklaringen på at der ikke er flere der har haft behov for at benytte brevet i forbindelse med dette projekt. Projektet har ikke haft et særligt fokus på fastholdelse til arbejdsmarkedet, hvilket dog anbefales får fokus i en implementeret model.

Der kan være et potentiale i at prioritere et forum med patientforeninger, hvor der udveksles viden og kompetencer. Her ligger også et potentiale for at udvikle en meningsfuld model for samarbejdet mellem kommunale kontaktpersoner og frivillige 'støttepersoner' fra patientforeninger. Dette kan være med formål i såvel ekstra støtte i forbindelse med rehabilitering og afslutning af forløb til fastholdelse af aktiviteter og nye gode vaner. Dette er et felt, der også har brug for processer, for at kunne skabe sammenhængende forløb for patienten/borgeren.

Herudover kan det være interessant at stille spørgsmålstejn ved og dermed rette opmærksomhed mod, hvad sådanne projekter som dette fører frem til. Gode erfaringer fra SATS-puljep projekter som dette, skrives ind i evalueringer (som denne), som går til Sundhedsstyrelsen. Men hvordan er organisationen selv gearet til at inddrage resultater af relevante projekter i udviklingsarbejde?

Desuden er der i dette projekt oplevet at travlhed i daglig drift, kan gå ud over tværsektorielt udviklingsarbejde. Det er vigtigt at være opmærksom på, at sådanne vigtige arbejder ikke drukner i dagligdagens drift og travlhed. Risikoen er tilsyneladende udviklingstrætte medarbejdere.

Slutteligt er det værd at nævne at resultater og erfaringer fra dette projekt videregår til et stort forskningsprojekt i et samarbejde mellem Syddansk Universitet, OUH Odense og Svendborg og REHPA, m.fl. Det bliver spændende at følge hvordan også dette arbejde, kan medvirke til i fremtiden at skabe rehabiliteringsforløb til mennesker med hjerterytmeforstyrrelser.

12.1 Implementering af projektet

Projektet forventes sat i drift på den måde at det nye forløbsprogram [3] inkluderer mennesker med atrieflimren og atrieflagren og dermed er det nu en kommunal rehabiliteringsopgave også at inkludere disse. Medarbejderne i Sundhedshuset gavnes derfor via projektet af at have opnået erfaring med denne målgruppe og kan føre mange af aktiviteterne og den læring der har været i arbejdet med denne patientgruppe videre.

Det der indtil videre fra projektet ikke implementeres, vil være den tværsektorielle patientuddannelse og MediYoga'en.

Den tværsektorielle patientuddannelse (altså her forstået ved patientuddannelse i samspil mellem sygehus og kommunalt sundhedspersonale) fordi, det indtil videre ikke prioriteres politisk at arbejde sammen på netop denne måde. Her er sektorerne endnu meget opdelte, hvilket ud fra de erfaringer projektet tager med sig, er en skam. Hvis dette skulle laves om vil det kræve en større reorganisering af hvordan kommunerne og sygehusene løfter deres arbejde.

MediYoga fordi det indtil videre ikke er et tilbud der eksisterer i Sundhedshuset, men kun var en del af projektets afprøvning. Der er således pt. reelt ikke midler til at fortsætte MediYoga i Sundhedshuset. I projektet vurderes dog generelt at MediYoga kan gavne mange mennesker, også dem uden atrieflimren. MediYoga kunne derfor tænkes implementeret som rehabiliteringstilbud generelt, men det anerkendes at sundhedsvæsenet nok har behov for evidens i endnu højere grad på MediYoga området før end en sådan beslutning træffes.

13 Andre forhold

I dette afsnit berøres tre emner, som er nævnt et par gange igennem evalueringen, men som fortjener at blive foldet ekstra ud, med et par perspektiverende tanker. Disse emner er:

- Arbejde med inddragelse af pårørende.
- Arbejdet med tværsektorielle henvisningssystemer.
- Inddragelse af Almen Praksis i et tværsektorielt samarbejde.

Herunder vil disse overskrifter blive behandlet yderligere.

13.1 Arbejde med inddragelse af pårørende

I projektet var der fra starten lagt an til at pårørende skulle inddrages i samtaler og aktiviteter i rehabiliteringsforløbet og at der måske skulle være et selvstændigt tilbud til pårørende. Dette førte til at der fra start blev arbejdet med at planlægge et tilbud til pårørende (se folderen til deltagerne bilag 2). Som det er beskrevet tidligere i rapporten, gennem samarbejdet med Hjerteforeningen, blev dette tilbud dog korrigeret til at være til både deltagerne og deres pårørende. De pårørende har derudover haft mulighed for at være med til Mestring af livet med atrieflimren, kursusforløbet om bekymringer, stress og angst, og de har haft mulighed for at være med til deltagerens individuelle samtaler med Kontaktpersonen i Sundhedshuset, hvis deltageren har ønsket dette. På den måde er 'de pårørende' altså en gruppe der løbende er set i projektet, men hvor det er endt med at der ikke har været en egentlig systematik i samarbejdet med disse.

Den nationale kliniske retningslinje for atrieflimren, atrieflagren, mv. [1], anser det for god praksis systematisk at vurdere om pårørende skal inddrages i hjerterehabiliteringen, se nedenstående:

God Praksis (Konsensus)

Anbefaling PICO 5a

Arbejdsgruppen anser det for **god praksis** at systematisk vurdere, om pårørende skal inddrages i hjerterehabilitering for patienten med atrieflimren og/eller atrieflagren. Vurderingen skal inkludere både en vurdering af, om inddragelse af pårørende i forbindelse med hjerterehabiliteringen hjælper patienten, og om den pårørende har ressourcer til at være en del af f.eks. samtaler, undervisning mv.

I fokusgruppe interviews med deltagere i projektet er spurgt til inddragelsen af pårørende, hvordan det er oplevet og hvad behovet var. Eksempler herpå er præsenteret tidligere, i afsnit 11.2. Det viste sig i projektet, at det for nogle er meget vigtigt at deres pårørende inddrages og at det for andre er mindre vigtigt. Dette støtter op om formuleringen i ovenstående NKR om, at vurdere om inddragelsen af pårørende dels hjælper patienten og dels om den pårørende har ressourcer til at være en del af rehabiliteringsforløbet.

Desuden er der udtalelser fra deltagerne der peger i retning af at det er vigtigt at være bevidst om hvordan man synliggør overfor deltagerne, at deres pårørende er velkomne samt at man er opmærksom på at gentage det løbende under et rehabiliterende forløb, hvis ikke der er planlagt en systematik her omkring.

13.2 Arbejdet med tværsektorielle henvisningssystemer

Det tværsektorielle henvisningssystem projektet endte med at benytte var MED-com's kommune henvisning REF01. REF01 blev således brugt til at sende henvisninger fra sygehuset til kommunen, indeholdende journalnotat fra inklusionssamtalen på sygehuset. Herudover sendte sygehuset, via sikker mail til Sundhedshuset, deltagernes første HADS og HeartQoL besvarelse, som havde været bragt i spil til inklusionssamtalen på sygehuset.

På den måde har projektet, som noget helt usædvanligt, haft en dobbeltsikring på at henvisningerne rent faktisk kom igennem systemet, idet der i enkelte situationer har været afventet henvisninger i længere tid (1-2 uger) og der i en enkelt situation, slet ikke kom nogen henvisning efter modtagelse af e-mail med spørgeskemaer. I et opfølgingsarbejde på den henvisning der aldrig kom igennem fandt medarbejdere på sygehuset ud af at REF01 ikke gik igennem til kommunen, hvis der var for mange ord i henvisningen. Da systemet ej heller gav besked til afsender om, at henvisningen ikke var sendt, blev det kun opfanget som følge af den dobbelte korrespondance i projektet. Problematikken er videregivet til MED-com til yderligere udredning.

Som tidligere nævnt var platformen 'Mit forløb' ved start af projektet også i spil som mulig kommunikationsplatform, men da arbejdet med denne app ikke var ret langt ved opstart af projektet og da app'en endeligt også skiftede navn til 'Mit Sygehus', blev beslutningen om at arbejde videre med denne platform lagt på hylden. Denne platform har ellers nogle mere fremtidssigende perspektiver ind i et større tværsektorielt samarbejde omkring en patient/borger.

13.3 Inddragelse af Almen Praksis i et tværsektorielt samarbejde

Som det tidligere er nævnt i rapporten frafaldt Almen Praksis fra projektet og deltagelse i styregruppen, mv. i forbindelse med jobskifte hos daværende praksiskonsulent, som nåede at deltage i udviklingssprintet i oktober 2018. Herefter afventedes en ny praksiskonsulent, som tiltrådte i sommeren 2019 og desværre aldrig rigtig blev en del af samarbejdet i projektet.

Der er dog mange muligheder i en inddragelse af Almen Praksis i et tværsektorielt projekt som dette eller i tværsektorielt samarbejde omkring patienten generelt. På udviklingssprintet blev det da også foreslået (af netop daværende praksiskonsulent) at Almen Praksis kunne have del i henvisningsprocessen, for patienter med kendt tilbagevendende atrieflimren, som ikke nødvendigvis er i- eller har brug for et nyt forløb i atrieflimrenklinikken på sygehuset.

Herudover blev der også talt om at ved projektdeltagere stratificeret til udvidet forløb, kunne det udløse en besked tilbage til egen læge herom, hvilket kunne give en mulighed for at indføre en særlig opmærksomhed på denne (måske særligt sårbar) patient/borger f.eks. i forbindelse med 3-måneders kontrol af nyretal ved antikoagulationsbehandling eller andre konsultationer ved egen læge. Det var i projektgruppen svært at slippe ideen om samarbejde med Almen Praksis og derfor landede aftalen på, altid at sende henholdsvis et start- og et slutnotat til deltagerens egen læge om opstart og afslutning af rehabiliteringsforløb i Sundhedshuset. I projektet har der ikke været nogen henvendelser fra Almen Praksis relateret til disse start- og slutnotater.

Også projektdeltagerne bakker op om et større samarbejde med egen læge, idet der fra flere har været en undren om, at der tilsyneladende ingen sammenhæng eller samarbejde har været. Dette har de opdaget ved at egen læge ikke har berørt hjerterytmeforstyrrelse eller rehabiliteringsforløb i konsultationer, når deltageren løbende kommer forbi egen læge. Her forventer deltagerne tilsyneladende bredt at egen læge er den, der kobler diverse problematikker og samler helheden.

14 Referencer

1. Risom SS. National klinisk retningslinje for rehabilitering til patienter med atrieflimren, atrieflagren, patienter med endokarditis og patienter behandlet med en Implementerbar Cardioverter Defibrillator (ICD). Center for Hjerter-, Kar-, Lunge- og Infektionssygdomme, Rigshospitalet.; 2019 [cited 2020 9. juli]. Available from: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2019/puljefinansieret-nkr-rehabilitering-atrifleflimren-atrifleflagren-endokarditis-og-icd>
2. Zinckernagel L, Rod MH, Zwisler A, et al. Hjerterkarpatienters oplevelser med sundhedsvæsenet og livet med en hjerterkarsygdom - En forundersøgelse til Hjerterforeningens Barometerundersøgelse. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2014.
3. Region Syddanmark. Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med hjertesygdom – samarbejde og kommunikation. Vejle: Region Syddanmark; 2018.
4. Jensen L, Petersen L, Stokholm G. Forståelsesmodeller i rehabilitering. In: Jensen L, Petersen L, Stokholm G, editors. Rehabilitering – teori og praksis. FADL's forlag: Munksgaard; 2007.
5. Det Etske Råd. Hvad er sygdom? København S: Det Etske Råd; 2016.
6. MarselisborgCentret. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet - rehabilitering i Danmark. Århus: MarselisborgCentret; 2004.
7. Danske Patienter. Definition af brugerinddragelse 2020 [cited 2020 10. juli]. Available from: <https://danskepatienter.dk/vibis/om-brugerinddragelse/definition-af-brugerinddragelse>
8. Birtø K. Sundhedsfremme i rehabiliteringsprocessen. In: Jensen L, Petersen L, Stokholm G, editors. Rehabilitering – teori og praksis. FADL's forlag: Munksgaard; 2007.
9. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. København: Sundhedsstyrelsen; 2016.
10. Sundhedsstyrelsen. NATIONAL KLINISK RETNINGSLINJE FOR HJERTEREHABILITERING 2013. København S: Sundhedsstyrelsen; 2015.
11. Region Syddanmark. Gode rammer for hjerterehabilitering - et partnerskabsprojekt. Erfaringer og anbefalinger. Vejle: Region Syddanmark; 2011.
12. Hjortbak BR, Bangshaab J, Johansen JS, et al. Udfordringer til rehabilitering i Danmark. Rehabiliteringsforum Danmark; 2011.
13. MarselisborgCentret. ICF - Den danske vejledning og eksempler fra praksis. International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand. Sundhedsstyrelsen; 2005.
14. Sundhedstanken - et liv i balance. Salutogent perspektiv: Sundhedstanken.dk; 2011 [cited 2020 9. juli]. Available from: https://www.sundhedstanken.dk/salutogent_perspektiv.html
15. Bredland E, Linge O. Rehabiliteringsprocessen. In: Jensen L, Petersen L, Stokholm G, editors. Rehabilitering – teori og praksis. FADL's forlag: Munksgaard; 2007.
16. Greve E. Aktører i processen – tværfaglighed. In: Jensen L, Petersen L, Stokholm G, editors. Rehabilitering – teori og praksis. FADL's forlag: Munksgaard; 2007.
17. Lauvås K, Lauvås P. Tværfagligt samarbejde: perspektiv og strategi. Klim; 2006.
18. Videnscenter for Brugerinddragelse (ViBIS). Manifest for Brugerinddragelse - Baggrundsnotat. Videnscenter for Brugerinddragelse; 2018.
19. Region Syddanmark og de 22 kommuner. Sundhedsaftalen 2019-2023. Vejle: Region Syddanmark; 2019.
20. Odense Universitetshospital. Patientuddannelse og rehabilitering - Lev livet med type 2-diabetes 2020 [cited 2020 9. juli]. Available from: <http://www.ouh.dk/wm519328>

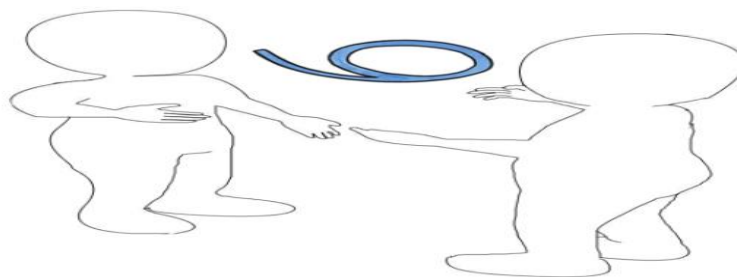
21. Lægehåndbogen. Atrieflimren og -flagren: Sundhed.dk; 2020 [cited 2020 9. juli]. Available from: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/hjerte-kar/tilstande-og-sygdomme/arytmier/atrieflimren-og-flagren/>
22. Pinborg K. Esbjerg-model kommer på verdenskortet ved international conference: Kommunal Sundhed; 2017 [cited 2020 9. juli]. Available from: <https://kommunalsundhed.dk/esbjerg-model-kommer-paa-verdenskortet-ved-international-konference/>
23. Kongsgaard LT. Multiteoretisk praksis i socialt arbejde. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2017.
24. Danske Patienter. Det Brugerinddragende Hospital 2018 [cited 2020 9. juli]. Available from: <https://danskepatienter.dk/vibis/om-vibis/vores-projekter/det-brugerinddragende-hospital>
25. Dansk selskab for patientsikkerhed. Klar til samtalen 2019 [cited 2020 9. juli]. Available from: https://patientsikkerhed.dk/content/uploads/2019/05/klartilsamtale_rapport4_hyperlinks_v2.pdf
26. Murugesan M, Taylor AG. Effect of Yoga on the Autonomic Nervous System: Clinical Implications in the Management of Atrial Fibrillation. Journal of Yoga and Physiotherapy. 2017;2(5):001-0017.
27. Wahlstrom M, Rosenqvist M, Medin J, et al. MediYoga as a part of a self-management programme among patients with paroxysmal atrial fibrillation - a randomised study. European journal of cardiovascular nursing : journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology. 2019 Sep 17;1474515119871796.
28. Wahlstrom M, Rydell Karlsson M, Medin J, et al. Effects of yoga in patients with paroxysmal atrial fibrillation - a randomized controlled study. European journal of cardiovascular nursing : journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology. 2017 Jan;16(1):57-63.
29. Lakkireddy D, Atkins D, Pillarisetti J, et al. Effect of yoga on arrhythmia burden, anxiety, depression, and quality of life in paroxysmal atrial fibrillation: the YOGA My Heart Study. Journal of the American College of Cardiology. 2013 Mar 19;61(11):1177-82.
30. Wahlström M, Karlsson MR, Medin J. Perceptions and experiences of MediYoga among patients with paroxysmal atrial fibrillation—An interview study. Complementary Therapies in Medicine. 2018;41:29-35.
31. Zwisler AD, Marschall J, Ørsted-Rasmussen M. Opsporing af hjertepatienter i risiko for angst og depression - systematisk screening i fase II rehabilitering - en guide. Hjertereforeningen, Professionshøjskolen Metropol og Videncenter for Rehabilitering og Palliation (REHPA); 2017.
32. Rossau HK, Munkehøj P. Screening for angst og depression blandt hjertepatienter: hvorfor og hvordan? København: Hjertereforeningen; 2017.
33. Kristensen MS, Zwisler A, Berg SK, et al. Validating the HeartQoL questionnaire in patients with atrial fibrillation. Preventive Cardiology. 2016;0(00):1-8.
34. Blume B. HeartQoL i klinisk praksis på SUH Roskilde [cited 2018 19 december]. Available from: http://www.rkkp.dk/siteassets/om-rkkp/de-kliniske-kvalitetsdatabaser/hjerterehabilitering/170614_dhrd_b-blume.pdf
35. Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase. Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase - Henvendelser fra regionerne og afdelingerne: Version 1.0. 2016 [cited 2018 19 december]. Available from: <https://www.rkkp.dk/siteassets/om-rkkp/de-kliniske-kvalitetsdatabaser/hjerterehabilitering/faq-hjerterehabilitering.pdf>
36. Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsens udmeldinger om alkohol 2019 [cited 2020 9. juli]. Available from: <https://www.sst.dk/da/viden/alkohol/alkoholforebyggelse/sundhedsstyrelsens-udmeldinger-om-alkohol>

37. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger om fysisk aktivitet: +65-årige 2019 [cited 2020 9. juli]. Available from: <https://www.sst.dk/da/viden/Fysisk-aktivitet/Anbefalinger-om-fysisk-aktivitet/65-aarige>
38. Rasmussen TB, Palm P, Herning M, et al. Subgroup Differences and Determinants of Patient-Reported Mental and Physical Health in Patients With Ischemic Heart Disease: Results From the DenHeart Study. *The Journal of cardiovascular nursing*. 2019;34(4):E11-E21.
39. De Smedt D, Clays E, Hofer S, et al. Validity and reliability of the HeartQoL questionnaire in a large sample of stable coronary patients: The EUROSPIRE IV Study. *European journal of preventive cardiology*. 2016;23(7):714-21.
40. Oldridge N, Hofer S, McGee H, et al. The HeartQoL: Part II. Validation of a new core health-related quality of life questionnaire for patients with ischemic heart disease. *European journal of preventive cardiology*. 2014;21(1):98-106.
41. Risom SS, Zwisler AD, Rasmussen TB, et al. Cardiac rehabilitation versus usual care for patients treated with catheter ablation for atrial fibrillation: Results of the randomized CopenHeartRFA trial. *American heart journal*. 2016 Nov;181:120-129.
42. Cook CE. Clinimetrics Corner: The Minimal Clinically Important Change Score (MCID): A Necessary Pretense. *The journal of manual & manipulative therapy*. 2008;16(4):E82-83.
43. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Databasen for Atrieflimren i Danmark - Årsrapport 2018. Databasen for Atrieflimren i Danmark; 2019.
44. MediYoga. Forskning i MediYoga-programmer 2020 [cited 2020 9. juli]. Available from: <https://dk.medi yoga.com/forskning/>
45. Region Syddanmark. Stratificering af hjertepatienter - Vejledning - version oktober 2008. Region Syddanmark; 2008.

15 Bilag

15.1 Bilag 1: Opsummering fra sprintdagene den 9. og 10. oktober 2018

Helt overordnet relaterer vi på opstartsdagen (12.9.2018) og sprintdagene mange spørgsmål tilbage til billedet af vores forskellige sandheder, virkeligheder og referencer. Med en enighed om, at for at understøtte oplevelsen af sammenhæng for pt./borger og for medarbejder må vi arbejde med forståelsen af hinandens perspektiver, illustreret i figuren som 'et ni-tal og et seks-tal':



Nedenfor er nogle gennemgående temaer opsummeret for sprintdagene:

1. Differentieret indsats, der bygger på en meningsfuld og gennemsigtig stratificeringsmodel, med et visuelt redskab som en lyskurve. Denne skal være en fælles forståelse, der skaber det individuelle tilbud. Der peges på stratificeringsmodellen fra 'Gode rammer for hjerterehabilitering' 2008-2010. Ved søgning findes der ikke bedre bud, og for de SHP i dette projekt er den kendt.
2. Udvikle et samlende spørgeskema, der kombinerer spørgeskemaet på Kard. Amb. med det afklarende skema, der anvendes i kommunen (ICF). Gerne sammentænkt som en dialogbaseret stratificering.
3. En mentorordning, hvor en kommunal SHP bliver en gennemgående person for den særligt udfordrede pt./borger, evt. udbygget med et samarbejde med frivillige fra HF, der enten har sine egne forløb eller overtager i fase 3.
4. Sg.pl. fra Kard. Amb. løfter i et samarbejde med en fagperson fra kommunen 'sygdoms- og medicinmestring'. Det giver en mulighed for, at pt. får gentaget sygdoms- og mestringsrelaterede emner ud fra sin forståelse og parathed. Dette vil også understøtte tværsektoriel forståelse og dermed bakke op om sammenhængende forløb. Desuden kunne ligeledes medarbejdere fra HF indgå i emner enten i den direkte undervisning af pt./borgere i kommunen eller være underviser og sparringspart for medarbejderne i projektet for mentorordningen og andet.
5. Der skal for målgruppen kun åbnes op for begrænsede tilbud i Sundhedshuset, således at billedet af, hvad der gjorde en forskel skal stå så tydeligt som muligt. Der skal være adgang til en indsats for KRAM-faktorer på de nuværende tilbud, men ellers samler indsatsen sig om en kvalificering med fælles tilgang i de løbende samtaler, sygdomsmestring, træning med bevægelse og rolig åndedræt. De tilbud der er, skal ikke omtales som 'tilbud', men som en del af behandlingen af atrieflimren.

15.2 Bilag 2: Projektets folder til deltagerne



Egne noter og aftaler:

[illegible]

Projektleiter:

Tove Sommer: 30 17 45 40
Mail: tove.sommer@svendborg.dk

Kardiologisk Ambulatorium

Baagaes Alle 15 5700 Svendborg
Indgang 90, 1. Etage
Hovedtlf.nr.: 63 20 22 54
Sygeplejerske: Kamilla Lerbjerg
Sygeplejerske: Marianne Mohrdieck

Sundhedshuset

Hulgade 9, 5700 Svendborg
Hovedtlf.nr.: 62 23 40 25
Fysioterapeut: Line Gude Vilholm:
tlf.: 24 88 70 70
Ergoterapeut: Henriette Franke:
tlf.: 30 17 45 10
Sygeplejerske: Louise Fredskilde:
tlf.: 30 17 45 37

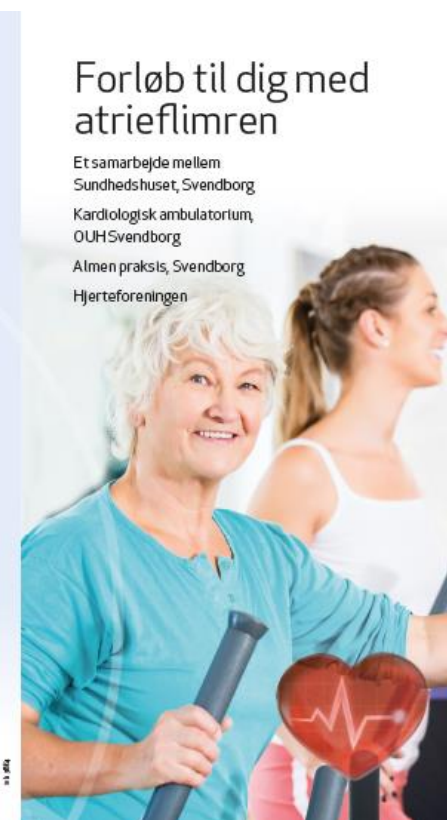
Hjerteforeningen

Svendborg lokalforening:
Formand: Kirsten Kittner
Tlf. 22 47 26 17
Mail: kirstenkittner@yahoo.dk

Rådgivningscenter Odense:
Gråbrødrepassagen 9, 1.sal
5000 Odense C
Tlf.70 25 00 00
Mail: raadgivning odense@hjerterforeningen.dk



OUH
Odense Universitetshospital
Svendborg Sygehus



Vi byder dig velkommen

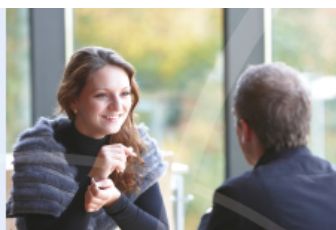
I et projekt hvor formålet er et forløb med træning og mestring af livet med atrieflimren i kommunen. Du kan deltage i aktiviteter der kan bedre dit liv med atrieflimren, bidrage til bedre livskvalitet og livsglæde samt være med til at opsamle ny viden indenfor atrieflimren område.

Du, og dine pårørende, tilbydes deltagelse i projektet hvis du har symptomer i din atrieflimren, så som påvirkning af dine daglige aktiviteter f.eks. med bekymringer og angst.

Projektet er et samarbejde mellem Sundhedshuset i Svendborg kommune, kardiologisk ambulatorium, OUH Svendborg, almen praksis, Svendborg og Hjertereforeningen.

På næste side kan du se de aktiviteter der tilbydes i forløbet. Alle aktiviteter er gruppebaserede, på nær samtalerne. Sideløbende med forløbet vil der blive indsamlet data (via spørgeskemaer), som vil indgå i projektets evaluering i anonym form. Du kan se et billede af projektets forløb til højre herfor.

Du kan se et billede af projektets forløb til højre herfor.



Aktiviteter i forløbet:

Samtaler i kardiologisk ambulatorium er med sygeplejersker og i Sundhedshuset med sygeplejerske, ergoterapeut eller fysioterapeut. Pårørende er velkomne.

Mestring af livet med atrieflimren:

Oplæg og dialog om sygdommen, risikofaktorer, medicin, sygdommen i hverdagen, mm (påværende er velkomne).

Tilbud til pårørende:

Et tilbud til pårørende, med fokus på bekymringer knyttet til atrieflimren. En psykolog fra Hjertereforeningen varetager tilbuddet.

Tryghed ved motion:

Konditions- og styrketræning med fokus på at øge trygheden ved at være fysisk aktiv.

Medi Yoga:

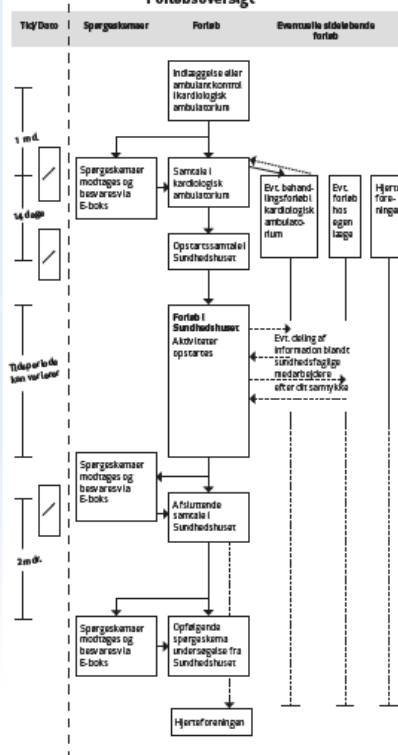
Med fokus på åndedrætsøvelser, udstræk af muskulaturen særligt omkring brystkassen, ro og afspænding.

Tilbud om rygestopforløb, alkoholbehandling og vægttabforløb.

Kontaktperson:

Afhængigt af dit behov for støtte, kan tilknyttes en kontaktperson i Sundhedshuset, som kan tilbyde ekstra samtaler og ved behov inddrage frivillig fra Hjertereforeningen.

Forløbsoversigt



15.3 Bilag 3: Målgruppebeskrivelse

Målgruppen beskrives i projektet som:

Patienter fra Svendborg kommune med kontakt til sygehuset pga. atrieflimren. Enten via henvisning fra egen læge til Kard. Amb. eller indlagt med atrieflimren.

Patienter udvælges efter udskrivelse, men under eller umiddelbart før første samtale i atrieflimrenklinikken, hvis følgende inklusionskriterier er tilstede:

- Patienterne skal være symptomatiske under atrieflimren.
- EHRA > 2A
 - Normale daglige aktiviteter ikke påvirkede, men patienten er bekymret
 - Normale daglige aktiviteter er påvirkede

Herudover mindst 1 af følgende risikofaktorer skal være tilstede:

- Hypertension (i behandling med > 1 medikament, eller diagnosen verificeret ved hjemme-BT eller døgnmåling. Ved uerkendt hypertension, hvis BT måles i klinikken til > 160/90).
- Dysreguleret diabetes (HbA1c > 58 mmol/mol, medmindre højere værdier accepteres pga. andre forhold).
- Overvægt (BMI $\geq$ 30).
- Rygning (aktiv ryger).
- Alkohol (> 7/14 genstande ugentligt, eller ønske om reduktion).
- Inaktivitet (væsentligt under anbefalingerne om 30 min. fysisk aktivitet dagligt).
- Kendt søvnapnø eller STOP-bang score > 3.
- Angst eller depression (HADS-score > 7).
- Ringe egenomsorg (vurderet på uddannelse, socialt netværk, subjektivt vurderet høj belastning i livet).

Eksklusionskriterier:

Pågående forløb i hjertesvigtsklinikken.

Pågående forløb i hjerterehabiteringen.

Eller demens/psykisk sygdom, sprogbarrierer eller komorbiditet der umuliggør deltagelse i projektet.

15.4 Bilag 4: Opgørelse over patienter indlagt i perioden

Patienter indlagt i perioden 1/2 2019 til 30/11 2019 med diagnosen DI489 atrieflimren / atrieflagren			
198	Har været vurderet i atrieflimrenklinikken med henblik på deltagelse i rehabiliteringsprojektet	29	Deltager
		20	Opfylder ikke kravene
		9	Ønsker ikke deltagelse
	29/58 (50 %) af mulige kandidater, vil kunne deltage i rehabiliteringen med de nuværende kriterier		
140	Har ikke været vurderet med henblik på deltagelse	7	Burde have været vurderet, men har været set af andre sygeplejersker – der ikke har været opmærksom på projektet
133		29	Potentielle kandidater, men når aldrig frem til visitationssamtale pga. pågående indlæggelser, DC. Konvertering og ablationsbehandling mv.
	Yderligere 36 patienter ville være potentielle kandidater til at indgå i rehabiliteringen, hvis vi antager, at 50 % opfylder betingelserne og ønsker at deltage, så er det yderligere 18 patienter.		
104		13	Følges i hjertesvigtssklinikken
91		91	Er ikke kandidater pga. alder, komorbiditet etc.
0	53 % af indlagte patienter med diagnosen atrieflimren, er ikke kandidat til projektet. Af dem der er potentielle kandidater til projektet, er det kun ca. halvdelen der ender med at deltage. Det betyder at ca. 47/198 (24 %) af indlagte patienter med diagnosen vil henvises til kommunale rehabiliteringstilbud.		

15.5 Bilag 5: Stratificeringsmodel

Stratificering og indsatsoversigt	
Stratificering på baggrund af sociale faktorer, med afsæt i elementer fra psykosocial stratificeringsmodel fra projekt 'Gode rammer for hjerterehabilitering', 2011	
Stratificerende faktorer - Standard forløb	Stratificerende faktorer – Udvidet forløb
Erhvervsuddannelse* - Alle patienter med mere end faglært uddannelse Socialt netværk - Patienter som bor med partner eller ægtefælle	Erhvervsuddannelse* - Alle patienter med mindre end eller lig faglært uddannelse Socialt netværk - Patienter uden samlever - Patienter i beskyttet bolig eller plejehjem - Patienter der ved indlæggelsen modtager hjælp til personlig pleje Patienter med lavt niveau af social støtte i kombination med subjektiv vurderet høj belastning i livet - Økonomi - Boligproblemer - Arbejdsproblemer - Relation til partner - Relation til familie eller børn - Anden sygdom - Sygdom i nær familie
Indsatser - Standard forløb	Indsatser - Udvidet forløb
Kardiologisk ambulatorium: - Indledende samtale (+ evt. ekstra samtaler) Sundhedshuset: - Opstarts- og afsluttende samtale. Udføres af samme person.	Kardiologisk ambulatorium: - Indledende samtale (+ evt. ekstra samtaler) Sundhedshuset: - Opstarts- og afsluttende samtale. - Ekstra samtaler (2-4). Samtaler udføres af kontaktperson. - Mulighed for lokal frivillig fra lokal hjerteforening
Gruppeaktiviteter i Sundhedshuset - Tryghed ved motion 2 gange om ugen i 6 uger (løbende optag) - MediYoga 1 gang om ugen i 12 uger (løbende optag) 'Mestring af livet med atrieflimren', oplæg og dialog, (Sundhedshus + Kard. Amb.). Afholdes 5 gange over afprøvningsperioden - Kursusforløb om bekymringer, stress og angst relateret til atrieflimren (før kaldt 'Tilbud til pårørende'). Afholdes af psykolog fra Hjerteforeningen + Sundhedshus, 3 gange * 3 timer. Forløb afholdes 2 gange i afprøvningsperioden - Rygestop forløb - Vægttab forløb - Alkoholbehandling	

*I de stratificerende faktorer under "Erhvervsuddannelse", er 'alder' taget ud af modellen i dette projekt, da den, som defineret i 'Gode rammer for Hjerterehabilitering' [45], ikke giver mening i dette projekt. Alder var defineret ved >55 år i standard forløb, og <55 år i udvidet forløb. Denne differentiering i 'Gode rammer for Hjerterehabilitering' grundet fokus på arbejdsfastholdelse/tilbagevenden til arbejdsmarkedet, og derfor den yngre gruppe (<55 år) til udvidet forløb.

15.6 Bilag 6: Flyer – Tryghed ved motion

Velkommen til holdtræning for borgere med atrieflimren.

”Tryghed ved motion” er holdtræning bestående af både konditions- og styrketræning. Formålet er at du bliver fortrolig med træning både praktisk og teoretisk og kan fortsætte på egen hånd. Erfaringer har vist at nogle mennesker med atrieflimren er nervøse for fysisk aktivitet, derfor kan et fokus være at opnå tryghed ved fysisk aktivitet og vished om egne evner og formåen.

Forløbet

Før opstart på holdtræning inviteres du til en kort opstartssamtale med en fysioterapeut.

Formålet med opstartssamtalen er:

- At afdække dine mål/ønsker/ressourcer ift. motion.
- At afdække evt. skånehensyn f.eks. pga. kendte skader/smerter, så der tages hensyn til dette under holdtræningen.
- At afdække motivation for motion og tale om ønsker/mål for motion efter de 6 ugers træning i Sundhedshuset.
- Hvis du er utryk ved at blive forpustet afsøger vi sammen, hvad der evt. kan gøre dig mere tryk ved motion.
- En cykeltest der måler dit kondital.

Efter holdtræning i 6 uger inviteres du til en afsluttende samtale.

Forskning

Studier viser at fysisk aktivitet ikke er skadeligt for borgere med atrieflimren, såfremt du stopper aktiviteten ved svimmelhed/ubehag. Forskning viser at fysisk aktivitet f.eks. kan nedsætte risikoen for blodpropper, hvilket netop forekommer hyppigere, når man har atrieflimren.

Praktisk

Dag/tid: **tirsdag og fredag kl. 8.30-9.45. 6 uger i alt.**

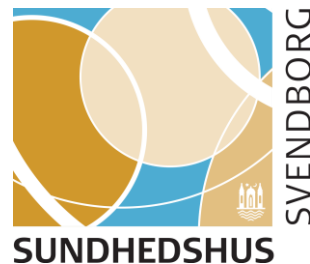
Sted: Sundhedshuset, Hulgade 9, 5700 Svendborg. 1. sal.

Træningen varetages af fysioterapeuter i Sundhedshuset.

Der er mulighed for omklædning/bad og skab med lås til private ejendele.

Afbud til træning: Sundhedshusets tlf. 62 23 40 25. Line fysioterapeut: 24 88 70 70.

Holdtræningen foregår på det eksisterende træningshold for borgere med hjerte-kar-sygdomme og/eller diabetes.



15.7 Bilag 7: Flyer – MediYoga



Medicinsk yoga for hjertet

MediYoga har i flere videnskabelige studier vist sig at være særdeles hensigtsmæssig ift. hjertet og kredsløbet. MediYoga indeholder blide øvelser, men også mere krævende øvelser. Hver session består af åndedrætsøvelser, en yogaserie, afspænding og meditation.

Medicinsk yoga er terapeutisk yoga med dokumenteret effekt

MediYoga er baseret på forskning og udviklet i samarbejde med det svenske sundhedsvæsen. Moderne lægevidenskab og urgamle metoder bliver forenet i MediYoga for at støtte vores egen heling. MediYoga arbejder på det fysiske, mentale og emotionelle plan gennem blide øvelser og meditationer, som alle kan lave.

Forskning ift. atrieflimren

Svensk forskning har gennem flere studier dokumenteret effekten af MediYoga ift. atrieflimren. Studierne viser at MediYoga kan sænke hjerterytmen, nedsætte episoder med atrieflimren, nedsætte blodtrykket, reducere angst og depression samt forbedre livskvaliteten. Mange oplever at få optimeret deres vejrtrækning, bliver mere afspændte, får øget energi og/eller øget fleksibilitet i kroppen. Dette har medført at der anvendes MediYoga på flere sygehuse i Sverige til behandling af hjertesygdomme.



Alle kan lave MediYoga

Udgangsstillingen for øvelserne kan være i skrædderstilling eller på en stol. Der vil være alternative øvelser til dig, der har behov pga. smerter eller skavanker i kroppen.

Praktisk

Dag/tid: **mandag kl. 15.00-16.15. 12 uger i alt.**

Sted: Sundhedshuset, Hulgade 9, 5700 Svendborg.

Mødested: cafeen på 1. sal.

Underviser: Tove Sommer eller Line Gude Vilholm.

Der er mulighed for bad og skabe med lås til private ejendele.

Afbud sendes på mail til sundhedshus@svendborg.dk eller tlf.: 62 23 40 25 (indtal gerne besked på telefonsvarer uden for åbningstid).

15.8 Bilag 8: Flyer – Mestring af livet med atrieflimren

Mestring af livet med atrieflimren er en del af de tilbud du og din evt. pårørende kan deltage i, i projektet til mennesker med atrieflimren.

Projektet har fokus på livskvalitet, derfor ønsker vi at rette oplægget mod det som rører sig i din hverdag.

Vi tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for at kunne mestre livet med hjertesygdom.

Det indbefatter blandt andet områderne: sygdommen, sygdomsforværringer, risikofaktorer, hverdagslivet og medicinen.

Oplægget tager udgangspunkt i dialog, derfor vil du møde spørgsmål som; hvad ville være vigtigt/godt for mig at få med herfra i dag ift. mit liv med hjertesygdom?

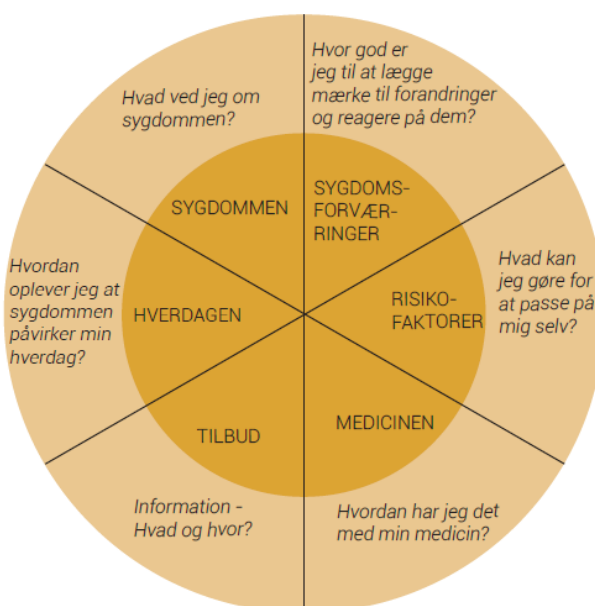
Vi har et ønske om at give dig yderligere kendskab til sygdommen og at gøre det ikke mindst, ved at give plads til erfaringsudveksling.

Oplægget, som du som udgangspunkt deltager i 1 gang foregår:

**Torsdage d. 25.4, 27.6, 29.8, 10.10 og 28.11 kl. 14-16:30 i
Undervisningslokale 2, Sundhedshuset, Hulgade 9, 5700 Svendborg, stuen.**

Oplæg/diskussion afholdes af sygeplejerske Marianne Mohrdieck, kardiologisk Afd. samt ergoterapeut Henriette Franke, Sundhedshuset.

Tilmelding: som udgangspunkt ved samtalerne, som du har under dit forløb i Sundhedshuset, ellers kontakt: Henriette Franke på tlf. 3017 4510.



15.9 Bilag 9: Flyer – Kursusforløb om bekymringer, stress og angst

Kursustilbud til patienter og pårørende der i forbindelse med hjerterytmeforstyrrelse oplever bekymringer, stress og angst

Når hjertesygdom gør os til patienter eller pårørende, kan vi blive sårbare. Bekymringer, stress og angst er ikke sjældent en reaktion, og følgesymptomerne herpå kan blive vedvarende og gribe om sig, hvis vi fanges i uhensigtsmæssige tankemønstre og adfærd.

Dette kursustilbud forløber over 3 sammenhængende mødegange.

Fokus vil være på en præsentation af viden om typiske psykiske reaktioner, der kan optræde i forbindelse med hjertesygdom, der vil være en introduktion til en forståelse af de udløsende og vedligeholdende mekanismer samt hvordan disse kan brydes og håndteres.

Det forventes, at du deltager hver gang, bidrager aktivt i undervisningen og er indforstået med i gruppen at arbejde med udgangspunkt i din egen situation. Der vil være hjemmearbejde mellem mødegangene. Tilbuddet er et ret koncentreret forløb på temaerne bekymring, stress og angst, og derfor rummer det ikke plads til de mange personlige fortællinger, der knytter sig til andet end temaet.

Tilbuddet retter sig mod dig, som pårørende eller patient med atrieflimren, der genkender noget af følgende:

- Bekymringer, som fylder for meget
- Tankemylder og tankespinderi, som føles ukontrollerbart eller holder dig vågen – særligt relateret til hjertet
- Ubehagelige kropslige fornemmelser
- Følelser, som svinger meget – især mod tristhed, bekymringer, angst og stress
- Frygten for nye anfald fylder meget
- Du mærker meget efter dit hjerte
- Ændringer i dine aktiviteter/adfærd
- Hvis du er pårørende og ekstra opmærksom på din nærmeste med atrieflimren

Forløbet afholdes af psykolog Mette Krüger Skovgaard, som inden kursusopstart vil ringe dig op, med henblik på forventningsafstemning og bekræfte deltagelse.

**Kurset forløber over 3 torsdage fra kl. 14-17. Den 24/10, 31/10 & 14/11.
I Sundhedshuset Svendborg, Hulgade 9, 5700 Svendborg.**

Tilmelding vil ske ved samtalerne i dit forløb i Sundhedshuset eller du kan tilmelde dig eller rette spørgsmål til Sundhedshuset tlf. 62 23 40 25 eller projektleder Tove Sommer på tlf. 30 17 45 40.

Opsummeringsskema

Samtaler i Sundhedshuset

Projekt Atrieflimren

Jeg trives/har det godt i hverdagen:

Slå ring om det tal på termometeret, der bedst beskriver, hvor du er.

Meget enig



Meget uenig

Hvad giver dig trivsel og livskvalitet i hverdagen?

Hvad vil du gerne opnå?

Hvad ønsker du særligt støtte til i dit forløb?

Noter:

Plan/opsummering:

Kan dit netværk/din familie støtte dig – og hvordan?

Samtaleguide til afsluttende samtale i Sundhedshuset – projekt atrieflimren

Samtaleguide	
Hvad fik du ud af forløbet?	
Hvad har givet særlig værdi i forløbet? (Disse to spørgsmål lydoptages, hvis samtykke til det + billede)	
Hvad har du deltaget i/hvor meget?	
KRAM-faktorer (ændringer) Kost Rygning Alkohol Motion (ændring) Vægt: grundet fokus i projektet: ”Hvad vejer du nu?” (selvrapporteret) Hvad tror du selv har ført til dit vægttab/vægtstigning? <i>Fastholdelse af påbegyndt livsstilsændring:</i> Motivation, tanker, mm. Søvn	

Livskvalitet

(Udvikling i HADS og HeartQoL fra 1. til 2. måling)

Jeg trives/har det godt i hverdagen: (slå ring om det tal på termometeret, der bedst beskriver, hvor du er.

Meget enig



Meget uenig

Planen fremover

Hvordan vil du arbejde videre med det der giver dig trivsel og livskvalitet?

Forandringsønsker: Ønsker for fremtiden

Fastholdelse af dine ønsker
Hvad skal der til for at det lykkes

Må vi invitere til interviews senere og minde om opfølgende dataindsamling 2 måneder senere

Husk at udlevere refleksions-spørgsmål

15.12 Bilag 12: Checkliste til opstartssamtalen

Inklusionskriterier:

- Patienterne skal være symptomatiske under atrieflimren.
- EHRA > 2A (se tabel næste side).
- Normale daglige aktiviteter ikke påvirkede, men patienten er bekymret
- Normale daglige aktiviteter er påvirkede

Herudover mindst 1 af følgende risikofaktorer skal være tilstede:

- Hypertension (i behandling med > 1 medikament, eller diagnosen verificeret ved hjemme-BT eller døgnmåling. Ved uerkendt hypertension, hvis BT måles i klinikken til > 160/90)
- Dysreguleret diabetes (HbA1c > 58 mmol/mol, medmindre højere værdier accepteres pga. andre forhold)
- Overvægt (BMI $\geq$ 30)
- Rygning (aktiv ryger)
- Alkohol (> 7/14 genstande ugentligt, eller ønske om reduktion)
- Inaktivitet (væsentligt under anbefalingerne om 30 min. fysisk aktivitet dagligt)
- Kendt søvnapnø eller STOP-bang score > 3
- Angst eller depression (HADS-score > 7)
- Ringe egenomsorg (vurderet på uddannelse, socialt netværk, subjektivt vurderet høj belastning i livet)

KRAM-faktorer:

Følg op på informationer fra sendte journal fra sygehuset. Også ift. igangsætning af aktiviteter.

Stratificering genovervejes:

Standard forløb:

- Erhvervsuddannelse: mere end faglært uddannelse.
- Socialt netværk: bor med ægtefælle/partner.

Udvidet forløb:

- Erhvervsuddannelse: mindre end eller lig faglært uddannelse.
- Socialt netværk: uden samlever, bor i beskyttet bolig eller på plejehjem, ved indlæggelsen modtager hjælp til personlig pleje.
- Lavt niveau af social støtte i kombination med subjektiv vurderet høj belastning i livet: økonomi, boligproblemer, arbejdsproblemer, relation til partner, relation til familie eller børn, anden sygdom, sygdom i nær familie.

HADS-score:

0-7 point	Lavt symptomniveau	Indenfor normalområde
8-10 point	Moderat symptomniveau	Muligvis depression/angst
11-21 point	Højt symptomniveau	Overvejende sandsynligt at der er depression/angsttilstand

HeartQoL-score:

HeartQoL score (Region Sjælland)	Betydning (Region Sjælland)	Betydning (DHRD)
0-1,9	Lav livskvalitet	Scoren kan vurderes ud fra hvor langt fra eller tæt på 3, respondenter ligger. Det kan være rimeligt at antage at en score over gennemsnittet af HeartQoL (dvs. over 1,5) er OK, og god hvis den ligger over 2. Scores herunder (under 1,5) er bekymrende, i særlig grad hvis den ligger under 1
2-2,9	Moderat livskvalitet	
3	Høj livskvalitet	

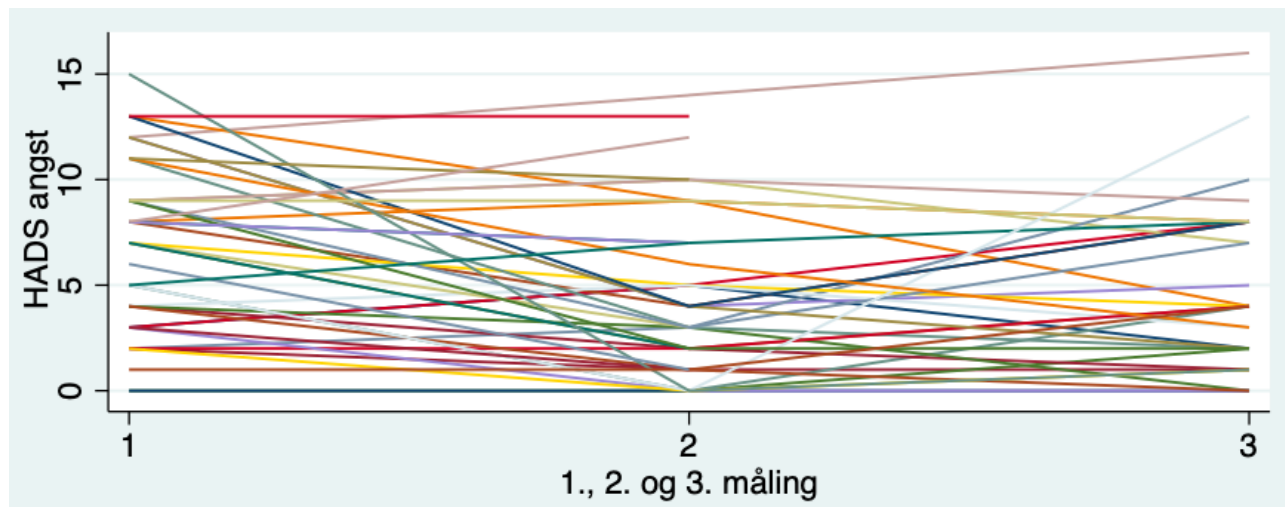
Husk: Indhente mundtligt samtykke til at sende start notat til egen læge

EHRA-scorings tabel:

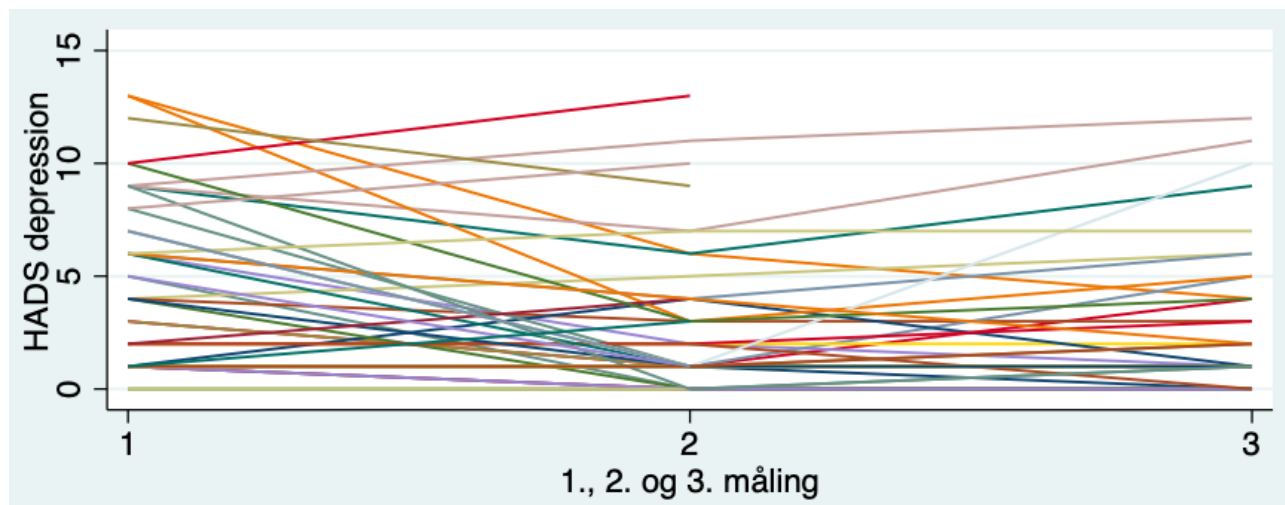
EHRA klassifikation af AFLI-symptomer	
EHRA klasse	Sværhedsgrad af symptomerne
EHRA I	Ingen symptomer
EHRA IIa	Normale daglige aktiviteter ikke påvirket af AFLI-symptomer
EHRA IIb	Normale daglige aktiviteter ikke påvirket af AFLI-symptomer, men patienten er bekymret
EHRA III	Normale daglige aktiviteter påvirket af AFLI-symptomer
EHRA IV	Normale daglige aktiviteter ikke mulige

15.13 Bilag 13: Angst, depression og livskvalitet (Spagetti-plots)

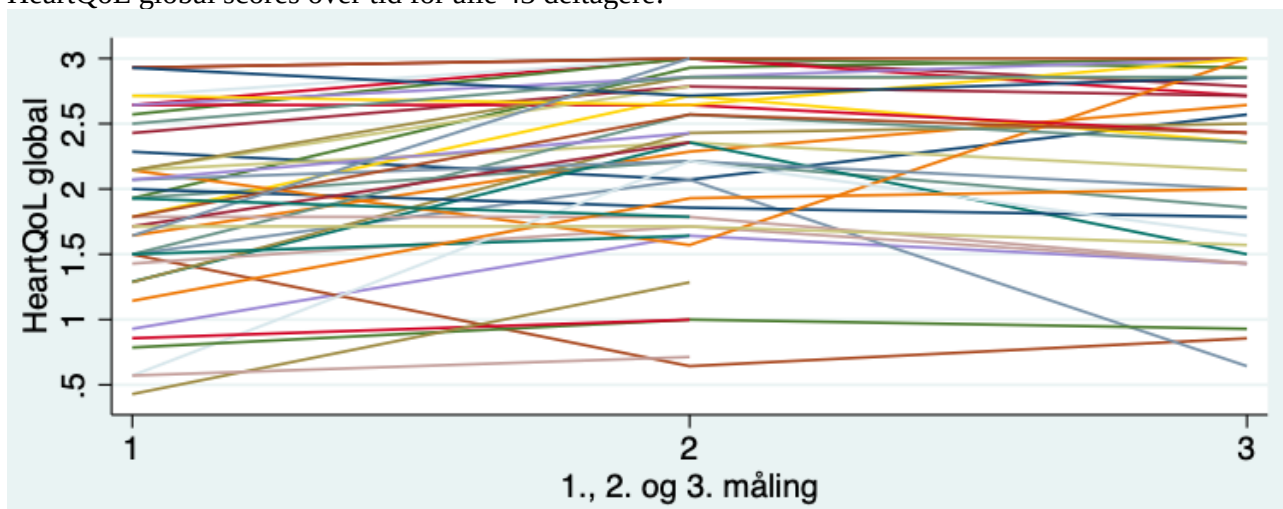
HADS angst scores over tid for alle 43 deltagere:



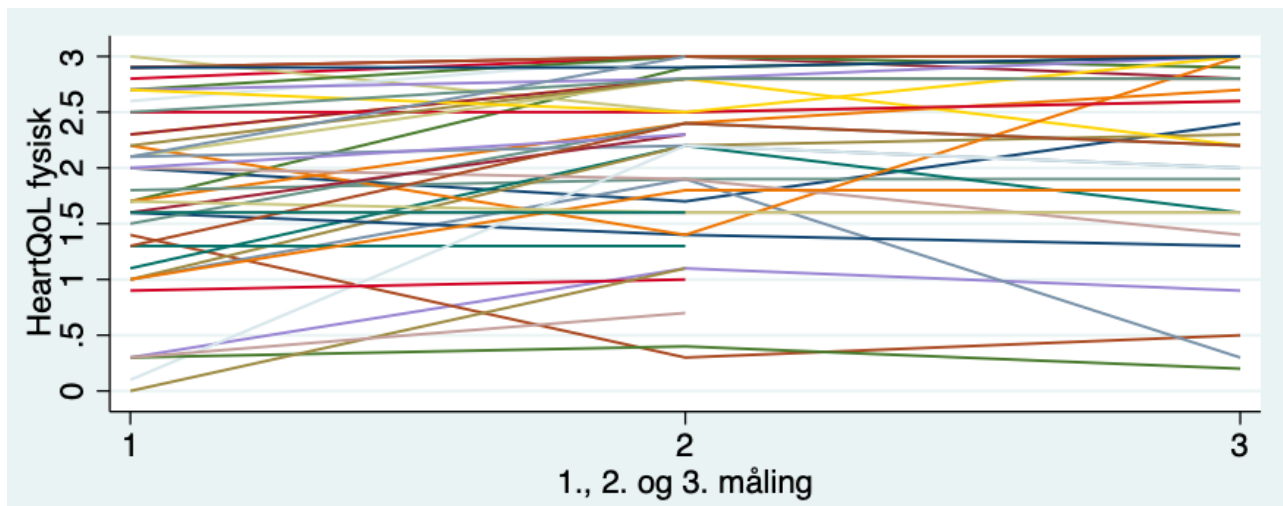
HADS depression scores over tid for alle 43 deltagere:



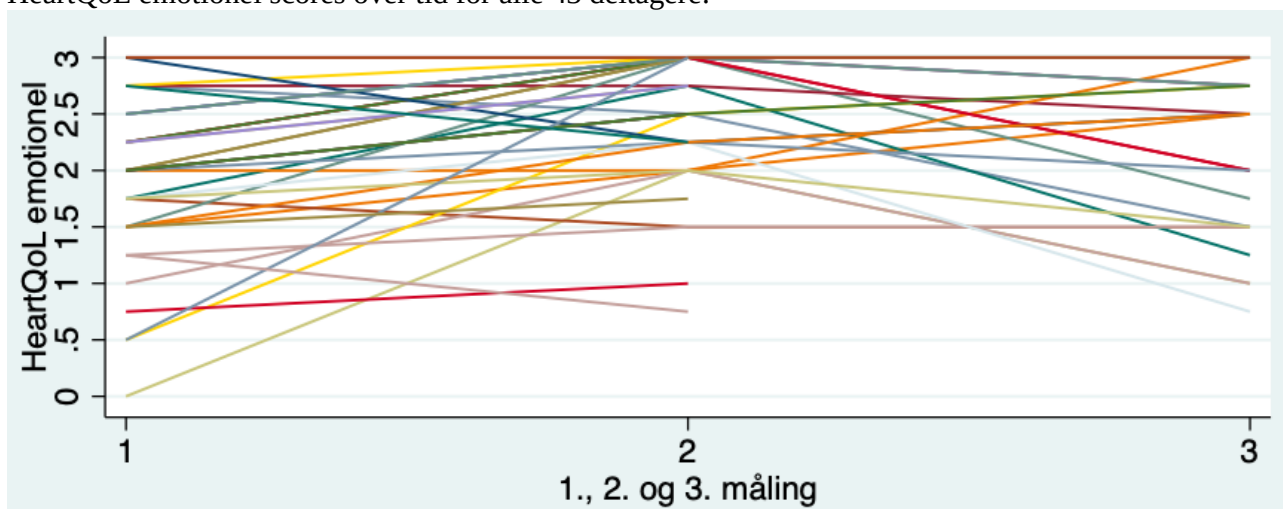
HeartQoL global scores over tid for alle 43 deltagere:



HeartQoL fysisk scores over tid for alle 43 deltagere:



HeartQoL emotionel scores over tid for alle 43 deltagere:



Spørgsmål til dine oplevelser i dit forløb i Kardiologisk Ambulatorium og Sundhedshuset i projekt Atrieflimren?

- sæt kryds i det felt som passer bedst til din oplevelse i dag

	Meget lidt 	Lidt 	Måske 	Meget 	Rigtig meget 
Oplevelse af forløbet					
Blev der lyttet til dig?	☐	☐	☐	☐	☐
Blev der sat fokus på det, der er vigtigt for dig?	☐	☐	☐	☐	☐
Har du oplevet en gennemgående rød tråd?	☐	☐	☐	☐	☐
Var aktiviteterne relevante for det, du gerne ville opnå?	☐	☐	☐	☐	☐
Læring i forløbet					
Har du fået større indsigt og forståelse i dit liv med atrieflimren?	☐	☐	☐	☐	☐
Oplever du nu, at du i højere grad fylder din hverdag med noget der giver dig glæde?	☐	☐	☐	☐	☐
Er du mindre bekymret i din hverdag?	☐	☐	☐	☐	☐
Fremover					
Har du en plan for, hvordan du arbejder videre med din trivsel og livskvalitet?	☐	☐	☐	☐	☐